

Madri bambine

Affrontare il dramma delle
gravidanze tra adolescenti



Lo stato della popolazione nel mondo 2013

Stato della popolazione nel mondo 2013

Questo rapporto è stato realizzato dalla Divisione Informazione e Relazioni Esterne di UNFPA, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione.

RICERCATORI E AUTORI

Nancy Williamson, PhD, insegna alla Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina. È stata Direttrice del Progetto YouthNet di USAID e del Basha Lesedi del Botswana, un progetto per i giovani finanziato dagli U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Ha insegnato alla Brown University e ha lavorato per Population Council e per Family Health International. Ha vissuto in India e nelle Filippine: in entrambi i paesi ha lavorato su progetti di pianificazione familiare. Autrice di numerosi testi accademici, Nancy Williamson ha pubblicato inoltre "Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences" sulle preferenze per i figli maschi o per le figlie femmine in tutto il mondo.

CONSULENTI PER LE RICERCHE

Robert W. Blum, MD, MPH, PhD, è docente e preside del Dipartimento per la Popolazione, la Famiglia e la Salute riproduttiva dell'istituto William H. Gates, nonché direttore dell'Hopkins Urban Health Institute presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Il Dr. Blum è riconosciuto a livello internazionale per le sue competenze e capacità di advocacy sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti. Ha curato due pubblicazioni e scritto oltre 250 articoli, capitoli di libri e rapporti. È stato presidente della Society for Adolescent Medicine, ha fatto parte del consiglio del Guttmacher Institute, è membro della United States National Academy of Sciences e consulente dell'Organizzazione mondiale della sanità e di UNFPA.

CONSULENTI UNFPA

Bruce Campbell
Kate Gilmore
Mona Kaidbey
Laura Laski
Edilberto Loaiza
Sonia Martinelli-Heckadon
Niyi Ojuolape
Jagdish Upadhyay
Sylvia Wong

REDAZIONE

Caporedattore: Richard Kollodge

Assistente editoriale: Robert Puchalik

Collaborazione editoriale e amministrativa: Mirey Chaljub

Responsabile per la distribuzione: Jayesh Gulrajani

Progetto grafico: Prographics, Inc.

Foto di copertina: © Mark Tuschman/
Planned Parenthood Global

RINGRAZIAMENTI

Lo staff editoriale è grato per tutte le proposte e i suggerimenti, i contributi e i consigli dei colleghi di UNFPA, primi fra tutti Alfonso Barragues, Abubakar Dungus, Nicole Foster, Luis Mora e Dianne Stewart. Edilberto Loaiza ha realizzato l'analisi statistica che è alla base di tutto questo rapporto.

I nostri ringraziamenti vanno anche ai colleghi di UNFPA Aicha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Nicole Foster, Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Alvaro Serrano e ai tanti colleghi degli uffici UNFPA di tutto il mondo, per la sensibilità con cui hanno raccontato le vicende personali e per aver permesso agli/alle adolescenti di far sentire la propria voce anche in questo rapporto.

Molte delle raccomandazioni contenute nel rapporto si basano sulle ricerche condotte per UNFPA da Kwabena Osei-Danquah e Rachel Snow sui progressi compiuti dal 1994, data dell'adozione del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Cairo, 1994).

Shireen Jejeebhoy, di Population Council, ha esaminato la letteratura sull'argomento e redatto le parti sulla violenza sessuale contro gli adolescenti. Nicola Jones dell'Overseas Development Institute ha sintetizzato la ricerca sui versamenti in denaro. Monica Kothari di Macro International ha analizzato i dati del Demographic and Health Survey sulla salute riproduttiva degli adolescenti. Christina Zampas ha condotto le ricerche e curato la prima stesura delle parti di testo che evidenziano il rapporto tra gravidanze precoci e rispetto dei diritti umani.

MAPPE E DEFINIZIONI

Le definizioni utilizzate nella presentazione dei dati o delle mappe di questo rapporto non implicano in alcun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo status giuridico di ogni singolo paese, territorio, città o area, né per quanto riguarda le autorità preposte o la definizione e delimitazione di confini e frontiere. Una linea punteggiata rappresenta in modo approssimativo la Linea di Controllo concordata da India e Pakistan per Jammu e Kashmir. Lo status giuridico definitivo di Jammu e Kashmir non è ancora stato concordato dalle parti.

Edizione italiana

Versione italiana a cura di Aidos, Associazione italiana donne per lo sviluppo

Traduzione: Anna Tagliavini

Editing: Giovanna Ermini e Serena Fiorletta

Impaginazione: Simona Ferri

Stampa: Litostampa 3B

Ufficio stampa: Serena Fiorletta

Segreteria e spedizioni: Paola Panetta

UNFPA

Costruire un mondo
in cui ogni gravidanza
sia desiderata ogni parto
sicuro e le potenzialità
di ogni giovane siano
realizzate

Madri bambine

Affrontare il dramma delle
gravidanze tra adolescenti

Premessa pagina ii

Introduzione pagina iv

1 Una sfida globale pagina 1

2 L'impatto sulla salute, istruzione
e produttività pagina 17

3 Pressioni da ogni parte pagina 31

4 Tempo di agire pagina 57

5 Disegnare la mappa per il progresso pagina 83

Indicatori pagina 99

Bibliografia pagina 111

Premessa

Quando un'adolescente resta incinta, il suo presente e il suo futuro cambiano in modo radicale, e raramente in meglio.

Spesso smette di studiare, le sue prospettive di trovare un lavoro svaniscono, diviene ancora più vulnerabile alla povertà, all'emarginazione e alla dipendenza dagli altri.

Molti paesi si stanno impegnando nella prevenzione delle gravidanze tra le adolescenti, spesso attraverso misure che puntano a modificare il comportamento delle giovani stesse. In tali interventi è implicita non solo la convinzione che la responsabilità di prevenire la gravidanza ricada sulla minore, ma anche il pregiudizio secondo cui, quando una ragazza resta incinta, la colpa è sua.

Approcci e mentalità di questo tipo sono mal orientati, perché non tengono conto di quelle circostanze e pressioni sociali avverse alle adolescenti, che vedono la maternità come un esito probabile e quasi logico del passaggio dall'infanzia all'età adulta. Quando una minorenne è costretta al matrimonio, per esempio, è molto raro che abbia voce in capitolo, e che possa decidere se, quando e con che frequenza avere dei figli. Gli interventi volti a prevenire le gravidanze precoci (che si tratti di campagne pubblicitarie o di programmi di distribuzione di preservativi) restano irrilevanti per le ragazze, se queste non hanno la minima possibilità di decidere riguardo la loro vita.

Occorre invece un nuovo modo di concepire la sfida posta dalle gravidanze tra adolescenti. Anziché ritenere che il problema siano le giovanissime, e che la soluzione consista nel modificare il loro comportamento, governi, comunità locali, famiglie e scuole dovrebbero affrontare le vere sfide – povertà, disuguaglianza di genere, discrimi-

nazione, impossibilità di accedere ai servizi, pregiudizi negativi contro le bambine e le donne – e perseguire la giustizia sociale, lo sviluppo equo e l'*empowerment* delle ragazze. Questo è l'unico sentiero percorribile se si vuole ottenere una diminuzione delle gravidanze tra le adolescenti.

Di solito gli sforzi e le risorse profusi nella prevenzione delle gravidanze precoci si concentrano sulle ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Ma sono le più giovani, quelle che hanno quattordici anni o anche meno, a essere più vulnerabili e a correre i maggiori rischi di complicanze e di morte in seguito a gravidanza e parto. Questo gruppo di giovanissime è trascurato o non viene raggiunto dalle istituzioni che si occupano, a livello nazionale, di salute, istruzione e sviluppo. Ciò avviene perché queste ragazze spesso contraggono matrimoni forzati e non hanno il permesso di frequentare la scuola o di accedere ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. Sono bambine che si trovano in una grave condizione di bisogno: governi, società civile, comunità locali e comunità internazionale devono fare molto di più per proteggerle e per accompagnarle in una transizione sana e sicura dall'infanzia all'adolescenza, sino all'età adulta. Nell'affrontare le gravidanze precoci, la vera misura del successo – o del fallimento – di governi, agenzie per lo sviluppo, società civile e comunità locali e internazionali è data dalla risposta che daremo alle esigenze di questo novero così trascurato.

Il tema delle gravidanze adolescenziali è imprescindibile da quello dei diritti umani. Un'adolescente sottoposta a pressioni perché interrompa



gli studi o costretta ad abbandonare la scuola, per esempio, è una persona a cui è negato il diritto all'istruzione. Proibire a una minorenne di accedere ai servizi di contraccezione o anche solo alle informazioni necessarie per prevenire le gravidanze significa negare il suo diritto alla salute. Una ragazza in grado di esercitare il suo diritto all'educazione, che dunque continui a frequentare la scuola, ha minori probabilità di rimanere incinta rispetto a una sua coetanea che interrompa o abbandoni gli studi. L'adolescente che può godere anche di uno solo dei diritti fondamentali, si trova nella posizione migliore per goderne altri.

Dal punto di vista dei diritti umani, se un'adolescente resta incinta (a prescindere dalle circostanze o dai motivi) significa che i suoi diritti non sono stati pienamente rispettati.

Per proteggere questi ultimi è fondamentale investire nel capitale umano. Questi investimenti, non solo aiutano le ragazze a realizzare il loro potenziale, ma rientrano nella responsabilità dei governi, che hanno il dovere di proteggere i diritti delle ragazze e di rispettare i trattati e gli strumenti per la tutela dei diritti umani, come la Conven-

zione sui diritti dell'infanzia, nonché gli accordi internazionali come il Programma d'azione della Conferenza del Cairo che ancora oggi guida il lavoro di UNFPA.

La comunità internazionale sta lavorando ad una nuova agenda per lo sviluppo sostenibile, che dopo il 2015 dovrà sostituire la Dichiarazione del Millennio e i relativi Obiettivi di Sviluppo del Millennio. I governi che intendono impegnarsi per ridurre il numero delle gravidanze tra le minorenni dovrebbero anche far sì che tale nuova agenda tenga davvero in considerazione bisogni, difficoltà, aspirazioni, vulnerabilità e diritti di tutti gli/le adolescenti, ma in particolar modo delle ragazze.

In tutto il mondo le adolescenti sono 580 milioni. Di queste, quattro su cinque risiedono nei Paesi in via di sviluppo. Investire oggi nel loro potenziale umano significa consentirgli di sviluppare appieno e di plasmare il futuro dell'umanità.

Dr. Babatunde Osotimehin

Vice segretario generale delle Nazioni Unite e Direttore esecutivo UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

▲ *Il Dr Osotimehin con alcuni adolescenti impegnati nell'educazione tra pari in Sudafrica.*
© UNFPA/Rayana Rassool

Introduzione

Nei Paesi in via di sviluppo ogni giorno partoriscono 20.000 ragazze che hanno meno di 18 anni.

Lo stesso accade anche nei paesi maggiormente sviluppati, ma in percentuale molto inferiore.

In tutte le aree del mondo, ragazze povere, poco istruite e provenienti da zone rurali hanno maggiori probabilità di rimanere incinte rispetto alle loro coetanee più ricche, istruite e delle aree urbane. Le ragazze che provengono da una minoranza etnica, o da un gruppo emarginato, che non hanno la possibilità di compiere scelte e sfruttare le occasioni della vita; che hanno un accesso limitato, o nessun accesso, alla salute sessuale e riproduttiva, comprese le informazioni e servizi sui contraccettivi, hanno anche loro grandi probabilità di rimanere incinte.

La maggior parte delle nascite da madri adolescenti in tutto il mondo – il 95% – avviene nei Paesi in via di sviluppo, e nove parti su 10 si

verificano all'interno di un matrimonio o di una unione stabile.

Di tutte le giovani donne che vivono in queste aree, circa il 19% resta incinta prima di aver compiuto diciott'anni. Dei 7,3 milioni di nascite da madri non ancora diciottenni che avvengono ogni anno, 2 milioni riguardano bambine che non hanno ancora compiuto 15 anni.

L'impatto sulla salute, sull'istruzione e sulla produttività

La gravidanza può avere conseguenze immediate e durature per la salute, l'istruzione e il potenziale reddito futuro di una ragazza. Spesso questo evento influenza l'intero corso della vita, anche in base all'età in cui si affronta una gravidanza.

AFFRONTARE LA SFIDA DI UNA GRAVIDANZA ADOLESCENZIALE



- 20.000 minori che partoriscono ogni giorno
- Opportunità educative, e non solo, sprecate
- 70.000 adolescenti muoiono ogni anno per complicazioni derivanti da gravidanza e parto
- 3.2 milioni di aborti a rischio praticati ogni anno sulle adolescenti
- Perpetuazione di povertà ed emarginazione
- Diritti umani fondamentali negati
- Il potenziale umano delle ragazze resta irrealizzato

Il rischio di mortalità materna per le ragazze con meno di 15 anni nei paesi a basso e medio reddito è il doppio rispetto a quello delle ragazze più grandi; poiché devono affrontare un tasso molto più elevato di vulnerabilità alla fistola ostetrica.

Circa 70.000 adolescenti, nei Paesi in via di sviluppo, muoiono ogni anno per cause collegabili alla gravidanza e al parto: si tratta di una delle prime cause di morte. Le ragazze che restano incinte provengono generalmente da famiglie molto povere e presentano carenze nutrizionali. I problemi per la salute intervengono con maggiori probabilità quando la ragazza resta incinta troppo presto, subito dopo la pubertà.

Le ragazze che frequentano la scuola più a lungo hanno meno probabilità di rimanere incinte. L'istruzione prepara le ragazze

"Avevo 14 anni... Mia madre e le sue sorelle avevano iniziato a preparare da mangiare e mio padre ha chiesto a me, ai miei fratelli e alle mie sorelle di metterci i vestiti buoni perché stavamo per dare una festa. Non sapendo cosa stava per succedere, ho festeggiato come tutti gli altri. Solo dopo ho saputo che quello era il giorno del mio matrimonio e che dovevo andare con mio marito. Ho cercato di scappare, ma mi hanno ripresa. Così mi sono trovata con un marito che aveva il triplo dei miei anni... Quel matrimonio avrebbe dovuto salvarmi dal vizio. La scuola era finita, così, di colpo. Dieci mesi dopo avevo un bambino tra le braccia. Un giorno ho deciso di scappare, ma poi ho accettato di tornare da mio marito se lui mi avesse lasciato tornare a scuola. Ho ripreso gli studi, adesso ho tre figli e frequento la settima classe".

Clarisse, 17 anni, Ciad

CAUSE DETERMINANTI

- Matrimoni infantili
- Disuguaglianza di genere
- Ostacoli al rispetto dei diritti umani
- Povertà
- Violenza e coercizione sessuale
- Politiche nazionali che limitano l'accesso alla contraccezione e a un'educazione alla sessualità appropriata all'età
- Impossibilità di accedere all'istruzione e ai servizi di salute riproduttiva
- Insufficienti investimenti nel capitale umano delle adolescenti

GRAVIDANZA PRIMA DEI 18 ANNI

19%

Circa il 19% delle ragazze nei Paesi in via di sviluppo resta incinta prima di compiere 18 anni

a entrare nel mondo del lavoro e a provvedere a se stesse, migliora l'autostima e la posizione all'interno della famiglia e della comunità a cui appartengono, garantendo loro voce in capitolo sulle decisioni che le riguardano personalmente. L'istruzione riduce anche la probabilità di un matrimonio precoce e porta a differire le gravidanze, con esiti positivi per la salute quando si partorisce. Interrompere gli studi, a causa di una gravidanza o per qualsiasi altro motivo, mette a repentaglio le prospettive economiche future, riducendo la possibilità di cogliere le occasioni della vita.

Molte forze cospirano contro le adolescenti

Un approccio "ecologico" alla gravidanza adolescenziale tiene conto dell'intera gamma di complessi fattori in gioco, e come queste forze interagiscono tra loro. Questo può aiutare i governi, i responsabili delle istituzioni e le parti interessate a comprendere le sfide e a formulare interventi più efficaci, che non si limitino a ridurre il numero delle gravidanze ma, che contribuiscano ad

abbattere le molte barriere che ostacolano l'*empowerment* femminile, affinché la gravidanza non sia l'esito più probabile.

Uno di questi modelli ecologici, sviluppato da Robert Blum presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, permette di far luce sulla costellazione di forze che cospirano contro le adolescenti e aumentano le probabilità di una gravidanza. Si tratta di forze numerose e stratificate, che interferiscono tutte, in un modo o nell'altro, sulla capacità della ragazza di godere dei propri diritti o di esercitarli, e sulla sua possibilità di modellare il proprio futuro. Il modello prende in considerazione le forze a livello nazionale – come le politiche che regolano l'accesso alla contraccezione da parte delle adolescenti o la mancata attuazione delle leggi che vietano i matrimoni infantili – fino al livello strettamente personale, come i rapporti sociali di una ragazza e il modo in cui questi influenzano le sue convinzioni riguardo alla gravidanza.

La maggior parte dei determinanti in questo modello opera a più di un livello. Per esempio,

PRESSIONI DA MOLTE DIREZIONI E LIVELLI

Un approccio "ecologico" alla gravidanza adolescenziale prende in considerazione tutti i complessi fattori in gioco e come queste forze interagiscono tra loro.

Pressioni a vari livelli cospirano contro le ragazze e favoriscono le gravidanze precoci, volute o meno.

A livello nazionale alcune leggi possono limitare l'accesso alla contraccezione. Norme e atteggiamenti della comunità possono impedire l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva o tollerare le violenze contro la ragazza che cerca comunque di usufruire di tali servizi. Le famiglie possono costringerle a sposarsi quando sono ancora bambine o non hanno il potere di dire "no" ad una gravidanza. La scuola spesso non offre un'educazione sessuale e le ragazze fanno così affidamento su informazioni (sovente imprecise) riguardo sessualità, gravidanza e contraccezione, date dai coetanei. Il partner può rifiutarsi di usare il preservativo così come può proibire di usare qualsiasi tipo di contraccezione.

INDIVIDUALE

FAMIGLIA

SCUOLA/PARI

COMUNITÀ

a *livello nazionale*, alcune politiche possono limitare l'accesso delle adolescenti ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione, mentre la *comunità* o la *famiglia* possono opporsi ad un'istruzione completa alla sessualità o ad altre informazioni sul modo di prevenire una gravidanza.

Questo modello dimostra che le gravidanze nelle adolescenti non nascono dal nulla, ma sono la conseguenza di una serie di fattori che si intrecciano, come la povertà diffusa, l'accettazione da parte di famiglie e comunità dei matrimoni infantili, gli sforzi insufficienti per far proseguire gli studi alle ragazze.

Per la maggior parte delle adolescenti con meno di 18 anni, e soprattutto per le ragazze che non ne hanno ancora compiuti 15, le gravidanze non sono il risultato di una scelta deliberata. Al contrario, le gravidanze sono di solito il risultato di una *assenza di scelte* e di circostanze che sfuggono al controllo della ragazza. Le gravidanze precoci riflettono la mancanza di potere, la povertà e le pressioni subite dai partner, dai coetanei, dalle

famiglie e dalle comunità. E in troppi casi sono il risultato di violenza o coercizione sessuale. Le ragazze che hanno scarsa autonomia, soprattutto quelle costrette al matrimonio, hanno ben poche possibilità di dire se desiderano avere un bambino e quando.

La gravidanza nelle adolescenti è insieme causa e conseguenza della violazione dei diritti. La gravidanza limita le possibilità che una ragazza faccia valere i propri diritti all'educazione, alla salute e all'autonomia come le garantiscono i trattati internazionali quali la Convenzione sui diritti dell'infanzia. Per contro, se la ragazza non è in grado di godere dei suoi diritti fondamentali, come il diritto all'educazione, diventa più vulnerabile al fenomeno in questione. Secondo la Convenzione sui diritti dell'infanzia, chiunque non abbia ancora compiuto 18 anni è considerato un/a bambino/a. Ogni giorno per quasi 200 adolescenti la gravidanza precoce sfocia nella più estrema e definitiva delle violazioni dei diritti: la morte.

I diritti delle ragazze sono già protetti – sulla carta – da una struttura normativa internazionale

NASCITE DA MADRI ADOLESCENTI



95%

Il 95 per cento di tutte le nascite da madri adolescenti che avvengono nel mondo si registra nei Paesi in via di sviluppo.



NATIONALE

che impone ai governi di intraprendere le misure necessarie per consentire alle ragazze di godere dei loro diritti all'educazione, alla salute e a vivere libere dalla violenza e dalla coercizione. I bambini e le bambine hanno gli stessi diritti degli adulti, ma godono in più di specifiche tutele per affrontare le disuguaglianze derivanti dalla loro età.

Sostenere i diritti delle ragazze può contribuire a eliminare molte delle situazioni che portano alle gravidanze adolescenziali e ad attenuare molte delle conseguenze per la ragazza, per la sua famiglia e per la sua comunità.

Affrontare queste sfide attraverso misure capaci di proteggere i diritti umani è la chiave per spezzare il circolo vizioso di violazioni dei diritti, povertà, disuguaglianza, emarginazione e gravidanze precoci.

Un approccio alla gravidanza in età adolescenziale che segua un'ottica dei diritti umani significa lavorare insieme ai governi per eliminare gli ostacoli che impediscono alle ragazze di godere dei diritti. Il che si traduce nell'affrontare le cause che stanno alla base del problema, come i matrimoni

infantili, la violenza e la coercizione sessuale, l'impossibilità di accedere all'educazione e alla salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione e la mancanza di informazioni al riguardo. Ma i governi non possono fare tutto da soli. Altri attori interessati e titolari di doveri, come gli insegnanti, i genitori e i leader delle comunità locali svolgono un ruolo essenziale.

Affrontare le cause

Poiché la gravidanza precoce è risultato di svariate forze di natura sociale, economica e altre ancora, per prevenirla occorre adottare strategie multidimensionali orientate all'*empowerment* delle ragazze e strutturate ad hoc per specifiche popolazioni di adolescenti, in particolare quelle più emarginate e vulnerabili.

Molte delle azioni intraprese da governi e società civile che sono riuscite a ridurre la fecondità delle adolescenti erano state pensate per raggiungere *altri* obiettivi, come la prosecuzione degli studi per le ragazze, la prevenzione del contagio da HIV o la fine dei matrimoni infantili. Queste

LE FONDAMENTA DEL PROGRESSO



EMPOWERMENT DELLE RAGAZZE

Costruire la capacità di azione autonoma delle ragazze, metterle in grado di prendere le decisioni che le riguardano personalmente



RISPETTO DEI DIRITTI UMANI, PER TUTTI

Sostenere la tutela dei diritti può eliminare le condizioni che favoriscono le gravidanze precoci



CORREGGERE LA DISUGUAGLIANZA DI GENERE

Bambine e bambini devono essere messi sullo stesso piano



RIDURRE LA POVERTÀ

La povertà spinge le bambine verso la gravidanza, nei paesi sviluppati, come in quelli in via di sviluppo

azioni portano inoltre a costruire il capitale umano, a comunicare informazioni o trasmettere competenze che conferiscono alle ragazze la capacità di prendere decisioni sulla loro vita e che sostengono o tutelano i loro diritti umani fondamentali.

Le ricerche dimostrano che affrontare il problema delle gravidanze non desiderate tra le adolescenti richiede l'adozione di approcci olistici e, poiché le sfide sono enormi e complesse, nessun singolo settore e nessuna singola organizzazione può affrontarle isolatamente dagli altri. Soltanto con la cooperazione tra settori diversi, e con la collaborazione delle adolescenti stesse, si potrà sperare di rimuovere gli ostacoli al loro progresso.

Mantenere le adolescenti su un cammino di vita che sia sano, sicuro e consenta loro di affermare la propria personalità esige investimenti completi, strategici e mirati che affrontino le varie cause delle loro vulnerabilità, che variano in base all'età, alle capacità, alla fascia di reddito, al luogo di residenza e a molti altri fattori. Richiede inoltre un impegno deliberato a riconoscere le diverse situazioni delle adolescenti e a identificare le ragazze

che sono maggiormente a rischio di intraprendere una gravidanza troppo precoce e di subire pesanti conseguenze sulla loro salute riproduttiva. Questi programmi multisettoriali sono indispensabili non soltanto per costruire il patrimonio di risorse umane della ragazza in tutti i campi – in termini cioè di salute, di educazione e di possibilità di provvedere a se stessa – ma anche per consentire l'*empowerment* delle ragazze attraverso reti di sostegno sociale e migliorando la loro situazione in casa, in famiglia, all'interno della comunità e nei rapporti personali. Anche interventi meno complessi, purché strategici, possono cambiare le cose. Tra questi, la concessione di versamenti di denaro condizionati per consentire alle ragazze di continuare a frequentare la scuola.

