

LA CRISI REALE DELLA FECONDITÀ:

L'autonomia riproduttiva
in un mondo che cambia

Lo stato della popolazione nel mondo 2025

Questo rapporto è stato realizzato sotto gli auspici della Divisione per le Relazioni Esterne di UNFPA.

CAPOREDATTORE

Ian McFarlane

TEAM EDITORIALE

Redattrice principale: Rebecca Zerzan

Produzione editoriale/direzione artistica: Katherine Black

Revisione dei reportage: Richard Kollodge

Redazione dei reportage: Leyla Alyanak, Richard Kollodge, Daisy Leoncio

Consulenza editoriale: Jacqueline Daldin, Lisa Ratcliffe

Responsabile per l'edizione digitale: Katherine Black

Consulenti per l'edizione digitale: Enes Champo and Nahema Patwari

CONSULENTE PRINCIPALE ESTERNA

Shalini Randeria

RICERCATRICI E AUTRICI

Amanda Chatata, Nyovani Madise, Monika Mynarska, Anita Raj, Agnese Vitali, Rebecca Zerzan

AUTORI/TRICI DEI "FOCUS"

Vladimíra Kantorová, Sunhye Kim, Ying-Yi Lin, Michelle O'Brien, Dr. Friday Okonofua, Elizabeth Root, Siqi Wu and Marita Zimmerman

PRINCIPALI CONSULENTI TECNICI UNFPA

Emilie Filmer-Wilson and Elizabeth Wilkins

MAPPE E DESIGNAZIONI

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

Edizione italiana a cura di AIDOS

Coordinamento: Serena Fiorletta

Traduzione: Benedetta Rossi

Editing: Serena Fiorletta

Impaginazione: Tiziano Zuliani

Stampa: Litostampa 3B

Informazioni: press@aidos.it

RINGRAZIAMENTI

UNFPA ringrazia queste persone per aver condiviso momenti della loro vita e del loro lavoro per questo rapporto: Anlli, Anastasia Aslan, Mergim Cahani, Dr. Lainer Calderón, Sister Inah Canabarro, Anita Devi, Saraswati Devi, Hawa, Pooja Kumari, Maja Papatolevska, Carina Persson, Evelyn Sánchez, Mario Serrano, Thabo, Talatu Yakubu and Luke Yoquinto. Ringraziamo anche Ann Garbett alla cui ricerca per *Lo stato della popolazione nel mondo 2023* abbiamo fatto riferimento in questo rapporto.

UNFPA ringrazia inoltre le/gli esperte/i indipendenti, tra cui Robert Greenhill, Kathleen Mogelgaard, Jennifer Sciubba e Ann Starrs, i cui preziosi consigli hanno contribuito alla visione d'insieme di questo rapporto.

Selinde Dulckeit, responsabile della Divisione Media e Comunicazione dell'UNFPA, ha fornito un prezioso supporto, così come i membri della Divisione Programmi dell'UNFPA, tra cui Julia Bunting, Priscilla Idele, Lindsay Katz, Mengjia Liang, José Roberto Luna, Nora Piay-Fernandez e Alexandra Robinson. UNFPA ringrazia inoltre le/i colleghe/i che hanno revisionato il rapporto, tra cui Teresa Buerkle, Sam Choritz, Nigina Muntean, Alana Ngho e Anne Wittenberg.

Diverse/i colleghe/i di UNFPA e altre persone in tutto il mondo hanno contribuito alla redazione di questo rapporto, tra cui Zina Alam, Ashby Anglin, Chilanga Asmani, Zeynep Atilgan, Samir Aldarabi, Adolfo Ballina, Anna Berkovich, Zeljko Blagojevic, Alessio Cangiano, Tom Chalmers, Sarah Craven, Ana Maria Currea, Galanne Deressa, Katie Elles, Jacques Emina, Jens-Hagen Eschenbaecher, Berny Figueroa, Rose Marie Gad, Michael Herrmann, Eren Korkmaz, Wassana Im-Em, Riddhi Jhunjhunwala, Eduard Jongstra, Sabrina Juran, Daisy Leoncio, Irina Lipcanu, Fabio Losa Philippe Lust-Bianchi, Nouran Makhoul, Bame Modungwa, Luis Mora, Julia Novichenok, Willis Odek, Fredrick Okwayo, Bothaina Qamar, Norha Restrepo, Bernadette Ssebadduku, Siaka Traore, Chiagozie Udeh, Eddie Wright e Ilya Zhukov. Il Gruppo di lavoro congiunto dei giovani su Salute e Diritti Sessuali e Riproduttivi di UNFPA ha dato un'importanti contributi.

Citazione raccomandata: UNFPA (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione) 2025. "La crisi reale della fecondità: l'autonomia riproduttiva in un mondo che cambia". *Lo stato della popolazione nel mondo 2025*. New York: UNFPA. ISBN 9789211542837.

Progettazione delle versioni cartacea e interattiva: Prographics, Inc.

NOTA RELATIVA ALLE ILLUSTRAZIONI

L'edizione di quest'anno del rapporto *Lo stato della popolazione nel mondo* presenta le opere delle/degli acquerelliste/i Graham Dean, Marianna Gefen, Cyan Haribhai e Stina Persson. Le loro illustrazioni fluide, prese in prestito dalla tecnica del collage, catturano l'ambivalenza e l'incertezza che molte persone provano di fronte alle decisioni sulla fertilità nel mondo di oggi che cambia. La copertina presenta un'illustrazione intitolata *About to Touch*, realizzata dall'artista Graham Dean.



Assicurare diritti e possibilità di scelta per tutte le persone

LA CRISI REALE DELLA FECONDITÀ:

L'autonomia riproduttiva
in un mondo che cambia

INDICE

INTRODUZIONE	4
GLOSSARIO	6
TESTIMONIANZE DI GIOVANI	8



CAPITOLO 1

Svelare la crisi reale

PAGINA 11

APPROFONDIMENTO: Una famiglia, tre generazioni e mutamenti di opinione sulla maternità in India 20

APPROFONDIMENTO: Le persone giovani ridefiniscono il loro ruolo nella pianificazione familiare 28

IN PRIMO PIANO: Chi decide? Scelta ingegneristica e sovversione del controllo 36



CAPITOLO 2

Aprire una finestra politica di opportunità

PAGINA 39

APPROFONDIMENTO: Cura e imprenditorialità 60

IN PRIMO PIANO: Quanto la riduzione delle gravidanze adolescenziali è responsabile del declino della fecondità? 68



CAPITOLO 3

L'uguaglianza di genere e i suoi benefici per tutte e tutti

PAGINA 73

APPROFONDIMENTO: Il ruolo delle nonne e dei nonni 84

APPROFONDIMENTO: Servizi di pianificazione familiare in Nigeria e sostegno alla realizzazione delle intenzioni di fecondità . . . 90

IN PRIMO PIANO: Stigma e trattamento dell'infertilità nell'Africa subsahariana . . 95

IN PRIMO PIANO: Credere alle donne: misurare ciò che conta nella pianificazione familiare . . . 96



CAPITOLO 4

Le lezioni della storia e la speranza

PAGINA 99

APPROFONDIMENTO: Spezzare il circolo delle gravidanze adolescenziali 110

IN PRIMO PIANO: Adeguarsi ai bisogni di una popolazione che invecchia 118

INDICATORI 123

NOTE TECNICHE 142

BIBLIOGRAFIA 144

INTRODUZIONE

Con questo rapporto, vogliamo dare il necessario risalto alle realtà individuali di un grande numero di persone che non riescono a creare le famiglie che desiderano.

Abbiamo chiesto alle persone – attraverso 14 paesi che insieme rappresentano più di un terzo della popolazione globale – cosa vogliono effettivamente per la loro vita riproduttiva e il loro futuro e se pensano che riusciranno a realizzare le loro ambizioni. Quello che abbiamo scoperto è che troppe poche persone sono in grado di esercitare una scelta effettiva quando si tratta di alcune delle decisioni più intime e cariche di conseguenze per le loro vite.

La popolazione è oggetto di un interesse crescente – e di un'ansia che si va intensificando. Le preoccupazioni che attirano l'attenzione maggiore sono i tassi di fecondità in declino, l'invecchiamento della popolazione ed il venir meno della forza lavoro, ma al contempo si continua ad affermare che la minaccia maggiore per il pianeta sia la sovrappopolazione. Qualunque sia la preoccupazione, un fattore continua ad essere largamente omesso dal discorso pubblico, e si tratta di ciò che le persone stesse desiderano riguardo alla propria fecondità, la propria famiglia e il proprio futuro.

Spesso si presume o si deduce che i tassi di fecondità siano sempre il risultato di una libera scelta. Purtroppo, ciò non restituisce il quadro completo.

I più recenti report sullo stato della popolazione nel mondo hanno fatto emergere risultati preoccupanti: che circa metà di tutte le gravidanze sono non intenzionali; che il discorso pubblico sulla dimensione

della popolazione e i tassi di fecondità vuole indurre paura, che può essere usata, come è successo, per fomentare l'etnonazionalismo e indebolire i diritti riproduttivi; e che, nonostante i significativi passi in avanti nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi, le persone più marginalizzate hanno ottenuto i minori benefici.

I dati pubblicati da UNFPA negli ultimi cinque anni mostrano anche che circa una donna su dieci non può decidere se usare contraccettivi. Circa un quarto delle donne non può prendere decisioni sulla propria salute. E circa un quarto di loro non può decidere di dire di no ai rapporti sessuali.

Quindi, ancora milioni di persone non possono esercitare i propri diritti e le proprie scelte riproduttive. L'impossibilità delle persone di realizzare le proprie aspirazioni di fecondità è la crisi reale della fecondità – non la sovrappopolazione o la sottopopolazione – e lo vediamo ovunque volgiamo lo sguardo. La ricerca condotta per questo rapporto dimostra che gli ostacoli per evitare una gravidanza non intenzionale e gli ostacoli per creare una famiglia sono spesso pressoché gli stessi: precarietà economica, discriminazione di genere, mancato supporto da parte di partner e comunità, assistenza per la salute sessuale e riproduttiva di scarsa qualità, mancato accesso a servizi quali cura dell'infanzia e istruzione accessibile e pessimismo riguardo al futuro.

Abbiamo visto che quando facciamo le giuste domande, possiamo vedere con chiarezza sia il problema che la soluzione. La risposta sta nell'agency riproduttiva, ossia la capacità di una persona di prendere decisioni libere e informate.

L'agency riproduttiva è più della sola assenza di coercizioni o un migliore accesso ai servizi,

è l'intera gamma di condizioni che permettono alle persone di esercitare i loro diritti riproduttivi e assicurare possibilità reali di scelta. Tali condizioni includono uguaglianza di genere, stabilità economica, una salute dignitosa e fiducia nel futuro.

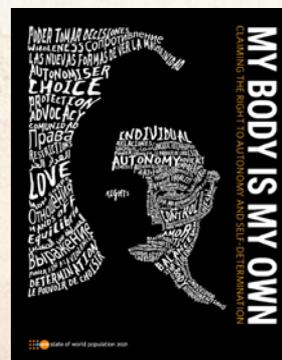
Tali condizioni sono ancora lontane da raggiungere per troppe persone. Per questo, tutte e tutti noi, comprese/i coloro che si occupano di politica, dovrebbero chiedere alle persone cosa desiderano e di cosa hanno bisogno – non come una considerazione secondaria, ma come la prima e più importante domanda quando vengono fatte considerazioni sulle questioni inerenti la popolazione. Le politiche dovrebbero rispondere direttamente a queste preoccupazioni. Ciò include assicurare a tutte le persone l'intera gamma di salute e diritti sessuali e riproduttivi; fornire supporto stabile e duraturo a genitori e famiglie; e porre fine alla violenza di genere e alle norme discriminatorie basate sul genere che minano i desideri di fecondità delle persone.

Creiamo le circostanze necessarie affinché le persone che desiderano provare le gioie e le gratificazioni della genitorialità possano raggiungere le proprie aspirazioni di fecondità, possano avere speranza per un domani migliore che sostenga le loro scelte e protegga i loro diritti. Un domani dove le loro figlie e i loro figli, e le loro nipoti e i loro nipoti, possano prosperare. Speriamo che questo rapporto possa dare il via a discussioni ed azioni finora assenti e davvero necessarie per fare avanzare quei diritti e quelle scelte.

Dr. Natalia Kanem

Direttrice esecutiva
Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione

I recenti rapporti sullo Stato della Popolazione nel mondo dell'UNFPA esaminano la condizione dell'autonomia corporea e della libertà di scelta in tutto il mondo.



GLOSSARIO

Il linguaggio utilizzato per parlare di fecondità è spesso problematico. Le persone che si occupano di politica e i media dovrebbero evitare parole che favoriscono l'allarmismo, soprattutto nell'attuale epoca della disinformazione. Benché molti dei termini citati in questo rapporto siano di uso comune, è importante tenere a mente che non si riferiscono a concetti astratti, ma a vite umane. Pertanto verranno utilizzati i seguenti termini con i significati indicati di seguito; non sempre si tratta di definizioni tecniche e non sempre sono coerenti. Le descrizioni che seguono non vogliono essere prescrittive, ma aiutare chi legge a comprendere le idee contenute nel rapporto.

Tasso di natalità adolescenziale:

il tasso di natalità adolescenziale misura il numero annuale di nascite tra ragazze o donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni su 1.000 donne appartenenti a questa fascia d'età; misura inoltre il rischio di avere figlie/i per le donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni (qualora ci siano dati disponibili, il tasso di natalità adolescenziale può e deve essere calcolato anche per le ragazze di età compresa tra i 10 e i 14 anni).

Antinataliste: politiche o pratiche che promuovono un abbassamento del tasso di natalità disincentivano la procreazione o incoraggiano ad avere meno figlie/i. (Population Reference Bureau, 2025). "Antinatalismo" può anche essere usato per riferirsi alla convinzione che avere figlie/i sia moralmente problematico (Morioka, 2021). Questo termine viene evitato, ove possibile, poiché è usato in modo talmente ambiguo da non avere un'accezione chiara.

Ansia demografica: paura o preoccupazione, più o meno fondate, legate alle tendenze demografiche, compresa la dimensione della popolazione, il cambiamento demografico, i fenomeni migratori o i tassi di fecondità.

Cambiamento demografico: variazioni nelle dimensioni e nella struttura di una popolazione derivanti da cambiamenti nei modelli di fecondità, mortalità e migrazione.

Diversità demografica: : termine utilizzato per indicare la diversità dei profili e delle tendenze

demografiche nei paesi. Ad esempio, oggi nel mondo alcuni paesi hanno un'alta fertilità e la loro popolazione è in crescita, laddove altri hanno una bassa fertilità e la loro popolazione si sta riducendo.

Resilienza demografica: la capacità di un paese di anticipare, adattarsi e trarre vantaggio dai cambiamenti demografici all'interno di una cornice che garantisca i diritti umani.

Aspirazioni di fecondità: gli obiettivi o le speranze riproduttive di una persona, di una coppia o di una famiglia.

Obiettivi di fecondità: unità di misura della fecondità come cambiamenti nel numero di nascite, tassi di natalità o tassi di fecondità obiettivo di una determinata politica demografica. Questo rapporto usa il termine "obiettivi di fertilità" per riferirsi alle politiche pubbliche messe in campo dagli Stati ma non li caldeggia.

Transizione della fecondità: il processo attraverso il quale i tassi di fecondità sono diminuiti da livelli elevati a livelli più bassi. Questo processo è iniziato nel XIX secolo in Europa e nel XX secolo in Asia e America Latina, dove la transizione demografica è ancora in corso. La crescita della popolazione prosegue in Africa, soprattutto a causa del rapido calo dei tassi di mortalità.

Alta fecondità: in questo rapporto, il termine "alta fecondità" non è utilizzato in riferimento a un tasso di fecondità prestabilito, ma in senso comparativo. Le definizioni delle Nazioni Unite di

alta fecondità variano a seconda del contesto, a volte indicando più di 3,2 figli per donna (UN DESA, 2014), più di 3,5 figli per donna (UN DESA, 2017) o più del tasso di fecondità di ricambio atteso in un determinato paese.

Bassa fecondità: in modo analogo, il termine "bassa fecondità" si usa in senso comparativo, anziché riferirsi a uno specifico tasso di fecondità. In questo rapporto, il termine "bassa fecondità" non viene utilizzato in riferimento a un tasso prestabilito, ma in senso comparativo. In generale, il termine viene utilizzato per descrivere i tassi di fecondità totale pari o inferiori a 2,1 figli per donna - tassi che non portano a una crescita della popolazione a lungo termine. Il rapporto riconosce che la percezione di ciò che costituisce una bassa fecondità è soggettiva.

Fecondità eccessiva: situazione in cui una persona ha più figlie/i di quelle/ che desidera.

Sovrappopolazione: benché non esista una definizione tecnica condivisa, questo termine è comunemente usato per descrivere un numero di abitanti insostenibile per le risorse disponibili. Può essere usato per esprimere preoccupazione circa l'aumento dei tassi di natalità o le tendenze dei flussi migratori e spesso parte dal presupposto che esistano un tasso di fecondità o una dimensione della popolazione ideali, opinioni non sostenute da questo rapporto.

Controllo della popolazione: la pratica di controllare intenzionalmente la crescita, le dimensioni o la distribuzione di una popolazione umana. Il termine è spesso associato a misure che violano i diritti umani.

Politiche demografiche: politiche riguardanti una serie di questioni demografiche, tra cui le dimensioni e la crescita della popolazione, la salute riproduttiva e la pianificazione familiare, la distribuzione della popolazione per età, la fecondità e il matrimonio, la distribuzione spaziale e l'urbanizzazione, la salute e la mortalità, le migrazioni interne e internazionali.

Obiettivi demografici: numeri o intervalli di persone che costituiscono l'obiettivo di una determinata politica demografica.

Pronataliste: politiche o pratiche che promuovono un innalzamento del tasso di natalità (Population Reference Bureau, 2025). "Pronatalista" può essere usato anche come sostantivo per riferirsi chi sostiene politiche o pratiche volte ad aumentare la natalità. Si usa questo termine anche per riferirsi alle "forze culturali e istituzionali che obbligano alla riproduzione" (Bajaj e altri, 2023). Tale parola viene evitata, ove possibile, nel presente rapporto, poiché è usata in modo talmente ambiguo da non avere un'accezione chiara.

Fecondità di sostituzione: il parametro di riferimento utilizzato dalla demografia per rappresentare il numero medio di figlie/i che una donna deve avere per mantenere stabile la dimensione di una popolazione - in genere circa 2,1 figli per donna (Population Reference Bureau, 2025). Il tasso di fecondità preciso che garantisce il ricambio generazionale varia da paese a paese, essendo influenzato anche da altri fattori quali il tasso di mortalità, i flussi migratori e il rapporto tra i sessi alla nascita.

Agency riproduttiva: la capacità di prendere decisioni informate e consapevoli sulla propria riproduzione. Questa capacità richiede qualcosa di più della possibilità di dire sì o no; per esercitarla è necessario un ambiente favorevole in cui individui e coppie possano fare le proprie scelte senza

essere condizionati da vincoli legali, politici, economici e normativi. È un aspetto fondamentale dell'autonomia corporea, dell'autodeterminazione e dei diritti umani; qualunque inquadramento internazionale dei diritti umani riconosce l'agency riproduttiva come essenziale per l'uguaglianza di genere e l'empowerment di donne e ragazze.

Autonomia riproduttiva: il potere di fare scelte sul proprio corpo, sulla propria sessualità e fecondità senza temere alcuna forma di violenza o coercizione.

Coercizione riproduttiva: qualunque misura o comportamento che interferisca con l'autonomia decisionale di una persona sulla propria salute riproduttiva.

Diritti riproduttivi: il diritto fondamentale, riconosciuto a livello internazionale, garantito a tutte le coppie e individui, di decidere in modo libero e responsabile quando e quante/i figlie/i avere, insieme alle informazioni e ai mezzi per farlo, nonché il diritto di raggiungere i massimi standard di salute sessuale e riproduttiva (UNFPA, 2014).

Salute e diritti sessuali e riproduttivi: vi sono inclusi un insieme completo e integrato di servizi e informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva necessari al raggiungimento di standard ottimali di salute e diritti umani per tutte le persone. Questi interventi comprendono non solo la prevenzione delle gravidanze non intenzionali, la protezione dalla violenza di genere e l'accesso a informazioni precise, ma anche il trattamento dell'infertilità e dei tumori dell'apparato riproduttivo, la consulenza e l'assistenza relativa alla funzione e alla soddisfazione sessuale, l'assistenza alle persone a prescindere dal loro orientamento sessuale o identità di genere e l'assistenza in qualunque contesto, comprese le crisi umanitarie (Tedros e Kanem, 2018).

Fecondità sub-sostitutiva: un tasso di fecondità totale inferiore a 2,1, ovvero il numero medio di figlie/i per donna necessario a mantenere una popolazione da una generazione all'altra, ipotizzando una bassa mortalità e l'assenza di flussi migratori cospicui o di alterazioni del rapporto tra i sessi alla nascita.

Effetto tempo: termine demografico che fa riferimento ai cambiamenti nelle tempistiche delle gravidanze tra i vari gruppi demografici e all'impatto di tali cambiamenti sul tasso di fecondità totale (di un determinato periodo) (MPIDR, 2025). Un aumento generale dell'età in cui le donne hanno figlie/i, ad esempio, può comportare un minor numero di nascite nell'anno in corso, diminuendo quindi il tasso di fecondità totale di quel periodo anche se il numero di figlie/i che le donne hanno nel corso della loro vita rimane invariato.

Tasso di fecondità totale corretto per il tempo e la parità: una variante del tasso di fecondità totale che tiene conto degli intervalli di tempo (tempistica) e della parità (il numero di gravidanze portate a termine da una donna ad almeno 20 settimane di gestazione) delle nascite. Questa misura ha lo scopo di fornire un quadro più sfumato dell'andamento della fecondità nel tempo, tenendo conto in particolare delle evoluzioni delle norme sociali in materia di figlie/i (ad esempio, averne più tardi nella vita).

Tasso di fecondità totale: ove non indicato diversamente, il tasso di fecondità totale si riferisce al tasso di fecondità totale in *età feconda* - il numero medio di figlie/i che una donna avrebbe se visse fino alla fine della sua vita riproduttiva e avesse figlie/figli in linea con i tassi di fecondità specifici per età in un determinato periodo (Population Reference Bureau, 2025).

Fecondità non raggiunta: la situazione per cui una persona ha meno figlie/i di quelle/i che desidera.



APPROFONDIMENTO CON LE FRASI DEI/DELLE GIOVANI*

Voglio dei figli, ma sta diventando sempre più difficile con il passare del tempo. È impossibile comprare una casa o trovare affitti sostenibili nella mia città. E poi non vorrei mettere al mondo un figlio o una figlia durante una guerra o in condizioni climatiche peggiori di quelle attuali se ciò comporta che il mio bambino o la mia bambina ne pagheranno le conseguenze

– Anonima, 29, Messico

Ho un figlio ma non penso di averne altri. Non me lo posso permettere perché non ho una stabilità economica, ho un lavoro precario, gli alloggi costano troppo e i servizi di istruzione e di assistenza all'infanzia costano tanto.

– Anonima, 29, Zambia

Mettere al mondo un figlio o una figlia è solo il primo passo. La vera sfida è crescerli. E per crescerli bene ci vogliono un ambiente sano e infrastrutture adeguate.

– Anonimo, 30, Paraguay

* Vedi nota tecnica sulle persone giovani a pagina 143

Illustrazione di Marianna Gefen

Il futuro è cupo nonostante il governo si stia attivando. Inoltre, molte politiche nel mondo vanno contro la salute delle donne. Sento che questo ci spinge a rimanere single e a non avere figli né figlie.

– Anonima, 31, Filippine

Prima di mettere al mondo un figlio o una figlia devo combattere per il diritto di farlo come voglio io – perché le persone dello stesso sesso possano sposarsi, ricorrere alla maternità surrogata, adottare figli/e e riconoscerli/e nel paese da cui provengo. Non è una battaglia solo mia. È la lotta di miliardi di persone giovani intrappolate da un sistema che nega i diritti e la dignità che meritano.

– Roman, 26, Azerbaijan

Trovare il partner giusto è importante perché credo che crescere un/a figlio/a debba essere una responsabilità condivisa, con supporto emotivo ed economico da parte di entrambi i genitori.

– Anonima, 18, India

La terra ha abbastanza risorse per sostenere tutte e tutti, anche di più. Il fatto è che queste risorse sono distribuite molto male, dovremmo fare uno sforzo collettivo per lavorarci su. Credo che un giorno ci riusciremo, e io avrò il privilegio di avere figli e figlie senza provare rimorsi.

– Ilian Sales Segarra, 24, Belgio





CAPITOLO 1

Svelare la crisi reale

Il mondo si trasforma con modalità e ritmi eccezionali: i tassi di fecondità globale stanno diminuendo. Si prevede che la popolazione umana raggiungerà il suo apice entro il secolo per poi diminuire (UN DESA, 2024). Attualmente una persona su quattro vive in un paese in cui, secondo le stime, la popolazione avrebbe già raggiunto il suo picco. Il risultato sarà una società come non l'abbiamo mai vista prima: comunità con una maggiore percentuale di persone anziane, una minore percentuale di quelle giovani e, probabilmente, una forza lavoro più ridotta.

Tali cambiamenti demografici strutturali plasmeranno il futuro dell'umanità per generazioni a venire - eppure seguono il verificarsi di un altro cambiamento demografico epocale nella storia dell'umanità: l'impennata nel ritmo di crescita della popolazione iniziata nel XX secolo. Le nascite annue sono aumentate in modo drastico, oltrepassando i 120 milioni negli anni Settanta (UN DESA, 2021), e partecipando al cosiddetto "boom della fecondità" osservato quasi in tutto il mondo (Reher e Requena, 2015). È necessario inquadrare i cambiamenti demografici contemporanei all'interno di questo particolare contesto storico, che ha generato ansia diffusa e molte politiche dalle conseguenze deleterie, nonché vere e proprie violazioni di diritti (Hartmann, 2016; Ehrlich e Ehrlich, 1968). Oggi conseguenze di questo tipo possono e devono essere evitate.

Il mondo è infatti attualmente caratterizzato da un'ampia diversità demografica: alcuni paesi continuano a registrare alti tassi di fecondità, mentre in altri sono in calo; alcuni hanno alti tassi di immigrazione, altri alti tassi di emigrazione. Esiste una diversità di profili demografici anche all'interno dei singoli paesi. Inoltre, il mondo per come si presenta oggi è la

conseguenza annunciata di un trend di lungo corso. "Decine di anni fa, i paesi avevano i dati per sapere che le loro popolazioni sarebbero invecchiate... Non c'è motivo per cui oggi l'invecchiamento della popolazione sia una sorpresa", osservano demografi e demografe (UNFPA, 2024). Ciò che dovrebbe sorprendere di più, quindi, non è la velocità con cui il mondo sta cambiando, ma la nostra resistenza collettiva nell'attraversare tali cambiamenti con preparazione e prudenza.

Stiamo assistendo all'eco delle paure del secolo scorso. Quasi ovunque, titoli di giornale predicono il collasso dei sistemi pensionistici (Constance, 2024), una riduzione dell'elettorato (Shankar, 2024), l'aumento di tensioni su basi etniche (Rajesh, 2024) e uno "spopolamento" umano irreversibile (Eberstadt, 2024), benché le preoccupazioni per la "sovrappopolazione" persistano (Maynard e Seager, 2022).

Tuttavia, una nuova ricerca UNFPA pone in evidenza che è in atto una crisi reale che richiede un'azione urgente, ma *differente* da quelle sino a oggi messe in campo. La crisi in oggetto riguarda l'agency riproduttiva, ovvero la capacità delle persone di fare scelte libere, informate e prive di restrizioni ad ampio spettro, dalle scelte sulla vita sessuale all'uso della contraccezione, fino alla creazione di una famiglia.

L'agency riproduttiva non riguarda solo la capacità di dire sì o no, né il semplice diritto di libertà dalla coercizione, attiene a una complessa serie di condizioni che consentano alle persone di esercitare realmente una scelta. Insistendo sull'ambiente politico, legale e sociale che consente alle persone di prendere decisioni, l'agency riproduttiva offre un percorso verso la piena realizzazione dei diritti riproduttivi.

La crisi reale

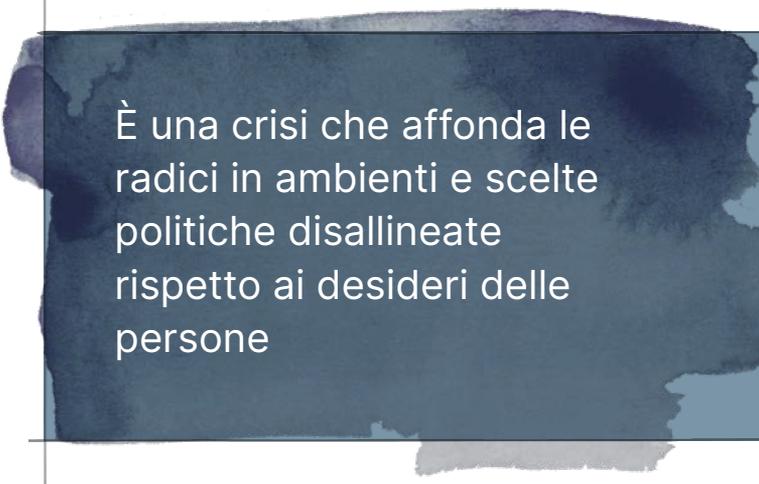
La ricerca alla base di questo rapporto, condotta dall'UNFPA e da YouGov, istituto internazionale di raccolta dati, rileva che una percentuale molto elevata di persone - in ogni paese interessato e in ogni regione del mondo - non è in grado di raggiungere le proprie aspirazioni di fecondità. I tassi di gravidanze non intenzionali si mantengono alti in tutte le regioni, così come le difficoltà ad avere la famiglia che le persone intervistate desiderano. Tanto le aspirazioni di fecondità eccessiva, per cui si hanno più figlie/i dell'ideale a cui si aspira, o meno del desiderio che si aveva, sono molto diffuse.

In altre parole, i discorsi, le politiche e le soluzioni in campo devono allontanarsi dall'allarmismo sull'“esplosione demografica” e sul “collasso demografico” per concentrarsi sulle preoccupazioni concrete delle persone che compiono scelte che hanno conseguenze profonde e molto intime sui propri corpi, sulle loro famiglie e sul loro futuro. Questa crisi non trae origine da decisioni riproduttive individuali disallineate rispetto alle esigenze di un determinato Stato o sistema economico. È piuttosto una crisi che affonda le radici in ambienti e scelte politiche disallineate rispetto ai desideri delle persone, ambienti e scelte che hanno fallito nella creazione di quella sicurezza economica ed empowerment personale che, come riportato dalle interviste, rappresentano i prerequisiti per realizzare i propri obiettivi di avere una famiglia – a prescindere dalla natura di questi obiettivi (avere una famiglia numerosa, media o nessuna).

Questa crisi richiede certamente degli interventi politici - ma non politiche che inducano le persone a usare la contraccezione (Hartmann, 2016) o le scoraggino dal farlo (Tenberge, 2023), né politiche che promuovano la natalità

(Pavlova e Guy, 2022) o privilegino famiglie poco numerose (Hayre, 2024). In realtà, le politiche volte a diminuire i tassi di fecondità possono fare poco e, in casi estremi, essere deleterie (Li e Miller, 2000), mentre la maggior parte degli sforzi per aumentare i tassi di fecondità sembrano avere un impatto limitato a lungo termine e potrebbero addirittura accusare dei contraccolpi (Botev, 2015). Piuttosto, per risolvere la situazione è necessario un approccio profondamente diverso: aumentare in modo significativo gli investimenti globali per promuovere l'autonomia riproduttiva, indipendentemente dal tasso di fecondità di un paese. Questo significa permettere a tutte le persone di prendere queste decisioni autonomamente e alle loro condizioni.

Il godimento di diritti riproduttivi e il raggiungimento dei desideri di fecondità personali avrebbero un impatto di ampia portata, soprattutto per la salute e il benessere delle persone e delle loro famiglie. Ma porterebbero anche vantaggi significativi nelle varie comunità e nei singoli paesi, dal calo dei costi economici associati alle gravidanze non intenzionali, soprattutto tra le adolescenti (vedi riquadro a pagina 44), alla riduzione significativa degli ingenti costi sostenuti dal sistema sanitario a causa degli aborti clandestini (Sully e altri, 2020), alla garanzia della



È una crisi che affonda le radici in ambienti e scelte politiche disallineate rispetto ai desideri delle persone



Illustrazione di Stina Persson

partecipazione alla forza lavoro per le generazioni future nate in condizioni socioeconomiche sicure e a sostegno delle loro famiglie.

Quanto è frequente - o inusuale - non poter raggiungere le proprie aspirazioni di fecondità

In preparazione di questo rapporto, UNFPA e YouGov hanno condotto un sondaggio online su oltre 14.000 persone adulte, in 14 paesi, che insieme ospitano oltre il 37% della popolazione globale. L'indagine era volta a conoscere le aspirazioni personali e i risultati raggiunti in materia di fecondità, a comprendere se e quali ostacoli avessero affrontato. I risultati hanno rivelato molto, non solo circa la frequenza con cui le aspirazioni di fecondità delle persone non si realizzano, ma anche sulla frequenza degli ostacoli incontrati sia nel prevenire una gravidanza sia per averne una.

In tutti i paesi, in genere, il numero di figlie/i più desiderato è due. Tuttavia, tutti i paesi presi in esame presentano percentuali significative di persone che hanno dichiarato di aver dovuto rivedere nel corso della vita, le dimensioni della famiglia che avrebbero voluto, in entrambe le direzioni: alcune persone hanno cambiato i loro progetti avendo meno figlie/i, altre avendone di più. Quasi un quinto delle persone adulte in età riproduttiva (18%) reputa di non poter avere avuto il numero desiderato: L'11% ritiene che avrà un numero inferiore a quello auspicato, mentre il 7% pensa che potrebbe averne di più (circa il 37% ha dichiarato un'aspettativa di raggiungimento del numero desiderato di figlie/i, mentre il 45% non sa o non vuole rispondere).

Anche le persone di 50 anni e oltre, la cui vita riproduttiva è presumibilmente conclusa, hanno risposto al sondaggio. Anche in questo caso

emerge un ritratto sulla fecondità effettivamente realizzata che non corrisponde alle aspettative. In questo gruppo, il 31% ha dichiarato di avere meno figlie/i di quelle/i che avrebbe desiderato e il 12% di averne di più (in questa fascia di età, il 38% ha dichiarato di aver raggiunto il numero ideale e il 19% ha detto di non saperlo o di non voler rispondere).

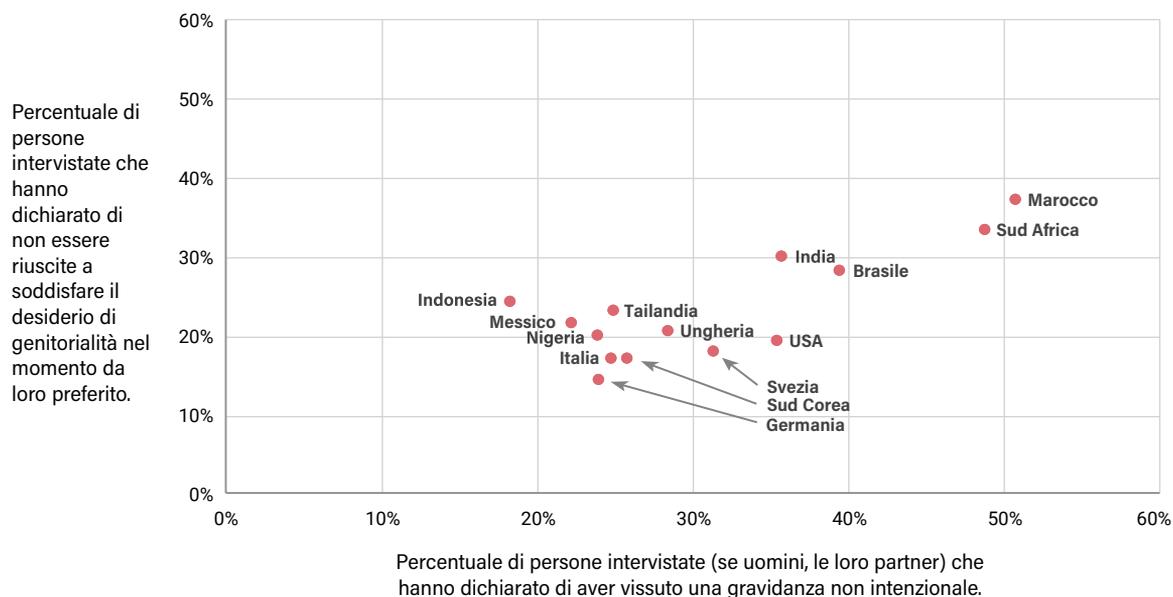
Alla richiesta di raccontare la propria esperienza, a prescindere dalla fascia di età, quasi 1 persona intervistata su 3 (32%) ha dichiarato di aver avuto una gravidanza non intenzionale, o che la rispettiva partner ne avesse avuta una. Quasi una persona intervistata su quattro (23%) avrebbe voluto un figlio o una figlia in un dato momento della vita, ritenendo di non avere avuto la possibilità al momento

giusto; tra queste, oltre il 40% ha dichiarato di aver rinunciato a tale desiderio alla fine. È allarmante notare che quasi il 13% delle persone intervistate ha sperimentato sia una gravidanza non intenzionale che ostacoli nell'intraprenderla (in alcuni paesi questa cifra ha raggiunto il 20%), indicando che i sistemi e gli ambienti non riescono a sostenere il processo decisionale riproduttivo degli individui (vedi Figura 1).

In altre parole, ovunque si guardi, realizzare liberamente le proprie aspirazioni riproduttive risulta faticoso. Ci sono persone che hanno ecceduto le proprie aspirazioni di fecondità e altre che non le hanno pienamente realizzate, sia nei paesi con tassi di fecondità elevati che in quelli con bassi tassi di fecondità, il che indica che gli ostacoli al raggiungimento della famiglia ideale sono presenti ovunque.

FIGURA 1

Gravidanze non intenzionali e ostacoli alla riproduzione



In tutti i Paesi presi in esame da UNFPA/YouGov, si riscontrano difficoltà a prevenire le gravidanze non intenzionali e a rimanere incinte nei tempi desiderati.

Source: Fonte: Indagine UNFPA/YouGov.

Ostacoli alla riproduzione

È stato chiesto: “nella tua situazione, quali fattori ti hanno portato o potrebbero portarti ad avere meno figli di quanti ne vorresti?”

Paesi e indici di fecondità, dal più basso al più alto ▼	Medici			Economici			
	Infecondità o difficoltà di concepimento	Difficoltà di accesso alle cure per la fecondità o la gravidanza	Cattiva salute o malattie croniche	Difficoltà economiche	Difficoltà abitative (es. poco spazio, prezzi eccessivi delle case/degli affitti)	Servizi di assistenza all'infanzia scarsi o di bassa qualità	Disoccupazione/ lavoro precario
Repubblica di Corea	12%	6%	11%	58%	31%	28%	26%
Tailandia	19%	10%	17%	51%	21%	17%	33%
Italia	15%	6%	13%	29%	14%	12%	30%
Ungheria	10%	4%	8%	34%	20%	11%	16%
Germania	11%	3%	10%	25%	18%	12%	10%
Svezia	10%	3%	9%	19%	6%	3%	5%
Brasile	8%	7%	13%	39%	18%	8%	26%
Messico	8%	7%	8%	35%	23%	14%	21%
USA	16%	8%	12%	38%	15%	12%	17%
India	13%	14%	15%	38%	22%	18%	21%
Indonesia	6%	9%	10%	39%	22%	6%	20%
Marocco	10%	4%	19%	47%	20%	11%	15%
Sud Africa	15%	8%	13%	53%	17%	9%	33%
Nigeria	14%	11%	13%	32%	14%	17%	16%
Media dei paesi	12%	7%	12%	39%	19%	12%	21%

	Influenza o cambiamento del desiderio		Preoccupazioni per il futuro		Altri fattori		
	Cambiare idea (decidere di volere meno figli)	Il/la partner vuole meno figli	Preoccupazioni legate al contesto politico e sociale (es. guerre, pandemie)	Preoccupazioni legate al cambiamento climatico o al degrado ambientale	Mancanza di un/una partner adatto/a	Mancata partecipazione del/della partner nelle faccende domestiche e nella crescita dei/delle figli/e	Limitazioni nel numero di figli/e scaturite da pressioni da parte del personale sanitario
Repubblica di Corea	14%	13%	8%	8%	10%	19%	3%
Tailandia	12%	9%	23%	18%	25%	11%	6%
Italia	7%	11%	19%	11%	17%	8%	1%
Ungheria	9%	8%	10%	4%	17%	5%	4%
Germania	11%	11%	13%	9%	15%	8%	2%
Svezia	4%	9%	6%	4%	17%	5%	4%
Brasile	18%	12%	21%	11%	15%	8%	5%
Messico	12%	8%	21%	14%	16%	8%	5%
USA	12%	19%	11%	7%	18%	11%	6%
India	17%	19%	14%	16%	12%	15%	14%
Indonesia	19%	17%	14%	9%	4%	16%	7%
Marocco	8%	17%	8%	4%	9%	13%	4%
Sud Africa	17%	18%	15%	9%	18%	9%	5%
Nigeria	17%	19%	12%	10%	9%	10%	8%
Media dei paesi	13%	13%	14%	9%	14%	11%	5%

Alle persone intervistate sono state fornite 14 risposte, ma potevano anche indicarne di proprie. Poiché si potevano selezionare tutte le risposte desiderate, nessuna percentuale raggiunge il 100%. I dati ci permettono di vedere quali fattori sono considerati rilevanti, ammesso che ve ne siano.

Nota: questa domanda non è stata posta alle persone che hanno indicato un numero ideale pari a zero.

Fonte: UNFPA/YouGov: Sondaggio UNFPA/YouGov.

Perché le persone intervistate non hanno la famiglia che desiderano? Le ragioni sono molteplici, ma l'ostacolo maggiore in assoluto è di natura economica. Su 10.000 persone che hanno dichiarato di avere avuto figlie/i o di avere desiderio di averne, il 39% ha dichiarato che i limiti finanziari sono un fattore che ha o

avrebbe influenzato in futuro la loro capacità di realizzare la famiglia desiderata. Il secondo fattore più comune, al 21%, è la disoccupazione o l'insicurezza rispetto al lavoro. Il terzo, al 19%, riguarda un problema di tipo abitativo, come la mancanza di spazio in casa o il costo elevato degli immobili.

Dall' "esplosione demografica" al "collasso della popolazione"

Il secolo scorso ha visto grandi progressi nel campo dell'assistenza sanitaria e dello sviluppo, favorendo la più grande espansione demografica della storia dell'umanità, generalmente considerata una "bomba demografica" per le popolazioni del Sud Globale. Hanno preso piede diverse paure, dalla preoccupazione che la sovrappopolazione possa frenare lo sviluppo e aumentare la povertà, all'ipotesi che carestie e morti di massa siano inevitabili. Leader e consulenti, soprattutto del Sud Globale, hanno parlato di una "corsa verso l'oblio" se non vengono attuate misure per controllare la fecondità delle donne (Ehrlich e Ehrlich, 1968) - troppo spesso attraverso pratiche come l'uso forzato della contraccezione, la sterilizzazione o l'aborto forzato (Hartmann, 2016).

Con il senno di poi, si ottiene un resoconto più obiettivo di questo periodo e degli impatti che ha avuto: il numero di persone sul pianeta è più che triplicato dal 1950 mentre, nello stesso lasso di tempo, il tasso medio di fecondità per donna è sceso da 5 nel 1950 a 2,25 (UN DESA, 2024). Si prevede che questo indicatore raggiungerà il 2,1 - cosiddetto "tasso di sostituzione" (vedi glossario a pagina 6-7) - entro il 2050. A differenza dei vertiginosi cali demografici che si verificano durante le guerre o le epidemie, questi cambiamenti sono stati gradualmente e per molti versi voluti, grazie ai progressi della medicina e ai relativi effetti sulla longevità e la contraccezione.

In effetti, non tutti i paesi si sono allarmati allo stesso modo per i tassi di fecondità. In America Latina, ad esempio, le preoccupazioni demografiche sono meno legate all'aumento o alla diminuzione dei tassi di natalità e si concentrano piuttosto sulle diverse tendenze demografiche all'interno dei singoli paesi, dove le disuguaglianze e le barriere strutturali possono influenzare se, quando e come le persone scelgono di avere figlie/i.

Tuttavia, la richiesta di assistenza da parte dei paesi "per affrontare i loro problemi demografici" (UNFPA, 1994) - in qualsiasi modo questi problemi siano definiti da ciascun paese - non è mai venuta meno. Né, del resto, sono scomparsi i punti di vista etnonazionalisti che hanno guidato, e continuano a guidare, molte ansie legate alla migrazione e alla salute sessuale e riproduttiva. Piuttosto che appoggiare gli sforzi per modificare le dimensioni o la composizione della popolazione, UNFPA sostiene la resilienza demografica, un approccio che inserisce le politiche demografiche - comprese quelle relative alla migrazione e alla salute sessuale e riproduttiva, oltre ad altre questioni come lo sviluppo del capitale umano - in un quadro di diritti umani. Benché la migrazione basata sui diritti sia una considerazione fondamentale, questo rapporto si concentra sugli aspetti della salute sessuale e riproduttiva e dei diritti della popolazione, che sono al centro del mandato di UNFPA.

Quando i fattori sono stati classificati in quattro grandi categorie - ad esempio, problemi di salute, preoccupazioni economiche, paura del futuro e mancanza di partner affidabile o completamente assente - più della metà delle persone intervistate ha indicato che questi ostacoli avevano un'influenza diretta sulla loro possibilità di avere la famiglia desiderata (vedi grafico 1). Circa 1 persona su 4 (24%) ha indicato problemi di salute (tra cui difficoltà di concepimento, ostacoli all'assistenza per la fecondità o la gravidanza e in generale cattive condizioni di salute). Quasi 1 su 5 (19%) ha dichiarato che la paura del futuro - di cambiamenti climatici, degrado ambientale, guerre, pandemie o simili - spingerà o ha già portato ad avere meno figlie/i dell'ideale immaginato.

I problemi legati alla coppia svolgono inoltre un ruolo molto chiaro. Il 14% delle persone intervistate ha dichiarato che la mancanza di partner, o di partner adatto, le ha spinte o le porterà in futuro ad avere meno figlie/i. Più del 10% ha dichiarato che uno scarso coinvolgimento del partner nei lavori domestici o nella cura dei figli ha portato o porterà a questo risultato. Le persone intervistate di età inferiore ai 40 anni sono state più inclini rispetto a quelle di età superiore ai 40 anni

a citare la divisione ineguale dei compiti domestici come fattore che ha portato al mancato raggiungimento dei loro obiettivi di fecondità (12% rispetto al 9%), indicando forse un cambiamento generazionale nelle aspettative, le donne sono state quasi due volte più propense degli uomini (13% rispetto all'8%) a segnalare questo aspetto come un ostacolo al raggiungimento del numero desiderato di figlie/i. (Vedi il capitolo 3 per ulteriori informazioni su come il genere e le norme sociali contribuiscono alle aspirazioni e al raggiungimento della fecondità).

Quando alle persone è stato chiesto quali fattori le abbiano portate o potrebbero portarle ad avere una famiglia più ampia di quella immaginata, la risposta più comune, fornita da un 21%, ha riguardato un miglioramento delle condizioni economiche, seguita dal desiderio del/della partner di avere più figlie/i o da un cambiamento di idea, con una percentuale del 14% in entrambi i casi.

Perché il miglioramento delle condizioni economiche potrebbe portare le persone ad avere più figlie/i rispetto all'ideale immaginato? La risposta è aperta all'interpretazione; alcune, ma non tutte, tra le persone intervistate che hanno affermato che il cambiamento delle condizioni economiche potrebbe portare ad un superamento delle aspettative di fecondità hanno anche indicato che potrebbero cambiare opinione sulla dimensione della famiglia desiderata. È possibile che il miglioramento delle condizioni economiche renda le persone più aperte all'idea di avere più figlie/i; è anche possibile che si subiscano notevoli pressioni sociali o da parte del partner ad avere più figlie/i (o a portare avanti gravidanze non pianificate che altrimenti potrebbero interrompere) se non si utilizza la questione economica come motivo per limitare le dimensioni della famiglia.



Una famiglia, tre generazioni e mutamenti di opinione sulla maternità in India

L'India è oggi il paese più popoloso del mondo, con quasi 1,5 miliardi di persone - un numero che si prevede crescerà fino a circa 1,7 miliardi prima di iniziare a diminuire, tra circa 40 anni (UN DESA, 2024). Dietro questi numeri ci sono le vicende di milioni di coppie che hanno deciso di formare o allargare la propria famiglia, così come le storie di donne che hanno avuto poche possibilità di scelta riguardo alla decisione di avere figlie/i, alla tempistica o alla frequenza delle gravidanze.

Nel 1960, quando la popolazione indiana era di circa 436 milioni

di persone, le donne in media avevano quasi sei figli. A quel tempo, avevano anche un minor controllo sul proprio corpo e sulla propria vita rispetto a oggi. Meno di una su quattro usava una qualche forma di contraccezione (UN DESA, 2024) e meno di una su due aveva frequentato la scuola primaria (World Bank Data, 2020).

Negli anni successivi, però, il livello di istruzione è aumentato, l'accesso all'assistenza sanitaria riproduttiva è migliorato e un numero maggiore di donne ha avuto voce in capitolo nelle decisioni che riguardavano la loro

vita. Oggi le donne in India hanno in media circa due figli ciascuna (UN DESA, 2024). Sebbene oggi le donne in India, come in ogni altro paese, abbiano più diritti e possibilità di scelta rispetto alle loro madri o alle nonne, la strada da percorrere prima di poter decidere liberamente il numero di figlie/i che desiderano avere, se ne vogliono, è ancora lunga.

Tre generazioni di donne della famiglia Devi, nel Bihar, evidenziano quanto sia cambiata l'India negli ultimi 65 anni e come questo influisca sulle aspirazioni di fecondità.



Saraswati Devi, 64 anni

Saraswati Devi si è sposata a 16 anni, nel 1976. A 30 anni aveva già partorito cinque tra figlie e figli. Più o meno come tutte le altre donne del suo villaggio. Se c'era chi ne aveva meno, si pensava fosse a causa di motivi di salute, ricorda Saraswati.

All'epoca le famiglie numerose erano viste come una benedizione e una necessità economica, "un dono di Dio", dice. "Mia suocera diceva sempre: più figli hai, più mani ci sono per lavorare nei campi".

Le conversazioni sulla distanza tra ciascuna gravidanza o sulla limitazione delle dimensioni della famiglia erano rare. "All'epoca non conoscevamo i contraccettivi", racconta. "Non sapevamo come ritardare o prevenire le gravidanze e avevamo troppa paura di chiedere".

Le pressioni sociali e soprattutto della suocera hanno avuto un'influenza enorme sul numero di gravidanze che ha avuto, racconta Saraswati. "Quando volevo smettere, mia suocera insisteva perché continuassi, non potevo disobbedirle".

Se potesse rifare tutto da capo, Saraswati dice che avrebbe meno figlie/i.

Anita Devi, 42 anni

Anita Devi, nuora di Saraswati, si è sposata a 18 anni, alla fine degli anni Novanta. A differenza della suocera, Anita conosceva e poteva avere accesso alla pianificazione familiare fornita dal personale sanitario che visitava il suo villaggio. Tuttavia, ha finito per avere sei figli: quattro femmine e due maschi. "Mio marito e mia suocera ne volevano altri, soprattutto un maschio", racconta Anita. "Mi sentivo esausta, ma non avevo molta voce in capitolo".

E aggiunge: "inizialmente volevo solo uno o due figli, una femmina e un maschio. Siamo poveri e crescere una famiglia numerosa è difficile... Ma parlare di pianificazione familiare non era facile nella mia famiglia e mio marito era contrario alla contraccezione".

Oggi, riflette, "nonostante le nostre discussioni, sono felice della mia famiglia. Tutti e tutte hanno ricevuto un'istruzione. Divido il mio tempo lavorando in casa e aiutando mio marito nella fattoria".

Pooja Kumari, 26 anni

Pooja Kumari, figlia di Anita, ha preso la laurea prima del matrimonio, avvenuto quando aveva 22 anni. Ha avuto il primo figlio a 23 anni. Nei tre anni successivi ha usato i contraccettivi forniti dalla Accredited Social Health Activist, una associazione in prima linea nella comunità. Recentemente ha deciso di avere un secondo figlio.

"Mio marito e io abbiamo deciso di avere solo due figli", dice Pooja. "Vogliamo crescerli bene, dare loro una buona istruzione e garantire un futuro sicuro alla nostra famiglia. Con risorse finanziarie limitate, crediamo che una famiglia piccola sia la cosa migliore".

Pooja dice che dopo il parto intende lavorare e contribuire finanziariamente alla casa. "Mio marito sostiene le mie aspirazioni e insieme stiamo pianificando un futuro stabile".

Pooja dice di aver imparato a conoscere la salute e i diritti riproduttivi attraverso i Raatri Chaupals, assemblee comunitarie notturne in cui le persone del villaggio si riuniscono per saperne di più sulla salute e i loro diritti attraverso film e discussioni. Questi incontri l'hanno fatta sentire più sicura nelle discussioni con il marito sul numero e i tempi delle sue gravidanze. Donne come Pooja, grazie ai servizi sulla contraccezione e al sostegno delle comunità e delle famiglie, fanno parte di una nuova generazione che ha la conoscenza e il potere di realizzare i propri obiettivi di fertilità.

Abbandonare lo stigma

L'indagine UNFPA/YouGov mostra chiaramente che uomini e donne devono affrontare ostacoli significativi alla realizzazione delle loro aspirazioni di fecondità. Eppure, nella narrazione comune e persino nel discorso politico (Looker, 2024), la responsabilità del calo dei matrimoni e dei tassi di fecondità continua a essere attribuita unicamente alle donne. I media, l'accademia e la politica ancora partono dal presupposto che il declino della fecondità è un problema di scelta delle donne e anche che non ci si possa fidare di queste quando parlano dei loro desideri intimi. I titoli dei giornali di tutto il mondo tuonano: "Le donne italiane rifuggono la maternità" (Migliaccio e Bloomberg, 2024), "Le donne giapponesi rifiutano il matrimonio" (Rich, 2019), "Il tasso di natalità olandese cala poiché le donne più giovani dicono no alla maternità" (Dutch News, 2023), "Donne in sciopero riproduttivo" (Chamie, 2015), "Niente sesso, niente bambini: le nuove femministe sudcoreane rifiutano il matrimonio" (Reuters, 2020), "Le donne indiane rifiutano il matrimonio a milioni" (Sunder, 2020), "Le donne in America Latina si tirano fuori dalla maternità

stravolgendo i tradizionali ruoli di genere" (Laguna and Morland, 2025), "Le keniane dicono no alla maternità e sì alle pratiche di sterilizzazione" (Kupemba, 2025) e "Ogni donna che sostiene di essere felice di non avere figli è una bugiarda o una sciocca" (Spicer, 2013).

Queste supposizioni sono gravemente viziate, in gran parte dal fatto che gli uomini svolgono un ruolo importante in tutti gli aspetti della riproduzione. In effetti, le ricerche dimostrano che le aspirazioni alla genitorialità tanto degli uomini quanto delle donne stanno cambiando nel tempo (si veda il Capitolo 3, pagina 76). Inoltre, è chiaramente dimostrato come, nella loro esperienza quotidiana, è molto raro che le donne siano in grado di esercitare una scelta riproduttiva vera e propria senza alcun ostacolo. Benché la scelta riproduttiva sia effettivamente più ampia che mai - grazie a una vasta gamma di opzioni contraccettive moderne e agli standard internazionali per un'educazione alla sessualità completa - tale scelta rimane estremamente circoscritta, soprattutto per le donne e le ragazze.

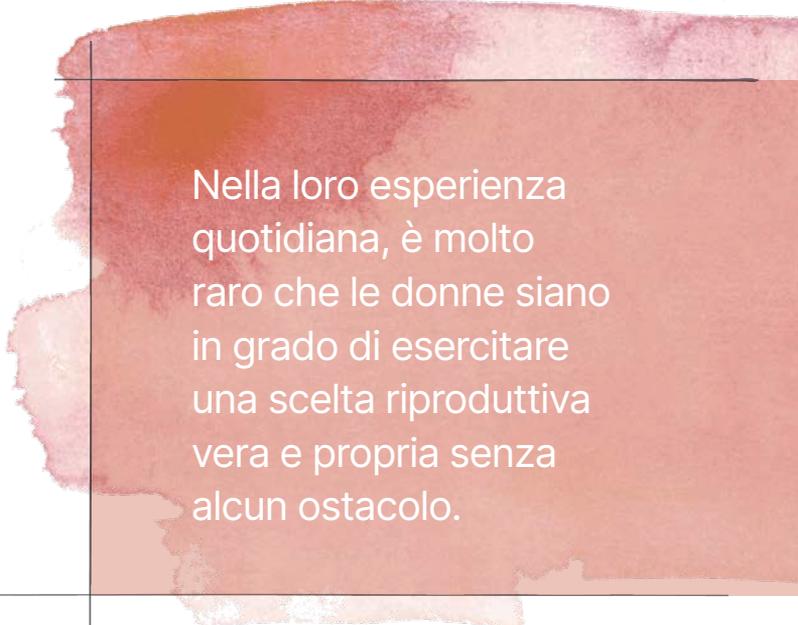
Fin dal principio della pubertà, spesso già all'età di 10 anni, se non prima, le ragazze devono affrontare vergogna, molestie (UNFPA, 2021) e riduzione delle libertà (UNFPA, 2022; Hallmann e altri, 2015) senza alcun motivo se non per il loro consueto sviluppo riproduttivo. Una ricerca che analizza le esperienze di ragazze e ragazzi in 15 paesi nei 5 continenti rileva che "i ragazzi in età puberale sono visti come predatori e le ragazze come potenziali bersagli e vittime. Messaggi come - non sederti così, non indossare quello, non parlargli, i ragazzi ti rovineranno il futuro - rafforzano la divisione del potere tra i generi" (Blum e altri, 2017). Lo studio rileva inoltre che "le conseguenze per le ragazze in molte parti del mondo comprendono matrimonio precoce, abbandono scolastico, gravidanza, rischio di HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili, esposizione alla violenza e depressione".



Di fatto, i dati attuali lo confermano. A livello globale, quasi una donna su cinque viene fatta sposare quando è ancora bambina (UNFPA, n.d.). La violenza di genere è una delle violazioni dei diritti umani più diffuse al mondo, con circa 1 donna su 3 che subisce violenza sessuale, violenza da parte del partner nelle relazioni intime o altre forme di abuso nel corso della sua vita - cifra che, a causa dei tassi significativi di mancata denuncia, potrebbe essere sottostimata (OMS, 2024). Secondo i dati più recenti dell'Obiettivo per lo sviluppo sostenibile 5.6.1, in 69 paesi l'11% delle donne non è in grado di prendere decisioni sulla contraccezione (individualmente o insieme a un partner), il 25% non è in grado di prendere decisioni sulla propria assistenza sanitaria e il 24% non è in grado di dire no al sesso (UN, 2025). Dei 32 paesi con dati temporali, 13 hanno registrato un peggioramento dell'autonomia corporea delle donne tra il 2006 e il 2022. (UNFPA, 2024a).

Una piena agency riproduttiva resta irraggiungibile anche tra le persone che hanno le risorse e l'empowerment per usare contraccettivi, cercare servizi sanitari e dire di no al sesso. Le procedure accessibili ed economiche per il trattamento dell'infertilità non hanno tenuto il passo con l'espansione delle tecnologie contraccettive (Haddad e altri, 2021), ad esempio. Inoltre, moltissimi elementi - tra cui i nuovi dati descritti in questo rapporto - evidenziano che la formazione di una famiglia è influenzata da fattori biologici, economici, sociali e individuali complessi e interdipendenti.

Attribuire alle donne la responsabilità primaria dei tassi di fertilità significa renderle capri espiatori, senza riconoscere il ruolo degli uomini nel concepimento e nella riproduzione e senza prendere atto delle condizioni necessarie affinché sia gli uomini che le donne possano realizzare il desiderio di formare una famiglia. In realtà, tali



Nella loro esperienza quotidiana, è molto raro che le donne siano in grado di esercitare una scelta riproduttiva vera e propria senza alcun ostacolo.

narrazioni portano a scelte politiche distorte e, spesso, a conseguenze negative involontarie.

La coercizione porta conseguenze indesiderate

Le politiche coercitive sono ampiamente condannate, ma non sempre vi è accordo su cosa si intenda per coercizione. Una definizione comunemente accettata è qualsiasi misura o comportamento che interferisca con la libertà di una persona di decidere autonomamente in merito alla propria salute riproduttiva. Queste coercizioni possono essere imposte dallo Stato. In casi estremi, ad esempio, alcuni paesi hanno praticato la sterilizzazione forzata e la contraccezione coatta; altri hanno vietato la contraccezione e l'aborto (Hartmann, 2016). Ma storicamente sono state utilizzate anche altre misure per esercitare pressioni sulle scelte riproduttive.

In Unione Sovietica sono state imposte tasse sulla mancata procreazione (Selezneva, 2016). Il Vietnam ha inflitto multe a chi ha avuto più figlie/i del numero consentito per legge (Goodkind, 1995).

È importante sottolineare che la coercizione non deve necessariamente essere imposta per legge dagli attori statali o da chiunque altro. Condizioni coercitive possono esistere ed esistono quando le protezioni sistemiche sono insufficienti.

Ad esempio, l'Alta Corte della Namibia ha stabilito che un ospedale gestito dallo Stato aveva illegalmente costretto donne sieropositive a sottoporsi a procedure di sterilizzazione durante il parto (SAFLII, 2012). Una ricerca di UNFPA del 2021, nella regione dell'Africa orientale e meridionale ha rilevato che, nonostante i progressi compiuti nel fornire l'accesso ai contraccettivi, problemi quali l'offerta di una gamma insufficiente di opzioni e i pregiudizi del personale sanitario continuano a minare l'esercizio di una scelta pienamente informata e libera (UNFPA, 2021a).

Indipendentemente da chi la esercita, la coercizione ha spesso provocato conseguenze indesiderate, poiché tutte le persone desiderano affermare la propria autonomia riproduttiva. (vedi pagina 36). Nei luoghi in cui l'aborto è proibito o inaccessibile, le donne ricorrono spesso ad aborti clandestini, aumentando i tassi di disabilità e mortalità materna. Oggi, gli aborti non sicuri rappresentano circa il 45% del totale a livello globale e sono una delle principali cause di morte delle donne (OMS, 2024a).

Come altro esempio di conseguenze indesiderate, il divieto di abortire può portare le persone a rinunciare volontariamente o involontariamente alla riproduzione. Un numero crescente di giovani ha cercato di ottenere sterilizzazioni permanenti - sia legature delle tube che vasectomie - quando i divieti di aborto sono entrati in vigore negli Stati Uniti nel 2022 e 2023 (Strasser e altri, 2025), per

esempio. Nei paesi a basso reddito con accesso limitato all'aborto sicuro, il ricorso quello clandestino è noto come un fattore significativo di infertilità secondaria - difficoltà a rimanere incinta dopo aver avuto una gravidanza o un parto precedente (Seiz e altri, 2023).

Le misure coercitive non solo violano i diritti umani, ma è stato messo in rilievo anche l'impatto a lungo termine sulla fertilità. Anche le politiche più coercitive per aumentare i tassi di fertilità hanno prodotto risultati solo finché sono state applicate rigorosamente - a caro prezzo. Il divieto di aborto e di contraccezione del 1966 in Romania (Repubblica Socialista di Romania, 1966) ha portato a un immediato aumento del tasso di fertilità totale da 1,87 nascite nel 1966 a 3,59 nel 1967 ma, nel 1970, il tasso di fertilità era sceso sotto a 3 (UN DESA, 2024) e la popolazione del paese non ha mai raggiunto l'obiettivo dei 30 milioni. Le conseguenze, nel frattempo, furono gravi: quando tale politica ebbe termine nel 1989, la Romania aveva il più alto tasso di mortalità materna in Europa, di cui circa l'87% era attribuibile ad aborti clandestini, oltre a un gran numero di bambine e bambini abbandonati (Hord e altri, 1991). Anche le conseguenze economiche sono state ingenti: le persone nate in quel periodo hanno avuto risultati peggiori nel campo dell'istruzione e del mercato del lavoro (Pop-Eleches, 2006). Quando il divieto di contraccezione e aborto è stato abolito e le persone hanno potuto esercitare una maggiore volontà sulla propria vita riproduttiva, il paese ha assistito a un immediato calo del tasso di fertilità, che è sceso a 1,84 nel 1990 e ha raggiunto il minimo di 1,27 nel 2001 (anche il tasso di mortalità materna è diminuito drasticamente in questo periodo) (Hord e altri, 1991).

Anche gli sforzi per ridurre la fecondità hanno avuto conseguenze negative. C'è chi ha fatto di tutto per avere figli/e anche violando le imposizioni sui limiti di fecondità. Di conseguenza, “le persone che hanno violato la politica di pianificazione familiare hanno spesso evitato di registrare i/le loro figli/e per evitare di essere penalizzate”, condizionando l'accesso di bambini/e a “vari benefici sociali come l'assicurazione medica e l'accesso all'istruzione di base” (Xinhua, 2016) e alterando i registri civili (Skalla, 2004). Quando la politica è stata revocata nel 2016, le persone non registrate hanno potuto richiedere i permessi per la registrazione delle famiglie (Xinhua, 2016). Inoltre, molti paesi che hanno cercato di diminuire i tassi generali di fecondità, o quelli di specifiche comunità specifiche, lo hanno fatto a scapito della salute, del benessere e dei diritti delle donne (OMS e altri, 2014) e delle comunità colpite, come le popolazioni indigene (Lawrence, 2000).

Anche l'efficacia a lungo termine di queste misure è stata messa in discussione. Mentre i tassi di natalità sono chiaramente diminuiti sotto i regimi coercitivi, anche i tassi di fecondità globali sono diminuiti a causa del rapido sviluppo economico e dell'aumento dell'accesso alla pianificazione familiare volontaria, portando a chiedersi se lo stesso risultato demografico si sarebbe potuto comunque verificare in assenza di politiche statali repressive (Li e Miller, 2000).

Costruire fiducia attraverso politiche e condizioni stabili e basate sui diritti

Sia che ci troviamo in presenza di politiche forzate o meno, trattare i tassi di fecondità come un rubinetto da aprire o chiudere comporta rischi concreti. Molti dei paesi che oggi cercano di aumentare la fecondità hanno cercato, negli ultimi 40 anni, di diminuire i tassi di natalità.

Ad esempio, nel 1986 Cina, Giappone, Repubblica di Corea, Thailandia e Turchia hanno manifestato l'intenzione di ridurre i tassi di fecondità nazionali attraverso politiche di intervento diretto, ritenendoli all'epoca “troppo alti”. Nel 2015, tuttavia, i cinque i paesi erano passati a politiche volte ad aumentare la fecondità (UN DESA, n.d.). Oggi tutti e cinque hanno tassi di fecondità totale inferiori a due figli per donna (UN DESA, 2024).

Di fatto, diversi milioni di persone hanno sperimentato una completa inversione degli obiettivi di fecondità dei loro governi, a volte in tempi molto recenti.

Proprio l'anno scorso, lo Stato indiano dell'Andhra Pradesh ha abrogato una legge che vietava alle persone con più di due figli di candidarsi alle cariche elettive; ora le autorità statali stanno valutando un nuovo divieto, questa volta nei confronti dei candidati con meno di due figli. (The Hindu, 2025). La persistenza di una bassa fecondità in questi paesi potrebbe semplicemente riflettere il cambiamento delle norme e una più ampia tendenza globale verso una minore fecondità. Ma potrebbe anche riflettere le preoccupazioni relative alla fragilità delle libertà riproduttive delle persone (Jiang, 2024) e all'affidabilità dei programmi che pretendono di sostenere le loro aspirazioni di fecondità.

Benché gli Stati non abbiano esitato a perseguire i loro obiettivi di fecondità, gli sforzi per incentivare la natalità sono spesso inefficaci, con tassi di fecondità che continuano a diminuire, nonostante i dati di questo rapporto mostrino che un numero molto elevato di persone desidera avere più figlie/i di rispetto alla propria situazione attuale. Ciò suggerisce che, anche quando gli Stati forniscono incentivi finanziari o altre misure volte a stimolare la fecondità, non stanno creando tutte le condizioni favorevoli di cui le persone hanno bisogno per avere una famiglia.

Alcuni elementi suggeriscono inoltre che gli attuali sforzi per aumentare la fecondità possono erodere la fiducia nei sistemi e nelle istituzioni su cui le persone fanno affidamento per pianificare famiglie e futuro. Alcune donne riferiscono di aver riconsiderato il loro progetto di avere altre gravidanze sulla scia dei divieti di aborto che hanno aumentato i tassi di mortalità materna (Presser e altri, 2025; Suozzo e altri, 2025): “Non voglio morire cercando di avere un altro bambino”, ha detto una donna all'inizio del 2025. “Non voglio lasciare il mio bambino senza madre” (Darby, 2024). Una giovane donna delle Filippine ha detto a UNFPA: “Molte politiche in tutto il mondo sono contro l'assistenza sanitaria alle donne. Sento che questo ci spinge a rimanere single e a non avere figli”. (Vedi testimonianze di giovani a pagina 8 e 9).

Anche quegli sforzi presumibilmente ben intenzionati, come le campagne di comunicazione sulla bassa fecondità, possono

produrre risultati controproducenti. In Italia, ad esempio, una campagna per il “Fertility Day” - caratterizzata da slogan come “La bellezza non ha età, la fertilità sì” e “Sbrigati! Non aspettare la cicogna” (Lavanga, 2016) - ha suscitato critiche sul fatto che il governo non fosse in sintonia con le esigenze delle persone di creare una famiglia, come ad esempio garantire un lavoro dignitoso. Un altro esempio è rappresentato dalle autorità in Repubblica di Corea con il lancio del sito web “mappa delle nascite”, che mostra la distribuzione delle donne in età fertile, per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tasso di natalità del paese. Ciò ha scatenato critiche per il fatto che le persone non vogliono o non possono avere figlie/i venissero stigmatizzate. Sebbene il sito sia stato chiuso (Associated Press, 2016), si ritiene che la mappa abbia contribuito al “Movimento 4B” del paese, le cui attiviste affermano che non frequenteranno uomini, non faranno sesso, non si sposteranno e non avranno figli (Shamim, 2024).

La sfiducia si acuisce quando legislatori e personaggi in vista contemplan apertamente la possibilità di riportare indietro le conquiste faticosamente ottenute in materia di uguaglianza di genere allo scopo di aumentare i tassi di fecondità. Le recenti risposte al calo della fecondità includono la legge iraniana sulla “Popolazione giovanile e la protezione della famiglia”, che afferma che “è vietata qualsiasi distribuzione gratuita o agevolazione economica di contraccettivi”, che “i libri di testo scientifici saranno aggiornati per spiegare i danni fisici e mentali dell'aborto e le complicazioni dovute all'uso della contraccezione” e che “aumenteranno le strutture deputate al prestito matrimoniale per le coppie di età inferiore ai 25 anni e le donne di età inferiore ai 23 anni” al fine di “abbassare l'età del matrimonio”. (Governo della Repubblica Islamica dell'Iran, 2021).

Legislatori e personaggi in vista contemplan apertamente la possibilità di riportare indietro le conquiste faticosamente ottenute in materia di uguaglianza di genere allo scopo di aumentare i tassi di fecondità.

Alcuni studiosi americani hanno raccomandato l'eliminazione dei sussidi all'istruzione per porre fine al “consumo eccessivo e dannoso di scolarizzazione” da parte delle persone giovani. (Greene e Burke, 2024). Nella Repubblica di Corea, un ente di ricerca statale ha raccomandato politiche per migliorare “l'avvenenza sessuale e la socievolezza” nelle persone giovani (Choi, 2024).

L'ansia demografica viene anche espressamente strumentalizzata per minare l'autonomia riproduttiva. Il movimento anti-gender in Europa ha invitato il mondo della politica a “usare il declino demografico come argomento” per perseguire un “divieto legale dell'aborto in tutte le giurisdizioni” (Agenda Europa, 2024). In effetti, una recente causa per vietare l'aborto farmacologico, intentata da diversi procuratori generali degli Stati Uniti, afferma che la diminuzione delle nascite dovuta all'aborto “è di per sé un danno sovrano per lo Stato”. Avverte inoltre che l'aborto farmacologico “sta riducendo il tasso di natalità previsto per le madri adolescenti” e che “una perdita di popolazione potenziale” comporterà una “diminuzione della rappresentanza politica” e una “perdita di fondi federali” (Corte distrettuale degli Stati Uniti per il distretto settentrionale del Texas, divisione di Amarillo, 2024).

In definitiva, la paura e la sfiducia nei confronti dell'intervento dello Stato sui tassi di fecondità affondano le loro radici nelle ingiustizie storiche, nelle preoccupazioni relative all'autonomia corporea, nel potenziale rischio di discriminazione, nello scetticismo sull'efficacia delle politiche e nella convinzione fondamentale che le decisioni riproduttive debbano rimanere personali e private. Questi fattori contribuiscono a creare una forte avversione nei confronti di politiche che vengono percepite come coercitive o lesive dei diritti e delle scelte individuali.

FIGURA 3

Mutamenti delle politiche sulla fecondità messe in campo

Diagramma alluvionale semplificato delle politiche di fecondità, 1976-2019

Percentuale dei paesi con politiche sulla fecondità a seconda della tipologia e dell'anno di riferimento

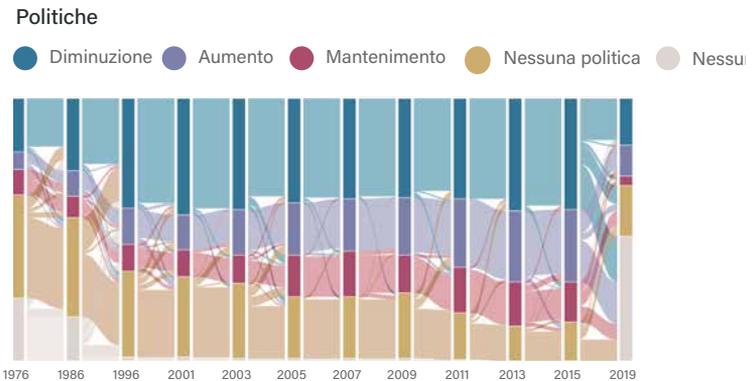
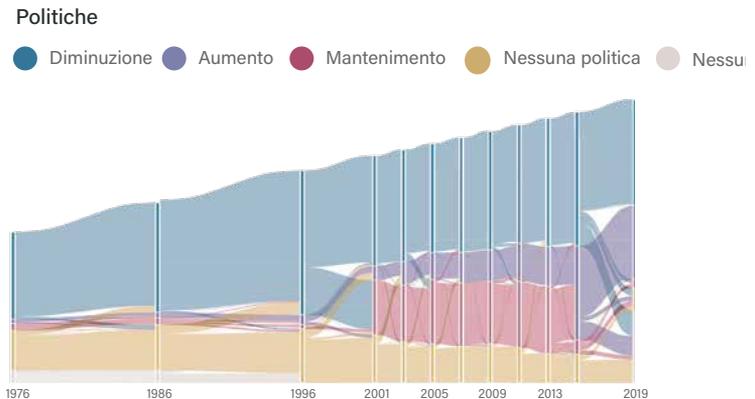


Diagramma alluvionale ponderato per la popolazione, politiche nazionali per la fecondità

SPercentuale dei paesi con politiche sulla fecondità a seconda della tipologia e dell'anno di riferimento



Fonte: UNFPA, 2023.

Nota: Cambiamenti negli obiettivi politici sulla fecondità dichiarati dagli Stati membri delle Nazioni Unite, raccolti nell' “Inchiesta tra i governi su popolazione e sviluppo”, negli ultimi 50 anni. I dati del 1976 e del 1986 contengono gli obiettivi politici di circa 150 Stati membri; i dati del 2019 contengono gli obiettivi politici di circa 100 Stati membri; per tutti gli altri anni, i dati riflettono gli obiettivi politici di quasi 200 Stati membri].

Le persone giovani ridefiniscono il loro ruolo nella pianificazione familiare

Quando Thabo parla agli altri giovani della sua comunità a KwaZulu-Natal, in Sudafrica, non parla in astratto, ma racconta la sua storia.

Tutto inizia con la rottura di un preservativo, seguita dal panico. “Era tardi. La clinica era chiusa”, ricorda. “Ma mi sono ricordato di quello che avevo sentito alla

conferenza sulla salute dei giovani: hai 72 ore di tempo”.

Il mattino seguente Thabo si è recato alla clinica di Wembezi, dove era cresciuto ricevendo vaccinazioni e controlli medici, e ha chiesto aiuto. È stato sottoposto al test dell’HIV, gli sono stati somministrati farmaci d’emergenza per ridurre il rischio di infezione e gli è stato offerto

qualcosa che avrebbe segnato il suo futuro più di quanto si aspettasse: informazioni chiare e di qualità, scevre da ogni giudizio.

“Mi hanno mostrato come usare correttamente i preservativi. Mi hanno parlato di come proteggermi, ma anche di come pianificare il futuro. Quel giorno ha cambiato ogni cosa”.



Thabo non era pronto a diventare padre. Ma ha scoperto di essere pronto a diventare un leader. Oggi ha 24 anni e fa volontariato come tutor, aiutando altri giovani uomini della sua comunità a gestire la salute sessuale e le relazioni, nell'ambito di un movimento in crescita sostenuto dal programma 2gether 4 SRHR [salute e diritti sessuali e riproduttivi]. Il programma riunisce sotto lo stesso ombrello servizi per la salute sessuale e riproduttiva, prevenzione dell'HIV e violenza di genere.

In Sudafrica, la conversazione sulla pianificazione familiare ha avuto a lungo le donne al centro. Ma anche gli uomini, come le donne, incontrano degli ostacoli nel fare scelte libere e informate. In Sudafrica, il 17% delle persone prevede di avere più figlie/i di ciò che realmente desidera. Un altro 17% prevede di averne di meno. Queste non sono solo statistiche: sono storie di sogni spezzati e bisogni che restano insoddisfatti.

A volte il problema non è solo la mancanza di accesso alle informazioni, ma anche la differenza di standard. Molti giovani vengono cresciuti con l'idea che la gravidanza sia una responsabilità delle donne, che fare domande sulla salute sessuale sia una vergogna o che mostrare emozioni costituisca una debolezza. Il risultato? Opportunità mancate. Comunicazione interrotta. Famiglie che si formano o vanno in frantumi a causa del silenzio.

Le ricerche condotte in Sudafrica dimostrano che alti tassi di gravidanze non pianificate, scarso coinvolgimento dei padri e stress economico sono profondamente interconnessi. Quando le persone giovani, soprattutto i ragazzi, vengono tenuti fuori dalla conversazione, le famiglie ne subiscono le conseguenze.

Ma Thabo fa parte del cambiamento. Presso la clinica di Wembezi, facilita gruppi maschili in cui si può parlare apertamente delle scelte riproduttive, di salute

sessuale, paternità e di tutte le emozioni che questi argomenti portano in superficie. "Alcuni di loro non sapevano nemmeno di poter dire di no. Altri non sapevano di avere il diritto di aspettare", dice. "Ora lo sanno".

La clinica, con il sostegno del programma 2gether 4 SRHR, non si limita a fornire preservativi o consigli sulle relazioni, ma offre un cambio di mentalità. I giovani vengono accolti nella conversazione. Sono incoraggiati a fare domande. Vengono ascoltati, senza essere giudicati.

"Non potete immaginare quanti ragazzi dicono: 'non sapevo di poter fare queste domande'", dice Thabo. "Parliamo di responsabilità, ma anche di sogni. Si può pianificare una famiglia. Si può aspettare. Si può dire: non ancora".

E aggiunge: "non ho più paura. So cosa voglio. E voglio che anche altri ragazzi si sentano così".



La percezione è importante

Altrettanto controproducenti sono i modi eccessivamente semplicistici con cui vengono descritte le politiche, definendole o “pronataliste” o “antinataliste”. In primo luogo, questi termini sono spesso semplicemente imprecisi. Le politiche che migliorano l'accesso ai servizi di contraccezione non sono “anti-bambino”, così come le politiche che negano l'accesso alle cure abortive e alla contraccezione non sono “pro-bambino”. In secondo luogo, questi termini vengono usati con grande incoerenza: “antinatalismo” viene applicato tanto ai programmi di pianificazione familiare quanto alla sterilizzazione forzata, e “pronatalismo” si riferisce allo stesso modo ai sussidi per l'assistenza all'infanzia e ai divieti sulla contraccezione.



La verità è che entrambi gli approcci possono essere utilizzati per mettere le persone in condizione di fare le proprie scelte riproduttive con cognizione di causa, così come entrambi gli approcci possono essere utilizzati per negare alle persone questo diritto. I programmi di contraccezione dovrebbero sostenere le scelte individuali, ma sono stati utilizzati anche come strumento per limitare la natalità tra le popolazioni percepite come “meno desiderabili” (UNFPA, 2024a). I “bonus bebè” possono offrire un aiuto fondamentale ai genitori che devono far fronte alle spese legate alla crescita dei figli, ma possono anche essere utilizzati come incentivi economici alla riproduzione, stigmatizzando coloro che ne beneficiano (Garrett e altri, 2017). Misure che possono sembrare innocue, come gli “incentivi” finanziari per famiglie più o meno numerose, possono indirettamente limitare la libertà di scelta riproduttiva aumentando la vulnerabilità di uomini e donne alla coercizione da parte di partner, famiglie o suoceri.

Definire le politiche “pro” e “antinataliste” può quindi influenzare il modo in cui vengono intese, con ripercussioni sulla loro efficacia. L'idea che le politiche a favore della famiglia siano pronataliste, o che i servizi di contraccezione siano antinatalisti, può aumentare la percezione che queste politiche e questi servizi siano intrinsecamente inaffidabili, dipendenti dal contesto piuttosto che spettanti di diritto, e disponibili solo finché gli obiettivi di uno Stato non cambino. In effetti, un'ulteriore obiezione all'utilizzo di questi termini riguarda il fatto che si concentrano sulla presunta o esplicita intenzione di uno Stato piuttosto che sul relativo impatto sull'agency delle persone. Le ricerche indicano che le politiche di sostegno alla natalità possono avere un impatto negativo duraturo sui tassi di fecondità semplicemente perché vengono percepite come tentativo di coercizione verso un

determinato comportamento riproduttivo. Al contrario, le politiche percepite come favorevoli alla scelta individuale possono in realtà facilitare la procreazione (Botev, 2015).

Qual è l'alternativa alle politiche che cercano di influenzare i tassi di fecondità? Delle politiche che affermino espressamente - nella lettera e nello spirito - il diritto di ciascuna persona a fare le proprie scelte: “Le politiche dovrebbero concentrarsi sul garantire ai genitori sufficiente autonomia nel decidere se avere figli, quando e quanti, e sul facilitare la genitorialità piuttosto che fissare obiettivi di fertilità” (Botev, 2015).

Sfortunatamente, le tendenze politiche globali non si stanno muovendo in questa direzione: il rapporto sullo stato della popolazione 2023 ha rilevato, tra il 1976 e il 2015, un aumento del numero di governi che hanno adottato politiche per influenzare i tassi di fecondità nel proprio paese (UNFPA, 2023). Benché gli

sforzi volti a influenzare la fecondità possano assumere molte forme, e alcuni di essi possano effettivamente agire a sostegno di diritti umani e delle scelte riproduttive (ad esempio migliorando l'accesso alla contraccezione e ai servizi di salute materna), il rapporto 2023 ha anche rilevato segni di diminuzione del sostegno alle famiglie e all'uguaglianza di genere in un certo numero di paesi. Circa “38 paesi, tra il 2015 e il 2019, hanno ridotto i sussidi per l'assistenza all'infanzia, i contributi una tantum per bebè e gli assegni familiari o per l'infanzia (politiche che non solo sostengono i bambini e le bambine, ma aiutano anche le donne a rimanere o a ritornare a un lavoro retribuito)”, si legge nell'analisi. “Ciò solleva una domanda importante: se i diritti umani e il benessere fossero un incentivo primario all'attuazione di politiche a sostegno della famiglia, queste misure sarebbero meno soggette ad abrogazione?”.

Disuguaglianza di genere e bassa fecondità

La transizione da mortalità e fecondità alte a mortalità e fecondità basse è stata comune a tutti i paesi, anche se vissuta in tempi diversi e per durate diverse. Tuttavia, la continuazione del declino della fecondità in paesi con tassi di fecondità già al di sotto della sostituzione (si veda la terminologia a pagina 6 e 7) è legata alla persistente disuguaglianza di genere. In particolare, ricercatori e ricercatrici notano che il progressivo aumento del coinvolgimento degli uomini nell'attività di cura gioca un ruolo chiave nel mantenere modeste le dimensioni delle famiglie (Goldscheider e altri, 2015; McDonald 2013). Il capitolo 3 di questo rapporto esplora in dettaglio l'impatto della presa in carico di genere sulle aspirazioni di fecondità.

Anche l'accesso a un lavoro dignitoso da parte delle donne è un fattore determinante, data la rilevanza della sicurezza economica nella realizzazione delle aspirazioni di fecondità delle persone. Tuttavia, la partecipazione delle donne alla forza lavoro è significativamente inferiore a quella degli uomini (Banca Mondiale, 2022), a scapito del loro benessere economico e del loro status nella famiglia (UNFPA e Equimundo, 2022). Nonostante ciò, i governi e le persone che si occupano di politica continuano a trattare i tassi di fecondità come strumenti per sbloccare la crescita economica (UNFPA, 2023), invece di considerare condizioni economiche e sociali favorevoli come prerequisiti per l'esercizio di un'agency riproduttiva priva di restrizioni - compreso il desiderio di molte persone di avere più figlie/i di quanto ritengano possibile nel mondo di oggi.

Misurare ciò che conta

L'assunto di base per cui la sessualità e la fecondità umane debbano piegarsi alla volontà dei leader e degli Stati era un tempo comune, ma oggi non lo è più. L'autonomia corporea viene reclamata sempre di più, oltre a essere riconosciuta e normata come diritto umano. Nel gennaio 2025, il Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite ha stabilito che costringere le sopravvissute a uno stupro a portare a termine una gravidanza è “una violazione della possibilità di vivere in modo dignitoso, un atto che equivale a tortura e un fallimento nella protezione di alcune tra le persone più vulnerabili” (OHCHR, 2025). Nello stesso mese, la Corte europea dei diritti umani ha stabilito che ritenere una donna responsabile del proprio divorzio se non ha avuto rapporti sessuali con il marito “non tiene in alcun conto il ruolo del consenso nelle relazioni sessuali” (CEDU, 2025).

Tuttavia, come mostrato sopra, le preoccupazioni demografiche continuano a essere collocate nel discorso pubblico come conseguenze dannose delle scelte fatte dalle donne, soprattutto dalle giovani. Proprio come in passato, si presume che “problemi” e “soluzioni” demografiche dovrebbero prendere la forma del corpo femminile. La persistenza di queste idee è in parte risultato di norme patriarcali profondamente radicate, ma non è l'unico fattore. Un altro motivo altrettanto importante è che gli indicatori attualmente utilizzati per orientare il dibattito demografico sono per molti versi inadeguati allo scopo.

Troppo spesso, ad esempio, il successo delle politiche familiari o demografiche è determinato dal fatto che siano riuscite ad aumentare il tasso di fecondità totale o il numero assoluto di nascite di una comunità o di un paese. (Lutz e altri, 2024). Ma il successo di tali politiche dovrebbe risiedere nel loro impatto sullo stato

e il benessere delle persone, non sul tasso di fecondità totale. E anche se aumentare il tasso di fecondità fosse un obiettivo politico sensato, questo rimane comunque una misura imperfetta della variazione della fecondità nel tempo. Spesso si ha la falsa impressione che una politica a breve termine abbia portato a un aumento delle nascite, quando misure che vanno più nel dettaglio, come il tasso di fecondità totale corretto per il tempo e la parità o le misure di coorte, spesso mostrano che la stessa politica non ha avuto questo effetto. (Per saperne di più, si veda il Capitolo 4 a pagina 102).

Inoltre, ci sono ragioni per dubitare che l'obiettivo ultimo di tali politiche sia realmente aumentare le nascite. I paesi che dichiarano l'intenzione di aumentare i tassi di fecondità raramente estendono i servizi per la fecondità alle coppie omosessuali o alle persone single, e molti negano espressamente i servizi a queste persone (Hawkins, 2024). Alcuni paesi che cercano di aumentare i tassi di fecondità impediscono alle popolazioni immigrate di accedere all'assistenza alla maternità (Pařízková e altri, 2023). Eppure, estendere l'accesso a questi servizi sarebbe un modo semplice ed efficace per aumentare il numero totale di persone in grado di realizzare le proprie aspirazioni di fecondità. Queste incongruenze mettono in dubbio gli obiettivi di fondo di tali politiche: sono davvero volte ad aumentare i tassi di fecondità o intendono promuovere la riproduzione solo per determinati gruppi di persone? Valutare quante persone fanno fatica a diventare genitori ma incontrano ostacoli nel farlo aiuterebbe a identificare pregiudizi e distorsioni.

Il tasso di fecondità totale non è l'unico parametro poco adatto a valutare il successo delle varie politiche e dei vari programmi. Anche il moderno tasso di prevalenza contraccettiva è stato storicamente utilizzato in modo troppo diffuso per valutare il successo

dei programmi di pianificazione familiare, ma questo può favorire programmi basati sulle quote anziché volti ad ascoltare proprio le donne. Alcuni parametri più recenti chiedono alle donne se *vogliono* usare la contraccezione e se sono in grado di soddisfare tali desideri (Lin e altri, 2024) (Vedi pagina 96).

Prese singolarmente, anche le misurazioni della fecondità desiderata sono state oggetto di controversie. Per più di 80 anni le domande dei sondaggi hanno riguardato il desiderio di gravidanze e parti (Bhushan e Hill, 1995), ma le risposte a queste indagini si prestano a diverse interpretazioni a seconda dell'esatta formulazione di ciascuna domanda. Le risposte possono anche essere influenzate dalla razionalizzazione a posteriori, la tendenza a rivedere le preferenze precedenti per riflettere il numero effettivo di gravidanze avute. Anche le preoccupazioni circa la propria riservatezza possono influenzare il modo in cui le persone rispondono a queste domande (Valente e altri, 2024). E, naturalmente, il desiderio di fecondità può cambiare nel corso della vita, con l'evolversi delle circostanze. Ma anche in questo campo sono stati fatti dei progressi. Valutare le aspirazioni di fecondità in uno specifico arco temporale, ad esempio, può migliorare il potere predittivo delle intenzioni dichiarate dalle persone (Bernardi e altri, 2015). Ricercatori e ricercatrici stanno anche sviluppando nuovi modi per misurare l'impatto di shock e crisi (Marteleto e altri, 2023), dell'equilibrio tra lavoro e vita privata (Kurowska e altri, 2023) e di altri fattori sulle intenzioni di fecondità, ad esempio.

Anche i tentativi dei vari paesi volti a misurare i desideri e le intenzioni di fecondità in modo più sistematico sono incoraggianti. La Generations and Gender Survey misura l'intenzione di fecondità, anche se principalmente è rivolta ai paesi europei, eccezion fatta per alcuni

paesi dell'Asia orientale e dell'America Latina (GGP, n.d.). Uno degli strumenti più efficaci per misurare l'intenzione di fecondità è stata l'Indagine Demografica e Sanitaria (DHS), rivolta però solo ai paesi del Sud Globale e attualmente sospesa a causa di una revisione dei finanziamenti (Mandavilli, 2025). Altre azioni sono all'orizzonte. Alla fine di quest'anno, ad esempio, UNFPA lancerà un'indagine sulle aspirazioni di fecondità delle persone giovani e sugli ostacoli che affrontano e i fattori che le favoriscono; l'indagine coprirà tutte le regioni del mondo e sarà informata, in parte, dai risultati dell'indagine UNFPA/YouGov (per maggiori informazioni, vedere pagina 34).

Un'area in cui bisogna lavorare maggiormente, tuttavia, è la misurazione e la comprensione dell'incertezza negli obiettivi riproduttivi. Nel sondaggio condotto da YouGov per la stesura di questo rapporto il 22% delle persone intervistate in età riproduttiva ha indicato "non so" o "preferisco non dire" alla richiesta del numero ideale di figlie/i e il 35% non è stato in grado di dire quanti prevedeva di averne, indicando che sperimentare un senso di incertezza è incredibilmente comune, ma rimane un dato poco analizzato.

Le persone possono manifestare incertezza non solo circa l'eventualità della genitorialità, ma anche nel momento in cui la partner stia vivendo una gravidanza. Tuttavia, le gravidanze sono comunemente divise in categorie binarie - intenzionali o non intenzionali, volute o non volute - quando in realtà il desiderio di una persona può esistere in modo ambiguo tra questi termini e può cambiare nel tempo. Si stanno sviluppando nuovi indici che colgano queste sottigliezze (ANSIRH, n.d.). Quest'area di ricerca sarà preziosa perché, mentre le gravidanze non intenzionale e non volute sono associate a conseguenze sulla salute materna e infantile

significativamente peggiori (Nelson e altri, 2020), le conseguenze di uno stato di incertezza sulla gravidanza sono poco conosciute (così come le conseguenze legate a un rimpianto genitoriale, altro fenomeno raramente esplorato [Johnson e Pétursdóttir, 2023; Piotrowski, 2021]).

Inoltre, non esiste un indice standard che misuri l'agency riproduttiva in modo onnicomprensivo, ma si sta cercando di svilupparne uno. Il parametro internazionale che più vi si è avvicinato è stato l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 5.6.1 che misura l'autonomia corporea, valutando la possibilità di una donna di prendere decisioni sulla propria salute, sulla contraccezione e sulla capacità di dire no al sesso. Sebbene questa misura abbia rappresentato una pietra miliare nello sforzo di comprendere l'autonomia sessuale, molti aspetti della scelta riproduttiva sono stati trascurati (si veda la pagina 115 del Capitolo 4).

Anziché tentare di influenzare le decisioni relative alla fecondità, si dovrebbero concepire politiche informate e rispondenti alle preferenze dichiarate dalle persone. Tali politiche dovrebbero anche cercare di adattarsi ai desideri e alle aspettative

espresse dalle persone stesse, i quali si evolvono al variare delle norme e delle loro condizioni. Ad esempio, le World Values Surveys condotti dal 1981 al 2012 mostrano una crescente accettazione delle relazioni tra persone dello stesso sesso a livello globale, in particolare tra le persone giovani intervistate (Roberts, 2019). E su 1,5 milioni di persone intervistate nel sondaggio What Young People Want 2023 - tutte di età compresa tra i 10 e i 24 anni - più del 3% ha rifiutato di identificarsi come uomo o donna (What Young People Want, n.d.). Queste tendenze ci interrogano su quanto senso abbia limitare i servizi riproduttivi alle coppie sposate ed eterosessuali.

Ripensare la scelta riproduttiva

Alla fine, la scelta riproduttiva più importante che una persona possa fare riguarda se, quando e con chi avere figlie/i. UNFPA ha da tempo individuato che per troppe donne questa non è affatto una scelta: le proiezioni più complete, che prendono in considerazione più di 150 paesi, indicano che quasi la metà di tutte le gravidanze a livello globale non sono intenzionali (Bearak e altri, 2020). Ma la capacità di prevenire una gravidanza non intenzionale non è l'unico fattore che ha un impatto sulla capacità di una persona di scegliere la genitorialità in modo attivo. Per comprendere realmente l'agency sulla fecondità individuale, dobbiamo anche riconoscere e comprendere quelle persone che desiderano profondamente, a volte disperatamente, una gravidanza, ma per le quali questo rimane un sogno fuori dalle proprie possibilità.

Sia la possibilità di prevenire le gravidanze non volute che realizzare quelle desiderate sono elementi profondamente importanti per garantire i diritti umani e il benessere delle persone. Entrambe le situazioni richiedono condizioni, politiche e norme di sostegno. Il mondo della ricerca e della politica si rivolgono sempre più non solo alle sole donne, includendo in queste indagini gli uomini così come

Ulteriori indagini future

Nel 2025 l'UNFPA lancerà un'indagine sulle scelte riproduttive delle persone giovani, basata sui risultati dell'indagine UNFPA/YouGov descritta in questo rapporto. Tale indagine mira a comprendere i desideri e le intenzioni riproduttive, nonché le barriere e gli ostacoli incontrati verso la realizzazione dei propri desideri, in circa 50 paesi di tutte le regioni del mondo. I dati ottenuti saranno utilizzati per informare le politiche e la programmazione per il nostro mondo demograficamente composito.

altre soggettività sullo spettro di genere, le persone single e non solo le coppie eterosessuali.

Nel definire le politiche, dobbiamo anche guardare oltre il tasso di fecondità totale e riconoscere che, ovunque guardiamo, percentuali significative di persone adulte stanno eccedendo i loro obiettivi di fecondità, percentuali significative non stanno raggiungendo i loro obiettivi di fecondità, e troppe devono affrontare entrambe le esperienze a seconda della loro fase di vita. In realtà, questo rapporto rileva che gli

ostacoli che una persona affronta per evitare una gravidanza sono i medesimi di quando si vuole invece creare una famiglia: precarietà economica, discriminazione di genere, partner e comunità che non appoggiano le loro aspirazioni, assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva di bassa qualità, pessimismo sul futuro e altro ancora. Questi sono i fattori di cui la politica e i governi devono farsi carico, per consentire a tutte le persone di avere le famiglie che desiderano, con la sicurezza e l'empowerment di cui hanno bisogno.

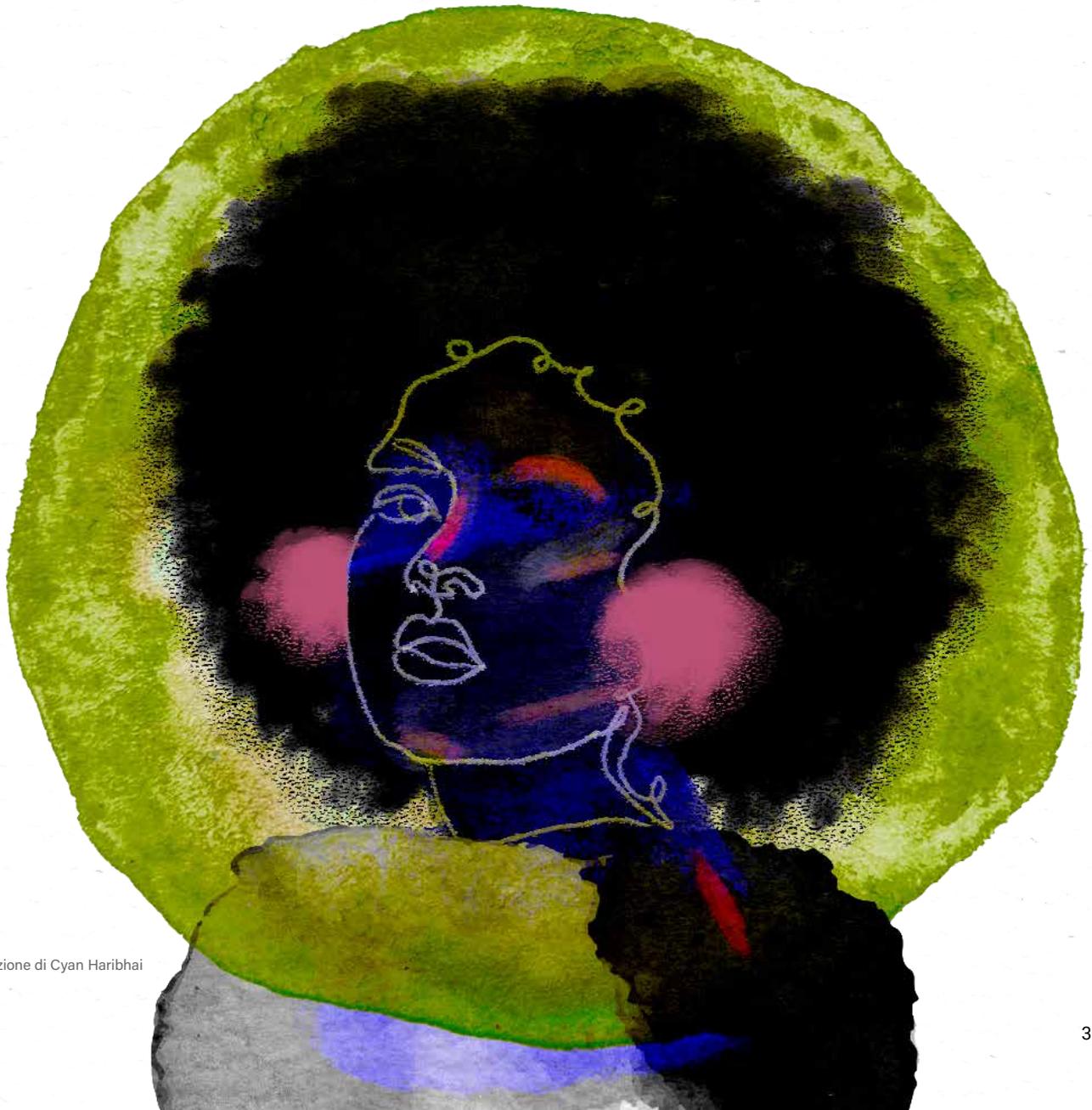


Illustrazione di Cyan Haribhai

Chi decide? Scelta ingegneristica e sovversione del controllo

Nel corso della storia, i governi e la società hanno cercato di influenzare la fecondità delle donne utilizzando metodi che spaziano dalle politiche coercitive agli incentivi finanziari fino alla stigmatizzazione culturale (UNFPA, 2023). Tali misure sono spesso il riflesso di premesse patriarcali e stataliste che danno priorità ai bisogni nazionali o sociali rispetto all'autonomia individuale.

Benché queste dinamiche non siano nuove, il recente aumento della retorica e delle politiche populiste ha ulteriormente rafforzato i tentativi di influenzare l'agency riproduttiva delle donne, intensificando le lotte, le negoziazioni e la resistenza che circondano questo tema. In particolare, poiché i bassi tassi di fecondità sono percepiti sempre più come crisi nazionali, i vari governi stanno attuando politiche per aumentare la natalità - spesso attraverso il consolidamento di norme inique sulla base del genere e suscitando preoccupazioni circa l'autonomia corporea e riproduttiva delle donne

Una delle modalità in cui i governi controllano la fecondità in modo diretto è attraverso politiche relative ai servizi di medicina riproduttiva. Nella Repubblica di Corea, ad esempio, l'aborto non è coperto dall'assicurazione sanitaria nazionale, ma alcuni governi locali offrono incentivi finanziari per procedure quali l'inversione della vasectomia o la legatura delle tube (Ables e Yoon, 2024). Alcuni paesi criminalizzano l'aborto o applicano norme severe, creando ostacoli significativi all'ottenimento di cure riproduttive sicure e tempestive (CRR, n.d.). Altri pongono ostacoli all'ottenimento della sterilizzazione volontaria. In Giappone, ad esempio,

le donne che cerchino di sottoporsi a procedure di sterilizzazione elettiva devono soddisfare condizioni molto severe, quali la necessità di ottenere il consenso del coniuge, avere già dei figli o dimostrare rischi per la propria salute derivanti dalla gravidanza, il che rende queste procedure praticamente inaccessibili per le single e per le donne senza prole (Rich e Notoya, 2024).

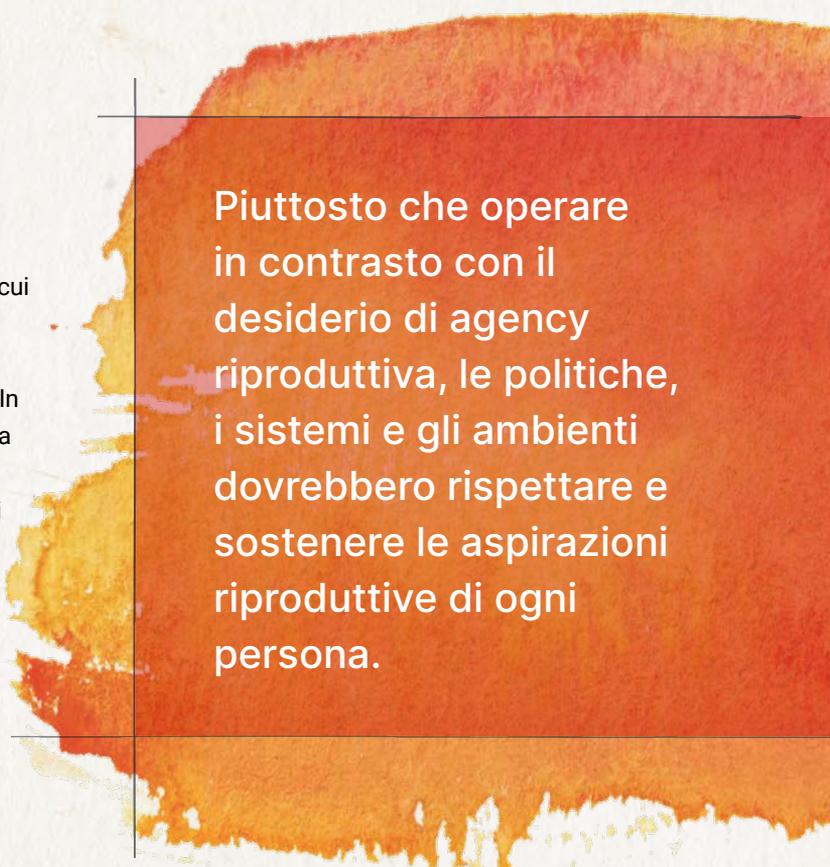
Intanto non tutte le persone vengono incoraggiate allo stesso modo ad avere figli, dal momento che le donne della classe media e alta, eterosessuali e sposate, sono spesso favorite come candidate ideali alla maternità. Nel frattempo, le donne single, le persone LGBTQIA+ e i gruppi a basso reddito sono spesso esclusi da questi benefici (Rich e Notoya, 2024). Queste politiche rafforzano le norme di disuguaglianza di genere, perpetuando l'idea che il ruolo primario della donna sia quello di generare, mentre marginalizzano in maniera sistematica strutture familiari differenti e aspirazioni individuali. Di conseguenza, l'onere di affrontare i bassi tassi di fecondità ricade in modo sproporzionato su gruppi specifici di donne, consolidando ulteriormente le disuguaglianze e limitando la capacità riproduttiva.

Eppure, le politiche volte a influenzare la fecondità e le norme sociali che minano la capacità di scelta incontrano spesso delle resistenze. Le persone e le comunità che si trovano ad affrontare queste sfide hanno sviluppato strategie per affermare la propria autonomia sulla propria vita riproduttiva. Ad esempio, nella Repubblica di Corea, il cosiddetto "Movimento delle 4B" (no appuntamenti, no sesso, no matrimonio, no gravidanze) è una risposta collettiva a norme di genere e aspettative

riproduttive ben radicate. Il movimento riflette anche il tentativo di resistere alla violenza di genere agevolata dalla tecnologia, inclusi i crimini sessuali digitali e la misoginia online, i quali rappresentano una minaccia per l'agency riproduttiva. Allo stesso modo, negli Stati Uniti, il movimento "boysober" - in cui le persone optano per il celibato - agisce come una forma di resistenza contro le aspettative patriarcali ed eteronormative sulle relazioni e sulla sessualità. In particolare, tale movimento è emerso sulla scia della comunità online degli incel (celibi involontari), che perpetua opinioni misogine radicate nella pretesa di avere diritto al sesso.

Tanto il movimento 4B che boysober sono agevolati dai social media, a dimostrazione di come il rapido flusso transnazionale di idee aiuti le persone a resistere alle restrizioni e alle pressioni della società. Analogamente, in luoghi in cui l'accesso alla contraccezione e all'aborto è limitato, sono nate reti clandestine, sia nel mondo reale che online, che forniscono un sostegno nascosto a chi cerca questi servizi. Per esempio, in molti dei paesi dell'America Latina con leggi restrittive sull'aborto, c'è un crescente ricorso ad aborti farmacologici autogestiti, sforzi supportati da reti globali di solidarietà che condividono risorse e assistenza (Berger e Klimentov, 2024).

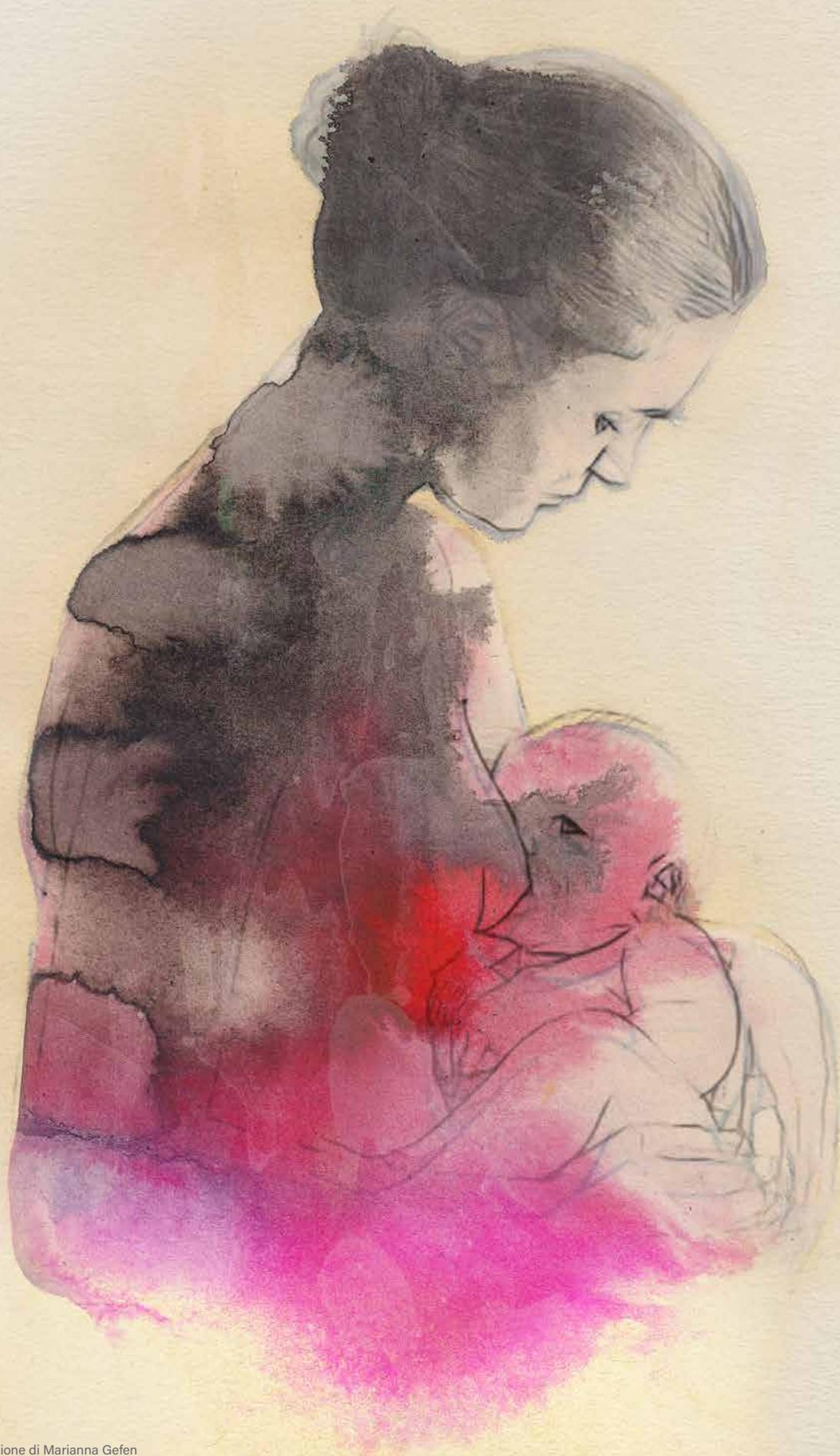
Spostarsi in un altro paese per ottenere servizi riproduttivi è un'altra strategia per opporsi alle restrizioni riproduttive, non solo per accedere all'aborto ma anche per accedere al sostegno alla formazione della famiglia. Nei luoghi in cui l'accesso alle tecnologie di riproduzione assistita è limitato alle coppie eterosessuali sposate, le donne single e le persone LGBTQIA+ si recano sempre più spesso all'estero per accedere a sistemi sanitari con politiche più inclusive (Belmonte e altri, 2021). Tuttavia, queste opzioni sono disponibili solo per coloro che dispongono di mobilità e risorse finanziarie sufficienti, mentre molte altre persone non hanno alcuna possibilità di accesso.



Piuttosto che operare in contrasto con il desiderio di agency riproduttiva, le politiche, i sistemi e gli ambienti dovrebbero rispettare e sostenere le aspirazioni riproduttive di ogni persona.

Queste strategie di resistenza evidenziano come le persone e la collettività in generale cerchino di ristabilire l'autonomia individuale sul proprio corpo. Piuttosto che operare in contrasto con il desiderio di agency riproduttiva, le politiche, i sistemi e gli ambienti dovrebbero rispettare e sostenerne le aspirazioni riproduttive di ogni persona. Ciò richiede un'assistenza sanitaria accessibile, politiche inclusive sulla famiglia e un'educazione alla sessualità completa che dia priorità all'autonomia e al processo decisionale informato.

Testo di Kim Sunhye, assistente alla cattedra di Women's Studies presso la Ewha Womans University e cofondatrice di SHARE (Center for Sexual Rights And Reproductive Justice) nella Repubblica di Corea.





CAPITOLO 2

Aprire una finestra di opportunità politica

Il divario tra la fecondità desiderata e quella raggiunta è presente ovunque si guardi e in alcuni paesi questo dislivello è notevole. Le persone che si occupano di politica si sono concentrate principalmente sulle gravidanze non intenzionali, che per le famiglie possono rappresentare la differenza tra pianificare attentamente le spese per avere il numero di figlie/i desiderato e aumentare le proprie risorse per averne di più. Per una donna, può significare portare avanti una gravidanza con un partner violento e avere con questo dei legami permanenti (Goli et al., 2020). Per entrambe le figure genitoriali, può significare l'interruzione di un percorso formativo o professionale (Institute of Medicine [US] Committee on Unintended Pregnancy, 1995). Inoltre, una gravidanza non intenzionale, presenta un rischio maggiore di parto prematuro, basso peso alla nascita e conseguenze negative per la salute a lungo termine (Beumer et al., 2024; Nelson et al., 2020).

Ma in questo momento, mentre i paesi di tutto il mondo si avviano verso un futuro con tassi di fecondità più bassi (UN DESA, 2025a), molti sono alle prese con la preoccupazione opposta: le persone hanno meno figlie/i rispetto al numero desiderato. Per queste persone, una fecondità non realizzata costituisce un vuoto che più figlie/i avrebbero presumibilmente colmato. Per coloro che rinunciano a una gravidanza, il senso di perdita può essere aggravato dallo stigma di essere tacciate come “egoiste” o venire infantilizzate. Allo stesso tempo, un numero crescente di persone sceglie volontariamente di non averne (Golovina et al., 2024; Hintz e Tucker, 2023), una scelta riproduttiva che offre comunque felicità e realizzazione personale (Stahnke et al., 2022), così come può portare difficoltà ove penalizzata dalla società e dalle sue leggi (Tanaka e Johnson, 2014).

Fino a ora, sono state messe in campo politiche nettamente distinte: si pensa che i contesti ad alta fecondità richiedano sforzi per prevenire le gravidanze non intenzionali e per promuovere l'istruzione e l'emancipazione delle ragazze; mentre si pensa che i contesti a bassa fecondità richiedano sussidi di sostegno ai congedi parentali. Ma trattare queste questioni in maniera distinta significa non cogliere una realtà molto più complessa, in cui sia gli ostacoli alla prevenzione di gravidanze indesiderate sia gli ostacoli alla formazione di una famiglia esistono in ogni contesto, pertanto l'intero spettro di politiche risolutive è necessario *ovunque*.

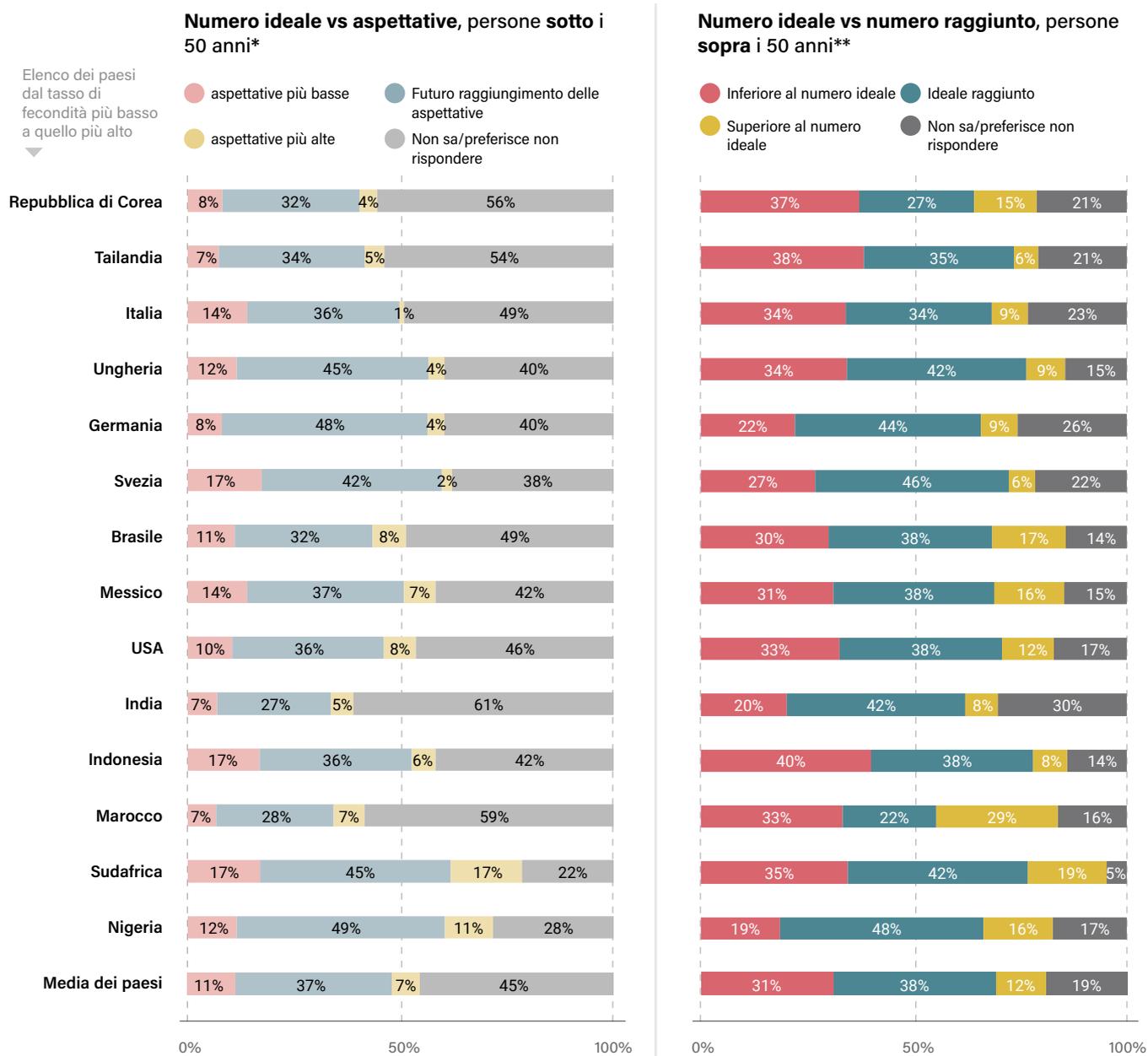
Gli ostacoli alle aspirazioni riproduttive

Gli ostacoli ai desideri di fecondità di una persona possono assumere molte forme, ma per comprenderli è importante chiedere. Tralasciare l'analisi dei desideri delle persone e le sfide affrontate potrebbe condurre a interventi politici inadeguati o mal concepiti.

Ad esempio, l'indagine UNFPA/YouGov ha rilevato che in Italia solo l'1% delle persone intervistate di età inferiore ai 50 anni si aspetta di avere più figlie/i di quelle desiderate/i, a fronte di un 14% che ha dichiarato di aspettarsi di avere una famiglia più piccola di quella che avrebbe idealmente scelto. In assenza di un'analisi del contesto, ciò potrebbe suggerire che le risorse attualmente destinate alla contraccezione dovrebbero essere indirizzate verso programmi sanitari e sociali a sostegno della formazione della famiglia. Tuttavia, quasi il 25% di tutte le persone intervistate in Italia ha dichiarato di aver avuto – o che la propria partner abbia avuto - una gravidanza non intenzionale, il che indica che anche i servizi di prevenzione sono assolutamente necessari (si veda la figura 1 a pagina 15).

FIGURA 4

Differenza tra il numero ideale o previsto e quello atteso/raggiunto di figlie/i



Le persone che superano o non raggiungono le aspirazioni riproduttive accomunano tutti i paesi, indipendentemente dal tasso di fecondità totale.

*Potenzialmente ancora in età riproduttiva

**Età riproduttiva probabilmente conclusa

Fonte: Indagine UNFPA/YouGov.

Analogamente, il paese con il più alto tasso di superamento della fecondità prevista è stato il Sudafrica, dove il 17% delle persone intervistate, uomini e donne, prevedeva di avere più figlie/i di quante/i ne desiderasse idealmente. Si potrebbe pensare che i programmi di sostegno alla formazione della famiglia siano meno importanti in questo contesto; tuttavia, alla domanda se avessero mai voluto intraprendere una gravidanza ma non si fossero sentite in grado di farlo nel momento giusto, il 34% delle persone intervistate ha risposto di sì, indicando quanto sia necessario anche il sostegno per la formazione delle famiglie.

In particolare, quasi il 13% delle persone intervistate, nei 14 paesi, ha dichiarato di aver vissuto sia una gravidanza non intenzionale sia un momento in cui l'avrebbe voluta ma senza sentirsi in grado di farlo. Questo dato potrebbe confondere: perché una persona dovrebbe vivere entrambe le esperienze? La risposta, probabilmente, è che la tempistica e le circostanze hanno un'importanza enorme. Per queste persone intervistate, una gravidanza a determinate condizioni - a una certa età, con un determinato partner o con un certo reddito - era desiderata, mentre in altre condizioni non lo era. (Si veda il riquadro sulle gravidanze non intenzionali a pagina 44).

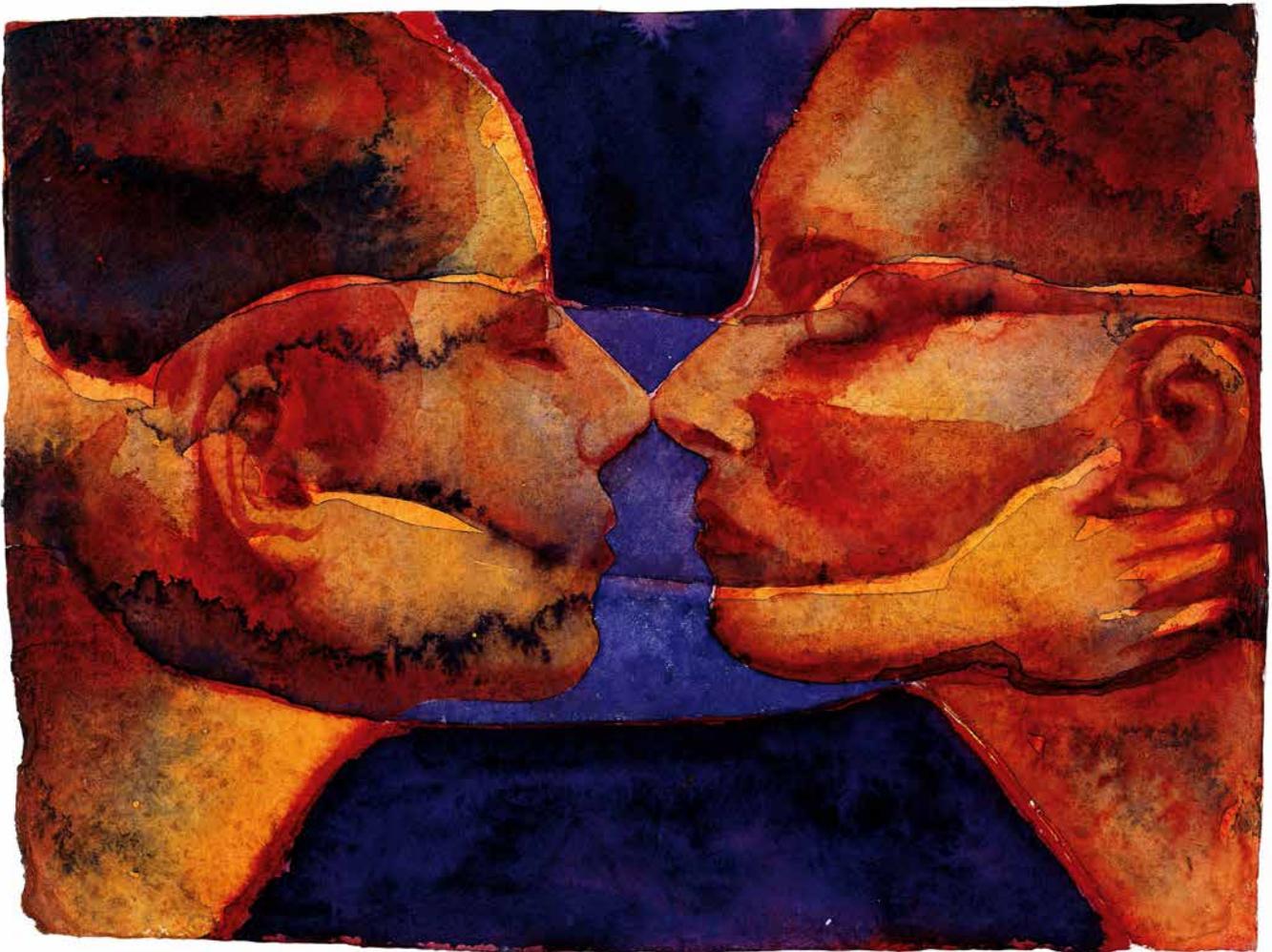


Illustrazione di Graham Dean

Politiche sanitarie

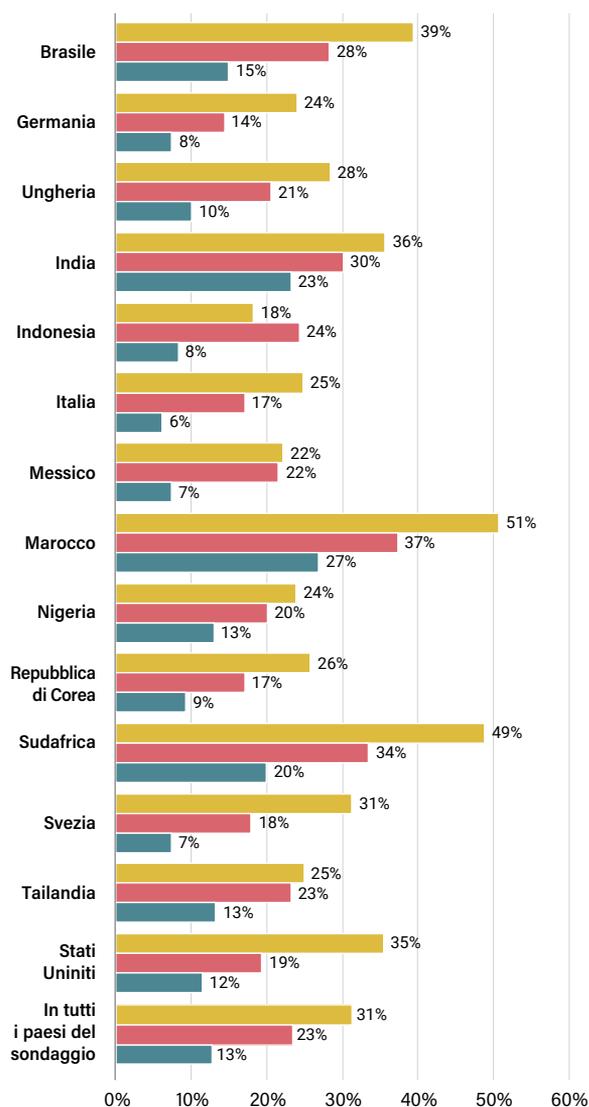
Le politiche sanitarie sono uno dei mezzi più efficaci per sostenere ed estendere la scelta riproduttiva. Ciò è stato ampiamente dimostrato dai miglioramenti globali nell'autonomia riproduttiva delle donne che si sono verificati negli ultimi 30 anni. Alla Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, tenutasi al Cairo nel 1994, 179 governi hanno firmato un Programma d'azione impegnandosi, tra l'altro, a promuovere la salute e i diritti sessuale e riproduttivi (UNFPA, 2024). Da allora, si è registrato un aumento dell'accesso alla pianificazione familiare e un maggiore accesso legale all'interruzione volontaria della gravidanza. In questo periodo, 60 paesi hanno rivisto le loro leggi sull'aborto per rimuovere le restrizioni (CRR, n.d.), con le legalizzazioni avvenute più di recente in Argentina, Colombia, Irlanda, Messico, Portogallo e Uruguay (Becquet et al., 2024). La "libertà garantita" alle donne di accedere all'aborto è diventata un diritto costituzionale in Francia nel 2024 (CRR, 2024).

Il progresso delle politiche, tuttavia, non è stato lineare. Di recente si è assistito a una riduzione dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva, comprese, in alcuni luoghi, crescenti restrizioni all'autonomia corporea (UN Women, 2024). Nel 2021, la Polonia ha limitato notevolmente l'aborto, vietando la procedura anche nei casi di grave compromissione del feto, mentre nel 2022 negli Stati Uniti c'è stata una rimozione delle protezioni di lunga data che consentivano l'aborto, portando alcuni Stati a vietarlo e criminalizzarlo. I tassi di aborto sono aumentati nel Regno Unito, dove una recente diffusione di disinformazione sui social media (McEvinney, 2023) ha contribuito all'abbandono di metodi contraccettivi ormonali affidabili (McNee et al., 2025).

FIGURA 5

Esperienze di gravidanza non intenzionale e desiderio insoddisfatto di un figlio o figlia

- Gravidanze non intenzionali
- Aspirazioni insoddisfatte
- Entrambe



Una percentuale significativa di persone ha sperimentato sia una gravidanza non intenzionale sia un momento in cui non ha potuto realizzare il proprio desiderio di averne una.

Fonte: Indagine UNFPA/YouGov.

Gravidanze non intenzionali: una falsa soluzione

Le persone professioniste della politica potrebbero chiedersi se le gravidanze non intenzionali possano rappresentare una soluzione alla scarsa fecondità sul piano individuale o ai bassi tassi di fecondità a un macro-livello. La risposta è no.

Per le donne, i costi di una gravidanza non intenzionale - anche di quelle che finiscono per essere accettate e celebrate - spesso durano tutta la vita. Le ragazze che rimangono incinte mentre ancora frequentano la scuola potrebbero abbandonare gli studi o rischiare di essere espulse. Con un'istruzione incompleta, le giovani madri hanno spesso difficoltà ad assicurarsi un lavoro dignitoso; uno studio condotto negli Stati Uniti ha rilevato che le nascite non pianificate riducono la partecipazione alla forza lavoro fino al 25% (Nuevo-Chiquero, 2010). Le gravidanze non intenzionali rappresentano anche una sfida critica per i sistemi sanitari: sono associate a condizioni quali emorragia post-partum, parto pretermine, preeclampsia e preeclampsia post-partum e a ritardi nell'accesso alle cure prenatali. Le donne che portano avanti gravidanze non intenzionali sono a rischio significativamente più elevato di depressione post-partum rispetto a coloro che rimangono incinte per scelta e i bambini e le bambine nate da gravidanze non intenzionali hanno spesso esiti sanitari peggiori.

Le gravidanze non intenzionali possono anche portare a gravi conseguenze per i diritti umani. In alcuni luoghi, le donne e le ragazze possono essere a rischio dei cosiddetti "delitti d'onore" (UNFPA, 2022a), ad esempio se la gravidanza avviene fuori dal matrimonio. Inoltre, è un fenomeno spesso risultato di violenze sessuali. Uno studio condotto su Haiti, Malawi, Nigeria, Uganda e Zambia ha concluso che, in alcuni casi, più di un terzo delle sopravvissute sono rimaste incinte a causa della loro prima o più recente esperienza in cui sono state sottoposte a pressioni o sono state forzate ad avere rapporti sessuali (UNFPA, 2022a). Costringere le sopravvissute a portare a termine una gravidanza contro la loro volontà è considerata dal Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite una violazione dei diritti umani che può equivalere alla tortura (Assemblea generale delle Nazioni Unite, 2013).

Inoltre, molte gravidanze non intenzionali non sono necessariamente indesiderate ma arrivano al momento sbagliato, con conseguenze che aumentano con l'aumentare del divario tra i tempi dettati dalla gravidanza e quelli desiderati dalla madre. Le nascite gravemente intempestive hanno maggiori probabilità di condurre a parti prematuri e causare risultati peggiori in termini di istruzione e occupazione per bambini e bambine (Nguyen, 2018; Pulley et al., 2002).