Guardare avanti

Molte nazioni hanno adottato misure che puntano a *prevenire* la gravidanza delle adolescenti e, in alcuni casi, a sostenere le ragazze incinte. Molte di queste misure tuttavia si sono occupate soprattutto, fino ad oggi, di modificare il comportamento

OTTO MODI PER ARRIVARCI:

1 Bambine 10-14 anni

Interventi preventivi per le adolescenti giovanissime

2 Matrimoni infantili

Vietare i matrimoni prima dei 18 anni, prevenire violenze e coercizioni sessuali

3 Approcci multi-livello

Costruire il patrimonio di risorse umane delle ragazze, in tutti i campi; mantenere le ragazze su traiettorie di vita che siano sane e sicure

4 Diritti umani

Proteggere i diritti all'educazione, alla sicurezza, alla libertà dalla povertà

5 Educazione

Mandare le bambine a scuola, e permettere loro di proseguire gli studi il più a lungo possibile

6 Coinvolgere uomini e ragazzi

Aiutarli a diventare parte della soluzione

7 Educazione alla sessualità e accesso ai servizi

Ampliare le informazioni adeguate all'età, mettere a disposizione degli/delle adolescenti servizi per la salute adatti a loro

8 Sviluppo equo

Costruire una struttura post-MDG che sia basata sui diritti umani, sull'uguaglianza e sulla sostenibilità

“La verità è che la gente ti giudica, gli esseri umani sono fatti così. Sentire che anche dopo tutti i tuoi sforzi e i risultati che hai ottenuto... dopo tutto quello che hai passato per superare quegli ostacoli, per diventare una persona migliore... la gente sa essere davvero spietata, perché alla fine quello che si ricordano è sempre: ‘ah, sì, quella ha avuto un figlio quando aveva 15 anni’”.

Tonette, 31 anni, incinta a 15, Giamaica

della ragazza, senza affrontare quei fattori determinanti che stanno alla base di queste situazioni, come la disuguaglianza di genere, la povertà, la violenza e la coercizione sessuale, i matrimoni infantili, le pressioni sociali, l'esclusione dalle opportunità educative e lavorative, gli atteggiamenti negativi o gli stereotipi sulle adolescenti nonché il ruolo dei ragazzi e degli uomini, che non può e non deve essere trascurato.

L'esperienza fatta con i programmi più efficaci suggerisce che è necessario invece operare un cambiamento trasformativo che passi da interventi strettamente mirati alle ragazze o alla prevenzione della gravidanza per passare ad approcci più ampi, che siano interessati a costruire il capitale umano delle ragazze, che si concentrino sulla loro capacità di prendere autonomamente le decisioni che le riguardano personalmente (comprese le questioni della salute sessuale e riproduttiva), e che offrano alle ragazze opportunità concrete, per far sì che non considerino la maternità come il loro unico destino. Questo nuovo paradigma deve avere come obiettivo le circostanze, le condizioni, le norme, i valori e le forze strutturali che perpetuano le gravidanze adolescenziali da una parte e che isolano ed emarginano le ragazze incinte dall'altra. Le ragazze devono poter accedere ai servizi e alle informazioni riguardanti la salute sessuale e riproduttiva, ma devono anche essere libere dal peso delle pressioni economiche e sociali che troppo spesso si traducono in una gravidanza e nella povertà, nei problemi di salute

I BENEFICI

SALUTE



**MIGLIORE SALUTE
MATERNA
E INFANTILE**

Le gravidanze meno precoci riducono i rischi per la salute delle ragazze e dei loro figli

EDUCAZIONE



**PIÙ RAGAZZE
CHE COMPLETANO
GLI STUDI**

L'istruzione riduce la probabilità di contrarre matrimoni infantili e porta a differire le gravidanze, con conseguenti esiti positivi per la salute. Inoltre, aiuta le ragazze a maturare competenze che miglioreranno la loro condizione

UGUAGLIANZA



**PARITÀ DI DIRITTI
E DI OPPORTUNITÀ**

Evitare le gravidanze precoci aiuta le ragazze a godere dei loro diritti umani fondamentali

e nel potenziale umano irrealizzato che l'accompagnano.

Uno sforzo aggiuntivo deve essere compiuto per raggiungere le bambine che ancora non hanno compiuto 15 anni, le cui esigenze e le cui vulnerabilità sono particolarmente gravose. Gli sforzi che si compiono per prevenire le gravidanze nelle ragazze che hanno più di 15 anni o per sostenere le adolescenti più grandi quando sono incinte o dopo il parto, risultano spesso inadeguati o inutili per le adolescenti giovanissime. Queste hanno specifiche vulnerabilità, e troppo poco si è fatto finora per comprenderle e per rispondere alle gravissime sfide che devono affrontare.

Le bambine che restano incinte hanno bisogno di sostegno, non di disapprovazione. Governi, organizzazioni internazionali, società civile, comunità, famiglie, leader religiosi e adolescenti stesse: tutti hanno un ruolo importante per dar luogo a un cambiamento. Tutti hanno da guadagnare se cercano di alimentare e potenziare le immense possibilità rappresentate da queste giovanissime che sprizzano vitalità e speranza.

UNFPA, DIRITTI E GRAVIDANZE ADOLESCENZIALI

Per UNFPA, che segue le linee guida del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo, rispettare, proteggere e realizzare i diritti umani delle adolescenti, compresi i loro diritti alla salute sessuale e riproduttiva e i loro diritti riproduttivi

- riduce le vulnerabilità, soprattutto tra i più emarginati, concentrandosi sulle loro specifiche necessità;
- incrementa e rafforza la partecipazione della società civile, delle comunità locali e delle adolescenti stessi/e;
- mette in grado le adolescenti di continuare la loro istruzione e conduce a vite produttive e soddisfacenti;
- incrementa la trasparenza e la capacità di rispondere delle proprie responsabilità e
- conduce a un cambiamento sociale stabile, poiché i programmi basati sui diritti umani suscitano un profondo impatto su norme e valori, strutture, politiche e prassi.

ECONOMICO



MIGLIORAMENTO ECONOMICO: PRODUTTIVITÀ E OCCUPAZIONE

Gli investimenti che favoriscono l'empowerment delle ragazze migliorano le loro prospettive di reddito

POTENZIALE



POTENZIALE DELLE RAGAZZE ADOLESCENTI PIENAMENTE REALIZZATO

Una ragazza sana, istruita e in grado di godere dei suoi diritti ha delle prospettive più brillanti





1

Una sfida globale

Ogni anno sono 7,3 milioni le minori di 18 anni che partoriscono.

© Mark Tuschman/AMMD

"Avevo 16 anni e non avevo mai perso un giorno di scuola. Studiare mi piaceva così tanto. Preferivo di gran lunga passare il tempo sui libri che guardare la tv! Sognavo di andare al college, trovare un buon lavoro e portare via i miei genitori dalla squallida baracca in cui abitavamo.

Poi, un giorno, mi hanno detto che dovevo lasciare tutto: i miei genitori mi avevano scambiato con la fidanzata promessa a mio fratello maggiore. Questi matrimoni di scambio nella mia comunità si chiamano *atta-satta*. Ero addolorata, ma anche arrabbiata. Ho supplicato mia madre, ma mio padre aveva già deciso.

La mia sola speranza era che mio marito mi permettesse di finire gli studi. Invece, quando sono rimasta incinta non avevo ancora compiuto 17 anni. Da allora non ho quasi mai avuto il permesso di mettere il naso fuori di casa. Tutti escono per fare spese o per andare al cinema o alle funzioni del quartiere, ma io no. A volte, quando sono sola in casa, mi metto a rileggere i vecchi libri di scuola, abbraccio la mia bambina e piango. È una bimba adorabile, ma sono arrabbiati con me perché non ho fatto un maschio.

Piano piano però le cose stanno cambiando. Mi auguro che, quando mia figlia sarà grande, le usanze come l'*atta-satta* e i matrimoni infantili saranno spariti del tutto. Spero che riesca a completare la sua istruzione e a sposarsi solo quando sarà lei a deciderlo".

Komal, 18 anni, India

Ogni anno sono 7,3 milioni le minori di 18 anni che partoriscono (UNFPA, 2013). E ancora più elevato è il numero di quante hanno affrontato una gravidanza.

La frequenza delle gravidanze precoci varia a seconda delle regioni e dei paesi, all'interno di ciascuna nazione e tra le diverse fasce di età e di reddito. Ma l'elemento comune, in ogni caso, è che le ragazze più povere, quelle che vivono in regioni rurali o isolate, le analfabete o quelle che hanno un bassissimo livello di istruzione, hanno maggiori possibilità di rimanere incinte rispetto alle loro coetanee più ricche, urbanizzate e istruite.

Particolarmente a rischio sono le ragazze appartenenti a una minoranza etnica o a gruppi emarginati, quelle che non hanno possibilità di scelta né opportunità, che non possono accedere, o possono solo in parte, a servizi di salute sessuale e riproduttiva, comprese le informazioni e i contraccettivi.

In ogni parte del mondo, le minorenni hanno più probabilità di una gravidanza precoce quando si trovano in situazioni di esclusione sociale, povertà, emarginazione e disuguaglianza di genere, quando non sono in grado di godere pienamente o di esercitare i loro diritti umani fondamentali, quando non possono accedere, o hanno un acces-

so molto limitato, all'assistenza sanitaria, all'istruzione, alle informazioni, ai servizi e alle opportunità economiche.

La stragrande maggioranza delle adolescenti che arrivano al parto (95%) vive nei Paesi in via di sviluppo. Nove nascite su dieci si verificano all'interno del matrimonio o di un'unione stabile (Organizzazione mondiale della sanità, 2008).

Nascite da minori di 18 anni

Nei Paesi in via di sviluppo circa il 19% di tutte le giovani dichiara di essere rimasta incinta prima di aver compiuto 18 anni (UNFPA, 2013).

In base alle stime del 2010, nei Paesi in via di sviluppo sarebbero 36,4 milioni le donne, nella fascia di età 20-24 anni, che dichiarano di aver partorito prima di compiere 18. Di queste, 17,4

Secondo le stime per il 2010, 36,4 milioni di donne nei Paesi in via di sviluppo tra i 20 e i 24 segnalano di aver avuto un parto prima dei 18 anni.

milioni vivono nell'Asia meridionale. La percentuale maggiore riguarda l'Africa occidentale e centrale (28%).

I dati raccolti in 54 nazioni mediante due serie di indagini DHS (Demographic and Health Surveys) e MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) realizzate tra il 1990 e il 2008 e tra il 1997 e il 2011, evidenziano un leggero calo nella percentuale in questione: da circa il 23% a circa il 20%. I 54 paesi interessati da queste ricerche ospitano il



◀ Abriendo Oportunidades offre alle adolescenti di etnia maya spazi sicuri, attività di mentoring, opportunità educative e solidarietà. E introduce nelle loro vite nuove possibilità

© Mark Tuschman/
UNFPA

72% del totale della popolazione dei Paesi in via di sviluppo, con l'esclusione della Cina.

Raffrontando i sondaggi DHS e MICS (1997–2008 and 2001–2011), otto paesi hanno fatto registrare una diminuzione. I sei paesi in cui si è registrato invece un incremento appartengono tutti all'Africa Sub-sahariana.

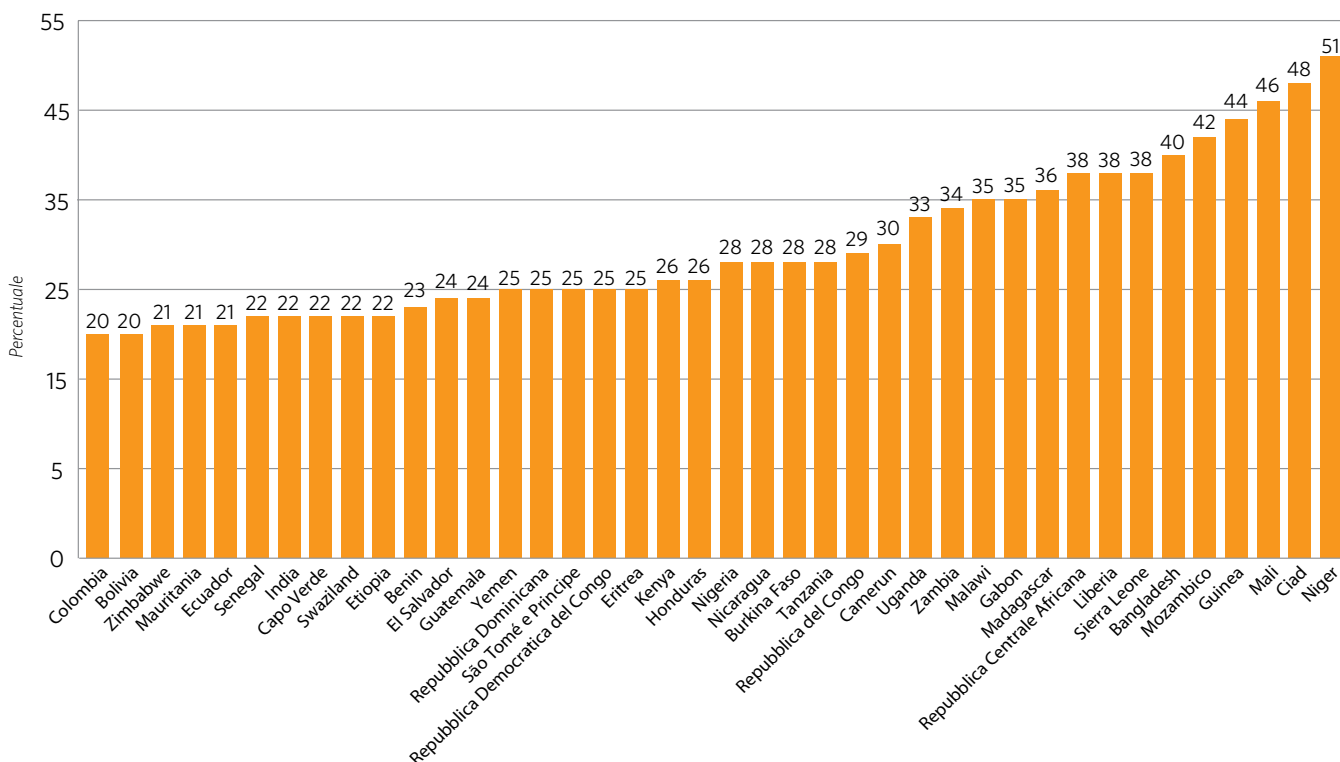
In base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia, chiunque non abbia ancora compiuto i 18 anni è considerato un/a “bambino/a”. Le ragazze che restano incinte prima di aver compiuto 18 anni spesso non sono in grado di godere o di esercitare i loro diritti, soprattutto quelli all'educa-

zione, alla salute e a condizioni di vita dignitose; quindi i diritti fondamentali vengono negati. Milioni di minorenni restano incinte all'interno di un matrimonio o di un'unione stabile. La Commissione per i diritti umani si è unita agli altri organismi di monitoraggio sulla tutela dei diritti per l'adozione di riforme legali volte a eliminare i matrimoni infantili.

Nascite da ragazze che hanno meno di 15 anni

I parti da ragazze che hanno meno di 15 anni sono 2 milioni sui 7,3 milioni di parti da madri mino-

PAESI IN CUI ALMENO IL 20% DELLE DONNE TRA I 20 E I 24 ANNI DICHIARA DI AVER PARTORITO PRIMA DEI 18



Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

renni che avvengono ogni anno nei Paesi in via di sviluppo.

Secondo i sondaggi DHS e MICS, il 3% di tutte le giovani donne di queste aree afferma di aver partorito prima dei 15 anni.

Tra le regioni in via di sviluppo la percentuale più alta (6%) si registra in Africa centrale e occidentale; la più bassa (0,2%) si riscontra in Europa orientale e in Asia centrale.

I dati raccolti in 54 paesi mediante due serie di indagini DHS e MICS realizzate tra il 1990 e il 2008 e tra il 1997 e il 2011, evidenziano una diminuzione – dal 4 al 3 per cento – della percentuale di donne nella fascia 20-24 anni che riferiscono di avere partorito prima del quindicesimo anno di età. Questo calo, che in alcuni paesi è stato piuttosto rapido, è da mettere soprattutto in relazione con la diminuzione dei matrimoni infantili (Organizzazione mondiale della sanità, 2011b). Tuttavia in Bangladesh, Ciad, Guinea, Mali, Mozambico e Niger, paesi in cui è ancora diffusa la pratica, una bambina su 10 ha avuto un figlio prima di compiere 15 anni.

La percentuale dei parti sotto tale età è aumentata solo in America Latina e nei Paesi caraibici. Secondo le stime, in quest'area le nascite da madri non ancora quindicenni continueranno ad aumentare fino al 2030.

Sempre in base alle previsioni, nell'Africa subsahariana il numero dei parti da ragazze con meno di 15 anni potrebbe quasi raddoppiare nell'arco dei prossimi 17 anni. Entro il 2030 il numero delle madri con meno di 15 anni dovrebbe raggiungere quello dell'Asia meridionale.

I dati di prima mano raccolti secondo criteri di qualità tra le giovanissime (10-14 anni) sono scarsi, incompleti o addirittura inesistenti in molti Stati, cosicché queste ragazze e le difficoltà che devono affrontare restano a tutti gli effetti invisibili per le istituzioni.

“Stavo con il mio ragazzo da un anno, lui mi regalava denaro e vestiti. Quando sono rimasta incinta avevo 13 anni e andavo ancora a scuola. I miei genitori gli hanno chiesto di venire a vivere a casa nostra. Lui aveva promesso che si sarebbe occupato di me. Ma poi se n'è andato. Ha smesso di cercarmi e io non ho più avuto contatti con lui. Dopo il parto, i miei genitori si sono presi cura di me e mi hanno insegnato a prendermi cura di mio figlio. L'unica cosa che desidero è... tornare a scuola. Dopo il diploma potrò intraprendere una professione, per esempio diventare insegnante e prendere la patente”.

Ilda, 15 anni, Mozambico

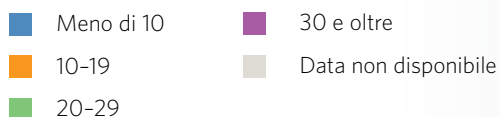
La ragione principale della penuria di dati attendibili e completi è che di solito le analisi nazionali DHS, fonte primaria delle informazioni sulle gravidanze tra le adolescenti, non raccolgono dati tra le minori di 15 anni. Su temi delicati come la sessualità e la gravidanza, la raccolta dei dati tra le giovanissime presenta difficoltà etiche non indifferenti. Per questo, i dati che le riguardano sono ottenuti “in retrospettiva”, ovvero si chiede, per esempio, alle donne di 20-24 anni di dichiarare a che età si sono sposate e quando hanno avuto la prima gravidanza o il primo parto.

Mantenere standard etici elevati è di importanza cruciale per gestire le attività di raccolta di informazioni. Bambine e adolescenti devono essere particolarmente tutelate, perché più vulnerabili

AFFRONTARE LA SFIDA DELLE ADOLESCENTI INCINTE

PERCENTUALE DI DONNE TRA I 20 E I 24 ANNI CHE RIFERISCONO DI AVER PARTORITO PRIMA DEI 18

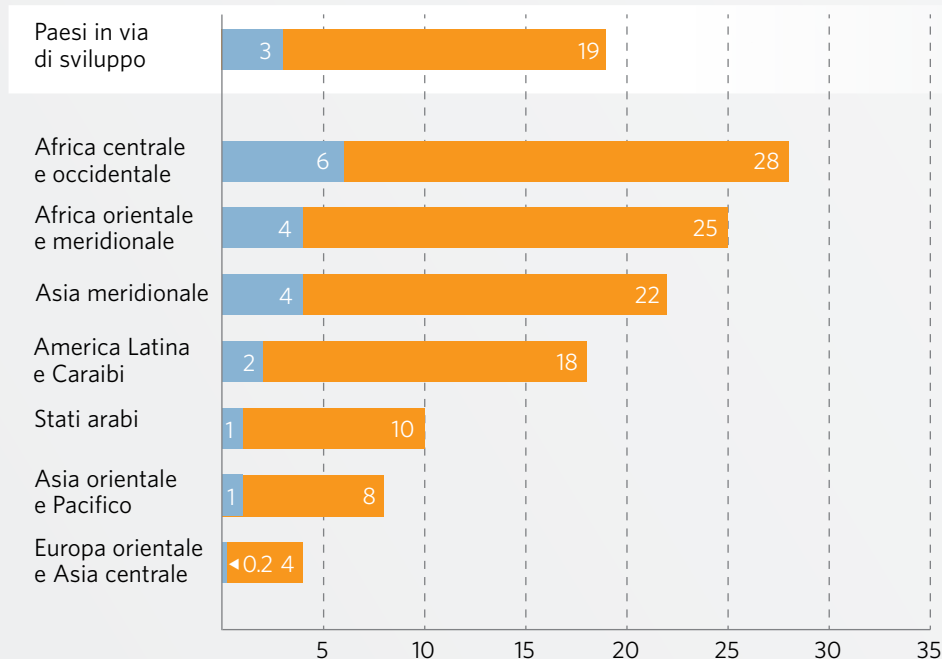
(DATI RECENTI RELATIVI AI PAESI IN VIA DI SVILUPPO, 1996-2011)



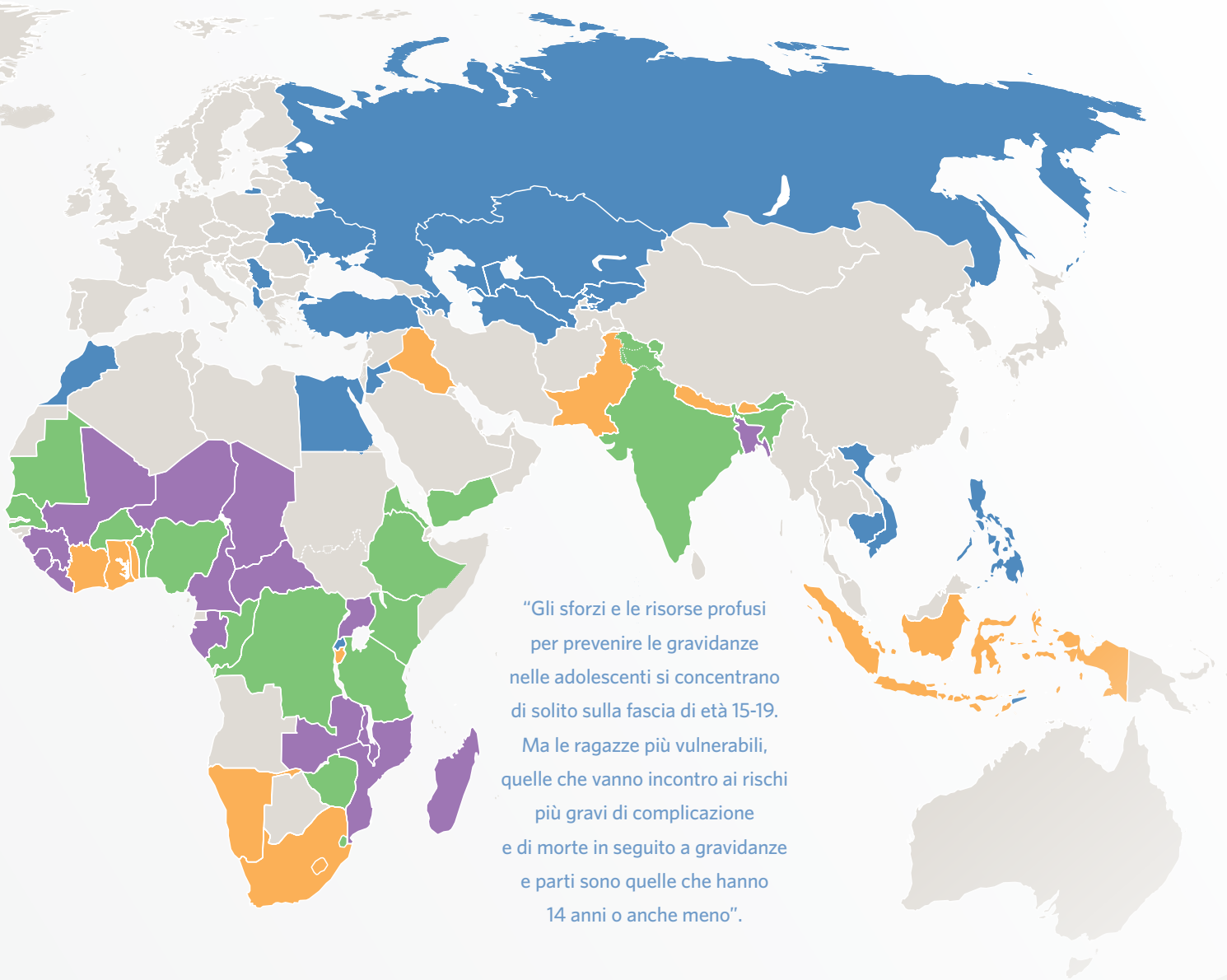
Fonte: www.devinfo.org/mdg5b. Map shows only countries where data were gathered from DHS or MICS surveys.

PERCENTUALE DI DONNE TRA I 20 E I 24 ANNI CHE RIFERISCONO DI AVER PARTORITO PRIMA DEI 18 ANNI E PRIMA DEI 15

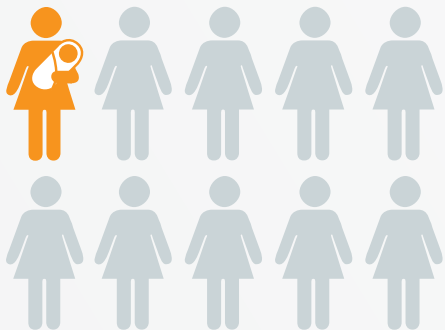
■ Primo parto dichiarato, meno di 15 anni ■ Primo parto dichiarato, meno di 18 anni



Fonte: UNFPA, 2013. Calcoli basati su dati per 81 paesi che rappresentano più dell'83% della popolazione in queste regioni. Dati raccolti tra il 1995 e il 2011.



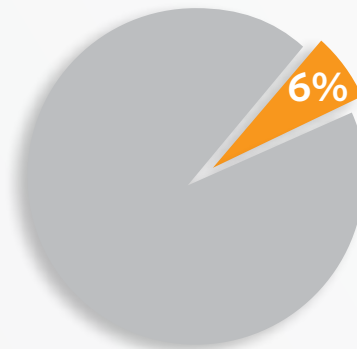
“Gli sforzi e le risorse profusi per prevenire le gravidanze nelle adolescenti si concentrano di solito sulla fascia di età 15-19. Ma le ragazze più vulnerabili, quelle che vanno incontro ai rischi più gravi di complicazione e di morte in seguito a gravidanze e parti sono quelle che hanno 14 anni o anche meno”.



UNA RAGAZZA SU 10

ha un figlio prima di compiere 15 anni in Bangladesh, Ciad, Guinea, Mali, Mozambico e Niger

PARTORIRE PRIMA DEI 15 ANNI



Tra i Paesi in via di sviluppo, le regioni dell' Africa Centrale e Africa Occidentale rappresentano la percentuale più ingente (6%) delle nascite dichiarate da madri con meno di 15 anni.

“Avevo 12 anni quando è venuto un uomo a chiedere la mia mano ai miei genitori. Mi hanno detto di sposarlo e dopo un po' di tempo mi sono innamorata di lui. Io ho due fratelli maggiori. Loro sono andati a scuola, ma i miei genitori a me non l'hanno mai permesso. Non so perché, forse perché sono una ragazza e sapevano che mi sarei dovuta sposare. Quando è nata la mia prima figlia avevo 13 anni. Non è normale, ma è successo. Ho avuto problemi a partorire, ma poi è andato tutto bene. Adesso ho tre bambine e sono incinta per la quarta volta”.

Marielle, 25 anni, incinta a 13, Madagascar

allo sfruttamento, agli abusi e a situazioni che le possono danneggiare, e perché hanno meno potere degli adulti. Le informazioni riguardanti l'istruzione e il benessere generale delle adolescenti più giovani vengono raccolte da tempo, ma la maggior parte dei ricercatori evita di occuparsi dei dati più sensibili, o per via di norme sociali riguardanti comportamenti adeguati all'età, o per le preoccupazioni etiche circa gli effetti potenzialmente dannosi della ricerca o ancora perché si dubita della validità delle risposte delle giovanissime (Chong et al., 2006).

In un rapporto basato sui dati DHS relativi ad adolescenti di 10-14 anni, il Population Council ha sottolineato la necessità di approfondire le ricerche sui marcatori più significativi che riguardano il passaggio dall'infanzia all'adolescenza: “rivedendo questi dati abbiamo consapevolezza di non sapere molto” (Blum et al., 2013).

Alcuni ricercatori dubitano che le adolescenti più giovani abbiano le capacità cognitive per rispondere a domande che esigono una valutazione ragionata sulle difficoltà da affrontare o sulle conseguenze potenziali delle azioni future. Secondo altri, lo stigma che circonda l'attività sessuale prematrimoniale è troppo forte per sperare di ottenere informazioni accurate (Chong et al., 2006).

Tassi nazionali di natalità

I tassi di natalità tra le adolescenti variano all'interno di uno stesso paese in base a un gran numero di variabili come la povertà o la diffusione regionale dei matrimoni infantili. Il tasso di natalità più elevato tra le adolescenti si registra in Niger, che presenta anche la percentuale più elevata in assoluto di matrimoni infantili. Ma le ragazze della regione di Zinder hanno tre volte più probabilità di partorire prima di compiere diciott'anni rispetto alle coetanee che abitano nella capitale, Niamey. Lo Zinder è una regione povera a prevalenza rurale, dove la malnutrizione è endemica e l'accesso all'assistenza sanitaria è estremamente limitato.

L'analisi dei dati DHS e MICS, raccolti tra il 1998 e il 2011 in 79 Paesi in via di sviluppo, dimostra che i tassi di natalità tra le adolescenti sono più elevati nelle zone rurali, tra le adolescenti meno scolarizzate e in quel 20% di famiglie più povere.

Le variazioni all'interno della stessa nazione possono dipendere non solo dalle differenze di reddito, ma anche da un accesso disomogeneo ai servizi educativi e di salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione; dalla diffusione dei matrimoni infantili; dalle usanze locali e dalle pressioni sociali; da leggi e politiche inadeguate o non applicate.

Comprendere queste differenze può servire alle istituzioni per sviluppare interventi su misura, basati sulle necessità specifiche delle varie comunità all'interno di una stessa nazione.

Gravidanze e nascite tra le spose bambine

Malgrado l'impegno pressoché universale a porre fine alla pratica dei matrimoni infantili, una giovane su tre, nei Paesi in via di sviluppo (escludendo la Cina), si sposa prima di compiere i 18 anni (UNFPA, 2012).

Si tratta quasi sempre di bambine povere, poco istruite, provenienti da zone rurali. Si calcola che nel prossimo decennio in queste zone si verifichino

ranno ogni anno circa 14 milioni di nuovi matrimoni precoci.

I tassi di natalità tra le adolescenti sono tanto più elevati quanto più è diffusa questa pratica, di solito è più frequente laddove la povertà è maggiore. La diffusione del fenomeno varia in modo sostanziale da un paese all'altro: si va dal 2% dell'Algeria al 75% del Niger, che è tra gli ultimi cinque paesi al mondo per prodotto nazionale lordo pro capite (Banca mondiale, 2013).

Se è vero che i matrimoni infantili sono in diminuzione tra le ragazze con meno di 15 anni, sono tuttavia ancora 50 milioni le bambine che in questo decennio potrebbero rischiare di sposarsi prima di quell'età.



◀ Usha Yadav, sedici anni, è la responsabile della sua classe di *Choose Your Future*, un programma sostenuto da UNFPA in Nepal che informa le ragazze sulla loro salute riproduttiva e le incoraggia a sviluppare competenze fondamentali per la sopravvivenza.
©William Ryan/UNFPA

"A un tratto il mondo è diventato un posto solitario. Mi sono sentita esclusa dalla mia famiglia e dalla mia comunità. Non ero più adeguata come bambina, e non lo ero come donna".

Tarisai, 20 anni, incinta a 16, Zimbabwe

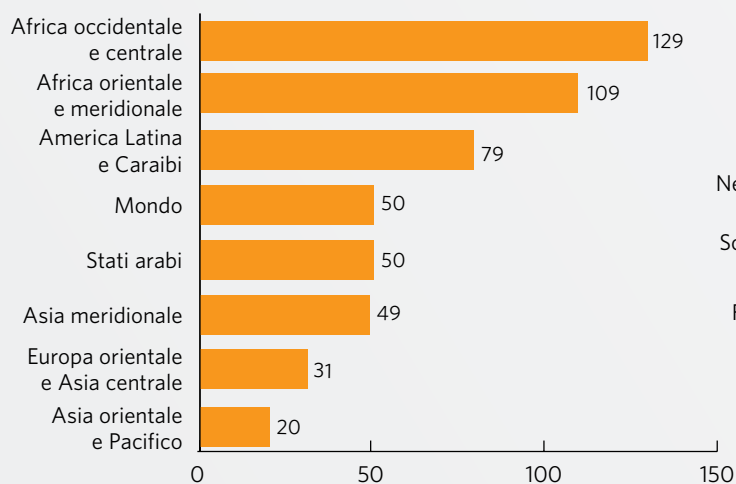
Oggi una bambina su nove nei Paesi in via di sviluppo è costretta al matrimonio prima di compiere 15 anni. In Bangladesh, in Ciad e in Niger, questa situazione riguarda più di una bambina su tre. In Etiopia, circa una su sei.

Anche la differenza di età all'interno delle unioni di fatto e dei matrimoni incide fortemente sui tassi di gravidanza tra le adolescenti. Un'analisi condotta da UNFPA in quattro paesi ha messo in evidenza il rapporto proporzionale diretto tra la differenza di età dei coniugi e la possibilità che la ragazza rimanga incinta prima dei 18 anni (United Nations, 2011a).

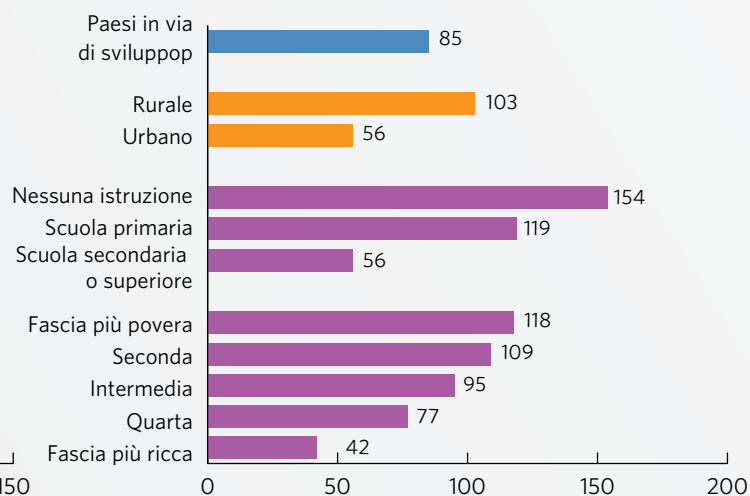
Nei paesi in cui le donne tendono a sposarsi molto giovani, la differenza di età media, al momento del matrimonio, (SMAM, Singulate mean age at marriage) tra uomini e donne è solitamente elevata. I tre paesi che nel 2008 avevano lo

TASSI DI FECONDITÀ TRA LE ADOLESCENTI (DATI RACCOLTI IN 79 PAESI)

Per regione



Per caratteristiche ambientali



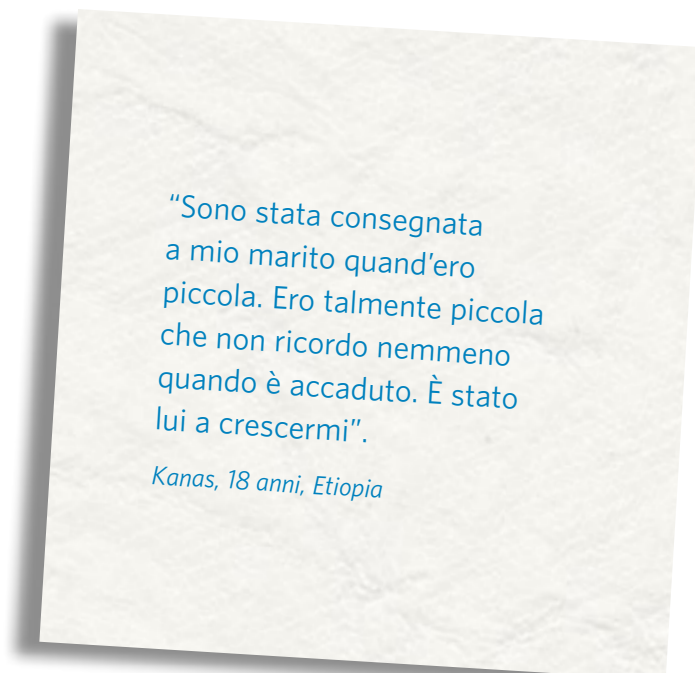
Fonte: UNFPA, 2013.

SMAM femminile più basso erano il Niger (17,6 anni), il Mali (17,8) e il Ciad (18,3). In questi Stati la differenza di età tra uomini e donne era di almeno sei anni. Per SMAM si intende la lunghezza media della vita da non sposati nelle persone di età compresa tra i 15 e i 49 anni (Nazioni Unite, 2011a).

Le sfide nei paesi più sviluppati

Il dramma delle gravidanze tra le adolescenti non riguarda soltanto i Paesi in via di sviluppo ma anche quelli sviluppati. Sebbene l'entità del problema sia molto diversa, i fattori determinanti sono analoghi.

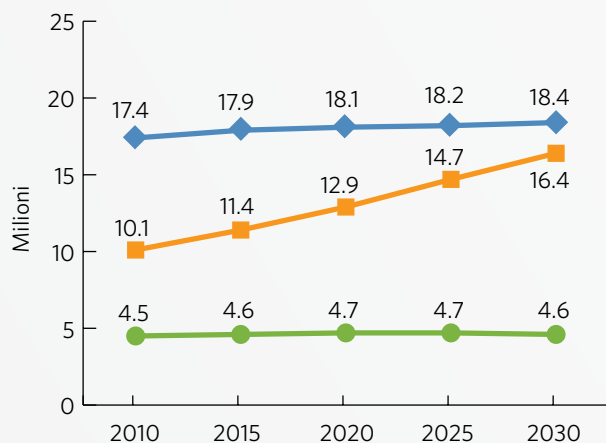
In tutto il mondo ogni anno avvengono 13,1 milioni di nascite da madri che hanno un'età compresa tra i 15 e i 19 anni. Di queste, 680.000 partoriscono nei Paesi in via di sviluppo (Nazioni



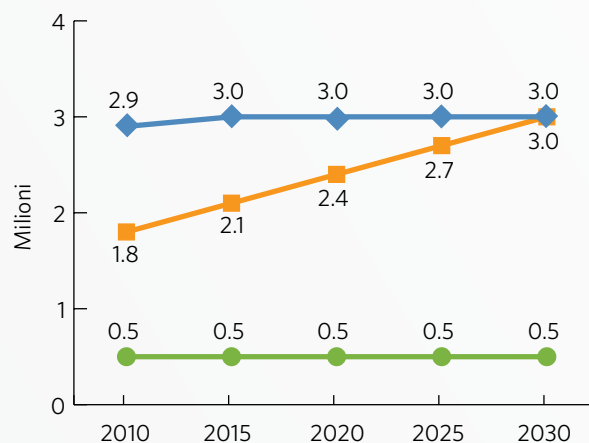
MILIONI DI RAGAZZE CHE SI CALCOLA POTREBBERO PARTORIRE PRIMA DEI 18 E I 15 ANNI, PERIODO 2010-2030, IN TRE MACROREGIONI

◆ Asia meridionale ■ Africa subsahariana ● America Latina e Caraibi

Prima dei 18 anni



Prima dei 15 anni



Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

PERCENTUALE DI ADOLESCENTI SPOSAE E TASSO DI FECONDITÀ TRA LE ADOLESCENTI

Regioni in via di sviluppo	Le ragazze di età tra 15-19 anni	
	Attualmente sposate (%)	Tasso di fecondità tra le adolescenti
Stati Arabi	12	50
Asia e Pacifico	15	80
Asia orientale e Pacifico	5	50
Asia meridionale	25	88
Europa orientale e Asia centrale	9	31
America Latina e Caraibi	12	84
Africa subsahariana	24	120
Africa orientale e meridionale	19	112
Africa occidentale e centrale	28	129
Paesi in via di sviluppo	16	85

Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

PERCENTUALE DI DONNE CHE RIFERISCONO DI AVER PARTORITO PER LA PRIMA VOLTA PRIMA DEI 18 ANNI PER DIFFERENZA DI ETÀ CON IL PARTNER

Differenza d'età tra partner maschili e femminili	Niger	Burkina Faso	Bolivia	India
La donna ha più anni dell'uomo, o è fino a 4 anni più giovane	39.9	21.5	29.7	21.6
La donna ha tra i 5 e i 9 anni meno dell'uomo	60.1	34.4	41.5	32.3
La donna ha 10 anni o più meno dell'uomo	59.0	38.5	45.8	39.1
Totale	56.8	33.4	34.7	28.5

Fonte: Nazioni Unite, 2011a.

Unite, 2013). Tra i paesi più sviluppati, gli Stati Uniti hanno il più alto tasso di natalità tra adolescenti. Secondo i Centers for Disease Control and Prevention (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) negli Stati Uniti, nel 2011 si sono registrate 329.772 nascite da madri di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Tra gli stati membri dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, che comprende numerose nazioni a medio reddito, il paese con il tasso più elevato di natalità tra le adolescenti è il Messico (64,2 su mille nati), mentre la Svizzera si colloca al gradino più basso con il 4,3%. Con la sola eccezione di Malta, tra il 1980 il 2008, in tutti i paesi Ocse si è registrato un calo dei tassi di gravidanza tra adolescenti.

Conclusioni

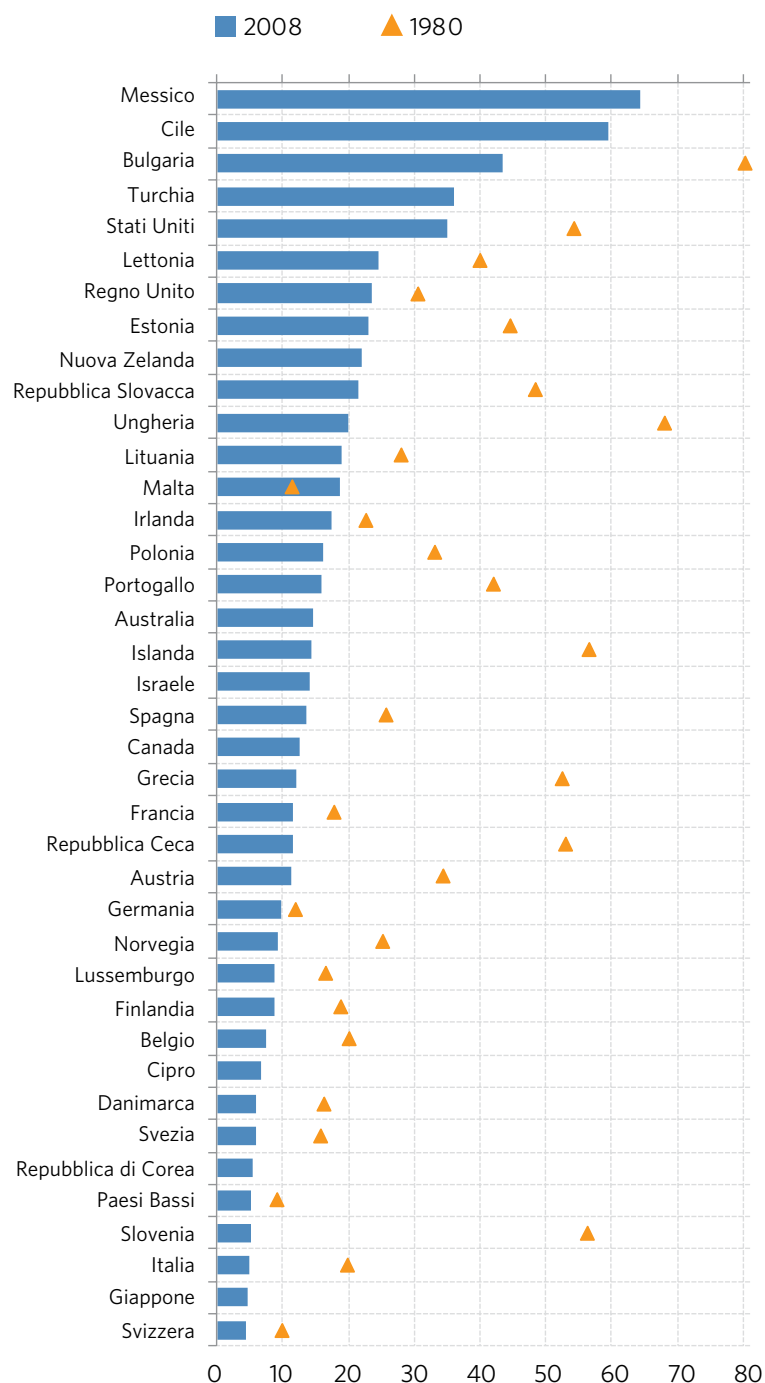
La maggior parte delle gravidanze tra adolescenti si verifica nei Paesi in via di sviluppo.

I dati raccolti in 54 di questi paesi suggeriscono che la frequenza è in calo, soprattutto tra le ragazze con meno di 15 anni, ma tale diminuzione negli ultimi anni è stata particolarmente lenta. In alcune regioni, le stime prevedono addirittura un incremento del numero totale di nascite da madri giovanissime. Per esempio, se l'attuale tendenza dovesse trovare conferma, nell'Africa sub-sahariana il numero dei parti da madri minori di 18-15 anni potrebbe passare dai 2 milioni annui di oggi a circa 3,3 milioni all'anno nel 2030.

Tanto nei Paesi in via di sviluppo come in quelli sviluppati le gravidanze adolescenziali si verificano soprattutto tra le bambine provenienti da famiglie a basso o bassissimo reddito, con scarsi livelli di istruzione e in zone prevalentemente rurali.

I dati retrospettivi disponibili sulle gravidanze in età adolescenziale riguardano anche la fascia

TASSO DI FECONDITÀ NEI PAESI OCSE, 1980 E 2008



Fonte: <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

ADOLESCENTI E FIGLI: DEFINIZIONI E TENDENZE

Benché le Nazioni Unite definiscano “adolescente” chi ha tra i 10 e i 19 anni, la maggior parte dei dati statistici e delle stime comparabili a livello internazionale si riferisce alla fascia di età 15-19 anni. Sulla popolazione preadolescente (10-14 anni) le informazioni disponibili sono di gran lunga inferiori. Eppure è proprio questa fascia a presentare le necessità e le vulnerabilità più gravi.

Secondo la Convenzione per i diritti dell'infanzia, chiunque non abbia ancora compiuto 18 anni è da considerarsi un/a “bambino/a”. Questo rapporto si concentra sulle gravidanze e le nascite da madri bambine, ma spesso si basa su dati che riguardano la generica categoria di adolescenti. I dati sulle bambine (meno di 18 anni) che affrontano una gravidanza sono limitati e coprono poco più di un terzo di tutti i paesi del mondo.

LA POPOLAZIONE ADOLESCENTE: FOLTA E IN CRESCITA

Secondo le stime, nel 2010 il numero totale degli/delle adolescenti in tutto il mondo era di circa 1,2 miliardi, la più nutrita rappresentanza di adolescenti nella storia dell'umanità. Costituiscono circa il 18% della popolazione mondiale. L'88% di tutti gli/le adolescenti vive nei Paesi in via di sviluppo. Circa la metà (il 49%) proviene da Cina, India, Indonesia, Nigeria, Pakistan e Stati Uniti.

Se dovesse continuare l'attuale tendenza alla crescita della popolazione mondiale, entro il 2030 quasi un'adolescente su quattro risiederà nell'Africa sub sahariana dove il numero totale delle adolescenti madri con meno di 18 anni dovrebbe salire dai 10,1 milioni del 2010 fino a 16,4 milioni nel 2030.

di età 10-14 anni, e non soltanto quella 15-19; le informazioni su quest'ultimo gruppo sono più complete perché la loro età consente di effettuare ricerche e analisi dirette in famiglia con maggiore facilità.

Particolarmente scarsi sono i dati sulle gravidanze e sulle nascite al di fuori del matrimonio. Eppure sono dati cruciali per comprendere i fattori determinanti delle gravidanze in questo gruppo, le difficoltà e vulnerabilità, le conseguenze sulla vita delle ragazze. Serve capire quali azioni possono intraprendere governi, comunità e famiglie per la prevenzione o il sostegno durante la gravidanza e dopo il parto.

La direzione che può prendere la vita di una giovane incinta non dipende solo dall'età, ma anche dal luogo in cui vive, dall'*empowerment* grazie a diritti e opportunità, dalla possibilità di accedere ai servizi per la salute, all'istruzione scolastica e alle risorse economiche. L'impatto della gravidanza su una bambina sposata in un'area rurale, per esempio, è molto diverso da quello di una diciottenne single che vive in città o che può contare sul sostegno della famiglia e su adeguate risorse economiche.

Dati più approfonditi e informazioni contestuali riguardanti le situazioni ricorrenti, le tendenze e le circostanze che favoriscono l'inizio di una gravidanza tra le ragazze con meno di 18 anni (e soprattutto tra le adolescenti nella fascia di età 10-14) potrebbero costituire un importante contributo per stabilire interventi mirati e per formulare politiche adeguate. Essenziali anche per comprendere cause e conseguenze che appaiono complesse e multidimensionali, per andare oltre la singola gravidanza. Altrettanto importanti, nonché limitati, sono i dati e le conseguenti informazioni sugli uomini e sui ragazzi coinvolti, insieme alle adolescenti, nelle gravidanze.

STIMARE I TASSI DI GRAVIDANZA E DI NATALITÀ TRA LE ADOLESCENTI

C'è scarsità di dati precisi sulle gravidanze tra le minorenni. I sistemi di registrazione dei dati raccolgono informazioni sulle nascite, non sulle gravidanze. Queste di solito non vengono registrate e i dati relativi non sono recepiti dagli istituti nazionali di statistica. Alcune gravidanze si interrompono prestissimo, prima che la donna o la ragazza si accorga di essere incinta. Spesso nei Paesi in via di sviluppo non vengono documentate perché le adolescenti non accedono, o non possono accedere, all'assistenza prenatale e non vengono quindi registrate dagli operatori sanitari. Per di più, se si concludono con un aborto spontaneo o procurato (quest'ultimo spesso clandestino), non compaiono nella maggior parte dei database nazionali.