Chi è incline a vedere le gravidanze non intenzionali come una soluzione ai bassi tassi di fecondità potrebbe considerare l'adozione come alternativa da preferire alla prevenzione o all'interruzione di una gravidanza non intenzionale (Cooper Davis, 2022). Tuttavia, sebbene l'adozione possa essere un'esperienza felice per le parti coinvolte, non è una possibilità per tutte le persone, a volte può avere impatti negativi (Brodzinsky et al., 2021) e non sostituisce la necessità per gli individui di avere un controllo sul proprio corpo e sulla propria vita riproduttiva.

Infine, i dati UNFPA/YouGov mostrano che una percentuale significativa di persone, in tutti i paesi presi in esame, desidera effettivamente avere figlie e figli ma non dispone delle condizioni e dei servizi necessari. Gli interventi dovrebbero quindi cercare di sostenere l'agency riproduttiva di tutte le persone, comprese quelle che desiderano apertamente diventare genitori e genitrici.

Oggi, l'8% delle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, a livello globale, non riesce a soddisfare i propri bisogni di pianificazione familiare (UN DESA, 2025), ha un'autonomia contraccettiva limitata che impedisce di prendere decisioni informate, complete e libere a livello individuale (Yeatman e Sennott, 2024; Senderowicz, 2020). Ma ci sono anche altre limitazioni all'autonomia corporea: nel 2025, il 44% delle donne e delle ragazze a livello globale non risulta avere potere decisionale o autonomia corporea su relazioni sessuali, uso di contraccettivi e assistenza sanitaria riproduttiva (UNFPA, 2025).

Risulta chiaro che sono necessarie politiche migliori per consentire alle persone sia di prevenire gravidanze non intenzionali che di avere figli e figlie quando sono pronte. Entrambe le esigenze possono essere affrontate assicurando che l'intera gamma dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva sia disponibile e, idealmente, ben integrata nei sistemi sanitari primari. Purtroppo, non tutti i sistemi sanitari sono in grado di fornire l'intera gamma di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, a causa di una scarsa integrazione di questi all'interno dei sistemi sanitari, di pregiudizi da parte delle persone che dovrebbero fornirli, di una disponibilità insufficiente di prodotti per la salute riproduttiva a prezzi accessibili e di qualità (non solo contraccettivi, ma anche farmaci per la salute materna e trattamenti per le infezioni sessualmente trasmissibili) o di altre limitazioni.

Accesso e qualità dell'intera gamma di cure riproduttive

La qualità delle cure può avere un impatto diretto sulle intenzioni di fecondità. La qualità dell'assistenza materna e neonatale ricevuta da una persona può avere un impatto sulle sue future aspirazioni di fecondità, ad esempio. Un'esperienza di parto traumatica dovuta a

violenza ostetrica e ginecologica, procedure mediche eseguite senza previo consenso e pressioni sull'allattamento al seno sono tutte associate a una minore intenzione di avere una ulteriore gravidanza in seguito (Minello et al., 2024). Inoltre, la mancanza di servizi sanitari a misura di persone giovani può portare a un rischio maggiore di gravidanze adolescenziali (Graybill et al., 2024).

Di certo, questi aspetti non sono importanti solo per consentire alle persone di avere i figli e le figlie che desiderano. Anche la qualità e la completezza dell'assistenza sono essenziali per garantire la salute e il benessere delle comunità. Eppure, troppo spesso i servizi per la salute riproduttiva e materna non sono affatto disponibili. Benché la scarsa disponibilità di questi servizi sia comunemente associata a contesti ad alta fecondità, ciò accade sempre più spesso anche in contesti a bassa fecondità. La mancanza di personale ostetrico, che porta a “deserti di assistenza alla maternità” e ad un aumento del rischio di mortalità (Wallace et al., 2021), è fonte di crescente preoccupazione negli Stati Uniti (Howard, 2024), mentre in altri paesi con bassi tassi di natalità si assiste alla chiusura di reparti nascita e alla perdita di esperienza nella gestione delle complicazioni ostetriche, con un impatto negativo sulle donne e sui loro bambini e bambine (Hoffmann et al., 2023; Kildea et al., 2015).

Questo dato è stato confermato dal sondaggio UNFPA/YouGov, che ha rilevato come, a livello globale, quasi una persona intervistata su cinque (18%) si sia trovata nella situazione di non poter accedere a servizi medici o sanitari relativi alla contraccezione o alla procreazione. La percentuale variava dal 10% della Germania al 33% del Marocco, indicando che i sistemi sanitari di tutti i paesi hanno ampi margini di miglioramento nel soddisfare le esigenze di salute riproduttiva della loro popolazione.

Occuparsi dell'infertilità

Gli sforzi per aumentare la disponibilità e la qualità dei programmi di pianificazione familiare, dell'assistenza sanitaria materna e dei servizi di parto sicuro sono in corso da decenni e, di conseguenza, esistono molti casi di studio ben documentati che dimostrano come sia possibile farlo, dalle comunità rurali a basso reddito ai ricchi centri urbani. Ciò che manca alla maggior parte dei paesi, tuttavia, è l'esperienza nello sviluppo e nell'implementazione di trattamenti disponibili, accessibili e di alta qualità per la cura e la prevenzione dell'infertilità.

A livello globale, si stima che circa 1 persona su 6 sperimenterà l'infertilità a un certo punto della propria vita (OMS, 2023). Questo numero si basa sulla definizione medica della stessa: l'assenza di concepimento dopo un anno di rapporti non protetti. Tuttavia, se si tiene conto delle intenzioni di fertilità (Passet-Wittig e Bujard, 2021) e si considerano infertili le persone che non sono riuscite a concepire dopo un anno di tentativi, l'indagine UNFPA/YouGov ha rilevato una prevalenza leggermente superiore nei paesi presi in esame: 1 persona su 5 (21%). Tra le persone intervistate dell'indagine UNFPA/YouGov che hanno sperimentato l'infertilità, oltre il 60% è riuscito alla fine ad avere figli/e (o un altro figlio, se si trattava di infertilità secondaria). Tuttavia, quasi il 40% ha dichiarato di non esserci riuscito.

L'infertilità è dovuta a vari motivi, dalle infezioni sessualmente trasmesse non curate alle difficoltà legate al sistema riproduttivo femminile o maschile, ai fattori di rischio legati all'età, all'ambiente e allo stile di vita. In alcuni casi, non c'è spiegazione (OMS, 2024b). I paesi ad alto e basso reddito hanno

prevalenze di infertilità sostanzialmente simili, anche se questo può variare a seconda degli studi e dal tipo di misurazione; secondo alcuni indici, come la prevalenza dell'infertilità periodica, l'Africa è la regione con i più alti tassi di infertilità (OMS, 2023), anche se il continente ha alcuni dei più alti tassi di fertilità (Si veda il testo a pagina 95 sull'infertilità in Africa). Purtroppo, questo problema è troppo spesso ignorato nei paesi a basso reddito con una fertilità superiore a quella di sostituzione e la conseguente sofferenza dei futuri genitori è quindi in gran parte invisibile.

Non essere in grado di realizzare il proprio desiderio di figli/e può avere conseguenze di vasta portata sul benessere soggettivo delle persone (Goisis et al., 2023; McQuillan et al., 2022; Mirowsky e Ross, 2002). Le conseguenze psicologiche dell'infertilità sono spesso profonde sia per gli uomini che per le donne. Elaborazione di lutti normali e complicati, depressione e ansia sono esperienze comuni a chi si sottopone a un trattamento per l'infertilità (Mesquita de Castro et al., 2021); le conseguenze possono essere particolarmente gravi nelle comunità che attribuiscono un forte valore alla fertilità e alle famiglie numerose. Una discrepanza tra la fertilità desiderata e quella effettiva può rappresentare un'interruzione del percorso di vita previsto (Hagestad e Call, 2007) e comportare una perdita di identità e di senso di controllo (McQuillan et al., 2003).

Per alcune persone, l'infertilità insorge quando si cerca di concepire il primo figlio; in questi casi, può portare all'assenza non intenzionale di figli/e. Per altre persone, invece, insorge con le seconde gravidanze e con quelle di ordine superiore e, nelle società meno ricche,

è spesso il risultato di aborti clandestini e di deficit nell'assistenza sanitaria materna (Seiz et al., 2023). Le coppie possono soffrire di infertilità femminile o maschile, o anche di entrambe. Tuttavia, lo stigma può non essere condiviso in egual misura. L'infertilità maschile è molto meno studiata (OMS, 2023) e almeno uno studio su larga scala condotto in Canada mostra notevoli lacune nella conoscenza del fenomeno (Daumler et al., 2016). Nel frattempo, le donne sono più spesso accusate di infertilità dai loro partner, dalle famiglie e dalle comunità, il che aumenta la loro vulnerabilità alla violenza nelle relazioni intime, secondo una meta-analisi di nove paesi a basso e medio reddito (Bourey e Murray, 2022).

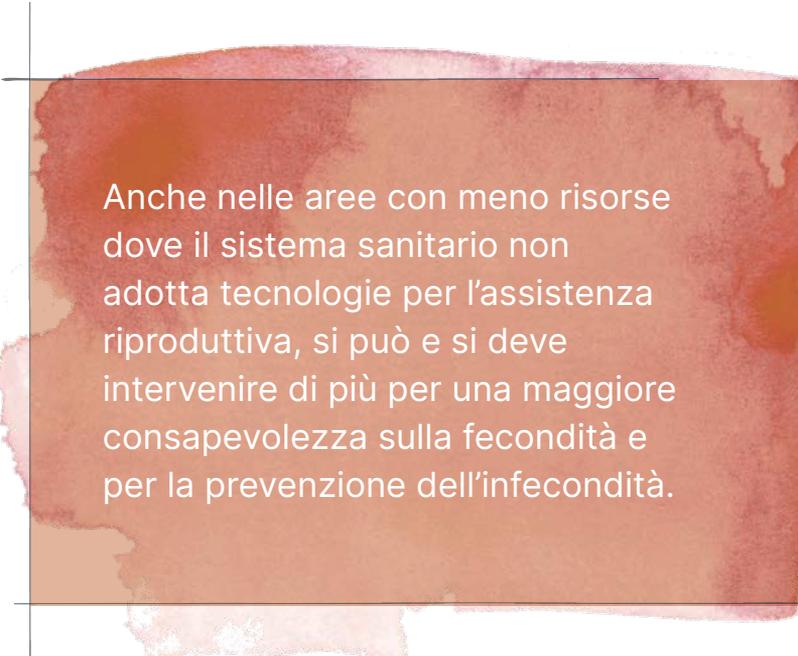
La domanda di riproduzione medicalmente assistita supera di gran lunga le possibilità di accedervi e il relativo utilizzo (Adamson et al., 2023). La fecondazione in vitro (FIV) è forse la forma più nota di tecnologia riproduttiva assistita, ma è estremamente proibitiva dal punto di vista dei costi, e non vi sono esempi solidi di programmi accessibili ed efficaci nei paesi a basso e medio reddito (Chiwari et al., 2021). Altre tecnologie, come l'inseminazione intrauterina e la stimolazione ovarica, possono essere usate per l'infertilità, in genere a costi inferiori (Cohlen et al., 2018). Anche nei contesti con poche risorse, dove è improbabile che le tecnologie riproduttive assistite vengano adottate dai sistemi sanitari, interventi come la sensibilizzazione alla fecondità e la prevenzione dell'infertilità possono e devono essere ampliati (Norman e Fauser, 2024) (si veda la sezione Educazione e informazione a pagina 62).

I costi e la situazione individuale determinano un impatto diseguale sulla disponibilità di cure per l'infertilità nelle diverse comunità (Lazzari et al., 2022), così come le leggi e le

regole che determinano chi può accedere alla procreazione medicalmente assistita, a quale età e con quale partner, quali costi sostenere e quanti cicli possono essere sovvenzionati. Il numero di cliniche per la fertilità pro capite varia notevolmente tra i paesi e anche all'interno di questi (Fauser et al., 2024; Seiz et al., 2023). Le lunghe liste d'attesa, legate alla carenza di personale medico, sono un fenomeno particolarmente serio nei paesi a basso reddito (Weinreb et al., 2024), la qual cosa riduce ulteriormente l'accesso e il successo dei trattamenti legati alla fecondità.

Anche quando le cure per la fecondità sono ampiamente disponibili a livello nazionale, raramente, se non mai, queste sono disponibili per tutte le persone e alle stesse condizioni. Nei paesi a più alto reddito, le coppie a basso reddito sono di fatto escluse dai costosi trattamenti per la fecondità ove non siano sovvenzionati a livello pubblico, con conseguenti ampie disuguaglianze tra le classi sociali.

I vari sistemi sanitari differiscono anche per quanto riguarda i diritti, compreso l'eventuale compenso, garantito a terzi, come i donatori di gameti e le surrogate gestazionali - laddove



Anche nelle aree con meno risorse dove il sistema sanitario non adotta tecnologie per l'assistenza riproduttiva, si può e si deve intervenire di più per una maggiore consapevolezza sulla fecondità e per la prevenzione dell'infertilità.

La tendenza a rimandare la maternità

Nel corso della storia dell'umanità, le gravidanze tardive hanno caratterizzato la nascita di bambini e bambine di terzo livello o più alto (Livi-Bacci, 2017), ma oggi la maternità in età avanzata è sempre più comune tra i genitori alla loro prima esperienza (Beaujouan, 2020). Le consuetudini relative all'età appropriata per avere figli/e si sono modificate notevolmente nel corso del tempo e la genitorialità molto adulta è sempre più accettata socialmente (Lazzari et al., 2025; Billari et al., 2021; Billari et al., 2011) e, in una certa misura, più desiderabile (Lebano e Jamieson, 2020). Avere il primo figlio o figlia in età avanzata può portare dei vantaggi: carriere più stabili e un reddito disponibile più elevato rispetto a genitori più giovani, il che si traduce in maggiori risorse per la prole (Powell et al., 2006). I figli di genitori più grandi tendono ad avere migliori risultati cognitivi, comportamentali (Trillingsgaard e Sommer, 2018; Goisis, 2015) e sul piano della salute (Sutcliffe et al., 2012).

Tuttavia, posticipare una gravidanza potrebbe scontrarsi con l'insorgere dell'infertilità, la quale riduce sensibilmente le possibilità di concepimento (Leridon, 2008). Dal punto di vista biologico, la durata della vita riproduttiva copre un periodo di circa 35 anni per la donna (all'incirca tra i 15 e i 49 anni) e un po' di più per l'uomo, tuttavia la fertilità umana può diminuire anche verso i tardi 20 anni. Si ritiene che l'inizio dell'"età parentale avanzata" si verifichi all'età di 35 anni per le donne e di 40 anni per gli uomini, dopo di che le possibilità di concepire naturalmente diminuiscono notevolmente (De la Rochebrochard e Thonneau, 2003).

Le persone spesso non sono consapevoli del fatto che la fertilità presenti limiti biologici legati all'età, sovrastimano le probabilità di avere una gravidanza in età avanzata, in cui la fertilità maschile e femminile inizia a diminuire (Mac Dougall et al., 2013) e in generale hanno conoscenze inadeguate sulla fertilità (Mohammadi et al., 2023; Hammarberg et al., 2013). Questo può portare a cercare cure per l'infertilità a un'età in cui le possibilità di concepimento sono minori e più costose. Promuovendo un intervento precoce, è possibile migliorare i risultati del trattamento. Promuovere una cultura più ampia della consapevolezza della fertilità tra le giovani persone adulte - non solo tra le donne ma anche tra gli uomini (Ferlin et al., 2022) - per migliorare la comprensione della salute riproduttiva, della preservazione della fertilità, della fertilità e dei fattori di rischio associati può portare a decisioni riproduttive più informate (Mburu et al., 2023).

queste tecnologie e questi servizi siano consentiti (Passet-Wittig e Bujard, 2021). L'idoneità è generalmente riservata alle coppie eterosessuali sposate in età riproduttiva che non sono riuscite a concepire dopo un anno di rapporti regolari non protetti. Le coppie e le persone LGBTQIA+ sono spesso escluse e, quando sono idonee, si trovano ad affrontare lacune nelle competenze cliniche del

personale sanitario e bassi livelli di inclusione nelle cure per la fertilità (He et al., 2024). Anche le persone single sono spesso escluse e le minoranze etniche devono affrontare disparità nell'accesso e nei risultati delle cure per la fertilità (HFEA, 2023). (Per maggiori informazioni sulle barriere legali, vedere pagina 62) Questa sfida contiene un'opportunità: la possibilità di rendere le cure

per la fecondità ugualmente accessibili per le persone che attualmente sono lasciate indietro, siano esse appartenenti a minoranze etniche, economicamente svantaggiate, della comunità LGBTQIA+ o single che cercano un percorso non convenzionale verso la genitorialità.

Alcuni governi stanno iniziando a sovvenzionare l'accesso alle cure per la fecondità (Made for Families, n.d.; Medical Korea, n.d.). Questi sforzi possono ridurre le disuguaglianze tra i diversi gruppi socioeconomici (Seiz et al., 2023) e, in alcuni contesti e circostanze, possono anche essere economicamente vantaggiosi (Keller et al., 2023; Vélez et al., 2014). Da questo punto di vista, il sovvenzionamento pubblico delle cure per la fecondità può essere uno strumento di riduzione delle disuguaglianze per i futuri genitori e, in quanto tale, dovrebbe essere perseguito. Ma deve essere affrontato con cautela, per evitare che l'accesso venga manipolato a scapito dei diritti umani e della salute. L'obiettivo della tecnologia di riproduzione assistita deve rimanere quello di risolvere il problema dell'infertilità, anziché quello di aumentare il tasso di fecondità totale o invertire il declino della popolazione.

Inoltre, la procreazione medicalmente assistita non può essere l'unica soluzione a lungo termine per consentire alle persone di avere figli/e in età avanzata. Il costo anche di un solo trattamento di fecondità rimane considerevole, mentre il tasso di successo dei concepimenti medicalmente assistiti diminuisce con l'avanzare dell'età materna (Vitagliano et al., 2023) e paterna (Murugesu et al., 2022). Il contributo della riproduzione assistita al tasso di fecondità totale è stato stimato per un numero limitato di paesi, come Australia, Repubblica Ceca, Regno dei paesi Bassi e Stati Uniti, ed è risultato compreso tra 0,05 e 0,10 figli per donna

(Kocourková et al., 2023; Lazzari et al., 2023; Tierney, 2022; Habbema e altre/ i, 2009).

E, mentre da un lato la tecnologia in questo settore è in rapida crescita (dal congelamento degli ovociti alla tecnologia di editing genetico CRISPR), dall'altro non mancano le perplessità. Serie questioni bioetiche restano irrisolte quando si pensa alla mercificazione della riproduzione, ai diritti delle madri surrogate, ai donatori di gameti e delle persone concepite da donatori, ai “designer babies” e agli interessi dell'industria della fertilità, spesso non regolamentata, che fattura miliardi di dollari (UNFPA, 2024b; Waldby, 2019) - questioni che devono essere gestite con attenzione.

Ostacoli economici

L'assistenza sanitaria potrebbe sembrare il punto di partenza più ovvio per sostenere la scelta riproduttiva, ma le misure di natura economica sono altrettanto importanti.

In quei contesti dove la fecondità è alta, ad esempio, la politica spesso si preoccupa che le donne mettano al mondo troppi figli e figlie che poi saranno a loro carico; in contesti a bassa fecondità, invece, ci si preoccupa che le donne producano poca forza lavoro. Questa prospettiva è basata sul presupposto che le donne si occupano della riproduzione umana e di crescere figli e figlie, mentre gli uomini si dedicano al lavoro fuori casa, nonostante sia dimostrato che da tempo le donne sono economicamente attive (Long, 1958) e gli uomini contribuiscono all'educazione della prole (Sear, 2021).

Tali presupposti possono portare ad approcci sconsiderati e inefficaci che trattano i tassi di natalità nazionale come strumenti per rinvigorire economie in crisi (Balter, 2006).

In realtà, la natalità su larga scala non porta a una crescita economica immediata, perché aumenta notevolmente l'indice di dipendenza - la proporzione di persone economicamente dipendenti rispetto quelle che lavorano - in comunità che hanno già una crescente domanda di assistenza in età avanzata. Misure economiche più immediate

ed efficaci per sostenere la crescita economica in rallentamento includono un aumento della produttività del lavoro da parte di persone giovani, in età avanzata, migranti e donne. Tra queste opzioni, l'analisi indica che una maggiore partecipazione di queste ultime alla forza lavoro potrebbe essere la misura più efficace (UN DESA, 2023).

Dalla sicurezza alla resilienza demografica

Insieme ai cambiamenti demografici in molte parti del mondo, sono sorte preoccupazioni sul potenziale impatto di tali cambiamenti sulla sicurezza nazionale e internazionale. Tale disagio non è nuovo: il timore di estinguersi o di essere superati da una popolazione che non è quella di riferimento sono stati una costante in tutti i contesti storici e geografici (UNFPA, 2023). Ora, con il declino di alcuni tassi di fecondità in Asia e in Europa, le persone che si occupano di politica hanno iniziato a lanciare un'allerta sul fatto che il cambiamento della popolazione potrebbe portare insicurezza o instabilità. Molte di queste preoccupazioni sono legate alla struttura risultante dalle dimensioni e dall'età della popolazione. A volte sono anche legate a sentimenti etnonazionalisti, un'ideologia che sostiene che la nazionalità sia intrinseca all'identità etnica. In tali contesti, le persone possono essere incoraggiate o costrette ad avere figli/e non per motivi personali, ma per dovere verso la nazione e per la sua sopravvivenza (Cordier, 2024). L'ansia demografica è spesso alla base di movimenti estremisti e violenti nei paesi che sperimentano cambiamenti demografici e può persino promuovere conflitti interni e internazionali (Armitage, 2021).

Per contrastare questo fenomeno, UNFPA collabora con i vari paesi per abbandonare il quadro della sicurezza demografica e passare a quello della resilienza demografica, consentendo alle nazioni di gestire in modo proattivo i cambiamenti demografici. Nel 2021, UNFPA ha lanciato un programma per spostare il punto di vista dalle crisi alle opportunità demografiche (UNFPA, n.d.a.). Utilizzando dati demografici affidabili, promuovendo politiche basate sui diritti e sull'evidenza e sfruttando partnership e tecnologia, i vari paesi possono mitigare i rischi e al contempo promuovere lo sviluppo nazionale e globale. La Repubblica di Moldova, ad esempio, ha sostituito il suo precedente Programma nazionale sulla sicurezza demografica 2011-2025 con un focus sul benessere demografico. La sua Visione sulla Popolazione e lo Sviluppo coinvolge in modo olistico tutti i ministeri per affrontare l'invecchiamento, la fecondità desiderata, l'aspettativa di vita e l'emigrazione della popolazione in età lavorativa. Approcci simili sono in corso di attuazione in tutti i paesi a bassa fecondità per affrontare i cambiamenti demografici in modo globale, con dati concreti e sulla base dei diritti umani.

Frattanto, la concezione della fecondità umana come motore della sicurezza economica su un macro-livello oscura il fatto che la sicurezza economica sul micro-livello è anche uno dei principali prerequisiti per la realizzazione della fecondità desiderata. Oggi, infatti, la precarietà economica è ampiamente considerata un fattore determinante che mina la capacità delle persone di avere il numero di figli/e che desiderano (Wilkins, 2019), benché questa sia anche legata a un'elevata incidenza di gravidanze non intenzionali, parte di un ciclo di povertà spesso sperimentato da genitori adolescenti e, soprattutto, da madri adolescenti. Il basso reddito totale disponibile o l'impossibilità di accedere a risorse familiari possono impedire l'accesso alla contraccezione, lasciando le adolescenti vulnerabili a gravidanze precoci (UNFPA, 2022a), con esiti finali negativi sul piano della famiglia, della società e del paese.

L'instabilità economica può persino portare al verificarsi di entrambi i risultati contemporaneamente: la regione dell'Africa occidentale e centrale ha attualmente i tassi più alti al mondo di gravidanze in età adolescenziale, seguita dalle regioni dell'Africa orientale e meridionale. Tuttavia, la letteratura suggerisce che nell'Africa subsahariana, in particolare nelle aree urbane, le sfide socioeconomiche e gli alti costi della vita contribuiscano anche essi al frequente ridimensionamento dei desideri di fecondità delle coppie (Church et al., 2023; Yeboah et al., 2021). Uno studio sui paesi a basso e medio reddito descrive il fenomeno come segue: "In molti paesi, le donne appartenenti a quintili di ricchezza elevati hanno diminuito la probabilità di una fecondità non realizzata rispetto al quintile più basso... Inoltre, le donne appartenenti a quintili di ricchezza più elevati sono maggiormente in grado di mitigare le loro intenzioni di fecondità" (Assaf e Moonzwe Davis, 2021).

Ma quali sono le barriere economiche alla scelta riproduttiva? L'insicurezza del mercato del lavoro, la disoccupazione, le basse retribuzioni, l'assenza di un salario di sussistenza e l'instabilità economica generale (Alderotti et al., 2021; Vignoli et al., 2020). Queste barriere possono anche includere gli alti costi dell'assistenza sanitaria riproduttiva, soprattutto quando si parla di trattamenti per l'infertilità, e gli alti costi complessivi della crescita della prole. Anche il costo dell'alloggio contribuisce notevolmente agli oneri finanziari delle persone (Tocchioni et al., 2021).

Questa è una delle ragioni per cui il divario tra la fecondità desiderata e quella effettiva è più comune in contesti scarsamente supportati da politiche di welfare. A livello globale, l'età media per la nascita di un figlio - che oggi è di 28 anni - è in costante aumento (UN DESA, 2025a), poiché le persone ritardano il passaggio alla genitorialità per avere maggiore stabilità economica e maggiori risorse (si veda il box sulla tendenza ad avere figli/e più tardi a pagina 48). In diversi paesi ad alto reddito, ad esempio, la mancanza di prole è ora più diffusa tra gli uomini e le donne con un livello di istruzione inferiore, invertendo le tendenze del passato che vedevano le donne con un livello di istruzione più alto avere più probabilità di non averne rispetto alle donne con un livello di istruzione più basso (Jalovaara et al., 2018).

Di seguito sono riportate alcune misure politiche che possono alleggerire il carico economico dei genitori del futuro, rendendo più realizzabili le loro aspirazioni di fecondità.

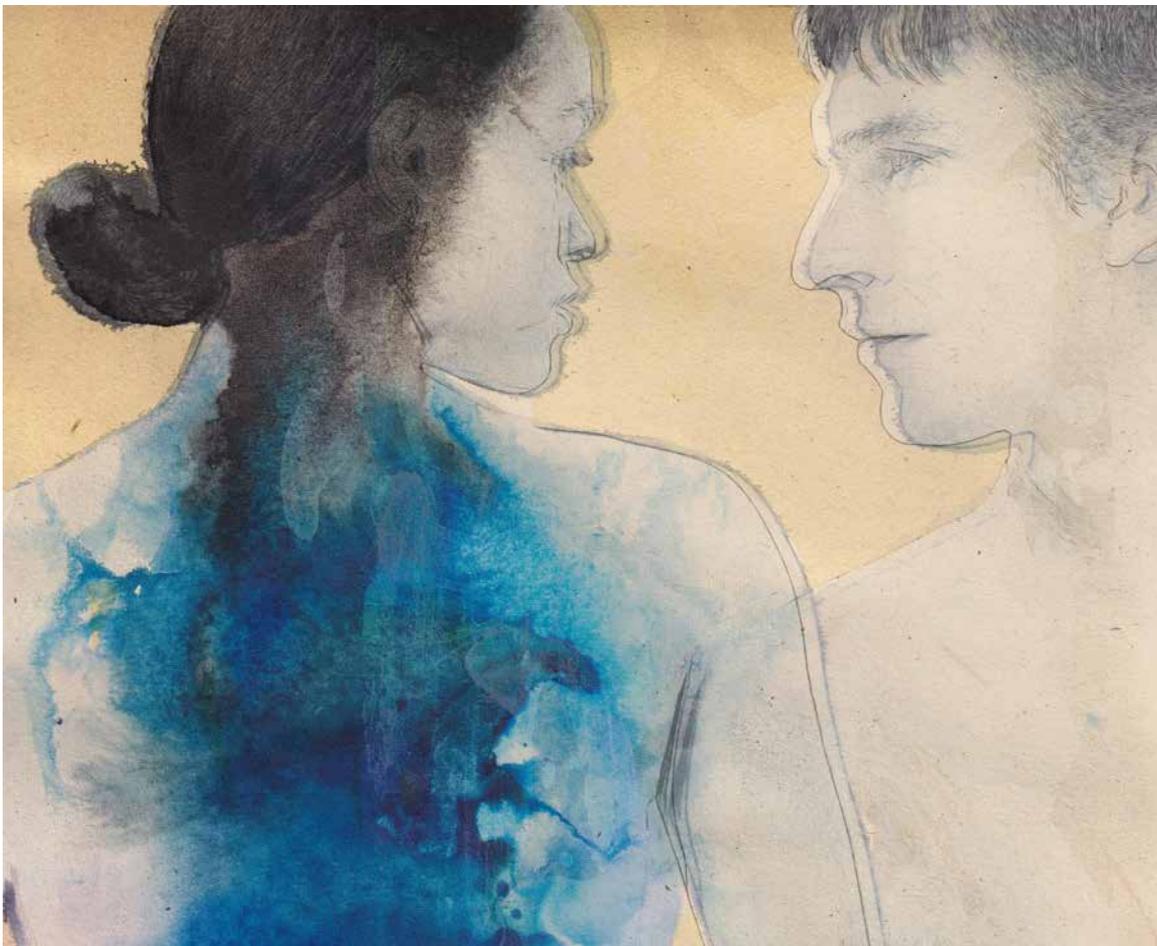
La cura di figli e figlie

Il lavoro di cura è solitamente poco retribuito o non retribuito affatto - infatti, si stima che il valore del lavoro di cura non retribuito ammonti al 5-9% del prodotto interno lordo

globale (Van der Gaag et al., 2023; Ervin et al., 2022). Il lavoro invisibile non retribuito, o sottopagato, delle donne che svolgono ruoli di cura contribuisce in maniera sostanziale alla loro assenza dalla forza lavoro e, come illustrato nel presente rapporto, alla loro decisione di rinunciare ad avere figli/e o di averne meno di quanti/e ne vorrebbero. Al contrario, la disponibilità di servizi di assistenza all'infanzia economicamente accessibili e di qualità, a partire dall'infanzia fino alla prima adolescenza, con orari di apertura che coincidano con gli orari di lavoro dei genitori, è di fondamentale importanza per aumentare la partecipazione delle madri alla forza lavoro e l'equilibrio tra lavoro e vita privata (Morrissey, 2017). È inoltre dimostrato che, almeno in alcuni paesi, i servizi formali di assistenza all'infanzia possono avere un impatto positivo sulla fecondità (Dimai, 2023; Bergsvik et al., 2021; Wood e Neels, 2019; Rindfuss et al., 2010; Baizán, 2009).

Ci sono molte forme di assistenza all'infanzia, che variano a seconda del contesto e delle norme culturali, ma una delle più universali è il sostegno dei membri della famiglia. Questo è particolarmente vero nei paesi che non hanno un sistema di welfare sviluppato. L'assistenza a bambini e bambine da parte dei nonni, in particolare, è un pilastro del sostegno per molti genitori che lavorano, in quanto compensa l'indisponibilità o l'inaccessibilità dei servizi di assistenza all'infanzia pubblici o privati. La letteratura ha dimostrato che l'offerta di servizi di assistenza all'infanzia da parte di nonni/e aumenta la partecipazione delle madri alla forza lavoro in alcuni paesi (Aassve et al., 2012). Le prove di un legame diretto tra il ruolo di sostegno svolto di nonni e la fecondità sono più eterogenee, ma in diversi paesi la presenza di nonni e nonne e, più in generale, la presenza di parenti, è associata a un aumento della fecondità (Rutigliano e Lozano, 2022; Sear,

Illustrazione di Marianna Gefen



2018; Aassve et al., 2012a). Se i nonni sono disponibili, vicini e percepiti come di supporto, figli e figlie adulte possono avere maggiori probabilità di passare alla genitorialità e alle nascite di secondo livello e di livello più alto, ed è più probabile che esprimano intenzioni di fecondità a breve termine (Pessin et al., 2022; Aassve et al., 2012a). Anche il sostegno emotivo può contribuire ad aumentare le intenzioni di fecondità delle donne (Tanskanen e Rotkirch, 2014). Il ruolo di nonni e nonne è considerato così rilevante che la cura dei bambini da parte loro è stata definita come “strategia riproduttiva emergente” (Thomese e Liefbroer, 2013).

In ogni caso, è importante che la distribuzione delle incombenze legate alla cura di bambini e bambine non si limiti a trasferirne l'onere dai genitori ad altri caregiver. La cura data dai nonni non è retribuita e aumenta la precarietà economica di chi se ne occupa, soprattutto delle donne (Birchall e Holt, 2022). Alcune ricerche condotte in Europa, ad esempio, dimostrano che avere nipoti riduce in modo sostanziale la partecipazione alla forza lavoro delle donne anziane, soprattutto nei paesi in cui l'assistenza formale all'infanzia è scarsa (Backhaus e Barsland, 2021). Alcuni governi stanno fornendo un sostegno finanziario all'assistenza familiare. La Svezia e la Germania, ad esempio, hanno offerto un congedo retribuito ai nonni che si occupano della cura di nipoti (Olsen, 2024; Connolly, 2008).

I servizi di assistenza in struttura, come gli asili nido e le scuole dell'infanzia, sono spesso ritenuti culturalmente inappropriati in molti contesti a basso e medio reddito, ma studi dimostrano che la diffusione di tali servizi è in aumento in questi paesi (Evans et al., 2024). Le ricerche evidenziano anche che i programmi di assistenza all'infanzia per la scuola pre-

Il lavoro di cura delle donne, invisibile, non retribuito o poco retribuito, è una componente sostanziale dell'assenza delle donne dalla forza lavoro e della decisione di rinunciare a figli/e o averne meno di quanti/e ne vorrebbero.

primaria sono maggiormente associati alle famiglie economicamente benestanti dell'Asia meridionale e dell'America Latina (Chaturvedi, 2019), il che indica che le barriere all'assistenza all'infanzia in struttura sono probabilmente più legate ai relativi costi e alla loro accessibilità piuttosto che a tabù culturali. Uno studio condotto in un insediamento urbano informale in Kenya ha riscontrato “madri desiderose di mandare i propri figli e figlie” in centri di assistenza all'infanzia sovvenzionati; l'accesso all'assistenza sovvenzionata è stato anche associato a una maggiore occupazione tra le madri (Clark et al., 2017).

Anche se questi servizi formali di assistenza all'infanzia possono essere costosi per i genitori, questo lavoro rimane spesso scarsamente retribuito a causa della tendenza a sottovalutare sia il lavoro di cura che le occupazioni comunemente svolte dalle donne (Gambaro, 2012). I rimedi a queste preoccupazioni possono arrivare sotto forma di sussidi, che possono essere applicati sia all'assistenza in struttura che

a quella a domicilio. Paesi come la Colombia e il Cile hanno finanziato l'assistenza in struttura attraverso il bilancio nazionale, mentre in India programmi a livello locale hanno utilizzato modelli cooperativi e no-profit. Non solo i programmi rivolti alle strutture sono associati a una maggiore partecipazione della forza lavoro materna, ma i programmi in Argentina, Bolivia e Uruguay hanno anche avuto ripercussioni positive sullo sviluppo infantile (Chaturvedi, 2019).

La transizione verso l'età adulta

Con l'innalzamento dell'età media genitoriale, le persone giovani considerano sempre più spesso l'indipendenza economica dalla famiglia d'origine e la formazione di una coppia come prerequisiti fondamentali per la genitorialità. Tuttavia, l'età effettiva in cui si è in grado di raggiungere l'indipendenza economica e la genitorialità (e, nei paesi in cui la coabitazione tra partner e genitori è poco diffusa, di lasciare la casa dei genitori) è troppo spesso superiore all'età del picco di fecondità e all'età considerata ideale dalle stesse persone giovani (Lazzari et al., 2025; Schwanitz et al., 2024; Billari et al., 2021).

Il fatto di non potersi permettere una vita indipendente, il costo degli alloggi e la difficoltà di trovare un lavoro dignitoso sono tra i motivi più segnalati che impediscono di raggiungere l'indipendenza dalla famiglia di origine (Berrington e Perelli-Harris, 2024). In particolare, i problemi abitativi non sono legati solo alle persone giovani, ma possono essere un ostacolo per tutte le età. In Bielorussia, ad esempio, condizioni abitative più favorevoli sono state coerentemente collegate a tassi di natalità più elevati sia in contesti rurali che urbani, durante tutta la vita riproduttiva di una donna, con impatto più significativo sulle seconde e terze nascite (GGS Belarus, 2017). Tuttavia,

i costi abitativi sono una preoccupazione particolarmente critica per le persone giovani. Uno studio brasiliano ha rilevato che coloro che avevano avuto accesso alle lotterie per il credito abitativo avevano il 32% di probabilità in più di avere figli e figlie (Van Doornik et al., 2025), ad esempio, e i dati provenienti da Cina, Repubblica islamica dell'Iran e Stati Uniti dimostrano che i costi abitativi incidono non solo sulla fecondità delle persone giovani, ma anche sulla loro probabilità di sposarsi (Gao et al., 2022; Gholipour e Farzanegan, 2015; Bowmaker e Emerson, 2015).

La disoccupazione, una situazione lavorativa precaria e insicura, il lavoro part-time involontario e l'incertezza economica percepita sono tutti ostacoli al raggiungimento delle tappe fondamentali del percorso di transizione verso l'età adulta (Matysiak e Vignoli, 2024). Questo è un problema globale. Ad esempio, uno studio dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha rilevato che in Africa più di una persona giovane su quattro - circa 72 milioni - non ha un lavoro, né un'istruzione o una formazione e che le ragazze incontrano maggiori ostacoli alla partecipazione alla forza lavoro rispetto ai ragazzi (ILO, 2023).

Le persone giovani provenienti da un contesto familiare di basso livello socioeconomico, quelle con background migratorio e quelle appartenenti a minoranze sessuali incontrano ulteriori svantaggi verso la realizzazione delle proprie aspirazioni nella transizione all'età adulta (Eurofound, 2024; Billari et al., 2019). Le persone economicamente svantaggiate e con un livello di istruzione più basso hanno meno probabilità di avere un partner (Bellani et al., 2017) e quindi di diventare genitori (Lee e Zeman, 2024; Hwang, 2023; Keizer et al., 2008) e hanno maggiori probabilità di non

avere figlie/i (Wang e Mu, 2025; Ghaznavi et al., 2022; Jalovaara et al., 2018).

Anche la violenza e il conflitto hanno un impatto sulla transizione verso l'età adulta. Le ricerche condotte ad Haiti e in Honduras rilevano che la violenza nelle comunità ritarda l'indipendenza delle persone giovani, costringendo molte di loro a rimanere nella casa dei genitori per sicurezza, compromettendo l'accesso all'istruzione, a un lavoro dignitoso e alimentando un ciclo di esclusione (Chávez e Aguilar, 2021).

L'incapacità di realizzare le proprie aspirazioni all'inizio dell'età adulta può persino essere causa di emigrazione verso altri paesi che offrono migliori opportunità, in particolare durante i periodi di recessione economica, quando la disoccupazione aumenta più per le persone giovani che per quelle di altre età (Aassve et al., 2013), il che probabilmente abbatta ulteriormente la fecondità (Anelli e Balbo, 2021). Trasferirsi all'estero può avere un aggiuntivo impatto sulle aspirazioni di fecondità, in quanto mette a dura prova le reti di sostegno familiare, che spesso sono la fonte primaria di assistenza a bambine e bambini.

Lavori dignitosi e retribuzioni adeguate devono essere allineati al costo della vita e ai costi dell'alloggio - una questione critica per le politiche dell'occupazione giovanile. Le politiche messe in campo dovrebbero essere finalizzate a mettere i/le giovani in condizione di raggiungere le tappe fondamentali della transizione verso l'età adulta che desiderano, all'età che vogliono e nelle condizioni a cui aspirano (UNFPA, n.d.a.). Chi si occupa di politica deve conoscere le esigenze e i desideri specifici dei/delle giovani, il cui percorso verso l'età adulta probabilmente varia a seconda del

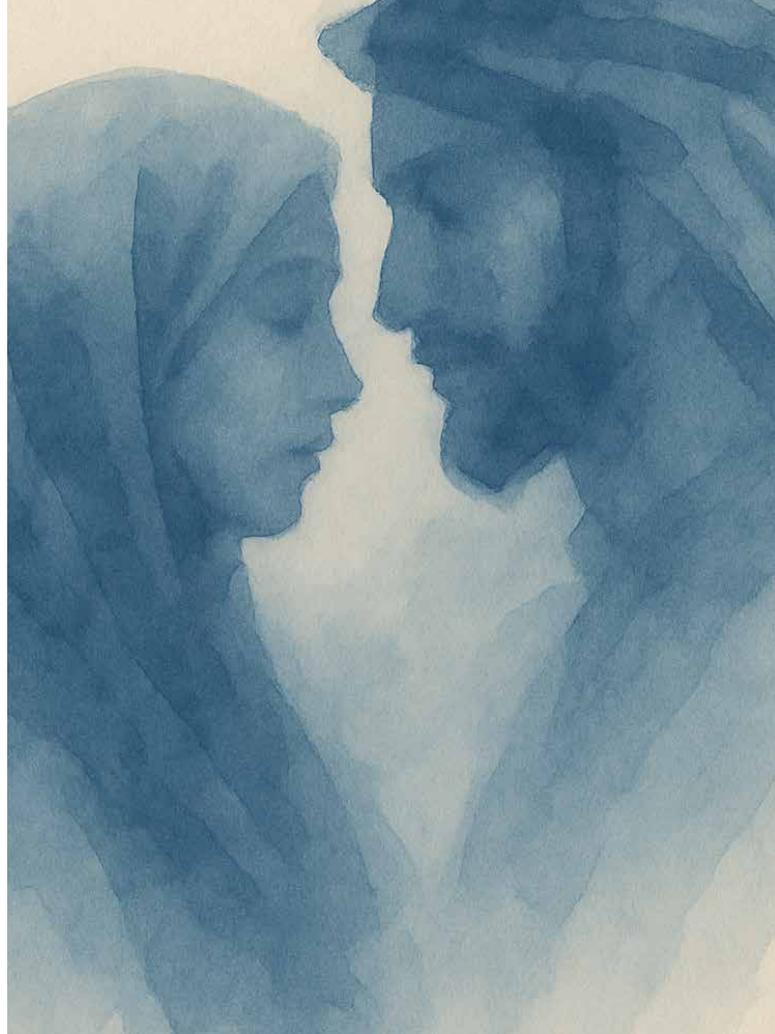


Illustrazione di Cyan Haribhai

paese e della cultura. Le ricerche dimostrano che le aspirazioni di fecondità in Cina, ad esempio, sono influenzate dalla sicurezza abitativa, che gioca un ruolo non solo nella pianificazione delle spese giovanili, ma anche nella percezione di benessere soggettivo, nell'aspettativa di mobilità intergenerazionale e nell'aspettativa di fornire assistenza alle persone anziane (Zhang, 2024).

Eliminando l'incertezza economica, quella del mercato del lavoro e degli alloggi, le persone giovani possono essere incoraggiate ad affrontare il passaggio all'età adulta nel momento che preferiscono ed essere meglio supportate nella realizzazione dei loro desideri di fecondità. Per molte di loro, può essere un sostegno nella prevenzione di un ritardo non

voluto che rende la procreazione medicalmente assistita l'unica opzione possibile per realizzare le proprie aspirazioni riproduttive.

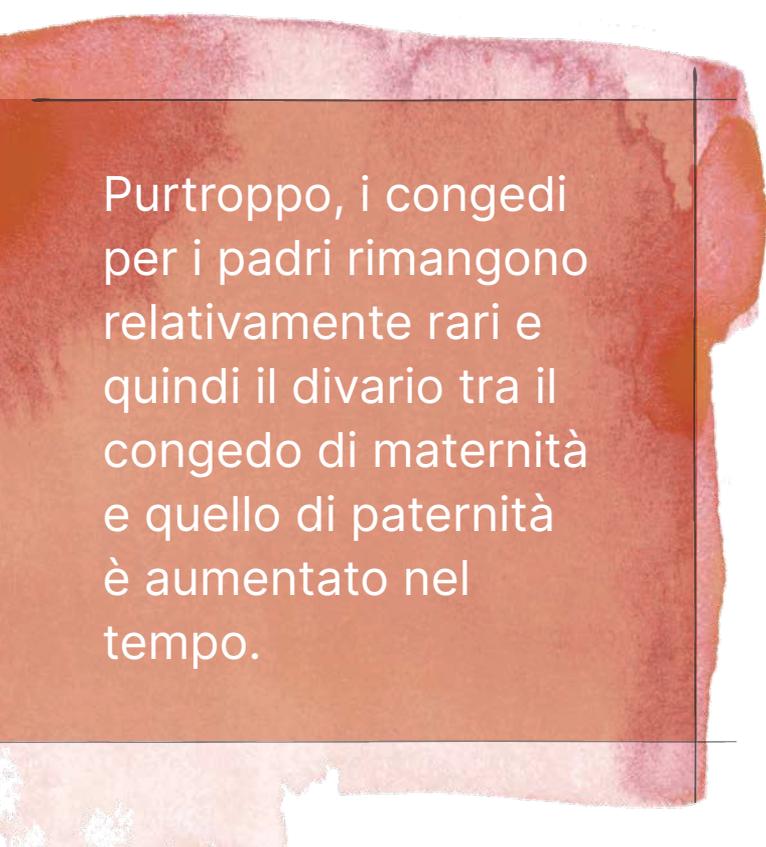
Politiche lavorative a misura di famiglia

Conciliare le responsabilità di cura di figli e figlie con un'occupazione a tempo pieno rimane una sfida significativa, soprattutto per le donne (Thévenon, 2009). I luoghi di lavoro favorevoli alla famiglia offrono un rimedio potenziale e si stanno diffondendo sempre di più. Nell'Unione Europea, ad esempio, lavori che tengono conto delle esigenze familiari sono direttamente sostenuti dalla direttiva UE sulla conciliazione tra vita e lavoro, entrata in vigore nel 2019. È stato dimostrato che tali programmi migliorano l'equilibrio tra sfera privata e lavorativa dei e delle dipendenti e il loro benessere generale, oltre a incrementare l'occupazione delle donne dopo il parto (Chung, 2017).

Le politiche a favore della famiglia sul posto di lavoro possono includere: accordi di lavoro flessibili che consentono ai genitori di lavorare in orari adatti alle loro esigenze o fuori sede; servizi di assistenza all'infanzia in loco e in generale; congedo parentale dopo la nascita (che comprende sia il congedo di maternità che quello di paternità) a stipendio pieno; prestazioni sanitarie per le persone a carico; pause per l'allattamento e permessi per assistere figli e figlie malate. Eppure, queste politiche sono appannaggio di pochi lavoratori e lavoratrici (UNICEF, n.d.).

Ci sono stati dei progressi nel garantire l'accesso al congedo di maternità. Benché la maggior parte dei dati sul congedo parentale provenga da paesi ad alto reddito, uno studio condotto su 111 paesi a basso reddito ha rilevato che il congedo di maternità è associato positivamente all'offerta di lavoro femminile, soprattutto quando il costo è sostenuto dal governo (Amin e Islam, 2022). Anche la quantità di congedi di maternità è aumentata negli ultimi cinque decenni, facendo registrare gli aumenti più alti in Asia centrale e in Europa.

Purtroppo, i congedi per i padri rimangono relativamente rari e quindi il divario tra il congedo di maternità e quello di paternità è aumentato nel tempo (Hyland e Shen, 2022). Mentre a livello globale i paesi che prevedono il congedo di maternità sono 186, solo 122 prevedono quello di paternità, con una durata media di soli 9 giorni (Van der Gaag et al., 2023). I passi avanti nell'ottenimento del congedo di paternità sono stati più lenti in Medio Oriente e Nord Africa, con una media di 2 giorni di congedo nel 2021, in Africa sub-sahariana, con 2,7 giorni (Hyland e Shen, 2022). Tuttavia, il congedo di paternità comporta una serie di benefici, tra cui migliori risultati in termini di



Purtroppo, i congedi per i padri rimangono relativamente rari e quindi il divario tra il congedo di maternità e quello di paternità è aumentato nel tempo.

salute per bambini e bambine, nonché migliori relazioni tra padri e figlie/i e tra i padri e rispettivi partner (Pizarro e Gartzia, 2024). È stato dimostrato che la riduzione del divario tra il congedo di maternità e quello di paternità aumenta la partecipazione femminile alla forza lavoro (Hyland e Shen, 2022).

Tuttavia, se non vengono attuate con attenzione, le politiche a favore della famiglia possono risultare controproducenti, rafforzando gli stereotipi. In India e negli Stati Uniti, le donne riferiscono che l'utilizzo di politiche a favore della famiglia - anche per i congedi di maternità necessari da un punto di vista medico - comporta un costo in termini di reputazione sul posto di lavoro (Bhattacharya, 2024; Bose e Chatterjee, 2024; Hampson, 2019). Le persone che lavorano sono spesso "riluttanti a trarre vantaggio da queste politiche nell'ambito di pratiche organizzative incentrate sulla figura maschile" che considerano i genitori, e soprattutto le madri, come lavoratrici meno ideali, come osservato da uno studio coreano (Kim, 2008).

Le norme che discriminano sulla base del genere influenzano la disponibilità di uomini e donne a ricorrere a politiche favorevoli alla famiglia (Kaufman, 2018; Von Hippel et al., 2016). Alcune ricerche mostrano che il congedo parentale è associato a ripercussioni negative sulla carriera sia per gli uomini che per le donne, anche se ciò varia a seconda del paese e del settore lavorativo (Krstic e Hideg, 2019). Altre ricerche dimostrano che le politiche di congedo familiare possono in realtà avere un impatto incredibilmente positivo sugli uomini, riducendo le difficoltà di conciliare lavoro e vita personale. Tuttavia, tale conciliazione per le donne in generale non cambia se non ci sono miglioramenti nelle norme e negli atteggiamenti volti al raggiungimento dell'uguaglianza di genere (Hsiao, 2023).



È quindi fondamentale che il governo e le politiche sul posto di lavoro si sforzino di garantire che tutti e tutte le dipendenti, in particolare gli uomini, utilizzino i benefici a cui hanno diritto. Questo ci dimostra anche l'importanza di migliorare l'equilibrio tra vita professionale e vita privata per tutte le persone che lavorano - non solo per i genitori - al fine di decostruire lo stigma sull'utilizzo delle agevolazioni per il congedo parentale. In effetti, la vita familiare di lavoratori e lavoratrici soffre le ripercussioni dovute ad ambienti di lavoro ad alta intensità di ore lavorate. Ad esempio, in Asia orientale e altrove, per ottenere benefici e promozioni sono spesso richiesti orari di lavoro lunghi e poco flessibili, con scarsa considerazione per gli impegni familiari. Questo ha un chiaro impatto sul benessere della famiglie e sulla decisione di avere figli/e, come hanno rilevato studi nella Repubblica di Corea (Kim, 2023) e in alcuni paesi europei (Kurowska et al., 2023).

Quali sono le alternative praticabili?

Un'opzione è quella di rendere obbligatorio il congedo di paternità: nell'aprile del 2025, Singapore ha introdotto l'obbligo di due settimane di congedo per i neo-papà per risolvere il problema della scarsa partecipazione e incoraggiare una divisione più equilibrata delle responsabilità di cura della prole (Tan, 2024). I paesi in cui il congedo di paternità non è trasferibile, con politiche di congedo assegnate come diritti individuali per ciascun genitore, vedono anche livelli molto più alti di adozione tra gli uomini (Shand, 2018).

Un'altra opzione potrebbe essere l'espansione delle politiche di conciliazione vita-lavoro, in modo che siano applicate indipendentemente

dallo stato di famiglia. Fornendo a lavoratori e lavoratrici soluzioni migliori per la vita privata e lavorativa, si elimina la tendenza a non assumere né trattenere le lavoratrici e si potrebbe ridurre ulteriormente la tendenza degli uomini a non prendere il congedo parentale. Lavoratori e lavoratrici più giovani oggi scettici circa le politiche sul luogo di lavoro a sostegno della cura di futuri figli e figlie, comincerebbero a rendersi conto immediatamente dei vantaggi di un congedo flessibile, fidandosi via via del fatto che i luoghi di lavoro possano soddisfare le loro esigenze.

Queste misure di conciliazione vita-lavoro dovrebbero includere l'accesso a congedi medici di ogni tipo. In questo modo si eliminerebbe la discriminazione nei confronti di chi ha bisogno di conciliare l'assistenza alla gravidanza e il trattamento dell'infertilità – trattandosi in questo caso di un vero e proprio “lavoro riproduttivo” (Wilkinson et al., 2023) che richiede tempo per l'assunzione regolare di ormoni, frequenti appuntamenti con il personale medico, visite alle cliniche e persino viaggi all'estero per l'assistenza sanitaria riproduttiva transfrontaliera (Wu et al., 2013). Le persone, in particolare le donne, possono avere bisogno di assentarsi dal lavoro o di orari flessibili, ma chiedere permessi può essere rischioso in un mercato del lavoro ancora pieno di discriminazioni nei confronti di chi vuole una gravidanza e delle donne lavoratrici con figlie/i (Kachi et al., 2022). Ampliare l'accesso al congedo per cure mediche verso tutte le persone che lavorano, indipendentemente dalla famiglia che hanno, potrebbe consentire di agire ruoli di cura che altrimenti tendono a ricadere, per default, sulle donne, come anche l'accompagnamento di bambini e/o genitori o nonni anziani alle visite mediche.

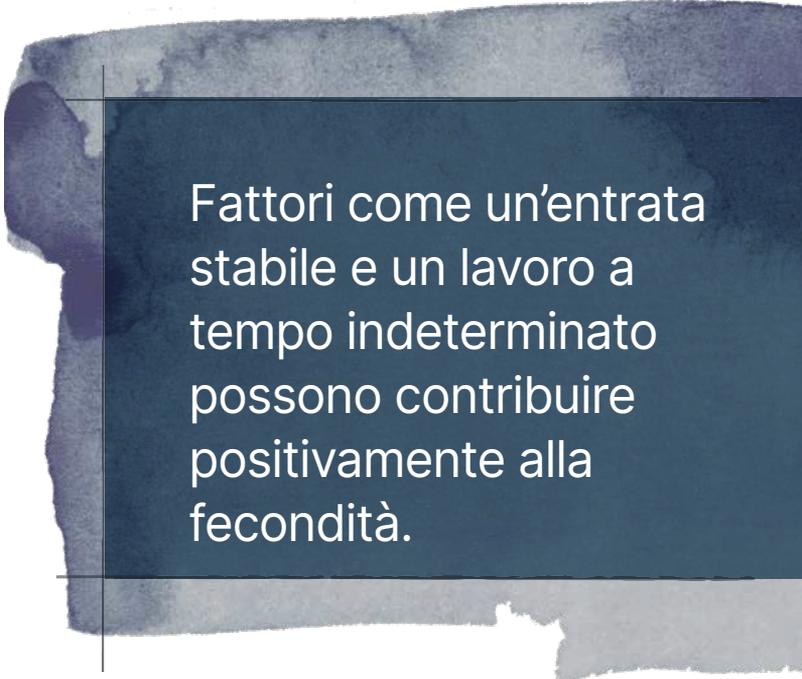
Il lavoro da casa e gli accordi di lavoro ibridi, che sono diventati più comuni negli ultimi anni, potrebbero anche teoricamente consentire un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata per i genitori. Tuttavia, l'attuazione di tali politiche non è uniforme tra i vari settori (Lambert et al., 2023) e l'aumento del telelavoro in generale potrebbe aumentare la concorrenza tra lavoratori e lavoratrici e comprimere i salari, secondo una ricerca condotta in America Latina (Kabat, 2025). Benché lo smart working possa, in alcuni casi, essere d'aiuto per le donne che desiderino avere una gravidanza – come nel caso di chi deve percorrere lunghi tragitti casa-lavoro - in generale, questa opportunità non porta le donne ad avere figlie/i, come dimostrano studi europei (Kurowska et al., 2023). Questo perché il lavoro da casa ha spesso impatti negativi sugli avanzamenti di carriera, può aumentare il carico di lavoro in casa e sul lavoro e non affronta alla radice il problema della disparità di genere negli oneri di cura (per maggiori informazioni, si veda la pagina 79 del Capitolo 3), nel Regno Unito le donne che lavorano da casa hanno avuto meno probabilità di avere figlie/i rispetto a coloro che lavorano in sede e a quelle disoccupate (Osiewalska et al., 2024). Le politiche sul luogo di lavoro, quindi, dovrebbero occuparsi dell'impatto delle politiche di congedo familiare e di lavoro flessibile sulla disparità di genere, poiché queste giocano un ruolo importante nella decisione di avere figlie/i da parte di lavoratori e lavoratrici.

Benefici a breve termine contro stabilità a lungo termine

Infine, sostenere stabilmente il reddito delle famiglie e un'occupazione stabile possono favorire la fecondità (Alderotti et al., 2024).

Questo può sembrare ovvio, ma molte politiche che cercano di sostenere la formazione di una famiglia sono di breve durata o soggette a inversione di rotta quando cambiano i venti politici. Molte persone in politica ricevono pressioni al fine di mostrare miglioramenti materiali immediati nella vita della cittadinanza o cambiamenti immediati nei tassi di fecondità totale. Pertanto, le politiche a breve termine, una tantum o limitate nel tempo, sono diffuse.

I pagamenti forfettari, le sovvenzioni o i trasferimenti di denaro al momento della nascita di bambini e bambine - il cosiddetto “bonus bebè” - sono stati un approccio politico diffuso. Questi provvedimenti possono avere un impatto, ma probabilmente solo temporaneo. Programmi di questo tipo in Australia, Quebec e Spagna, ad esempio, hanno portato a un aumento a breve termine delle nascite, ma forse perché le persone già intenzionate ad avere figlie/i ne hanno anticipato la nascita (UNFPA, 2019).



Fattori come un'entrata stabile e un lavoro a tempo indeterminato possono contribuire positivamente alla fecondità.

Cura e imprenditorialità

Quando Anastasia Aslan, nella Repubblica di Moldova, ha scoperto di aspettare il suo quarto figlio, non ha avuto esitazioni. A differenza di molte madri lavoratrici che faticano a conciliare carriera e famiglia, la signora Aslan sapeva di avere una rete di sicurezza: il suo datore di lavoro, l'azienda di panificazione Panilino, aveva orari flessibili, un asilo nido e politiche di sostegno ai genitori.

“Quando abbiamo pianificato la nascita del bambino, abbiamo considerato diversi fattori, come

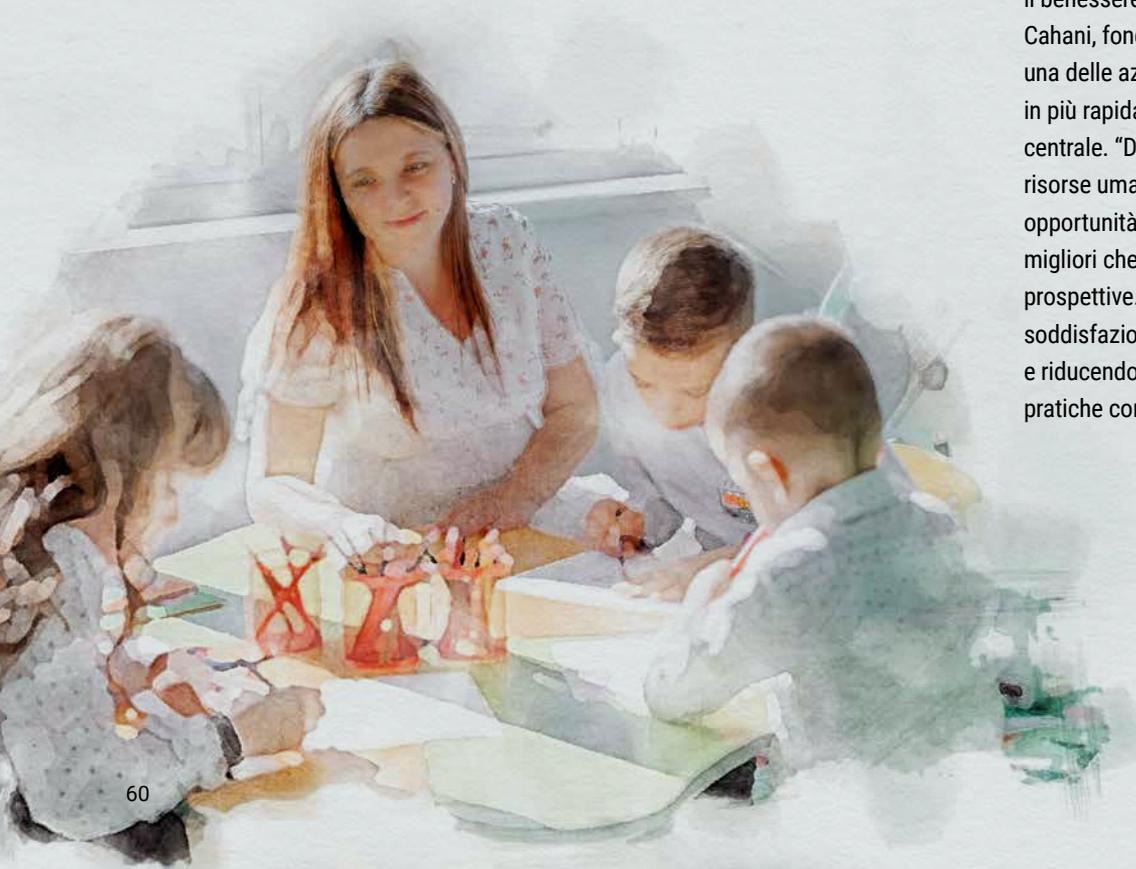
la possibilità di mantenerci durante il mio congedo di maternità e il modo in cui avrei potuto conciliare le faccende domestiche con il lavoro. In questo senso, il fatto che Panilino offra un asilo nido ci ha aiutato a decidere di avere un altro figlio”.

Le politiche a favore della famiglia di Panilino sono in realtà il fulcro del suo modello di business. Con il sostegno dell'UNFPA e dell'Agenzia austriaca per lo sviluppo, l'azienda ha aperto un asilo

nido interno, incentivando i genitori a continuare a lavorare mentre i loro figli e figlie hanno l'accudimento necessario.

Un'azienda con politiche a favore delle famiglie

In tutta l'Europa sud-orientale, la contrazione della popolazione e la carenza di personale stanno costringendo le aziende a ripensare il modo in cui sostengono le famiglie. Lungi dall'essere un onere finanziario, le aziende che adottano queste politiche le considerano efficaci. “Queste pratiche favoriscono un ambiente positivo e flessibile che promuove il benessere”, afferma Mergim Cahani, fondatore e CEO di Gjirafa, una delle aziende tecnologiche in più rapida crescita dell'Europa centrale. “Dal punto di vista delle risorse umane, offrire queste opportunità aiuta ad attrarre i talenti migliori che apprezzano queste prospettive. Inoltre, migliorando la soddisfazione dei/delle dipendenti e riducendo il turnover, queste pratiche contribuiscono in ultima



analisi alla redditività attraverso una maggiore produttività, una riduzione dei costi di assunzione e una forza lavoro più impegnata”.

Gjirafa offre orari flessibili, lavoro ibrido, congedo per i familiari e congedo parentale per i padri. Queste possibilità sono pensate per aiutare i/le dipendenti a trovare un equilibrio tra le loro responsabilità sul lavoro e in casa, soprattutto se hanno figli e figlie piccole.

“Abbiamo introdotto queste pratiche gradualmente, rispondendo alle esigenze man mano che si presentavano. Piuttosto che implementarle tutte in una volta, le abbiamo adattate nel tempo, riconoscendo l'importanza della flessibilità e di una rete di sostegno nella creazione di un ambiente di lavoro più inclusivo”, spiega Cahani.

Molto più dei bonus bebè: il ruolo dei governi

Per decenni, i paesi dell'Europa orientale hanno sperimentato la via degli incentivi finanziari: bonus in denaro per bambine e bambini appena nati, sgravi fiscali per le famiglie numerose, persino medaglie per le madri con più prole. Sempre più spesso i governi si rendono conto che incentivi economici e riconoscimenti non incontrano davvero le esigenze dei genitori.

Maja Papatolevska, vicecapa del Dipartimento del Lavoro della Macedonia del Nord presso il Ministero dell'Economia e del Lavoro, afferma che si sta lavorando per migliorare i diritti

di lavoratori e lavoratrici nel suo paese attraverso politiche volte alla conciliazione tra vita privata e professionale, includendo piani per l'introduzione di congedi retribuiti per il lavoro di cura, l'ampliamento di quelli di maternità e paternità, nonché nuovi diritti di congedo parentale che dovrebbero contribuire a una distribuzione più equa delle responsabilità legate al lavoro di cura.

“Vogliamo inoltre introdurre misure che diano la possibilità a dipendenti che hanno figlie/i fino agli 8 anni di fare richiesta di orari di lavoro più flessibili, sotto forma di lavoro part-time, orari di lavoro adattabile o smart work, in base alle esigenze di cura e alle esigenze lavorative del posto di lavoro”, aggiunge.

Il cambiamento proposto va oltre le riforme legali e si estende ai comportamenti culturali. “La gravidanza e l'inizio della maternità sono tra i momenti più impegnativi per una donna. Tuttavia, se viene sostenuta dallo Stato in questi momenti, con la garanzia che la sua esperienza avrà il minor impatto possibile sulla sua vita professionale, le possibilità che non rinunci alla maternità o alla carriera, potendo perseguirle parallelamente, aumentano significativamente”.

UNFPA sostiene queste politiche attraverso l'iniziativa “Expanding Choices”, in collaborazione con governi e imprese per creare approcci sostenibili e *gender-responsive* al lavoro e alla vita familiare nei Balcani occidentali e nella Repubblica di Moldova.

Cambiare le norme culturali

Gli ostacoli culturali alla genitorialità persistono in molte parti della regione, dove le donne sopportano ancora il peso del lavoro di cura non retribuito e gli uomini sono meno propensi a prendere il congedo parentale. “Se pensiamo alle faccende domestiche di ogni giorno - pulire, cucinare, prendersi cura dei bambini e delle bambine, la scuola, l'asilo - questa routine può diventare soverchiante per una donna. Ecco perché incoraggio le madri ad avere la forza di tornare al lavoro il prima possibile”, afferma una dipendente, la signora Aslan.

Per quest'ultima, i vantaggi delle politiche aziendali vanno oltre la convenienza. “L'opportunità di lavorare a distanza, offerta dalla direzione, è estremamente preziosa. So di essere una dipendente apprezzata e che ci sono persone che aspettano il mio ritorno. L'asilo nido mi dà la tranquillità di cui ho bisogno, so che mio figlio è al sicuro e che posso stare con lui quando è necessario. Spero che sempre più aziende incoraggino politiche di questo tipo, sostenendo le madri nella pianificazione del loro futuro e delle loro famiglie con fiducia”.