La maggior parte degli Stati utilizza i dati sulle nascite come surrogato di quelli sulle gravidanze, anche se le stime sui tassi di natalità sono invariabilmente più basse rispetto a quelle sulle gravidanze. Per esempio, secondo uno studio del 2008 il tasso di gravidanza tra le adolescenti nella fascia di età 15-19 anni negli Stati Uniti era di 68/1000 mentre il tasso di natalità era di 40,2/1000.

I tassi di gravidanza comprendono anche gli aborti spontanei e procurati, i nati morti e le gravidanze portate a termine, mentre i tassi di natalità includono soltanto le nascite di bambini vivi.

I dati surrogati su cui si basano i demografi vengono raccolti secondo due modalità:

- attraverso un approccio retrospettivo che chiede alle donne tra i 20 - 24 anni se hanno avuto figli in età molto giovane, di solito prima dei 18 anni. I dati derivanti dall'approccio retrospettivo citati in questo rapporto provengono da DHS (Demographic and Health surveys), e da MICS (Multiple indicator cluster surveys) condotti in 81 Paesi in via di sviluppo.
- per calcolare il tasso di natalità tra adolescenti:

$$\text{Tasso di fecondità tra adolescenti} = \frac{\text{Numero totale dei nati vivi tra adolescenti nella fascia di età 15-19} \times 1,000}{\text{Numero totale delle adolescenti nella fascia di età 15-19}} \text{ DIVISO PER}$$

L'approccio retrospettivo non solo consente una migliore comprensione dei meccanismi che portano le minorenni a una gravidanza, ma può anche fornire utili indicazioni sulla situazione delle pre-adolescenti (meno di 15 anni). Tuttavia le cifre dei tassi di natalità tra le adolescenti riguardano esclusivamente i nati vivi da donne nella fascia di età 15-19 anni.

Questo fenomeno non preoccupa solo i Paesi in via di sviluppo. Centinaia di migliaia di casi si registrano ogni anno anche nei paesi a reddito medio o elevato. Alcuni dei *pattern* evidenziati nei Paesi in via di sviluppo si ripetono identici anche nei paesi più sviluppati. Queste giovani provenienti da famiglie a basso reddito, che vivono in zone rurali, meno istruite o che hanno abbandonato la scuola, appartenenti a minoranze etniche o a sottogruppi di immigrati o di emarginati: queste ragazze hanno più probabilità di rimanere incinte.

Nei Paesi in via di sviluppo la maggior parte delle gravidanze adolescenziali si verifica all'interno del matrimonio, mentre nei paesi più industrializzati al di fuori.



2

L'impatto sulla salute, istruzione e produttività

Quando una giovanissima resta incinta o ha un/a figlio/a, sono a repentaglio la sua salute, la sua istruzione, il suo potenziale di reddito e tutto il suo futuro: rischia una vita di povertà, emarginazione e incapacità decisionale.

◀ *Tredicenne in cura per la fistola ostetrica in un centro VVF della Nigeria.*
© UNFPA/Akintunde Akinleye

Quando una giovanissima resta incinta o ha un/a figlio/a, sono a repentaglio la sua salute, la sua istruzione, il suo potenziale di reddito e tutto il suo futuro: rischia una vita di povertà, emarginazione e incapacità decisionale.

Le conseguenze non riguardano solo la giovane madre, ma anche il figlio che si affaccia alla vita da una posizione di svantaggio, perpetuando un circolo vizioso intergenerazionale di emarginazione, di esclusione e di povertà.

Inoltre, i costi di una gravidanza e di una nascita da madri bambine vanno ben al di là delle singole ragazze coinvolte. Il prezzo da pagare è alto e ricade non solo sulla famiglia e sulla comunità, ma anche sull'economia, lo sviluppo e la crescita della nazione intera.

Se da un lato la gravidanza può incidere sulla vita di una ragazza in molti e profondi modi, la maggior parte delle ricerche quantitative si concentrano sugli effetti che questo evento produce sulla salute, sull'istruzione e sulla produttività economica:

- *l'impatto sulla salute* include i rischi di mortalità materna, malattie, disabilità come la fistola

ostetrica, complicazioni derivanti dagli aborti a rischio, malattie a trasmissione sessuale, compreso l'HIV, rischi per la salute dei bambini e delle bambine;

- *l'impatto sull'istruzione* comprende l'interruzione o l'abbandono definitivo dell'istruzione scolastica con la conseguente perdita della possibilità di realizzare appieno il proprio potenziale;
- *l'impatto economico* è strettamente legato all'impatto educativo e comprende la difficoltà o l'impossibilità di trovare un lavoro remunerato e di garantirsi la sussistenza, i costi aggiuntivi per il settore sanitario e la perdita di capitale umano.

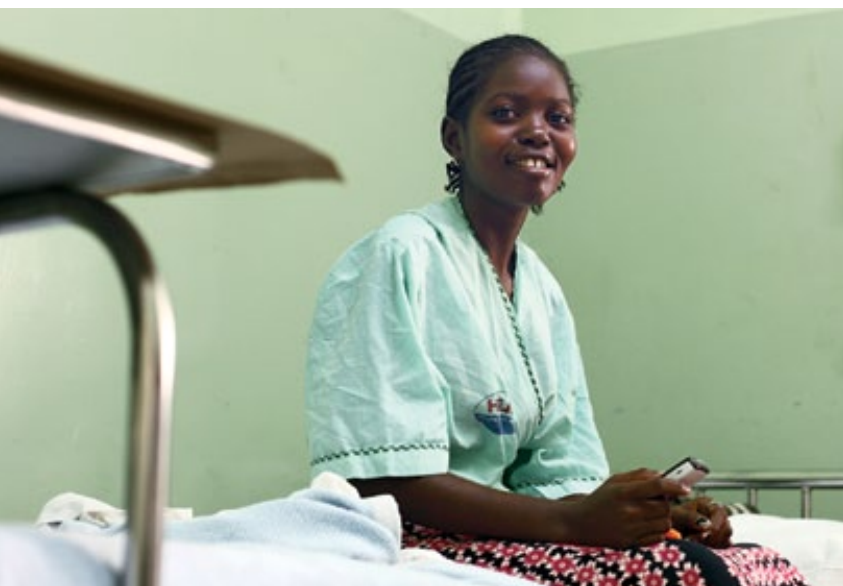
L'impatto sulla salute

Nei Paesi in via di sviluppo sono circa 70.000 le adolescenti che muoiono ogni anno per cause collegabili alla gravidanza e al parto (UNICEF, 2008), che sono le principali cause di morte per le adolescenti più grandi (Organizzazione mondiale della sanità, 2012a).

Le adolescenti incinte provengono nella maggioranza dei casi da famiglie a basso reddito e spesso presentano carenze nutrizionali. Benché i tassi possano variare da una regione all'altra, nel complesso circa una ragazza su due nei Paesi in via di sviluppo presenta un'anemia nutrizionale che rappresenta un importante fattore di rischio di aborto spontaneo, di mortalità alla nascita, di parto prematuro e di morte materna (Pathfinder International, 1998; Balarajan et al., 2011; Ransom and Elder, 2003).

Sono molti i fattori che contribuiscono direttamente alla mortalità, alla morbidità e alla disabilità delle adolescenti: l'età, l'im maturità fisica, le complicanze derivanti da aborti a rischio, l'impossibilità di accedere a cure ostetriche di routine o di emergenza erogate da operatori qualificati. Altri fattori concorrenti sono la povertà, la malnutrizione, un'istruzione insufficiente, il matrimonio pre-

▼ Hortência, 25 anni, soffre di fistola ostetrica da quando ne aveva 17, in seguito alle complicazioni del parto.
© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira



coce, la bassa condizione sociale di donne e ragazze (Organizzazione mondiale della sanità, 2012b).

Una ragazza che affronta una gravidanza dopo due anni dal menarca o quando il canale pelvico e il canale del parto non sono ancora completamente sviluppati ha probabilità di andare incontro a problemi di salute (Organizzazione mondiale della sanità, 2004).

Fistola ostetrica

Le primipare fisicamente immature vanno più facilmente incontro a un travaglio prolungato e difficoltoso, che può avere come conseguenza lo sviluppo della fistola ostetrica, soprattutto se la struttura in cui partoriscono non offre la possibilità di ricorrere a un parto cesareo d'emergenza. Sebbene la fistola possa insorgere nelle donne di qualsiasi età, le ricerche condotte in Etiopia, in Malawi, in Niger e in Nigeria, evidenziano che una donna su tre, afflitta da fistola ostetrica, dichiara di soffrirne fin dall'adolescenza (Muleta et al., 2010; Tahzib, 1983; Hilton and Ward, 1998; Kelly and Kwast, 1993; Ibrahim et al., 2000; Rijken and Chilopora, 2007).

Questa è una condizione debilitante che rende la donna incontinente e che nella maggior parte dei casi si accompagna alla nascita di un bambino morto o alla possibilità di morte del neonato entro la prima settimana di vita.

Si calcola che, nei Paesi in via di sviluppo, le donne e le ragazze che soffrono di questa patologia siano tra i 2 e i 3,5 milioni. In molti casi vengono ostracizzate e allontanate dalle famiglie e dalle comunità di riferimento, andando incontro a povertà ed emarginazione.

La diffusione del fenomeno è la conseguenza di disparità sanitarie, come le limitazioni nell'accesso alle strutture sanitarie, nonché di problemi più complessi come la disuguaglianza di genere, quella socio-economica, i matrimoni in età infantile, le

LA FISTOLA OSTETRICA: UN'ALTRA MALEDIZIONE SULLE SPALLE DELLE SPOSE BAMBINE

È stata l'esperienza personale a trasformare Gul Bano e suo marito, il religioso Ahmed Khan, in ambasciatori della lotta contro i matrimoni precoci e contro una delle conseguenze più perniciose: la fistola ostetrica.

Rispettando le usanze in vigore nel villaggio montano di Kohadast, nel distretto di Khuzdar della provincia del Belucistan (Pakistan), Bano si è sposata a 15 anni, un anno dopo era incinta.

Non essendoci nei dintorni strutture sanitarie, Bano non ha ricevuto assistenza prenatale e nessuno ha pensato ad eventuali complicazioni. I fatti però hanno dato loro torto. Dopo un lungo travaglio durato tre giorni, il bambino di Bano è nato morto. "Non ho mai visto di che colore fossero gli occhi di mio figlio, o i suoi capelli. Non l'ho mai potuto stringere al seno", ricorda Bano, che oggi ha vent'anni.

Ma era solo all'inizio. Una settimana dopo, si accorse di essere sempre bagnata di urina e sporca di feci. "Perdevo urina e feci insieme".

In seguito alla lunghezza del travaglio, nel giovanissimo corpo di Bano si era aperta una fistola ostetrica provocata dalla testa del bambino che premeva contro la parete del canale del parto, lacerandole le pareti del retto e della vescica.

La fistola ostetrica è generalmente riconosciuta come l'ennesimo onere sulle spalle di bambine private di un'educazione di base e costrette a un matrimonio per il quale non sono né fisicamente né mentalmente preparate.

Rimasto al fianco della giovane moglie, Kahn ha cercato l'aiuto dei medici. Ha scoperto che a Karachi esisteva un ospedale specializzato nella cura di questa e altre patologie collegate alla salute riproduttiva. Nel Koohi Goth Women's Hospital, fondato dal dottor Shershah Syed, uno dei primi ginecologi del Pakistan a specializzarsi nel trattamento di questa patologia dolorosa e socialmente imbarazzante, le donne ricevono cure gratuite.

"Sono trascorsi quasi tre anni da allora, e Bano è stata sottoposta a sei operazioni" dice il dottor Sajjad Ahmed, che ha lavorato al Koohi Goth come direttore del progetto sulla fistola di UNFPA dal giugno 2006 fino al febbraio 2010.

Oggi Bano e Kahn sono tra i più attivi promotori della campagna contro la fistola. Viaggiano in tutto il Pakistan per spiegare alle donne come prevenire e curare questa affezione. "Kahn è un religioso, ma non risponde ad alcuno stereotipo" dice Syed. "È lui a spiegare ai genitori come si può evitare l'insorgere del problema smettendo di far sposare le figlie troppo presto". Poi tocca a Bano raccontare la sua storia e spiegare alle donne sposate l'importanza di intervallare le gravidanze, i controlli prenatali e assicurarsi la possibilità di accedere in tempo alle cure ostetriche d'emergenza.

—Zofeen Ebrahim, *Inter Press Service*

gravidanze precoci. Fattori che incidono in modo negativo sulla vita di donne e ragazze, ostacolando il godimento dei loro diritti umani fondamentali.

Nella maggior parte dei casi la fistola è operabile, ma sono poche le donne che si sottopongono alla procedura, soprattutto per la mancanza di accesso alle strutture o per l'impossibilità economica di accedere, specie nei paesi più poveri dove mancano servizi e infrastrutture mediche di qualità. Inoltre il costo dell'operazione chirurgica, che può anche non superare i 400 dollari, risulta proibitivo per la maggior parte delle donne nei Paesi in via di sviluppo. Ogni anno si verificano tra 50.000 e 100.000 nuovi casi, ma soltanto 14.000 vengono trattati chirurgicamente: il numero totale di donne che soffre di questa patologia aumenta dunque di anno in anno.

Se partorire con l'assistenza di personale qualificato o poter ricorrere a un parto cesareo d'emergenza possono prevenire l'insorgere della fistola ostetrica tra le adolescenti, il metodo migliore per proteggerle è rimandare la gravidanza a quando saranno più grandi e il loro corpo maturo e pronto. Questo significa prima di tutto proteggerle dai matrimoni precoci.

Aborti a rischio

Gli aborti a rischio rappresentano quasi la metà di tutti gli aborti (Sedgh et al., 2012; Shah and Ahman, 2012). Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, per aborto a rischio si intende "una procedura per interrompere una gravidanza indesiderata attuata da persone che non hanno le competenze necessarie o in un ambiente privo degli standard medici minimi o entrambe le cose" (Organizzazione mondiale della sanità, 2012c).

Il 98% degli aborti clandestini viene praticato nei Paesi in via di sviluppo, dove l'interruzione di gravidanza è illegale. E anche laddove è consentito dalla legge, le adolescenti incontrano difficoltà e ostacoli nell'accedere ai servizi.

I dati sugli aborti, a rischio o meno, riguardanti le ragazze di età compresa tra i 10 e i 14 anni nei Paesi in via di sviluppo sono quasi inesistenti. Stime approssimative ci sono per la fascia di età 15-19, con circa 3,2 milioni di aborti a rischio ogni anno nei Paesi in via di sviluppo (Shah and Ahman, 2012).

Questo studio riguarda Africa, Asia (esclusa l'Asia orientale), America Latina e Paesi caraibici (Shah and Ahman, 2012). I tassi di aborti a rischio, ogni mille nati vivi, sono analoghi per l'Africa sub-sahariana, America Latina e Caraibi: rispettivamente 26 e 25; tuttavia, trattandosi di una regione molto più popolosa, il numero totale in Africa sub-sahariana è in realtà il doppio rispetto a quello di America Latina e Caraibi. L'Africa sub-sahariana conta da sola il 44 per cento di tutti gli aborti a rischio praticati sulle adolescenti tra i 15 e i 19 anni (con l'esclusione dell'Asia orientale), mentre America Latina e Caraibi rappresentano il 23 per cento.

Si calcola che ogni anno nell'Africa sub-sahariana gli aborti a rischio provochino la morte di 36.000 tra donne e ragazze, causando a milioni di altre donne patologie o disabilità a lungo termine (UN Radio, 2010).

STIME SUGLI ABORTI A RISCHIO E SUI TASSI DI ABORTIVITÀ A RISCHIO NELLE RAGAZZE TRA I 15 E I 19 ANNI, 2008

Regioni in via di sviluppo	Numero annuo di aborti a rischio su ragazze di 15-19 anni	Tasso di aborti a rischio (su 1000 ragazze di 15-19 anni)
Paesi in via di sviluppo	3,200,000	16
Africa	1,400,000	26
Asia esclusa l'Asia orientale	1,100,000	9
America Latina e Caraibi	670,000	25

Fonte: Shah and Ahman, 2012.

Rispetto alle donne adulte, le adolescenti hanno maggiori probabilità di riportare complicazioni come emorragie, setticemia, lesioni agli organi interni, tetano, sterilità e persino morte (International sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002). I danni per la salute sono maggiori per diverse ragioni: rimandano a lungo la decisione dell'aborto; si rivolgono a persone non qualificate; ricorrono a metodi pericolosi; se insorgono complicazioni non chiedono aiuto e cure in tempo utile.

Le adolescenti rappresentano un'importante percentuale di tutte le pazienti ricoverate per complicazioni derivanti da aborti a rischio. In alcuni Paesi in via di sviluppo, i dati degli ospedali dimostrano che, su tutte le donne curate per complicanze derivanti da un aborto, le adolescenti rappresentano una percentuale compresa tra il 38 e il 68% (International sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002).

Infezioni trasmesse sessualmente

Ogni anno in tutto il mondo ci sono 340 milioni di nuovi contagi da infezioni sessualmente trasmesse (STI). I tassi più elevati si manifestano tra i/le giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni. Anche se non sono una conseguenza diretta della gravidanza in età precoce, sono una conseguenza di comportamenti sessuali (mancato o scorretto uso del preservativo) che possono portare a gravidanze precoci. Se non vengono curate, le malattie a trasmissione

PERCENTUALE DI RAGAZZE DI 15-19 ANNI SESSUALMENTE ATTIVE CHE NEGLI ULTIMI 12 MESI HANNO RIFERITO DI SOFFRIRE DI INFEZIONI TRASMESSE PER VIA SESSUALE (STI) O DI AVERNE MANIFESTATO I SINTOMI

(PAESI CON UNA PERCENTUALE DI ALMENO IL 20%)

Guinea	35 %
Ghana	29 %
Repubblica del Congo	29 %
Nicaragua	26 %
Costa d'Avorio	25 %
Repubblica Dominicana	21 %
Uganda	21 %

Fonte: Kothari et al., 2012.

sessuale possono provocare infertilità, infiammazioni pelviche, gravidanze extrauterine, tumori, dolori pelvici debilitanti. I bambini che nascono da madri affette da infezioni trasmesse sessualmente corrono maggiori rischi di nascere sottopeso, prima del termine e con patologie croniche congenite, sia di carattere fisico, sia di carattere neurologico.

In sette dei 35 paesi fatti recentemente oggetto di analisi statistiche riguardanti la popolazione e la salute (DHS), almeno un'adolescente su cinque, nella fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni e che abbia già avuto rapporti sessuali, ha dichiarato di avere avuto, negli ultimi 12 mesi, almeno una malattia sessualmente trasmessa o di averne avuto i sintomi (Kothari et al., 2012).

Le analisi DHS dimostrano che la percentuale di giovani donne sessualmente attive nella fascia di età 15-19, che hanno riferito di aver contratto una malattia sessualmente trasmessa o di averne presentato i sintomi negli ultimi 12 mesi, è superiore a quella dei maschi appartenenti allo stesso gruppo.

"Ho accettato la mia condizione di sieropositività perché quando una cosa è successa, è successa".

Neo, 15 anni, Botswana

In Costa d'Avorio, per esempio, il 25% delle donne tra i 15 e i 19 anni presenta una patologia o i sintomi di una patologia a trasmissione sessuale, mentre la percentuale tra i coetanei maschi è del 14%.

Altri studi sugli/sulle adolescenti dimostrano che le ragazze sono più vulnerabili dei maschi al contagio (Dehne and Riedner, 2005). Le STI sono

particolarmente diffuse tra gli/le adolescenti che hanno subito violenze sessuali e tra i/le bambini/e fatti oggetto di abusi.

Inoltre le adolescenti rischiano più dei ragazzi coetanei di contrarre il virus dell'HIV, per via di fattori biologici, perché i loro partner sessuali sono più vecchi, perché non possono accedere alle informazioni e ai servizi, perché norme sociali e valori socialmente accettati minano la loro capacità di proteggersi. Tale vulnerabilità aumenta nel caso di crisi umanitarie ed emergenze in corso: le difficoltà economiche accrescono il rischio di sfruttamento – come il traffico di esseri umani –, e i pericoli per la salute riproduttiva collegati alle prestazioni sessuali offerte in cambio di denaro o della soddisfazione di altre necessità (Organizzazione mondiale della sanità 2009a).

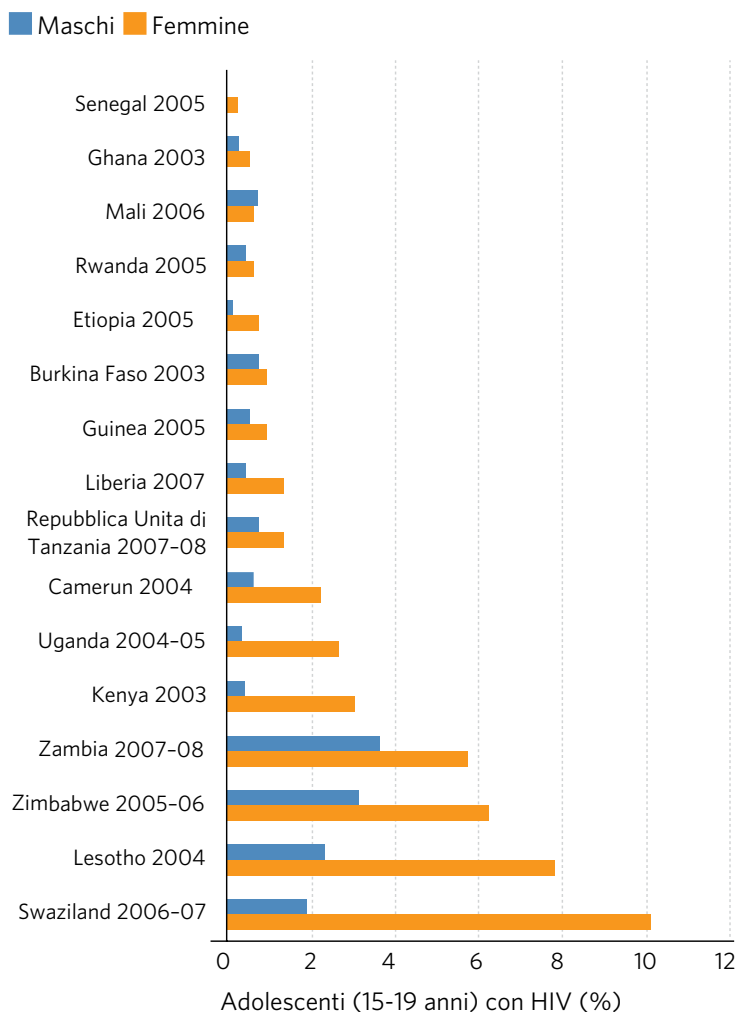
Rischi per la salute di neonati e bambini

I rischi per la salute a cui vanno incontro i figli delle madri adolescenti sono ben documentati. Le morti alla nascita e i decessi perinatali hanno un'incidenza che è maggiore del 50% tra le madri bambine o adolescenti rispetto alle madri tra i 20 e i 29 anni (Organizzazione mondiale della sanità, 2012a). Circa un milione di bambini nati da madri adolescenti non arriva a compiere un anno di età. Quelli che riescono a sopravvivere hanno maggiori probabilità di essere sottopeso o di nascere prematuri rispetto ai figli di donne che hanno almeno vent'anni. Inoltre, quando la madre non può accedere alle cure mediche, il rischio di una trasmissione da madre a figlio del virus dell'HIV aumenta in misura considerevole.

Rischi per la salute delle ragazze che partoriscono prima dei quindici anni

Le ricerche indicano che nei paesi a basso e medio reddito il rischio di morte materna e di fistola

DIFFUSIONE DELL'HIV TRA GLI ADOLESCENTI (15-19 ANNI) IN ALCUNI PAESI DELL'AFRICA SUB-SAHARIANA, 2001-2007



Fonte: OMS, 2009a.

ADOLESCENTI (10-19 ANNI) CON HIV, 2009

Regioni	Femmine		Maschi		Totale	
	Stima	(valori minimi - valori massimi)	Stima	(valori minimi - valori massimi)	Stima	(valori minimi - valori massimi)
Africa orientale e meridionale	760,000	(670,000 - 910,000)	430,000	(370,000 - 510,000)	1,200,000	(1,000,000 - 1,400,000)
Africa occidentale e centrale	330,000	(270,000 - 440,000)	190,000	(140,000 - 240,000)	520,000	(390,000 - 680,000)
Medio Oriente e Nord Africa	22,000	(17,000 - 30,000)	9,700	(7,800 - 12,000)	32,000	(25,000 - 40,000)
Asia meridionale	50,000	(44,000 - 57,000)	54,000	(47,000 - 66,000)	100,000	(90,000 - 130,000)
Asia orientale e Pacifico	27,000	(15,000 - 30,000)	23,000	(14,000 - 34,000)	50,000	(29,000 - 73,000)
America Latina e Caraibi	44,000	(34,000 - 55,000)	44,000	(31,000 - 82,000)	88,000	(62,000 - 160,000)
CEE/CIS	9,000	(7,700 - 10,000)	3,900	(3,400 - 4,500)	13,000	(11,000 - 15,000)
Mondo	1,300,000	(1,100,000 - 1,500,000)	780,000	(670,000 - 900,000)	2,000,000	(1,800,000 - 2,400,000)

Fonte: UNICEF, 2011.

ostetrica per le adolescenti più giovani è doppio rispetto alle donne mature (comprese le adolescenti più grandi), soprattutto nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale (Blum et al., 2013).

Con il passaggio dalla prima alla seconda adolescenza, i comportamenti sessuali e riproduttivi contribuiscono a differenziare per genere i *pattern* di mortalità e di morbilità: le adolescenti più giovani vanno incontro a rischi più elevati di coercizione sessuale, di contrarre infezioni sessualmente trasmesse, compresa l'infezione da HIV, di subire le conseguenze – specifiche per il genere – di gravidanze non volute e dei traumi psicologici che ne derivano (Blum et al., 2013).

Neal et al. (2012) dimostrano inoltre che, rispetto alle adolescenti più grandi, le ragazze con meno di 15 anni sono più a rischio di contrarre patologie come l'eclampsia, l'anemia, l'emorragia post-parto e l'endometrite puerperale. I dati dimo-

strano inoltre che gli esiti neonatali avversi associati alle gravidanze in età adolescenziale sono molto più alti per le adolescenti più giovani.

Molti dei paesi che presentano alti livelli di maternità nella prima adolescenza hanno anche un altissimo tasso di mortalità materna (Neal et al., 2012).

Uno studio condotto dall'Organizzazione mondiale della sanità dimostra che le ragazze che rimangono incinte prima dei 14 anni vanno più facilmente incontro a parti prematuri, insufficienza ponderale alla nascita, mortalità perinatale e problemi di salute nei neonati (Organizzazione mondiale della sanità, 2011). Il rischio per le madri giovanissime e per i loro bambini aumenta a dismisura nel caso di ragazze malnutrite. La gravidanza rischia di compromettere ulteriormente le condizioni di salute e di interferire negativamente sulla loro crescita, mentre i loro bambini



▲ *Marielle, 25 anni, quando ha partorito ne aveva 13.*

© UNFPA/
Berge, Borghild

hanno maggiori probabilità di nascere sottopeso e morire.

Le bambine con meno di 15 anni non sono ancora fisicamente pronte per i rapporti sessuali, per una gravidanza o per il parto, e non hanno le capacità cognitive né le possibilità di prendere decisioni sicure, informate e volontarie (Dixon-Mueller, 2008). Ciò nonostante, in più di 30 paesi il 10% delle adolescenti ha rapporti sessuali prima di aver compiuto 15 anni, con tassi che raggiungono il 26% in Niger. In alcuni paesi, le ricerche hanno dimostrato che i primi rapporti sessuali di molte giovanissime non sono stati consensuali, e che la percentuale di rapporti forzati è tanto più alta quanto più sono giovani (Erulkar, 2013).

Conseguenze psico-sociali

Ogni anno sono milioni le bambine costrette al matrimonio. Si calcola che il 90% delle adolescenti che partoriscono siano sposate. Questo signifi-

ca che milioni di loro passano, in un brevissimo arco di tempo, dalla condizione infantile a quella di madre sposata con responsabilità da adulta. Un giorno sono sotto l'autorità di un genitore, il giorno dopo sotto quella del compagno o del marito, perpetuando e rafforzando un circolo vizioso all'insegna della disuguaglianza di genere, della dipendenza e dell'impotenza.

Nel passaggio dall'infanzia al matrimonio forzato e alla maternità, la ragazza spesso attraversa una fase di forte stress o di depressione, perché non è psicologicamente preparata al matrimonio, al sesso o alla gravidanza, soprattutto quando sono imposti e non consensuali. A seconda dell'ambiente domestico e sociale, può sentirsi stigmatizzata da una gravidanza precoce (specialmente se al di fuori del matrimonio) e cercare di abortire, anche in situazioni in cui gli aborti sono illegali e a rischio, spesso accettando il pericolo di un esito disastroso per la salute.

Conseguenze sull'istruzione femminile

Le ragazze che continuano a frequentare la scuola più a lungo hanno meno probabilità di rimanere incinte. L'istruzione prepara le ragazze a entrare nel mondo lavoro, offre loro l'opportunità di percepire un reddito e di mantenersi, migliora la loro autostima e la loro condizione all'interno della famiglia e della comunità di appartenenza, garantisce maggior voce in capitolo sulle decisioni che le riguardano personalmente. L'istruzione inoltre riduce la probabilità che contraggano un matrimonio precoce e le induce a differire le gravidanze, con esiti più favorevoli per gli eventuali parti futuri.

Le ultime ricerche volte a valutare i progressi degli Stati nell'attuazione del Programma d'azione della conferenza del Cairo confermano che un tasso più elevato di istruzione tra le donne di 15-19 anni

si accompagna a tassi di natalità significativamente più bassi tra le adolescenti (UNFPA, 2013a).

Uno studio condotto di recente in 39 paesi ha messo in luce come, con le eccezioni del Benin e del Mali, le donne non sposate tra i 15 e i 17 anni che frequentano la scuola hanno minori probabilità di avere rapporti sessuali prima del matrimonio rispetto alle coetanee che non vanno a scuola (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Questi dati sottolineano come l'istruzione possa contribuire validamente a prevenire le gravidanze nelle adolescenti, limitandone di conseguenza anche gli esiti negativi.

I benefici sociali ed economici per la ragazza che prolunga la propria istruzione sono notevoli, come lo è il prezzo che paga colei che abbandona la scuola, o chi è costretta a farlo perché incinta. Può risultare difficile indicare con precisione il rapporto causa-effetto tra gravidanze adolescenziali e abbandono scolastico precoce (UNFPA, 2012a). Spesso infatti le bambine che restano incinte avevano già interrotto gli studi prima della gravidanza o non erano andate a scuola affatto.

Uno studio sui paesi africani francofoni ha dimostrato che solo il 5-10% delle ragazze lascia la scuola o viene espulsa perché incinta (Lloyd and Mensch, 2008). Al contrario, dalla ricerca emerge che la "formazione di un'unione" (primo matrimonio o convivenza) è spesso la ragione principale dell'abbandono scolastico.

In ogni caso, per molte adolescenti che diventano madri l'istruzione si interrompe in modo definitivo, o per via di circostanze personali, come un matrimonio precoce o le pressioni esercitate dalla famiglia o dalla comunità, o perché la scuola vieta la frequenza alle ragazze in stato interessante o impedisce il loro rientro dopo la nascita del bambino (Panday et al., 2009). Anche in quei paesi in cui la legge lo consente, solo una piccola

minoranza di loro riprende gli studi dopo il parto. In Sudafrica per esempio la Costituzione e la legge scolastica del 1996 dichiarano esplicitamente che non si può negare l'accesso all'istruzione alle ragazze che aspettano un bambino; tuttavia una ricerca ha messo in luce come, tra tutte le ragazze che interrompono gli studi a causa di una gravidanza, solo una su tre torna a scuola. Un'analoga ricerca condotta in Cile dimostra che diventare madri riduce le possibilità di frequentare e completare gli studi superiori, in una percentuale che va dal 24 al 37% (Kruger et al., 2009).

SPOSATA E DI NUOVO A SCUOLA

Filesia è una quindicenne vivace e dal carattere indipendente, che chiacchiera e scherza con le amiche, felice e soddisfatta di frequentare l'ottava classe della scuola primaria in Malawi. Non vede l'ora, dice, di iscriversi alla scuola secondaria entro l'anno.

Ma lei non è esattamente come le sue compagne. I genitori l'avevano costretta a lasciare gli studi e a sposarsi quando, a 13 anni, era rimasta incinta.

"Il mio ragazzo, che all'epoca aveva 18 anni, mi ha convinto a fare sesso con lui. Mi ha detto che ero troppo giovane per rimanere incinta e io gli ho creduto" dice Filesia. Ha concepito dopo due rapporti. "Non sapevo niente di contraccettivi, quindi non abbiamo usato nessuna protezione".

"I miei genitori, quando l'hanno saputo, mi hanno detto che non potevano più tenermi in casa. Mi hanno consegnato alla famiglia del mio ragazzo e abbiamo iniziato a vivere insieme dopo esserci sposati secondo il rito tradizionale" racconta ancora la ragazza.

Dopo la nascita del figlio, un maschio, è rimasta sposata per altri due anni, ma adesso è tornata a scuola, salvata dalla sua condizione di sposa bambina dalla Community Victim Support Unit, un'attività che ha il sostegno del Programma congiunto delle Nazioni Unite per le adolescenti portato avanti da UNFPA.

"Grazie al circolo giovanile a cui mi sono iscritta, adesso so tutto sui contraccettivi. Non ho intenzione di avere altri rapporti sessuali finché non avrò finito la scuola, perché quando mi sono sposata ho vissuto in una povertà spaventosa" dice ancora Filesia, aggiungendo che poi vorrebbe entrare in Polizia. "Voglio salvare altre ragazzine costrette a sposarsi troppo presto".

Il problema dell'interruzione degli studi non riguarda soltanto i paesi in via di sviluppo. Negli Stati Uniti, per esempio, nel 2011 sono nati 329.772 bambini da madri adolescenti (15-19 anni). Tra tutte le ragazze che restano incinte prima dei vent'anni, solo la metà riesce a completare l'istruzione superiore prima di compiere 22. Per contro, in assenza di gravidanze, sono nove su dieci le ragazze che arrivano al diploma superiore prima dei 22 anni (Perper et al., 2010). Quanto più tempo le ragazze trascorrono lontano dalla scuola, tanto meno probabile è il loro ritorno.

Per agevolare il loro rientro, le politiche di sostegno sono indispensabili, ma spesso non sufficienti: le nuove madri hanno bisogno anche di aiuti economici, di assistenza per i bambini, di un sostegno psicologico che le aiuti ad affrontare le difficoltà e le sfide, compreso lo stigma sociale, che seguono alla loro condizione di adolescenti madri.

Conseguenze economiche

Secondo uno studio statistico condotto dalla Banca Mondiale (Chaaban and Cunningham, 2012),

" Ero felice e triste allo stesso tempo. Felice perché avevo partorito un maschio meraviglioso... Ma i miei genitori adesso sono costretti a occuparsi di me e anche del mio bambino... Ho lasciato la scuola, mi sono dovuta trovare un lavoro per mantenere il mio bambino... Sono una madre single. Devo fare tutto per lui".

Thoko, Sudafrica (età non dichiarata)

le ragazze che hanno la possibilità di evitare una gravidanza troppo precoce possono anche contare su un maggiore *empowerment* sociale, su una più lunga frequenza scolastica, e di conseguenza su maggiori opportunità di trovare un lavoro più redditizio o di intraprendere altre attività economiche per mantenersi. Investire sull'*empowerment* delle ragazze comporta notevoli benefici per l'economia; al contrario, il prezzo del mancato investimento su di loro è altissimo. Il "costo opportunità" derivante dalle gravidanze precoci, misurato calcolando la perdita annuale di reddito nel corso dell'intera esistenza della madre, va dall'1% del prodotto nazionale lordo in Cina fino al 30% in Uganda. Il "costo opportunità" è la misura di "quel che avrebbe potuto essere" se si fosse investito maggiormente sulle ragazze.

Lo studio della Banca Mondiale illustra i costi opportunità associati alle gravidanze precoci e alla conseguente interruzione degli studi. Se tutte le adolescenti del Kenia, per esempio, che sono 1,6 milioni, completassero l'istruzione secondaria e se le 220.098 madri adolescenti avessero trovato un lavoro invece di restare incinte, l'effetto cumulativo avrebbe portato 3,4 miliardi di dollari in più al prodotto nazionale lordo del paese. Si tratta dell'equivalente dell'intero settore edilizio del Kenia. Analogamente, se tutte le adolescenti del Brasile avessero potuto evitare una gravidanza prima di compiere 20 anni, si registrerebbe un aumento della produttività pari a oltre 3,5 miliardi di dollari, mentre alle stesse condizioni la produttività dell'India salirebbe di 7,7 miliardi di dollari.

Poiché la maggior parte delle gravidanze inizia quando le ragazze hanno l'età per frequentare la scuola secondaria, l'abbandono degli studi secondari comporta un costo economico maggiore rispetto all'interruzione degli studi primari (o elementari).

Poiché il numero delle ragazze interessate è molto più alto tra la popolazione della scuola secondaria che tra quelle della scuola primaria, l'impatto negativo sul ritorno degli investimenti fatti sull'educazione secondaria è molto più elevato rispetto a quello relativo agli investimenti compiuti sulla scuola primaria.

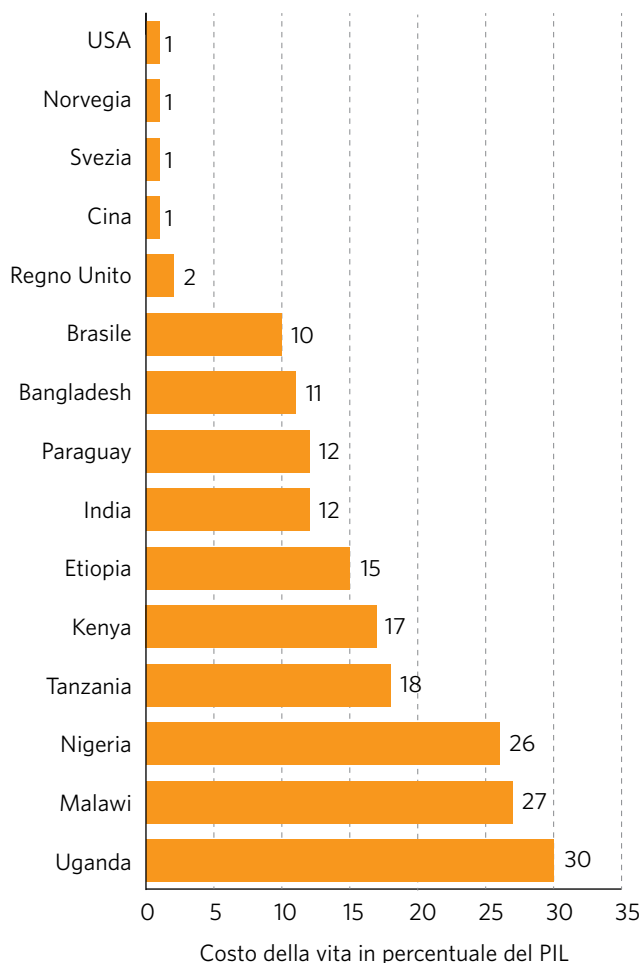
Lo stesso studio della Banca Mondiale dimostra che questa analisi sottovaluta i veri costi derivanti dai mancati investimenti sulle ragazze. I costi calcolati infatti sono solo quelli economici, che dovrebbero essere considerati come il limite inferiore degli effettivi costi sociali. Lo studio infatti prende in esame soltanto la produttività perduta sul mercato del lavoro e non valuta quindi i costi derivanti dai problemi di salute delle donne, le possibili implicazioni sulla futura produttività del bambino (molti studi dimostrano per esempio che i figli di madri adolescenti hanno un tasso di scolarizzazione più basso) e i costi sociali implicati dalle madri adolescenti non sposate.

I costi effettivi, che comprendono anche le condizioni di salute più precarie a cui vanno incontro i figli di madri troppo giovani, la minore aspettativa di vita, l'obsolescenza delle competenze per le ragazze che restano disoccupate troppo a lungo, il loro minore *empowerment* sociale e così via, farebbero salire verso l'alto le stime dei costi presentate sopra (Cunningham et. al., 2008).

Quando il fallimento delle politiche sociali o le pressioni esercitate sulle adolescenti portano a numeri elevatissimi di gravidanze precoci, i costi economici possono andare ben al di là dell'individuo e gravare su tutta la comunità, a livello locale e nazionale.

Alcuni costi, per esempio, derivano dall'aumento della domanda di assistenza medica, che va a gravare su sistemi sanitari nazionali già al limite della loro capacità, in conseguenza soprattutto

COSTO NELL'ARCO DELLA VITA DELLA GRAVIDANZA IN ETÀ ADOLESCENZIALE PER L'ATTUALE GRUPPO DI RAGAZZE NELLA FASCIA DI ETÀ 15-19 ANNI, ESPRESSO COME QUOTA DEL PIL ANNUALE



Fonte: Chaaban e Cunningham, 2011.

delle complicazioni derivanti dagli aborti a rischio praticati sulle adolescenti. Secondo la International Sexual and Reproductive Rights Coalition (2002), "in molti Paesi in via di sviluppo i dati degli ospedali mostrano come una percentuale compresa tra il 38% e il 68% delle donne curate per complicanze in seguito ad aborto meno di vent'anni". In Etiopia nel 2008 "si calcola che

LA DIMENSIONE DEI DIRITTI UMANI

Le violazioni dei diritti sono spesso una causa implicita, e ancora più spesso la conseguenza, delle gravidanze adolescenziali.

Le ragazze che restano incinte troppo presto non sono quasi mai in grado di godere e di esercitare i loro diritti, che dovrebbero essere garantiti da trattati internazionali come la Convenzione sui diritti dell'infanzia. Una ragazza che non può far valere i propri diritti fondamentali, per esempio quello allo studio, è ulteriormente vulnerabile al rischio di intraprendere una gravidanza prima dell'età adulta.

Quando la gravidanza precoce è la conseguenza di un rapporto sessuale forzato o imposto, si è in presenza di un'ulteriore violazione dei diritti della ragazza. Se inoltre la ragazza non è in grado di frequentare la scuola perché incinta o si deve occupare dei figli, subisce una volta di più la negazione dei suoi diritti. Non può frequentare la scuola, il suo potenziale di produrre reddito nella vita si riduce, le probabilità che ha di passare il resto della vita in una condizione di povertà aumentano in modo esponenziale.

Lo scorso anno, l'Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani ha pubblicato un rapporto di importanza epocale che inserisce le numerose risoluzioni del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite su mortalità e morbidità materna nel quadro delle violazioni dei diritti umani, identificando alcune delle cause alla base delle gravidanze in età adolescenziale:

Il primo passo consiste nell'analizzare non solo i motivi degli alti tassi di morbidità e morte materna tra le ragazze, ma anche le cause delle gravidanze. Un approccio basato sui diritti umani definisce questo problema e lo affronta nei termini delle cause immediate e implicite di mortalità e morbidità materna, perché sono queste a determinare le possibilità di risolvere problemi concreti a livello locale. Fra i molti altri fattori, le gravidanze adolescenziali dipendono spesso dalla mancanza di una completa educazione alla sessualità; da norme di genere che favoriscono le gravidanze precoci; da matrimoni contratti troppo presto; da elevati livelli di violenza sessuale e/o di rapporti sessuali a pagamento; dall'insufficienza di servizi per la salute che si rivolgano specificamente ai/alle giovani; mancanza di strumenti di contraccezione accessibili fisicamente ed economicamente; dalla combinazione di uno, due o più di tali fattori (Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani, 2012, par. 59).

Le forme di disuguaglianza che si sovrappongono aggravano la situazione. Le adolescenti che vivono in condizioni di povertà o che risiedono in regioni prevalentemente rurali, o che siano anche disabili o appartenenti a minoranze etniche, devono superare ulteriori barriere per accedere alle informazioni e ai

servizi di salute sessuale e riproduttiva e in alcuni casi corrono maggiori rischi di subire violenze sessuali.

Affrontare la gravidanza delle adolescenti nell'ottica della tutela dei diritti umani significa poggiare su una struttura normativa internazionale che richiama i governi alle misure da intraprendere per garantire alle ragazze la possibilità di godere dei diritti all'educazione, alla salute e alla libertà da ogni violenza. I/le minori hanno gli stessi diritti degli adulti ma godono di un'ulteriore, specifica protezione, per contrastare le disuguaglianze che dipendono dall'età.

Tutelare i diritti può aiutare a risolvere ed eliminare le situazioni che favoriscono le gravidanze adolescenziali, e ad attenuare molte delle conseguenze che incombono sulla ragazza, sulla famiglia e sulla comunità. L'ottica della tutela dei diritti umani è la chiave per spezzare il circolo vizioso di violazione dei diritti, povertà, disuguaglianza, esclusione e gravidanze precoci.

I 179 governi rappresentati alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 1994 hanno riconosciuto il legame diretto tra matrimoni precoci, gravidanze in età adolescenziale e alti tassi di mortalità materna tra le adolescenti. Il Programma d'azione della conferenza del Cairo ha sottolineato il ruolo cruciale dell'educazione nelle azioni di prevenzione (Programma d'azione, Principio 4, par. 7,41). I governi firmatari hanno concordato di proteggere e promuovere il diritto degli/delle adolescenti a ricevere un'educazione sulla salute riproduttiva, e si sono impegnati a garantire l'accesso universale a queste informazioni.

Dopo la Conferenza del Cairo, gli organismi delle Nazioni Unite che si occupano di monitorare il rispetto dei trattati (ovvero verificano e controllano l'attuazione da parte dei singoli governi dei trattati sui diritti umani) hanno riconosciuto la necessità di conferire agli/alle adolescenti l'*empowerment* indispensabile per poter prendere decisioni informate su ciò che li/le riguarda personalmente, ribadendo che godono degli stessi diritti degli adulti, compresi quelli riproduttivi. La Convenzione sui diritti dell'infanzia, che è in assoluto il trattato sui diritti umani più ratificato, riconosce espressamente i/le bambini/e come titolari di diritti. Tuttavia, poiché non hanno la capacità legale di agire in propria difesa, non sono in grado di rivendicarli, né di scegliere di farlo. Questa mancanza di autonomia decisionale, unita alla loro bassa condizione sociale ed economica e alla loro vulnerabilità fisica, può essere un ulteriore ostacolo al godimento e all'esercizio dei loro diritti umani.

52.600 donne abbiano ricevuto assistenza sanitaria per le complicazioni di un aborto a rischio” (Guttmacher Institute, 2010). Dato che l’età media delle donne che chiedono di abortire in Etiopia è di 23 anni, non c’è dubbio che una percentuale significativa delle ragazze trattate per complicazioni derivanti dall’aborto siano adolescenti (Guttmacher Institute, 2010). Un documento recente (Abdella et al., 2013) ha calcolato che il sistema sanitario nazionale dell’Etiopia spende ogni anno circa 6,5-8,9 milioni di dollari di costi diretti per la cura e il trattamento di complicanze post-aborto. In alcuni paesi dell’America Latina gli ospedali sono pieni di adolescenti bisognose di cure per complicazioni derivanti da gravidanza, parto, aborto.

E i costi non si limitano alle complicazioni dell’aborto e non riguardano soltanto i Paesi in via di sviluppo: “nel solo 2008 [negli Stati Uniti] le spese supplementari sostenute dallo stato per le gravidanze e i parti delle adolescenti sono costate ai contribuenti americani 11 miliardi di dollari: spese per l’assistenza sanitaria, la tutela e l’affido dei minori; spese carcerarie comportate dal maggior tasso delinquenziale riscontrato tra i figli di genitori adolescenti; mancati incassi erariali derivanti dal minor livello di istruzione e dal conseguente minor reddito percepito dalle madri adolescenti” (Campagna nazionale per la prevenzione delle gravidanze adolescenziali e non pianificate, 2011).

Conclusioni

Gravidanza e parto in età adolescenziale sono eventi che possono avere conseguenze drammatiche per la salute fisica e mentale delle giovanissime madri e per il loro benessere sociale, per i traguardi educativi che dovrebbero essere alla loro portata, per le potenzialità economiche che dovrebbero poter sviluppare. Queste conseguenze hanno radici soprattutto nel perdurare delle disuguaglianze di

“Parlare di sesso è un tabù. A volte in tv trasmettono dei programmi sulla contraccezione, ma i ragazzi raramente li seguono con attenzione. Possiamo parlare di sesso tra amici, ma non con i nostri genitori. Il più delle volte è la ragazza a chiedere al ragazzo di usare il preservativo. Ai ragazzi non viene nemmeno in mente di chiedere alle ragazze di prendere la pillola o di usare qualche altro metodo di contraccezione”.

Ngimana, 17 anni, Senegal

genere e nella persistente discriminazione all’interno delle strutture legali, sociali ed economiche: fattori che producono stigma sociale, emarginazione e violazioni dei diritti umani fondamentali. Negare alle ragazze le informazioni e i servizi di cui hanno bisogno per prevenire una gravidanza significa minare la loro autonomia. Se restano incinte e sono costrette ad abbandonare la scuola, i loro diritti sono stati violati. Quando vengono costrette a sposarsi o sono sottoposte a violenza o coercizione sessuale, i loro diritti sono ulteriormente violati.

Laddove i diritti umani sono rispettati, le ragazze hanno minori probabilità di essere stigmatizzate ed emarginate e sono più libere di sviluppare e di mantenere rapporti sani con amici e coetanei. Possono accedere ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e sono in grado di concludere la scuola indipendentemente dalla situazione sociale. Hanno maggiori possibilità di diventare cittadine sane, produttive e autonome, in grado di partecipare alla pari come membri delle loro famiglie, comunità e nazioni.