I trasferimenti di denaro regolari mostrano un impatto in qualche modo maggiore. Ad esempio, hanno avuto un impatto piccolo ma notevole sulla fecondità totale del periodo in studi condotti in Argentina, Ungheria, Israele e Spagna (UNFPA, 2019). Un altro esempio viene dalla Polonia, che nel 2016 ha iniziato a fornire consistenti trasferimenti diretti di denaro alle famiglie con due o più figli - pari al 2% del prodotto interno lordo del paese. Tuttavia, anche in questo caso i risultati sono stati limitati: un aumento di 1,5 punti percentuali della probabilità complessiva che una donna abbia un figlio o una figlia, soprattutto tra le donne tra i 31 e i 40 anni. In particolare, la fecondità tra le donne di età compresa tra i 20 e i 30 anni è effettivamente diminuita in questo periodo, forse perché in questa fascia di età veniva data priorità all'istruzione e alla carriera, alla ricerca di una maggiore stabilità finanziaria, o perché “potrebbero resistere a ciò che percepiscono come una pressione da parte del governo ad avere figli” (Bokun, 2025).

Altri sforzi per migliorare il benessere economico delle famiglie comprendono la politica russa del capitale di maternità, attuata nel 2007, che prevede il trasferimento di capitale non monetario alle madri, sotto forma di sussidi per l'alloggio, rimborso per i mutui, borse di studio e fondi pensione. Questi trasferimenti erano disponibili per le madri di due, tre o più figli/e, disponibili fino al 2016, anche se il provvedimento è stato poi esteso. La fecondità totale del periodo è aumentata, in parte perché i genitori hanno anticipato il momento della nascita, ma anche perché sono aumentate le nascite di secondi e terzi figli, anche se non c'è accordo su quanto questo impatto sia stato forte (UNFPA, 2019).

L'indicazione principale è che la sicurezza finanziaria a lungo termine – che sia attraverso un migliore potenziale di guadagno, una maggiore sicurezza lavorativa o migliori condizioni economiche in generale - è importante per consentire alle persone di realizzare gli obiettivi di fecondità. Se da un lato i trasferimenti finanziari a breve termine, limitati o una tantum, possono aiutare a sostenere le spese relative, dall'altro possono incoraggiare i genitori ad anticipare le loro intenzioni riproduttive in previsione della scomparsa dell'assistenza; queste persone potrebbero comunque rinunciare al desiderio di avere altri/e figli e figlie (UNFPA, n.d.a).

Educare, informare

Le politiche educative possono contribuire a migliorare la salute, i diritti e le scelte riproduttive. Allo stesso tempo se non attuate come si deve e non adeguatamente supportate possono avere gravi ripercussioni sui diritti delle persone, sulla vita riproduttiva e sul benessere a lungo termine.

Diversi riscontri dimostrano che un'educazione sessuale e affettiva ad esempio, porta risultati migliori per la salute giovanile, tra cui una riduzione dei tassi di gravidanza adolescenziale e di infezioni sessualmente trasmissibili, oltre a impatti positivi sulla comunicazione con il/la partner, sulla conoscenza della salute sessuale e sulla consapevolezza dei servizi esistenti (UNESCO, 2016; Constantine et al., 2015; Rohrbach et al., 2015). Un'educazione alla sessualità completa comprende informazioni mediche accurate sull'anatomia umana, la contraccezione, le malattie sessualmente trasmissibili, il consenso e una comunicazione sana nelle relazioni. Se insegnata secondo gli standard internazionali, è adeguata all'età,

include informazioni sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere ed è adattata ai contesti culturali con la partecipazione di educatori ed educatrici, studenti, genitori e persone appartenenti alla comunità (UNFPA, 2018).

Ad ogni modo, i programmi di studio spesso si concentrano sulle preoccupazioni immediate delle persone adolescenti in materia di salute sessuale e riproduttiva, piuttosto che prepararle a questioni che si svilupperanno lungo l'intero corso della vita (Littleton, 2012). Le ricerche evidenziano la necessità di includere la conoscenza della fecondità nei programmi educativi (Fauser et al., 2024) e alcuni paesi, come il Regno Unito, stanno esplorando modelli di questo tipo di apprendimento (Cheshire et al., 2024). La conoscenza della fecondità può comprendere non solo il fatto che diminuisce con l'età sia per gli uomini che per le donne, ma anche che fattori come il fumo e l'uso di droghe possono influenzare la fecondità, che tutti i metodi contraccettivi (compresi quelli di conoscenza della fecondità) hanno tassi di fallimento (BMJ, 2019) e che le gravidanze non intenzionali possono avvenire anche durante la perimenopausa (Bakour et al., 2017).

Un'educazione sessuale e affettiva diventa particolarmente efficace quando è collegata a servizi di salute riproduttiva accessibili e non stigmatizzanti (Mbizvo et al., 2023) e quando è integrata nei programmi di formazione del corpo docente (UNFPA, 2018). Tuttavia, le ultime evidenze mostrano che, su 153 paesi con dati, il 28% non dispone di leggi, regolamenti o politiche sull'educazione alla sessualità completa (UNFPA, 2022b). Inoltre, quest'ultima, dopo decenni di consenso pressoché universale, è oggetto di recenti revisioni e opposizioni

(Nazioni Unite, 2023). Anche quando i temi della salute sessuale e riproduttiva sono ammessi nelle aule scolastiche, i programmi di studio possono essere compromessi da disinformazione; questo si può notare a partire dalla scuola primaria fino alle facoltà di medicina nelle università (UNFPA, 2024a).

Quando l'educazione alla sessualità contiene informazioni errate o incomplete, o quando le informazioni sono trasmesse in modo stigmatizzante, stereotipi dannosi potrebbero venire rafforzati e la capacità di pianificare il proprio futuro e la propria famiglia essere compromessa. Ad esempio, mentre le persone adulte che hanno un'esperienza di infertilità affermano che avrebbero voluto ricevere un'educazione sulla fecondità (Mena e McLindon, 2023), le informazioni sul declino legato all'età (il cosiddetto "orologio biologico") possono essere fornite in modi che rafforzano i pregiudizi contro le donne e la censura sulle loro scelte (Aldrighi et al., 2016). Informazioni corrette e non stigmatizzanti sono importanti anche per gli/le adolescenti, poiché questi gruppi in particolare spesso non hanno conoscenze sulla prevenzione dell'infertilità (Daumler et al., 2016).

Informazioni corrette e accurate dal punto di vista medico devono essere più disponibili anche in contesti extrascolastici, anche per le persone adulte ben oltre l'età scolare, per affrontare la dilagante disinformazione sulla salute sessuale e riproduttiva. Le falsità sulla salute riproduttiva, l'anatomia umana e l'assistenza sanitaria stanno proliferando ampiamente (Pagoto et al., 2023), in particolare sui social media, seminando sfiducia nei confronti di tutto, dai contraccettivi (Glennister et al., 2023) agli screening per il cancro cervicale (Johnson et al., 2021) ai vaccini contro il papillomavirus umano (Massey et al.,

2020), all'aborto (Pagoto et al., 2023) e all'HIV (Krings, 2024). Le associazioni anti-gender stanno anche lanciando app che promuovono la disinformazione (Glenza, 2019), programmi che “hanno acquisito legittimità e vengono ora integrati a scuola come parte dell’offerta formativa” (EPF, 2025). Di conseguenza, gli strumenti digitali di educazione alla sessualità completa e le fonti online di informazioni affidabili e accurate sulla salute riproduttiva sono più importanti che mai.

Anche altre politiche educative possono influire sulla capacità delle persone di realizzare i propri obiettivi riproduttivi. I genitori studenti, e in

particolare le studenti madri, riferiscono di aver incontrato seri ostacoli nel portare a termine la loro istruzione, il che spesso porta all'interruzione degli studi. La difficoltà di conciliare istruzione e cura della prole si estende a tutti i livelli, dai genitori adolescenti che frequentano ancora la scuola agli studenti universitari e post universitari (Moghadam et al., 2017) e in tutti i contesti culturali e di reddito (Osei Boakye et al., 2021). Le misure a sostegno dell'equilibrio tra lavoro e vita privata dovrebbero quindi essere estese all'istruzione, compresa una maggiore flessibilità degli orari e una maggiore disponibilità di servizi di assistenza all'infanzia per studenti genitori (Navarro-Cruz et al., 2023).

Istruzione e gravidanze adolescenziali – un quadro più ampio

Se l'accesso ai servizi di salute riproduttiva è fondamentale per ridurre le gravidanze tra le adolescenti, l'istruzione non è meno importante. Spesso accade che, all'aumentare del livello di istruzione di una popolazione, diminuisca il tasso di gravidanze adolescenziali. Ma una nuova ricerca condotta in America Latina dimostra che anche le tempistiche relative all'istruzione sono importanti. Benché ricercatori e ricercatrici si siano spesso concentrati sul valore dell'istruzione di terzo livello, la scuola secondaria superiore potrebbe in realtà avere l'impatto più consistente perché c'è un maggiore accesso alla scuola secondaria superiore rispetto all'università (Garbett et al., 2025). L'impatto della permanenza nel mondo dell'istruzione è determinato anche da altri fattori, come la scarsa remunerazione del lavoro qualificato delle donne. Anche la visione che le ragazze hanno del futuro e delle sue possibilità gioca un ruolo importante; alcune ricerche dimostrano che la maternità adolescenziale è legata all'assenza di progetti di vita, come quello di un'istruzione superiore. Questi dati evidenziano l'impatto che norme di genere restrittive hanno sulla vita delle ragazze.

L'intersezione delle disuguaglianze, come le discriminazioni basate su etnia, reddito, età e posizione, possono rendere questi problemi più gravi. Una nuova ricerca di UNFPA mostra che, nella regione dell'America Latina e dei Caraibi, le adolescenti afro-discendenti hanno il 50% di probabilità in più di diventare madri rispetto alle loro coetanee non afro-discendenti. I costi sono ingenti e ammontano a più di 15 miliardi di dollari nei 15 paesi esaminati, la maggior parte dei quali è a carico proprio delle madri adolescenti (UNFPA, 2025a). Per affrontare il problema, è necessario continuare a spronare le ragazze a rimanere a scuola. Ma le persone che si occupano di politica devono anche guardare oltre le aule scolastiche per affrontare i fattori di fondo che determinano l'emarginazione. Quando le ragazze possono immaginare un futuro al di fuori della maternità precoce, hanno maggiori probabilità di realizzarlo.

Infine, anche i costi elevati e il livello di pressione esercitato in alcuni sistemi educativi possono influenzare le aspirazioni di fertilità. Nella Repubblica di Corea, un sistema scolastico altamente competitivo è stato collegato a un ingresso più tardivo nella vita lavorativa, a una peggiore salute mentale e soddisfazione della vita tra persone adolescenti, a una disparità di opportunità e a una minore fecondità (OCSE, 2025). Il collegamento tra istruzione ad alta pressione e fecondità è stato rilevato anche in altri paesi. In Cina e in Giappone, ad esempio, le persone hanno citato l'alto costo dell'istruzione come un fattore importante nelle decisioni sulle dimensioni della famiglia (Ogawa et al., 2009).

Ostacoli legali alla scelta della genitorialità

Infine, esistono molti ostacoli legali alla genitorialità, sia diretti che indiretti. Gli ostacoli diretti sono più spesso legati alle norme su ciò che costituisce “una famiglia”. Questa definizione può determinare i criteri di ammissibilità per l'accesso alla procreazione medicalmente assistita, ai sussidi in denaro, all'accesso al congedo parentale, alle detrazioni fiscali e altro ancora. Eppure, la genitorialità e la formazione di una famiglia sono sempre più desiderate da persone che non rientrano nell'immagine convenzionale di una famiglia nucleare formata da genitori giovani ed eterosessuali. Oggi la genitorialità è sia desiderata che possibile per le persone single (Volgsten e Schmidt, 2021), le coppie LGBTQIA+ (Gato et al., 2021; Kolk e Andersson, 2020; Tate et al., 2019) e per quelle donne che un tempo erano considerate troppo vecchie per diventare madri (Ameratunga et al., 2009).

I vari sistemi giuridici spesso limitano l'accesso ai servizi di formazione della famiglia, come l'adozione e la procreazione medicalmente assistita, unicamente alle coppie eterosessuali sposate. L'adozione congiunta da parte di partner dello stesso sesso è consentita solo in 36 paesi del mondo, mentre altri 37 paesi permettono l'adozione da parte di un secondo genitore (l'adozione del figlio di una persona da parte del/della partner) (ILGA World Database, n.d.). L'accesso alla riproduzione assistita e alla maternità surrogata per partner dello stesso sesso è consentito in un numero ancora minore di paesi. In Europa, su 49 paesi, solo 17 consentono la fecondazione medicalmente assistita alle coppie indipendentemente dal loro orientamento sessuale e/o identità di genere e 26 paesi la consentono alle persone single (ILGA, n.d.).

Le restrizioni legali possono anche impedire il riconoscimento ufficiale della genitorialità ottenuta attraverso la procreazione medicalmente assistita transfrontaliera. Ne sono un esempio la cancellazione dei genitori non biologici dai certificati di nascita di bambini e bambine nati da coppie dello stesso sesso e la criminalizzazione della maternità surrogata, anche se praticata in paesi in cui è legalmente consentita (Governo italiano, 2024; Kilbride, 2023). Esistono anche altre misure legali che negano alle persone il diritto alla genitorialità, come la sterilizzazione obbligatoria per le persone che si sottopongono a cure per l'affermazione di genere – pratica, condannata dal Relatore speciale sulla tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumane o degradanti (Assemblea generale delle Nazioni Unite, 2013) e vietata da una sentenza della Corte di giustizia europea del 2017 (CEDU, 2017). Nel 2023 sia la Finlandia che il Giappone hanno posto fine a tali requisiti (Reuters, 2023; Yamaguchi, 2023).

Non sorprende che la quota di persone LGBTQIA+ che si aspettano di realizzare le proprie aspirazioni di genitorialità sia notevolmente inferiore rispetto alle persone eterosessuali (Riskind e Tornello, 2017; Baiocco e Laghi, 2013) e che il divario tra la fecondità desiderata e quella effettiva sia più alto in coppie dello stesso sesso composte da donne rispetto a quelle eterosessuali (Boertien et al., 2024).

Anche i vincoli legali apparentemente non correlati alle scelte riproduttive possono avere un impatto sul processo decisionale.

Alcune ricerche dimostrano che le leggi sull'eredità di un paese possono influire sui livelli di fecondità; uno studio condotto in Namibia suggerisce che le donne possono scegliere di avere più figlie/i in età precoce per contrastare il rischio di espropriazione in caso di vedovanza (Sage, 2025). Anche lo status giuridico di una persona all'interno di un paese può influenzare la fertilità. In Colombia, le persone emigrate dal Venezuela senza documenti a cui è stata concessa l'amnistia hanno avuto meno probabilità di avere figlie/i grazie a un migliore accesso ai servizi sanitari, compresa la pianificazione familiare, e a migliori opportunità di lavoro per le donne (Amuedo-Dorantes et al., 2023). Nei paesi che non consentono alle donne di trasmettere la cittadinanza alla prole, come Libano, Qatar e Somalia (UNHCR, n.d.), bambini e bambine possono rimanere apolidi se il padre è sconosciuto, scomparso, deceduto o apolide egli stesso, o se si hanno due madri. In queste situazioni, le persone possono trovarsi a dover decidere se rinunciare ad avere figlie/i per non costringerle/i all'apolidia, condizioni che “negano alle persone il diritto di avere un figlio e violano il diritto di essere genitori con dignità formando una famiglia di propria scelta”, secondo gli esperti di diritti umani (Levine e Peden, 2021).

Esistono anche diffuse restrizioni legali all'accesso ai mezzi per prevenire una gravidanza, tra cui barriere di età per l'accesso alla contraccezione (Włodarczak-Semczuk e Charlish, 2024) e divieti di sterilizzazione elettiva per coloro che non desiderano avere figlie/i (Fedeli et al., 2023). Altrettanto comuni



Illustrazione di Cyan Haribhai

sono le restrizioni all'interruzione di una gravidanza non voluta; circa il 40% delle donne in età riproduttiva, 753 milioni, vive in luoghi con leggi restrittive sull'aborto (CRR, n.d.) e in 95 paesi le donne possono essere incriminate per aver ottenuto un aborto clandestino (UNFPA, 2025b).

Altre leggi limitano specificamente il potere decisionale riproduttivo delle donne o delle adolescenti. Secondo gli ultimi dati del database sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile, il 7% dei paesi che dichiarano di avere leggi che garantiscono l'accesso all'assistenza alla maternità, in realtà la rendono disponibile a condizione che le persone siano sposate. Il 12% dei paesi che sostengono di proteggere l'accesso ai servizi contraccettivi ha in realtà sistemi legali plurali che ne compromettono l'accesso. Un terzo dei paesi dichiaranti ha requisiti di età minima per accedere ai servizi contraccettivi. Un quinto dei paesi richiede alle donne e alle adolescenti di ottenere l'autorizzazione di terzi per accedere ai servizi contraccettivi (UNFPA, 2022).

Infine, esistono leggi che non proteggono dalla violenza sessuale e dalla coercizione riproduttiva, o addirittura criminalizzano le persone che sopravvivono a uno stupro (Vafa e Epstein, 2023), benché circa 1 donna su 4 riferisca di non essere in grado di dire di no a rapporti sessuali e anche se la violenza sessuale contribuisce in modo significativo all'incidenza globale delle gravidanze non intenzionali (UNFPA, 2022a).

Alla ricerca di un mondo migliore

In tutto il mondo, vediamo che donne e uomini rimandano o rinunciano al desiderio di avere figli e figlie perché incontrano ostacoli significativi alla genitorialità.

Come illustrato nel capitolo 1, in tutti i paesi oggetto dell'indagine UNFPA/YouGov, quasi una persona intervistata su cinque (18%) ritiene di non essere in grado di avere la famiglia che desidera. Il 19 per cento delle persone intervistate ha dichiarato che i timori per il futuro, come il cambiamento climatico, la guerra e la distruzione dell'ambiente, porterebbero a non realizzare i propri obiettivi di fecondità. Il 54% ritiene che fattori economici, dalle limitazioni abitative alla disponibilità di servizi per l'infanzia e a un posto di lavoro sicuro, porterebbero a non raggiungere la dimensione familiare desiderata.

Allo stesso tempo, milioni di persone continuano ad avere gravidanze non intenzionali. E troppe stanno vivendo entrambe le situazioni. Tutto ciò indica un ambiente politico ostile ai sogni e alle aspirazioni giovanili, che porta a gravidanze indesiderate, creando allo stesso tempo un mondo che a sua volta non si ritiene adatto a nuove vite. Ma questo panorama politico può - e deve - cambiare. Ascoltando le persone giovani, possiamo creare un futuro migliore per loro e per eventuali figli e figlie.

Quanto la riduzione delle gravidanze adolescenziali è responsabile del declino della fecondità?

Benché molte personalità politiche siano profondamente allarmate per il calo dei tassi di natalità, questi cambiamenti possono essere un'indicazione del successo di iniziative per i diritti umani e lo sviluppo che mirano a ridurre la natalità adolescenziale. Una revisione dei dati rileva che in alcuni paesi e regioni, il recente calo dei tassi di fecondità totale a livelli bassi e molto bassi è strettamente legato a una rapida riduzione dei tassi di natalità tra le adolescenti e le giovani donne (di età compresa tra i 15 e i 24 anni), causata dal rinvio di una gravidanza.

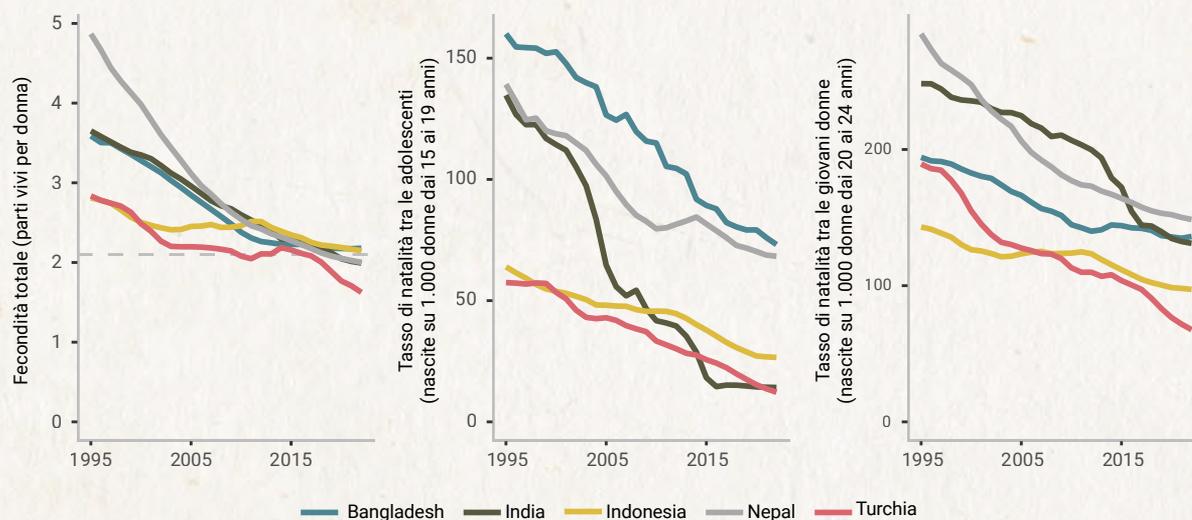
I grafici 6a e 6b presentano i tassi di fecondità totale e di natalità tra le donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni e tra i 20 e i 24 anni in alcuni paesi selezionati dell'Asia e dell'America Latina e dei Caraibi. Questi paesi hanno registrato un calo costante della fecondità totale negli ultimi due decenni, molti tra questi hanno raggiunto o si sono avvicinati al livello di sostituzione della fecondità (2,1 nascite per donna) e alcuni che hanno registrato un'accelerazione del declino della fecondità a livelli molto bassi negli ultimi anni. Allo stesso tempo, è stato osservato un forte calo dei tassi di natalità adolescenziale tra ragazze e giovani donne di 15-19 anni.

L'Argentina ha registrato un calo sostanziale del 60% del tasso di natalità adolescenziale, passando da 64 nascite per 1.000 ragazze e giovani donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni nel 2015 a 25 nel 2022. Una tendenza simile è stata osservata in Uruguay, dove il tasso di natalità adolescenziale è diminuito del 53% nello stesso periodo. Benché siano necessari ulteriori studi e dati, i dati relativi all'Uruguay mostrano che il calo della fecondità totale negli ultimi anni è associato principalmente al rinvio delle prime nascite tra adolescenti e giovani donne, sostenuto da programmi governativi che promuovono l'accesso ai servizi di pianificazione familiare e alle informazioni (Pardo et al., 2025; Cabella et al., 2024).

Il calo netto dei tassi di gravidanze adolescenziali è uno dei successi principali della sanità pubblica negli ultimi trent'anni.

FIGURA 6a

Tasso di fecondità totale (a sinistra), tasso di natalità tra le adolescenti di 15-19 anni (al centro) e tasso di natalità tra le giovani donne di 20-24 anni (a destra) in paesi selezionati della regione Asia-Pacifico e della regione Europa orientale e Asia centrale (1995-2022)

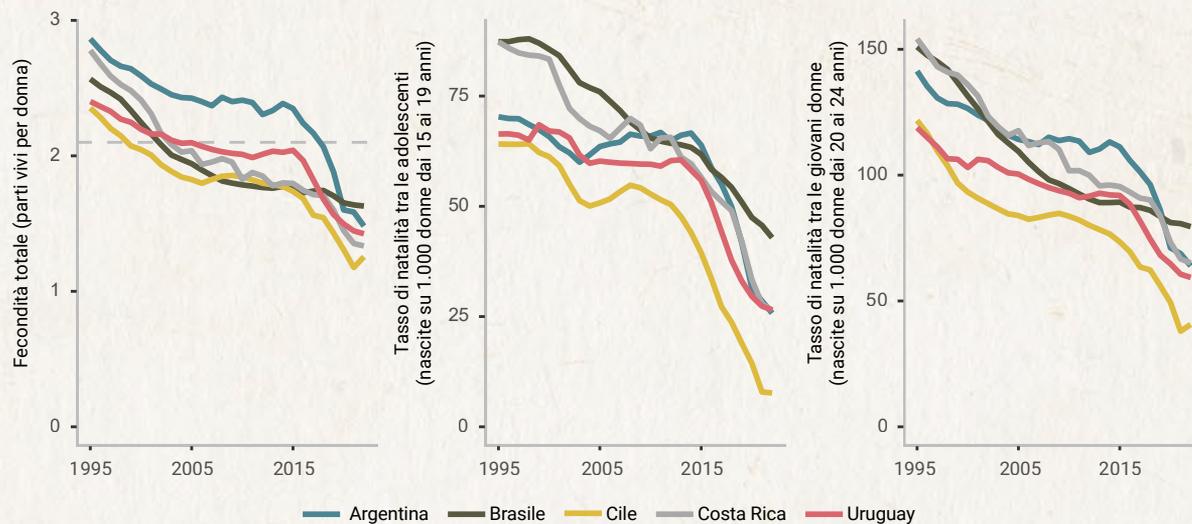


Fonte: UN DESA, 2024.

Nota: La linea grigia tratteggiata orizzontale nel primo grafico indica il livello di fecondità di sostituzione.

FIGURA 6b

Tasso di fecondità totale (a sinistra), tasso di natalità tra le adolescenti di 15-19 anni (al centro) e tasso di natalità tra le giovani donne di 20-24 anni (a destra) in paesi selezionati della regione dell'America Latina e dei Caraibi (1995-2022)



Fonte: UN DESA, 2024.

Nota: La linea tratteggiata orizzontale grigia nel primo grafico indica il livello di fecondità di sostituzione.

Simili tendenze si osservano anche nel calo dei tassi di natalità adolescenziale nei paesi asiatici. Il calo sostanziale dei tassi di natalità tra le adolescenti è uno dei maggiori successi della sanità pubblica degli ultimi trent'anni, che ha permesso a un maggior numero di ragazze di completare la scuola e di evitare complicazioni sanitarie derivanti da gravidanze precoci.

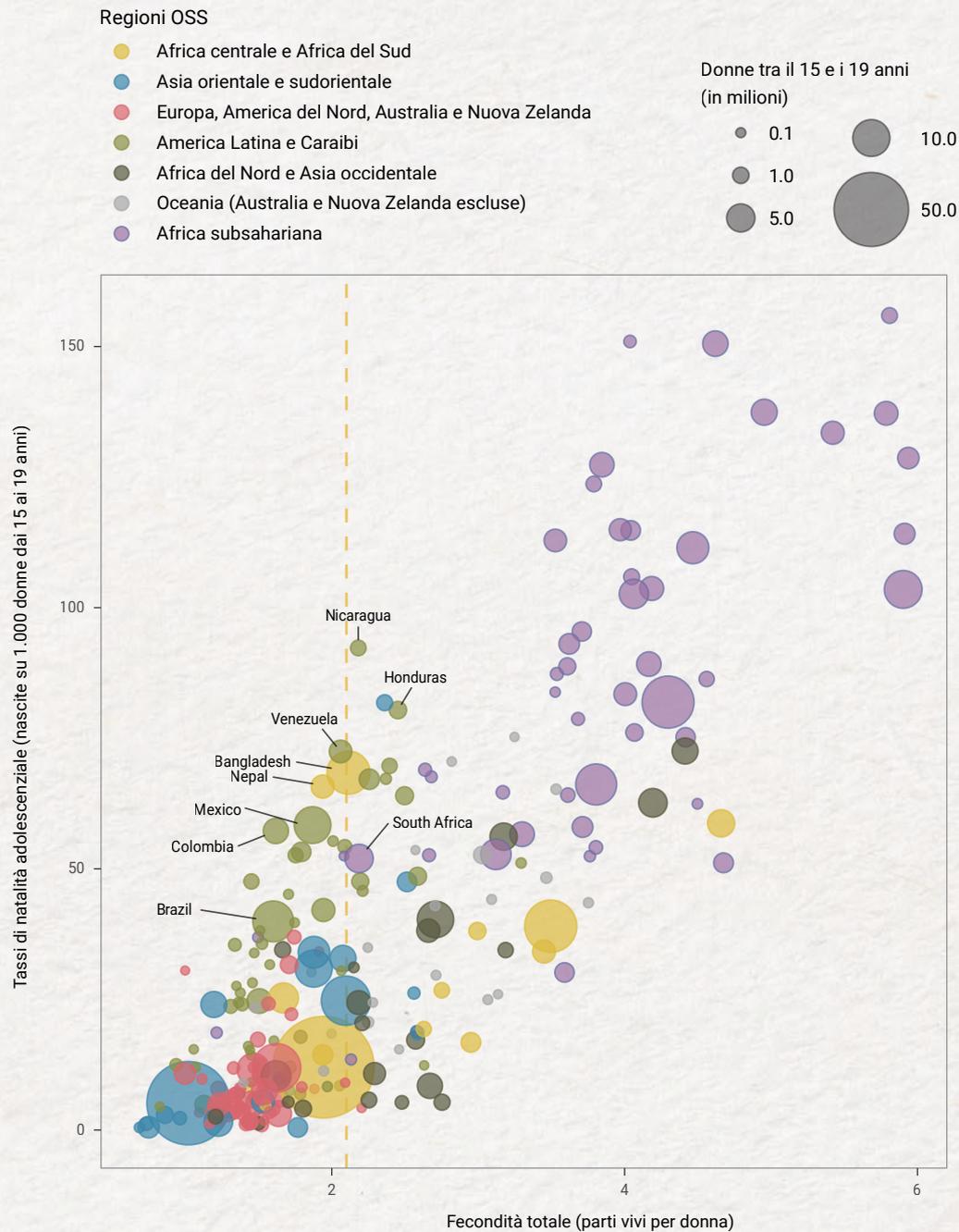
Inoltre, il calo significativo dei tassi di natalità tra le giovani di età compresa tra i 20 e i 24 anni segnala una tendenza a ritardare la nascita di figli e figlie, in quanto le recenti coorti di donne che entrano in età riproduttiva ne hanno meno all'inizio della vita. Queste tendenze indicano che la diminuzione della natalità tra le adolescenti e le giovani ha svolto un ruolo fondamentale nel calo complessivo della fecondità in entrambe le regioni. Sulla base dell'esperienza storica di altri paesi a bassa fecondità, esiste un potenziale di recupero della natalità in età più avanzata, in quanto le donne che non iniziano un percorso di genitorialità da adolescenti o all'inizio dei venti anni finiscono per diventarlo in età più avanzata. Ad esempio, il calo della fecondità totale a livelli molto bassi osservato negli anni '90 nei paesi dell'Europa dell'Est è stato collegato al rinvio delle gravidanze (Sobotka, 2005) e alla fine la fecondità totale

è tornata a livelli leggermente più alti. Tuttavia, la misura in cui il rinvio della maternità si concretizzerà nelle donne in età avanzata dipenderà anche dall'esistenza di condizioni socioeconomiche e di politiche familiari favorevoli alla maternità (UN DESA, 2025a).

Inoltre, alcuni paesi con bassa fecondità totale registrano ancora tassi di natalità adolescenziale relativamente elevati, superiori a 50 nascite per 1.000 ragazze e giovani donne di età compresa tra 15 e 19 anni (Figura 7). Questi paesi, soprattutto in America Latina e nei Caraibi - come la Colombia, il Messico e la Repubblica Bolivariana del Venezuela - e alcuni in Asia centrale e meridionale - come il Bangladesh e il Nepal - auspicabilmente registreranno un rapido calo della natalità adolescenziale. Ciò contribuirà a sua volta a un'ulteriore riduzione della fertilità totale (si veda UN DESA, 2025a, per gli scenari che illustrano l'impatto del calo della fecondità adolescenziale). Tuttavia, come dimostrato in contesti precedenti, questo calo iniziale potrebbe essere seguito da una leggera ripresa dei tassi di fecondità tra le donne di 25 anni e oltre. Tutto questo mette in luce l'importanza di guardare oltre la misura della fecondità totale e di esaminare i modelli di fecondità specifici per età per scoprire i fattori sottostanti che plasmano le tendenze della fecondità.

FIGURA 7

Tassi di natalità adolescenziale (15-19 anni) per fecondità totale, divisi per regione, 2025



Nota: Nella figura sono rappresentati i paesi e le aree che avevano almeno 90.000 abitanti nel 2025. La dimensione delle bolle è determinata dal numero di donne di età compresa tra 15 e 19 anni nel 2025. Il raggruppamento regionale che comprende Australia e Nuova Zelanda è stato abbreviato in Aus./N.Z. Il nome Repubblica Bolivariana di Venezuela è stato abbreviato in Venezuela. La linea verticale arancione tratteggiata indica il livello di fecondità di sostituzione.

Fonte: UN DESA, 2024.

Testo fornito da UN DESA.



Illustrazione di Graham Dean



CAPITOLO 3

L'uguaglianza di genere e i suoi benefici per tutte e tutti

Il 2025 segna il trentesimo anniversario della Dichiarazione e della Piattaforma d'Azione di Pechino, accordo internazionale fondamentale che afferma che “i diritti delle donne sono diritti umani”. Sulla base della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994, la Dichiarazione afferma inoltre che: “Il riconoscimento esplicito e la riaffermazione dei diritti di tutte le donne a controllare tutti gli aspetti della loro salute, in particolare la fecondità, è fondamentale per il loro empowerment” (UN Women, 2014).

Negli anni seguenti si sono registrati importanti progressi per le donne e le ragazze, non solo a livello politico, ma anche negli atteggiamenti e nelle norme sociali che sono alla base delle politiche. Ad esempio, i sondaggi che chiedono se possa essere accettabile che un uomo picchi la moglie mostrano una diminuzione dei consensi nel corso del tempo nei vari paesi, segno che le persone rifiutano sempre più la violenza del partner nelle relazioni intime, nonché altre forme di violenza di genere (Vartanova et al., 2023; Birdsall e Oroxom, 2018); questa tendenza è stata accompagnata dall'adozione di circa 1.583 leggi contro la violenza di genere in 193 paesi, rispetto ai soli 12 paesi che già le avevano nel 1995 (UN Women, 2025).

Nel mondo è inoltre aumentata la partecipazione delle donne ai vertici dei processi decisionali. Tra il 1997 e il 2025, la percentuale di donne in carica nei parlamenti nazionali è passata da circa il 12% a circa il 27% (IPU Parline, n.d.). In realtà, una ricerca rileva che, per tutta una serie di misure, “per ogni gruppo di paesi, in qualsiasi anno dell'indagine, più giovane è la coorte, maggiore è la predisposizione verso l'uguaglianza di genere” (Biolcati e Ladini, 2022).

Tuttavia, questi passi in avanti rimangono deboli e troppo facilmente soggetti a

un'inversione di tendenza. L'Indice delle Norme Sociali di Genere, che analizza i pregiudizi di genere mediante una serie di misure, rileva che i passi avanti nell'atteggiamento verso donne e ragazze stanno attraversando una fase di stallo nell'ultimo decennio. In 38 paesi “la percentuale di persone con almeno un pregiudizio è diminuita modestamente, dall'86,9% all'84,6%” (UNDP, 2023). L'andamento dei dati sull'autonomia corporea, disponibili per 32 paesi tra il 2006 e il 2022, mostra miglioramenti in 19 tra questi, mentre 13 hanno visto regredire l'esperienza delle donne in materia di autonomia corporea (UNFPA, 2024a).

Questo può essere in parte dovuto alla crescente forza del movimento anti-gender (chiamato anche “ideologia anti-gender”), che “si è mobilitato prima in Europa e poi in America Latina” e “ha formato varie alleanze nazionali e transnazionali con strategie e obiettivi condivisi”, secondo un recente documento di orientamento del Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite. “Anche le donne che lavorano in queste aree per la difesa dei diritti umani, in particolare quelle che difendono i diritti sessuali e riproduttivi, sono state sempre più spesso oggetto di ostilità da parte dei movimenti anti-gender” (OHCHR, 2024).

A volte nel dibattito pubblico la responsabilità del calo dei tassi di fecondità è attribuita espressamente all'uguaglianza di genere. In effetti, una correlazione tra l'emancipazione femminile e il calo dei tassi di fecondità è stata osservata per decenni (Schmelz, 1976) e, sebbene la natura di questa correlazione sia ora messa in discussione (si veda il riquadro su disuguaglianza di genere e bassa fecondità, a pagina 31), questa ha comunque portato a parlare del femminismo come strumento per ridurre i tassi di natalità: “promuovere

l'uguaglianza di genere e il femminismo può essere il modo migliore per aumentare la domanda di controllo delle nascite nei paesi ad alta fecondità”, si legge in una newsletter del 2019 della Negative Population Growth, Inc, organizzazione non più esistente (Rubenstein, 2019). Questa concezione dell'uguaglianza di genere come meccanismo per ottenere un fine demografico, piuttosto che un diritto umano da raggiungere come obiettivo di per sé, ha probabilmente contribuito all'idea per cui invertire l'empowerment delle donne (riducendo l'accesso all'istruzione, ad esempio) innescerebbe un aumento dei tassi di fecondità (Greene e Burke, 2024). Ma anche se tali misure non fossero assolutamente contrarie ai principi dei diritti umani, non ci sarebbero comunque prove della loro efficacia.

Tuttavia, le aspirazioni di fecondità interagiscono, spesso in modo complesso, con l'evoluzione delle norme e degli atteggiamenti di genere. Per gli uomini, la fecondità può rappresentare la trasmissione di valori familiari e status sociale, mentre per le donne è spesso legata ai ruoli di cura e alle pressioni sociali per avere figli/e. Questo può spiegare il divario di genere da tempo osservato nel numero di figli/e desiderati/e, con gli uomini che spesso dichiarano di volerne più rispetto alle donne (Boonaert et al., 2025; Myong et al., 2021; Westhoff, 2010). Questo dato è confermato dall'indagine UNFPA/YouGov: in media, nei 14 paesi, il 56% degli uomini e il 45% delle donne hanno indicato che “preservare il nome e il patrimonio familiare” è una motivazione importante per avere prole, e in tutti i paesi tranne uno gli uomini attribuiscono a questa motivazione un'importanza maggiore rispetto alle donne.

Anche preferire figli maschi, altra manifestazione della disuguaglianza di genere, può giocare un ruolo importante, soprattutto in Asia meridionale, Asia orientale e Caucaso

Trattare l'uguaglianza di genere come meccanismo per conseguire fini demografici, piuttosto che considerarlo un diritto umano da raggiungere come obiettivo di per sé, ha probabilmente contribuito alla convinzione secondo cui fare marcia indietro sull'empowerment delle donne causerebbe un aumento dei tassi di fecondità.

meridionale. La preferenza per i figli maschi può portare a una selezione basata sul genere, che può persino alterare i rapporti tra i generi in intere popolazioni (OMS, 2011; Guilamoto, 2009). Laddove la selezione di genere non avviene, la preferenza per i figli maschi può portare le coppie ad avere famiglie più numerose di quelle desiderate, in quanto chi ha delle figlie femmine continuerà a cercare di avere figli maschi (Chaudhuri, 2012; Seidl, 1995). E infatti, l'indagine UNFPA/YouGov ha rilevato che la preferenza per un figlio maschio è più forte tra gli uomini che tra le donne (49% contro 40%) in quasi tutti i paesi.

Questi fattori possono causare delle discrepanze tra uomini e donne nel numero di prole desiderato. Secondo i dati delle indagini demografiche e sanitarie condotte tra il 2000 e il 2023 e analizzate da STATcompiler, il numero ideale medio di figli/e per le donne

nell'Africa sub-sahariana era circa 4,8, mentre per gli uomini era 5,7. Analogamente, nel Sud-est asiatico e nell'Asia meridionale, il numero ideale medio di figli/e per le donne era 3 e per gli uomini 3,3. In America Latina e nei Caraibi, la differenza di genere è molto più contenuta: le donne desiderano in media 2.9 figli/e, mentre gli uomini ne desiderano 3.

Si tratta ovviamente di ampie generalizzazioni. In alcuni contesti, le donne possono ritenere importante avere una prole numerosa per lo status che questo comporta (Church et al., 2023; Thoma et al., 2021) e in alcuni paesi le donne riferiscono di desiderare più figli/e degli uomini (Buss et al., 2000) (si veda la figura 8).

Le aspirazioni di fecondità cambiano nel tempo anche a seconda di condizioni di vita quali età, salute, stabilità economica e cambiamenti nel rapporto di coppia. Ad esempio, il miglioramento delle condizioni economiche può indurre le coppie a rivedere i piani di fecondità al rialzo, mentre difficoltà di salute o cambiamenti nello stato civile possono ridurre le dimensioni della famiglia desiderata. Anche questo è emerso dal sondaggio UNFPA/YouGov, dove il 21% delle persone ha dichiarato che probabilmente avrebbero famiglie più numerose di quelle inizialmente o idealmente desiderate se le proprie condizioni economiche fossero migliori (benché non sia

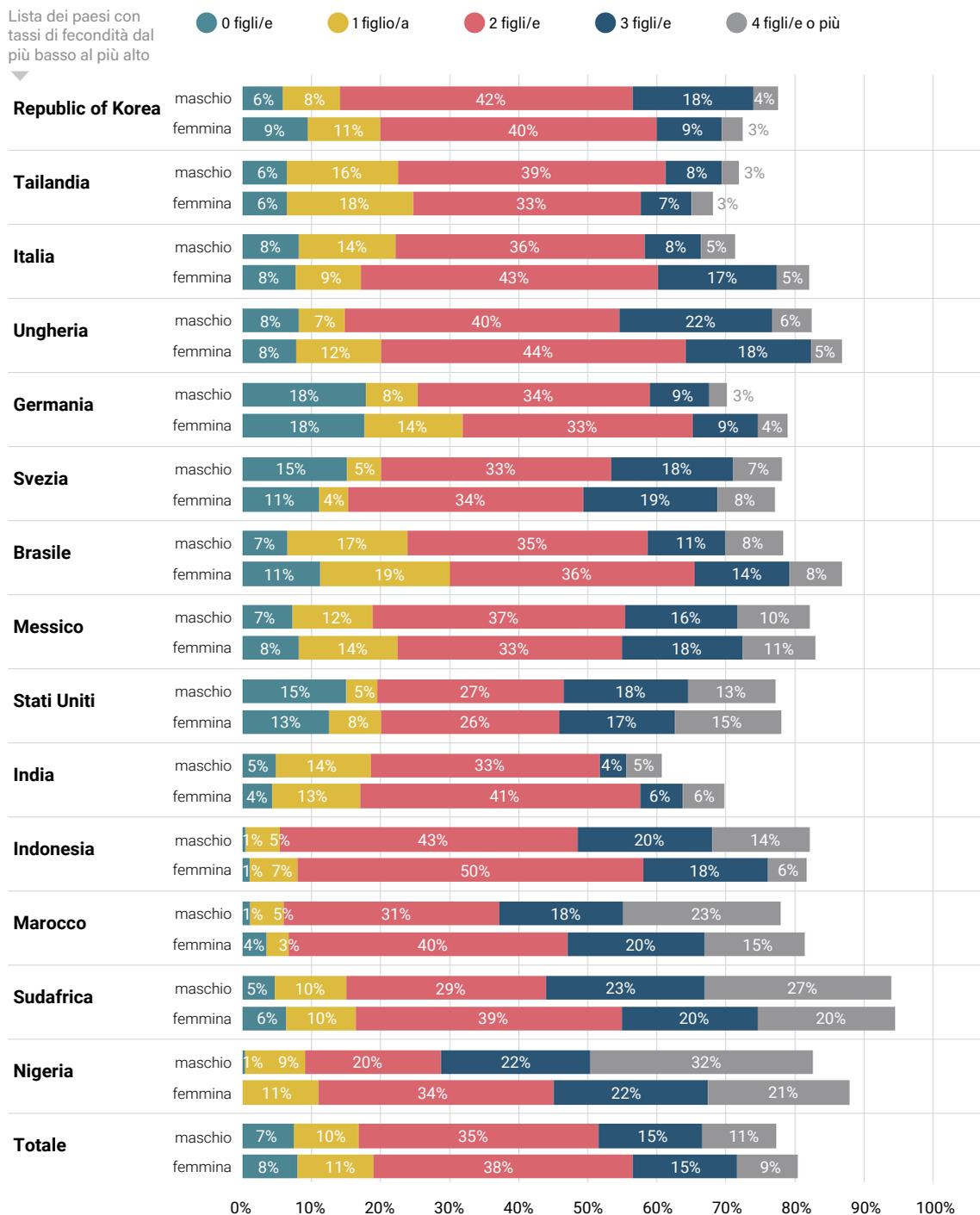


Illustrazione di Marianna Gefen

FIGURA 8

Numero ideale di figli/e per le persone intervistate divise per paesi

Lista dei paesi con tassi di fecondità dal più basso al più alto



Alle persone intervistate senza figli/e è stato chiesto: "Se potesse scegliere il numero esatto di figli/e che vorrebbe avere nel corso della vita, quanti/e sarebbero, idealmente?". Alle persone intervistate con prole è stato chiesto: "Se potesse tornare indietro al periodo in cui non aveva figli/e e scegliere il numero esatto di figli/e desiderati/e, quanti/e sarebbero, idealmente?". Lo spazio vuoto rappresenta le persone che hanno risposto di non sapere/non voler rispondere.

Source: UNFPA/YouGov Survey.

chiaro se ciò indichi che sarebbero aperte ad avere più figli/e o più propense a cedere alle pressioni in tal senso).

Il genere in famiglia e al lavoro

Anche i ruoli di genere e la distribuzione del lavoro - soprattutto quello di cura - svolgono un ruolo nelle aspirazioni di fecondità e nella loro realizzazione. I ruoli di genere, spesso plasmati da contesti culturali, economici e politici, determinano il modo in cui le responsabilità sono condivise tra partner e possono avere un impatto significativo sulla decisione di avere figli/e.

Nonostante i notevoli progressi verso l'uguaglianza tra donne e uomini nella sfera pubblica - nell'istruzione, nel lavoro e nella partecipazione politica - meno è cambiato nella sfera privata, dove le donne rimangono le principali responsabili dei lavori domestici e della cura delle persone non autosufficienti nel nucleo familiare (bambini/e, persone anziane) (Esping-Andersen e Billari, 2015; Goldscheider et al., 2015). Si stima che le donne svolgano una quantità di lavoro domestico e di cura non retribuito da tre a dieci volte superiore rispetto agli uomini, differenza considerata “uno dei principali fattori di opportunità ridotte di istruzione, carriera e tempo libero delle donne” (UNFPA e Equimundo, 2022). Sebbene oggi gli uomini dedichino molto più tempo ai lavori domestici e alla cura della prole rispetto al passato, 50 anni di dati provenienti da 19 paesi occidentali (Altintas e Sullivan, 2016) dimostrano che le norme culturali prescrivono ancora in modo preponderante che gli uomini dimostrino la loro “adeguatezza” al ruolo genitoriale provvedendo economicamente alla famiglia (Townsend, 2002). Le donne, invece, sono incoraggiate a dare priorità a figli e figlie rispetto ad altre sfere della vita, indipendentemente dalla loro partecipazione alla forza lavoro (ILO, 2024).

La divisione del lavoro non è esclusivamente il risultato di pressioni culturali. Ad esempio, la ripartizione del lavoro retribuito e non retribuito tra partner può dipendere da una maggiore retribuzione (Lundberg e Pollack, 1996) o dalla flessibilità del lavoro (Presser, 1994). Tuttavia, stipendio, modalità di lavoro flessibili e altri fattori sono a loro volta influenzati da norme di genere che contribuiscono a perpetuare (Chung, 2023). Le donne hanno maggiori probabilità di occupare posti di lavoro poco retribuiti (Van der Gaag et al., 2023) e i settori a prevalenza femminile sono in proporzione meno flessibili (Jacobi et al., 2025) - fattori che possono spingere le donne a lasciare il lavoro per occuparsi della cura non retribuita. Nel frattempo, poiché è dimostrato che avere un lavoro retribuito aumenta notevolmente il ruolo delle donne nel processo decisionale all'interno delle famiglie (UNFPA e Equimundo, 2022), quei fattori che spingono le donne verso il lavoro di cura non retribuito possono anche contribuire a un ciclo di regressione rispetto al loro empowerment.

Indipendentemente dalle cause della divisione del lavoro secondo il genere, è noto che questa divisione influisce sulle aspirazioni di maternità e molte donne scelgono di avere meno prole per trovare un equilibrio tra responsabilità professionali e domestiche (Raybould e Sear, 2020; Channon e Harper, 2019). Anche se le donne desiderano avere più figli/e, le responsabilità di cura rendono spesso difficili gli avanzamenti di carriera, il mantenimento di un impiego a tempo pieno o le opportunità di sviluppo professionale (Torres et al., 2024; Parker, 2015). Gli uomini non sono spinti altrettanto spesso a modificare i loro percorsi lavorativi per adeguarsi alle esigenze familiari (Barbar et al., 2024). Le ricerche suggeriscono che partner che si dividono equamente le faccende domestiche tendono ad avere una fecondità più elevata rispetto alle famiglie “a

condivisione disuguale”, in cui i ruoli domestici sono svolti maggiormente da uno/una specifico/a partner mentre l'altro/a è esclusivamente capofamiglia (Raybould e Sear, 2020; Riederer et al., 2019; Mencarini e Tanturri, 2004).

Le teorie sull'uguaglianza di genere e sulla fecondità in generale indicano che, nelle società ad alto reddito, i tassi di fecondità più bassi si registrano con maggiore frequenza tra le donne che subiscono il “doppio onere” della conciliazione del lavoro retribuito e delle responsabilità domestiche non retribuite. Tuttavia, queste teorie prevedono anche che i tassi di fecondità possano aumentare quando i partner partecipano attivamente e condividono gli oneri domestici e di cura. Questo dato indicherebbe una relazione a U, in cui sia le coppie convenzionali uomo capofamiglia-donna custode del focolare sia le coppie a doppio reddito pienamente egualitarie presenterebbero una maggiore fecondità (Raybould e Sear, 2020). Oggi, molti esperti prevedono che la fecondità rimarrà bassa finché l'uguaglianza di genere non sarà raggiunta tanto nella sfera privata quanto in quella pubblica (Esping-Andersen e Billari, 2015).

È importante notare che i ruoli di genere a casa e sul posto di lavoro sono in evoluzione, in particolare con l'aumento delle modalità di lavoro ibride e virtuali, che hanno ridisegnato il rapporto tra occupazione e maternità per molte donne (Minhas, 2024). Se da un lato il lavoro ibrido e a distanza può rendere il lavoro retribuito e la maternità più compatibili per le donne, dall'altro può rafforzare le norme di disuguaglianza di genere, se le responsabilità di cura continuano a ricadere principalmente su di loro. Ad esempio, le ricerche indicano che il lavoro da remoto può rendere meno netti i confini tra lavoro e vita familiare, aumentando potenzialmente i conflitti tra lavoro e famiglia, e può avere ripercussioni negative sulla carriera delle donne, riducendo così i loro tassi di

fecondità (Osiewalska et al., 2024) (si veda la pagina 59 del Capitolo 2 sulle politiche lavorative a favore delle famiglie).

Padri più coinvolti

Allo stesso modo, anche le norme relative al coinvolgimento dei padri nella cura di figli e figlie si stanno evolvendo, rimodellando gradualmente le dinamiche familiari. Una maggiore partecipazione dei padri nella cura della prole e nelle responsabilità domestiche può alleggerire il carico delle donne, influenzando positivamente le loro scelte di fecondità e dando luogo a relazioni più eque (Leocádio et al., 2024; Fanelli e Profeta, 2021). A questi cambiamenti contribuiscono atteggiamenti più egualitari. Ad esempio, secondo alcune ricerche, genitori con un atteggiamento egualitario nei confronti dei ruoli di genere, che considerano la crescita di figli e figlie una responsabilità condivisa, tendono ad avere un coinvolgimento genitoriale di qualità superiore, che influisce positivamente sul comportamento sociale della prole (Wang e Cheung, 2023). Anche situazioni in cui le madri lavorano fuori casa e i padri sono molto impegnati nel lavoro di cura favoriscono una maggiore apertura di figlie e figlie verso l'uguaglianza di genere (UNFPA e Equimundo, 2022).

Ma questi cambiamenti avvengono gradualmente. Nell'Indagine internazionale sugli uomini e l'uguaglianza di genere del 2022, è stato chiesto sia a uomini che a donne quanto i loro padri partecipassero al lavoro di cura, fenomeno associato alla futura partecipazione dei figli maschi allo stesso. Le risposte hanno mostrato solo un modesto aumento del contributo domestico dei padri nel tempo. Alla domanda relativa al proprio contributo ai lavori domestici, in 21 paesi la partecipazione delle donne è risultata pressoché universale, mentre in 32 paesi meno della metà degli uomini

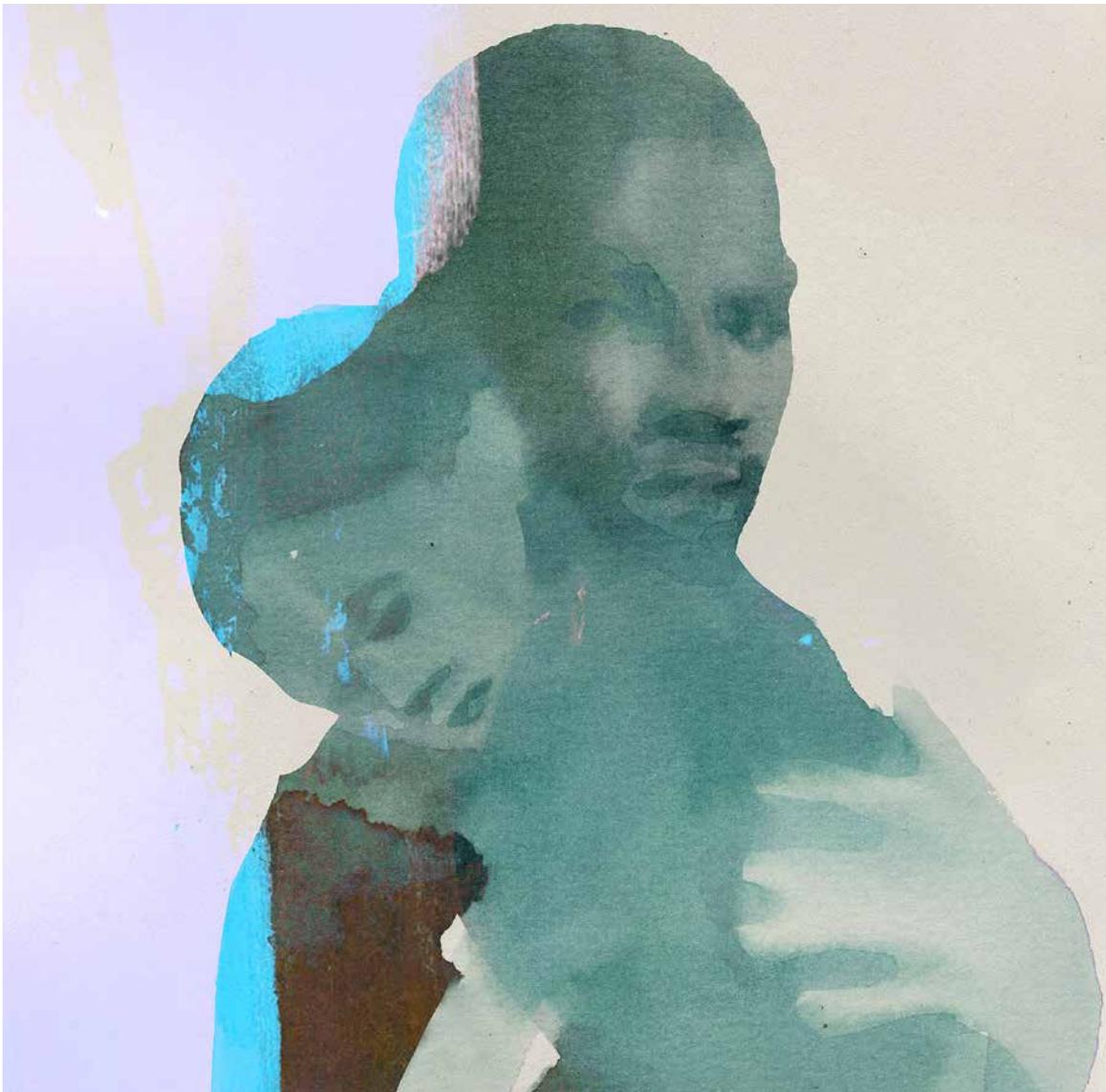
ha dichiarato di essersi fatto carico di queste responsabilità, e il 28% ha detto di non averlo mai fatto (UNFPA e Equimundo, 2022).

Questi trend sussistono anche nell'accudimento della prole. Nei 18 paesi esaminati, la maggioranza delle persone intervistate ha riferito che la cura ordinaria di figli/e è “sempre o solitamente” affidata alle donne. Anche la tipologia di attività di cura che i padri dichiarano di svolgere presenta delle differenze: è molto più probabile che i padri dichiarino di aver giocato con i/le figli/e che di essersi occupati del bagnetto. Esiste anche una grande disparità tra uomini e donne che ritengono di condividere equamente tra partner la cura ordinaria della prole: in tutti i paesi, percentuali

significativamente maggiori di uomini rispetto alle donne hanno riferito di condividere equamente queste responsabilità (UNFPA e Equimundo, 2022).

Eppure, alcuni segnali indicano che gli uomini sono molto coinvolti nel lavoro di cura. Secondo il rapporto Stato dei padri nel mondo 2023, quasi il 90% degli uomini in 15 paesi “si sente responsabile del lavoro di cura” quanto la propria partner. Sia gli uomini che le donne hanno riferito che prendersi cura di bambini e bambine li/le fa sentire bene. Le persone che hanno dichiarato di essere soddisfatte del proprio coinvolgimento genitoriale hanno concordato sul fatto di essere “la persona che ho sempre voluto essere” con una probabilità

Illustrazione di Stina Persson



maggiore di 1,5 volte. La maggioranza di uomini e donne - più dell'80% nella maggior parte dei paesi - ritiene che i ragazzi dovrebbero essere incoraggiati a sviluppare competenze legate alla cura (Van der Gaag et al., 2023).

Perché avere figli/e?

Così come le norme sui ruoli maschili e femminili nella famiglia si modificano, cambiano anche le norme relative a figli e figlie e alle motivazioni per cui se ne hanno. Le ricerche parlano da tempo di compromessi tra il numero di figli/e e la qualità dell'investimento che si può fare per ciascuno/a di loro. Nelle società con tassi di mortalità molto elevati, alti tassi di fecondità possono rappresentare un vantaggio, in quanto garantiscono la sopravvivenza di alcuni bambini e bambine (anche se a tassi di fecondità più elevati corrispondono tassi di mortalità materna e infantile più elevati). In assenza di alti tassi di mortalità, una fecondità più bassa è più vantaggiosa, poiché consente un investimento maggiore in ogni bambino e bambina (Page et al., 2016).

Il numero di figli/e desiderati/e può essere anche legato all'aiuto che le persone si aspettano di poter chiedere in età avanzata. Ci può essere uno spostamento verso un maggior numero di prole quando il lavoro infantile è essenziale e quando i sistemi pensionistici e di sicurezza sociale sono inadeguati (ILO e UNICEF, 2022). Le coppie potrebbero anche valutare i notevoli investimenti necessari per garantire una qualità di vita più elevata e optare quindi per un numero inferiore di figli (Church et al., 2023).

Questo inquadramento, però, sembra suggerire che la ragione per avere prole sia di tipo più che altro utilitaristico, mentre ovviamente ci sono molte altre ragioni per le quali si hanno figli/e oppure no. L'indagine UNFPA/

YouGov ha chiesto a più di 14.000 persone di valutare l'importanza di diversi fattori pro e contro la possibilità di avere figli/e. Sono state riscontrate variazioni significative tra i paesi per quanto riguarda molti di questi fattori. Infatti, le persone intervistate in alcuni paesi, come l'Indonesia e la Nigeria, hanno valutato molto positivamente la conservazione del nome e del patrimonio familiare per le generazioni future e il sostegno ai genitori in età avanzata. Le persone intervistate in Indonesia, Marocco e Nigeria hanno anche indicato gli obblighi religiosi e sociali come motivi significativi per avere figli e figlie; confrontando questo dato con la Germania e la Svezia, invece, si nota che le persone intervistate hanno attribuito agli obblighi religiosi e sociali metà dell'importanza.

Ma il fattore indicato in ogni paese e in modo trasversale è stata la gioia - la gioia che un/a figlio/a porta per sempre con sé e la soddisfazione che deriva dall'allevarlo/a - come la ragione più importante per averne. Allo stesso modo, è stato riscontrato un ampio consenso sul fatto che i costi associati all'educazione della prole ("crescere un/a figlio/a costa troppo" e "crescerlo/a richiede troppo tempo ed energia") sono una delle ragioni più significative che scoraggiano le persone ad averne.

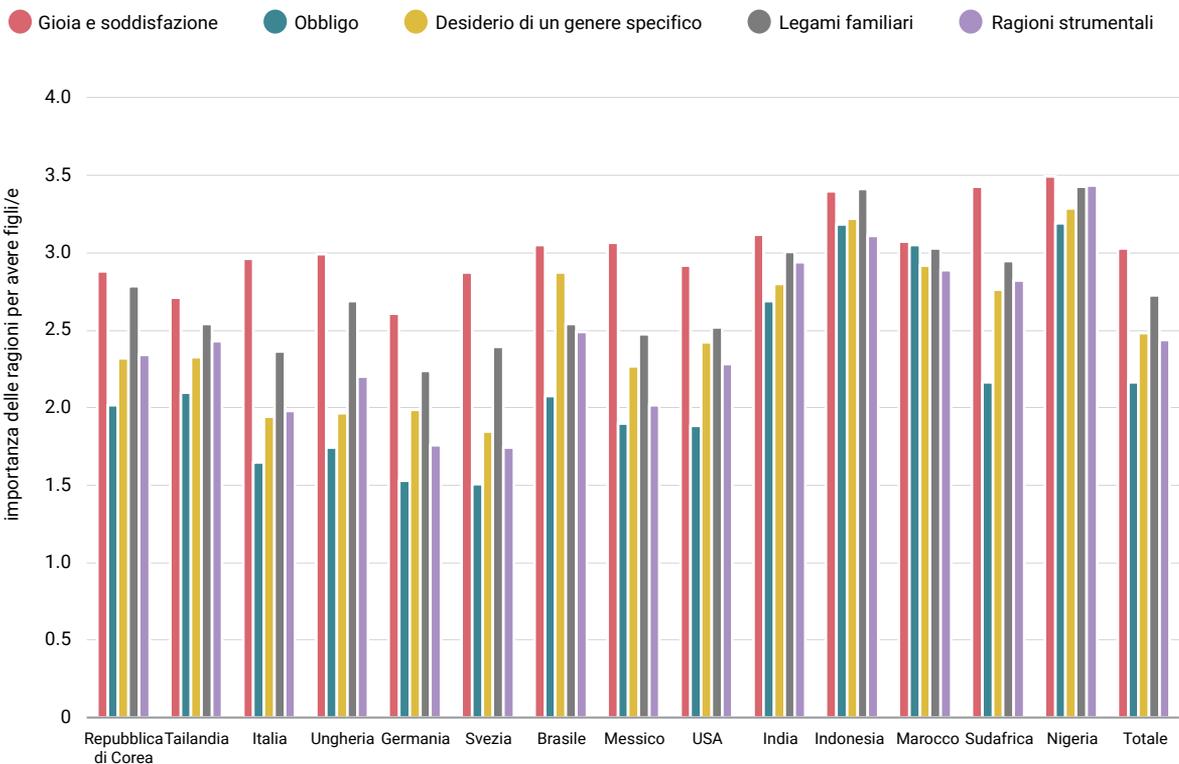
Il fatto che bambini e bambine siano universalmente apprezzati/e per la gioia che procurano e che questo aspetto sia ampiamente considerato più importante di altri fattori, mette in discussione gli argomenti utilitaristici spesso utilizzati dai politici per incoraggiare la maternità. Piuttosto che essere motivate da incentivi finanziari, di assistenza agli anziani o di avanzamento di status, le persone sembrano più inclini a considerare fattori come un ambiente in cui figli e figlie possano crescere bene e condizioni che permettano di godersi la crescita di figli/e.

FIGURA 9

Motivi per avere figli

Le persone intervistate hanno indicato, su una scala da 1 a 5, quanto alcune motivazioni influiscono nella scelta di avere un/a figlio/a. Queste motivazioni sono state suddivise nelle seguenti categorie:

- 1 "Per darmi gioia tutta la vita" e "Per trarre soddisfazione dalla guida verso lo sviluppo di un/a bambino/a e dall'insegnargli/le delle cose" sono stati classificati come "Gioia e soddisfazione".
- 2 "Soddisfare i valori religiosi legati alla famiglia" e "Avere un/a figlio/a è un obbligo verso la società" sono stati classificati come "Obblighi".
- 3 "Desiderare un figlio maschio" e "Desiderare una figlia femmina" sono stati classificati come "Desiderio di un genere specifico".
- 4 "Rafforzare il legame tra partner" e "Avere un fratello/sorella per figli/e già nati/e" sono stati classificati come "Legami familiari".
- 5 "Conservare il nome e il patrimonio della famiglia per le generazioni future" e "Avere un figlio/a che mi fornisca un sostegno (pratico o economico) quando sarò anziano/a" sono stati classificati come "Motivi strumentali".



Nota: lista dei paesi dal tasso di fecondità più basso a quello più alto

Fonte: Indagine UNFPA/YouGov.

Una genitorialità che si va intensificando

Anche il carico legato alla figura genitoriale si sta intensificando, non solo lungo la linea del genere, ma per madri e padri in generale. Gran parte di questo fenomeno può essere interpretato come uno sviluppo positivo, una risposta alle nuove evidenze che dimostrano come l'investimento genitoriale nello sviluppo emotivo e cognitivo di figli e figlie sia fondamentale per il loro benessere e il loro successo. Ma questo processo richiede molto e raramente vi corrisponde una riduzione di altri oneri: alcuni studi in Europa e negli Stati Uniti, ad esempio, hanno rilevato che il tempo che le donne dedicano all'interazione con figli e figlie è aumentato, anche se la loro partecipazione alla forza lavoro è anch'essa aumentata (UNFPA, 2019). Questa intensificazione delle esigenze genitoriali contribuisce a gravare sulla salute mentale di coloro che si occupano del lavoro di cura (Office of the U.S. Surgeon General, 2024; Faircloth, 2023), non solo nel Nord globale o nei paesi occidentali, ma ovunque (Faircloth et al., 2013).

Mentre 9 genitori su 10 affermano che prendersi cura di figli e figlie sia “una delle cose più piacevoli della loro vita”, i benefici non sempre superano le fatiche, come emerge dal rapporto Equimundo sullo Stato dei padri nel mondo (Van der Gaag et al., 2023). Questo rapporto ha rilevato che il 17% delle persone non riceve alcun sostegno nella cura dei figli. Le famiglie a basso reddito hanno maggiori probabilità di non avere alcun sostegno.

Le persone che dichiarano di non ricevere sostegno sono più propensi a concordare sul fatto che “prendermi cura dei/delle miei/mie figli/e è più faticoso che piacevole”. Tra tutte le persone intervistate da Equimundo, il 29% dei padri e il 32% delle madri si sono espresse in questo modo (Van der Gaag et al., 2023),

indicando che, sebbene le madri siano un po' più colpite dal fenomeno, anche i padri sperimentano difficoltà e oneri legati alla cura della prole.

È noto che la pandemia di Covid-19 ha aumentato il livello di impegno genitoriale nella cura di bambini e bambine (Van der Gaag et al., 2023), ma la tendenza all'intensificazione della genitorialità - e a un aumento della relativa fatica - si stava già verificando da tempo. Un parere del Surgeon General degli Stati Uniti osserva che la percentuale di persone che ha dichiarato di affrontare “molto bene” lo stress della genitorialità è diminuita tra il 2016 e il 2019, ben prima dei lockdown legati alla pandemia. Fino ad arrivare al 2023, quando il 48% dei genitori americani ha dichiarato che la maggior parte dei giorni lo stress è completamente opprimente, mentre la stessa dichiarazione è stata fatta dal 26% di altri adulti (Office of the U.S. Surgeon General, 2024).

Secondo alcune ricerche, essere consapevoli delle difficoltà legate alla genitorialità determina tassi di fecondità più bassi. Ad esempio, alcune donne cresciute in famiglie numerose esprimono aspirazioni di fecondità più basse perché sanno bene quanto sia impegnativo assumersi le responsabilità di cura (Bimha e Chadwick, 2016). Allo stesso modo, le persone che vivono in ambienti con sistemi educativi altamente competitivi riferiscono di dedicare così tanto tempo e risorse al successo accademico di figli e figlie che questo può persino disincentivarle ad averne di più (Mackenzie, 2024) (vedi Capitolo 2, pagina 64).

La necessità di un sostegno per la cura di bambini e bambine ha chiare implicazioni politiche (come descritto nel Capitolo 2), ma qui emergono inoltre le dimensioni sociali di questa necessità: anche le famiglie con due genitori coinvolti possono trovarsi stremate dalle richieste della genitorialità moderna, soprattutto se

Il ruolo delle nonne e dei nonni

Per Carina Persson, scoprire di poter utilizzare il congedo parentale della figlia per assistere il nipote è stato un regalo inaspettato. “Mi dà l’opportunità di trascorrere del tempo prezioso con mio nipote, solo noi due, e allo stesso tempo mi fa sentire bene poter sollevare mia figlia e suo marito, che hanno entrambi un lavoro a tempo pieno”, dice.

La signora Persson, consulente senior nel settore pubblico, fa parte di un numero crescente di nonni e nonne svedesi che approfittano di un’innovativa legge del 2024, che consente alle persone con figli/e di trasferire fino a 90 giorni di congedo retribuito a parenti stretti, compresi/e nonni/e, o addirittura ad amici e amiche di famiglia. In una coppia, ciascun genitore può trasferire fino a 45 giorni, mentre una madre o un padre single possono trasferire tutti i 90 giorni, garantendo una maggiore flessibilità ai genitori che lavorano. La signora Persson, nello specifico, potrà quindi assentarsi dal lavoro e l’80% del suo stipendio sarà coperto dall’Agenzia svedese per le assicurazioni sociali.

Un sistema basato su flessibilità e uguaglianza

Le politiche familiari progressiste non sono una novità in Svezia, che da tempo promuove l’uguaglianza di genere e sostiene le diverse strutture familiari. Il paese ha una delle politiche di congedo parentale più generose al mondo, prevedendo fino a 480 giorni di congedo retribuito per ogni figlio/a.

Trude Warner, autrice di una relazione intermedia sulla nuova legge, afferma che le esigenze di assistenza all’infanzia stanno cambiando. “Uno degli obiettivi della riforma è quello di rendere più facile l’utilizzo dei sussidi parentali da parte di strutture familiari diverse, e sembra che questo effetto si stia producendo almeno per le persone single, che sono le maggiori fruitrici di questa opportunità”.

Il rapporto mostra che la maggior parte dei giorni di congedo trasferiti va a nonni e nonne, soprattutto quelle materne, ma si può decidere in autonomia: “La legge non impone alle famiglie come utilizzare questa risorsa, ma si limita a fornire delle opzioni”, afferma la signora Warner, analista della Försäkringskassan, Agenzia

svedese per le assicurazioni sociali.

Molte famiglie svedesi, in particolare le madri single, hanno accolto con favore la legge e anche la comunità imprenditoriale, già abituata ad accordi di lavoro flessibili e a politiche favorevoli alla famiglia, si è adattata facilmente. “La persona per cui lavoro è stata molto favorevole”, dice la signora Persson. “Finora non abbiamo avuto alcuna difficoltà”.

L’approccio nordico al sostegno alla famiglia

L’ultima riforma dei congedi parentali in Svezia fa parte di una tendenza nordica più ampia che sostiene le aspirazioni riproduttive. In Norvegia, i genitori ricevono 12 mesi di congedo e con quote prestabilite affinché ciascun genitore condivida le responsabilità di cura (Norden, n.d.). In Islanda, una legge del 2000 ha concesso a entrambi una medesima quota pari a tre mesi, più altri tre mesi da dividere tra loro, aumentando in modo significativo la partecipazione paterna alla cura dei figli. In Danimarca, il trattamento gratuito della fecondità è stato esteso nel 2024 alle persone che vogliono

un/a secondo/a figlio/a (Ministero dell'Interno e della Salute danese, 2024), a conferma di un approccio nordico consolidato che consente a cittadini e cittadine di prendere decisioni autonome in materia riproduttiva.

I paesi nordici sono noti per avere servizi di assistenza all'infanzia poco costosi (Richardson, 2012). Ciò consente a entrambi i genitori di lavorare senza spendere eccessivamente per la cura di figli e figlie e aiuta un maggior numero di donne a entrare e rimanere nella forza lavoro, con l'Islanda in testa.

Anche l'accesso ai trattamenti per la fecondità si è ampliato in questa regione, consentendo alle famiglie più disparate di avere bambini e bambine e realizzare le proprie aspirazioni riproduttive. In Danimarca, la FIV finanziata dallo Stato per il/la primo/a figlio/a è disponibile dal 1986 ed è stata estesa al trattamento FIV gratuito per il/la secondo/a figlio/a nel 2024 (Anderson, 2021). Nel 2005, il sistema sanitario pubblico svedese ha iniziato a offrire la FIV e l'inseminazione da donatore finanziate dallo Stato alle coppie omosessuali, garantendo loro lo stesso accesso delle coppie eterosessuali. Questi benefici sono stati estesi alle donne single qualche anno dopo. Nel 2019, la Svezia ha ulteriormente ampliato l'accesso alle persone con problemi di fecondità, consentendo la donazione di embrioni e l'uso di sperma e ovuli donati.

© Mathilda Persson

Guardare avanti

Oggi la Svezia, come gran parte dell'Europa, si trova alle prese con il calo dei tassi di natalità. La politica si augura che queste e altre iniziative rendano la vita più facile alle famiglie. E infatti, il recente Rapporto mondiale sulla fecondità ha rilevato che, tra i paesi con una lunga storia di bassa fecondità, quelli "con un livello più alto di spesa pubblica per le famiglie e buoni progressi nel raggiungimento dell'uguaglianza di genere, come Francia, Norvegia e Svezia, tendono ad avere livelli di fecondità più alti rispetto a quelli che non ne hanno" (UN DESA, 2025a).

Per ora, le famiglie e i/le nonni/e come Carina Persson sono aperte ai cambiamenti. "È un grande privilegio poter prendere il congedo parentale per mio nipote", dice.

Quest'ultima riforma rappresenta qualcosa di più rispetto alle precedenti politiche familiari progressiste: è un riconoscimento del fatto che le famiglie moderne non si affidano solo alla figura genitoriale per crescere la prole. Consentendo il congedo condiviso con parenti fidati, il sistema rispecchia la società odierna, contribuendo a far sì che le intenzioni riproduttive si concretizzino realmente.



esacerbate da una situazione economica precaria. Le soluzioni, quindi, devono concentrarsi sull'alleggerimento di alcuni di questi oneri, consentendo ai e alle caregiver di godersi di più le soddisfazioni legate alla genitorialità.

Scegliere di non riprodursi

Il mutamento delle norme e delle motivazioni relative alla creazione di una famiglia è rispecchiato anche dal numero crescente di persone che scelgono volontariamente di non avere figli. In alcuni paesi, la maggioranza delle persone che dichiara di non avere ambizioni riproduttive afferma semplicemente di non volere figli/e (Brown, 2021). Questa scelta di vita è sempre più comune, e vista con minor sospetto (Ibisomi e Mudege, 2014; Noordhuizen et al., 2010). Nonostante vi sia maggiore apertura rispetto a diverse scelte di vita, donne e uomini che scelgono di non avere prole continuano tuttavia a subire un pesante stigma sociale, a essere considerati/e egoisti/e, immaturi/e o contro natura (Mandujano-Salazar, 2019), e ricevono pressioni legate ad aspettative culturali e familiari.

Le ragioni per cui si sceglie di non avere figli/e sono complesse e non riflettono necessariamente un'avversione per bambini e bambine. Le ricerche dimostrano che molte donne identificano le norme sulla genitorialità e la disparità di genere come fattori che contribuiscono alla decisione di rinunciare ad avere figli/e (Salgado e Magalhães, 2024). Altre indicano le loro preoccupazioni per il futuro come fattori determinanti nella loro decisione (Helm et al., 2021). Questi dati spingono a chiedersi fino a che punto rimanere senza prole sia sempre una scelta libera. Tutte queste persone sceglierebbero comunque di non avere figli/e se potessero riprodursi senza temere di danneggiare il pianeta, la propria carriera, la propria felicità? Allo stesso tempo, è anche

vero che molte persone hanno sempre saputo di non volere figli/e (Neal e Watling Neal, 2022), e in età più avanzata le donne che scelgono volontariamente di non averne riportano alti livelli di benessere e bassi livelli di rimpianto (anche se gli studi sono limitati e riguardano soprattutto l'Europa e gli Stati Uniti) (Jeffries e Konnert, 2002).

In alcuni contesti, la percentuale di ragazzi e ragazze che dichiarano di non volere figli/e è in aumento (Golovina et al., 2024). Inoltre, alcune norme culturali spingerebbero ad avere meno prole o a non averne affatto. Si ritiene, ad esempio che, ove i tassi di fecondità si mantengano bassi, si tenda ad avere una famiglia più piccola: “Meno bambini e bambine ci sono intorno alle persone giovani, meno ce ne saranno nel loro sistema normativo in termini di desideri di vita” (Lutz et al., 2006). Questo può accadere in luoghi con tassi di fecondità molto bassi. Le “zone senza bambini” sono comuni nei ristoranti e in altri spazi della Repubblica di Corea, il paese con il tasso di fecondità più basso al mondo (Lau et al., 2023). Il fatto che si preferiscano spazi childfree implica che le persone che si occupano di bambini e bambine - di solito le donne - non possano frequentare questi luoghi almeno per un po', il che potrebbe rafforzare ulteriormente la decisione delle donne di rinunciare a riprodursi.

Ciò che è chiaro, invece, è che la scelta di astenersi dalla genitorialità è intimamente legata all'autonomia riproduttiva e che la coercizione alla procreazione produce un danno netto agli individui e alle famiglie. Purtroppo, alcune politiche stanno cercando di delegittimare la scelta di rinunciare alla maternità, ad esempio criminalizzando la “propaganda childfree” (Euronews con AP, 2024). Come specificato in altre sezioni di questo rapporto, tentare di limitare le scelte riproduttive è spesso una misura inefficace, se non controproducente.

Strutture familiari e aspirazioni di fecondità

Anche le strutture familiari possono influenzare in modo significativo le aspirazioni di fecondità: famiglie nucleari, allargate e miste influenzano le decisioni riproduttive in modi diversi.

Tuttavia, le persone che si occupano di politica sono spesso riluttanti a tenere conto delle complesse dinamiche delle strutture familiari presenti a livello globale, in quanto ciò può dare adito ad aspre dispute ideologiche su ciò che si qualifica come “famiglia” (Sanders, 2018).

Tuttavia, è importante riconoscere che le strutture familiari sono variegate e lo sono sempre state: “In diversi sistemi culturali, politici e sociali, esistono varie forme di famiglia”, afferma il principio 9 del Programma d'Azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, adottato per consenso nel 1994 (UNFPA, 2014). Una ragione fondamentale per riconoscere le differenze nella composizione della famiglia è che alcune strutture familiari, tra cui “le famiglie mono genitoriali, le famiglie senza persone adulte di riferimento in cui bambini e bambine badano a se stessi/e, le famiglie con persone con disabilità e le famiglie intergenerazionali potrebbero essere particolarmente vulnerabili alla povertà e all'esclusione sociale”, si legge in una risoluzione del Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite (Consiglio dei diritti umani, 2017).

Le aspirazioni di fecondità delle persone - e la loro capacità di prendere decisioni in merito - possono essere fortemente influenzate dalla composizione della famiglia e dal tipo di sostegno di cui le diverse strutture familiari dispongono. Una famiglia nucleare con due genitori, ad esempio, spesso concentra su di loro la cura di figli/e e le responsabilità domestiche. Questi accordi possono spostare

la pianificazione della fecondità verso un modello di “qualità piuttosto che quantità”, con meno figli/e e maggiori investimenti per ognuno/a di loro. Nei paesi ad alto reddito come Danimarca, Finlandia, Germania, Norvegia e Svezia, l'accesso a servizi di assistenza all'infanzia e all'istruzione di alta qualità, nonché a generosi congedi parentali (UNICEF, 2019; Rostgaard, 2014), consente di concentrare le risorse su un minor numero di figli/e. (Melhuish, 2016).

Al contrario, i paesi a basso reddito spesso non dispongono di servizi per l'infanzia completi, il che porta a una maggiore dipendenza da reti familiari di cura allargate. Infatti, la tipologia di famiglia più comune a livello globale è la famiglia allargata, che rappresenta il 38% della popolazione mondiale (Kramer et al., 2019). In realtà, le famiglie allargate e le famiglie intergenerazionali possono rappresentare un incentivo per le famiglie più numerose, grazie alla distribuzione dei ruoli di cura e al fatto che bambini e bambine siano considerate parte integrante della rete di sostegno del nucleo familiare.

Le decisioni sulla fecondità sono influenzate inoltre dai matrimoni poligami. Le donne, in queste unioni, tendono ad avere desideri di fecondità più elevati rispetto ai matrimoni monogami, soprattutto in Africa occidentale, dove le famiglie numerose sono ben viste (Millogo et al., 2022; Bahari et al., 2021). In situazioni di poligamia, le alte aspirazioni di fecondità degli uomini possono essere soddisfatte avendo più di una moglie. La presenza di matrimoni poligami può persino influire sulle scelte di fecondità delle coppie monogame: alcuni studi suggeriscono che le donne in queste comunità possono cercare di avere più prole per evitare che il coniuge cerchi un'altra moglie (Church et al., 2023).

Anche le famiglie miste, scaturite da nuove nozze, hanno un rapporto complesso con le aspirazioni di fecondità delle persone. Le difficoltà legate all'integrazione di figli e figlie provenienti da nuclei familiari diversi può scoraggiare le famiglie miste dal riprodursi nuovamente. Tuttavia, alcuni studi suggeriscono che le donne che si risposano tendono ad avere aspirazioni di fecondità più elevate, perché desiderano avere figli/e con il/la nuovo/a coniuge (Assaf e Moonzwe Davis, 2022; Myong et al., 2021; Vohra, 2014).

Sono dunque fondamentali le politiche che tengono in considerazione il fatto che possono esistere, esistono e sono sempre esistite molte strutture familiari: queste hanno il compito di facilitare la cura di bambine e bambini e sostenere la genitorialità. Alcune di queste, come le famiglie intergenerazionali, possono offrire un sostegno supplementare ai futuri genitori, ma hanno esigenze più complesse, ad esempio legate all'assistenza delle persone anziane. È inoltre necessario che altri tipi di famiglia vengano riconosciuti come altamente vulnerabili e che ricevano maggiore sostegno. È il caso ad esempio delle famiglie monogenitoriali guidate da una donna, più esposte alla povertà (Consiglio dei diritti umani, 2017).

Relazioni ed “epidemia della solitudine”

Si è parlato molto del calo della formazione delle coppie, del crollo dei matrimoni e di una cosiddetta “epidemia di solitudine” dilagante (King, 2018), a indicare condizioni culturali e sociali legate alle aspirazioni di fecondità in declino (Karsit, 2023). Ciò è dovuto in parte alla convergenza di vari fattori indipendenti. Ad esempio, la convivenza è in aumento come alternativa al matrimonio (UN DESA, 2016) - soprattutto nei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE),

dove il 42% delle nascite avviene oggi al di fuori del matrimonio (OCSE, 2022) - e quando la riproduzione al di fuori del matrimonio è meno stigmatizzata, le donne in una convivenza sono propense quanto le donne sposate a intraprendere una gravidanza (Guzzo e Hayford, 2012). Oltretutto, molti matrimoni, soprattutto nei paesi a basso reddito, non sono formalmente registrati, il che rende più complicato valutare le tendenze globali legate al matrimonio.

Comunque, i dati mostrano che in molti paesi il cambiamento dei modelli relazionali sta influenzando le aspirazioni di fecondità e la capacità di realizzarle.

In Asia orientale, ad esempio, dove matrimonio e natalità sono strettamente correlati (Kramer et al., 2019), il calo dei matrimoni sta causando una diminuzione dei tassi di fecondità. In Giappone, la fecondità tra le coppie sposate rimane intorno ai due figli/e ed è raro che ne nascano fuori dal matrimonio (Raymo et al., 2021). In alcune regioni, si assiste a un aumento delle persone single. Nell'Unione Europea, il numero di famiglie composte da persone single senza figli/e è aumentato del 21% tra il 2013 e il 2023 (Eurostat, 2024). In alcune regioni, i ricercatori hanno anche notato un calo dell'attività sessuale indipendentemente dall'età (Jing et al., 2023; Willingham, 2022).

In risposta a ciò sono state incolpate le donne, le quali avrebbero “rinunciato” al matrimonio o alle relazioni (Rich, 2019), oppure i/le giovani per “non essersi buttati/e” (Fry, 2023). La realtà è probabilmente più sfumata e meriterebbe meno censura. Sebbene il cambiamento dei ruoli di genere stia influenzando i modelli matrimoniali a livello globale e la resistenza alle strutture familiari convenzionali stia contribuendo a un aumento delle persone single e a un ritardo nella formazione delle famiglie (Miettinen et al., 2015; Raymo et al., 2015),

la maggior parte degli uomini e delle donne riferisce che non sposarsi non è una loro scelta. Una ricerca condotta in Giappone, ad esempio, rileva che la maggior parte delle persone adulte si sente alla deriva, senza forti motivazioni né per sposarsi né per restare single. Altre desiderano il matrimonio ma riferiscono che, semplicemente, è una cosa che non è accaduta. Solo una minoranza è fermamente convinta di non volersi sposare (Raymo et al., 2021).

Perché le persone non trovano partner a lungo termine? Fattori economici e istruzione giocano un ruolo chiaro: in molti paesi, le persone adulte senza partner - e soprattutto gli uomini senza partner - hanno maggiori probabilità di avere un reddito basso ed essere meno istruite (Fry, 2025; Raymo e Park, 2020). Spesso si presume che maggiori livelli di istruzione e indipendenza

economica delle donne contribuiscano ad aumentare i tassi di celibato tra gli uomini poco istruiti e tra le donne più istruite (Raymo e Park, 2020; Raymo e Iwasawa, 2005).

È importante, tuttavia, che i risultati accademici e l'empowerment femminili non vengano considerati una minaccia per la fecondità: in realtà, è probabile che sia la persistente disuguaglianza di genere a giocare un ruolo importante nell'aumento di uomini celibi con un basso livello di istruzione e un basso reddito.

I dati raccolti nei paesi europei dimostrano che la formazione di nuove coppie risente della mancanza di progressi nell'uguaglianza di genere (Bellani et al., 2017). Tale conclusione è in aperto contrasto con le solite convinzioni sul “mercato matrimoniale”, secondo cui gli uomini

Istruzione e fecondità

Nell'Africa sub-sahariana, la letteratura evidenzia che il conseguimento di un'istruzione superiore tra le donne è correlato a un ritardo o a una riduzione della fecondità (MPIDR, 2024), in particolare nelle società che non dispongono di solidi sistemi di sostegno per conciliare lavoro e vita familiare (Channon e Harper, 2019). Sebbene la relazione tra istruzione femminile e fecondità sia diversa a seconda del contesto, alcuni dati mostrano che le donne che hanno un'istruzione superiore e una carriera devono conciliare questi obiettivi con le loro intenzioni riproduttive. È interessante notare che i dati provenienti da contesti a bassa fecondità evidenziano un paradosso: le donne con un'istruzione elevata spesso esprimono aspirazioni di fecondità più elevate rispetto a quelle meno istruite, ma faticano a realizzare queste aspirazioni semplicemente perché iniziano a riprodursi più tardi e il desiderio di avanzare nella carriera di solito porta a una diminuzione delle nascite, anche se inizialmente si volevano più figli/e (Beaujouan e Berghammer, 2019; Testa e Stephany, 2017).

Il rapporto sullo stato della popolazione nel mondo del 2023 sottolinea questo dato, indicando che il divario tra la fecondità desiderata e quella effettiva può essere influenzato da politiche inadeguate che non riescono a sostenere il doppio ruolo delle donne come professioniste e madri. Questo problema diventa ancora più urgente alla luce delle affermazioni secondo cui la bassa fecondità sarebbe conseguenza del fatto che si studia più a lungo (Greene e Burke, 2024). L'istruzione rimane un fattore critico per consentire a tutte le persone di trovare sicurezza economica, realizzazione professionale e migliorare il proprio status. Gli ambienti di lavoro e l'istruzione superiore devono ora rispondere per accogliere nella forza lavoro la crescente popolazione di donne altamente qualificate e tutte le persone con figli/e.

Servizi di pianificazione familiare in Nigeria e sostegno alla realizzazione delle intenzioni di fecondità

Secondo il sondaggio UNFPA/YouGov, più di 1 donna su 10, in Nigeria, ha più figli/e di quanti ne desidera. Lo stesso dato è confermato anche per gli uomini. La maggior parte di queste persone afferma che le pressioni sociali o l'accesso limitato ai servizi di salute riproduttiva, in particolare alla pianificazione familiare, sono causa del "superamento" dei loro obiettivi di fecondità.

In Nigeria e in altre parti del mondo, la pianificazione familiare non è disponibile per le persone povere, oppure è inaccessibile. Ma in alcune delle comunità più povere di Abuja, c'è chi si mobilita per aiutare le donne a ottenere i metodi contraccettivi che desiderano e a esercitare il diritto di avere il numero di figli/e che vogliono, nel momento in cui vogliono.

"Ho tre bambini e bambine", racconta Hawa. Dopo il secondo parto, Hawa ha usato dei contraccettivi orali, ma ha saltato alcune dosi ed è rimasta incinta una terza volta. "Inizialmente mio marito ne voleva due. Abbiamo raggiunto il limite". Hawa dice che ora usa un contraccettivo iniettabile a lunga durata, che riceve dall'ambulatorio di pianificazione familiare del vicino Ospedale Generale di Kuje.

Talatu Yakubu, operatrice sanitaria dell'Ospedale Generale di Kuje, afferma che la disponibilità dei servizi di pianificazione familiare sta aumentando, non solo ad Abuja ma in tutto il paese. "Ogni comunità ha un centro sanitario o una clinica con personale formato sulla pianificazione familiare", dice. "Così nessuna comunità viene lasciata indietro".

Ma la signora Yakubu afferma che, mentre il numero di donne che utilizzano la pianificazione familiare è in crescita, ce ne sono ancora molte altre che vorrebbero prevenire o ritardare una gravidanza ma non utilizzano un contraccettivo moderno, o perché non sanno come usarlo in modo sicuro o per un veto del marito o partner. In Nigeria, circa il 16% delle donne tra i 15 e i 49 anni utilizza un metodo contraccettivo moderno, rispetto alla media globale del 44% (UN DESA, 2025).

"Ci sono molti pregiudizi", afferma Yakubu. Alcune donne pensano, ad esempio, che usare un contraccettivo iniettabile trimestrale porti a infertilità permanente. Altre credono che non si debba usare la pianificazione familiare prima di aver avuto tre o quattro figli/e.

Gli uomini devono far parte della soluzione, dice Yakubu. "Devono iniziare a venire alle visite insieme alle mogli". E se raccontano ad altri uomini ciò che hanno imparato, ancora più persone sapranno come funziona la pianificazione familiare. "L'informazione è potere, e ciò che si conosce può essere realizzato rapidamente".

Le donne in Nigeria hanno in media cinque figli ognuna. Ma la maggior parte delle intervistate nel sondaggio di YouGov ha indicato una dimensione familiare ideale di due figli. Yakubu aggiunge che chi fornisce i servizi di pianificazione familiare dovrebbe fare più informazione nelle comunità e nei centri religiosi. "Alcune organizzazioni religiose vi diranno che è un male. Una maggiore attività di informazione e sensibilizzazione nei loro confronti porterà a una maggiore accettazione".

© Adewole Ajao



con reddito basso diventano meno desiderabili man mano che le donne acquisiscono istruzione e maggiori guadagni. I dati rilevano invece che l'uguaglianza di genere favorisce la ricerca di partner stabili per gli uomini a basso reddito, probabilmente perché “la società può dare priorità a caratteristiche dei/delle potenziali partner diverse dalla loro capacità di guadagno” (Bellani et al., 2017). In altre parole, quando gli uomini sono apprezzati per qualcosa di più del loro contributo economico e quando le donne sono apprezzate per qualcosa di più del loro contributo alla cura della prole e alla vita domestica, le coppie possono fondarsi su altre caratteristiche e altri interessi. Secondo le ricerche, “le donne potrebbero essere più inclini a valutare gli uomini in base al loro atteggiamento verso l’uguaglianza di genere”.

In altre parole, quando l'empowerment femminile aumenta ma una reale uguaglianza di genere è fuori portata, è più probabile rimanere single per tutta la vita. In effetti, grazie all'empowerment delle donne, matrimonio e maternità sono sempre meno una strategia di sopravvivenza economica per donne e ragazze (pur non essendo così in molti contesti di conflitto e fragilità [Madsen e Finlay, n.d.]).

Il calo delle relazioni, in alcuni contesti, si può anche spiegare a partire da un'indagine che dimostra come le aspettative di genere cambino più rapidamente per le ragazze rispetto ai ragazzi. L'indagine internazionale “Uomini e uguaglianza di genere” ha esaminato gli atteggiamenti dei ragazzi e delle ragazze in materia di potere, ruoli di genere e tolleranza della violenza di genere, chiedendo se fossero d'accordo sul fatto che “un uomo dovrebbe avere l'ultima parola sulle decisioni in casa”, “il ruolo più importante di una donna è prendersi cura della casa e cucinare per la famiglia” e “una donna dovrebbe tollerare la violenza per mantenere unita la famiglia”. Le ragazze hanno sempre avuto opinioni molto

La formazione di nuove coppie risente del mancato avanzamento dell'uguaglianza di genere

più egalarie rispetto alle donne più grandi - rigettando dinamiche di potere e ruoli domestici basati sul genere e rifiutando la violenza - mentre i ragazzi raramente hanno posizioni più avanzate rispetto agli uomini più grandi (UNFPA e Equimundo, 2022).

In realtà, la coorte degli intervistati più giovani ha posizioni molto simili a quelle degli uomini più grandi, mentre gli uomini di 30 anni risultano avere opinioni leggermente più egalarie. L'ipotesi è che i ragazzi siano esposti a messaggi antifemministi e di supremazia del maschio, in particolare online, e che molti di loro non abbiano ancora avuto un rapporto di coppia e quindi proiettino idee ipotetiche sulle relazioni, non informate dall'esperienza reale.

Poiché la monogenitorialità è ancora stigmatizzata in gran parte del mondo, qualsiasi calo nelle relazioni di coppia avrà probabilmente un impatto significativo sulle intenzioni di fecondità e sulla capacità delle persone di realizzare la propria dimensione familiare ideale: secondo l'indagine UNFPA/YouGov, circa il 14% delle persone che desideravano dei figli ha dichiarato di averne meno di quelli desiderati, o che probabilmente ne avrebbe avuti di meno, a causa dell'assenza di partner o di un/a partner adatto/a.

Violenza, coercizione e aspirazioni di fecondità

La violenza di genere, all'interno e all'esterno del nucleo familiare, influenza profondamente le scelte delle donne sulla fecondità. Che sia perpetrata da partner, da membri della famiglia o della comunità, dal personale sanitario o persino dallo stato, la violenza di genere - e più specificamente la violenza riproduttiva - colpisce la capacità delle donne di prendere decisioni sulla propria fecondità.

Alcuni studi indicano che la violenza del partner nelle relazioni intime è associata a tassi più elevati di gravidanze non intenzionali e a un uso di contraccettivi ridotto (Han et al., 2024; Castro Lopes et al., 2022). Le donne che subiscono abusi fisici, emotivi, sessuali e/o psicologici hanno meno autonomia riproduttiva e meno possibilità di scegliere (Aboagye et al., 2024). Per esempio, le donne potrebbero sentirsi costrette ad aderire alle preferenze del partner in materia di fecondità – sia che si tratti di avere meno figli/e o averne di più- per paura di subire violenze. La coercizione riproduttiva è spesso un modo in cui partner e familiari violenti esercitano potere e controllo su donne e ragazze, attraverso strategie violente mirate al controllo dell'autonomia riproduttiva e delle decisioni in materia di fecondità, tra cui la scelta di rimanere incinta o meno, di usare contraccettivi o abortire. Inoltre, le relazioni abusanti sono spesso causa di instabilità, e complicano ulteriormente le decisioni sulla fecondità, limitando l'autonomia delle donne sulle loro scelte riproduttive.

La violenza di genere può anche rappresentare un disincentivo alle relazioni di coppia, contribuendo così al mancato raggiungimento delle aspirazioni di fecondità. Ad esempio, la violenza di genere facilitata dalla tecnologia,

come le molestie online, il cyberstalking e la condivisione non consensuale di immagini intime, può portare le donne ad astenersi da una piena partecipazione agli spazi online (UNFPA, 2025c), dove spesso si trovano reti di supporto sociale e dove, sempre più spesso, nascono dei rapporti di coppia (Hogan et al., 2011). Una percentuale significativa di donne riferisce di essere stata esposta a molestie e minacce di violenza nelle piattaforme di dating online (Anderson et al., 2020).

Come descritto altrove in questo rapporto, i singoli Stati possono perpetrare, e spesso lo fanno, violenze che hanno un impatto diretto sulle intenzioni di fecondità delle donne, tra cui sterilizzazioni forzate, aborti forzati e sanzioni penali sull'assistenza all'aborto. Ma anche le norme sociali coercitive plasmano e guidano le aspirazioni di fecondità e limitano l'agency riproduttiva. Le norme sulla maternità, sui ruoli di genere e sul valore di bambini e bambine nella società possono essere rafforzate in modo coercitivo, ad esempio attraverso genitori o membri anziani della comunità che impongono determinati comportamenti alle persone giovani e alle coppie. In molte società dell'Africa subsahariana, le donne possono subire pressioni familiari e sociali al fine di avere molti figli, a dimostrazione del loro valore. Le norme collettive sul genere e sulla fecondità possono limitare notevolmente l'uso dei contraccettivi (Riese et al., 2023). In India e in altri paesi, la preferenza per i figli maschi ha portato a esercitare pressioni per continuare ad avere gravidanze fino alla nascita del figlio maschio (Watts, 2024).

Nel sondaggio UNFPA/YouGov, le pressioni sociali - comprese le aspettative religiose, della comunità e, in misura minore, del personale sanitario - sono state indicate dall'11% delle persone intervistate come motivo per cui

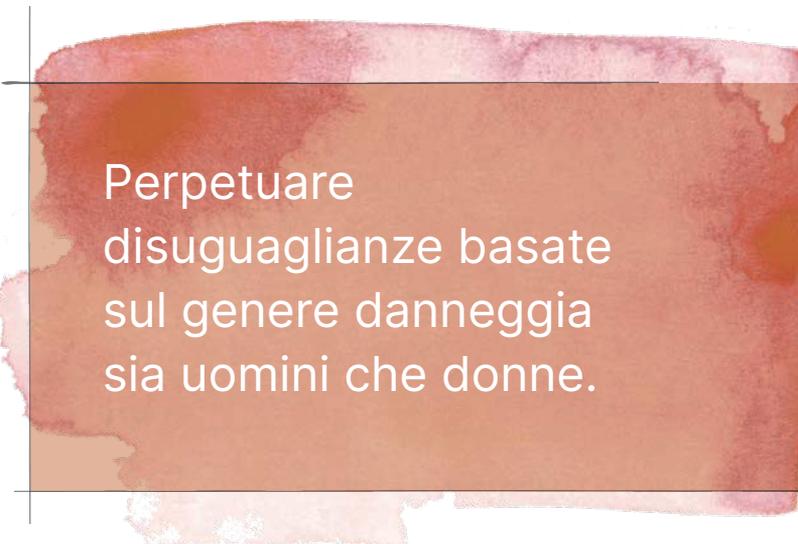
prevedevano di avere, o hanno avuto, più figli/e di quelli/e desiderati/e. In alcuni paesi, queste pressioni risultano molto più forti: il 20% delle persone intervistate in Marocco, il 22% in India e il 35% in Nigeria ha dichiarato che queste pressioni le avrebbero portate, oppure le avevano portate, a superare i propri obiettivi di fecondità. Le pressioni da parte del personale sanitario hanno avuto un impatto anche sul mancato raggiungimento degli obiettivi di fecondità; il 5% delle persone intervistate ha dichiarato che queste pressioni hanno portato, o forse porteranno, al mancato raggiungimento della fecondità desiderata. Questo fenomeno è stato riscontrato soprattutto in India, dove il 14% delle persone intervistate ha dichiarato che le pressioni da parte del personale sanitario avevano portato, o avrebbero portato, ad avere meno figli/e di quelli/e desiderati/e.

I gruppi marginalizzati, tra cui le minoranze etniche, le popolazioni economicamente svantaggiate, le persone che subiscono discriminazioni a causa dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere e le persone con disabilità, hanno un rischio maggiore di subire violenza sessuale e coercizione riproduttiva. Le persone LGBTQIA+ e le persone con disabilità hanno maggiori probabilità di subire violenze sessuali e incontrare ostacoli alla contraccezione, oltre a giudizi e stigmatizzazioni da parte dei sistemi sanitari, che portano ad esempio gravidanze non intenzionali (UNFPA, 2022a), persino quando queste persone vengono anche escluse dalle tecnologie di riproduzione assistita e dai sistemi di adozione (He et al., 2024; ILGA World Database, n.d.), con conseguenti limitazioni della loro capacità di avere i figli e le figlie che desiderano.

La crisi della mascolinità e il dividendo dell'uguaglianza di genere

In un momento in cui i progressi nell'uguaglianza di genere arretrano in molti paesi, anche la mascolinità viene sempre più politicizzata e strumentalizzata, in parte a causa di fallimenti sistemici nell'inclusione di uomini e ragazzi nei processi di realizzazione dell'uguaglianza di genere. La realtà è che l'uguaglianza di genere va a beneficio sia degli uomini che delle donne, e la persistenza di norme di disuguaglianza di genere danneggia sia gli uomini che le donne. Come evidenzia una ricerca sull'adolescenza in 15 paesi di 5 continenti, “i ragazzi non sono indenni” dai miti sul genere attualmente predominanti (Blum et al., 2017).

Per decenni, ad esempio, i paesi dell'OCSE hanno registrato un divario di risultati tra ragazzi e ragazze a quasi tutti i livelli di scolarizzazione (Cappon, 2011). Oggi le donne superano gli uomini nelle iscrizioni all'università nel 75% dei paesi a medio reddito e nel 95% dei paesi ad alto reddito, e superano gli uomini nel conseguimento della laurea con margini significativi (Welmond e Gregory,



Perpetuare disuguaglianze basate sul genere danneggia sia uomini che donne.

2021). Ma non tutti i ragazzi sono colpiti da questo divario di genere; normalmente questo accade ai ragazzi che sperimentano una o più forme di marginalizzazione, come la povertà, la discriminazione etnica o altre forme di emarginazione. Perché? Uno dei motivi individuati da alcune ricerche della Banca Mondiale è che le norme sociali svalutano l'importanza dell'istruzione per gli uomini e i ragazzi a basso reddito e che i lavori che non richiedono un'istruzione sono più disponibili per uomini e ragazzi che per donne e ragazze (Welmond e Gregory, 2021).

Le convinzioni sul genere disincentivano inoltre gli uomini ad assumere atteggiamenti di salvaguardia della propria salute, come osservato in diversi ambiti sanitari, a partire dalla salute sessuale e riproduttiva a quella mentale. Questi risultati sono supportati da studi condotti in regioni e culture differenti (Chitando, 2024; Narasimhan et al., 2021; Gough e Novikova, 2020; Leichliter et al., 2011). A livello globale, uomini e ragazzi hanno una probabilità 2,3 volte maggiore rispetto alle donne e alle ragazze di suicidarsi (OMS, 2021). Hanno quattro volte più probabilità di subire un omicidio (UNODC, 2019) e nove volte più probabilità di perpetrarne uno (UNODC, 2019).

L'uguaglianza di genere, una volta raggiunta per tutte le persone, abolirebbe le norme che considerano violenza e scarsa cura della propria salute come virtù maschili. Affronterebbe la disparità di genere nel mercato del lavoro, nei sistemi educativi, nella divisione del lavoro e nelle forme di espressione di sé, aiutando tutte le persone invece di lasciarne molte indietro.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, ritiene che vivere in un paese con una maggiore uguaglianza di genere abbia ripercussioni positive sulla salute maschile, dimezzi l'incidenza della depressione negli uomini, ne riduca le probabilità di suicidio e

riduca del 40% il rischio di morte violenta (OMS, 2018). Questi benefici sono spesso indicati come “dividendo dell'uguaglianza di genere”, vantaggi che gli uomini otterrebbero in termini di relazioni e luoghi di lavoro più equi, che permettano di godere delle gioie legate al lavoro di cura. Il dividendo dell'uguaglianza di genere potrebbe anche portare a un aumento della fecondità nei paesi a bassa fecondità e ad alto reddito nel corso del tempo, secondo le ricerche (Anderson e Kohler, 2015).

Sfortunatamente, troppe comunità si stanno muovendo nella direzione opposta: atteggiamenti rabbiosi e misogini - nelle comunità online e nel mondo reale - stanno incoraggiando molti ragazzi marginalizzati a vedere l'uguaglianza di genere come un avanzamento delle donne a spese degli uomini (UN Women, 2025a). Spesso anche le politiche sono influenzate dalle norme sociali, più o meno consapevolmente, e anche quelle con le migliori intenzioni - come un generoso congedo di maternità - possono avere un impatto estremamente diseguale se non tengono conto delle norme e delle pratiche culturali esistenti nelle varie comunità.

È poco probabile che le leggi, da sole, permettano alle persone di realizzare le proprie aspirazioni di fecondità, se allo stesso tempo non c'è uno sforzo per abbracciare valori e norme che rappresentano obiettivi concordati a livello globale: l'uguaglianza di genere, la fine di ogni tipo di discriminazione e il raggiungimento di dignità e diritti per tutte le persone. Queste aspirazioni non possono essere soddisfatte tornando a un passato in gran parte mitico, fatto di uomini che mantengono economicamente la famiglia e donne che si occupano della prole. L'unica direzione che abbia senso punta al futuro.

Stigma e trattamento dell'infertilità nell'Africa subsahariana

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica che i paesi dell'Africa subsahariana hanno la più alta prevalenza di infecondità rispetto ad altre regioni del mondo (OMS, 2023). Paradossalmente, l'Africa subsahariana è stata anche identificata come la regione con il più alto tasso di fecondità (UN DESA, 2024). Ma la coesistenza di alti tassi sia di fecondità che di infecondità non dovrebbe sorprendere, e in effetti la causa comune potrebbe essere lo scarso accesso e il poco utilizzo di servizi e prodotti per la salute sessuale e riproduttiva. L'uso della contraccezione in Africa, pari al 25,4%, è inferiore alla media globale del 65%, a causa dell'errata convinzione che l'uso di contraccettivi favorisca l'infertilità (Sedlander et al., 2021; Sedlander et al., 2018). Allo stesso tempo, dati di lunga data indicano che l'infertilità nel continente è in gran parte attribuibile alle infezioni del tratto genitale di uomini e donne (OMS, 1987).

Di conseguenza, le persone che si occupano di salute riproduttiva in Africa sostengono da tempo che politiche e programmi demografici che tendono a concentrarsi esclusivamente sul controllo della fecondità in Africa senza affrontare la sfida dell'infecondità, egualmente importante, sono incredibilmente problematici. Inoltre, persone esperte in materia notano che approcci incentrati sulla prevenzione delle infezioni (infezioni sessualmente trasmissibili, infezioni puerperali, infezioni post-aborto, ecc.) sarebbero di gran lunga più efficaci nella riduzione dell'infertilità.

In realtà, l'infertilità è il motivo più comune per cui le persone si rivolgono a servizi ginecologici in molti paesi africani. Tuttavia, in molti di questi paesi l'approccio adottato raramente si è occupato innanzitutto della prevenzione del fenomeno, affrontandone le radici profonde al fine di concepire politiche e programmi mirati al contrasto dell'infecondità. Al contrario, molti programmi in Africa si concentrano sul trattamento secondario con tecnologie riproduttive convenzionali e ad alto

costo, come la FIV e il trasferimento di embrioni (Okonofua, 2003). A causa di sistemi sanitari spesso inadeguati in molte parti dell'Africa, con un'offerta limitata per la gestione del fenomeno, solo un numero limitato di coppie non fertili (meno del 2%) è in grado di ottenere un trattamento efficace. Questo fenomeno è stato descritto come un problema di diritti umani e di uguaglianza sociale, poiché le famiglie affette da infertilità sono prevalentemente povere e non possono accedere a trattamenti costosi (Okonofua, 1996).

La conseguenza è che la maggior parte delle coppie non fertili in Africa ritarda il trattamento (Dierickx et al., 2019). Ciò si traduce in un'ampia percentuale di coppie che rimangono sterili alla fine della loro vita riproduttiva. Anche le conseguenze sociali dell'infecondità sono una sfida importante nell'Africa sub-sahariana, che è stata ampiamente sottovalutata. I dati disponibili indicano che le donne infertili (e, in misura minore, gli uomini infertili) subiscono un notevole stigma e una punizione a causa della loro infertilità. Sebbene l'infertilità possa essere attribuita più o meno ugualmente a uomini e donne, sono queste ultime a subirne maggiormente lo stigma quando provoca divorzi, violenze di genere, separazioni e rifiuti a livello sociale (Dimka e Dein, 2013; Okonofua et al., 1997).

Alla luce di tutto ciò, politiche che, nell'Africa subsahariana, diano la stessa importanza alla prevenzione e alla gestione della fecondità e dell'infecondità potranno affrontare in modo più efficace i bisogni della popolazione rispetto a quanto fatto da quelle attuali, che pongono l'enfasi sulla prevenzione delle gravidanze non intenzionali e sul trattamento secondario dell'infertilità.

Il testo è un contributo del Dr. Friday Okonofua, professore emerito di ostetricia e ginecologia e di salute riproduttiva presso l'Università di Benin, Benin City, Nigeria.

Crede alle donne: misurare ciò che conta nella pianificazione familiare

Per decenni, diversi parametri hanno dominato la pianificazione familiare globale: il tasso di prevalenza dei contraccettivi moderni (mCPR), che dovrebbe dirci quante donne usano un metodo contraccettivo moderno; il bisogno insoddisfatto di contraccezione, che dovrebbe identificare le donne che non usano la contraccezione ma ne hanno bisogno; e la domanda soddisfatta, che combina le misure precedenti per mostrare quale percentuale di donne con un bisogno insoddisfatto usa la contraccezione. Queste misure sono ampiamente utilizzate da governi, donatori e organizzazioni della salute globale per misurare i progressi e fissare gli obiettivi. Purtroppo, questi parametri non riflettono effettivamente ciò che le donne vogliono e di cui hanno bisogno.

In particolare, la mCPR si concentra sull'utilizzo, non sull'autonomia. Non ci dice se una donna vuole usare la contraccezione, se può scegliere liberamente quale metodo adottare, se ha effettivamente accesso all'opzione che preferisce. Il bisogno insoddisfatto di contraccezione non chiede alle donne se la vogliono usare, ma ne deduce il bisogno utilizzando un complesso algoritmo basato su fattori come stato civile, desiderio di avere più figli/e e (in)fecondità. La domanda soddisfatta presume chi sono le persone che dovrebbero usare la contraccezione; non chiede direttamente alle donne se sono soddisfatte delle scelte contraccettive che hanno fatto.

Questi parametri fanno delle ipotesi su comportamenti riproduttivi che sono profondamente personali e dinamici. Così facendo, rischiano di travisare i bisogni delle donne, sovrastimare la domanda e persino rafforzare gli approcci coercitivi in nome del "raggiungimento degli obiettivi".

Un'idea semplice e rivoluzionaria: chiedere alle donne cosa vogliono

Un numero crescente di ricerche suggerisce che c'è un modo migliore (Holt, 2023; Sarnak et al., 2023; Rothschild et al., 2023; Senderowicz, 2020) e inizia ponendo alle donne una semplice domanda: intende usare la contraccezione in un futuro prossimo?

Piuttosto che rimanere incentrati solo sull'aumento della mCPR o sulla soddisfazione della domanda, possiamo rispondere meglio alle esigenze delle donne allineandoci alle loro intenzioni dichiarate e sostenendole nel realizzarle. Per massimizzare l'impatto e rispettare l'autonomia delle donne, i programmi di pianificazione familiare possono dare priorità alle persone che esprimono chiaramente l'intenzione di usare la contraccezione. Indirizzare le risorse verso le donne che sono pronte e disposte a usare la contraccezione garantisce una programmazione più efficace e orientata alla domanda, evitando di mal indirizzare gli sforzi verso le persone che al momento non hanno intenzione di usarla.

Analisi recenti condotte dall'Institute for Disease Modeling (IDM) della Gates Foundation (Lin et al., 2024), utilizzando i dati di oltre 38.000 donne in 10 paesi a basso e medio reddito, mostrano come l'intenzione dichiarata da una donna di usare la contraccezione entro 12 mesi - nota come intenzione di usare contraccezione (IUC) - fornisca un quadro più preciso delle donne che vogliono usare metodi contraccettivi e dei programmi che possano sostenerle in modo adeguato. L'IUC ci dà inoltre la misura dell'attuabilità nel corso del tempo delle intenzioni dichiarate. Riflette la voce delle donne - le loro parole, i loro orizzonti temporali. La ricerca dell'IDM ha portato alla luce diversi risultati che sfidano varie convinzioni:

- **L'intenzione predice l'azione** – le donne che hanno dichiarato di voler usare metodi contraccettivi entro un anno hanno maggiori probabilità di iniziare a farne uso rispetto a quelle identificate come “con bisogno insoddisfatto”.
- **La misurazione di “bisogno insoddisfatto” fornisce una rappresentazione distorta delle donne** – circa il 25% delle donne dello studio hanno ricevuto uno status che non corrispondeva alle loro reali intenzioni. Ad alcune sono stati assegnati bisogni non soddisfatti nonostante non avessero intenzione di usare la contraccezione, altre non sono state prese in considerazione, nonostante dichiarassero di voler usare presto un metodo. Poiché il bisogno insoddisfatto viene utilizzato per calcolare la domanda soddisfatta, ciò sovrastima anche il numero di donne che vorrebbero usare la contraccezione ma non lo fanno.
- **Le esigenze contraccettive delle donne hanno natura dinamica** – quasi il 60% delle donne ha modificato comportamenti o intenzioni durante il periodo di follow-up. Queste modifiche sono state influenzate da desideri in cambiamento, norme culturali e sociali, ostacoli nell'accesso e necessità percepite.
- **Gli ostacoli alla fruizione non dipendono da parametri di tipo demografico** – Le donne che intendevano usare la contraccezione entro un anno ma non l'hanno fatto (“aspiranti utenti”) non erano fondamentalmente diverse da quelle che l'hanno fatto (“utenti effettive”). Ciò evidenzia un limite fondamentale di indicatori come il bisogno insoddisfatto, che si basano sui dati demografici per classificare le donne.

Dare senso ai parametri

Se vogliamo costruire programmi di pianificazione familiare che sostengano i diritti, l'autonomia e l'accesso, dobbiamo iniziare a chiedere alle donne cosa vogliono - e dobbiamo credere alle loro risposte. I parametri basati sull'intenzione, come l'IUC, offrono informazioni più precise e

significative. Queste dovrebbero essere abbinate a domande che chiedano alle donne perché non usano la contraccezione se esprimono il desiderio di farlo e quali sono le difficoltà che incontrano nell'accedere al metodo scelto, assicurandosi che i programmi prendano in carico gli ostacoli realmente indicati e le esperienze vissute dalle donne.

Incorporare l'IUC nei sistemi di monitoraggio nazionali e globali ci permetterebbe di stabilire che un programma ha successo quando rende possibile il raggiungimento degli obiettivi in materia di contraccezione e fecondità dichiarati dalle donne stesse, piuttosto che occuparsi della massimizzazione dell'uso dei contraccettivi. Si eviterebbe quindi di sovrastimare o sottostimare il successo di un programma basandosi unicamente sulle statistiche di utilizzo della contraccezione. Inoltre, riconoscendo gli ostacoli reali indicati dalle donne e il fatto che le esigenze riproduttive cambiano, si potrebbero concepire programmi che sostengano le donne nello scegliere liberamente come e quando usare metodi contraccettivi.

Nel definire i futuri obiettivi di sviluppo globale, abbiamo l'opportunità di modernizzare il modo in cui misuriamo i progressi nella pianificazione familiare. Gli indicatori tradizionali come la mCPR e il bisogno non soddisfatto, pur essendo utili, sono limitati. Un approccio più sfaccettato e incentrato sulla donna - basato sull'agency, sull'intenzione e sull'accesso - è un approccio più efficace ed equo. Questo cambiamento richiede di parlare direttamente con le donne delle loro intenzioni, di credere alle loro preferenze e di tenere nella stessa considerazione sia chi dice “sì” alla contraccezione, sia chi dice “non ora”.

Testo di Michelle O'Brien, Ying-Yi Lin, Marita Zimmerman ed Elisabeth Root, dell'Institute for Disease Modeling, Fondazione Gates



Artwork by Stina Persson



CAPITOLO 4

Le lezioni della storia e la speranza

I dati parlano chiaro: dopo la rapida espansione demografica mondiale della metà del XX secolo, stiamo transitando verso un calo dei tassi di fecondità. Attualmente, il mondo è attraversato da una grande diversità demografica. Eppure, come in passato, i discorsi e la retorica stanno assumendo toni catastrofici, con il calo delle nascite che alimenta il timore di collasso economico e “suicidio demografico” (Pritchett e Viarengo, 2013), o con una “crescita demografica incontrollata”, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito, dove i tassi di fecondità rimangono relativamente alti (Modebadze, 2021). Queste preoccupazioni, troppo spesso, seguono una narrazione che tende a stigmatizzare le persone più povere e marginalizzate (UNFPA, 2023).

Tutti i paesi e le zone del mondo, indipendentemente dai tassi di fecondità, hanno una preponderanza di gravidanze non intenzionali e desideri riproduttivi insoddisfatti.

È difficile non giungere alla conclusione che queste preoccupazioni – che certamente richiedono una risposta politica – sono radicate in concezioni obsolete su chi dovrebbe o meno riprodursi e perché, nonché nell'idea che il raggiungimento di un ottimale tasso di natalità garantirà la sicurezza economica e politica.

Tuttavia, dividere il mondo in aree a bassa e alta fecondità, adottando una logica binaria, non tiene conto del fatto che in ogni paese e in ogni regione, a prescindere dal tasso di fecondità totale, c'è un'ampia prevalenza di gravidanze non intenzionali, unite all'impossibilità di avere il numero di gravidanze desiderate.

Come sostenuto in tutto il presente rapporto, siamo di fronte a una vera e propria crisi, rappresentata da condizioni, contesti e scelte politiche che, un po' ovunque, non riescono a facilitare la possibilità per gli individui e le coppie di realizzare i propri obiettivi di creazione di una famiglia, qualunque essi siano.

In assenza di politiche globali e inclusive che affrontino tutti i bisogni delle persone, si ha l'impressione che, verosimilmente, la politica anteponga gli obiettivi di fecondità dello stato a quelli delle persone.

Di seguito, questo capitolo riassume molti dei risultati e delle raccomandazioni che si possono trovare nel Capitolo 1 sui risultati del sondaggio UNFPA/YouGov, nel Capitolo 2 sulle barriere politiche e le soluzioni alla scelta riproduttiva e nel Capitolo 3 sulle norme sociali e di genere a sostegno di famiglie e vite più sane e felici. Infine, analizza a fondo la questione complessa ma critica dell'agency riproduttiva e di come la politica, la società civile e ogni persona possano misurarla, valutarla, sostenerla e promuoverla.

Dissonanza demografica: una percezione distorta della popolazione

Indipendentemente dalla direzione dei cambiamenti del tasso di fecondità, si parla in generale di demografia utilizzando un linguaggio apocalittico, descrivendo spesso i bassi tassi di natalità del proprio paese o riferimento etnico con toni allarmistici ed esprimendo grande preoccupazione per l'alta fecondità degli altri. Più di cinquant'anni fa, voci autorevoli annunciavano l'imminente esplosione di una "bomba demografica" nei paesi del Sud Globale (Ehrlich e Ehrlich, 1968). Questo ha portato a diversi tentativi di ridurre i tassi di fecondità totale, con misure che a volte hanno violato i diritti umani, attraverso politiche di sterilizzazione forzata e programmi di pianificazione familiare specificamente diretti alle popolazioni vulnerabili e marginalizzate (UNFPA, 2023). Tale previsione non si è poi avverata e nei decenni successivi anche i paesi con scarse risorse e tassi di fecondità totale più alti hanno registrato avanzamenti in termini di salute, nutrizione e sopravvivenza (Lam, 2023; Lam, 2011). Purtroppo, i timori di un'imminente sovrappopolazione persistono e, con essi, emergono previsioni altrettanto pessimistiche sul calo dei tassi di fecondità che causerà "l'estinzione di massa di intere nazioni" (Musk, 2024).

Quando la popolazione mondiale ha raggiunto gli 8 miliardi, diversi giornali titolavano come se il mondo fosse sul baratro della sovrappopolazione ma anche interi paesi vicini al collasso per via dello spopolamento. Il rapporto sullo stato della popolazione nel mondo del 2023 esaminava la confusione della politica, dell'accademia e del pubblico in generale. Nei sondaggi condotti in otto diversi paesi, l'opinione più diffusa era che la popolazione mondiale fosse troppo numerosa e, in sei di questi paesi, che il tasso di fecondità globale fosse troppo alto. Tuttavia, le persone intervistate nella metà di questi paesi, ritenevano che le dimensioni della popolazione nazionale e il tasso di fecondità del proprio paese fossero troppo bassi, oppure giusti. È interessante notare che gli uomini erano più inclini delle donne a considerare i tassi di fecondità come un problema (UNFPA, 2023). Le opinioni degli Stati membri - come riportato dall'inchiesta sulla popolazione e lo sviluppo, un'indagine delle Nazioni Unite sulle politiche governative - rivelano un disagio simile riguardo ai tassi di fecondità. Un confronto tra le risposte all'inchiesta, dal 1976 al 2015, ha rilevato un notevole aumento dei paesi che adottano politiche sulla fecondità con l'esplicito scopo di aumentare, abbassare o mantenere invariati i tassi di fecondità; tuttavia, è risultato che i paesi che non hanno cercato di influenzare i tassi di fecondità presentano, in media, livelli più elevati di democrazia, libertà e sviluppo umano.

Il rapporto del 2023 ha inoltre rilevato, sulla base delle dichiarazioni dei paesi nell'inchiesta del 2021, che le adolescenti hanno dovuto affrontare restrizioni crescenti all'accesso ai contraccettivi nel corso del tempo e che i paesi con queste restrizioni tendevano ad avere anche maggiori ostacoli nell'accesso e nella fornitura di servizi di assistenza alla maternità. Nel complesso, l'analisi suggerisce che l'ansia demografica sta alimentando la tendenza a trattare i tassi di fecondità come strumenti per "correggere" le tendenze demografiche, anche se tali sforzi sono spesso infruttuosi e anche, in generale, correlati a una riduzione dei diritti, delle libertà e della salute di tutte le persone.



Artwork by Stina Persson

Indici di fecondità più precisi

Come descritto nel Capitolo 1, troppi governi misurano il successo o il fallimento delle loro politiche in base all'aumento, alla diminuzione o alla costanza dei tassi di fecondità. A partire dall'elaborazione di slogan come "One is fun" ("Uno è bello", ndt - Kumar, 2001) a "Riarmo demografico" (France24, 2024), la politica ha spesso cercato di influenzare i tassi di fecondità del proprio elettorato, generalmente prendendo come punto di riferimento il tasso di fecondità totale di "sostituzione" pari a 2,1 figli per donna e a prescindere dal tipo di direzione che queste politiche avrebbero dovuto imporre ai tassi di fecondità nazionale. Questa pratica, però, presenta dei problemi.

L'ipotesi che 2,1 nascite per donna porteranno alla stabilità demografica (di per sé un obiettivo discutibile) presuppone in realtà una migrazione pari a zero (sia immigrazione che emigrazione), una bassa mortalità infantile e un rapporto tra i sessi alla nascita equilibrato. Pochi paesi, se non nessuno, sono in grado di soddisfare tutte queste condizioni.

In realtà, Australia, Canada, Francia, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti hanno da tempo tassi di fecondità inferiori al 2,1, eppure si prevede che le loro popolazioni cresceranno ancora oltre il 2054 per via dell'immigrazione (UN DESA, 2025a).

Anche se non si ha come obiettivo un tasso di 2,1, in generale il tasso di fecondità totale non è lo strumento più adatto per misurare le nascite (per questo, bisogna considerare il numero totale di nascite vive che una donna ha avuto al termine della sua vita riproduttiva). Sfortunatamente, le politiche introdotte hanno spesso obiettivi a breve termine – dei quali magari si possono cogliere i frutti prima di nuove elezioni -

piuttosto che puntare a risultati più solidi. Ma stando alle ricerche, spesso le donne hanno una diversa scansione delle gravidanze nel tempo ma non varia il numero complessivo di figlie/i che hanno (Lutz et al., 2024).

Tuttavia, monitorare le tendenze demografiche è qualcosa a cui le persone che si occupano di politica non possono sottrarsi. La comprensione di tali cambiamenti è fondamentale da qualsiasi punto di vista, a partire dal finanziamento degli ospedali allo sviluppo delle infrastrutture, dalla pianificazione delle pensioni al reclutamento del corpo docente. Nessun settore resta indenne ai mutamenti della popolazione e “praticamente nulla nelle scienze sociali può essere previsto con tanta esattezza e tanto anticipo – addirittura di decenni - quanto i cambiamenti demografici”, dichiarano esperti ed esperte (UNFPA, 2024).

Andrebbero dunque presi in considerazione dei macro-indici di fecondità. Esistono, ad esempio, il tasso di fecondità totale corretto per la parità, il tempo e la fecondità della coorte completata. Inoltre, sono stati proposti altri indici, come ad esempio il “tasso di fecondità totale sostitutivo della migrazione attuale” che possono essere utilizzati insieme ai dati sulla mortalità e sulla migrazione netta per anticipare il cambiamento della popolazione; applicando questo parametro a 22 paesi, tutti con tassi di fecondità inferiori a 2,1, è stato possibile prevedere l'aumento della popolazione in più della metà dei casi (Parr, 2020).

Inoltre, questi parametri devono essere integrati con i nuovi micro-dati che stanno affiorando circa i desideri, le intenzioni e l'empowerment delle persone. A tal fine, c'è bisogno di raccogliere i dati sulle aspirazioni di fecondità in modo più sistematico, di svolgere attività di follow-up per valutare quanto questi desideri vengono realizzati e di determinare gli ostacoli e i fattori che favoriscono il raggiungimento

Comprendere i cambiamenti demografici è fondamentale sotto molti aspetti: dai fondi destinati agli ospedali, allo sviluppo di infrastrutture, passando per la pianificazione pensionistica e la ricerca di insegnanti.

di queste aspirazioni. Inoltre, occorrerà comprendere meglio l'agency riproduttiva (si veda la sezione dedicata).

Infine, l'aspetto più cruciale da tenere in considerazione è che gli obiettivi di fecondità, in quanto tali, possono essere problematici e avere effetti collaterali dannosi. Come stabilito chiaramente, con il consenso generale, nel Programma d'azione della Conferenza internazionale su Popolazione e Sviluppo del 1994, “gli obiettivi governativi per la pianificazione familiare dovrebbero partire dalla mancanza di informazioni e servizi adeguati” piuttosto che “dall'imposizione di obiettivi o quote per la pianificazione familiare” (UNFPA, 2014). Questo principio viene sostenuto globalmente da trent'anni, soprattutto per via delle conseguenze raccapriccianti di alcune politiche volte ad abbassare i tassi di fecondità. Si tratta non solo di programmi di controllo della popolazione, di sterilizzazioni e aborti forzati, ma anche di forme di coercizione e stigma.

Lo stesso è vero per gli obiettivi governativi volti a un aumento dei tassi di natalità. Anche questi non devono rappresentare traguardi o numeri da raggiungere, ma essere definiti in termini di intenzione e desiderio delle coppie e delle persone che partoriscono. Le nascite sono desiderate? Sono sicure? E le persone sono in grado di crescere figli e figlie in sicurezza, con gli standard di cura e il benessere personale che desiderano? Per evitare future violazioni dei diritti, questi obiettivi devono garantire la massima inclusività e facilitare sia la prevenzione delle gravidanze che la formazione di una famiglia, indipendentemente dall'etnia, dallo status di persona migrante, dal genere o dall'orientamento sessuale.

Politiche migliori

Purtroppo, il mondo sta attraversando “una fase di contraccolpi misogini”, secondo un recente rapporto UN Women (UN Women, 2025a), “quasi un quarto dei paesi dell'indagine ha riferito che gli attacchi all'uguaglianza di genere stanno ostacolando l'attuazione della Piattaforma d'azione di Pechino”.

Questa tendenza si unisce ai timori per lo spopolamento. La responsabilità del calo dei tassi di natalità in alcuni paesi viene attribuita disinvoltamente all'uguaglianza di genere (Wilkins e al., 2025, UNFPA).

Tuttavia, i risultati del sondaggio UNFPA/YouGov presentati in questo rapporto, unitamente ad altre ricerche che li confermano, dimostrano che la maggior parte delle persone desidera effettivamente avere figli e figlie (UN DESA, 2025a; OCSE, 2016) e la motivazione più comune è che portano gioia e soddisfazione. Altre persone non ne vogliono, una scelta profondamente personale, legittima e in aumento (Gouni et al., 2022). Allo stesso tempo, le ricerche citate nei capitoli 2 e 3 evidenziano una serie di fattori che limitano la capacità di realizzare la famiglia che si desidera.

Il carico economico è uno degli ostacoli più comuni sulla strada per la genitorialità. Alle persone con capacità genitoriali - ma soprattutto alle madri - sono richiesti sforzi sempre più gravosi. Mentre i padri desiderano impegnarsi di più, le aspettative sociali e professionali non hanno fatto passi avanti al fine di facilitare una distribuzione più equa del lavoro o del tempo dedicato alla paternità. Sia nei paesi ad alto reddito che nei contesti in via di urbanizzazione e a basso reddito, le famiglie nucleari stanno diventando più comuni e il sostegno della famiglia allargata è meno disponibile (Reyes, 2018). I servizi formali dedicati all'infanzia possono essere molto



Artwork by Cyan Haribhai

costosi o difficilmente accessibili e la gestione di casa e lavoro è molto gravosa, soprattutto per le donne, che subiscono maggiormente il peso del carico domestico.

Rimane ancora molto lavoro da fare per porre fine alle gravidanze non intenzionali e garantire la libertà di scegliere se, quando e con chi avere figli e figlie. Il risultato del sondaggio UNFPA/YouGov, secondo cui il 31% delle intervistate ha dovuto affrontare una gravidanza non intenzionale, conferma le numerose ricerche che dimostrano non solo quanto il fenomeno sia diffuso, ma anche che spesso sono gravidanze che finiscono con un aborto, indipendentemente dal fatto che sia legale o meno. Infatti, le stime globali più accurate, riportano che quasi la metà di tutte le gravidanze non sono intenzionali, il 61% delle quali si conclude con un aborto (Bearak et al., 2020).

Questi dati non devono però scoraggiare. Piuttosto, rappresentano una finestra di opportunità per creare politiche migliori che affrontino i problemi in modo olistico e rispettando i diritti umani. Mentre si è parlato in modo dettagliato degli ostacoli e dei rimedi politici nel Capitolo 2, di seguito evidenziamo alcune aree di azione politica che meritano un'attenzione specifica per sostenere le scelte riproduttive di tutte le persone, ovunque nel mondo.

Garantire a tutte le persone la salute sessuale e riproduttiva

Servizi di salute sessuale e riproduttiva a 360 gradi e di alta qualità devono essere accessibili e sostenibili all'interno dell'ambito sanitario, idealmente integrati nei servizi già esistenti. Garantire l'assistenza sanitaria clinica alla riproduzione e alla maternità deve essere una priorità. C'è bisogno di personale nelle aree a basso reddito e a bassa densità di

popolazione ed è necessario investire in servizi che raggiungano le popolazioni con maggior rischio di problemi legati alla salute sessuale e riproduttiva, tra cui la morbilità e la mortalità materna.

Questo comporta l'abbandono - indipendentemente dal tasso di fecondità totale - di quelle politiche che impediscono al personale sanitario di raggiungere chi ha effettivamente bisogno di questi servizi e limitano la fruibilità di tutti i servizi di salute sessuale e riproduttiva. Questi includono la consulenza per la pianificazione familiare, l'assistenza materna, i servizi per un parto sicuro, l'accesso all'aborto in piena conformità con le leggi in vigore, l'assistenza post-parto e neonatale, nonché la prevenzione e il trattamento dell'infertilità.

Questi fatti non devono scoraggiare. Piuttosto, rappresentano una finestra di opportunità verso la creazione di politiche migliori che comprendano tutti questi aspetti in modo olistico e ampliando i diritti di tutte e tutti.

Bisogna inoltre eliminare gli ostacoli a tali servizi, sia in termini di limiti di età, leggi sul consenso coniugale e parentale o di rifiuto della sterilizzazione volontaria di persone adulte informate e consenzienti.