3

Pressioni da ogni parte

Le gravidanze in età adolescenziale non nascono dal nulla, ma sono la conseguenza di una serie di fattori interdipendenti: povertà diffusa, accettazione dei matrimoni infantili da parte delle comunità e delle famiglie; inadeguatezza degli sforzi per far proseguire gli studi alle bambine.

◀ *Faiz, 40 anni, e Ghulam, 11, a casa poco prima delle nozze, Afghanistan.*

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

Nel 1994 alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo, 179 governi hanno concordato sulla necessità di “promuovere i diritti delle adolescenti all’istruzione e all’educazione in materia di salute riproduttiva, alle informazioni relative e all’assistenza sanitaria, riduce in misura significativa il numero delle gravidanze tra le adolescenti” (Programma d’azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, par. 7.46).

Tuttavia gran parte delle azioni intraprese, prima e dopo la Conferenza del Cairo, per ridurre il fenomeno, si sono concentrate su obiettivi limitati: identificando l’origine del problema nelle ragazze stesse, si è intervenuti sui comportamenti.

Queste azioni solitamente non ottengono risultati perché trascurano i diversi fattori – di natura economica, sociale e legale, o quelli legati alle circostanze, alle strutture, ai sistemi, alle violazioni delle norme e dei diritti – che in tutto il mondo portano le adolescenti verso una gravidanza prematura. Un altro punto debole di questi approcci consiste nel non prendere in considerazione il ruolo degli uomini e dei ragazzi, sia nella crescita del numero di gravidanze adolescenziali, sia in senso positivo per il contributo che potrebbero portare nella loro prevenzione.

Un approccio “ecologico” tiene conto, non solo di tutta la complessa gamma di elementi che sono alla base delle gravidanze precoci, ma anche del modo in cui questi interagiscono tra loro. Questo tipo di approccio può aiutare i governi, i responsabili delle istituzioni e gli attori coinvolti a comprendere meglio i problemi ed elaborare interventi più efficaci per ridurre il numero delle gravidanze e per eliminare le barriere che ostacolano l’*empowerment* delle ragazze, in modo che l’esito più probabile dell’adolescenza non sia una gravidanza.

Uno di questi modelli ecologici fa luce sull’insieme di forze che ostacolano le adolescenti aumen-

tando le probabilità di una gravidanza (Blum and Johns Hopkins, 2013). Se è vero che le forze sono numerose e stratificate, riguardano però tutte, in un modo o nell’altro, l’impossibilità per le giovanissime di godere o di esercitare i loro diritti, nonché la mancanza di potere decisionale rispetto al futuro.

In questo modello, molti dei determinanti operano su più livelli. Per esempio, a livello nazionale alcune misure politiche possono limitare l’accesso delle adolescenti ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresi i servizi di pianificazione familiare; a livello di comunità locale o a livello familiare spesso si impedisce alle ragazze di accedere all’educazione alla sessualità o ad altre informazioni su come prevenire una gravidanza.

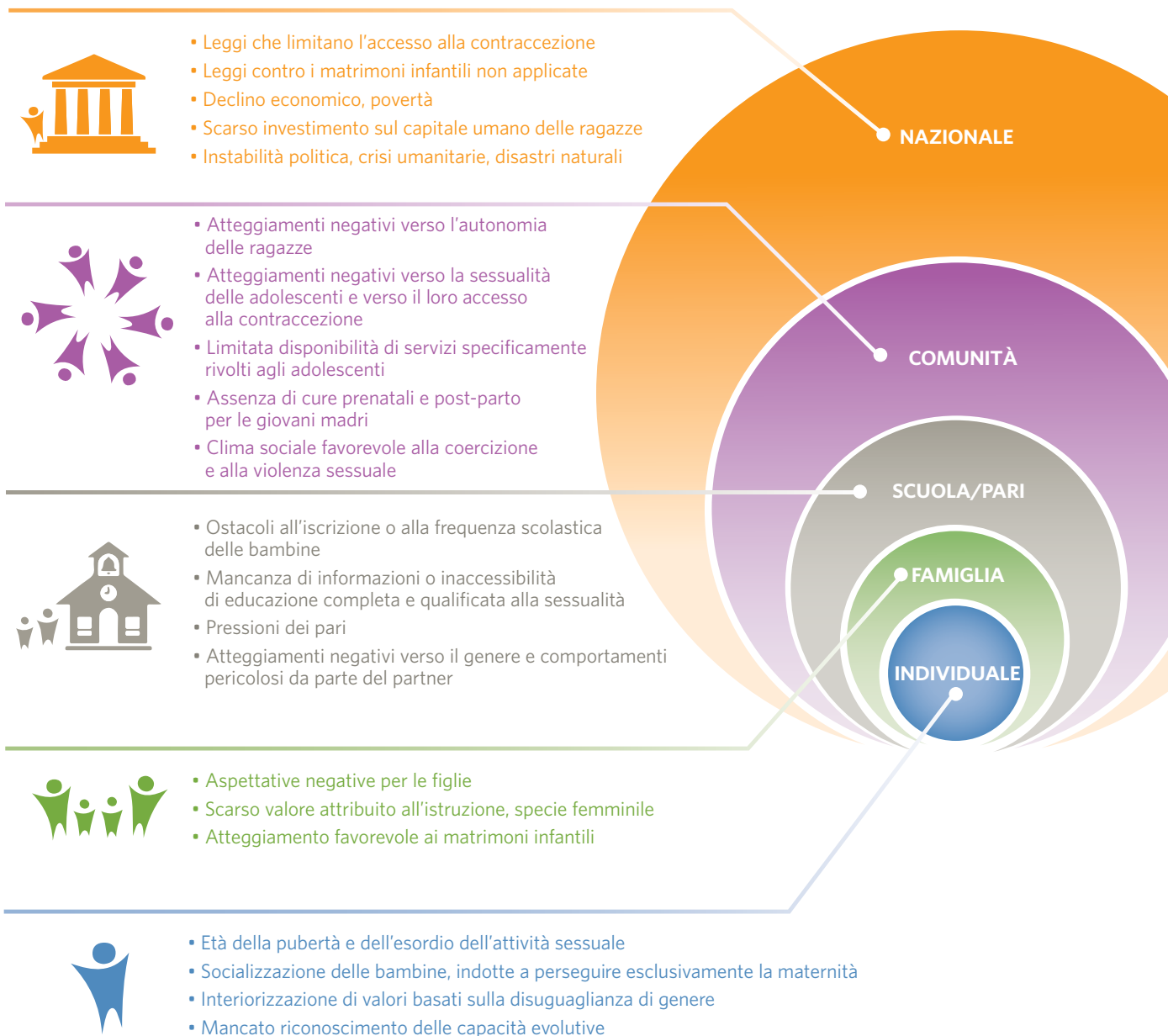
Le gravidanze in età adolescenziale, infatti, non nascono dal nulla, ma sono la conseguenza di una serie di fattori interdipendenti: povertà diffusa, accettazione dei matrimoni infantili da parte delle comunità e delle famiglie; inadeguatezza degli sforzi per far proseguire gli studi alle bambine.

Nel 2012, l’Ufficio dell’Alto Commissariato per i diritti umani ha diffuso una guida tecnica sulle modalità di applicazione di approcci basati sui diritti, al fine di ridurre la mortalità materna, invitando tutti gli Stati ad affrontare i diversi elementi che concorrono al fenomeno, eliminando “le cause immediate alla base” (Consiglio per i diritti umani, 2012). Le norme di genere che rafforzano la gravidanza precoce, i matrimoni infantili, la violenza sessuale e altri fattori causali, citati dall’Ufficio dell’Alto Commissariato per i diritti umani, sono presenti anche in questo modello ecologico.

Determinanti a livello nazionale

La diffusione delle gravidanze adolescenziali è quindi influenzata da molti fattori: leggi e politiche nazionali; livello di impegno dei governi nel rispettare gli obblighi imposti dagli strumenti e

DETERMINANTI DELLE GRAVIDANZE ADOLESCENZIALI: UN MODELLO ECOLOGICO



dai trattati per la tutela dei diritti umani; entità e diffusione della povertà o della miseria; stabilità politica. Questi determinanti sfuggono al controllo della singola adolescente – come a quello di qualsiasi individuo – eppure producono un potente impatto sulla possibilità di plasmare il proprio futuro e di realizzare il proprio potenziale.

Per esempio, le leggi nazionali che vietano i matrimoni in età infantile, se vengono fatte rispettare, possono contribuire a eliminare una delle principali vulnerabilità che portano le bambine alla gravidanza.

A livello nazionale, l'accesso degli/delle adolescenti alla contraccezione è spesso ostacolato da leggi che vietano ai minori di 18 anni di accedere ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli di pianificazione familiare, senza il consenso dei genitori o del coniuge nel caso delle giovani. Questo impedisce alle ragazze sessualmente attive

▼ Assistenza prenatale al centro Tan Ux'il, in Guatemala.
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood Global



e ai partner di ricorrere alla contraccezione. Molti paesi, inoltre, vietano il ricorso alla contraccezione d'emergenza, o lo proibiscono alle minori.

In alcuni Stati c'è un divario tra l'età consentita per l'attività sessuale e quella minima per accedere ai servizi di salute sessuale riproduttiva, compresa la contraccezione e le informazioni relative. Di conseguenza, le adolescenti possono essere limitate nelle loro scelte dalla necessità di ottenere il consenso dei genitori per accedere a tali servizi; oppure devono sperare che gli operatori sanitari le ritengano in grado di decidere o le considerino come aventi i requisiti per usufruirne. Ma spesso gli operatori sono restii perché temono le ritorsioni di genitori, familiari o tutori, che potrebbero opporsi al ricorso alla contraccezione o ad altri servizi di salute sessuale e riproduttiva da parte delle loro figlie.

A livello nazionale, il principale determinante in materia di gravidanze adolescenziali è l'inadeguatezza degli investimenti nello sviluppo del capitale umano femminile, in particolare nei settori dell'istruzione e della salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva. Per ogni dollaro speso per lo sviluppo internazionale, solo due centesimi vengono specificamente destinati alle adolescenti (International Planned Parenthood Federation).

Le popolazioni indigene e le minoranze etniche presentano una maggiore diffusione di gravidanze adolescenziali, e questo per diverse ragioni come: discriminazione ed emarginazione, inaccessibilità dei servizi di salute sessuale e riproduttiva, povertà, tradizione di matrimoni infantili. In Serbia, per esempio, il tasso dei parti da madri adolescenti nella minoranza rom è di 158, oltre sei volte la media nazionale che è di 23,9, e più alta di quella attestata in molti dei paesi meno sviluppati (Istituto di statistica della Repubblica di Serbia e UNICEF, 2011). In Bulgaria, oltre il 50% delle adolescenti rom partorisce prima di aver compiuto 18 anni;

in Albania, l'età media delle madri rom alla nascita del primo figlio è di 16,9 anni (UNDP, 2011; UNFPA, 2012c). L'alta incidenza delle nascite da madri adolescenti della popolazione rom è legata all'accesso limitato ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, all'usanza dei matrimoni infantili, all'esclusione sociale ed economica dalla società in generale e alle pressioni interne alle comunità locali (Colombini et al., 2011).

Povertà e stagnazione economica sono ulteriori fattori, a livello nazionale, che contribuiscono a negare alle adolescenti le opportunità che spetterebbero loro nella vita. Avendo scarse prospettive di trovare un lavoro, di guadagnarsi da vivere, di mantenersi, di potersi permettere uno stile di vita dignitoso con tutto quello che ne deriva, le ragazze sono più facilmente indotte ad accettare i matrimoni precoci e le gravidanze, perché loro stesse o le loro famiglie ritengono di non avere altra possibilità di scelta, o lo considerano un ineluttabile destino. Le adolescenti più povere, inoltre, difficilmente riusciranno a completare la loro istruzione e di conseguenza saranno prive dell'educazione sessuale data a scuola, delle nozioni sulla salute sessuale e riproduttiva e delle informazioni sui diversi modi di prevenire una gravidanza (Organizzazione mondiale della sanità, 2011).

In molte situazioni di emergenza, di conflitto o di crisi le adolescenti sono spesso separate dalla propria famiglia e tagliate fuori dalle strutture sociali protettive. Sono quindi a maggior rischio di stupri, sfruttamento sessuale e abusi, violenze che moltiplicano la possibilità di andare incontro a gravidanze (Save the Children e UNFPA, 2009). Per provvedere a se stesse o alle esigenze delle loro famiglie nelle situazioni di crisi (come pure in condizioni di povertà estrema), le adolescenti si sentono costrette a intraprendere un'attività di la-

"... Facevo il primo anno delle superiori, quando è successo. Una sera sono andata a prendere l'acqua... Lui mi ha preso... mi ha violentato. Ero terrorizzata, ma avevo solo 15 anni: non mi è neanche venuto in mente che avrei potuto restare incinta. L'ho capito dopo".

Léocadie, 16 anni, Burundi

voro sessuale, esacerbando le loro vulnerabilità alla violenza, alle infezioni sessualmente trasmesse e alle gravidanze. Nel frattempo, a causa dell'interruzione dei servizi e dei danni subiti dalle infrastrutture, della mancanza di sicurezza o del superlavoro a cui sono sottoposti gli operatori per via dell'incremento nella richiesta di prestazioni sanitarie, l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, è spesso limitato. Analogamente le scuole, che sono di norma il primo ente erogatore di un'educazione alla sessualità completa e corretta, sono spesso chiuse; altre fonti di informazioni accurate e complete sui metodi per evitare una gravidanza o un'infezione a trasmissione sessuale, compreso l'HIV, sono spesso insufficienti o addirittura inesistenti. In alcuni contesti di crisi, i genitori costringono le figlie al matrimonio nella speranza di ridurre le difficoltà economiche o di proteggere le figlie, mediante questo tipo di accordo, da situazioni in cui la violenza sessuale è pratica diffusa.

Determinanti a livello di comunità locali

Ogni comunità ha le proprie norme, credenze e atteggiamenti che determinano l'autonomia e la mobilità concessa a una ragazza, la facilità con cui può godere dei propri diritti ed esercitarli, la pos-

sibilità che sia al sicuro dalla violenza, che possa essere o meno costretta al matrimonio, la probabilità che ha di rimanere incinta troppo giovane, la possibilità o meno di riprendere gli studi dopo aver partorito.

I centri di potere in una comunità locale sono particolarmente importanti nel determinare un clima sociale più o meno favorevole alla coercizione sessuale, alle giovani e alla loro possibilità di far sentire la propria voce, all'istituzione e all'accessi-

"Sono andata in un albergo, dove avevo appuntamento con il mio ragazzo. Lui mi ha detto: 'facciamo sesso senza preservativo'. Io gli ho detto: 'no, con il preservativo'. E lui: "se resti incinta, del bambino me ne occupo io'. Ed è così che è nata mia figlia".

Whitney, 16 anni, Suriname

bilità di servizi di salute sessuale e riproduttiva e di contraccezione rivolti a loro, a servizi di salute materna che siano modernamente attrezzati e gestiti da personale qualificato. Tali cioè da poter sostenere la ragazza durante la gravidanza e al momento del parto ma anche di aiutarla, in seguito, a evitare una seconda gravidanza.

L'accesso alla contraccezione e ai servizi di salute sessuale e riproduttiva

Per le adolescenti, le complicazioni della gravidanza e del parto sono tra le prime cause di morte e la fistola ostetrica (conseguenza di parti prolungati e difficili) è una delle principali cause di morbidità (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). I contraccettivi, compresi i preservativi maschili e quelli

femminili, possono contribuire a evitare gravidanze e infezioni a trasmissione sessuale e scongiurare molti dei rischi per la salute associati a queste condizioni. Ma la domanda inevasa di contraccettivi, di informazioni e di servizi da parte degli/delle adolescenti è ancora molto elevata, malgrado gli impegni internazionali per eliminare gli ostacoli all'accessibilità della pianificazione familiare.

Ne consegue che un ampio segmento di quella che è la più folta generazione di adolescenti della storia dell'umanità, non è in grado di esercitare pienamente i propri diritti riproduttivi, non sa come evitare gravidanze non desiderate e non riesce a proteggersi dalle infezioni a trasmissione sessuale, incluso l'HIV (UNFPA 2012a).

Nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia centro-meridionale e sud-orientale sono oltre il 60% le adolescenti che, pur desiderando evitare la gravidanza, non trovano risposta alla loro richiesta di contraccettivi moderni. Queste giovanissime che non ricorrono alla contraccezione o si affidano a un metodo tradizionale di pianificazione familiare, rappresentano oltre l'80% delle gravidanze non desiderate in questa fascia d'età (UNFPA 2012a).

Contraccezione: atteggiamenti, convinzioni e accessibilità

A livello di comunità locali l'accesso alla contraccezione è spesso ostacolato da norme, usanze, atteggiamenti e credenze: l'idea dominante è spesso che gli/le adolescenti non dovrebbero essere sessualmente attivi, pertanto non hanno bisogno di contraccettivi. Questo divario tra l'atteggiamento degli adulti e la realtà è una delle cause del numero elevato di gravidanze precoci. Anche le norme di genere (a livello di comunità locale o nazionale) determinano spesso la possibilità che l'adolescente acceda o meno alla contraccezione. In alcune società ci si aspetta dalle ragazze che si sposino giova-

nissime o che dimostrino la loro fertilità prima di formalizzare l'unione. Spesso, dai giovani maschi, la società si aspetta che abbiano numerose esperienze sessuali e che si dimostrino fertili (World Health Organization, 2012b).

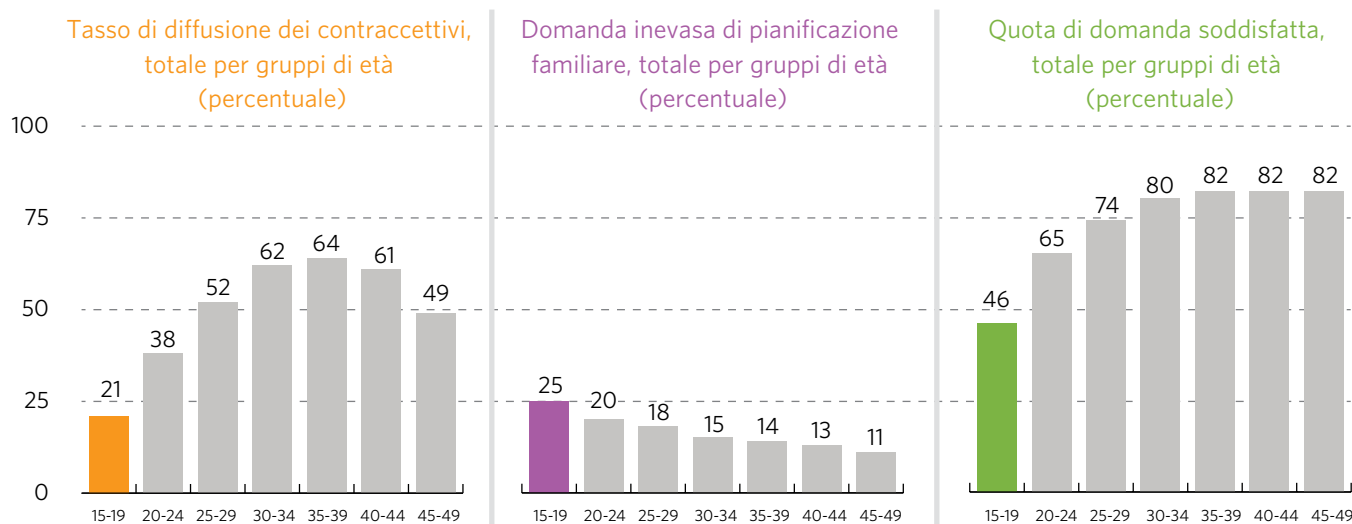
L'impatto del contesto socioculturale locale sul comportamento riproduttivo delle giovani donne non potrà mai essere sottolineato a sufficienza (Goicolea 2009). In alcune regioni dell'Africa sub-sahariana e dell'Asia meridionale, così come in alcune comunità a basso reddito all'interno di nazioni più ricche, domina spesso la convinzione che le ragazze siano "fatte per" la maternità, e il loro valore sociale dipende dalla loro capacità di generare figli (Presler-Marshall and Jones, 2012; Edin and Kefalas, n.d.).

Nei Paesi in via di sviluppo, circa una donna su quattro, nella fascia di età 15-49 anni, non è sposata e non lo è mai stata. La componente principale di questo gruppo è costituita dalle adolescenti e dalle giovanissime (15-24 anni). In questo gruppo

"Ero informata sui preservativi, ma non potevo chiedere a mio marito di usarlo. Avevo solo 16 anni quando mi sono sposata, ed ero meno istruita di lui: avevo paura di farlo arrabbiare".
Pinki, 19 anni, India

di giovani non sposate, la crescita di attività sessuale, stabile e nel lungo periodo, si spiega con una combinazione di fattori: la diminuzione globale dell'età del menarca, l'età sempre più alta a cui si arriva al matrimonio e i valori sociali in continua evoluzione (Singh and Darroch, 2012). Quando le ragazze e le giovani donne nubili diventano sessualmente attive, incontrano molte più difficoltà delle loro coetanee sposate nell'accedere ai metodi contraccettivi, soprattutto per via dei pregiudizi sociali che condannano l'attività sessuale prima del matrimonio.

LIVELLI DI USO E DI DOMANDA DI CONTRACCETTIVI, DIVISI IN SETTE FASCE D'ETÀ, DATI PIÙ RECENTI



Fonte: UNFPA, 2013.

▼ *Partecipanti al Comprehensive Empowerment Programme for the Reduction of Unplanned Pregnancies Among Adolescent Mothers [Programma di Empowerment complessivo per la riduzione delle gravidanze non pianificate nelle madri adolescenti], sponsorizzato da Women Across Differences e da UNFPA.*
© UNFPA Guyana

Accesso e domanda tra le adolescenti sposate

Escludendo la Cina, circa una minorenni su tre nei Paesi in via di sviluppo è sposata o convive in una unione di fatto (UNFPA, 2012b). All'interno di questo gruppo, il 23% utilizza un metodo contraccettivo moderno o tradizionale, un altro 23% presenta un'esigenza inevasa di contraccezione mentre il 54%, avendo dichiarato di aver desiderato l'ultimo figlio avuto, non risulta avere esigenze di contraccezione insoddisfatte. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (2008) il 75% delle nascite da madri adolescenti rientra nella categoria di "gravidanze desiderate".

Rispetto ad altri gruppi di età, le adolescenti sposate o conviventi presentano allo stesso tempo il tasso più basso di ricorso alla contraccezione e i livelli più elevati di domanda inevasa: il che si traduce nei livelli più bassi di domanda di contraccezione soddisfatta. Mancanza di informazioni, paura o esperienza di effetti collaterali sono tra le

principali ragioni del mancato uso o uso interrotto di contraccettivi.

Nei paesi con un alto tasso di matrimoni infantili e una forte preferenza per i figli maschi, le ragazze sposate subiscono pressioni perché rinuncino alla contraccezione finché non hanno partorito un maschio (Filmer et al., 2008). Quest'analisi su 5 milioni di nascite in 65 nazioni ha messo in rilievo come la preferenza per i figli maschi incida sulla fecondità, soprattutto nelle macroregioni dell'Asia meridionale, dell'Europa orientale e dell'Asia centrale.

Atteggiamenti e comportamenti legati al genere

La mentalità sociale impone spesso rigidi criteri circa l'adeguatezza di atteggiamenti e comportamenti adottati da ragazze, ragazzi, donne e uomini: si tratta di norme apprese e socialmente consolidate, che variano a seconda dei contesti locali e che interagiscono con fattori socioculturali come la classe o la casta. Queste norme sociali vengono imposte e rafforzate a diversi livelli: tra gli individui nei gruppi di pari, nelle famiglie e attraverso l'atteggiamento e le prassi consolidate della comunità (UNFPA, 2012a).

Il diverso modo di trattare i bambini e le bambine inizia molto presto, nella prima fase evolutiva, e prosegue per tutta la vita. Il risultato è che tutti, bambini, bambine, uomini e donne, assorbono il messaggio su come dovrebbero o non dovrebbero comportarsi o pensare; questo finisce per far sorgere prestissime aspettative divergenti su se stessi e sui ruoli di genere. Spesso queste aspettative si traducono in prassi e portano a comportamenti pericolosi per la salute, come la gravidanza in età adolescenziale, con il rischio di ripercussioni negative sulla salute sessuale e riproduttiva (UNFPA, 2012a). In molte culture, la considerazione nei confronti dei giovani maschi



aumenta se hanno diverse partner o se non usano il preservativo.

Molte bambine e giovani donne dichiarano di non ricorrere alla contraccezione, anche quando sanno che è disponibile e anche se hanno il diritto di usarla, perché i loro partner sono contrari o hanno un'opinione negativa al riguardo (Presler-Marshall and Jones, 2012). Ignorare l'opposizione maschile alla contraccezione può costituire un grave pericolo per le adolescenti sposate o conviventi. Le ragazze sposate che usano contraccettivi di nascosto rischiano, se vengono colte sul fatto o se non generano figli, maltrattamenti fisici, divorzio o altre forme di punizione (Presler-Marshall and Jones, 2012). Laddove predominano gli atteggiamenti maschili, spesso anche le ragazze interiorizzano i medesimi atteggiamenti esprimendo opinioni altrettanto negative sulla contraccezione.