Inoltre, deve essere garantito un approccio pienamente inclusivo, viste le difficoltà delle persone obbligate ad avere figlie/i, o a non averne. Questo non solo perché porre fine alla discriminazione nella fornitura di assistenza sanitaria è la cosa giusta da fare sia in termini etici che di garanzia dei diritti umani. Ma anche perché, come discusso nel Capitolo 1, una scarsa fiducia nei confronti dell'affidabilità a lungo termine delle politiche statali, così come nelle motivazioni delle istituzioni che le mettono in atto, potrebbe influenzare in modo negativo le scelte delle persone che decidono se e quando avere figli/e.

Tuttavia, anche se questi servizi fondamentali devono essere disponibili per chiunque, tanto i programmi che le politiche introdotte non possono avere un unico un approccio universalmente valido. I dati dimostrano che i fattori che impediscono la formazione di una famiglia e gli ostacoli alla prevenzione delle gravidanze hanno diverse caratteristiche specifiche, a seconda della comunità e di chi usufruisce dei servizi. Dopo tutto, la coercizione riproduttiva può essere esercitata da partner, famiglie, servizi sanitari e sistemi legislativi (Silverman e Raj, 2014), con modalità distinte a seconda dei casi.

Gli sviluppi in questo settore sono promettenti, in particolare quelli volti a garantire un accesso equo alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento dell'infertilità. In Europa, proprio l'anno scorso, è stata lanciata la Coalizione per la Fertilità, che riunisce diverse realtà della società civile, associazioni mediche e gruppi per i diritti riproduttivi

con lo scopo di elaborare raccomandazioni politiche complete, inclusive e che rispettino i diritti (Coalition for Fertility, n.d.).

Un'educazione sessuale completa

È importante che un'educazione sessuale completa sia presente nei sistemi scolastici. Il capitolo 2 di questo rapporto sottolinea quanto sia vantaggioso integrare l'educazione alla sessualità nei programmi scolastici di ogni ordine e grado, senza escludere informazioni non stigmatizzanti mirate alla conoscenza della fecondità. Informazioni accurate possono aiutare le persone adolescenti a proteggersi da quelle cause di infertilità che possono essere prevenute, comprendendo sia i benefici che gli svantaggi di un rinvio delle scelte sulla fecondità. Questa tendenza è in aumento a livello globale (Beaujouan, 2020).

Purtroppo, la diffusione di informazioni attendibili sulla salute sessuale è sotto attacco, sia a livello istituzionale (Nazioni Unite, 2023) sia a causa della circolazione di false informazioni in aumento (Pagoto et al., 2023). Si tratta di una tendenza preoccupante, che la politica può e deve affrontare.

Rafforzare la sicurezza economica e sociale

Tuttavia, c'è bisogno di politiche ad ampio raggio per sostenere le aspirazioni riproduttive di tutti gli individui, qualunque esse siano. Molte di queste sono state discusse in modo dettagliato nel Capitolo 2, ma meritano di essere ripetute brevemente in questa sede.

Promuovere dei sistemi di assistenza all'infanzia di alta qualità, accessibili e a prezzi contenuti è essenziale. Questo può avvenire in diversi modi, con esempi che arrivano da tutti i paesi, con vari livelli di reddito: dalle strutture di assistenza sovvenzionate dal governo, alle politiche di sostegno della rete di cura familiare, fino ai modelli cooperativi e no-profit basati sulle comunità (Chaturvedi, 2019).

Politiche di congedo parentale più eque, che incoraggino o prevedano l'obbligo di usufruire del congedo di paternità e maternità in egual misura, possono migliorare notevolmente la partecipazione delle donne alla forza lavoro e il coinvolgimento degli uomini nella cura, con benefici significativi per tutta la famiglia (Van der Gaag et al., 2023; Sobotka et al., 2019). Estendere lo stesso tipo di flessibilità e sostegno potrebbe essere di aiuto alle aspirazioni familiari delle persone più giovani, i cui desideri sono troppo spesso ostacolati da una cultura del lavoro molto impegnativa (Kim, 2023).

È urgente e necessario sforzarsi per porre fine alla violenza di genere, compresa quella domestica, nelle relazioni intime e la violenza sessuale, riconoscendo i tanti modi in cui questa violenza mina la scelta riproduttiva e la fecondità. Violenza sessuale e coercizione portano a un numero elevato e inaccettabile di gravidanze non intenzionali, rendendo ancora più pesante il trauma e il senso di violazione causati da uno stupro (UNFPA, 2022a). La violenza da parte del partner è anche impedire l'uso di contraccezione da parte delle donne (Oni et al., 2021).

La violenza può compromettere gli obiettivi di fecondità anche in altri modi. Una ricerca condotta in Honduras, ad esempio, dimostra che le donne che subiscono violenza fisica da parte del partner hanno meno desiderio di avere altre gravidanze (Kuhlmann et al., 2019).

Le politiche volte a diminuire la povertà e la precarietà economica sono fondamentali. Ciò implica riforme del mercato del lavoro e adeguamenti (in alcuni casi moderati, in altri radicali) dei sistemi pensionistici e di sicurezza sociale. Per affrontare il problema della diminuzione della produttività economica e della carenza della forza lavoro, le riforme devono anche prevedere l'aumento dell'accesso

delle donne e delle persone più giovani a un lavoro dignitoso e, sebbene possa essere impopolare, un aumento dei flussi migratori in entrata (UNFPA, 2019). Le modalità di attuazione di tali adeguamenti variano da paese a paese, ma la politica dispone di strumenti sempre più numerosi, a partire dai conti di trasferimento nazionali per l'invecchiamento della popolazione (UNFPA, n.d.b.) fino alle riforme del mercato immobiliare (UNFPA, 2019).

Questo processo politico deve essere inclusivo, ideato coinvolgendo le persone che ne saranno destinatarie. Ciò significa includere le donne lavoratrici nella progettazione delle politiche occupazionali, coinvolgere i padri nel lavoro di cura e nella pianificazione del congedo di paternità, coinvolgere le persone giovani nelle discussioni sulla riforma delle politiche abitative. Anche se chi è responsabile di queste decisioni varierà a seconda del contesto, sarà fondamentale includere persone che rappresentino diverse comunità e condizioni di vita, dalle madri single alle minoranze etniche, alle persone LGBTQIA+, per garantire che i benefici arrivino a chiunque.

Infine, queste politiche non possono essere concepite solo a livello statale. Infatti, anche quelle regionali, subnazionali, e lavorative influenzano notevolmente le condizioni in cui avvengono le scelte in materia di formazione della famiglia. Gli ostacoli alla salute sessuale e riproduttiva e all'accesso ai servizi di assistenza all'infanzia variano notevolmente tra aree rurali e urbane, influenzando ogni aspetto, dal numero di nascite ai tassi di sterilizzazione volontaria (Clark e Levy, 2025). In Italia (Horowitz e Pianigiani, 2024) e nella Repubblica di Corea (Yoon, 2023), le politiche a favore della famiglia vengono concepite e attuate a livello regionale.

La protezione contro le politiche coercitive è inoltre necessaria anche a livello subnazionale: nel sud dell'India, l'impatto che tassi di fecondità più bassi stanno avendo sulla rappresentanza parlamentare ha richiamato l'attenzione della politica (Chauhan, 2024), inducendo alcuni Stati a proporre dei limiti minimi di fecondità per chiunque aspiri a una carica locale (The Hindu, 2025). La criminalizzazione dell'aborto, inoltre, varia notevolmente tra gli Stati del Messico e degli Stati Uniti (CRR, n.d.).

In effetti, i tentativi di monitoraggio dell'impatto che tutte le politiche producono sull'agency riproduttiva sono legittimi. Come evidenziato nel presente rapporto, la scelta riproduttiva può essere limitata anche da politiche che non nascono con intento coercitivo e, persino, da politiche non immediatamente legate alla riproduzione, come le leggi sull'eredità che stabiliscono delle differenze basate sul genere (Sage, 2025) e le leggi sulla cittadinanza (Levine e Peden, 2021). L'assenza di politiche valide può anche rendere estremamente vulnerabili alla coercizione riproduttiva. Le politiche e le leggi che espongono alla coercizione o che riducono il potere riproduttivo delle persone devono quindi non solo essere individuate, ma anche monitorate perché vi si ponga rimedio. Mentre le politiche sulla salute sessuale e riproduttiva sono sempre più monitorate dalla società civile (CRR, n.d.a.; EPF, n.d.; Fertility Europe, n.d.) e dagli attori internazionali (Sustainable Development Solutions Network, 2024), è necessario vigilare per individuare leggi dannose introdotte in altri ambiti.

L'assenza di politiche valide può anche rendere le persone estremamente vulnerabili alla coercizione riproduttiva. Le politiche e le normative che espongono a repressioni o che

riducono l'agency riproduttiva dovrebbero quindi essere non solo individuate, ma anche monitorate per garantire che vi si ponga rimedio. Le politiche sulla salute sessuale e riproduttiva sono invece sempre più monitorate dalla società civile (CRR, n.d.a.; EPF, n.d.; Fertility Europe, n.d.) e dagli attori internazionali (Sustainable Development Solutions Network, 2024), è necessario vigilare per identificare le leggi dannose introdotte in altri ambiti.

Infine, le pratiche sul luogo di lavoro sono il complemento fondamentale delle politiche governative, in quanto possono facilitare od ostacolare le scelte sulla formazione della famiglia, a volte più di quanto facciano le leggi. Orari poco gestibili e discriminazioni di genere nelle politiche di assunzione e di congedo spesso inducono a ritardare o addirittura a rinunciare alla maternità, come dimostra il Capitolo 2. L'influenza di datrici e datori di lavoro può agire anche nella direzione opposta: un'azienda ha recentemente minacciato di licenziare le persone dipendenti se non si fossero "sposate e non avessero messo su famiglia entro i successivi tre trimestri" (Wang, 2025).

Allo stesso tempo, ovunque ci sono imprese che attuano politiche di buone pratiche aziendali. La Coalition for Reproductive Justice in Business (coalizione per la giustizia riproduttiva nelle imprese, Ndt) guidata da UNFPA, ad esempio, si occupa di fare in modo che le aziende investano in politiche per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sul luogo di lavoro e nella filiera di approvvigionamento, valutando le aziende attraverso una scheda di monitoraggio dei progressi riguardanti questioni importanti, quali ad esempio il congedo di maternità, le cure per la fertilità e i protocolli per le molestie sessuali (UNFPA, 2024c).

Trasformare le norme sociali

I cambiamenti politici sono necessari ma non sufficienti. Se questi non sono accompagnati da mutamenti paralleli nelle norme sociali, possono addirittura essere impossibili da conseguire, come dimostrato nel Capitolo 3. La responsabilità del calo dei matrimoni e della natalità è attribuita in modo preponderante alle donne, spesso senza tenere in considerazione che sono proprio loro a sostenere un peso maggiore in entrambi i casi. Come mostra il sondaggio UNFPA/YouGov, circa una donna su 8 (13%) dichiara che avrà meno prole di quella desiderata perché il partner non contribuisce abbastanza al lavoro domestico dovuto per il nucleo familiare.

Eppure, anche uomini e ragazzi – specialmente se appartenenti a categorie sociali marginalizzate – sono danneggiati dalle imposizioni sociali che causano disuguaglianze tra i generi. Sono sempre di più gli uomini che vorrebbero apertamente essere maggiormente coinvolti nel lavoro di cura (Van der Gaag et al., 2023), ma continuano a essere ostacolati da norme e pressioni sociali. Arretrare rispetto a questi progressi è molto grave, sia nei confronti degli uomini che delle donne, eppure questo avviene attraverso realtà sempre più forti e coordinate, promotrici di idee retrograde. Affermando di sostenere il matrimonio e la famiglia, in realtà provano a limitare i diritti, le scelte, la salute e il benessere delle famiglie e delle persone (EPF, 2021).

Per stimolare il cambiamento delle norme, è necessario che ai ragazzi venga insegnato il valore della cura fin da piccoli. Questo implica la promozione di modelli che sostengano l'uguaglianza di genere. Significa dare ai ragazzi la possibilità di esercitare la loro empatia. Quando crescono, i giovani devono continuare

a coltivare l'importanza di relazioni non violente in cui le responsabilità sono condivise. Benché gli uomini partecipino al lavoro di cura di più rispetto al passato, è necessario fare molto altro per garantire a tutte le persone le stesse condizioni di vita (Van der Gaag et al., 2023).

Anche se la promozione di norme sociali sane può essere impegnativa, esistono modelli positivi di cambiamento. Gruppi di azione maschile in Etiopia e Uganda, ad esempio, hanno contribuito a modificare le norme di genere, ad aumentare l'impegno degli uomini nella pianificazione familiare, a migliorare la comunicazione di coppia e a ridurre la violenza di genere (UNFPA, 2021).

Tenendo a mente che la formazione di una famiglia è un processo difficile, complesso e in continua evoluzione, la presenza di norme restrittive che definiscono quali caratteristiche e che aspetto dovrebbero avere le famiglie continuano a isolare e a danneggiare le persone che non rientrano in questi standard perché non vogliono o non possono aderirvi, come le persone LGBTQIA+, le persone single con capacità genitoriale.

C'è inoltre bisogno di un cambiamento culturale che porti alla rimozione di quelle norme che sul posto di lavoro sono oggettivamente deleterie per la vita familiare dei/delle dipendenti. Ciò andrebbe a vantaggio non solo delle madri lavoratrici, ma di tutte le persone, comprese quelle che non hanno figli/e ma ne vorrebbero. Allo stesso modo, i costi e il grande impegno legati alla genitorialità, ritenuti spesso insostenibili, scoraggiano nettamente chi desidera riprodursi.

Infine, è innegabile che concentrarsi sui tassi di fecondità, soprattutto nel caso di sottogruppi specifici, è una pratica spesso animata da principi etnonazionalisti, ai quali gli Stati si

Spezzare il circolo delle gravidanze adolescenziali

Per molte ragazze di Estebanía, cittadina rurale della Repubblica Dominicana, diventare madri presto è un'aspettativa sociale, non un avvenimento imprevisto. La madre di Anlli aveva 16 anni quando l'ha avuta, ma Anlli, che ora ne ha 18, non vuole che la storia si ripeta.

“Voglio studiare. Voglio lavorare e avere una carriera. Voglio una stabilità economica”, dice. “Non voglio guardarmi indietro e chiedermi ciò che sarei potuta diventare”. Anlli potrebbe realizzare il suo sogno perché ha ciò che sua madre non ha avuto: la possibilità di scegliere.

Senza alcun bisogno del consenso delle persone adulte, ha preso il controllo della propria salute riproduttiva e, insieme al suo ragazzo, ha cercato informazioni e assistenza.

Casa Clave: uno spazio sicuro
Evelyn Sánchez, infermiera del posto e leader della comunità locale, ha trasformato la sua casa in Casa Clave, partecipando a un'iniziativa più ampia promossa da UNFPA per fornire ad adolescenti della Repubblica Dominicana strumenti di prevenzione di gravidanze impreviste e precoci. Luogo di

quartiere che è più un rifugio che un centro sanitario, Casa Clave accoglie Anlli e le sue amiche per parlare, senza essere giudicate, di qualsiasi argomento, quali la pianificazione familiare, le relazioni, i progetti di vita. “Qui possiamo parlare con Evelyn in modo completamente riservato, niente di quello che diciamo uscirà da qui”, dice Anlli.

Sánchez incoraggia le ragazze indecise a varcare la sua soglia sapendo che, se la prima volta non chiederanno contraccettivi, la loro curiosità le riporterà alla Casa.

“Questo posto è una seconda casa per loro. Dicono che vengono a trovare i miei cani, ma in realtà vengono perché hanno bisogno di qualcuno con cui parlare”, dice Sánchez. “Mi chiedono di tutto. Io parlo con loro dei metodi [contraccettivi] che hanno a disposizione, ma non prendo mai decisioni al posto loro”.

“Molte di queste ragazze hanno paura di essere scoperte”, dice il dottor Lainer Calderón, che gestisce l'Unidad de Atención Primaria (UNAP), una clinica sanitaria locale a Estebanía che collabora con Casa Clave. “Temono che le famiglie o qualcuno della comunità le vedano e le giudichi.

Questa paura impedisce ad alcune di loro di cercare aiuto finché non è troppo tardi”.

Calderón ha visto troppe volte ciò che accade alle ragazze. “Nella nostra clinica sanitaria, qui a Estebanía, vedevamo 24 gravidanze adolescenziali all'anno”, dice. “Ora ne abbiamo due o tre. Ma anche una sola è troppa”.

Anche alla clinica ci sono delle difficoltà. Il dottor Calderón racconta di un padre che è venuto a confrontarsi con lui dopo aver scoperto che la figlia quindicenne era ricorsa a un impianto. “Era furioso”, ricorda. “Gli ho chiesto: 'Preferirebbe scoprire che è incinta di tre mesi?' Quella conversazione gli ha fatto cambiare idea. Se n'è andato ringraziandomi”.

Combattere le norme culturali dannose

La Repubblica Dominicana si sta impegnando molto per la riduzione delle gravidanze adolescenziali, anche attraverso maggiori investimenti. Il tasso di fecondità tra le adolescenti è sceso da 90 nascite ogni 1.000 ragazze a 77 nascite tra il 2013 e il 2019. Per il 2024, le Nazioni Unite hanno previsto un ulteriore calo.

Casa Clave e altri progetti simili esistono per aiutare le ragazze che hanno già deciso di non volere figlie/i. “Nessuno dice alle ragazze cosa fare della loro vita, ma diamo informazioni affinché possano prendere decisioni autonome”, afferma il dottor Calderón. Dalla pillola ai contraccettivi iniettabili e agli impianti, alle adolescenti vengono offerte diverse opzioni e informazioni sia in clinica che presso Casa Clave.

UNFPA ha proposto questo modello nel quadro della collaborazione con il Ministero della Salute dominicano e il Servizio sanitario nazionale per ampliare l'accesso alla contraccezione e all'educazione sulla salute riproduttiva. Oggi esistono più di 50 spazi sicuri in tutto il paese, ai quali il Ministero fornisce i contraccettivi.

L'organizzazione si è anche occupata della formazione del personale sanitario, come anche il dottor Calderón e Sánchez, con

lo scopo di garantire servizi di assistenza riservati e di qualità. “Le adolescenti hanno il diritto di essere educate e informate sulla salute sessuale e riproduttiva, per potersi realizzare pienamente e decidere il loro percorso di vita”, afferma Mario Serrano, rappresentante UNFPA nella Repubblica Dominicana. “Non si tratta solo di prevenire le gravidanze, ma di proteggere e promuovere il futuro delle ragazze”.

Il futuro che cambia

Non solo le gravidanze stanno diminuendo a Estebanía, ma alcune delle prime ragazze che sono arrivate a Casa Clave hanno proseguito gli studi universitari, al di là di ogni aspettativa. “Alcune delle prime ragazze sono diventate professioniste, altre hanno persino studiato medicina. Altre ancora oggi sono madri ma perché lo hanno voluto, non perché la vita le ha costrette a fare questa scelta”, afferma Sánchez.

Ma ci sono ancora degli ostacoli. Anche se l'accesso alla contraccezione è migliorato, l'educazione sessuale nelle scuole è ancora limitata. Molte ragazze non sanno semplicemente a chi rivolgersi. Altre temono ripercussioni da parte delle famiglie o della comunità. Non bisogna lottare solo per la contraccezione, ma anche perché cambi la mentalità.

Sánchez ricorda i primi tempi, quando circolavano voci sul suo lavoro. “All'inizio mi dicevano: ‘Perché parli di queste cose?’. Ma poi hanno visto il cambiamento”.

Casa Clave ha cambiato la vita di Anlli. Ora al suo primo anno di università, non vede l'ora di avere dei figli/e, ma solo quando sarà pronta. La sua vita è già diversa da quella della madre: “Mamma mi ha sempre detto: ‘non voglio che ti accada quello che è capitato a me’. E so che se avessi figli o figlie prima di finire gli studi non sarei in grado di dargli la vita che meritano”.



ispirano non soltanto per raggiungere tassi di natalità specifici, ma perché siano raggiunti da determinate persone. L'inclusione di chi ha un background migratorio e di altri gruppi marginalizzati è fondamentale e non deve essere solo la politica a occuparsene: è necessario promuovere norme positive, inclusive, mirate ad ampliare i diritti di tutte le persone.

Un nuovo obiettivo per tutte e tutti: l'agency riproduttiva

Questo rapporto intende sottolineare la necessità di monitorare e garantire l'autonomia riproduttiva. Proprio come è necessario adottare nuove misure per bilanciare i tassi di fecondità totale e verificare il successo delle politiche demografiche, così sono necessarie nuove misure per comprendere meglio come l'agency riproduttiva sia un vantaggio di tutte e tutti, ma in particolare delle donne e delle ragazze, i cui corpi e il cui futuro continuano a essere influenzati in modo significativo dall'evento di una gravidanza.

Va sottolineato che a prescindere dal genere tutte le persone possono subire gravi violazioni dei diritti riproduttivi. Sebbene i dati relativi agli uomini siano scarsi rispetto a quelli relativi alle donne, l'indagine UNFPA/YouGov ha rilevato che anche loro affrontano comunemente pressioni e coercizioni che compromettono la loro agency riproduttiva. Il 18% delle persone ha subito, in qualche momento della propria vita, pressioni per rimanere incinta o avere un figlio contro la propria volontà, con risultati sostanzialmente simili per uomini e donne, sebbene con grandi variazioni tra i diversi paesi. Inoltre, in circa la metà dei paesi oggetto dell'indagine, gli uomini che hanno riferito di aver subito tali costrizioni sono più delle donne, un dato che merita ulteriori approfondimenti.

Molte coercizioni vengono esercitate nella direzione opposta: il 15% delle persone intervistate in tutti i paesi ha riferito di essere stata spinta a usare contraccettivi o altri metodi per non avere figli/e, quando in realtà ne desiderava. Anche in questo caso, uomini e donne hanno dichiarato di aver subito pressioni.

Quando è stato chiesto alle persone se si fossero mai trovate in una situazione in cui non avevano potuto rifiutare un rapporto sessuale, le donne che hanno risposto di sì sono state molte di più degli uomini: il 33% delle donne contro il 23% degli uomini. In nessun paese la percentuale è risultata inferiore al 17% (17% è la percentuale degli uomini in Thailandia), raggiungendo il 49% tra le donne in Brasile. Questo dato, ricorrente sia per le donne che per gli uomini, dovrebbe essere un invito all'azione per chi si occupa di politica e di promozione dei diritti umani, una chiara indicazione che la costrizione sessuale ha una diffusione inaccettabile sia tra gli uomini che tra le donne.

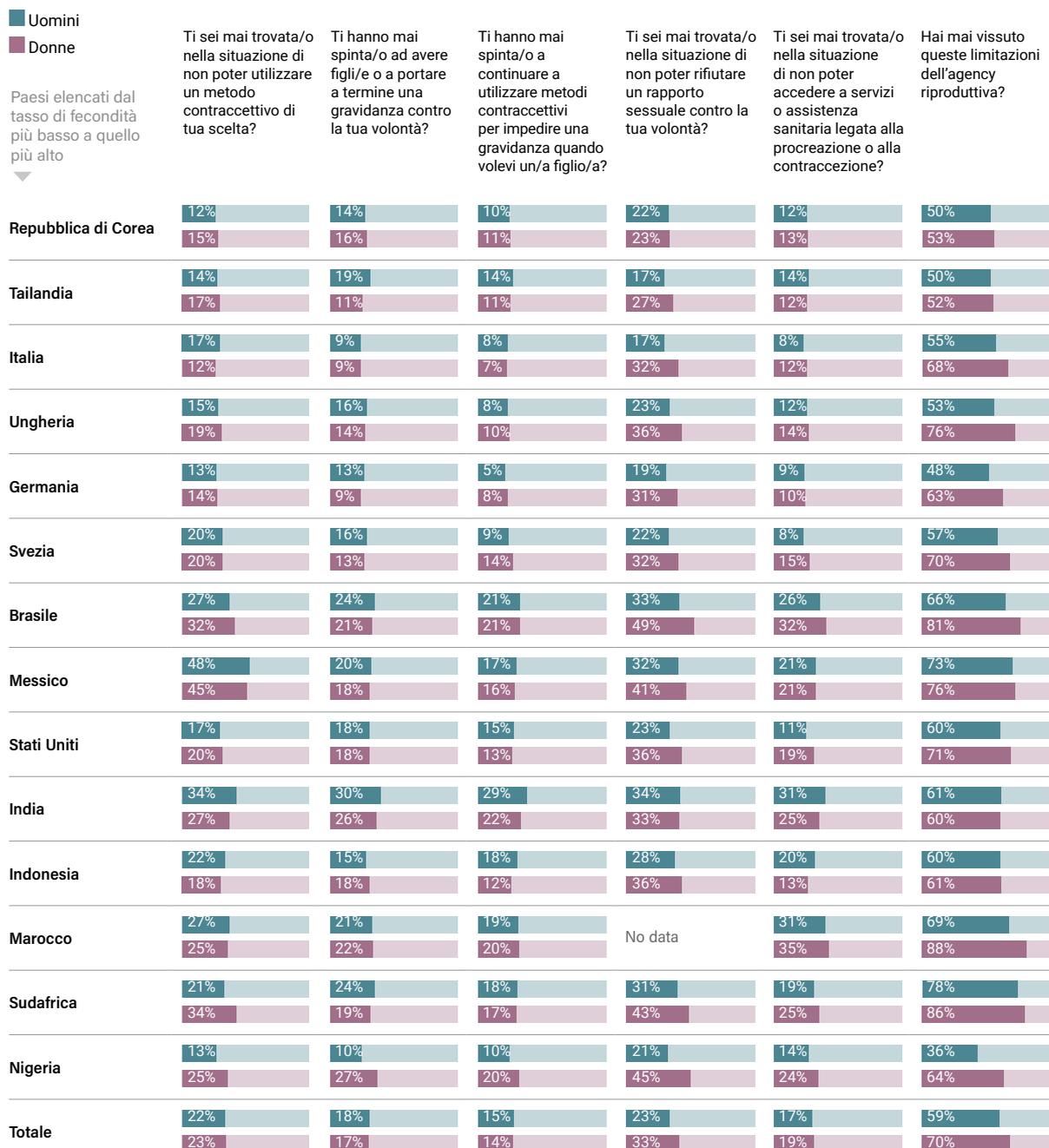
Inoltre, uomini e donne hanno risposto in modo simile alla domanda "Ti sei mai trovato/a nella condizione di non poter accedere a servizi sanitari o assistenza medica per la procreazione o la contraccezione?" (17% degli uomini, 19% delle donne) e alla domanda "Ti è mai capitato di non poter utilizzare un metodo contraccettivo di tua scelta?" (22% per gli uomini e 23% per le donne).

Di certo, gli uomini devono affrontare alcuni svantaggi specifici riguardo alla scelta riproduttiva, hanno cioè a disposizione poche opzioni contraccettive. I preservativi e la vasectomia sono le due opzioni più comuni e, come ogni contraccettivo, presentano svantaggi e percentuali di inefficacia.

Come indicato nel rapporto sullo stato della popolazione nel mondo del 2022, "le pillole contraccettive per gli uomini, i gel reversibili

FIGURA 10

Limitazioni all'agency riproduttiva



Vaste percentuali di uomini e donne hanno subito limitazioni dell'agency riproduttiva.

Nota: non è stato possibile porre la domanda sul rifiuto di rapporto sessuali in tutti i paesi.

Fonte: UNFPA/YouGov Survey.

a lunga durata (che bloccano lo sperma) e i contraccettivi iniettabili sono costantemente in fase di sperimentazione clinica, ma non sono stati ancora immessi sul mercato”, riflettendo le decisioni degli investitori e della politica (UNFPA, 2022a).

In effetti, le politiche sulla contraccezione sono state profondamente influenzate dalle norme di genere esistenti e, un'attenzione sproporzionata, è stata rivolta ai corpi delle donne, come se questi fossero la causa delle gravidanze non intenzionali e, allo stesso tempo, contenessero la soluzione al problema.

Al giorno d'oggi, un movimento in continua crescita chiede opzioni contraccettive più numerose e migliori per gli uomini, che amplino la loro possibilità di scelta e sostengano le esigenze di condivisione delle responsabilità nella pianificazione familiare.

Ciononostante, i corpi e la vita delle donne sono influenzati in modo più diretto dalla gravidanza e dal parto (a causa dei quali, come troppo spesso accade, possono morire), ed è il lavoro delle donne che, più comunemente, viene impiegato nella cura della prole e nelle faccende domestiche.

Ecco perché i parametri attualmente utilizzati per determinare la violenza, la coercizione e la possibilità di decidere delle donne, sono stati testati e messi a punto tenendo a mente proprio le donne. Dato che le ripercussioni sulla salute delle donne e delle ragazze non hanno paragoni e che sono più esposte alla violenza sessuale, l'elaborazione e l'adozione di misure incentrate sull'agency riproduttiva deve essere una priorità della salute pubblica globale, il che non si contrappone in alcun modo all'importanza e alla necessità di studiare l'agency riproduttiva degli uomini.

Storia degli indici (di misurazione) dell'agency riproduttiva

Gli indici dei comportamenti riproduttivi, come l'uso dei contraccettivi, vengono utilizzati da decine di anni. Questi strumenti, pur essendo molto importanti per individuare quali siano i bisogni insoddisfatti delle donne, non hanno sempre fornito dati attendibili in merito alla libertà di scelta e all'agency riproduttiva (Bhan e Raj, 2021).

A partire dagli anni 2000, c'è stato un impegno globale a sostegno dell'empowerment delle donne e delle ragazze attraverso programmi e politiche basati sul diritto alla salute sessuale e riproduttiva, ma le pratiche, gli obiettivi e gli indicatori sono ancora condizionati dalle solite argomentazioni relative alla salute pubblica e all'economia. Questi indici privilegiano spesso le esigenze e i desideri dello Stato rispetto a quelli delle persone. In altre parole, non ci siamo occupati abbastanza di un'agency riproduttiva che fosse incentrata sulle persone.

L'attuale piano globale per lo sviluppo, costituito dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, ne prevede due con indicatori specifici incentrati sulla salute sessuale e riproduttiva. L'Obiettivo 3 – garantire la salute e il benessere – al punto 3.7 mira a garantire “l'accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli di pianificazione familiare, informazione e istruzione, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali”. Inoltre, l'Obiettivo 5 – raggiungere la parità di genere e l'emancipazione di tutte le donne e le ragazze – con il traguardo 5.6 invita a garantire «l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi, come concordato nel Programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo e nella Piattaforma d'azione di Pechino».

Insieme, questi obiettivi rappresentano un timido passo avanti. Entrambi evidenziano l'importanza di servizi sanitari completi per la salute sessuale e riproduttiva e prevedono un approccio basato sull'uguaglianza di genere e sul rispetto dei diritti umani nell'erogazione di tali servizi.

Questi obiettivi considerano l'autonomia corporea (ovvero la possibilità di autodeterminarsi) come elemento centrale della salute sessuale e riproduttiva. Tali indicatori hanno dato impulso alla raccolta di dati fondamentali in diversi ambiti della salute e dei diritti riproduttivi.

Tuttavia, studiando e utilizzando questi obiettivi, è emerso chiaramente che non prendono in considerazione alcuni aspetti fondamentali. Gli indicatori dell'obiettivo 3.7 misurano solo i comportamenti e i servizi in grado di prevenire o ritardare una gravidanza. Gli Stati, infatti, non prendono in considerazione i comportamenti sessuali e la riproduzione in senso più ampio, includendovi il desiderio di avere figli e figlie e il raggiungimento degli obiettivi di fecondità in caso di infertilità. Inoltre, l'indicatore 3.7.1 sulla "percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che soddisfano il proprio bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni" può essere causa di pregiudizi verso le donne che devono ricorrere ad altre opzioni - o comunque le prediligono (vedi approfondimento alla fine del capitolo 3) - e anche danneggiarle. L'indicatore 3.7.2 relativo al "tasso di natalità tra le adolescenti (di età compresa tra 10 e 14 anni e tra 15 e 19 anni), calcolato su 1.000 donne di quella specifica fascia di età" non tiene conto dei dati relativi alle scelte e alle condizioni di vita delle adolescenti. Questo è importante perché molte gravidanze adolescenziali non sono intenzionali,

specialmente in contesti in cui le ragazze affrontano gravi disuguaglianze di genere e hanno poche opportunità in generale (Azevedo et al., 2012).

L'obiettivo 5.6 presenta lacune analoghe che richiedono un intervento, anche se gli indicatori che lo compongono, nel loro insieme, offrono un quadro molto più approfondito dell'agency sessuale e riproduttiva rispetto al passato. L'indicatore 5.6.1 misura la "percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni che prendono decisioni informate sulle relazioni sessuali, sull'uso di contraccettivi e sull'assistenza sanitaria riproduttiva". Queste decisioni sono determinate da diversi fattori: la possibilità di dire no a un rapporto sessuale con il proprio partner o marito; la capacità, insieme o a livello individuale, di decidere quali contraccettivi usare; se le scelte sulla salute siano fatte autonomamente, dal partner, o insieme.

L'indicatore 5.6.2 esamina il "numero di paesi con leggi e regolamenti che garantiscono, alle donne e agli uomini di età pari o superiore a 15 anni, l'accesso pieno e paritario all'assistenza sanitaria, all'informazione e all'educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva". Da quando i dati relativi all'obiettivo 5.6 sono disponibili, il mondo ha iniziato a vedere davvero quanto le donne possano esercitare l'autonomia corporea, rivelando quanto la loro capacità di prendere le decisioni più personali e importanti della loro vita sia ostacolata. Tuttavia, questo obiettivo non è affatto esaustivo. Ad esempio, l'indicatore 5.6.1 non dice se le donne possono scegliere quando e con chi avere figli/e, mentre l'indicatore 5.6.2 non prende in considerazione gli ostacoli non strettamente legati al sistema sanitario che le donne devono affrontare nelle loro scelte riproduttive.

La volontà generale, al momento, è quella di individuare i limiti degli strumenti attualmente in uso e crearne di nuovi che rappresentino meglio ogni aspetto dell'agency riproduttiva. Solo attraverso dati più completi potremo garantire politiche a sostegno di scelte reali, che abbiano davvero un significato (UNFPA, n.d.c.).

Il futuro delle valutazioni della scelta riproduttiva

Numerose indagini condotte in diversi Stati hanno utilizzato e analizzato parametri che permettano di elaborare indicatori nuovi, migliori e più precisi. Come già osservato, gli attuali indicatori relativi all'agency sessuale considerano unicamente l'eventualità di poter esprimere un rifiuto in una relazione intima, concentrandosi solo sulle donne al momento sposate o in coppia. Eppure, altri indicatori potrebbero venirci in aiuto per valutare cosa accade alle donne quando parliamo di sicurezza sessuale al di fuori delle relazioni intime. Per esempio, il Demographic and Health Survey (DHS) (vedi box alla fine del capitolo) prevede anche domande sulle violenze sessuali agite da persone che non siano partner e sull'età in cui una donna o una ragazza è stata "obbligata a fare sesso o atti sessuali contro la sua volontà", consentendoci di determinare i casi di abusi sessuali su minori. Anche questi indicatori possono darci la misura della sicurezza sessuale di un paese.

Quando questi dati sono stati raccolti in Ghana con il DHS del 2022, è stato possibile notare che il 6 per cento delle donne aveva una storia di violenze sessuali agite da persone che non erano partner, di cui il 3 per cento (approssimando per difetto) era stata costretta ad avere rapporti sessuali prima dei 15 anni (OSS e DHS Program, 2024). Perciò, i dati raccolti in diversi paesi ci dicono che la sicurezza sessuale nello spazio pubblico è un problema, come dimostra la netta preponderanza di molestie sessuali (Ranganathan et al., 2021; Kearl, 2010).

Allo stesso modo, le molestie sul luogo di lavoro sono un grande problema per le donne, e hanno un impatto negativo sulla loro entrata nella forza lavoro, sulla performance lavorativa e la produttività, al punto di danneggiarne la salute mentale (León-Perez et al., 2021; Ranganathan et al., 2021). È importante precisare che gli indicatori di violenza sessuale al di fuori delle relazioni intime vengono spesso utilizzati per giustificare misure che limitano la libertà di movimento delle donne e delle ragazze per garantire la loro sicurezza sessuale ma privandole di agency e opportunità di vita (Hallmann et al., 2015). Il mondo della ricerca, della politica e dell'attivismo devono porre la massima attenzione per garantire che ciò non avvenga.

Si potrebbe obiettare che tali questioni sono già trattate dalle ricerche sulla violenza di genere – area di studio sicuramente molto importante – ma le questioni in oggetto riguardano anche la sicurezza sessuale, l'integrità corporea e il benessere sessuale, dovrebbero pertanto essere inquadrate e analizzate in quanto tali. Gli indicatori dell'agency sessuale attualmente esistenti, utilizzati nelle indagini di molti paesi, tendono a misurare l'occorrenza – o la mancanza – del controllo nel sesso e della violenza. Anche se è importante che le donne possano rifiutarsi di avere rapporti sessuali quando non vogliono, è altrettanto importante che possano prendere l'iniziativa quando desiderano un rapporto sessuale.

Non tenere conto di ciò contribuisce al mancato scardinamento di norme che vedono le donne come custodi del sesso in un modo che ne nega il desiderio e normalizza l'aggressività sessuale degli uomini. Analizzare la capacità di prendere l'iniziativa e il grado di soddisfazione sessuale delle donne nei rapporti consensuali con i partner può contribuire a sviluppare relazioni di tipo sessuale più sane – questione che deve essere affrontata, visti i trend delle persone che

non scelgono di essere single e il declino delle coppie in alcuni paesi (vedi capitolo 2, pagina 88). E, anche se a livello sociale si fa fatica ad accettare questo tipo di analisi, dobbiamo ricordare che un tempo lo stesso tipo di perplessità venivano espresse circa la violenza da parte del partner, che ora è invece uno pilastro degli indicatori globali dell'empowerment e dell'uguaglianza di genere.

Inoltre, mentre i dati sulla salute sessuale sono generalmente incentrati sulle malattie sessualmente trasmissibili (MST), solo l'HIV viene preso direttamente in considerazione nel quadro attuale degli OSS, all'obiettivo 3.3. Le altre MST sono elencate sotto l'ombrello delle "malattie trasmissibili". Una maggiore attenzione potrebbe e dovrebbe essere dedicata al monitoraggio della varietà delle MST, quali sono i rischi ad esse legati che compromettono la salute riproduttiva e della madre (Van Gerwen et al.,

2022; Otu et al., 2021), e potrebbero avere un impatto negativo sulla capacità di formazione delle famiglie.

Il DHS ha indicatori importanti che potrebbero essere utilizzati allo scopo, come anche chiedere alle donne se hanno avuto una diagnosi di MST recente o dei sintomi a queste riconducibili, e se possano chiedere ai mariti di utilizzare il preservativo. Ci sono altre due domande che, insieme, possono offrire una rappresentazione delle norme sull'agency delle donne o la loro capacità di proteggersi dalle MST qualora il marito sia a rischio: "se la moglie sa che il marito ha una malattia trasmissibile in un rapporto sessuale, ha il diritto di chiedergli di usare il preservativo quando fanno sesso?" e "La moglie ha il diritto di rifiutare un rapporto sessuale se sa che lui fa sesso con altre donne?"

Finanziare i dati a sostegno della salute e dei diritti riproduttivi

Storicamente, la comunità internazionale ha fatto ampio ricorso alla Demographic and Health Survey (DHS) per valutare i comportamenti sessuali e riproduttivi in 90 paesi a basso e medio reddito. L'indagine DHS, in vigore dagli anni '90, è uno strumento fondamentale per la salute pubblica e le politiche sanitarie, sostenuto da numerosi governi, agenzie internazionali e delle Nazioni Unite e partner della società civile. Purtroppo, i fondi globali degli Stati Uniti, principali finanziatori dell'indagine, sono venuti meno nel febbraio 2025; il programma è ora sospeso in attesa di una revisione dei finanziamenti. Se il DHS non ne otterrà di nuovi, potremmo perdere dati di monitoraggio inestimabili su contraccezione, salute riproduttiva, violenza di genere e molti altri settori di ricerca.

Tuttavia, i donatori internazionali stanno lavorando insieme al mondo della ricerca per esplorare altre strade, nel caso in cui il DHS non venga ripristinato. Il Generations and Gender Survey, di dimensioni più ridotte, attualmente implementato in 24 paesi, e il Performance Monitoring for Action Survey raccolgono entrambi dati sulla pianificazione familiare e potrebbero essere estesi a un numero maggiore di paesi.

L'indagine UNFPA/YouGov condotta per questo rapporto è servita anche come esercizio pilota per lo sviluppo di un'ampia indagine transnazionale che UNFPA lancerà nel corso del 2025. Questa indagine globale analizzerà le scelte riproduttive dei/delle giovani e i loro desideri relazionali, nonché gli ostacoli e i fattori che ne favoriscono o meno la realizzazione.

Adeguarsi ai bisogni di una popolazione che invecchia

La persona più anziana del mondo, la brasiliana Inah Canabarro, suora e tifosa di calcio, è morta poche settimane prima del suo 117esimo compleanno, a maggio del 2025. Non molte persone avranno la fortuna di superare i cento anni, ma la nostra aspettativa di vita supera almeno del 25 per cento quella delle generazioni precedenti e delle persone con

capacità genitoriale nelle nostre famiglie. Più o meno 50 anni fa, l'aspettativa di vita nel mondo si aggirava intorno ai 59 anni. Oggi, ha raggiunto i 73 anni. (UN DESA, 2024).

Il miglioramento dei servizi sanitari e delle condizioni di vita in generale hanno contribuito al drastico aumento della longevità

che, a sua volta, contribuisce all'innalzamento dell'età media della popolazione mondiale. Nel mondo le persone di 65 anni e oltre dovrebbero raddoppiare passando da 809 milioni nel 2023 a 1,6 miliardi nel 2050, per arrivare a 2,4 miliardi entro la fine del secolo (UN DESA, 2024).

Eppure, ci sono governi che vedono l'invecchiamento della popolazione come un problema da risolvere, poiché il fatto che le persone anziane aumentano mette a dura prova i sistemi di sicurezza sociale e di assistenza sanitaria, mentre il declino dei tassi di natalità comporta, in prospettiva, una riduzione della forza lavoro e dei/delle contribuenti. Il rischio, però, è che in questo modo si perda di vista l'enorme potenziale economico delle persone anziane e delle attività legate ai loro bisogni, come spiegato nel libro *Longevity Hubs: Regional Innovation for Global Aging*, elaborato dall'AgeLab del Massachusetts Institute of Technology.



“In termini sia di produttività che di spesa, la popolazione anziana è composta da persone alle quali non manca nulla, che hanno un ruolo complesso nell’economia, il cui grande impatto è già sotto gli occhi di chiunque ed è destinato ad aumentare notevolmente nei prossimi anni”, dichiara Luke Yoquinto, uno degli autori di *Longevity Hubs*. Trattare queste persone come “parassiti che fanno razzia delle nostre risorse sociali è sbagliato”, aggiunge.

Nel 2020, ad esempio, la spesa in beni e servizi delle persone di 50 anni e di quelle più anziane ha alimentato quasi un miliardo di posti di lavoro nel mondo, generando un reddito da lavoro di 23 mila miliardi di dollari. Nello stesso anno, la popolazione over 50 finanziava 45 mila miliardi di dollari del PIL mondiale (AARP, 2022).

A livello globale, ci sono diverse città in cui il settore privato, gli istituti che si occupano di ricerca e le realtà che forniscono servizi alle persone anziane si stanno organizzando per sviluppare insieme prodotti e servizi necessari in una società che invecchia. Ciò accade perché è chiaro che c’è bisogno di lavorare con e per le persone più anziane, come lo sono i benefici economici che questo comporta. L’area metropolitana di Boston è in prima linea per diventare un “hub della longevità”, dice Yoquinto. La città ha una forza lavoro con un

alto livello di istruzione, istituti di ricerca all’avanguardia e i migliori servizi di assistenza sanitaria. Boston potrebbe diventare, come scrive la rivista *Inc.*, la “Silicon Valley delle persone ottuagenarie”.

Nel mondo stanno emergendo almeno otto hub della longevità, spiega Yoquinto.

Le aziende della città di Milano, ad esempio, si stanno adeguando alla domanda crescente di alloggi per persone anziane e servizi di assistenza a domicilio. Le aziende milanesi che si occupano di servizi finanziari offrono consulenze per investimenti calibrati sulle esigenze specifiche o investono esse stesse in settori che si occupano delle necessità della fetta più anziana della popolazione italiana. Al giorno d’oggi, in Italia, circa 1 persona su 4 ha un’età pari o superiore ai 65 anni.

A São Paulo, più di 250 rappresentanti del settore privato, dell’accademia, del settore sanitario e del governo hanno formato una rete per rispondere alle esigenze della popolazione brasiliana, che sta invecchiando rapidamente. Questa rete, Envelhecimento 2.0, rappresenta il canale principale di scambio di informazioni e idee sull’“ecosistema della longevità”, ed è il luogo dal quale scaturiscono molte iniziative importanti dedicate alle persone anziane, secondo *Longevity Hubs*.

Nelle città a sud est di Bangkok, nel Corridoio Economico Orientale della Thailandia, la sanità privata e i servizi per le persone anziane stanno avendo una vera e propria esplosione, dato l’afflusso di pensionati e pensionate dall’estero che scelgono di trasferirsi nel paese per via del clima mite, dei bassi costi, della bellezza dei luoghi e della qualità della vita in generale.

Ogni hub della longevità ha qualcosa di unico da offrire ed è in prima linea per adeguarsi alle esigenze specifiche. In passato, spiega Yoquinto, le attività in diversi settori avevano un approccio di facciata rispetto alla fornitura di beni e servizi concepiti sulla base di ciò che le persone giovani pensavano occorresse alle quelle anziane. Questo sta cambiando man mano che il mondo della ricerca, degli affari e le stesse persone anziane lavorano insieme sempre più al fine di trovare soluzioni che migliorino la qualità della vita e portino benefici in generale.

“I processi di innovazione guidati dalle esigenze della popolazione che invecchia – sia a livello interno che globale – producono un enorme vantaggio concorrenziale”, dice Yoquinto “Se non ci investi tu, lo farà qualcun altro”.

Infine, la raccolta sistematica di dati globali sull'agency riproduttiva, le aspirazioni di fecondità e le sfide poste a questi fenomeni devono essere una priorità della comunità internazionale. Idealmente, le raccolte future di dati non dovrebbero essere basate solo sui bisogni, i desideri, l'agency e l'empowerment delle giovani e dei giovani, ma essere longitudinali, continuare a seguire le persone nel corso della vita per capire se il sistema e l'ambiente circostante consenta di perseguire gli obiettivi di ogni persona.

Imparare dalla storia

In sintesi, mentre la diversità demografica mondiale aumenta, e aumentano i paesi con tassi di fecondità in declino, accompagnati da spinte verso l'etnonazionalismo e preoccupazioni per la "sovrappopolazione", in quei paesi in cui i tassi di fecondità sono in costante aumento, dobbiamo mantenere la massima attenzione – e anche il massimo ottimismo.

Le persone che governano dovrebbero tenere a mente gli ultimi 60 anni di storia quando stabiliscono delle politiche che, se mal concepite, potrebbero rivelarsi inefficaci o avere conseguenze indesiderate, con conseguenze forse transitorie, ma potenzialmente devastanti sui diritti umani. Devono inoltre riconoscere le legittime preoccupazioni delle persone giovani, che hanno bisogno non solo delle giuste condizioni per compiere delle scelte riproduttive libere e informate, ma anche di sperare in un futuro in cui tali scelte trovino sostegno (Gessen, 2014).

Le persone giovani raccontano di sentirsi la sopraffazione dovuta a preoccupazioni e incertezze sul proprio futuro. Si aspettano di vivere in condizioni peggiori rispetto alle persone con capacità genitoriale delle famiglie di provenienza. Le loro ansie sul cambiamento

climatico, l'instabilità economica e l'aumento dei conflitti globali si rifletteranno nelle scelte riguardo alla creazione di una famiglia. Non è raro che vivano un senso di tradimento, con la convinzione che la politica, estranea alla realtà che vivono, stia privando la loro generazione del futuro. In molti paesi, il fatto che il numero delle persone anziane che si recano alle urne aumenta continuamente, fa sì che i risultati elettorali siano sbilanciati a loro vantaggio, spesso a scapito di chi è più giovane. Di conseguenza, "leader politici che hanno un singolo mandato come orizzonte temporale, di solito si rivolgono all'elettorato più anziano, piuttosto che concentrarsi su riforme necessarie per le generazioni più giovani e per quelle future" (UNFPA, 2025d).

Chi governa avendo a cuore l'andamento demografico farebbe bene ad ascoltare queste voci e a perseguire politiche incentrate sul concetto di equità intergenerazionale. Ciò richiede la promozione della solidarietà tra le generazioni e l'adozione di un approccio basato sul ciclo di vita, in grado di garantire alle persone giovani la possibilità di partecipare in modo significativo alla vita delle comunità, soddisfacendo al contempo le crescenti esigenze di quelle anziane. Un esempio promettente è l'iniziativa Y-ACT in Kenya, che ha consentito ai/alle giovani di influenzare le politiche e le decisioni di bilancio in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi a livello di contea, portando a un aumento degli investimenti in servizi sanitari a misura di adolescenti e a una partecipazione significativa alla governance (UNFPA, 2023a).

I giovani e le giovani che sperano nel futuro hanno più probabilità di raggiungere la vita che cercano, anche per le loro famiglie. Come ha precisato una giovane attivista, rispondendo al questionario UNFPA, "Le persone giovani non si preoccupano soltanto del futuro di eventuali

figli/e, ma anche del mondo che erediteranno” (vedi pagine 8-9).

La storia ci indica un possibile rimedio in modo chiaro: il Programma d’Azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo. Analizzando attentamente questo documento è possibile rintracciare le soluzioni a diversi problemi che il mondo deve affrontare al giorno d’oggi: il Programma evoca “politiche che abbiano al centro la famiglia nel settore degli alloggi, del lavoro, della salute, della sicurezza sociale e dell’istruzione per creare un ambiente favorevole alle famiglie”. Il documento insiste sull’importanza del “pari coinvolgimento di uomini e donne in tutte le attività legate alla famiglia e al nucleo familiare, comprese la pianificazione familiare, la crescita di figli e figlie e i lavori domestici”. Sottolinea inoltre la necessità del “congedo parentale per uomini e donne in modo da poter gestire meglio le scelte che hanno un impatto sulle responsabilità all’interno e all’esterno delle mura domestiche” (UNFPA, 2014).

Questo accordo, giunto al trentesimo anno di vita, ha addirittura anticipato molte questioni che oggi ci sembrano novità: l’invecchiamento della popolazione e la necessità di aiutare le “famiglie a prendersi cura delle persone anziane”, l’importanza di leggi e politiche adatte alla “pluralità di forme” in cui una famiglia si può declinare, la necessità di implementare “l’assistenza di terze parti” che aiutino i genitori a conciliare famiglia e lavoro.

Cosa più importante, ha raccolto consenso generale sul fatto che tutte le coppie e le persone dovrebbero avere le informazioni e i mezzi adatti per decidere liberamente e in modo responsabile se, quando e quanti figli e figlie avere. Questo deve essere il nostro obiettivo, indipendentemente dal tasso di fecondità di un paese, per tutte e tutti, ovunque nel mondo.



Artwork by Marianna Gefen



Artwork by Stina Persson

INDICATORI

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD:
salute sessuale e riproduttiva **pagina 124**

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD:
genere, diritti e capitale umano **pagina 130**

Indicatori demografici **pagina 136**

Note tecniche **pagina 142**

Salute sessuale e riproduttiva

	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore massimo stimato ^a	Parti assistiti da personale medico qualificato, percentuale	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, tutte le donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale	Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC)		
						Qualsiasi metodo		Metodi moderni		Tutte le donne					Sposate o conviventi	
						Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi					
World and regional areas	2023	2023	2023	2024	2023	2025		2025		2025		2022	2021			
Mondo	197	174	234	87	0.17	49	64	44	58	8	11	77	76	68		
Regioni più sviluppate	–	–	–	99	0.14	58	71	52	63	7	8	81	87	84		
Regioni meno sviluppate	–	–	–	82	0.17	50	68	46	61	7	9	80	72	64		
Paesi meno sviluppati	313	277	368	69	0.30	32	43	28	37	15	19	60	71	44		
Regioni UNFPA																
Stati Arabi	133	98	184	84	0.05	33	53	28	45	10	15	65	65	61		
Asia e Pacifico	102	89	120	87	0.07	52	70	47	63	6	9	81	74	68		
Europa orientale e Asia centrale	18	15	22	99	0.10	43	63	34	49	8	12	67	84	74		
America Latina e Caraibi	77	68	88	92	0.20	58	75	55	71	8	10	83	75	76		
Africa orientale e meridionale	276	233	352	74	0.73	35	44	32	40	15	20	64	72	46		
Africa occidentale e centrale	669	538	920	62	0.34	22	25	19	21	16	21	49	70	40		
Paesi, territori e altre aree	2023	2023	2023	2004–2024	2023	2025		2025		2025		2025	2022	2021		
Afghanistan	521	339	942	68	0.04	21	30	18	26	15	23	51	56	41		
Albania	7	3	13	100	0.03	47	64	20	26	10	13	36	79	64		
Algeria	62	46	87	99	0.05	33	60	28	52	7	11	72	–	74		
Angola	183	117	286	50	0.44	18	19	16	17	26	34	38	62	37		
Antigua and Barbuda	35	19	55	99	–	41	62	39	59	10	13	76	–	76		
Argentina	33	26	41	99	0.09	58	71	56	68	10	11	83	92	79		
Armenia	19	15	30	100	0.19	37	60	21	33	7	12	47	87	68		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Australia	2	2	3	99	–	58	67	56	64	7	10	86	–	87		
Austria	6	4	11	98	–	66	73	63	70	5	7	89	–	85		
Azerbaijan	18	12	29	100	0.05	35	58	15	25	8	13	36	–	66		
Bahamas	76	50	130	99	0.16	45	65	43	64	10	12	78	–	77		
Bahrain	17	12	25	98	–	37	63	27	45	7	12	60	73	76		
Bangladesh	115	82	167	70	0.01	54	65	46	56	8	10	75	–	52		
Barbados	35	18	56	98	0.14	50	63	47	60	12	14	75	44	77		
Belarus	1	1	2	100	0.10	52	62	45	53	11	11	73	83	79		
Belgium	4	3	5	–	–	61	67	60	66	6	8	91	–	86		
Belize	67	39	111	95	0.39	44	58	41	54	13	17	72	43	68		
Benin	518	393	740	81	0.10	20	23	16	19	21	29	39	91	38		
Bhutan	47	30	69	99	0.10	40	62	39	60	8	12	81	83	60		
Bolivia (Plurinational State of)	146	98	243	72	0.16	45	68	34	51	10	15	62	94	65		
Bosnia and Herzegovina	6	3	10	100	0.02	39	51	20	23	9	13	43	70	66		
Botswana	155	96	268	100	1.90	58	70	57	69	8	10	87	64	55		
Brazil	67	52	88	98	0.24	67	80	65	78	6	7	90	–	80		
Brunei Darussalam	36	25	52	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78		
Bulgaria	6	3	9	94	0.03	66	80	52	60	5	7	73	62	73		
Burkina Faso	242	155	367	96	0.08	33	37	31	35	13	16	67	81	40		
Burundi	392	251	611	75	0.12	21	35	19	31	16	26	52	65	41		
Cabo Verde	40	22	65	97	0.52	45	59	44	58	12	15	78	84	71		
Cambodia	137	96	239	99	0.07	43	64	32	47	8	11	63	98	58		
Cameroon	258	196	359	69	–	25	25	21	19	15	21	52	–	44		
Canada	12	8	18	98	–	73	82	70	80	3	4	93	–	91		
Central African Republic	692	333	1299	40	–	22	24	17	19	21	26	40	77	32		
Chad	748	493	1248	47	0.25	8	9	7	8	19	25	27	59	29		
Chile	10	7	13	100	0.18	66	78	61	72	6	8	86	–	82		
China	16	11	21	100	–	67	85	65	83	3	3	92	–	81		
China, Hong Kong Special Administrative Region	–	–	–	–	–	50	70	47	68	7	10	84	–	–		

Salute sessuale e riproduttiva

Mondo e aree regionali	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale medico qualificato, percentuale	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, tutte le donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale	Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC)	
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	Qualsiasi metodo		Metodi moderni		Tutte le donne		Tutte le donne	2025	2022	2021
						Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne			
China, Macao Special Administrative Region	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	59	45	76	98	0.25	64	82	60	77	5	6	87	96	80	
Comoros	179	103	308	97	0.01	13	17	10	13	22	32	28	-	48	
Congo	241	144	453	94	1.70	43	46	31	30	14	18	54	55	41	
Costa Rica	24	19	28	99	0.17	55	74	53	72	9	10	84	84	81	
Côte d'Ivoire	359	237	568	84	0.35	29	29	25	25	17	21	54	64	43	
Croatia	3	2	4	100	0.01	46	71	33	47	4	8	66	98	80	
Cuba	35	29	42	100	0.18	63	62	62	61	10	13	84	-	83	
Curaçao	-	-	-	-	-	39	46	36	43	15	21	67	-	-	
Cyprus	14	8	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	72	81	
Czechia	3	2	4	100	0.02	63	84	57	76	4	4	84	79	84	
Democratic People's Republic of Korea	67	38	114	100	-	62	75	59	72	7	8	86	83	68	
Democratic Republic of the Congo	427	283	775	85	0.17	27	31	17	18	20	25	37	-	42	
Denmark	4	3	5	96	0.01	63	77	59	73	5	6	88	87	82	
Djibouti	162	80	337	87	0.29	16	32	16	31	13	25	54	-	44	
Dominica	36	22	61	100	-	48	63	46	61	11	13	78	-	49	
Dominican Republic	124	86	185	99	0.36	57	73	54	70	8	10	84	-	77	
Ecuador	55	48	66	96	0.12	54	80	49	73	7	6	81	92	77	
Egypt	17	11	23	97	0.07	42	62	40	60	8	11	81	-	70	
El Salvador	39	25	63	98	0.13	52	74	49	69	8	10	82	92	78	
Equatorial Guinea	174	103	309	68	-	19	19	16	16	22	31	40	-	46	
Eritrea	291	176	483	34	0.06	9	15	9	14	16	28	35	-	45	
Estonia	5	3	9	99	0.08	63	75	52	63	5	7	77	98	79	
Eswatini	118	72	209	93	4.20	47	62	46	61	12	16	79	98	56	
Ethiopia	195	128	332	50	0.07	28	39	28	38	15	21	64	73	35	
Fiji	30	20	47	100	0.40	25	38	22	33	15	23	55	-	58	
Finland	8	5	14	100	-	79	82	74	78	3	4	91	98	86	
France	7	6	10	98	0.09	67	78	64	75	4	4	91	-	85	
French Guiana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
French Polynesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gabon	233	134	424	95	0.79	26	28	20	19	21	28	43	58	49	
Gambia	354	245	504	84	0.53	15	22	14	20	15	24	46	-	46	
Georgia	20	13	27	100	0.14	32	49	23	35	12	18	53	94	68	
Germany	4	3	5	96	-	55	68	54	67	6	9	88	87	88	
Ghana	234	155	344	88	0.56	31	37	24	30	14	22	53	66	48	
Greece	5	3	8	100	0.05	50	74	37	52	4	7	68	72	77	
Grenada	48	29	95	100	-	45	65	42	60	10	12	76	-	70	
Guadeloupe	-	-	-	-	-	40	58	36	51	11	15	72	-	-	
Guam	-	-	-	-	-	37	66	33	56	7	10	75	-	-	
Guatemala	94	82	106	70	0.09	43	65	37	55	8	12	72	-	59	
Guinea	494	337	764	55	0.33	15	15	14	14	18	23	44	79	40	
Guinea-Bissau	505	313	851	54	0.53	33	25	31	24	16	19	64	80	37	
Guyana	75	59	103	98	0.73	30	39	28	38	19	28	58	87	76	
Haiti	328	218	569	42	0.48	30	40	27	37	23	32	52	65	54	
Honduras	47	37	62	94	0.05	50	73	47	67	8	10	80	80	64	
Hungary	12	8	18	100	-	50	70	45	63	7	9	80	93	79	
Iceland	3	1	6	97	0.03	-	-	-	-	-	-	-	-	89	
India	80	73	87	89	0.05	51	68	45	59	7	9	78	74	63	
Indonesia	140	93	235	97	0.10	38	54	38	53	10	14	78	77	55	
Iran (Islamic Republic of)	16	10	22	99	0.03	57	82	46	66	3	4	76	63	74	
Iraq	66	41	116	96	-	39	57	28	41	8	12	60	59	59	

Salute sessuale e riproduttiva

Mondo e aree regionali	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale medico qualificato, percentuale	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, tutte le donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale	Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC)	
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	Qualsiasi metodo		Metodi moderni		Tutte le donne		Sposate o conviventi		2022	2021
						Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi		
Ireland	4	3	5	100	0.04	65	70	63	67	5	9	89	-	83	
Israel	2	1	4	100	0.03	40	73	31	56	5	8	69	-	85	
Italy	6	5	9	99	0.03	59	67	49	52	5	9	77	-	84	
Jamaica	130	96	175	100	0.42	37	66	34	60	9	10	73	76	74	
Japan	3	2	4	100	-	51	59	46	52	9	15	76	85	83	
Jordan	31	24	41	100	0.00	33	60	23	41	6	11	58	56	65	
Kazakhstan	10	7	14	100	0.12	43	54	41	51	10	14	77	65	80	
Kenya	379	267	547	89	0.31	46	64	43	61	6	9	82	48	53	
Kiribati	80	34	152	92	-	24	33	20	27	16	22	50	-	48	
Kuwait	8	5	12	99	0.04	36	60	30	50	8	13	68	-	78	
Kyrgyzstan	42	33	55	100	0.11	26	43	25	41	10	17	68	73	69	
Lao People's Democratic Republic	112	75	182	80	0.18	40	62	35	55	9	13	73	96	52	
Latvia	19	13	28	98	0.15	58	72	52	62	6	9	81	70	75	
Lebanon	15	11	21	98	0.05	32	62	25	47	7	12	64	-	73	
Lesotho	478	298	725	89	3.00	50	67	49	67	9	13	83	-	53	
Liberia	628	436	913	84	0.15	29	29	28	28	24	30	52	-	45	
Libya	59	23	154	100	-	16	41	11	27	10	25	42	-	62	
Lithuania	8	5	12	100	0.06	47	71	39	58	6	8	73	87	75	
Luxembourg	12	7	19	100	0.08	-	-	-	-	-	-	-	-	83	
Madagascar	445	326	652	46	-	42	52	36	46	12	14	68	-	35	
Malawi	225	153	352	96	0.61	50	67	49	66	12	14	79	79	48	
Malaysia	26	24	34	100	0.09	30	50	23	37	12	19	54	83	76	
Maldives	32	22	50	100	-	17	25	14	20	20	29	37	93	61	
Mali	367	268	498	66	0.24	20	22	19	22	20	23	48	-	41	
Malta	8	4	14	100	0.09	54	80	43	63	3	5	76	-	85	
Martinique	-	-	-	-	-	40	60	37	54	10	15	73	-	-	
Mauritania	381	263	561	70	0.06	12	17	11	15	21	30	34	65	40	
Mauritius	66	44	105	100	0.86	36	67	26	46	7	9	59	75	66	
Mexico	42	32	50	88	0.15	53	73	51	69	9	11	82	86	75	
Micronesia (Federated States of)	129	56	302	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	
Mongolia	41	27	58	100	0.01	41	58	38	53	12	15	71	-	65	
Montenegro	6	3	10	99	0.04	23	27	17	17	14	22	44	52	72	
Morocco	70	51	94	87	0.03	41	71	35	62	7	10	75	-	69	
Mozambique	82	60	113	68	2.60	28	29	27	28	21	25	55	-	44	
Myanmar	185	124	311	60	0.19	35	60	34	58	8	13	80	91	52	
Namibia	139	91	223	88	2.20	53	62	53	61	10	14	83	88	63	
Nepal	142	99	234	80	0.02	43	56	36	47	15	20	61	48	54	
Netherlands (Kingdom of the)	4	3	6	-	-	63	73	60	70	5	7	88	100	85	
New Caledonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
New Zealand	7	4	9	96	0.01	64	81	60	75	4	5	88	95	85	
Nicaragua	60	45	77	94	0.10	59	82	57	79	5	6	88	75	70	
Niger ¹	350	227	563	44	0.05	12	15	12	14	16	20	41	-	35	
Nigeria	993	718	1540	51	0.34	20	24	16	19	15	19	46	-	38	
North Macedonia	3	1	5	100	0.02	44	54	22	22	9	13	41	-	74	
Norway	1	1	2	99	-	68	85	63	80	3	4	89	100	87	
Oman	13	9	19	100	0.02	22	39	15	27	13	24	44	70	70	
Pakistan	155	107	241	68	-	27	41	21	32	11	16	55	69	45	
Panama	37	30	43	93	0.35	47	60	45	57	13	17	74	72	78	
Papua New Guinea	189	119	307	56	0.65	29	40	24	33	17	24	52	-	30	
Paraguay	58	42	81	91	0.20	58	73	55	68	8	8	83	76	72	
Peru	51	40	62	95	0.19	54	78	42	60	5	7	72	85	71	
Philippines	84	64	119	90	0.24	35	59	26	44	8	12	61	80	58	

Salute sessuale e riproduttiva

Mondo e aree regionali	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore massimo stimato ^a	Parti assistiti da personale medico qualificato, percentuale	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, tutte le donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale	Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC)
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	Qualsiasi metodo		Metodi moderni		Tutte le donne		2025	2022	2021
						Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi			
Poland	2	1	3	100	-	54	74	44	59	6	8	73	89	82
Portugal	15	9	24	97	0.05	58	74	50	63	4	7	80	95	88
Puerto Rico	11	7	19	-	-	52	82	47	74	7	4	80	-	-
Qatar	4	2	6	100	0.04	33	50	28	42	9	14	66	71	76
Republic of Korea	4	3	5	100	-	51	83	45	70	4	6	82	-	89
Republic of Moldova	19	13	27	100	0.30	48	59	39	47	12	15	65	-	71
Réunion	-	-	-	-	-	51	72	50	70	8	9	84	-	-
Romania	12	7	18	98	0.02	53	71	45	59	6	8	76	98	78
Russian Federation	9	6	15	100	-	49	68	43	58	7	9	76	70	79
Rwanda	229	158	373	94	0.24	40	67	37	62	9	12	76	82	49
Saint Kitts and Nevis	74	36	118	100	0.32	48	60	45	56	12	14	75	-	79
Saint Lucia	44	26	77	100	0.14	49	61	46	57	12	14	75	33	77
Saint Vincent and the Grenadines	56	32	87	99	-	48	66	46	63	10	12	78	81	69
Samoa	101	46	233	89	-	14	22	13	20	27	42	32	22	55
San Marino	8	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
Sao Tome and Principe	75	42	138	97	-	38	52	36	48	19	24	62	46	59
Saudi Arabia	7	5	11	100	0.04	23	41	19	34	11	21	55	-	74
Senegal	237	173	365	94	0.16	21	29	20	28	13	19	58	75	50
Serbia	11	8	16	100	0.03	47	59	30	30	6	11	56	99	72
Seychelles	42	26	64	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
Sierra Leone	354	249	537	87	0.39	29	28	29	28	19	23	60	65	41
Singapore	6	4	11	100	0.03	34	68	30	60	5	10	78	46	89
Sint Maarten (Dutch part)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	4	3	7	97	0.02	55	79	48	67	5	6	79	86	82
Slovenia	3	2	6	100	-	49	79	41	67	3	5	80	-	84
Solomon Islands	123	65	231	86	-	24	33	20	27	14	18	53	-	47
Somalia	563	244	1089	32	-	8	11	2	3	17	26	10	-	27
South Africa	118	92	137	97	2.70	51	59	51	59	10	14	83	95	71
South Sudan	692	400	1254	40	0.56	7	9	7	8	22	29	23	16	34
Spain	3	2	4	100	0.05	64	68	62	66	5	11	89	-	85
Sri Lanka	18	15	25	100	0.01	46	68	37	56	5	7	74	86	67
State of Palestine ²	16	9	26	100	-	39	62	30	47	7	10	65	68	-
Sudan	256	159	415	78	0.11	12	18	11	16	17	27	37	57	44
Suriname	84	54	121	100	0.83	35	49	35	48	14	21	70	-	63
Sweden	4	3	6	-	-	59	70	56	68	6	8	87	100	85
Switzerland	5	4	8	-	0.02	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Syrian Arab Republic	20	11	38	96	0.00	35	62	26	47	7	12	63	81	64
Tajikistan	14	8	25	98	0.03	24	34	22	32	15	21	57	-	67
Thailand	34	26	49	100	0.13	41	76	40	74	4	7	89	-	82
Timor-Leste	192	125	288	69	0.08	21	36	19	32	13	22	56	-	52
Togo	349	219	526	69	0.26	26	29	23	27	22	29	50	-	44
Tonga	67	30	156	98	-	18	34	16	29	13	25	50	-	57
Trinidad and Tobago	54	40	69	99	-	32	42	26	37	17	22	54	27	75
Tunisia	36	23	53	98	0.07	31	57	27	50	8	14	69	-	67
Türkiye	15	11	22	97	-	43	72	30	50	6	9	63	78	76
Turkmenistan	5	2	8	100	-	36	54	34	51	8	12	77	94	75
Turks and Caicos Islands	-	-	-	100	-	37	40	36	39	18	22	64	-	-
Tuvalu	170	75	409	100	-	20	27	18	24	19	27	46	-	52
Uganda	170	116	298	88	0.86	41	52	36	47	15	20	65	-	49
Ukraine	15	9	25	100	-	53	69	45	56	6	9	76	95	76
United Arab Emirates	3	2	4	100	-	37	53	30	42	11	16	62	-	82

Salute sessuale e riproduttiva

Mondo e aree regionali	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale medico qualificato, percentuale	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, tutte le donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale	Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC)		
						Qualsiasi metodo		Metodi moderni		Tutte le donne					Sposate o conviventi	
						Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi	Tutte le donne	Sposate o conviventi					
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	2025		2025		2025		2022	2021			
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	8	6	12	-	-	71	76	65	69	5	7	86	96	88		
United Republic of Tanzania	276	192	429	85	0.85	33	40	28	34	16	20	57	-	43		
United States of America	17	13	21	99	-	60	76	53	67	5	6	80	-	86		
United States Virgin Islands	-	-	-	-	-	53	75	49	70	8	8	80	-	-		
Uruguay	15	11	20	100	0.24	57	79	55	77	6	7	87	97	82		
Uzbekistan	26	18	40	99	0.10	47	62	45	59	8	11	81	92	75		
Vanuatu	100	38	265	91	-	38	49	33	42	15	19	61	-	47		
Venezuela (Bolivarian Republic of) ³	227	148	371	99	0.27	54	76	51	72	7	9	82	-	75		
Viet Nam	48	31	69	98	0.06	58	79	48	66	4	6	78	54	68		
Western Sahara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Yemen	118	71	212	61	0.05	31	48	23	35	14	21	52	65	42		
Zambia	85	61	126	94	1.20	38	55	37	53	14	17	70	91	56		
Zimbabwe	358	236	484	86	0.98	51	69	50	69	8	9	86	73	55		

NOTE

- Dati non disponibili.
- ^a Il Rapporto di mortalità materna è stato arrotondato secondo questo schema: <100, arrotondato all'unità più vicina; 100-999, arrotondato all'unità più vicina; e ≥1000, arrotondato alla decina più vicina.
- ¹ Il Governo del Nicaragua ha comunicato che saranno pubblicati nuovi dati; se questi dovessero influenzare le stime attuali, il rapporto sarà aggiornato. Il Nicaragua continua a rafforzare il proprio sistema di informazioni sanitarie e ha adottato il sistema di Ricerca e riclassificazione delle morti materne (BIRMM), che potrebbe consentire una futura classificazione come studio specializzato sulla mortalità materna per migliorare le stime del Paese.
- ² Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite..."
- ³ La cifra indicata per il Venezuela riflette la stima globale presentata dal Gruppo Inter-Agenzie delle Nazioni Unite per le stime sulla mortalità materna (MMEIG), basata su dati che hanno segnato un picco nella mortalità materna, prima dell'attuazione del piano accelerato del Governo per ridurre la mortalità materna, sviluppato con il supporto tecnico delle Nazioni Unite. Il Governo della Repubblica Bolivariana del Venezuela riferisce di un graduale declino, comunicando ufficialmente una cifra di 65,56 per 100.000 nati vivi, secondo le stime nazionali ufficiali per il 2024.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

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

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

Numero di nuove infezioni da HIV, per 1.000 persone non infette: numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 anni-persona tra la popolazione sieronegativa (indicatore SDG 3.3.1).

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

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

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

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

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

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

FONTI PRINCIPALI PER I DATI

Rapporto di mortalità materna: Gruppo Inter-agenzia delle Nazioni Unite per la Stima della Mortalità Materna (WHO, UNICEF, UNFPA, Banca Mondiale e Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione), 2025.

Parti assistiti da personale sanitario qualificato: database mondiale comune sull'assistenza qualificata al parto, 2025, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database mondiale comune.

Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative: stime UNAIDS 2024 su HIV.

Tasso di prevalenza contraccettiva: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2025.

Tasso di prevalenza contraccettiva, metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2025.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2025.

Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2025.

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

Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC): WHO, 2023.

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Presenza di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Presenza di decisioni delle donne sulla propria salute, percentuale	Presenza di decisioni sull'uso della contraccezione, percentuale	Presenza di decisioni sui rapporti sessuali, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado
World and regional areas	2025	2024	2023	2018	2024	2024	2024	2024	2023	2023	2023	2023
Mondo	38	19	-	13	56	75	88	75	84.35	0.99	67.14	0.99
Regioni più sviluppate	8	-	-	-	87	98	96	92	-	-	-	-
Regioni meno sviluppate	41	-	-	-	56	74	88	75	-	-	-	-
Paesi meno sviluppati	88	36	-	22	46	68	86	68	-	-	-	-
Regioni UNFPA												
Stati Arabi	42	17	54	15	58	92	91	67	-	-	-	-
Asia e Pacifico	24	18	-	13	63	79	91	81	-	-	-	-
Europa orientale e Asia centrale	18	10	-	9	70	89	91	81	-	-	-	-
America Latina e Caraibi	51	21	-	8	72	86	91	90	-	-	-	-
Africa orientale e meridionale	92	30	-	24	48	76	88	67	-	-	-	-
Africa occidentale e centrale	101	33	18	15	26	44	80	55	-	-	-	-
Paesi, territori e altre aree	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Afghanistan	62	29	-	35	-	-	-	-	-	-	45	0.55
Albania	10	12	-	6	62	92	83	77	95	0.93	89	0.99
Algeria	11	4	-	-	-	-	-	-	97	1.00	80	1.10
Angola	163	30	-	25	39	75	74	63	-	-	-	-
Antigua and Barbuda	33	-	-	-	-	-	-	-	99	-	91	0.99
Argentina	26	16	-	5	92	98	95	99	99	-	95	1.09
Armenia	11	5	-	5	62	96	83	76	94	0.97	89	1.04
Aruba	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	7	-	-	3	-	-	-	-	98	1.00	94	1.05
Austria	4	-	-	4	96	99	99	98	99	1.00	92	1.02
Azerbaijan	37	15	-	5	-	-	-	-	91	0.99	84	1.05
Bahamas	28	-	-	-	-	-	-	-	90	-	81	1.15
Bahrain	7	-	-	-	87	93	92	79	100	-	98	-
Bangladesh	71	51	-	23	64	77	94	86	76	1.32	75	1.02
Barbados	48	29	-	-	-	-	-	-	99	0.99	92	1.03
Belarus	12	5	-	6	-	-	-	-	96	1.00	95	1.04
Belgium	4	0	-	5	-	-	-	-	99	1.00	98	1.00
Belize	52	34	-	8	-	-	-	-	94	0.99	72	1.08
Benin	77	28	9	15	32	52	66	59	53	0.91	32	0.79
Bhutan	6	26	-	9	-	-	-	-	90	1.19	79	1.25
Bolivia (Plurinational State of)	71	20	-	18	-	-	-	-	93	1.00	81	1.01
Bosnia and Herzegovina	9	4	-	3	-	-	-	-	98	-	77	1.09
Botswana	48	-	-	17	-	-	-	-	91	1.01	69	1.08
Brazil	40	26	-	7	-	-	-	-	96	1.03	92	1.02
Brunei Darussalam	9	-	-	-	-	-	-	-	99	-	74	1.10
Bulgaria	37	-	-	6	-	-	-	-	94	1.00	89	0.97
Burkina Faso	93	51	56	11	12	33	56	41	44	1.17	24	1.23
Burundi	58	19	-	22	40	72	88	60	65	1.10	37	1.16
Cabo Verde	50	8	-	11	-	-	-	-	92	1.04	83	1.15
Cambodia	48	18	-	9	80	92	93	91	86	0.86	50	1.29
Cameroon	98	30	1	22	35	55	74	67	53	0.93	35	0.87
Canada	5	-	-	3	-	-	-	-	99	-	85	1.00
Central African Republic	184	61	22	21	-	-	-	-	45	0.69	17	0.60
Chad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0.76	26	0.65
Chile	6	-	-	6	-	-	-	-	99	-	99	0.99
China	6	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
China, Hong Kong Special Administrative Region	1	-	-	3	84	96	88	98	-	1.00	76	0.99

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Presenza di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Presenza di decisioni delle donne sulla propria salute, percentuale	Presenza di decisioni sull'uso della contraccezione, percentuale	Presenza di decisioni sui rapporti sessuali, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado
Mondo e aree regionali	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
China, Macao Special Administrative Region	0	-	-	-	-	-	-	-	90	0.97	86	1.05
Colombia	39	23	-	12	-	-	-	-	96	1.02	87	1.03
Comoros	74	21	-	8	21	47	71	47	66	1.01	40	1.06
Congo	111	27	-	-	27	41	87	71	-	-	-	-
Costa Rica	25	17	-	7	-	-	-	-	94	1.00	89	1.02
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	19	43	53	47	68	1.00	52	1.00
Croatia	7	-	-	4	95	100	97	98	-	-	94	1.06
Cuba	49	29	-	5	-	-	-	-	94	0.99	78	1.04
Curaçao	20	-	-	-	-	-	-	-	100	-	95	1.00
Cyprus	8	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	0.99
Czechia	7	-	-	4	95	99	98	98	100	-	96	1.00
Democratic People's Republic of Korea	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Democratic Republic of the Congo	109	29	-	36	31	47	85	74	-	-	-	-
Denmark	1	1	-	3	95	99	97	99	99	1.00	91	1.01
Djibouti	21	7	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	49	-	-	-	-	-	-	-	93	0.90	89	0.97
Dominican Republic	77	32	-	10	77	88	92	93	90	1.01	65	1.11
Ecuador	50	22	-	8	87	100	92	95	86	1.02	88	1.04
Egypt	37	16	87	15	-	-	-	-	92	1.00	70	0.94
El Salvador	50	20	-	6	-	-	-	-	78	1.05	56	1.09
Equatorial Guinea	176	30	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	76	41	83	-	-	-	-	-	63	0.85	56	0.82
Estonia	5	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	91	1.01
Eswatini	87	2	-	18	73	95	94	79	-	-	-	-
Ethiopia	72	40	65	27	38	82	91	46	-	-	30	1.01
Fiji	31	4	-	23	62	86	84	77	97	-	78	1.12
Finland	3	0	-	8	-	-	-	-	99	1.00	95	1.01
France	3	-	-	5	-	-	-	-	100	1.00	96	1.02
French Guiana	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
French Polynesia	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	100	13	-	22	48	60	90	86	64	1.03	53	1.05
Gambia	65	23	73	10	20	49	87	45	86	1.22	58	1.33
Georgia	22	9	-	3	65	95	79	84	98	-	98	0.99
Germany	6	-	-	-	-	-	-	-	98	1.01	88	0.99
Ghana	63	16	2	10	52	76	84	72	92	0.99	66	0.94
Greece	7	-	-	5	-	-	-	-	99	1.00	97	1.00
Grenada	31	-	-	8	-	-	-	-	96	-	90	0.96
Guadeloupe	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	58	30	-	7	65	77	91	89	63	0.96	37	1.06
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	46	0.78	27	0.67
Guinea-Bissau	84	26	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	65	32	-	11	71	92	90	83	73	0.96	63	1.09
Haiti	55	15	-	12	57	77	93	79	-	-	-	-
Honduras	97	34	-	7	70	84	88	94	57	1.08	39	1.22
Hungary	17	-	-	6	-	-	-	-	97	1.00	90	1.01
Iceland	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1.00	83	1.02
India	11	23	-	18	66	82	92	83	85	1.01	57	1.03
Indonesia	36	16	51	9	-	-	-	-	95	1.06	76	0.99
Iran (Islamic Republic of)	23	17	-	18	-	-	-	-	93	0.99	79	1.00

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Presenza di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Presenza di decisioni delle donne sulla propria salute, percentuale	Presenza di decisioni sull'uso della contraccezione, percentuale	Presenza di decisioni sui rapporti sessuali, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado
Mondo e aree regionali	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Iraq	70	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ireland	3	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	1.02
Israel	6	1	-	6	-	-	-	-	97	1.00	96	1.02
Italy	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	94	1.00
Jamaica	35	27	-	7	-	-	-	-	79	1.02	81	0.99
Japan	2	-	-	4	-	-	-	-	100	-	98	1.02
Jordan	17	10	-	14	76	94	96	83	95	0.98	83	1.13
Kazakhstan	17	7	-	6	-	-	-	-	96	0.99	99	1.00
Kenya	46	13	15	23	65	87	92	77	-	-	-	-
Kiribati	51	18	-	25	-	-	-	-	92	1.00	90	1.18
Kuwait	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kyrgyzstan	29	9	-	13	77	94	95	85	92	1.01	63	0.89
Lao People's Democratic Republic	89	31	-	8	-	-	-	-	64	1.01	36	0.92
Latvia	9	-	-	6	-	-	-	-	98	1.00	92	1.03
Lebanon	17	6	-	-	-	-	-	-	67	1.06	45	1.34
Lesotho	53	13	-	17	69	94	94	76	68	1.13	41	1.20
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	56	1.04	54	1.00
Libya	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lithuania	6	0	-	5	-	-	-	-	99	-	99	1.02
Luxembourg	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1.01	86	1.04
Madagascar	143	39	-	-	72	87	93	88	61	1.05	31	1.00
Malawi	136	38	-	17	45	68	91	69	77	0.99	30	0.63
Malaysia	6	-	-	-	-	-	-	-	83	1.06	64	1.14
Maldives	8	2	13	6	54	89	84	70	96	-	68	1.18
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	-	-	-	-
Malta	10	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	90	1.04
Martinique	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	90	37	64	-	25	63	79	44	67	1.03	38	1.04
Mauritius	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mexico	40	18	-	10	-	-	-	-	92	1.03	69	1.13
Micronesia (Federated States of)	33	-	-	21	-	-	-	-	78	1.02	65	1.06
Mongolia	17	8	-	12	63	85	84	80	94	1.03	95	-
Montenegro	9	6	-	4	-	-	-	-	100	-	87	1.05
Morocco	22	14	-	11	-	-	-	-	95	0.99	77	1.01
Mozambique	158	48	-	16	31	70	67	47	59	0.93	43	0.88
Myanmar	36	16	-	11	68	85	98	81	89	1.07	64	1.21
Namibia	22	7	-	16	71	91	83	94	98	-	80	1.01
Nepal	71	35	-	11	63	72	91	91	95	1.00	80	1.01
Netherlands	2	-	-	5	98	99	99	99	100	1.00	95	0.99
New Caledonia	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
New Zealand	11	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	93	1.01
Nicaragua	71	35	-	6	-	-	-	-	83	0.90	63	0.99
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	26	0.96	12	0.83
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	-	-	-	-
North Macedonia	14	8	-	4	88	98	99	90	-	-	-	-
Norway	1	0	-	4	-	-	-	-	99	1.00	93	1.01
Oman	5	4	-	-	-	-	-	-	86	1.01	76	0.99
Pakistan	41	18	-	16	32	52	85	55	68	0.84	50	0.86
Panama	52	26	-	8	79	94	89	95	-	-	-	-
Papua New Guinea	68	27	-	31	57	86	84	76	69	0.94	43	0.84
Paraguay	72	22	-	6	-	-	-	-	84	1.01	74	1.04
Peru	29	19	-	11	-	-	-	-	-	-	91	1.01

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Presa di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Presa di decisioni delle donne sulla propria salute, percentuale	Presa di decisioni sull'uso della contraccezione, percentuale	Presa di decisioni sui rapporti sessuali, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado
Mondo e aree regionali	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Philippines	27	9	-	6	82	95	91	92	89	1.00	80	1.04
Poland	6	-	-	3	-	-	-	-	100	1.00	99	1.01
Portugal	6	-	-	4	-	-	-	-	100	-	99	-
Puerto Rico	12	-	-	-	-	-	-	-	85	1.03	75	1.03
Qatar	4	2	-	-	-	-	-	-	95	1.02	87	1.06
Republic of Korea	0	-	-	8	-	-	-	-	100	1.00	96	0.99
Republic of Moldova	23	12	-	9	72	97	97	77	100	-	-	1.05
Réunion	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Romania	31	7	-	7	-	-	-	-	84	1.00	73	1.02
Russian Federation	13	6	-	-	-	-	-	-	100	-	55	0.94
Rwanda	24	6	-	24	61	83	95	76	95	1.03	62	1.06
Saint Kitts and Nevis	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	1.56
Saint Lucia	24	24	-	-	-	-	-	-	85	1.11	80	0.98
Saint Vincent and the Grenadines	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	1.02
Samoa	55	7	-	18	-	-	-	-	99	-	78	1.20
San Marino	1	-	-	-	-	-	-	-	91	0.99	40	0.89
Sao Tome and Principe	86	28	-	18	46	69	78	79	94	0.99	73	1.03
Saudi Arabia	8	3	-	-	-	-	-	-	99	1.00	99	1.00
Senegal	67	30	20	12	8	35	62	22	35	1.31	17	1.31
Serbia	14	6	-	4	84	100	86	98	100	-	88	1.04
Seychelles	49	-	-	-	-	-	-	-	98	0.98	82	1.09
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	91	1.16	73	1.07
Singapore	2	0	-	2	-	-	-	-	100	-	98	0.99
Sint Maarten (Dutch part)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	25	-	-	6	-	-	-	-	98	1.00	92	1.00
Slovenia	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1.00	97	1.01
Solomon Islands	49	21	-	28	-	-	-	-	77	1.04	64	1.08
Somalia	116	45	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
South Africa	40	4	-	13	61	94	85	72	97	0.98	-	-
South Sudan	158	52	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-
Spain	5	-	-	3	-	-	-	-	98	1.00	94	1.01
Sri Lanka	16	10	-	4	-	-	-	-	93	1.02	78	1.05
State of Palestine ¹	43	13	-	19	-	-	-	-	94	1.01	76	1.18
Sudan	87	34	87	17	-	-	-	-	65	0.94	33	1.09
Suriname	40	36	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Sweden	2	-	-	6	-	-	-	-	100	1.00	97	1.00
Switzerland	1	-	-	2	-	-	-	-	100	-	92	0.99
Syrian Arab Republic	54	13	-	-	-	-	-	-	49	1.12	27	1.24
Tajikistan	39	9	-	14	27	48	79	54	-	-	-	-
Thailand	18	17	-	9	-	-	-	-	100	-	83	1.15
Timor-Leste	42	15	-	28	36	93	92	40	87	1.06	73	1.08
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	73	0.95	45	0.82
Tonga	30	10	-	17	-	-	-	-	99	-	67	1.33
Trinidad and Tobago	36	4	-	8	-	-	-	-	72	1.04	96	-
Tunisia	4	2	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Türkiye	12	15	-	12	-	-	-	-	100	-	94	0.99
Turkmenistan	22	6	-	-	43	86	68	65	-	-	-	-
Turks and Caicos Islands	13	23	-	-	-	-	-	-	90	-	94	0.78
Tuvalu	36	2	-	20	-	-	-	-	-	-	58	1.41
Uganda	111	34	0	26	59	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	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100	1.00

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Presa di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Presa di decisioni delle donne sulla propria salute, percentuale	Presa di decisioni sull'uso della contraccezione, percentuale	Presa di decisioni sui rapporti sessuali, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado
Mondo e aree regionali	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	9	0	-	4	-	-	-	-	99	1.00	95	1.02
United Republic of Tanzania	112	29	8	24	50	74	85	68	50	1.10	15	0.85
United States of America	14	-	-	6	-	-	-	-	99	1.01	95	1.03
United States Virgin Islands	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	23	25	-	4	92	99	96	97	100	1.00	91	1.06
Uzbekistan	37	3	-	-	70	89	90	85	97	1.00	94	1.00
Vanuatu	81	21	-	29	63	83	82	77	83	0.97	91	0.97
Venezuela (Bolivarian Republic of)	76	-	-	9	-	-	-	-	-	-	78	1.09
Viet Nam	29	15	-	10	-	-	-	-	97	0.96	67	1.13
Western Sahara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	77	30	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	135	29	-	28	47	81	87	64	-	-	-	-
Zimbabwe	87	34	-	18	60	87	93	72	86	1.03	51	0.99

NOTE

– Dati non disponibili.

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

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Tasso di maternità tra le adolescenti: numero di nascite ogni 1.000 adolescenti di 15-19 anni (Indicatore SDG 3.7.2).

Matrimonio infantile, entro i 18 anni di età: proporzione di donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto entro i 18 anni di età. (Indicatore SDG 5.3.1).

Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni: proporzione di donne di 15 – 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile. (Indicatore SDG 5.3.2).

Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi: percentuale di donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni che hanno vissuto in coppia e che hanno subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner nei 12 mesi precedenti. (Indicatore SDG 5.2.1).

Presenza di decisioni relative alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi: percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni sposate (o conviventi) che prendono le proprie decisioni in tre aree: assistenza sanitaria, uso di contraccettivi e rapporti sessuali con il partner (Indicatore SDG 5.6.1).

Presenza di decisioni delle donne sulla propria salute: percentuale di donne sposate (o conviventi) di età compresa tra 15 e 49 anni che prendono le proprie decisioni in merito alla propria salute (Indicatore SDG 5.6.1).

Presenza di decisioni sull'uso della contraccezione: percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni sposate (o conviventi) che prendono le proprie decisioni in merito al ricorso alla contraccezione (Indicatore SDG 5.6.1).

Presenza di decisioni sui rapporti sessuali: percentuale di donne sposate (o conviventi) di età compresa tra 15 e 49 anni che prendono le proprie decisioni in merito ai rapporti sessuali con i propri partner (Indicatore SDG 5.6.1).

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

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

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

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

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Gli aggregati regionali sono tratti dalla revisione 2024 del World Population Prospects. Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite, 2024.

Matrimonio infantile, entro i 18 anni di età: UNICEF, 2025

Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le donne di 15-49 anni: UNICEF, 2025

Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi: Gruppo di lavoro inter-agenzie delle Nazioni Unite sulle stime e sui dati della violenza contro le donne (OMS, UN-Women, UNICEF, UNFPA, UNODC and UNFPA), 2021.

Presenza di decisioni su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi: UNFPA, 2025.

Presenza di decisioni delle donne sulla propria salute: UNFPA, 2025.

Presenza di decisioni sull'uso della contraccezione: UNFPA, 2025.

Presenza di decisioni sui rapporti sessuali: UNFPA, 2025.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2025.

Indicatori demografici

	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					FECONDITÀ	ASPETTATIVA DI VITA	
	Popolazione totale, in milioni	Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni	Popolazione di 0 - 14 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita, anni, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Mondo e aree regionali	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Mondo	8,232	82	24	16	24	65	10	2.2	71	76
Regioni più sviluppate	1,287	-	15	11	17	64	21	1.5	77	83
Regioni meno sviluppate	6,944	71	26	17	25	65	8	2.4	70	75
Paesi meno sviluppati	1,216	30	38	22	31	58	4	3.8	64	69
Regioni UNFPA										
Stati Arabi	439	36	33	20	29	62	5	3.2	70	74
Asia e Pacifico	4,239	128	22	16	23	68	10	1.8	72	77
Europa orientale e Asia centrale	254	63	23	15	21	66	12	2.1	72	79
America Latina e Caraibi	664	106	22	16	24	68	10	1.8	73	79
Africa orientale e meridionale	716	28	40	23	32	57	3	4.0	63	68
Africa occidentale e centrale	534	31	41	24	33	56	3	4.3	58	60
Paesi, territori e altre aree										
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Afghanistan	43.8	26	43	24	34	55	2	4.7	65	68
Albania	2.8	-	17	12	19	66	18	1.3	78	82
Algeria	47.4	54	30	18	24	63	7	2.7	75	78
Angola	39.0	23	44	24	32	53	3	5.0	62	68
Antigua and Barbuda	0.1	-	17	13	20	70	12	1.6	75	81
Argentina	45.9	-	21	16	24	66	13	1.5	75	80
Armenia	3.0	-	19	13	19	67	14	1.7	72	80
Aruba ¹	0.1	-	17	13	19	66	18	1.6	74	79
Australia ²	27.0	72	18	12	18	64	18	1.6	82	86
Austria	9.1	-	14	10	15	65	21	1.3	80	85
Azerbaijan ³	10.4	123	21	16	22	70	9	1.7	72	77
Bahamas	0.4	-	18	14	21	70	12	1.4	71	78
Bahrain	1.6	33	18	12	18	78	4	1.8	81	82
Bangladesh	175.7	57	28	19	28	66	7	2.1	74	77
Barbados	0.3	-	17	12	19	66	17	1.7	74	79
Belarus	9.0	-	16	12	17	66	18	1.2	70	79
Belgium	11.8	-	16	12	17	63	21	1.4	80	85
Belize	0.4	51	26	18	27	69	5	2.0	71	77
Benin	14.8	29	41	23	32	56	3	4.4	60	63
Bhutan	0.8	101	20	16	25	73	7	1.4	72	76
Bolivia (Plurinational State of)	12.6	52	29	19	28	65	6	2.5	66	72
Bosnia and Herzegovina	3.1	-	13	10	15	64	23	1.5	75	81
Botswana	2.6	44	32	19	29	64	4	2.7	67	72
Brazil	212.8	-	19	14	21	69	11	1.6	73	79
Brunei Darussalam	0.5	92	21	14	21	72	7	1.7	74	78
Bulgaria	6.7	-	14	10	15	63	22	1.7	73	80
Burkina Faso	24.1	32	41	25	34	56	3	4.0	59	64
Burundi	14.4	29	44	26	35	53	3	4.7	62	66
Cabo Verde	0.5	-	25	19	27	68	7	1.5	73	80
Cambodia	17.9	60	30	19	27	64	6	2.5	68	74
Cameroon	29.9	27	41	23	32	56	3	4.2	62	67
Canada	40.1	77	15	11	17	65	20	1.3	81	85
Central African Republic	5.5	21	49	27	37	49	2	5.8	56	60
Chad	21.0	26	46	24	33	52	2	5.9	54	57
Chile	19.9	-	17	12	19	69	15	1.1	80	83
China ⁴	1,416.1	-	15	12	18	70	15	1.0	76	81
China, Hong Kong Special Administrative Region ⁵	7.4	-	10	8	11	66	24	0.7	83	88
China, Macao Special Administrative Region ⁶	0.7	-	14	9	14	71	15	0.7	81	85

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					FECONDITÀ	ASPETTATIVA DI VITA	
	Popolazione totale, in milioni	Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni	Popolazione di 0 - 14 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita, anni, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Colombia	53.4	71	20	14	22	70	10	1.6	75	81
Comoros	0.9	38	37	22	31	59	4	3.8	65	69
Congo	6.5	30	40	24	32	57	3	4.1	65	68
Costa Rica	5.2	–	18	14	21	69	13	1.3	79	84
Côte d'Ivoire	32.7	29	40	23	32	57	3	4.2	60	64
Croatia	3.9	–	14	10	15	63	24	1.5	76	82
Cuba	10.9	–	15	11	17	68	17	1.5	76	81
Curaçao ¹	0.2	–	15	12	18	68	17	1.1	73	81
Cyprus ⁷	1.4	79	16	10	16	69	15	1.4	80	84
Czechia	10.6	–	15	11	16	64	21	1.5	77	83
Democratic People's Republic of Korea	26.6	–	19	12	19	68	13	1.8	72	76
Democratic Republic of the Congo	112.8	22	46	23	32	51	3	5.9	60	64
Denmark ⁸	6.0	–	16	11	17	63	21	1.5	80	84
Djibouti	1.2	55	29	19	29	66	5	2.6	64	69
Dominica	0.1	–	18	13	20	69	13	1.5	68	75
Dominican Republic	11.5	88	26	17	26	66	8	2.2	71	77
Ecuador	18.3	82	24	17	26	68	9	1.8	75	80
Egypt	118.4	47	32	20	29	63	5	2.7	70	74
El Salvador	6.4	–	24	17	27	67	8	1.8	68	77
Equatorial Guinea	1.9	29	37	21	29	59	4	4.0	62	66
Eritrea	3.6	33	38	24	35	58	4	3.6	67	71
Estonia	1.3	–	15	11	16	63	22	1.4	75	83
Eswatini	1.3	64	33	21	31	63	4	2.7	61	67
Ethiopia	135.5	28	39	22	32	58	3	3.8	65	71
Fiji	0.9	–	27	18	26	67	7	2.3	66	70
Finland ⁹	5.6	–	14	11	17	61	24	1.3	80	85
France ¹⁰	66.7	–	16	12	18	61	23	1.6	81	86
French Guiana ¹¹	0.3	42	31	19	27	62	7	3.3	75	80
French Polynesia ¹¹	0.3	–	18	15	22	70	12	1.5	82	87
Gabon	2.6	33	36	21	29	60	4	3.5	66	71
Gambia	2.8	32	40	24	33	57	3	3.8	65	68
Georgia ¹²	3.8	–	20	14	19	64	16	1.8	70	79
Germany	84.1	–	14	9	14	62	24	1.5	79	84
Ghana	35.1	38	35	22	31	61	4	3.3	63	68
Greece	9.9	–	13	10	15	63	24	1.3	80	85
Grenada	0.1	–	19	15	22	68	13	1.5	73	79
Guadeloupe ¹¹	0.4	–	16	12	18	59	25	2.1	79	86
Guam ¹³	0.2	98	26	16	23	61	13	2.7	74	82
Guatemala	18.7	46	31	21	31	64	5	2.3	71	75
Guinea	15.1	30	41	23	32	56	3	4.0	60	62
Guinea-Bissau	2.3	32	38	23	33	58	3	3.7	62	67
Guyana	0.8	118	29	18	27	64	7	2.4	67	74
Haiti	11.9	62	31	20	29	64	5	2.6	62	69
Honduras	11.0	42	30	19	29	65	5	2.5	71	76
Hungary	9.6	–	14	10	15	64	21	1.5	74	80
Iceland	0.4	62	18	12	19	67	16	1.5	82	85
India	1,463.9	79	24	17	26	68	7	1.9	71	74
Indonesia	285.7	90	24	17	24	68	8	2.1	69	74
Iran (Islamic Republic of)	92.4	81	22	15	21	69	9	1.7	76	80
Iraq	47.0	33	36	23	32	61	3	3.2	71	74
Ireland	5.3	72	18	14	20	66	16	1.6	81	85
Israel	9.5	51	27	17	24	60	13	2.8	81	85

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					FECONDITÀ	ASPETTATIVA DI VITA	
	Popolazione totale, in milioni	Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni	Popolazione di 0 - 14 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita, anni, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Italy	59.2	-	12	9	15	63	25	1.2	82	86
Jamaica	2.8	-	18	14	22	73	9	1.3	69	74
Japan	123.1	-	11	9	14	59	30	1.2	82	88
Jordan	11.5	-	30	21	29	65	5	2.6	76	80
Kazakhstan	20.8	59	29	17	23	62	9	3.0	70	79
Kenya	57.5	36	36	23	33	61	3	3.1	62	66
Kiribati	0.1	48	34	21	28	61	4	3.1	65	68
Kuwait	5.0	42	18	12	17	79	3	1.5	80	82
Kyrgyzstan	7.3	47	32	19	27	62	6	2.8	68	76
Lao People's Democratic Republic	7.9	53	30	19	28	65	5	2.4	67	72
Latvia	1.9	-	15	11	16	63	22	1.4	72	81
Lebanon	5.9	87	26	19	27	64	10	2.2	76	80
Lesotho	2.4	63	34	22	31	62	4	2.6	55	61
Liberia	5.7	34	39	24	33	58	3	3.8	61	64
Libya	7.5	66	27	19	27	68	5	2.3	71	75
Lithuania	2.8	-	15	10	15	65	21	1.2	72	81
Luxembourg	0.7	66	16	11	16	68	16	1.4	81	84
Madagascar	32.7	29	39	22	32	58	3	3.9	62	66
Malawi	22.2	27	40	25	34	57	3	3.5	64	71
Malaysia ¹⁴	36.0	60	21	16	24	71	8	1.5	75	80
Maldives	0.5	-	19	14	20	76	5	1.6	80	83
Mali	25.2	24	46	25	34	52	2	5.4	59	62
Malta	0.6	73	13	9	13	67	21	1.1	82	86
Martinique ¹¹	0.3	-	15	11	16	59	26	2.0	80	86
Mauritania	5.3	25	42	24	33	54	3	4.6	67	71
Mauritius ¹⁵	1.3	-	15	12	19	71	14	1.2	72	79
Mexico	132.0	86	24	17	25	67	9	1.9	73	78
Micronesia (Federated States of)	0.1	-	31	21	30	62	6	2.7	64	71
Mongolia	3.5	60	32	20	26	63	5	2.6	68	77
Montenegro	0.6	-	18	13	19	64	18	1.8	74	81
Morocco	38.4	79	25	17	25	66	8	2.2	74	78
Mozambique	35.6	25	44	24	33	53	3	4.6	61	67
Myanmar	54.9	111	24	16	24	68	8	2.1	64	71
Namibia	3.1	35	37	20	29	60	4	3.2	64	72
Nepal	29.6	-	28	19	29	65	7	1.9	69	72
Netherlands (Kingdom of the) ¹⁶	18.4	116	15	11	17	64	21	1.4	81	84
New Caledonia ¹¹	0.3	77	21	14	22	67	12	2.0	77	82
New Zealand ¹⁷	5.3	99	18	13	19	65	18	1.7	81	84
Nicaragua	7.0	54	28	19	28	66	6	2.2	73	78
Niger	27.9	22	46	25	34	51	3	5.8	61	63
Nigeria	237.5	34	41	24	34	56	3	4.3	54	55
North Macedonia	1.8	-	17	12	17	65	19	1.5	75	80
Norway ¹⁸	5.6	100	16	12	18	65	19	1.4	82	85
Oman	5.5	20	24	13	21	73	3	2.5	79	82
Pakistan	255.2	44	36	22	32	59	4	3.5	66	70
Panama	4.6	58	25	17	24	66	10	2.1	77	83
Papua New Guinea	10.8	40	33	20	30	63	4	3.0	64	69
Paraguay	7.0	58	28	18	26	65	7	2.4	71	77
Peru	34.6	68	24	16	25	67	9	1.9	76	80
Philippines	116.8	86	27	20	29	67	6	1.9	67	73
Poland	38.1	-	14	11	15	65	21	1.3	75	83
Portugal	10.4	-	13	9	15	62	25	1.5	80	85

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					FECONDITÀ	ASPETTATIVA DI VITA	
	Popolazione totale, in milioni	Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni	Popolazione di 0 - 14 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita, anni, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
Puerto Rico ¹³	3.2	–	11	10	17	63	25	0.9	79	86
Qatar	3.1	34	15	9	14	83	2	1.7	82	84
Republic of Korea	51.7	–	10	9	14	69	20	0.8	81	87
Republic of Moldova ¹⁹	3.0	–	20	14	19	64	17	1.7	67	76
Réunion ¹¹	0.9	–	20	15	21	63	16	2.1	81	87
Romania	18.9	–	16	11	16	64	20	1.7	73	80
Russian Federation	144.0	–	17	12	17	65	18	1.5	68	79
Rwanda	14.6	31	37	22	32	59	4	3.6	66	70
Saint Kitts and Nevis	0.1	–	18	12	19	70	12	1.5	69	76
Saint Lucia	0.2	–	17	13	20	73	10	1.4	70	77
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	–	21	15	22	67	12	1.8	69	75
Samoa	0.2	125	38	23	31	56	6	3.8	70	74
San Marino	0.03	–	12	10	15	65	23	1.2	84	87
Sao Tome and Principe	0.2	35	37	24	33	59	4	3.5	67	74
Saudi Arabia	34.6	40	24	15	23	73	3	2.3	78	82
Senegal	18.9	30	38	23	33	59	4	3.7	67	71
Serbia ²⁰	6.7	–	14	10	15	63	23	1.5	74	80
Seychelles	0.1	40	20	13	19	71	9	2.1	70	77
Sierra Leone	8.8	34	38	23	32	59	3	3.6	60	64
Singapore	5.9	110	12	9	18	74	14	1.0	82	86
Sint Maarten (Dutch part) ¹	0.0	55	15	12	18	71	14	1.4	74	80
Slovakia	5.5	–	16	11	15	65	19	1.6	75	82
Slovenia	2.1	–	14	11	15	63	22	1.6	79	85
Solomon Islands	0.8	30	37	22	31	60	4	3.5	69	72
Somalia	19.7	21	47	23	32	51	3	5.9	57	62
South Africa	64.8	62	26	17	24	67	7	2.2	63	70
South Sudan	12.2	35	38	26	37	59	3	3.7	55	61
Spain ²¹	47.9	–	13	10	16	66	22	1.2	81	87
Sri Lanka	23.2	133	22	15	23	66	12	1.9	75	81
State of Palestine ²²	5.6	39	38	22	31	59	4	3.2	70	77
Sudan	51.7	22	40	23	32	56	3	4.2	64	70
Suriname	0.6	81	25	17	26	66	8	2.2	71	77
Sweden	10.7	–	17	12	18	62	21	1.4	82	85
Switzerland	9.0	–	15	10	15	65	20	1.4	82	86
Syrian Arab Republic	25.6	20	28	22	33	67	5	2.7	71	75
Tajikistan	10.8	39	36	21	28	60	4	3.0	70	74
Thailand	71.6	–	14	11	18	70	16	1.2	73	81
Timor-Leste	1.4	55	33	22	32	62	5	2.6	66	70
Togo	9.7	33	39	23	32	58	3	4.1	63	63
Tonga	0.1	–	35	24	33	58	7	3.1	70	77
Trinidad and Tobago	1.5	–	17	13	19	70	13	1.5	71	77
Tunisia	12.4	124	24	16	22	67	10	1.8	74	80
Türkiye	87.7	–	21	15	22	68	11	1.6	75	81
Turkmenistan	7.6	44	31	18	24	64	5	2.6	67	73
Turks and Caicos Islands ²³	0.1	104	16	11	16	72	12	1.4	76	81
Tuvalu	0.0	–	33	20	27	60	7	3.1	64	71
Uganda	51.4	26	43	24	34	55	2	4.1	66	72
Ukraine ²⁴	39.0	19	14	11	16	67	19	1.0	70	80
United Arab Emirates	11.4	30	16	10	18	82	2	1.2	82	84
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland ²⁵	69.6	122	17	12	18	63	20	1.5	80	83
United Republic of Tanzania ²⁶	70.6	24	42	23	32	55	3	4.5	65	70
United States of America ²⁷	347.3	133	17	13	19	65	18	1.6	77	82

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					FECONDITÀ	ASPETTATIVA DI VITA	
	Popolazione totale, in milioni	Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni	Popolazione di 0 - 14 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita, anni, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	maschi	femmine
United States Virgin Islands ¹³	0.1	–	16	11	17	60	23	2.1	71	82
Uruguay	3.4	–	18	14	21	66	16	1.4	75	82
Uzbekistan	37.1	38	31	17	23	63	6	3.5	70	76
Vanuatu	0.3	31	38	22	30	58	4	3.5	70	74
Venezuela (Bolivarian Republic of)	28.5	–	25	19	27	65	10	2.1	69	77
Viet Nam	101.6	118	23	16	22	68	9	1.9	70	79
Western Sahara	0.6	41	23	15	22	70	7	2.2	70	74
Yemen	41.8	24	41	22	31	56	3	4.4	67	72
Zambia	21.9	25	41	24	33	57	2	4.0	64	69
Zimbabwe	17.0	37	40	25	35	56	4	3.6	61	66

NOTE

- Dati non disponibili.
- ¹ Per ragioni statistiche, i dati relativi ai Paesi Bassi non includono questa area.
- ² Include Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands e Norfolk Island.
- ³ Include Nagorno-Karabakh.
- ⁴ Per ragioni statistiche, i dati per la Cina non includono Hong Kong e Macao, Regioni Amministrative Speciali (SAR) della Cina, e la provincia cinese di Taiwan.
- ⁵ Il primo Luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina. Per ragioni statistiche, i dati per la Cina non includono quest'area.
- ⁶ Il 20 Dicembre 1999, Macao è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina. Per ragioni statistiche, i dati per la Cina non includono quest'area.
- ⁷ Si riferisce a tutto il paese.
- ⁸ Per ragioni statistiche, i dati per la Danimarca non includono Faroe Islands e Greenland.
- ⁹ Include Åland Islands.
- ¹⁰ Per ragioni statistiche, i dati per la Francia non includono French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, New Caledonia, Réunion, Saint Pierre e Miquelon, Saint Barthélemy, Saint Martin (parte francese), Wallis e Futuna Islands.
- ¹¹ Per ragioni statistiche, i dati per la Francia non includono questa area.
- ¹² Include Abkhazia e South Ossetia.
- ¹³ Per ragioni statistiche, i dati per gli Stati Uniti d'America non includono questa area.
- ¹⁴ Include Sabah e Sarawak.
- ¹⁵ Include Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.
- ¹⁶ Per ragioni statistiche, i dati per i Paesi Bassi non includono Aruba, Bonaire, Sint Eustatius e Saba, Curaçao e Sint Maarten (Parte olandese).
- ¹⁷ Per ragioni statistiche, i dati per la Nuova Zelanda non includono Cook Islands, Niue e Tokelau.
- ¹⁸ Include Svalbard e Jan Mayen Islands.
- ¹⁹ Include Transnistria.
- ²⁰ Per ragioni statistiche, i dati per la Serbia non includono il Kosovo (regione amministrata dalle Nazioni Unite in base alla risoluzione n.1244 del Consiglio di Sicurezza).
- ²¹ Include Canary Islands, Ceuta e Melilla.
- ²² Include East Jerusalem.
- ²³ Per ragioni statistiche, i dati per il Regno Unito non includono questa area.
- ²⁴ Include la Crimea.
- ²⁵ Si riferisce al Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord. Per ragioni statistiche, i dati per il Regno Unito non includono Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Guernsey, Isle of Man, Jersey, Montserrat, Saint Helena, Turks e Caicos Islands.
- ²⁶ Include Zanzibar
- ²⁷ Per ragioni statistiche, i dati per gli Stati Uniti d'America non includono American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico e United States Virgin Islands.
- ²⁸ Le Regioni più sviluppate comprendono Europe, Northern America, Australia/New Zealand e Japan.
- ²⁹ Le Regioni meno sviluppate comprendono tutte le Regioni dell'Africa, Asia (eccetto Japan), Latin America e the Caribbean plus Melanesia, Micronesia e Polynesia.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Popolazione totale: dimensione stimata della popolazione di un paese a metà anno.

Tempo di raddoppio annuale della popolazione, espresso in anni: il numero di anni necessari affinché la popolazione totale raddoppi se il tasso annuale di variazione della popolazione rimanesse 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%.

Popolazione di 0-14 anni, percentuale: proporzione della popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni.

Popolazione di 10-19 anni, percentuale: proporzione della popolazione di età compresa tra 10 e 19 anni.

Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale: proporzione della popolazione di età compresa tra 10 e 24 anni.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale: proporzione della popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale: proporzione della popolazione di 65 anni o più.

Tasso di fecondità totale, per donna: numero dei figli che nascerebbero per donna se visse fino alla fine dell'età riproduttiva e partorisce a ogni età in conformità con i tassi di fecondità prevalenti in una specifica fascia di età.

Aspettativa di vita alla nascita, anni: numero di anni di vita di cui un neonato potrebbe godere se fosse soggetto ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della sua nascita.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione totale: World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Tempo di raddoppio annuale della popolazione, anni: World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Popolazione di 0-14 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti da World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti da World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti da World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti da World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti da World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Tasso di fecondità totale: World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Aspettativa di vita alla nascita: World Population Prospects, revisione del 2024. Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2024.

Note tecniche

Le tavole statistiche del rapporto *Lo Stato della popolazione nel mondo 2025* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi del Quadro d'Azione per il follow up del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) nonché gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute sessuale e riproduttiva. In aggiunta, queste tavole includono indicatori demografici di vario tipo. Le tavole statistiche costituiscono un supporto all'obiettivo di UNFPA di monitorare i progressi e i risultati raggiunti verso un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane realizzate.

Le singole autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono adottare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare o analizzare i dati. Per agevolare la comparabilità internazionale dei dati, UNFPA si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle fonti principali dei dati. In alcuni casi, quindi, i dati nelle tavole del presente rapporto sono diversi da quelli prodotti dalle singole autorità nazionali. I dati presentati nelle tavole non sono confrontabili con i dati dei precedenti rapporti su *Lo Stato della popolazione nel mondo*, per via degli aggiornamenti delle classificazioni regionali, degli aggiornamenti metodologici e delle revisioni delle serie temporali.

Le tavole statistiche si basano su indagini sui nuclei familiari rappresentative a livello nazionale, come i Sondaggi Demografici e Sanitari (Demographic and Health Surveys, DHS) e le Indagini su Campione a Indicatori Multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS), su stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e quelle inter-agenzie. Le tavole statistiche includono anche le stime e proiezioni più recenti sulla popolazione tratte da World Population Prospects, revisione del 2024 e Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2024 (Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite, Divisione per la popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tavole statistiche ne *Lo stato della popolazione nel mondo 2025* riflettono generalmente le informazioni disponibili ad Aprile 2025.

Classificazioni regionali

Gli aggregati regionali dell'UNFPA presentati all'inizio delle tabelle statistiche sono calcolati utilizzando i dati dei paesi e delle aree classificati come segue.

Regione Stati Arabi: Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen.

Regione Asia e Pacifico: Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste, Democratic Republic of; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam.

Regione Africa orientale e meridionale: Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Eswatini; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; South Africa; South Sudan; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe.

Regione Europa orientale e Asia centrale: Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova; North Macedonia, Republic of; Serbia; Tajikistan; Turkey; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

Regione America Latina e Caraibi: Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of).

Regione Africa occidentale e centrale: Benin; Burkina Faso; Cameroon, Republic of; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Congo, Republic of the; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo.

Il termine **Regioni più sviluppate** è utilizzato a fini statistici e non implica nessun giudizio sulla fase raggiunta da un determinato paese o area nel processo di sviluppo. Comprende le regioni dell'Europa, America settentrionale, Australia / Nuova Zelanda e Giappone in base alla classificazione della Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione.

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

I Paesi meno sviluppati, come definiti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nelle sue Risoluzioni (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) comprendevano 44 paesi (a Dicembre 2024): Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, 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, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen e Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate. Maggiori informazioni sono disponibili qui: un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/ldc_list.pdf.

Note su indicatori specifici

Rapporto di mortalità materna. Questo indicatore si riferisce al numero di morti materne, in un determinato periodo, su 100.000 nati vivi nello stesso periodo di tempo. Le stime sono effettuate dal Gruppo inter-agenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità materna (MMEIG) utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. Le stime e le metodologie sono regolarmente riviste dal MMEIG e altre agenzie e istituzioni accademiche e sono aggiornate, laddove necessario, come parte del processo in corso per migliorare i dati sulla mortalità materna. Le stime non devono essere confrontate con precedenti stime inter-agenzie.

Parti assistiti da personale medico qualificato. Questo indicatore corrisponde alla percentuale dei parti assistiti da personale sanitario qualificato con una formazione specifica per fornire un'assistenza ostetrica salvavita, inclusi la necessaria supervisione, l'assistenza e i consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il post-partum; sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati. Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

Tasso di maternità tra le adolescenti. Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di gravidanza tra le adolescenti di 15-19 anni.

Per quanto riguarda la registrazione anagrafica, i tassi sono soggetti a limiti che dipendono dalla completezza delle registrazioni delle nascite, dal trattamento dei dati relativi ai bambini nati vivi ma deceduti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dall'attendibilità delle informazioni relative all'età della madre, dall'inclusione delle nascite relative a periodi precedenti. Le stime demografiche sono soggette a limiti dovuti a errori nella trascrizione dell'età e nella copertura della popolazione. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. I limiti principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle nascite, errori nella registrazione della data di nascita del/la bambino/a e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

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

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare (qualsiasi metodo). Le stime basate su modello si fondano su dati tratti dai rapporti di indagini a campione. Le donne che utilizzano un metodo contraccettivo tradizionale non sono considerate tra quelle che hanno un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare. Si presuppone che tutte le donne o quelle sposate o in unione sono sessualmente attive e a rischio di gravidanza. Il presupposto della esposizione generale a possibili gravidanze per tutte le donne o tutte quelle sposate o in unione può portare a stime più basse rispetto ai rischi effettivi per le donne esposte. Potrebbe essere possibile, in particolare a bassi livelli di prevalenza contraccettiva, che un aumento dell'uso di contraccettivi sia accompagnato da un aumento della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare. Entrambi gli indicatori, pertanto, devono essere interpretati insieme.

Proporzione di domanda di pianificazione familiare soddisfatta, ogni metodo moderno. Prevalenza di contraccezione con metodi moderni diviso

per la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma della prevalenza contraccettiva e della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare.

Nota relativa alle testimonianze di persone giovani alle pagine 8-9

I termini "gioventù" e "giovani" sono definiti in modi diversi nei documenti internazionali, e nell'ambito delle Nazioni Unite si riferiscono in genere a coloro che hanno tra i 15 e i 24 anni. Queste testimonianze sono state raccolte attraverso un questionario inviato a un campione di leader giovanili di tutto il mondo. In esso si utilizza la definizione di "giovani" contenuta nella Carta Africana della Gioventù, che è più ampia e si riferisce in generale a persone di età compresa tra i 15 e i 35 anni.

Note relative al sondaggio UNFPA/YouGov

I sondaggi sono stati condotti da YouGov, un gruppo internazionale di ricerca online e tecnologia analitica, che possiede una delle più grandi reti di ricerca al mondo. Questo sondaggio online è stato realizzato in parte come esercizio pilota per informare ulteriori ricerche approfondite, che amplieranno i risultati evidenziati in questo rapporto. Come accade per tutti i sondaggi, anche questo esercizio ha presentato alcune limitazioni, come indicato di seguito, che dovrebbero essere considerate nell'interpretazione dei risultati. Un riepilogo dei risultati del sondaggio YouGov è disponibile sul loro sito web al seguente indirizzo: ygo-assets-websites-editorial-emea.yougov.net/documents/UNFPA_Fertility_Tabs_Dec25_W.pdf

La selezione dei paesi si è basata sulla disponibilità di un panel YouGov o di un panel partner YouGov e sulla necessità di rappresentare diversi profili di fertilità e diversi contesti nazionali e regionali. Per informazioni sul metodo di campionamento, sui pesi e sulla rappresentatività di YouGov, consultare il sito yougov.co.uk/about/panel-methodology. Il lavoro sul campo è stato condotto dal 15 novembre al 5 dicembre 2024. La popolazione target dello studio era composta da uomini e donne di età pari o superiore ai 18 anni. L'indagine ha coinvolto campioni di diverse dimensioni: 1.053 adulti in Brasile; 1.066 adulti in Germania; 1.039 adulti in Ungheria; 1.048 adulti in India; 1.050 adulti in Indonesia; 1.010 adulti in Italia; 1.123 adulti in Messico; 1.117 adulti sposati in Marocco; 528 adulti in Nigeria; 1.057 adulti nella Repubblica di Corea; 1.033 adulti in Sudafrica; 1.009 adulti in Svezia; 1.076 adulti in Thailandia; e 1.054 adulti negli Stati Uniti.

Limitazioni dei dati.

Limitazioni dei dati. Nella maggior parte dei casi, le indagini sono rappresentative a livello nazionale, ma quelle condotte in Indonesia, Marocco, Nigeria e Thailandia erano solo "digitalmente rappresentative", ossia rappresentative della popolazione che utilizza Internet. In Nigeria è stato utilizzato un campione di dimensioni ridotte rispetto a quello degli altri paesi. In Marocco, solo gli intervistati adulti sposati hanno potuto partecipare a causa dell'impossibilità di intervistare le donne non sposate su argomenti riguardanti la procreazione e di porre domande sull'aborto o sull'autonomia sessuale. La popolazione urbana è sovrarappresentata nei campioni di Nigeria e Sudafrica, e in misura minore in quelli di Brasile, India e Messico. Dopo aver controllato i dati, il campione totale era composto da 14.256 intervistati di età compresa tra i 18 e gli 88 anni.

Dato il formato dell'indagine, la domanda relativa al numero effettivo di figli degli intervistati ha dato luogo a una percentuale significativa di dati mancanti, che ha richiesto ulteriori controlli. Di conseguenza, non sono state effettuate analisi separate per i genitori e per gli intervistati senza figli, poiché ciò avrebbe potuto falsare i risultati. La maggior parte delle analisi è stata condotta separatamente per la popolazione femminile e maschile, ma in alcuni casi questa distinzione non è stata possibile, soprattutto quando le analisi si sono concentrate specificamente sugli intervistati nelle fasce di età riproduttiva e post-riproduttiva.

Bibliografia

- AARP (American Association of Retired Persons). 2022. Global Longevity Economy Outlook. AARP, doi: 10.26419/int.00052.001.
- Aassve, Arnstein and others, 2013. "Youth Prospects in a Time of Economic Recession." *Demographic Research* 29: 949–962.
- Aassve, Arnstein and others, 2012. "Grandparenting and Mothers' Labour Force Participation: A Comparative Analysis Using the Generations and Gender Survey." *Demographic Research* 27: 53–84.
- Aassve, Arnstein and others, 2012a. "Grandparenting and Childbearing in the Extended Family." *European Journal of Population* 28(4): 499–518.
- Ables, Kelsey and Julie Yoon, 2024. "Seoul to Offer Cash to Reverse Vasectomies, Untie Tubes as Birthrate Falls." *Washington Post*, 30 May 2024.
- Aboagye, Richard G. and others, 2024. "Association Between Sexual Violence and Multiple High-Risk Fertility Behaviours Among Women of Reproductive Age in Sub-Saharan Africa." *BMC Public Health* 24: 432.
- Adamson, G. David and others, 2023. "Global Fertility Care with Assisted Reproductive Technology." *Fertility and Sterility* 120(3): 473–482.
- Agenda Europe, 2024. Restoring the Natural Order. An Agenda for Europe. Website: agenda-europe.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/01/rtno-en-2024.pdf, accessed 18 March 2025.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2024. "Unstable Employment Careers and (Quasi-) Completed Fertility: Evidence from the Labour Market Deregulation in Italy." *European Sociological Review* doi: 10.1093/esr/jcae027.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2021. "Employment Instability and Fertility in Europe: A Meta-Analysis." *Demography* 58(3): 871–900.
- Aldrighi, Juliane D. and others, 2016. "The Experiences of Pregnant Women at an Advanced Maternal Age: An Integrative Review." *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 50(3): 512–521.
- Altintas, Evrim and Oriol Sullivan, 2016. "Fifty Years of Change Updated: Cross-National Gender Convergence in Housework." *Demographic Research* 35: 455–470.
- Ameratunga, Devini and others, 2009. "In Vitro Fertilisation (IVF) with Donor Eggs in Post-Menopausal Women: Are There Differences in Pregnancy Outcomes in Women with Premature Ovarian Failure (POF) Compared with Women with Physiological Age-Related Menopause?" *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 26: 511–514.
- Amin, Mohammad and Asif M. Islam, 2019. The Impact of Paid Maternity Leave on Women's Employment: Evidence Using Firm-Level Survey Data From Developing Countries. Policy Research Working Paper WPS10188. Washington, DC: World Bank Group.
- Amuedo-Dorantes, Catalina and others, 2023. More Benefits, Fewer Children: How Regularization Affects Immigrant Fertility. Discussion Paper Series, IZA DP No. 16170. IZA Institute of Labor Economics.
- Anderson, Anders Nyboe, 2021. "In Vitro Fertility Treatment Through 40 Years," Ugeskrift for Læger. 29 November 2021.
- Anderson, Monica and others, 2020. The Virtues and Downsides of Online Dating. Pew Research Center. 6 February 2020.
- Anderson, Thomas and Hans-Peter Kohler, 2015. "Low Fertility, Socioeconomic Development, and Gender Equity." *Population and Development Review* 41(3): 381–07.
- Anelli, Massimo and Nicoletta Balbo, 2021. "Fertility Drain or Fertility Gain? Emigration and Fertility During the Great Recession in Italy." *Demography* 58(2): 631–654.
- ANSIRH (Advancing New Standards in Reproductive Health), n.d. "Pregnancy Desires." University of California San Francisco. Website: www.ansirh.org/pregnancy/pregnancy-desires, accessed 13 March 2025.
- Armitage, Alanna, 2021. From Demographic Security to Demographic Resilience: Towards an Anthropology of Multilateral Policymaking in Eastern Europe. PhD Thesis, Geneva: Graduate Institute of International and Development Studies.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2022. "Unrealized Fertility Among Women in Low and Middle-Income Countries." *PLoS ONE* 17(11): e0276595.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2021. Comparing Ideal and Completed Family Size: A Focus on Women in Low- and Middle-Income Countries with Unrealized Fertility. DHS Analytical Studies No. 77. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Associated Press, 2016. "South Korea Pulls Website Mapping Women of Prime Age to have Children". *The Guardian*. 30 December 2016.
- Azevedo, Joao Pedro and others, 2012. "Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement." Washington DC: World Bank Group.
- Backhaus, Andreas and Mikkel Barlsund, 2021. "The Effect of Grandchildren on Grandparental Labor Supply: Evidence from Europe." *European Economic Review* 137: 103817.
- Bahari, Shaiful I. and others, 2021. "Psychological Impact of Polygamous Marriage on Women and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Pregnancy and Childbirth* 21: 823.
- Baiocco, Roberto and Fiorenzo Laghi, 2013. "Sexual Orientation and the Desires and Intentions to Become Parents." *Journal of Family Studies* 19(1): 90–98.
- Baizán, Pau, 2009. "Regional Child Care Availability and Fertility Decisions in Spain." *Demographic Research* 21: 803–842.
- Bajaj, Nandita and Kirsten Stade, 2023. Challenging Pronatalism Is Key to Advancing Reproductive Rights and a Sustainable Population. *The Journal of Population and Sustainability* 7 (1):39-70. doi: 10.3197/JPS.6379953906861.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289–297.
- Balter, Michael, 2006. "The Baby Deficit." *Science* 312(5782): 1894–1897.
- Barbar, Julia and others, 2024. "Work-Life Balance Challenges and Family-Friendly Policies: Evidence from Qatar." In: *Women's Empowerment and Public Policy in the Arab Gulf States*, Naguib, R. (ed). Gulf Studies 11. Singapore: Springer.

- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): E1152–E1161.
- Beaujouan, Eva, 2020. "Latest-Late Fertility? Decline and Resurgence of Late Parenthood Across the Low-Fertility Countries." *Population and Development Review* 46(2): 219–247.
- Beaujouan, Eva and Caroline Berghammer, 2019. "The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach." *Population Research and Policy Review* 38: 507–535.
- Becquet, Valentine and others, 2024. "Sexual and Reproductive Rights 30 Years After the Cairo Conference on Population and Development." *Population and Societies* 625: 1–4.
- Bellani, Daniela and others, 2017. "Never Partnered: A Multilevel Analysis of Lifelong Singlehood." *Demographic Research* 37: 53–100.
- Belmonte, Eva and others, 2021. "The Meccas of Reproductive Tourism in Europe", *Voxeurop*, 22 November 2021.
- Berger, Miriam and Mikhail Klimentov, 2024. "Abortion Pill at Heart of Supreme Court Ruling is Approved in Over 90 Countries." *Washington Post*, 26 March 2024.
- Bergsvik, Janna and others, 2021. "Can Policies Stall the Fertility Fall? A Systematic Review of the (Quasi-) Experimental Literature." *Population and Development Review* 47(4): 913–964.
- Bernardi, Laura and others, 2015. "Uncertain, Changing and Situated Fertility Intentions." In: *Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective*, Philipov, D. and others (eds.). Dordrecht: Springer.
- Berrington, Ann and Brienna Perelli-Harris, 2024. Understanding Intergenerational Co-Residence in the UK: New Insights from the UK Generations And Gender Survey. Centre for Population Change Working Paper 108. Southampton: Centre for Population Change.
- Beumer, Wieke Y. and others, 2024. "Long-Term Effects of Unintended Pregnancy on Children: Findings from the Dutch Prospective Birth-Cohort Amsterdam Born Children and their Development Study." *Social Science & Medicine* 357: 117200.
- Bhan, Nandita and Anita Raj, 2021. "From Choice to Agency in Family Planning Services." *Lancet* 398(10295): 99–101.
- Bhattacharya, Saumya, 2024. "Many Working Women Face 'Maternity Penalty', Finds Survey." *The Economic Times*, 10 August 2024.
- Bhushan, Indu and Kenneth Hill, 1995. "The Measurements and Interpretation of Desired Fertility." Hopkins Population Center Working Paper Archive.
- Billari, Francesco C. and others, 2021. "The Timing of Life: Topline Results from Round 9 of the European Social Survey." European Social Survey; ESS Topline Results Series, 11.
- Billari, Francesco C. and others, 2019. "The Social Stratification of Choice in the Transition to Adulthood." *European Sociological Review* 35(5): 599–615.
- Billari, Francesco C. and others, 2011. "Social Age Deadlines for the Childbearing of Women and Men." *Human Reproduction* 26(3): 616–622.
- Bimha, Primrose Z. J. and Rachele Chadwick, 2016. "Making the Childfree Choice: Perspectives of Women Living in South Africa." *Journal of Psychology in Africa* 26(5): 449–456.
- Biolcati, Ferruccio and Riccardo Ladini, 2022. "On Values as They Evolve: A Presentation of the World Values Survey and the European Values Survey." *Intercultura* 105: 11–18.
- Birchall, Jenny and Amanda Holt, 2022. "Who Cares? The Grandmother Kinship Carers Shouldering the Burden Within a Gendered Care Economy." *Journal of Women & Aging* 35(5): 465–475.
- Birdsall, Nancy and Roxanne Oroxom, 2018. "Globalism and 'Wife Beating'." Center for Global Development, 23 March 2018.
- Blum, Robert and others, 2017. "It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World." *Journal of Adolescent Health* 61(4): S3–S4.
- BMJ (British Medical Journal), 2019. "Fertility Awareness Based Methods for Pregnancy Prevention." *BMJ* 366: 14245.
- Boertien, Diederik and others, 2024. "Pathways and Obstacles to Parenthood Among Women in Same-Sex Couples in Spain." *Demographic Research* 50: 1039–1070.
- Bokun, Anna, 2025. "Lessons from Poland's Pro-Natalist 'Family 500+' Program." *nIUSSP*, 10 February 2025.
- Boonaert, Eva and others, 2025. "Gendered Fertility Intentions and Child Schooling: Insights on the Quantity–Quality Trade-Off from Ethiopia." *Journal of Demographic Economics* 91(1): 1–48.
- Bose, Saheli and Somdeep Chatterjee, 2024. "Motherhood Penalty Revisited: Impacts of Maternity Leave Mandates on Nature of Employment Contracts." *Journal of Development Studies* 60(9): 1394–1411.
- Botev, Nikolai, 2015. "Could Pronatalist Policies Discourage Childbearing?" *Population and Development Review* 41(20): 301–314.
- Bourey, Christine and Sarah Murray, 2022. "Intimate Partner Violence Among Women With Infertility." *Lancet Global Health* 10(6): E778–E779.
- Bowmaker, Simon W. and Patrick M. Emerson, 2015. "Bricks, Mortar, and Wedding Bells: Does the Cost of Housing Affect the Marriage Rate in the US?" *Eastern Economic Journal* 41: 411–429.
- Brodzinsky, David and others, 2021. "Adoption and Trauma: Risks, Recovery, and the Lived Experience of Adoption." *Child Abuse & Neglect* 130(Pt 2): 105309.
- Brown, Anna, 2021. "Growing Share of Childless Adults in U.S. Don't Expect to Ever Have Children." Pew Research Center, 19 November 2021.
- Buss, David M. and others, 2000. "Number of Children Desired and Preferred Spousal Age Difference: Context-Specific Mate Preference Patterns Across 37 Cultures." *Evolution and Human Behaviour* 21(5): 323–331.
- Cabella, Wanda and others, 2024. "The Big Decline: Lowest-Low Fertility in Uruguay (2016–2021)." *Demographic Research* 50(16): 443–456.
- Cappon, Paul, 2011. "Exploring the 'Boy Crisis' in Education." Canadian Council on Learning. Website: files.eric.ed.gov/fulltext/ED518173.pdf, accessed 20 March 2025.
- Castro Lopes, Sofia and others, 2022. "There are things we can do and there are things we cannot do: A Qualitative Study about Women's Perceptions on Empowerment in Relation to Fertility Intentions and Family Planning Practices In Mozambique." *Frontiers in Global Women's Health* 3: 824650.
- Chamie, Joseph, 2015. "Opinion: Women on Reproductive Strike." *IPS News Agency*, 29 October 2015.
- Channon Melanie D. and Sarah Harper, 2019. "Educational Differentials in the Realisation of Fertility Intentions: Is Sub-Saharan Africa Different?" *PLoS ONE* 14(7): e0219736.