Servizi per i/le giovani

I servizi di salute sessuale e riproduttiva rivolti ai/ alle giovani si riconoscono poiché sono comodi da raggiungere, hanno orari di apertura adeguati alle abitudini di ragazzi e ragazze, garantiscono un'atmosfera accogliente in cui non ci si sente giudicati/e e assicurano la riservatezza. La mancanza di quest'ultima (o la sua percezione) è una delle barriere più scoraggianti per le ragazze (Presler-Marshall and Jones, 2012). L'efficacia di servizi autonomi o paralleli, dedicati ai/alle giovani, all'interno degli sforzi per diminuire le gravidanze precoci non è stata tuttavia ancora valutata con precisione.

Servizi per le adolescenti incinte

Meno della metà delle adolescenti incinte in Ciad, Etiopia, Mali, Niger e Nigeria viene seguita prima del parto da operatori qualificati (Kothari et al., 2012). In questi stessi paesi sono ancora meno le ragazze che partoriscono in presenza di personale

"Ho iniziato a uscire con gli uomini perché non avevamo da mangiare... E ho finito per rimanere incinta".

Malebogo, 19 anni, Botswana

sanitario. Un'analisi DHS (Reynolds, et al., 2006) ha evidenziato come in alcuni paesi tra cui il Brasile, il Bangladesh, l'India e l'Indonesia, le adolescenti hanno meno probabilità delle donne adulte di ricevere assistenza prima, durante e dopo il parto.

Rispetto alle adulte, per le primipare giovanissime è molto più alto il rischio di non riconoscere per tempo le complicazioni ed è molto più difficile rivolgersi all'assistenza sanitaria, riuscire a raggiungere una struttura adeguata per avere assistenza qualificata (UNFPA, 2007). Se poi l'adolescente non è sposata, rischia di essere giudicata dagli operatori sanitari, dalla comunità di appartenenza e dalla famiglia.

L'assistenza ante e post-parto è essenziale, non soltanto per la salute della ragazza e per il buon andamento della gravidanza, ma perché è l'occasione per dare informazioni e fornire metodi contraccettivi per evitare o rimandare una seconda gravidanza.

Violenza e coercizione nei rapporti sessuali

Le conseguenze sociali e fisiche della violenza sessuale sulle adolescenti sono gravissime, con implicazioni immediate e prolungate per i diritti, la salute e lo sviluppo sociale (Jejeebhoy et al., 2005; Garcia-Moreno et al., 2005). I rapporti sessuali forzati e le violenze subite dal partner aumentano il rischio di gravidanze.

La giovane età è un fattore di rischio noto, che comporta probabilità molto più alte di violenza da

parte del partner (Organizzazione mondiale della sanità, 2010; Krug et al., 2002).

L'OMS definisce violenza sessuale "qualunque atto sessuale, tentativo di ottenere una prestazione sessuale, commenti o proposte sessuali sgradite, attività di traffico o comunque dirette contro la sessualità di una persona, ricorrendo alla coercizione da parte di chiunque, a prescindere dal rapporto che questa persona può avere con la vittima" (Krug et al., 2002: 149).

Definisce inoltre la violenza sessuale come violazione dei diritti umani, calcolando che sono circa 150 milioni le adolescenti che hanno subito rapporti sessuali forzati o altre forme di violenza sessuale nel solo anno 2002 (Andrews, 2004).

La prima esperienza sessuale di molte giovani donne è forzata (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2005; UNFPA e Population Council, 2009).

L'analisi dei dati DHS raccolti in 14 nazioni dimostra che la percentuale di ragazze nella fascia

di età 15-24 anni che hanno avuto una prima esperienza sessuale (all'interno o al di fuori del matrimonio) di carattere non consensuale va dal 2% dell'Azerbaijan al 64% della Repubblica democratica del Congo (UNFPA e Population Council, 2009).

Analogamente, uno studio multinazionale commissionato dall'OMS in 10 paesi, ha messo in luce che la percentuale di donne che denuncia un primo rapporto sessuale imposto con la forza va dall'1% circa di Giappone e Serbia, a circa il 30% del Bangladesh (Garcia-Moreno et al., 2005).

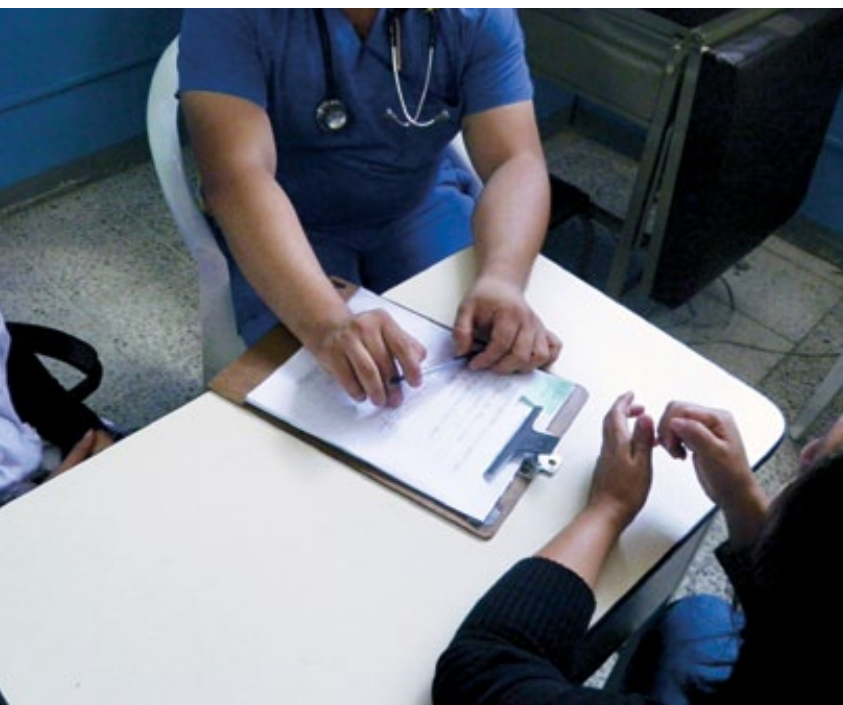
Rapporti sessuali forzati si verificano anche all'interno del matrimonio. Per esempio, un'analisi dei dati DHS raccolti in 27 nazioni, ha evidenziato come la percentuale di ragazze tra i 15 e i 24 anni che riferiscono di aver subito violenza sessuale dai mariti va dall'1% della Nigeria fino al 33% della Repubblica democratica del Congo (UNFPA e Population Council, 2009).

In effetti una ricerca condotta a Nyeri, in Kenia, tra giovani sposate e nubili nella fascia di età 10-24 anni, ha rilevato che le donne sposate correvano rischi addirittura superiori di subire coercizioni sessuali rispetto alle loro coetanee non sposate e sessualmente attive (Erulkar, 2004).

Contrariamente a quanto spesso si crede, gli autori delle violenze sono di solito ragazzi e uomini all'interno della cerchia di conoscenze della vittima adolescente: mariti, partner, conoscenti o personaggi che godono di una posizione di autorità. Questo trova conferma nei dati provenienti da tutte le regioni del mondo (Jejeebhoy and Bott, 2005; Jejeebhoy et al., 2005; Bott et al., 2012; Erulkar, 2004).

Si calcola che un'adolescente su cinque subisca abusi durante la gravidanza (Organizzazione mondiale della sanità, 2007; Parker et al., 1994). Il 21% delle adolescenti subisce violenza dal proprio

▼ La Fondazione Survivors del Guatemala eroga servizi di counselling alle bambine e alle donne che hanno subito violenze sessuali
© UNFPA Guatemala





partner quando mancano meno di tre mesi al parto. Gli abusi e le violenze durante la gravidanza sono riconosciuti come un grave rischio per la salute delle madri e dei bambini (Organizzazione mondiale della sanità, 2007; Newberger et al., 1992).

Il sesso per coercizione è “l’atto di forzare o tentare di forzare un altro individuo mediante l’uso della violenza, di minacce, di insistenze verbali, di inganni, di aspettative culturali o di circostanze economiche al fine di convincerlo ad adottare un qualche comportamento sessuale contro la sua volontà” (Heise et al., 1995). Diversi studi, condotti a livello nazionale e sub-nazionale suggeriscono che una percentuale compresa tra il 15 e il 45% di tutte le giovani che hanno avuto esperienze sessuali prematrimoniali, riferisce di aver subito almeno una esperienza di coercizione.

Un’adolescente con un partner sessuale notevolmente più vecchio corre rischi maggiori di rapporti forzati, di contrarre infezioni a trasmissione sessuale, compreso l’HIV, di andare incontro a una gravidanza. Se il partner è molto più grande, il dif-

ferenziale di potere nel loro rapporto è sfavorevole per la ragazza; è quindi più difficile negoziare l’uso della contraccezione e soprattutto del preservativo per proteggersi contro le gravidanze e contro le infezioni trasmesse sessualmente. In cinque stati sui 26 analizzati da uno studio recente (Kothari et al., 2012), almeno il 10% di tutte le adolescenti (15-19) riferiva di avere avuto rapporti sessuali nel corso dell’anno precedente con un uomo che aveva almeno 10 anni più di loro: Repubblica Dominicana (10%), Repubblica del Congo (11%), Armenia, Zimbabwe (15%) ed Etiopia (21%).

Le donne non sposate affrontano un’altra forma di coercizione sessuale richiesta per la gravidanza: le pressioni derivanti dalle transazioni di natura sessuale. Secondo una ricerca condotta in Zimbabwe, per esempio, su 1313 uomini intervistati, 126 (il 10,4%) riferiscono di avere avuto rapporti sessuali con un’adolescente nei sei mesi precedenti in cambio di denaro o di regali (Wyrod et al., 2011). Questi “regali” sono “intrinseci di differenziale di potere e offerti a ragazze che non hanno nessu-

▲ *Giovani dell’Ecuador partecipano a una manifestazione per la settimana di prevenzione delle gravidanze adolescenziali*
©UNFPA/Jeanina Crespo

na possibilità di dire di no” (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Gli organismi per la tutela dei diritti umani condannano la violenza sessuale contro le donne e le adolescenti in tutte le sue forme, sia in epoca di pace che durante un conflitto, sia che venga perpetrata dagli Stati o da individui, in casa, nelle scuole, sul posto di lavoro o nelle strutture sanitarie, che dia per esito una gravidanza o meno. Il diritto di essere libere dalla violenza, dai maltrattamenti, dalla tortura, oltre che il diritto alla vita, alla salute e a non essere discriminate, comporta il dovere per i governi di proteggere donne e adolescenti dalla violenza, a prescindere da chi la attua (Centre for Reproductive Rights, 2009).

Il Programma d’azione della Conferenza del Cairo riconosce che uno dei punti centrali nei pro-

grammi per la popolazione e lo sviluppo consiste nell’eliminare tutte le forme di violenza contro le donne, compresi gli abusi sessuali e la violenza contro bambini/e e adolescenti (ICPD, Principi 4 e 11).

Scuola, pari e partner

Scuola

Quanto più a lungo una ragazza frequenta la scuola, tanto maggiori saranno le sue possibilità di ricorrere alla contraccezione, evitando gravidanze non desiderate e matrimoni precoci (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd and Young, 2009). Le ragazze che non frequentano la scuola invece hanno maggiori probabilità di rimanere incinte, che siano sposate o meno.

Nel 2012, il Segretariato della 65esima Assemblée Mondiale della Sanità, ha affermato che l’educazione è “un fattore di protezione fondamentale per le gravidanze precoci: quanti più sono gli anni di istruzione scolastica tanto meno sono le gravidanze precoci”, aggiungendo che “i tassi di natalità tra le donne con un basso livello di istruzione sono più alti rispetto a quelli delle donne che hanno un’istruzione secondaria o superiore”.

Se la correlazione tra i risultati scolastici e la diminuzione dei tassi delle gravidanze in età adolescenziale è molto ben documentata, i rapporti di causalità e di consequenzialità sono ancora oggetto di dibattito, come si è già osservato nel capitolo precedente. In molti paesi, l’abbandono scolastico precoce è attribuito alla gravidanza in età adolescenziale; ma queste sono, con ogni probabilità, le conseguenze piuttosto che le cause degli abbandoni scolastici. Quando le ragazze smettono di andare a scuola, spesso seguono gravidanza e/o matrimonio (Lloyd and Young, 2009).

Risultati scolastici e transazioni sessuali e riproduttive sono strettamente legati, in quanto la

▼ *Bambine del Rajasthan, in India, imparano a leggere.*
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



gravidanza o il matrimonio precoce costringono la ragazza a interrompere gli studi. Poiché i ragazzi di norma si sposano più tardi delle ragazze e non devono affrontare i rischi e le responsabilità associati alla gravidanza, la loro maturazione e il loro comportamento sessuale non hanno il potenziale di interferire nella stessa misura sull'andamento della loro istruzione (Lloyd and Young, 2009).

I dati emersi da uno studio del 2012 confermano l'efficacia degli interventi volti a incoraggiare

"Ho iniziato a convivere con il mio compagno a 14 anni. Il mio progetto era quello di avere un rapporto stabile, di continuare ad andare a scuola e di imparare una professione. Invece sono rimasta incinta a 15 anni. All'inizio non avevo neanche idea di come prendermi cura di un neonato. Ho dovuto lasciare la scuola".
Marcela, 18 anni, El Salvador

la frequenza scolastica, che favoriscono la riduzione complessiva della fecondità adolescenziale. Ciò conferma l'utilità di ampliare le opportunità educative per le ragazze e di creare incentivi per incrementare la frequenza scolastica (McQueston et al., 2012). Per consentire la frequenza scolastica e il proseguimento degli studi, è necessario abbattere le barriere economiche che ostacolano, impediscono o interrompono l'accesso all'istruzione: per esempio, abbonando le rette scolastiche alle ragazze provenienti da famiglie povere. Potrebbe essere necessario ridurre i rischi per la salute e per la sicurezza, proteggendole adeguatamente dagli abusi o dalle violenze sessuali all'interno della scuola e lungo la strada che collega la scuola con l'abita-

zione, nonché facendo attività di sensibilizzazione culturale a scuola.

Un'educazione alla sessualità che sia completa e appropriata all'età

Sono pochissimi i/le giovani che ricevono una preparazione adeguata alla vita sessuale e riproduttiva. Per questo sono particolarmente vulnerabili a coercizioni, abusi e sfruttamento, gravidanze non desiderate e infezioni sessuali, compreso l'HIV.

Si avvicinano spesso all'età adulta con informazioni e messaggi sulla sessualità conflittuali e poco accurati. Questa situazione è esacerbata dall'imbarazzo, dal silenzio e dalla disapprovazione che le questioni sessuali suscitano negli adulti, compresi genitori e insegnanti, proprio quando ce n'è più bisogno.

In molti casi gli/le adolescenti ricevono informazioni inaccurate o incomplete a riguardo (Presler-Marshall and Jones, 2012). Una ricerca condotta in Uganda, per esempio, ha evidenziato come un maschio adolescente su tre e

una femmina su due non sapesse che i preservativi vanno usati una volta sola (Presler-Marshall and Jones, 2012; Bankole et al., 2007). In America centrale, un'altra ricerca dimostra che un adolescente su tre non sa che il concepimento può avvenire fin dal primo rapporto sessuale (Presler-Marshall and Jones, 2012; Remez et al., 2008). Da uno studio condotto in Etiopia è emerso che quasi tutti gli/le adolescenti sapevano che i rapporti sessuali non protetti possono portare a contrarre l'HIV, ma meno della metà sapeva che tra le conseguenze c'era anche la gravidanza (Presler-Marshall and Jones, 2012; Beta Development Consulting, 2012).

Un'educazione completa alla sessualità deve avere un approccio adeguato culturalmente e

**PERCENTUALE DI ADOLESCENTI (ETÀ 12-14),
DIVISI PER SESSO E PER NAZIONALITÀ,
INTERVISTATI SULL'EDUCAZIONE
ALLA SESSUALITÀ PER I GIOVANI, 2004**

Sesso/ Nazionalità	L'educazione sessuale nelle scuole è importante	I ragazzi di 12-14 anni dovrebbero ricevere informazioni sull'uso del preservativo per evitare l'AIDS	Offrire corsi di educazione alla sessualità ai giovanissimi non li incoraggia a fare sesso
Femmine			
Burkina Faso	78	73	63
Ghana	91	49	68
Malawi	67	76	68
Uganda	82	76	49
Maschi			
Burkina Faso	81	78	59
Ghana	89	63	62
Malawi	73	73	68
Uganda	78	76	52

Fonte: Bankole e Malarcher, 2010.

all'età, teso a insegnare tutto ciò che attiene alla sfera della sessualità e dei rapporti sessuali, fornendo informazioni scientificamente accurate, realistiche e non giudicanti. L'educazione alla sessualità offre l'opportunità di analizzare valori e atteggiamenti e costruire una personalità capace di prendere decisioni, di comunicare, di ridurre i rischi.

Il Programma d'azione della Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo ha riconosciuto che informare gli/le adolescenti è il primo passo per ridurre le gravidanze precoci e gli aborti a rischio, nonché per consentire agli/alle adolescenti di prendere decisioni consapevoli e in-

formate (ICPD, par. 7.44 e 11.9). Gli organismi che si occupano di monitorare i trattati sui diritti umani hanno esortato i governi a rispettare l'obbligo di fornire ai/alle giovani l'accesso all'educazione e alle informazioni riguardanti la sessualità.

L'ambiente scolastico può garantire ai/alle giovani le informazioni e le competenze necessarie per assumere decisioni responsabili sulla loro futura vita sessuale (Kirby, 2011).

Attraverso programmi educativi completi di educazione sessuale, inseriti nei programmi scolastici, si ha la possibilità di ritardare l'inizio dell'attività sessuale e insegnare ai/alle giovani a comportarsi in modo responsabile quando avranno una attività sessuale consensuale, soprattutto utilizzando i preservativi e altri metodi moderni di contraccezione (Kirby, 2011).

L'educazione sessuale può avere più facilmente un impatto positivo se è completa e se è impartita da educatori con una formazione specifica, esperti di sessualità, che comprendano la formazione comportamentale e che siano a proprio agio con adolescenti e giovani, specie quando si tratta di argomenti delicati. Il corso scolastico dovrebbe concentrarsi su obiettivi chiari come la salute riproduttiva – la prevenzione delle gravidanze non desiderate, specifici comportamenti a rischio e azioni di protezione per il raggiungimento degli obiettivi di salute in questione (Kirby, 2011).

I programmi inseriti nei piani di studi curricolari sono più efficaci quando sviluppano anche competenze pratiche, affrontano i fattori ambientali, si concentrano sui sentimenti e sulle esperienze che emergono con la maturità sessuale e riproduttiva e li accompagnano. Per prevenire efficacemente le gravidanze precoci e le infezioni a trasmissione sessuale, l'educazione alla sessualità dovrebbe essere collegata ai servizi di salute riproduttiva, compresi i servizi di contraccezione (Chandra-Mouli et al., 2013).

Genitori e insegnanti a volte temono che l'educazione alla sessualità possa incoraggiare gli/le adolescenti ad avere rapporti sessuali. Ma le ricerche dimostrano che non provoca alcun anticipo o incremento dell'attività sessuale (UNESCO, 2009). Un'analisi condotta su 36 programmi di educazione alla sessualità negli Stati Uniti ha concluso, per esempio, che laddove vengono fornite informazioni sull'astinenza e sulla contraccezione, gli adolescenti non diventano più attivi sessualmente né iniziano prima degli altri l'attività sessuale (Advocates for Youth, 2012).

Una ricerca svolta in quattro paesi africani dimostra che gli/le adolescenti di solito accolgono con favore l'educazione alla sessualità svolta nelle scuole. La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi intervistati ha dichiarato, inoltre, che questa non li ha affatto incoraggiati ad avere rapporti sessuali (Bankole and Malarcher, 2010).

Naturalmente, perché ragazze e ragazzi possano trarre beneficio da un'educazione alla sessualità all'interno dei programmi scolastici, bisogna che frequentino la scuola. In alcuni paesi, due terzi delle ragazze nella fascia di età 12-14 anni non va a scuola. Questo significa che tante non vengono raggiunte dall'educazione sessuale all'interno dei programmi scolastici (Biddlecom, et al., 2007): ecco perché è molto importante riuscire a raggiungere anche chi non va a scuola.

Nei paesi in cui una folta schiera di giovani non è iscritto alla scuola secondaria, i programmi di educazione alla sessualità e quelli mirati a ridurre l'incidenza delle infezioni a trasmissione sessuale possono essere attivati nelle cliniche, attraverso i programmi radio, in ambienti della comunità locale capaci di attrarre i/le giovani.

Ma tale disponibilità non basta a garantire i risultati desiderati. Qualità, tono, contenuto e modalità di erogazione sono altrettanto importanti.

Gli insegnanti che si sentono a disagio con questa materia o che pretendono di giudicare la sessualità degli/delle adolescenti rischiano di impartire informazioni non accurate, capaci di confondere, incomplete. Un'educazione sessuale offerta a ragazzi e ragazze nella stessa aula rischia, in alcuni ambienti, di scoraggiare la frequenza delle ragazze (Pattman and Chege, 2003; Presler-Marshall and Jones, 2012).

Il Comitato per i diritti dell'infanzia osserva inoltre che "in linea con il dovere di garantire il diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo del bambino (art. 6) gli Stati firmatari (della Convenzione per i diritti dell'infanzia) devono assicurare ai/alle bambini/e la possibilità di acquisire le



© Mark Tuschman

conoscenze e le competenze necessarie a proteggere se stessi/e e gli altri nel momento in cui iniziano ad esprimere la loro sessualità (Comitato per i diritti dell'infanzia, 2003a).

Gli organismi internazionali per i diritti umani hanno osservato che, per tutelare i diritti alla salute, alla vita, alla non discriminazione, all'informazione e all'educazione, gli Stati devono eliminare ogni barriera che impedisca agli/alle adolescenti l'accesso a informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, nonché fornire un'educazione completa e accurata, all'interno e all'esterno degli ambienti scolastici. Gli organismi preposti al monitoraggio e al rispetto dei trattati raccomandano di rendere l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva una componente obbligatoria e importante del curriculum scolastico ufficiale nelle scuole primarie e secondarie, comprese le scuole professionali (Centro per i diritti riproduttivi, 2008a; See also ICPD, para 11.9).

Pari

I gruppi di pari possono influire sul modo in cui gli/le adolescenti percepiscono l'idea di una gra-

"Io non sapevo che lui aveva intenzione di mettermi incinta quella volta, ricordo che avevamo programmato di aspettare che io compissi i 18 anni... Non ero pronta per avere un bambino, per questo avevo pensato di non portare a termine la gravidanza. Ma le mie amiche hanno insistito, dicendo che dovevo andare avanti, visto che io e il mio compagno eravamo già andati a vivere insieme... Io però lo sapevo che in realtà non ero ancora pronta".

K.C., 18 anni, incinta a 17, Filippine

vidanza, ma anche il loro atteggiamento verso la prevenzione del concepimento, l'abbandono scolastico o la scelta di continuare a frequentare fino al diploma. La pressione dei compagni può scoraggiare un inizio troppo precoce dell'attività sessuale o un matrimonio in età infantile, oppure, al contrario, può rafforzare la possibilità di una attività sessuale che inizia troppo presto e senza protezione (Chandra-Mouli et al., 2013).

Partner

Un'altra forma di influenza la esercita il partner sessuale o il coniuge, anche in base all'età e alle sue opinioni sul matrimonio, il sesso, i ruoli di genere, la contraccezione, la gravidanza e il parto.

Le ricerche condotte sulla attività sessuale precoce dei maschi adolescenti dimostrano che percezioni sbagliate in materia sessuale (per esempio considerare le donne come meri oggetti sessuali, preoccuparsi eccessivamente della performance, ricorrere a pressioni psicologiche o alla forza fisica per ottenere un rapporto sessuale) iniziano già dall'adolescenza e spesso si confermano nell'età adulta. La percezione della virilità tra i giovani e gli adolescenti è una delle forze propulsive che porta i ragazzi ad adottare comportamenti pericolosi, come rapporti sessuali non protetti o a rischio.

Uomini e ragazzi: partner nel processo

Rinforzare le occasioni offerte a ragazzi e giovani perché partecipino alle attività a sostegno dell'uguaglianza di genere può produrre un impatto positivo non soltanto sulle donne e sulle ragazze, ma anche sulla vita dei giovani maschi (UNFPA 2013b).

Uomini e ragazzi sono spesso educati dalla società a credere che il godimento dei rapporti sessuali sia una loro prerogativa esclusiva, gli si insegna ad assumere il comando nei rapporti sessuali, creando significative pressioni (e insicurezze). Le

opinioni tradizionali su che cosa significa essere un uomo spesso incoraggiano i ragazzi a cercare di avere più partner sessuali e ad adottare comportamenti a rischio (UNFPA, 2012).