- Chaturvedi, Surabhi, 2019. Public Provision of Centre-Based Childcare in High-, Middle- And Low-Income Countries: What are the Systemic Features that Aided the Effective Scale-Up of these Programmes? IWWAGE Working Paper Series. New Delhi: Initiative for What Works to Advance Women and Girls in the Economy (IWWAGE).
- Chaudhuri, Sanjukta, 2012. "The Desire for Sons and Excess Fertility: A Household-Level Analysis of Parity Progression in India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(4): 178.
- Chauhan, Bala, 2023. "Falling Fertility Spells Disaster for South India." *The New Indian Express*. 24 October 2024.
- Chávez, Cirenía and Marcela Aguilar, 2023. "The Impact of Community Violence on Educational Outcomes: A review of the literature." Innocenti Working Papers, UNICEF, 19 May 2021.
- Cheshire, James and others, 2024. "The Fertility Education Initiative: Responding to the Need for Enhanced Fertility and Reproductive Health Awareness Amongst Young People in the United Kingdom." *Human Fertility* 27(1): 2417940.
- Chitanda, Mutsawashe, 2024. "Adolescent Boys, Young Men, and Mental Health in Southern Africa." In: *The Palgrave Handbook of Violence in Africa*, Mlambo, O. B., Chitanda, E. (eds). Cham: Palgrave Macmillan.
- Chiware, Tendai M. and others, 2021. "IVF and Other ART in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Landscape Analysis." *Human Reproduction Update* 27(2): 213–228.
- Choi, Jeong-yoon, 2024. "Girls Starting School Early Could Boost Fertility Rate: State-Backed Agency Report." *The Korea Herald*, 3 June 2024.
- Chung, Heejung, 2023. "The Flexibility Paradox: Why Flexible Working Leads to More Work and What We Should Do About It." *Oxford Internet Institute*, 15 November 2023.
- Chung, Heejung, 2017. "National-Level Family Policies and Workers Access to Schedule Control in a European Comparative Perspective: Crowding Out or In, and for Whom? *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 21(1): 25–46.
- Church, Anna C. and others, 2023. "Traditional Supports and Contemporary Disruptors of High Fertility Desires in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review." *Reproductive Health* 20(1): 86.
- Clark, Shelley and Zoe Levy, 2025. "Sterilization, Infecundity, and Reproductive Autonomy in Rural, Suburban, and Urban America: Results From a National Survey." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 57(1): 72–84.
- Clark, Shelley and others, 2017. "Can Subsidized Early Child Care Promote Women's Employment? Evidence From a Slum Settlement In Africa." GROW Research Working Paper Series. #5. Montreal, Canada: Institute for the Study of International Development, McGill University.
- Coalition for Fertility, n.d. "About the Coalition." Website: www.coalitionforfertility.eu/about, accessed 20 March 2025.
- Cohlen, Ben and others, 2018. "IUI: Review and Systematic Assessment of the Evidence that Supports Global Recommendations." *Human Reproduction Update* 24(3): 300–319.
- Connolly, Kate, 2008. "Berlin Offers Paid Leave to Look After Grandchildren." *The Guardian*, 15 November 2008.
- Constance, Paul, 2024. "Latin America's Fertility Decline is Accelerating. No One's Certain Why." *Americas Quarterly*, 4 January 2024.
- 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.
- Cooper Davis, Peggy, 2022. "A Response to Justice Amy Coney Barrett." *Harvard Law Review*, 14 June 2022.
- Cordier, Solène, 2024. "Demographic Rearmament: Macron Plans to Reform Parental Leave and Fight Infertility." *Le Monde*, 17 January 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), 2024. "France Becomes First Country to Guarantee a Constitutional Right to Abortion." Center for Reproductive Rights, 3 June 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), n.d. "Abortion." Website: reproductiverights.org/our-issues/abortion/, accessed 13 March 2025.
- Danish Ministry of the Interior and Health, 2024. "New Agreement Ensures Involuntarily Childless People Receive Free Help for Second Child." Website: www.ism.dk/nyheder/2024/juni/ny-aftale-sikrer-ufrivilligt-barnloese-gratis-hjaelp-til-barn-nummer-to, accessed 31 March 2025.
- Darby, Samantha, 2025. "Women Are Scared And Scrapping Their Baby Plans Under This Administration & For Good Reason." *Romper*, 20 February 2025.
- Daumler, Davis and others, 2016. "Men's Knowledge of their Own Fertility: A Population-Based Survey Examining the Awareness of Factors that are Associated with Male Infertility." *Human Reproduction* 31(12): 2781–2790.
- De la Rochebrochard, Elise and Patrick Thonneau, 2003. "Paternal Age \geq 40 years: An Important Risk Factor for Infertility." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(4): 901–905.
- Dierickx, Susan and others, 2019. "We are Always Desperate and Will Try Anything to Conceive: The Convoluted and Dynamic Process of Health Seeking Among Women with Infertility in the West Coast Region of The Gambia." *PLoS ONE* 14(1): e0211634.
- Dimai, Matteo, 2023. "Shall We Have Another? Effects of Daycare Benefits on Fertility, A Case Study in a Region In Northeastern Italy." *Genus* 79(1): 13.
- Dimka, Ritgak A. and Simon L. Dein, 2013. "The Work of a Woman is to Give Birth to Children: Cultural Constructions of Infertility in Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 17(2): 102–117.
- Dutch News, 2023. "Dutch Birthrate Falls as More Young Women Say No to Motherhood." *Dutch News*, 6 December 2023.
- Eberstadt, Nicholas, 2024. "The Age of Depopulation. Surviving in a World Gone Gray." *Foreign Affairs*, 10 October 2024.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2025. "Judgment Concerning France." Press release ECHR 024 (2025), 23 January 2025.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2017. "Judgment A.P., Garçon and Nicot v. France – Change of Entries Concerning Sex on Birth Certificates." Press release ECHR 121 (2017), 4 June 2017.
- Ehrlich, Paul R. and Anne H. Ehrlich, 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2025. Beyond the Chaos, A New World is Emerging. Making Sense of the Trump Administration's Impact on Reproductive Rights and Gender Equality.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2021. Tip of the Iceberg: Religious Extremist Funders against Human Rights for Sexuality & Reproductive Health in Europe.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), n.d. "Global Contraception Policy Atlas." Website: www.epfweb.org/node/1020, accessed 21 March 2025.
- Ervin, Jennifer and others, 2022. "Longitudinal Association Between Informal Unpaid Caregiving and Mental Health Amongst Working Age Adults in High-Income OECD Countries: A Systematic Review." *eClinicalMedicine* 53: 101711.

- Esping-Andersen, Gøsta and Francesco C. Billari, 2015. "Re-Theorizing Family Demographics." *Population and Development Review* 41(1): 1–31.
- Eurofound, 2024. *Becoming Adults: Young People In A Post-Pandemic World*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Euronews with AP, 2024. "Bill Criminalising 'Child-Free Propaganda' Passes First Reading in Russia's State Duma." *Euronews with AP*, EBU, 18 October 2024.
- Eurostat, 2024. "Household Composition Statistics." Website: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Household_composition_statistics, accessed 20 March 2025.
- Evans, David K. and others, 2024. "The Impacts of Childcare Interventions on Children's Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." Working Papers 676, Center for Global Development.
- Faircloth, Charlotte, 2023. "Intensive Parenting and the Expansion of Parenting." In: *Parenting Culture Studies*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Faircloth, Charlotte and others (eds), 2013. *Parenting in Global Perspective. Negotiating Ideologies of Kinship, Self and Politics*. Abingdon: Routledge.
- Fanelli, Ester and Paola Profeta, 2021. "Fathers' Involvement in the Family, Fertility, and Maternal Employment: Evidence from Central and Eastern Europe." *Demography* 58(5): 1931–1954.
- Fausser, Bart C. and others, 2024. "Declining Global Fertility Rates and the Implications for Family Planning and Family Building: An IFFS Consensus Document Based on a Narrative Review of the Literature." *Human Reproduction Update* 30(2): 153–173.
- Fedeli, Piergiorgio and others, 2023. "Legal Medicine Aspects of Female Sterilization: Our Experience." *Frontiers in Medicine* 10:1198668.
- Ferlin, Alberto and others, 2022. "Management of Male Factor Infertility: Position Statement from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS)." *Journal of Endocrinological Investigation* 45: 1085–1113.
- Fertility Europe, n.d. "Atlas of Fertility Treatment Policies in Europe in 2021." Website: fertilityeurope.eu/atlas/, accessed 21 March 2025.
- France24, 2024. "Natalist Injunctions: Macron Sparks Uproar with Call to Revive France's Birth Rate." *France24*, 17 January 2024.
- Fry, Hannah, 2023. "A 'Failure to Launch': Why Young People are Having Less Sex." *Los Angeles Times*, 3 August 2023.
- Fry, Richard, 2025. "Share of U.S. Adults Living Without a Romantic Partner has Ticked Down in Recent Years." Pew Research Center, 8 January 2025.
- Gambaro, Ludovica, 2012. *Why Are Childcare Workers Low Paid? An Analysis of Pay in the UK Childcare Sector, 1994–2008*. PhD thesis, London School of Economics and Political Science.
- Gao, Zhitong and others, 2022. "The Economics of Marriage: Evidence from China." *Humanities & Social Sciences Communications* 9: 399.
- Garbett, Ann and others, 2025. "Reframing the Relationship Between Fertility and Education in Adolescence: 60 Years of Evidence From Latin America." *Population and Development Review* Epub ahead of print. doi: 10.1111/padr.12720.
- Garrett, Cameryn C. and others, 2017. "Young Mothers' Experiences of Receiving the Baby Bonus: A Qualitative Study." *Australian Social Work* 70(1): 54–65.
- Gato, Jorge and others, 2021. "Building a Rainbow Family: Parenthood Aspirations of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender/ Gender Diverse Individuals." In: *Parenting and Couple Relationships Among LGBTQ+ People in Diverse Contexts*, Morais, N. A. D. and others, eds. Cham: Springer. pp 193–213.
- Gauthier, Anne H., 2007. "The Impact of Family Policies on Fertility in Industrialized Countries: A Review of the Literature." *Population Research and Policy Review* 26: 323–346.
- Gauthier, Anne H. and Stuart Gietel-Basten, 2024. "Family Policies in Low Fertility Countries: Evidence and Reflections." *Population and Development Review* 51(1): 125–161.
- Gemmill, Alison and others, 2025. "US Abortion Bans and Infant Mortality." *Journal of the American Medical Association* 333(15): 1315–1323.
- Gessen, Masha, 2014. "The Dying Russians." *The New York Review of Books*. 2 September 2014.
- GGP (Generations & Gender Programme), n.d. "Generations & Gender Survey." Website: www.ggp-i.org/generations-gender-survey, accessed 13 March 2025.
- GGs (Generations and Gender Survey) Belarus, 2017. "Belarus Generations and Gender Survey 2017 Round GGP2020, Wave 1." IHME. Global Health Data Exchange.
- Ghaznavi, Cyrus and others, 2022. "Salaries, Degrees, and Babies: Trends in Fertility by Income and Education Among Japanese Men and Women Born 1943–1975—Analysis of National Surveys." *PLoS ONE* 17(4): e0266835.
- Gholipour, Hassan F. and Mohammad R. Farzanegan, 2015. "Marriage Crisis and Housing Costs: Empirical Evidence from Provinces of Iran." *Journal of Policy Modeling* 37(1): 107–123.
- Gietel-Basten, Stuart and others, 2022. "Changing the Perspective on Low Birth Rates: Why Simplistic Solutions Won't Work." *BMJ* 379: e072670.
- Glennester, Rachel and others, 2023. "Media, Social Pressure, and Combating Misinformation: Experimental Evidence on Mass Media and Contraception Use in Burkina Faso." Research paper. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- Glenza, Jessica, 2019. "Revealed: Women's Fertility App is Funded by Anti-Abortion Campaigners." *The Guardian*, 30 May 2019.
- Gois, Alice, 2015. "How are Children of Older Mothers Doing? Evidence from the United Kingdom." *Biodemography and Social Biology* 61(3): 231–251.
- Gois, Alice, and others, 2023. "Medically Assisted Reproduction and Mental Health: A 24-Year Longitudinal Analysis Using Finnish Register Data." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 228(3): 311-e1-311.e24.
- Goldscheider, Frances and others, 2015. "The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior." *Population and Development Review* 41(2): 207–239.
- Goli, Srinivas and others, 2020. "Is Unintended Birth Associated with Physical Intimate Partner Violence? Evidence from India." *Journal of Biosocial Science* 52(6): 907–922.
- Golovina, Kateryna and others, 2024. "Birth Cohort Changes in Fertility Ideals: Evidence from Repeated Cross-Sectional Surveys in Finland." *European Sociological Review* 40(2): 326–341.
- Goodkind, Daniel M. 1995. "Vietnam's One-Or-Two-Child Policy in Action." *Population and Development Review* 21(1): 85–111.
- Gough, Brendan and Irina Novikova, 2020. "Mental Health, Men and Culture: How do Sociocultural Constructions of Masculinities Relate to Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour in the WHO European Region? WHO Health Evidence Network synthesis report 70. Copenhagen: World Health Organization.

- Gouni, Olga and others, 2022. "Childlessness: Concept Analysis." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(3): 1464.
- Government of Italy, 2024. "Law 4 November 2024, n. 169, Amendment to Article 12 of Law No. 40 of 19 February 2004, Regarding the Prosecution of the Crime of Surrogacy Committed Abroad by an Italian citizen".
- Government of the Islamic Republic of Iran, 2021. Youthful Population and Protection of the Family Law.
- Graybill, Lauren and others, 2024. "The Effect of Youth-Friendly Health Services on Risk of Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in Lilongwe, Malawi: A Secondary Analysis of the Girl Power–Malawi Study." *American Journal of Epidemiology* doi: 10.1093/aje/kwae193.
- Greene, Jay P. and Lindsey M. Burke, 2024. "Here's How to Actually Reverse the Baby Bust." *The Federalist*, 1 December 2024.
- GSS (Ghana Statistical Service) and The DHS Program, 2024. Ghana Demographic and Health Survey 2022. Rockville, Maryland: ICF.
- Guilmoto, Christophe Z., 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia." *Population and Development Review* 35(3): 519–549.
- Guzzo, Karen Benjamin and Sarah R. Hayford, 2012. "Fertility and the Stability of Cohabiting Unions: Variation by Intendedness." *Journal of Family Issues* 35(4): 547–576.
- Habbema, J. Dik F. and others, 2009. "The Effect of In Vitro Fertilization on Birth Rates in Western Countries." *Human Reproduction* 24(6): 1414–1419.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Contraceptive Technologies: Looking Ahead to New Approaches to Increase Options for Family Planning." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 64(3): 435–488.
- Hagestad, Gunhild O. and Vaughn R. A. Call, 2007. "Pathways to Childlessness: A Life Course Perspective." *Journal of Family Issues* 28(10): 1338–1361.
- Hallman, Kelly and others, 2015. "The Shrinking World of Girls at Puberty: Violence and Gender-Divergent Access to the Public Sphere Among Adolescents in South Africa." Population Council.
- Hammarberg, Karin and others, 2013. "Knowledge about Factors that Influence Fertility Among Australians of Reproductive Age: A Population-Based Survey." *Fertility and Sterility* 99(2): 502–507.
- Hampson, Sarah Cote, 2019. "Mothers do not make Good Workers: The Role of Work/Life Balance Policies in Reinforcing Gendered Stereotypes." In: *Gender, Sexuality, and the Law*, DeLaet, D. L. and Cramer, R. A., eds. London: Routledge.
- Han, Sinn Won and others, 2024. "When Mothers Do It All: Gender-Role Norms, Women's Employment, and Fertility Intentions in Post-Industrial Societies." *European Sociological Review* 40(2): 309–325.
- Hartmann, Betsy, 2016. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Chicago: Haymarket Books.
- Hawkins, Amy, 2024. "Society Doesn't Want My Kids': China's Single Women Forced Abroad to Freeze Their Eggs." *The Guardian*, 17 July 2024.
- Hayre, Jatinder, 2024. "Two Child Limit in the UK: Where Policy Meets Poverty." *BMJ Paediatrics Open* 8(1): e002747.
- He, Chloe, and others, 2024. "Reproductive Health in Trans and Gender Diverse Patients: Mind the Gap: A Nationwide Audit of LGBTQ+ Inclusion in Fertility Care Providers in the United Kingdom." *Reproduction* 168(6): e240173.
- Helm, Sabrina and others, 2021. "No Future, No Kids—No Kids, No Future?" *Population and Environment* 43: 108–129.
- HFEA (Human Fertilisation & Embryology Authority), 2023. "Ethnic Diversity in Fertility Treatment 2021." London: HFEA.
- Hintz, Elizabeth and Rachel Tucker, 2023. "Perceptions of the Childfree." Oxford Research Encyclopedia of Communication.
- Hoffmann, Jan and others, 2023. "Factors Associated with the Closure of Obstetric Units in German Hospitals and its Effects on Accessibility." *BMC Health Services Research* 23(1): 342.
- Hogan, Bernie and others, 2011. "A Global Shift in the Social Relationships of Networked Individuals: Meeting and Dating Online Comes of Age." Oxford Internet Institute, University of Oxford.
- Holt, Kelsey and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management as a Person-Centered Alternative to Contraceptive Use-Focused Measures." *Studies in Family Planning* 54(1): 301–308.
- Hord, Charlotte and others, 1991. "Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy." *Studies in Family Planning* 22(4): 231–240.
- Horowitz, Jason and Gaia Pianigiani, 2024. "What Happened When This Italian Province Invested in Babies." *New York Times*, 1 April 2024.
- Howard, Jacqueline, 2024. "First on CNN: US Faces Maternity Care Crisis, with 1 In 3 Counties Lacking Obstetric Doctors to Provide Care, Report Warns." *CNN*, 10 September 2024.
- Hsiao, Hsinyi, 2023. "A Cross-National Study of Family-Friendly Policies, Gender Egalitarianism, and Work–Family Conflict Among Working Parents." *PLoS ONE* 18(9): e0291127.
- Human Rights Council, 2017. "Protection of the Family: Role of the Family in Supporting the Protection and Promotion of Human Rights of Older Persons." A/HRC/35/L.21
- Hwang, Jisoo, 2023. "Later, Fewer, None? Recent Trends in Cohort Fertility in South Korea." *Demography* 60(2): 563–582.
- Hyland, Marie and Liang Shen, 2022. *The Evolution of Maternity and Paternity Leave Policies over Five Decades*. Policy Research Working Paper 10215. Washington, DC: World Bank Group.
- Ibisomi, Latifat and Netsayi N. Mudege, 2014. "Childlessness in Nigeria: Perceptions and Acceptability." *Culture, Health & Sexuality* 16(1): 61–75.
- IGLA, n.d. Rainbow Map. ILGA-Europe. Website: rainbowmap.ilga-europe.org, accessed 18 March 2025.
- ILGA World Database, n.d. "Legal Frameworks: Adoption by Same-Sex Couples." ILGA-Europe. Website: database.ilga.org/adoption-same-sex-couples, accessed 17 March 2025.
- ILO (International Labour Organization), 2024. "Women with Young Children Have Much Lower Labour Force Participation Rates." Blog post, ILOSTAT, 14 May 2024.
- ILO (International Labour Organization), 2023. "African Youth Face Pressing Challenges in the Transition from School to Work." Blog post, ILOSTAT, 10 August 2023.
- ILO (International Labour Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. *The Role of Social Protection in the Elimination of Child Labour: Evidence Review and Policy Implications*. Geneva and Florence: International Labour Organization and UNICEF Office of Research – Innocenti.
- Institute of Medicine (US) Committee on Unintended Pregnancy, 1995. "Consequences of Unintended Pregnancy." In: *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Brown SS, Eisenberg L, eds. Washington, DC: National Academies Press.

- IPU Parline, n.d. "Monthly Ranking of Women in National Parliaments." Website: data.ipu.org/women-ranking/, accessed 18 March 2025.
- Jacobi, Aljoscha and others, 2025. "Tailored to Women, Provided to Men? Gendered Occupational Inequality in Access to Flexible Working-Time Arrangements." *Social Indicators Research* 176: 1179–1205.
- Jalovaara, Marika and others, 2018. "Education, Gender, and Cohort Fertility in the Nordic Countries." *European Journal of Population* 35(3): 563–586.
- Jeffries, Sherryl and Candace Konnert, 2002. "Regret and Psychological Well-Being Among Voluntarily and Involuntarily Childless Women and Mothers." *International Journal of Aging and Human Development* 54(2): 89–106.
- Jiang, Joyce, 2024. "China's One-Child Policy Hangover: Scarred Women Dismiss Beijing's Pro-Birth Agenda." *CNN*, 18 August 2024.
- Jing, Zhengyue and others, 2023. "Prevalence and Trends of Sexual Behaviors Among Young Adolescents Aged 12 Years to 15 Years in Low and Middle-Income Countries: Population-Based Study." *JMIR Public Health and Surveillance* 9: e45236.
- Johnson, Margaret A. and Gyða M. Pétursdóttir, 2023. "We All Have Regrets; It Doesn't Mean We are Failures: Rejecting or Regretting Motherhood." *Journal of Family Issues* 45(7): 1660–1682.
- Johnson, Skyler B. and others, 2021. "Cancer Misinformation and Harmful Information on Facebook and Other Social Media: A Brief Report." *Journal of the National Cancer Institute* 114(7): 1036–1039.
- Kabat, Marina, 2025. "International Teleworking in Latin America." *Latin American Perspectives* 52(10): 126–146.
- Kachi, Yuko and others, 2022. "The Effects of Pregnancy Discrimination on Postpartum Depressive Symptoms: A Follow-Up Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 22: 825.
- Karsit, Idil, 2023. "Why are People not Getting Married Anymore?" *CNBC*, 19 July 2023.
- Kaufman, Gayle, 2018. "Barriers to Equality: Why British Fathers do not use Parental Leave." *Community, Work & Family* 21(3): 310–325.
- Kearl, Holly, 2010. *Stop Street Harassment: Making Public Places Safe and Welcoming for Women*. New York: Bloomsbury Publishing.
- Keizer, Renske and others, 2008. "Pathways into Childlessness: Evidence of Gendered Life Course Dynamics." *Journal of Biosocial Science* 40(6): 863–878.
- Keller, Elena and others, 2023. "Does In Vitro Fertilization (IVF) Treatment Provide Good Value for Money? A Cost-Benefit Analysis." *Frontiers in Global Women's Health* 4:971553.
- Kilbride, Erin, 2023. "Italy's Mounting Attack on Lesbian Parents." *Human Rights Watch*, 24 July 2023.
- Kildea, Sue and others, 2015. "Babies Born Before Arrival to Hospital and Maternity Unit Closures in Queensland and Australia." *Women and Birth* 28(3): 236–245.
- Kim, Sangmook, 2008. "Women and Family-Friendly Policies in the Korean Government." *International Review of Administrative Sciences* 74(3): 463–476.
- Kim, Taewook, 2023. "The Impact of Working Hours on Pregnancy Intention in Childbearing-Age Women in Korea, the Country with the World's Lowest Fertility Rate." *PLoS ONE* 18(7): e0288697.
- King, Marissa, 2018. "Working to Address the Loneliness Epidemic: Perspective-Taking, Presence, and Self-Disclosure." *American Journal of Health Promotion* 32(5): 1315–1317.
- Kocourková, Jiřina and others, 2023. "The Influence of the Increasing Use of Assisted Reproduction Technologies on the Recent Growth In Fertility In Czechia." *Scientific Reports* 13(1): 10854.
- Kolk, Martin and Gunnar Andersson, 2020. "Two Decades of Same-Sex Marriage in Sweden: A Demographic Account of Developments in Marriage, Childbearing, and Divorce." *Demography* 57(1): 147–169.
- Kramer, Stephanie and others, 2019. "Religion and Living Arrangements Around the World." *Pew Research Center*, 12 December 2019.
- Krings, Mike, 2024. "Study Finds Most At-Risk Populations for HIV Discussing Subject in Negative, Risky Ways got Most Social Media Attention." *KU News*, 25 September 2024.
- Krstic, Anja and Ivona Hideg, 2019. "The Effect of Taking Paternity Leave on Men's Career Outcomes: The Role of Communitary Perceptions." *Academy of Management Proceedings* 2019(1). doi: 10.5465/AMBPP.2019.278.
- Kuhlmann, Anne S. and others, 2019. "Intimate Partner Violence, Pregnancy Intention and Contraceptive Use in Honduras." *Contraception* 100(2): 137–141.
- Kumar, Rachel, 2001. "Human Rights Dialogue (1994–2005): Series 2, No. 6 (Spring/Summer 2001): Rights and the Struggle for Health: Online Exclusive: Balancing Population Concerns with Women's Rights." *Carnegie Council for Ethics in International Affairs*, 6 May 2001.
- Kupemba, Danai Nesta. "The Kenyans Saying No to Motherhood and Yes to Sterilisation." *BBC News*, 23 February 2025.
- Kurowska, Anna and others, 2023. "Working from Home During Covid-19 Pandemic and Changes to Fertility Intentions Among Parents." *European Journal of Population* 39(1): 32.
- Laguna, Maria Paula and Sara Morland, 2025. "Latin American Women Opt Against Motherhood in Shift from Traditional Gender Roles." *Reuters*, 28 March 2025.
- Lam, David, 2023. "Has the World Survived the Population Bomb? A 10-Year Update." *Population and Environment* 45(2): 10.
- Lam, David, 2011. "How the World Survived the Population Bomb: Lessons from 50 Years of Extraordinary Demographic History." *Demography* 48: 1231–1262.
- Lambert, Peter J. and others, 2023. "Research: The Growing Inequality of Who Gets to Work from Home." *Harvard Business Review*, 19 December 2023.
- Lau, Chris and others, 2023. "In Country with World's Lowest Fertility Rate, Doubts Creep in About Wisdom of 'No-Kids Zones'." *CNN*, 24 June 2023.
- Lavanga, Claudio, 2016. "Italy's Fertility Day Falls Flat Amid Claims of Sexism, Racism." *NBC News*, 22 September 2016.
- Lawrence, Jane, 2000. "The Indian Health Service and the Sterilization of Native American Women." *American Indian Quarterly* 24(3): 400–419.
- Lazzari, Ester and others, 2025. "Change in the Perceived Reproductive Age Window and Delayed Fertility in Europe." *Population Studies (Cambridge)* 79(1): 81–101.
- Lazzari, Ester and others, 2023. "Projecting the Contribution of Assisted Reproductive Technology to Completed Cohort Fertility." *Population Research and Policy Review* 42(1): 6.
- Lazzari, Ester and others, 2022. "Residential Proximity to a Fertility Clinic is Independently Associated with Likelihood of Women having ART and IUI Treatment." *Human Reproduction* 37(11): 2662–2671.
- Lebano, Adele and Lynn Jamieson, 2020. "Childbearing in Italy and Spain: Postponement Narratives." *Population and Development Review* 46(1): 121–144.
- Lee, Misun and Kryštof Zeman, 2024. "Childlessness in Korea: Role of Education, Marriage Postponement, and Marital Childlessness." *Demographic Research* 51: 669–686.

- Leichtliter, Jami S. and others, 2011. "Clinics Aren't Meant for Men: Sexual Health Care Access and Seeking Behaviours Among Men in Gauteng Province, South Africa." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 8(2): 82–88.
- Leocádio, Victor and others, 2024. "Exploring the Association Between Gender Equality in the Family and Fertility Intentions: An Explanation of the Findings in Low-Fertility Countries." *Genus* 80: 26.
- León-Pérez, Jose M. and others, 2021. "The Presence of Workplace Bullying and Harassment Worldwide." In: *Concepts, Approaches and Methods. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*, vol 1, D'Cruz, P. and others (eds). Singapore: Springer.
- Leridon, Henri, 2008. "A New Estimate of Permanent Sterility by Age: Sterility Defined as the Inability to Conceive." *Population Studies* 62(1): 15–24.
- Levine, Lieban Simone and Kelsey J. Peden, 2021. "The Hidden Child: Analyzing the Cyclical Nature of Statelessness and Violations of Reproductive Autonomy." *The Journal of International Relations, Peace Studies, and Development* 6(2): 3.
- Li, Hongbin and Grant Miller, 2000. "The Conflicted Legacy of China's Population Policies." Stanford King Center on Global Development, Issue Brief.
- Lin, Yingyi and others, 2024. "Program Implications of Intent to Use: An Analysis of Women's Contraceptive Intentions in Ten Low- and Middle-Income Geographies" [version 1]. *VeriXiv* 1: 24.
- Littleton, Fiona K., 2012. "Fertility, the Reproduction Lifespan and the Formal Curriculum in England: A Case for Reassessment." *Sex Education* 12(5): 483–497.
- Livi-Bacci, Massimo, 2017. *A Concise History Of World Population*, 6th edn. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Long, Clarence D., 1958. "Females in the Labor Force Over Time." In: *The Labor Force Under Changing Income and Employment*, Long, C. D., ed. Princeton: Princeton University Press.
- Looker, Rachel, 2024. "JD Vance Defends 'Childless Cat Ladies' Comment After Backlash." *BBC News*, 26 July 2024.
- Lundberg, Shelly and Robert A. Pollack, 1996. "Bargaining and Distribution in Marriage." *Journal of Economic Perspectives* 10(4): 139–158.
- Lutz, Wolfgang and others, 2024. "Evaluating Pronatalist Policies with TFR Brings Misleading Conclusions: Examples from Hungary." *nIUSSP*, 4 March 2024.
- Lutz, Wolfgang and others, 2006. "The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe." *Vienna Yearbook of Population Research* 4: 167–192.
- Mac Dougall, Kirsten and others, 2013. "Age Shock: Misperceptions of the Impact of Age on Fertility Before and After IVF in Women Who Conceived After Age 40." *Human Reproduction* 28(2): 350–356.
- Mackenzie, Jean, 2024. "Why South Korean Women Aren't Having Babies." *BBC News*, 28 February 2024.
- Made for Families, n.d. "Co-funding for Assisted Conception Procedures."
- Madsen, Elizabeth L. and Jocelyn E. Finlay, n.d. "The Long-Lasting Toll of Conflict on Fertility and Early Childbearing." Population Reference Bureau.
- Mandavilli, Apoorva, 2025. "Trump Administration Ends Global Health Research Program." *New York Times*, 26 February 2025.
- Mandujano-Salazar, Yunuen Y., 2019. "Exploring the Construction of Adulthood and Gender Identity Among Single Childfree People in Mexico and Japan." *SAGE Open* 9(2). doi: 10.1177/2158244019855844.
- Marteletto, Leticia J. and others, 2023. "Measuring Fertility Intentions During Times of Crisis: An Example Using Survey Data Amid the Covid-19 Pandemic." *Studies in Family Planning* 54(1): 161–180.
- Massey, Philip M. and others, 2020. "Dimensions of Misinformation about the HPV vaccine on Instagram: Content and Network Analysis of Social Media Characteristics." *Journal of Medical Internet Research* 22(12): e21451.
- Matysiak, Anna and Daniele Vignoli, 2024. "Family Life Courses, Uncertain Futures, and the Changing World of Work: State-of-the-Art and Prospects." *European Journal of Population* 40(1): 19.
- Maynard, Robin and John Seager, 2022. "The Future of Life on Earth Depends on Curbing Overpopulation." *The Guardian*, 19 October 2022.
- 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(1): 348.
- Mburu, Gitau and others, 2023. "Fulfilment of Fertility Desires for the Attainment of Global Sustainable Development Goals." *BMJ Global Health* 8(4): e012322.
- McDonald, Peter, 2013. "Societal Foundations For Explaining Low Fertility: Gender Equity." *Demographic Research* 28: 981–994.
- McEvinney, Katie, 2023. "Doctors Warn about the Social Media Link to Abortion Rise." *BBC News*, 6 September 2023.
- McNee, Rosie and others, 2025. "Self-Reported Contraceptive Method Use at Conception Among Patients Presenting for Abortion in England: A Cross-Sectional Analysis Comparing 2018 and 2023." *BMJ Sexual & Reproductive Health*. Epub ahead of print. doi: 10.1136/bmjshr-2024-202573.
- McQuillan, Julia and others, 2022. "Is Perceived Inability to Procreate Associated with Life Satisfaction? Evidence from a German Panel Study." *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14: 87–100.
- McQuillan, Julia and others, 2003. "Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women." *Journal of Marriage and Family* 65(4): 1007–1018.
- Medical Korea, n.d. "Infertility–ART." Website: www.medicalkorea.or.kr/en/infertilityart, accessed 15 March 2025.
- Melhuish, Edward, 2016. Provision of Quality Early Childcare Services: Synthesis Report. European Commission.
- Mena, Gabriela P. and Lucas A. McLindon, 2023. "Fertility Awareness Education Improves Fertility Cycle Knowledge and May Reduce Time-to-Pregnancy in Subfertile Women." *Human Fertility* 26(2): 405–412.
- Mencarini, Letizia and Maria Letizia Tanturri, 2004. "Time Use, Family Role-Set and Childbearing Among Italian Working Women." *Genus* 60(1): 111–137.
- Mesquita de Castro, Michelle H. and others, 2021. "Psychosocial Aspects of Gestational Grief in Women Undergoing Infertility Treatment: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Evidence." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(24): 13143.
- Miettinen, Anneli and others, 2015. "Increasing Childlessness in Europe: Time Trends and Country Differences." FamiliesAndSocieties Working Paper Series 33.
- Migliaccio, Alessandra and Bloomberg, 2024. "Italian Women are Eschewing Motherhood as Italy's Birth Rate Plunges to One of Europe's Lowest." *Fortune*, 11 March, 2024.
- Millogo, Roch and others, 2022. "Polygamy in West Africa: Impacts on Fertility, Fertility Intentions, and Family Planning." *PRB*, 19 April 2022.

- Minello, Alessandra and others, 2024. "The Body Well-Being and Fertility Trade-Off. How Childbirth Experience Affects Fertility Trajectories." Presented at the Delayed Reproduction: Challenges and Prospects Conference, 21–22 November 2024, Vienna, Austria.
- Minhas, Fatima, 2024. "Remote Work is a Win for Mothers – and Society at Large." *Analyst News*, 14 March 2024.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross, 2002. "Depression, Parenthood, and Age at First Birth." *Social Science & Medicine* 54(8): 1281–1298.
- Modebadze, Valery, 2021. "The Issue of Unchecked Population Growth and its Effect on Environmental Degradation." *KutBilim* 1(1): 36–44.
- Moghadam, Zahra B. and others, 2017. "Motherhood Challenges and Well-Being along with the Studentship Role Among Iranian Women: A Qualitative Study." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 12(1): 1335168.
- Mohammadi, Hossein and others, 2023. "Fertility Knowledge and its Related Factors Among Married Men and Women in Zanjan, Iran." *Human Fertility* 26(2): 249–256.
- Morioka, Masahiro, 2021. "What Is Antinatalism?: Definition, History, and Categories: The Review of Life Studies 12:1-39 (2021).
- Morrissey, Taryn W., 2017. "Child Care and Parent Labor Force Participation: A Review of the Research Literature." *Review of Economics of the Household* 15(1): 1–24.
- MPIDR (Max Planck Institute of Demographic Research), 2025. Glossary of Demographic Terms. www.demogr.mpg.de/en/about_us_6113/what_is_demography_6674/glossary_of_demographic_terms_6982/, accessed 15 April 2025.
- MPIDR (Max Planck Institute for Demographic Research), 2024. "Women's Education Influences Fertility Rates in Sub-Saharan Africa." MPIDR, 5 November 2024.
- Murugesu, Sughashini and others, 2022. "Does Advanced Paternal Age Affect Outcomes Following Assisted Reproductive Technology? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Reproductive BioMedicine Online* 45(2): 283–331.
- Musk, Elon, 2024. Website: x.com/elonmusk/status/1841635259382710619, accessed 20 March 2025.
- Myong, Sunha and others, 2021. "Social Norms and Fertility." *Journal of the European Economic Association* 19(5): 2429–2466.
- Narasimhan, Manjulaa and others, 2021. "The Role of Self-Care Interventions on Men's Health-Seeking Behaviours to Advance Their Sexual and Reproductive Health and Rights." *Health Research and Policy Systems* 19: 23.
- Navarro-Cruz, Giselle E. and others, 2023. "Accommodating Life's Demands: Childcare Choices for Student Parents in Higher Education." *Early Childhood Research Quarterly* 62: 217–228.
- Neal, Zachary P. and Jennifer Watling Neal, 2022. "Prevalence, Age of Decision, and Interpersonal Warmth Judgements of Childfree Adults." *Scientific Reports* 12: 11907.
- Nelson, Heidi D. and others, 2020. "Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Medical Association* 328(17): 1714–1729.
- Nguyen, Cuong V., 2018. "The Long-Term Effects of Mistimed Pregnancy on Children's Education and Employment." *Journal of Population Economics* 31: 937–968.
- Noordhuizen, Suzanne and others, 2010. "The Public Acceptance of Voluntary Childlessness in the Netherlands: From 20 to 90 per cent in 30 years." *Social Indicators Research* 99: 163–181.
- Norden, n.d. "Parental Benefit and Parental Leave in Norway." Website: www.norden.org/en/info-norden/parental-benefit-and-parental-leave-norway, accessed 31 March 2025.
- Norman, Robert J. and Bart C. Fauser, 2024. "Seeds of Hope: Fertility Support in Resource-Limited Settings." *Fertility and Sterility* 122(4): 595–597.
- Nuevo-Chiquero, Anna, 2010. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2025. *Korea's Unborn Future: Understanding Low-Fertility Trends*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2022. "Share of Births Outside of Marriage." OECD Family Database.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2016. "Ideal and Actual Number of Children." OECD Family Database.
- Office of the U.S. Surgeon General, 2024. Parents Under Pressure. The U.S. Surgeon General's Advisory on the Mental Health & Well-Being of Parents. US Department of Health and Human Services.
- Ogawa, Naohiro and others, 2009. "Declining Fertility and the Rising Cost of Children. What can NTA Say About Low Fertility in Japan And Other Asian Countries?" *Asian Population Studies* 5(3): 289–307.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2025. "Ecuador and Nicaragua: Forced Pregnancy and Motherhood Violated Rights of Girl Victims of Rape, UN Human Rights Committee Finds." United Nations Human Rights, 20 January 2025.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2024. "A/HRC/WG.11/41/2: Gender Equality and Gender Backlash - - Guidance Document of the Working Group on Discrimination Against Women and Girls." United Nations Human Rights, 31 October 2024.
- Okonofua Friday, 2003. "New Reproductive Technologies and Infertility Treatment in Africa/ Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Stérilité en Afrique." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive* 7(1): 7–11.
- Okonofua, Friday E., 1996. "The Case Against the Development of Reproductive Technology in Developing Countries." *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 103: 957–962.
- Okonofua, Friday E. and others, 1997. "The Social Meaning of Infertility in Southwest Nigeria." *Health Transition Review* 7(2): 205–220.
- Olsen, Jan M., 2024. "Swedes Take a New Step in Parental Leave. Grandparents Can Now Get Paid to Take Care of Grandkids." *AP*, 1 July 2024.
- Oni, Tosin O. and others, 2021. "Examining the Influence of Intimate Partner Violence on Fertility Planning Status of Couples: Evidence from the 2018 Nigeria Demographic and Health Survey." *Journal of Population and Social Studies* 29: 644–659.
- Osei Boakye, Augustine and others, 2021. "Juggling Between Work, Studies and Motherhood: The Role of Social Support Systems for the Attainment of Work-Life Balance." *SA Journal of Human Resource Management* 19: a1546.
- Osiewalska, Beata and others, 2024. "Home-Based Work and Childbearing." *Population Studies* (Cambridge) 78(3): 525–545.
- Otu, Akaninyene and others, 2021. "Refocusing on Sexually Transmitted Infections (STIs) to Improve Reproductive Health: A Call to Further Action." *Reproductive Health* 18: 242.
- Page, Abigail E. and others, 2016. "Reproductive Trade-offs in Extant Hunter-Gatherers Suggest Adaptive Mechanism for the Neolithic Expansion." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(17): 4694–4699.

- Pagoto, Sherry L. and others, 2023. "The Next Infodemic: Abortion Misinformation." *Journal of Medical Internet Research* 25: e42582.
- Pardo, I., Sacco, N., Acosta, E. et al. 2025. "Fertility Decline to Low and Lowest-Low Levels in Latin America." *Popul Res Policy Rev* 44, 9.
- Pařízková, Alena and others, 2023. "Inclusiveness of Access Policies to Maternity Care for Migrant Women Across Europe: A Policy Review." *Maternal and Child Health Journal* 28(3): 470–480.
- Parker, Kim, 2015. "Women More Than Men Adjust Their Careers for Family Life." Pew Research Center, 1 October 2025.
- Parr, Nick, 2020. "A New Measure of Fertility Replacement Level in the Presence of Positive Net Immigration." *European Journal of Population* 37(1): 243–262.
- Passet-Wittig, Jasmin and Martin Bujard, 2021. "Medically Assisted Reproduction in Developed Countries: Overview and Societal Challenges." In: *Research Handbook on the Sociology of the Family*, Schneider, N. F. and Kreyenfel, M. (eds). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. pp 417–438.
- Pavlova, Uliana and Jack Guy, 2022. "Putin Revives Stalin-Era 'Mother Heroine' Award for Women with 10 Children." *CNN*, 18 August 2022.
- Pessin, Léa and others, 2022. "Time, Money, and Entry into Parenthood: The Role of (Grand)parental Support." *Journal of Marriage and Family* 84(1): 101–120.
- Piotrowski, Konrad, 2021. "How Many Parents Regret Having Children and How is it Linked to Their Personality and Health: Two Studies with National Samples in Poland." *PLoS ONE* 16(7): e0254163.
- Pizarro, Jon and Leire Gartzia, 2024. "Paternity Leave: A Systematic Review and Directions for Research." *Human Resource Management Review* 34(1): 101001.
- Pop-Eleches, Cristian, 2006. "The Impact of an Abortion Ban on Socioeconomic Outcomes of Children: Evidence from Romania." *Journal of Political Economy* 114(4): 744–773.
- Population Reference Bureau, 2025. Glossary of Demographic Terms. Website: www.prb.org/resources/glossary, accessed 15 April 2025.
- Powell, Brian and others, 2006. "Advancing Age, Advantaged Youth: Parental Age and the Transmission of Resources to Children." *Social Forces* 84(3): 1359–1390.
- Presser, Harriet, 1994. "Employment Schedules Among Dual-Earner Spouses and the Division of Household Labor by Gender." *American Sociological Review* 59(3): 348–364.
- Presser, Lizzie and others, 2025. "Texas Banned Abortion. Then Sepsis Rates Soared." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Pritchett, Lant H. and Martina Viarengo, 2013. "Why Demographic Suicide? The Puzzles of European Fertility." *Population and Development Review* 38: 55–71.
- Pulley, LeaVonne and others, 2002. "The Extent of Pregnancy Mistiming and its Association with Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(4): 206–211.
- Rajesh, S., 2024. "Declining Hindu Population in Buddhist Majority Sri Lanka Should be of Concern for India." *Swarajya*, 15 May 2024.
- Ranganathan, Meghna and others, 2021. "Measurement and Prevalence of Sexual Harassment in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 11(6): e047473.
- Raybould, Alyce and Rebecca Sear, 2020. "Children of the (Gender) Revolution: A Theoretical and Empirical Synthesis of how Gendered Division of Labour Influences Fertility." *Population Studies* 75(2): 169–190.
- Raymo, James M. and Miho Iwasawa, 2005. "Marriage Market Mismatches in Japan: An Alternative View of the Relationship between Women's Education and Marriage." *American Sociological Review* 70(5): 801–822.
- Raymo, James M. and Hyunjoon Park, 2020. "Marriage Decline in Korea: Changing Composition of the Domestic Marriage Market and Growth in International Marriage." *Demography* 2020 57(1): 171–194.
- Raymo, James M. and others, 2021. "Marriage Intentions, Desires, and Pathways to Later and Less Marriage in Japan." *Demographic Research* 44: 67–98.
- Raymo, James M. and others, 2015. "Marriage and Family in East Asia: Continuity and Change." *Annual Review of Sociology* 41: 471–492.
- Reher, David and Miguel Requena, 2015. "The Mid-Twentieth Century Fertility Boom from a Global Perspective." *The History of the Family* 20(3): 420–445.
- Reuters, 2023. "Finland to Allow Gender Reassignment Without Sterilisation." *Reuters*, 3 March 2023.
- Reuters, 2020. "No Sex, No Babies: S. Korea's Emerging Feminists Reject Marriage." *Reuters*, 20 January 2020.
- Reyes, Adriana M., 2018. "The Economic Organization of Extended Family Households by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status." *Journal of Marriage and the Family* 80(1): 119–133.
- Rich, Motoko, 2019. "Craving Freedom, Japan's Women Opt Out of Marriage." *New York Times*, 3 August 2019.
- Rich, Motoko and Kiuko Notoya, 2024. "In Japan, These Women Want to Opt Out of Motherhood More Easily." *New York Times*, 21 June 2024.
- Richardson, Linda, 2012. "Costs of Childcare Across OECD Countries." OECD, 8 May 2012.
- Riederer, Bernhard and others, 2019. "Fertility Intentions and Their Realization in Couples: How the Division of Household Chores Matters." *Journal of Family Issues* 40(13): 1860–1882.
- Riese, Sara and others, 2023. "Collective Norms and Modern Contraceptive Use in Men and Women: A Multilevel Analysis of DHS Program Data in Nigeria and Zambia" [version 1]. *Gates Open Research* 7: 52.
- Rindfuss, Ronald R. and others, 2010. "Child-Care Availability and Fertility in Norway." *Population and Development Review* 36(4): 725–748.
- Riskind, Rachel G. and Samantha L. Tornello, 2017. "Sexual Orientation and Future Parenthood in a 2011–2013 Nationally Representative United States Sample." *Journal of Family Psychology* 31(6): 792.
- Roberts, Louisa L., 2019. "Changing Worldwide Attitudes Toward Homosexuality: The Influence of Global And Region-Specific Cultures, 1981–2012." *Social Science Research* 80: 114–131.
- 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.
- Rostgaard, Tine, 2014. "Family Policies in Scandinavia." Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Rothschild, Claire W. and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management: Assessing the Feasibility of a New Measure of Contraceptive Autonomy Among Married Adolescent Girls in Kaduna and Nasarawa, Nigeria." *Contraception* 2023; 127: 110253.
- Rubenstein, Edwin S., 2019. "Controlling Population in a Strong Economy: Is Feminism the Answer?" NPG Forum Paper. Alexandria, VA, USA: NPG (Negative Population Growth, Inc).
- Rutigliano, Roberta and Mariona Lozano, 2022. "Do I want more if you help me? The impact of grandparental involvement on men's and women's fertility intentions." *Genus* 78, 13 (2022).
- SAFLII (Southern Africa Legal Information Institute), 2012. Case no: I 1603/2008, Case no: I 3518/2008, Case no: I 3007/2008, High Court of Namibia. Southern Africa Legal Information Institute.

- Sage, Mathilde, 2025. Children are a Poor Women's Wealth: How Inheritance Rights Affect Fertility. LIDAM Discussion Paper IRES 2025/04.
- Salgado, Filipa and Sara I. Magalhães, 2024. "I Am My Own Future: Representations and Experiences of Childfree Women." *Women's Studies International Forum* 102: 102849.
- Sanders, Rebecca, 2018. "Norm Spoiling: Undermining the International Women's Rights Agenda." *International Affairs* 94: 271–291.
- Sarnak, Dana and others, 2023. "Unmet Need and Intention to Use as Predictors of Adoption of Contraception in 10 Performance Monitoring for Action Geographies." *SMM Population Health* 22: 101365.
- Schmelz, Jerome, 1976. "Rising Aspirations of American Women and the Declining Birth Rate." *International Journal of Sociology of the Family* 6(2): 179–196.
- Schwanitz, Katrin and others, 2024. "Ideations and Intentions in the Transition to Adulthood: A Cross-European Comparison, version 1." INVEST Working Paper 105. SocArXiv Papers.
- Sear, Rebecca, 2021. "The Male Breadwinner Nuclear Family is not the 'Traditional' Human Family, and Promotion of this Myth may have Adverse Health Consequences." *Philosophical Transactions of The Royal Society B* 376(1827): 20200020.
- Sear, Rebecca, 2018. "Family and Fertility: Does Kin Help Influence Women's Fertility, and How Does This Vary Worldwide?" *Population Horizons* 14(1): 18–34.
- Sedlander, Erica and others, 2021. "Does the Belief that Contraceptive Use Causes Infertility Actually Affect Use? Findings from a Social Network Study in Kenya." *Studies in Family Planning* 52(3): 343–359.
- Sedlander, Erica and others, 2018. "They Destroy the Reproductive System: Exploring the Belief that Modern Contraceptive Use Causes Infertility." *Studies in Family Planning* 49(4): 345–365.
- Seidl, C. 1995. "The Desire for a Son is the Father of Many Daughters: A Sex Ratio Paradox." *Journal of Population Economics* 8(2): 185–203.
- Seiz, Marta and others, 2023. "Socioeconomic Differences in Access to and Use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a Context of Increasing Childlessness." Joint Research Centre. Seville: European Commission, March 2023.
- Selezneva, Ekaterina, 2016. "Struggling for New Lives: Family and Fertility Policies in The Soviet Union and Modern Russia." IOS Working Papers No. 255, April 2016. Regensburg: Institute for East and Southeast European Studies.
- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161–176.
- Shamim, Sarah, 2024. "What is the 4B Feminist Movement from S Korea that's Taking Off in the US?" *Al Jazeera*, 9 November 2024.
- Shand, Tim, 2018. "The Need for Fully Paid, Non-Transferable Parental Leave: Leaving Inequality Behind and Giving our Children the Care They Need." Background paper for the European Parliament. Promundo-US.
- Shankar, Sitaraman, 2024. "Resolving India's Population Woes Requires Political Maturity." *Al Jazeera*, 25 November 2024.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLOS Medicine* 11(9): e1001723.
- Singh, Ritu, 2024. "Uterus Removal At 30: Japan Leader's Bizarre Proposal To Boost Birth Rate Sparks Backlash." *NDTV*, 12 November 2024.
- Skalla, Nicole M., 2004. "China's One-Child Policy: Illegal Children and the Family Planning Law." *Brooklyn Journal of International Law* 30(1): 8.
- Sobotka, Tomáš, 2005. "Is Lowest-Low Fertility in Europe Explained by the Postponement of Childbearing?" *Population and Development Review* 30(2): 195–220.
- Sobotka, Tomáš and others, 2019. Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1. UNFPA Technical Division. Working Paper Series. Population & Development Branch.
- Socialist Republic of Romania, 1966. Decree No. 770 of October 1, 1966 for the Regulation of the Interruption of the Course of Pregnancy.
- Spicer, Kate, 2013. "Any Woman Who Says She's Happy to be Childless is a Liar or a Fool: Take it From a Woman Who's Given Up Her Dreams of Motherhood at 44, says Kate Spicer." *Mail Online*, 7 August 2013.
- Stahnke, Brittany and others, 2022. "A Systematic Review of Life Satisfaction Experiences Among Childfree Adults." *The Family Journal* 31(1): 60–68.
- Strasser, Julia and others, 2025. "Tubal Sterilization and Vasectomy Increased Among US Young Adults After the Dobbs Supreme Court Decision in 2022." *Health Affairs (Millwood)* 44(1): 99–107.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health* 2019. New York: Guttmacher Institute.
- Sunder, Kalpana, 2020. "Single by Choice: India's Women Reject Marriage in Their Millions, but Society Hasn't Caught Up." *South China Morning Post*, 14 November 2020.
- Suozzo, Andrea and others, 2025. "Texas Won't Study How Its Abortion Ban Impacts Women, So We Did." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Sustainable Development Solutions Network, 2024. Sustainable Development Report 2024. Website: dashboards.sdgindex.org/, accessed 21 March 2025.
- Sutcliffe, Alastair G. and others, 2012. "The Health and Development of Children Born to Older Mothers in the United Kingdom: Observational Study Using Longitudinal Cohort Data." *BMJ* 345: e5116.
- Tan, Josephine, 2024. "Singapore's Parental Leave Policies Foster a Family-Friendly Workforce." *HRM Asia*, 21 August 2024.
- Tanaka, Kimiko and Nan E. Johnson, 2014. "Childlessness and Mental Well-Being in a Global Context." *Journal of Family Issues* 37(8): 1027–1045.
- Tanskanen, Antti and Anna Rotkirch, 2014. "The Impact of Grandparental Investment on Mothers' Fertility Intentions in Four European Countries." *Demographic Research* 31(1): 1–26.
- Tate, Doyle P. and others, 2019. "Predictors of Parenting Intentions Among Childless Lesbian, Gay, and Heterosexual Adults." *Journal of Family Psychology* 33: 194–202.
- Tedros, Adhanom Ghebreyesus and Natalia Kanem, 2018. "Defining Sexual and Reproductive Health and Rights for All." *Lancet* 391(10140): 2583–2585.
- Tenbarge, Kat, 2023. "Conservative Influencers are Pushing an Anti-Birth Control Message." *NBC News*, 1 July 2023.
- Testa, Maria Rita and Fabian Stephany, 2017. "The Education Gradient in Fertility Intentions: A European Perspective." Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 4/2017.
- The Hindu, 2025. "Chandrababu Naidu for Barring Candidates with Fewer than Two Children from Contesting Local Body Polls." *The Hindu*. 17 January 2025.
- Thévenon, Olivier, 2009. "Assessing the Costs of Children: A Challenge for Policy." In: *The Costs of Raising Children and the Effectiveness of Policies to Support Parenthood in European Countries: A Literature Review*, Letablier, M.-T. and others (eds.), 1–20.
- Thoma, Marie and others, 2021. "Biological and Social Aspects of Human Infertility: A Global Perspective." Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.

- Thomese, Fleur and Aart Liefbroer, 2013. "Child Care and Child Births: The Role of Grandparents in the Netherlands." *Journal of Marriage and Family* 75(2): 403–421.
- Tierney, Katherine, 2022. "The Future of Assisted Reproductive Technology Live Births in the United States." *Population Research and Policy Review* 41(5): 2289–2309.
- Tocchioni, Valentina and others, 2021. "The Changing Association Between Homeownership and the Transition to Parenthood." *Demography* 58(5): 1843–1865.
- Torres, Ana J. C. and others, 2024. "The Impact of Motherhood on Women's Career Progression: A Scoping Review of Evidence-Based Interventions." *Behavioural Sciences* (Basel) 14(4): 275.
- Townsend, Nicholas, 2002. *The Package Deal: Marriage, Work, and Fatherhood in Men's Lives*. Philadelphia: Temple University Press.
- Trillingsgaard, Tea and Dion Sommer, 2018. "Associations Between Older Maternal Age, Use of Sanctions, and Children's Socio-Emotional Development Through 7, 11, and 15 Years." *European Journal of Developmental Psychology* 15(2): 141–155.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025a. *World Fertility Report 2024* [advance unedited version] (UN DESA/POP/2024/TR/NO.10). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2024. *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (UN DESA/POP/2024/TR/NO.9). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2023. *Leaving No One Behind in an Ageing World. World Social Report 2023*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. *Global Population Growth and Sustainable Development* (UN DESA/POP/2021/TR/NO.2). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2017. *World Fertility Report 2015 - Highlights* (ST/ESA/SER.A/415). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2016. *Changing Patterns of Marriage and Unions Across the World*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2014. *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes* (ST/ESA/SER.A/331). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, n.d. "World Population Policies." Website: www.un.org/development/desa/pd/content/older-revisions, accessed 12 March 2025.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *Breaking Down Gender Biases. Shifting Social Norms Towards Gender Equality. 2023 Gender Social Norms Index*. New York: UNDP.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. *Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All. 2016 Global Education Monitoring Report*. Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025a. "Adolescent Pregnancy Costs Latin America and the Caribbean USD 15.3 Billion a Year and Deepens Inequality, According to New UNFPA Report." Website: lac.unfpa.org/es/news/adolescent-pregnancy-cost-latin-america-caribbean, accessed 19 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025b (forthcoming). "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025c. *An Infographic Guide to Technology-facilitated Gender-Based Violence*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025d. *UNFPA Paper on the Strategy for Intergenerational Fairness of the European Commission*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: Demographic Change and Sustainability*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. "Interwoven Lives, Threads of Hope." *State of World Population 2024*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: The Future of Sexual Health and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. *Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Private Sector*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "8 Billion Lives, Infinite Possibilities." *State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. *Safeguard Young People Programme: Annual Report 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. "Does Menstruation Limit What People Can Do?" In: *Menstruation and Human Rights – Frequently Asked Questions*. Website: www.unfpa.org/menstruationfaq, accessed 12 March 2025.
- 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), 2022b. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "First Menstruation is Often Accompanied by Fear, Shame, Lack of Information, Women and Girls in Arab States Reveal." Website: www.unfpa.org/news/first-menstruation-often-accompanied-fear-shame-lack-information-women-and-girls-arab-states, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Regional Programme Evaluation for East and Southern Africa Regional Office (2018–2021)*. www.unfpa.org/unfpa-regional-programme-evaluation-east-and-southern-africa-regional-office-2018%E2%80%932021, accessed 16 April 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1*. New York: UNFPA.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education. A Evidence-Informed Approach*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. Programme of Action of the International Conference on Population Development, 20th Anniversary Edition. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. Background Document on the Population Programme of the UN. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. "Child Marriage." Website: www.unfpa.org/child-marriage, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Demographic Resilience Programme for Europe and Central Asia. Website: eeca.unfpa.org/en/demographic-resilience-programme, accessed 28 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.b. National Transfer Accounts. Website: asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_nta_booklet_quo_february_15.pdf, accessed 21 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.c. Shrinking Populations in Eastern Europe. Website: eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Shrinking%20population_low%20fertility%20QA.pdf, accessed 17 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and Equimundo, 2022. *International Men & Gender Equality Survey (IMAGES)*. New York: UNFPA.
- UNHCR (United Nations Refugee Agency), n.d. "Countries with Gender-Discriminatory Nationality Laws Regarding the Conferral of Nationality on Children." Website: www.unhcr.org/ibelong/gender-discrimination-and-stateless-children, accessed 18 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. "Sweden, Norway, Iceland, Estonia and Portugal Rank Highest for Family-Friendly Policies in OECD and EU Countries." Website: www.unicef.org/press-releases/sweden-norway-iceland-and-estonia-rank-highest-family-friendly-policies-oecd-and-eu, accessed 13 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), n.d. "Redesigning the Workplace to be Family-Friendly: What Governments and Businesses Can Do." Website: www.unicef.org/early-childhood-development/family-friendly-policies, accessed 17 March 2025.
- United Nations, 2023. "Disagreeing Over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." 14 April 2023.
- United Nations General Assembly, 2013. Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53.
- United States District Court for the Northern District of Texas, Amarillo Division, 2024. "State of Missouri; State of Kansas; State of Idaho v. U. S. Food and Drug Administration." Case No. 2:22-cv-00223-Z.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), 2019. *Global Study on Homicide*. Vienna: UNODC.
- UN Women, 2025. "Explainer: the Beijing Declaration and Platform for Action at 30, and Why That Matters for Gender Equality." UN Women Australia.
- UN Women, 2025a. Women's Rights in Review 30 Years After Beijing. New York: UN Women.
- UN Women, 2024. Action Coalition on Bodily Autonomy and SRHR Report. New York: UN Women.
- UN Women, 2014. Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing+5 Political Declaration and Outcome. New York: UN Women.
- Vafa, Yasmin and Rebecca Epstein, 2023. Criminalized Survivors: Today's Abuse to Prison Pipeline for Girls. Rights4Girls and Center on Gender Justice & Opportunity, Georgetown Law, 2023.
- Valente, Christine and others, 2024. "Are Self-Reported Fertility Preferences Biased? Evidence from Indirect Elicitation Methods." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 121(34): e2407629121.
- Van der Gaag, Nikki and others, 2023. State of the World's Fathers: Centering Care in a World Crisis. Washington, DC: Equimundo.
- Van Doornik and others, 2025. "Housing and Fertility." *Vox EU*, Center for Economic and Policy Research. Website: cepr.org/voxeu/columns/housing-and-fertility, accessed 28 March 2025.
- Van Gerwen, Olivia T. and others, 2022. "Sexually Transmitted Infections and Female Reproductive Health." *Nature Microbiology* 7(8): 1116–1126.
- Vartanova, Irina and others, 2023. "Survey Data Show a Global Decline in Intimate Partner Violence Against Women Associated with Rising Living Standards." 19 December 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square: doi: 10.21203/rs.3.rs-3733106/v1.
- Vélez, Maria P. and others, 2014. "Universal Coverage of IVF Pays Off." *Human Reproduction* 29(6): 1313–1319.
- Vignoli, Daniele and others, 2020. "A Reflection on Economic Uncertainty and Fertility in Europe: The Narrative Framework." *Genus* 76: 28.
- Vitagliano, Amerigo and others, 2023. "Does Maternal Age Affect Assisted Reproduction Technology Success Rates After Euploid Embryo Transfer? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Fertility and Sterility* 120(2): 251–265.
- Vohra, Divya, 2014. Understanding the Gap Between Fertility Intentions and Outcomes. PhD dissertation, University of California, Berkeley.
- Volgsten, Helena and Lone Schmidt, 2021. "Motherhood Through Medically Assisted Reproduction – Characteristics and Motivations of Swedish Single Mothers by Choice." *Human Fertility* (Cambridge) 24(3): 219–225.
- Von Hippel, Courtney and others, 2016. "Stereotype Threat and Perceptions of Family-Friendly Policies Among Female Employees." *Frontiers in Psychology* 7:2043.
- Waldby, Catherine, 2019. "The Business of IVF: How Human Eggs went from Simple Cells to a Valuable Commodity." *The Conversation*, 3 October 2019.
- Wallace, Maeve and others, 2021. "Maternity Care Deserts and Pregnancy-Associated Mortality in Louisiana." *Women's Health Issues* 31(2): 122–129.
- Wang, Iris Y. and Rebecca Y. M. Cheung, 2023. "Parents' Gender Role Attitudes and Child Adjustment: The Mediating Role of Parental Involvement." *Sex Roles* 89: 425–441.
- Wang, Vivian, 2025. "Chinese Company to Single Workers: Get Married or Get Out." *New York Times*, 4 March 2025.
- Wang, Yanwen and Zheng Mu, 2025. "Partnership Trajectories Toward Childlessness in China." *Family Relations* 74(2): 901–915.
- Watts, Susan May, 2024. "Son Preference in India." Ballard Brief, Fall 2024.
- Weinreb, Alexander and others, 2024. "The Complicated ART of Finding Consensus on Family-Building Health Policy: A Comment on the IFFS Consensus Document." *Human Reproduction Update* 30(2): 131–132.
- Welmond, Michel J. and Laura Gregory, 2021. *Educational Underachievement Among Boys and Men*. Washington, DC: World Bank Group.

- Westoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- What Young People Want, n.d. "Results Dashboard." Website: wypw.1point8b.org/en, accessed 13 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024. "Violence Against Women." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024a. "Abortion." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024b. "Infertility." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility, accessed 15 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2023. *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2021. "Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates."
- WHO Europe (World Health Organization), 2018. "Men's Health and Well-Being in the WHO European Region." Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (World Health Organization), 2011. Preventing Gender-Biased Sex Selection. An Interagency Statement, OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva: WHO
- WHO (World Health Organization), 1987. "Infections, Pregnancies, and Infertility: Perspectives on Prevention." *Fertility and Sterility* 47(6): 964–968.
- WHO (World Health Organization) and others, 2014. *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement*. Geneva: WHO.
- Wilkins, Elizabeth and others, 2025. "Future-Proofing the ICPD PoA: Reproductive Rights in a Low Fertility World." *Studies in Family Planning*. doi: 10.1111/sifp.70009.
- Wilkins, Elizabeth, 2019. "Low Fertility: A Review of the Determinants." Working Paper No. 2. New York: UNFPA.
- Wilkinson, Krystal and others, 2023. "Assisted Reproductive Technologies and Work, Employment and Society: Extending the Debate on Organisational Involvement In/Responsibilities Around Fertility and Reproduction." *Work, Employment and Society* 37(5): 1419–1433.
- Willingham, Emily, 2022. "People Have Been Having Less Sex—Whether They're Teenagers or 40-Somethings." *Scientific American*, 3 January 2022.
- Wlodarczak-Semczuk, Anna and Alan Charlish, 2024. "Polish President Halts Law Easing Access to 'Morning After' Pill." *Reuters*, 29 March 2024.
- Wood, Jonas and Karel Neels, 2019. "Local Childcare Availability and Dual-Earner Fertility: Variation in Childcare Coverage and Birth Hazards Over Place And Time." *European Journal of Population* 35(5): 913–937.
- World Bank, 2022. "Female Labor Force Participation." Website: genderdata.worldbank.org/en/data-stories/flfp-data-story, accessed 29 March 2025.
- World Bank, 2020. "Adjusted Net Enrollment Rate, Primary, Female (% of Primary School Age Children) – India."
- Wu, Alex K. and others, 2013. "Time Costs of Fertility Care: The Hidden Hardship of Building a Family." *Fertility and Sterility* 99(7): 2025–2030.
- Xinhua, 2016. "China Grants 746,000 Residence Permits to Unregistered Citizens." *Xinhua News Agency*, 9 June 2016.
- Yamaguchi, Mari, 2023. "Japan's Top Court Strikes Down Required Sterilization Surgery to Officially Change Gender." *AP*, 25 October 2023.
- Yeatman, Sara and Christie Sennott, 2024. "Fertility Desires and Contraceptive Transition." *Population and Development Review* 50(S2): 511–538.
- Yeboah, Isaac and others, 2021. "Predictors of Underachieved and Overachieved Fertility Among Women with Completed Fertility in Ghana." *PLoS ONE* 16(6): e0250881.
- Yoon, Min-sik, 2023. "Regional Governments Roll Out Measures to Boost Birth Rate", *Korean Herald*, 24 December 2023.
- Zhang, Lei, 2024. "House Ownership and Fertility Intention in China: An Empirical Study Based on the Perspective of Life Course Theory", 8th KOSTAT-UNFPA Symposium on Low Fertility and Ageing, Seoul, Republic of Korea, 26–27 November 2024.



Assicurare diritti e possibilità di scelta per tutte le persone

Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA

Associazione italiana donne per lo sviluppo ETS

Via dei Giubbonari 30, 00186 Roma
tel. +39 06 68 73 214 / 196
press@aidos.it
www.aidos.it

ISSN 1020-5195
ISBN 9789211542837



9 789211 542837

Sales No. E.25.III.H.1
E/500/2025

Stampato su carta riciclata