Sebbene siano di regola le donne a subire maggiormente gli effetti negativi di norme di genere a loro danno, le società educano anche i maschi, adolescenti e ragazzi, secondo mentalità che producono risultati negativi dal punto di vista della salute sessuale e riproduttiva. In molte società, gli uomini sono incoraggiati ad affermare il loro essere maschi attraverso dei rischi, affermandosi come duri, sopportando il dolore, ritenendo di doversi assumere da soli l'onere di provvedere alla famiglia, avendo numerose partner sessuali. I ruoli e le responsabilità del capofamiglia che ha il compito di mantenere gli altri membri vengono inculcati nei ragazzi fin da giovanissimi; adempiere a queste responsabilità e a questi ruoli è uno dei modi principali per affermare la propria virilità.

Le norme di genere di solito stabiliscono e rinforzano la subordinazione delle donne agli uomini e producono pessimi risultati dal punto di vista della salute sessuale e riproduttiva, sia per gli uomini che per le donne. Spesso alle donne viene impedito di informarsi sui propri diritti e di ottenere le risorse che potrebbero aiutarle a pianificare la vita e le proprie famiglie, a sostenere i progressi nella scuola, ad incentivare la partecipazione all'economia formale (Greene and Levack, 2010). Spesso anche agli uomini non vengono date informazioni in materia di salute sessuale e riproduttiva o sui servizi relativi; così si radica l'idea che programmare le nascite non sia di loro competenza, ma responsabilità delle donne.

Nel contesto della salute sessuale e riproduttiva e dei diritti connessi, la comunità internazionale riconosce sempre più spesso che affrontare le

ESTRATTI DAL PROGRAMMA D'AZIONE DEL CAIRO SULL'UGUAGLIANZA DI GENERE

Gli obiettivi sono quelli di raggiungere l'uguaglianza e l'equità basata su una collaborazione armoniosa tra uomini e donne e consentire a queste ultime di realizzare il loro potenziale; garantire il rafforzamento del contributo femminile allo sviluppo sostenibile, grazie al pieno coinvolgimento delle donne nei processi politici e decisionali a tutti i livelli [...]; assicurare che tutte le donne, così come gli uomini, ricevano l'educazione necessaria per soddisfare tutte le esigenze umane fondamentali e per esercitare i diritti umani.

Gli stati devono agire per consentire l'*empowerment* delle donne e intraprendere le misure necessarie per eliminare nel più breve tempo possibile le disuguaglianze di genere, istituendo dei meccanismi che garantiscano la pari partecipazione e l'equa rappresentanza delle donne nel processo politico e nella vita pubblica; promuovendo la realizzazione del potenziale femminile attraverso l'educazione, lo sviluppo di competenze e l'occupazione, dando particolare importanza all'eliminazione della povertà e dell'analfabetismo e migliorando le condizioni generali di salute; eliminando ciò che porta alla discriminazione; assistendole nella rivendicazione e nella realizzazione dei diritti, compresi quelli relativi alla salute sessuale e riproduttiva (Programma d'Azione, par. 4.1-4.4).

disuguaglianze di genere nel campo della salute, promuovere la salute e i diritti sessuali riproduttivi, prevenire l'HIV e la violenza di genere a tutti i livelli della società è impossibile se non ci si impegna per coinvolgere direttamente gli uomini e i ragazzi, chiamandoli a partecipare a questi processi (International Planned Parenthood Federation, 2010).

Determinanti a livello familiare

Le ragazze, a meno che non vivano senza adulti accanto o siano senz'altro, sono inevitabilmente influenzate dalla famiglia o dagli adulti alla cui tutela sono sottoposte. I determinanti a livello familiare comprendono la stabilità e la coesione; il livello di conflitto o di violenza tra le pareti domestiche; le dimensioni della povertà o della ricchezza; la presenza di ruoli; la storia riproduttiva

dei genitori, soprattutto se il padre e la madre si sono sposati quand'erano ancora minorenni o se la madre è rimasta incinta adolescente. Altri determinanti sono il livello di istruzione degli adulti e le loro aspettative sui figli; il livello di comunicazione familiare; l'intensità dei valori culturali e religiosi; le opinioni delle persone più autorevoli all'interno della famiglia riguardo ai ruoli di genere e ai matrimoni precoci.

Matrimoni infantili

La diffusione dei matrimoni in età infantile dipende, in parte, dalle politiche e dalle leggi nazionali e dal modo in cui vengono fatte rispettare, dalle norme in vigore nella comunità e dalla diffusione della povertà a livello nazionale. Ma è all'interno della famiglia che si prendono le decisioni che possono costringere una minore al matrimonio o alla convivenza.

Per definizione si considera matrimonio precoce quello in cui almeno uno dei coniugi non ha ancora compiuto diciott'anni. Ogni giorno nel mondo sono 39.000 i/le minorenni che si sposano. Quando una ragazza è sposata, di solito ci si aspetta che partorisca un figlio al più presto. Circa il 90% di tutte le gravidanze in età adolescenziale dei Paesi in via di sviluppo avviene all'interno del matrimonio.

Circa il 16% delle ragazze che abitano nei Paesi in via di sviluppo (esclusa la Cina) si sposa prima di compiere diciott'anni, a fronte di un 3% dei ragazzi. Una ragazza su nove si sposa prima dei 15 anni. I tassi di natalità tra le adolescenti sono più alti dove è diffusa la pratica dei matrimoni precoci; e a prescindere dalla ricchezza complessiva della nazione, le ragazze che appartengono al quintile a più basso reddito hanno maggiori probabilità di avere un bambino prima di arrivare all'età adulta, rispetto alle coetanee che dispongono di un reddito più alto.

La persistenza dei matrimoni precoci dipende da molte ragioni, tra cui le tradizioni locali o la convinzione dei genitori di salvaguardare in questo modo il futuro delle figlie. Ma molto spesso il matrimonio in età infantile è la conseguenza di scelte limitate. Le ragazze che non frequentano la scuola o che l'abbandonano sono particolarmente vulnerabili, mentre quando una ragazza ha un'istruzione formale e una famiglia agiata, è più probabile che il matrimonio venga rimandato. Quando le ragazze hanno la possibilità di scegliere, si sposano più tardi (UNFPA, 2012).

Spesso le giovani sposate vengono sottoposte a pressioni perché abbiano una gravidanza il prima possibile, anche se sono bambine loro stesse e ne sappiano poco di sessualità e riproduzione. Una gravidanza che si verifica prima che il corpo della bambina abbia raggiunto la piena maturità, è un rischio per la madre e per il nascituro.

In 146 paesi le leggi nazionali e tradizionali permettono alle minori di 18 anni di sposarsi con il consenso dei genitori o di altre autorità; in 52 paesi, le ragazze possono sposarsi anche prima di compiere 15 anni, sempre con il consenso dei genitori. Di contro, in 180 nazioni, i maschi si possono sposare solo se hanno compiuto 18 anni. La mancanza di uguaglianza di genere nell'età legale per il matrimonio rafforza la norma sociale secondo cui è accettabile che le ragazze si sposino prima dei maschi.

Gli uomini esercitano un potere sproporzionato in quasi tutti gli aspetti della vita, cosa che limita l'esercizio dei diritti di donne e ragazze, negando loro un ruolo paritario all'interno delle famiglie e delle comunità. Le norme di genere inique tendono ad attribuire maggior valore ai ragazzi e agli uomini. In questi contesti, famiglie e comunità spesso non riconoscono i benefici derivanti dall'istruire le figlie e dall'investire nel loro sviluppo.

Per di più, il valore percepito delle ragazze può cambiare al raggiungimento della pubertà. Il matrimonio infantile è spesso visto come una protezione contro il sesso prematrimoniale, e la responsabilità di proteggere la ragazza dalle molestie e dalle violenze sessuali viene trasferita dal padre al marito.

Nelle opinioni della famiglia hanno un ruolo importante anche i requisiti imposti dalla tradizione, come la dote o il prezzo da pagare per la sposa; soprattutto nelle comunità in cui alle famiglie è consentito di versare una dote inferiore per le spose più giovani.

Le famiglie, soprattutto se povere, possono desiderare di garantire un futuro alle figlie in contesti in cui queste hanno poche opportunità di diventare economicamente produttive. A volte le famiglie cercano in questo modo di costruire o di rafforzare delle alleanze, di estinguere dei debiti, di mettere fine a dispute e faide. Cercando di avere anche numerosi nipoti che li sostengano nella vecchiaia. Oppure cercano di sbarazzarsi dell'onere rappresentato da una figlia femmina. In casi estremi, cercano di guadagnare qualcosa vendendo la ragazza.

A volte il matrimonio infantile è visto dalle famiglie come un'alternativa all'istruzione, che secondo loro rischia di rendere la ragazza inadatta ad assumersi le responsabilità di moglie e di madre. Può accadere che condividano le norme sociali e le tradizioni matrimoniali dei loro vicini e della loro comunità, o che intendano ripetere la storia della loro stessa famiglia. Ancora, a volte temono che la ragazza possa recare disonore alla famiglia con un figlio concepito al di fuori del matrimonio o che scelga un marito inadeguato.

Non sempre il matrimonio in età infantile porta immediatamente a rapporti sessuali. In alcune culture, una bambina può anche sposarsi giovanissima ma non andare a vivere col marito per un certo periodo di tempo. Per esempio, in Nepal e in

SE LE BAMBINE PARTORISCONO BAMBINE

Tre anni fa Radhika Thapa ha sposato un ragazzo di 21 anni, lei ne aveva solo 16. Ora aspetta un bambino ed è quasi al termine della gravidanza. Non è la prima volta, ha già avuto due aborti spontanei.

“La prima volta che ho concepito avevo 16 anni, non sapevo molto di come si fanno i bambini, nessuno mi ha spiegato cosa dovevo fare” dice Thapa, mentre serve clienti del negozio di frutta e verdura che gestisce con il marito, nella cittadina di Champi, a circa 12 km da Kathmandu, capitale del Nepal. “Nemmeno la seconda volta ero pronta, ma mio marito voleva un bambino, così ho ceduto” racconta. Dopo il secondo aborto spontaneo, i medici le hanno vivamente consigliato di aspettare qualche anno prima di riprovarci, ma i suoceri l'hanno sottoposta a enormi pressioni minacciando di “trovare un'altra donna per suo marito se lei continuava a perdere i bambini”.

Secondo i dati DHS del 2011, in Nepal il 17% delle adolescenti sposate tra i 15 e i 19 anni sono incinte o già madri. Le statistiche rivelano inoltre che l'86% delle adolescenti sposate non ricorre ad alcuna forma di contraccezione, il che significa che sono pochissime quelle in grado di intervallare le nascite.

“Stiamo parlando di una bambina che partorisce altri bambini” dice Giulia Vallese, rappresentante in Nepal del Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite (UNFPA).

“Quando le bambine restano incinte, la loro istruzione si interrompe e questo si traduce in perdita di opportunità di trovare un lavoro e dunque in povertà” dice Bhogendra Raj Dotel del dipartimento governativo per la pianificazione familiare e la salute riproduttiva degli/delle adolescenti.

Menuka Bista, 35 anni, è una volontaria locale che si occupa della salute delle famiglie a Champi, e assiste circa 55 famiglie del suo territorio. È Bista che aiuta Thapa, per assicurarle una gravidanza sicura. “Radhika [...] sa che deve andare dal medico e mangiare alimenti nutrienti perché il bambino cresca sano, ma non è lei a prendere le decisioni che riguardano il suo corpo: sono suo marito e i suoceri” dice Bista.

Quest'osservazione riecheggia nelle ricerche condotte da diversi esperti: secondo Dotel, mariti e suoceri prendono tutte le decisioni più importanti sulla salute riproduttiva delle donne, dall'ospedale a cui si devono rivolgere, al luogo in cui dovranno partorire. Per queste ragioni, Vallese è convinta che sia importante formare i mariti e i membri della famiglia in materia di salute e di diritti riproduttivi.

—Malika Aryal, *Inter Press Service*

Etiopia la consumazione ritardata del matrimonio è pratica comune tra le spose molto giovani, soprattutto nelle aree rurali.

Sebbene agli occhi della legge o delle usanze tradizionali le spose bambine siano spesso considerate come adulte (molte leggi nazionali prevedono che con il matrimonio la minore sia emancipata, perdendo il diritto alla tutela di cui godono i/le minori), occorre invece dedicarvi particolari attenzioni e aiuti per via dell'altissima vulnerabilità (Comitato per i diritti dell'infanzia, 2003). Rispetto alle donne adulte, le spose bambine sono di solito più soggette a violenze domestiche, infezioni a trasmissione sessuale e gravidanze indesiderate per via degli squilibri di potere all'interno della famiglia, compresi quelli che possono derivare dalla differenza di età (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2013).

Tutte le istituzioni che si occupano di diritti umani condannano i matrimoni infantili. La Dichiarazione universale dei diritti umani, lo strumento fondante di tutti i diritti dell'uomo, dichiara che "il matrimonio potrà essere concluso soltanto

con il pieno e libero consenso dei futuri coniugi". Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali e il Comitato per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne hanno più volte condannato la prassi dei matrimoni precoci. Il Comitato per i diritti umani si è associato ad altri organismi nel raccomandare riforme legali volte a eliminare questa pratica (Center for Reproductive Rights, 2008) e la Convenzione per i diritti dell'infanzia e relativo Comitato, hanno imposto agli Stati firmatari di "adottare misure volte ad abolire le pratiche tradizionali nocive per la salute dei/delle minori".

Genitori

I genitori hanno un ruolo fondamentale, diretto e indiretto, nel determinare il futuro delle figlie adolescenti. In quanto modelli di ruolo, i genitori hanno il potere di rafforzare e di perpetuare le disuguaglianze di genere o, al contrario, di insegnare che ragazzi e ragazze dovrebbero godere degli stessi diritti e delle stesse opportunità. Possono comunicare informazioni sulla sessualità e sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate, oppure possono tenere nascoste informazioni di importanza vitale. Possono attribuire un grande valore all'istruzione dei figli, sia maschi che femmine, oppure condizionare le ragazze inducendole a ritenere che l'unico destino possibile per loro sia sposarsi e avere dei figli. Possono contribuire a sviluppare le competenze e le abilità delle ragazze, incoraggiandole a diventare autonome, oppure cedere alle pressioni economiche e sociali e costringerle al matrimonio e a una vita di dipendenza.

Determinanti a livello individuale

L'adolescenza è un momento cruciale nello sviluppo, segna il passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, un periodo in cui si fissano fondamentali traiettorie individuali, di comportamento, di salute;

▼ *Bambine a scuola nell'area rurale del Rajasthan, in India.*
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



inoltre è un periodo in cui si possono prevenire o migliorare gli schemi comportamentali problematici o nocivi, e si possono potenziare quelli positivi.

Il fondamentale punto di svolta nell'adolescenza è rappresentato dalla pubertà. In media le ragazze entrano nella pubertà tra i 18 e i 24 mesi prima dei maschi, il cui sviluppo fisico è più lento e può proseguire anche fino alla tarda adolescenza. Per le ragazze molti dei cambiamenti associati alle capacità riproduttive degli adulti sono spesso completati prima che maturino appieno le capacità intellettuali e decisionali. La pubertà è l'epoca in cui si rinforzano i ruoli e le aspettative di genere.

In gran parte dell'Europa e dell'America settentrionale, la pubertà femminile si completa di solito tra i 12 e i 13 anni, e in generale nel mondo, la soglia della pubertà continua ad abbassarsi, soprattutto nei paesi a medio ed alto reddito. Oggi non è insolito che in alcuni paesi sviluppati le ragazze entrino nella pubertà anche a otto o nove anni. All'età puberale si associano fattori come l'alimentazione e la situazione sanitaria. Con il migliorare delle condizioni di salute della popolazione, l'età del menarca diminuisce. I ragazzi di solito entrano nella pubertà tra i 14 e i 17 anni.

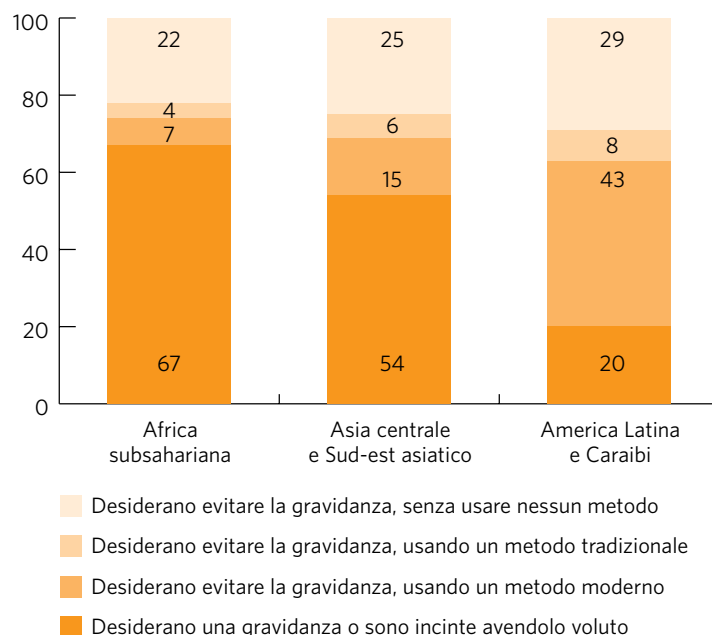
I dati provenienti dai paesi scandinavi, per esempio, dimostrano che l'età media del menarca è scesa dalla fascia 15-17 anni della metà del 1800, a quella attuale di 12-13 anni. Anche i dati raccolti in Gambia, India, Kuwait, Malesia, Messico e Arabia Saudita evidenziano una diminuzione dell'età del menarca. L'età media in Bangladesh è di 15,8, in Senegal è 16,1 mentre in altri Paesi in via di sviluppo avviene uno o due anni prima (Thomas et al., 2001).

Socializzazione e aspettative

Molti studi suggeriscono che alcune ragazze adolescenti possono desiderare un figlio. Secondo una

GRAVIDANZE DESIDERATE E USO DEI CONTRACCETTIVI

La percentuale di adolescenti sposate che sono incinte o vorrebbero esserlo varia moltissimo a seconda delle regioni



Fonte: Guttmacher Institute, 2010.

ricerca, il 67% delle adolescenti sposate dell'Africa sub-sahariana desidera una gravidanza o l'ha già intrapresa volontariamente. (Guttmacher Institute, 2010). Nei contesti in cui la cultura in generale idealizza la maternità, le adolescenti possono vedersi uno strumento per migliorare la propria situazione sociale o per essere considerate adulte. La gravidanza può anche essere percepita dalle ragazze come un modo per sfuggire a famiglie che abusano di loro (Presler-Marshall and Jones, 2012). Aiutare le ragazze a vedersi come qualcosa di più che madri potenziali, e aiutare le comunità locali a fare lo stesso, è di importanza cruciale per ridurre il numero delle gravidanze in età adolescenziale (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Come già osservato da Singh (1998), "dal punto di vista dell'adolescente e della sua famiglia, il

significato e le conseguenze di una gravidanza in età adolescenziale possono variare molto. Possono andare da una visione positiva (la realizzazione del previsto passaggio dall'infanzia all'età adulta conferita dal matrimonio e dalla maternità, comprese le gioie e le ricompense derivanti dall'aver un bambino) a una estremamente negativa (l'assunzione dell'onere di concepire e crescere un bambino prima che la madre sia pronta dal punto di vista emotivo e fisico)".

La maggior parte delle ricerche sulle motivazioni che portano a una gravidanza si sono però concentrate sulle adolescenti che vivono nei paesi maggiormente sviluppati, e spesso riguardano adolescenti provenienti da famiglie a basso reddito o che appartengono a qualche minoranza svantaggiata. Queste ricerche suggeriscono che a volte le ragazze desiderano un/una bambino/a da amare (e che le ami). Spesso sono convinte che questo rafforzerà il vincolo che le lega al partner. Se le coetanee hanno già figli/e, anche loro spesso lo desiderano. A volte vogliono dimostrare di essere sufficientemente mature e responsabili da diventare madri. Se credono di non avere scelta, possono ritenere di non avere niente da perdere e forse da guadagnare (un bambino, un rapporto, una certa condizione sociale).

Uno studio qualitativo svolto a Taung, in Sudafrica (Kanku and Mash, 2010) si basa su ricer-

che svolte su *focus group* di adolescenti incinte, donne che hanno avuto una gravidanza precoce, e adolescenti maschi. Secondo le conclusioni del lavoro, "la maggior parte delle adolescenti percepisce la gravidanza come un evento negativo che comporta ripercussioni quali la disoccupazione, l'abbandono del ragazzo, il senso di colpa indotto dagli amici e dai membri della famiglia, le difficoltà a scuola, le complicazioni legate alla gravidanza o al parto, il rischio di contrarre l'HIV, una condizione di infertilità secondaria in seguito a un aborto procurato, la mancanza di preparazione per la maternità. Tuttavia, un certo numero di giovani vede nella gravidanza anche benefici, e sostiene che potrebbe trattarsi anche di un evento positivo, a seconda delle circostanze". Secondo lo studio, "sono necessari approcci che siano il più sfaccettati e intersettoriali possibile, ed è probabile che le strategie volte a ridurre le gravidanze tra le adolescenti possano incidere anche sull'HIV e su altre infezioni trasmesse per via sessuale".

Capacità evolutive degli/delle adolescenti

Il Comitato per i diritti dell'infanzia nella sua 33ª sessione, nel 2003, ha definito l'adolescenza "un periodo caratterizzato da rapidi cambiamenti fisici, cognitivi e sociali, compresa la maturazione sessuale e riproduttiva; la graduale maturazione della capacità di assumere comportamenti adulti e ruoli che coinvolgono nuove responsabilità e richiedono nuove conoscenze e competenze" (Comitato per i diritti dell'infanzia, 2003).

Con l'adolescenza, sottolinea il Comitato, nascono "nuove sfide per la salute e lo sviluppo a causa della relativa vulnerabilità delle pressioni esercitate dalla società, compresi i coetanei, verso l'adozione di comportamenti rischiosi per la salute. Rientrano in queste sfide lo sviluppo di un'identità individuale e la capacità di gestire la

"Ho deciso di avere un bambino perché volevo sentirmi adulta... Adesso devo cavarmela da sola. Per amore di mio figlio, devo tornare a scuola e avere un'istruzione completa. Adesso so che il mio destino non è quello di cambiare pannolini. Voglio diventare avvocato e cambiare il mondo. Per mio figlio".

Jipara, 17 anni, Kirgizstan

propria sessualità. La transizione verso l'età adulta è inoltre, di solito, un periodo di cambiamenti positivi, sollecitati dalla significativa capacità degli/ delle adolescenti di imparare rapidamente, vivere situazioni nuove e diverse, sviluppare e utilizzare il pensiero critico, familiarizzare con la libertà, essere creativi, socializzare”.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia riconosce le “capacità evolutive” dei/delle minori e la loro acquisizione di una maturità e di una capacità di comprensione, sufficienti a prendere decisioni informate sulle questioni più importanti, compresi i servizi di salute sessuale e riproduttiva. Riconosce inoltre che alcuni/e minori sono più maturi/e di altri (Art. 5; Comitato per i diritti dell'infanzia, 2003; CEDAW, 1999; CRPD, Art. 7) e invita gli Stati a mettere a loro disposizione servizi adeguati, per usufruire dei quali non devono avere bisogno delle autorizzazioni dei genitori o dei tutori (Comitato per i diritti dell'infanzia, 2003; CEDAW, 1999).

Nove anni prima il Programma d'azione della Conferenza del Cairo, che continua a costituire la base del lavoro attuale di UNFPA, già riconosceva le capacità evolutive degli/delle adolescenti ed esortava governi e famiglie a mettere a loro disposizione informazioni e servizi, pur tenendo conto dei diritti e delle responsabilità dei genitori (Programma d'azione, par. 7.45). I 179 governi che hanno sottoscritto il programma d'azione, hanno concordato anche sul fatto che “la risposta delle società alle necessità di salute riproduttiva degli/delle adolescenti dovrebbe basarsi su informazioni che aiutino a raggiungere il livello di maturità necessario per prendere decisioni responsabili. In particolare, bisogna mettere a disposizione informazioni e servizi che possono aiutare a comprendere la sessualità e a proteggersi dalle gravidanze indesiderate... Queste misure dovrebbero combinarsi

“A volte penso che in quegli anni la gravidanza e la maternità mi abbiano reso più forte. Oggi sono più preparata ad affrontare i problemi della vita. Però, dall'altra parte, sono convinta che diventare madre così giovane mi abbia complicato l'esistenza... Non ho affrontato tutti i passaggi della crescita come le mie coetanee. Non ho avuto i vantaggi derivanti dall'essere giovane e non ho avuto le stesse opportunità di avere successo nella vita”.

Zeljka, 27 anni (incinta a 17), Bosnia-Erzegovina

con attività che educino i/le giovani a rispettare l'autodeterminazione delle donne e a condividere responsabilità in materia di sessualità e di riproduzione” (Programma d'azione, par 7.41).

Altri determinanti a livello individuale

I fattori che comportano per le adolescenti maggiori rischi di gravidanza precoce non iniziano con la pubertà; anzi, molti dei fattori di rischio hanno origine durante l'infanzia o nelle generazioni precedenti. Nei paesi ad alto reddito, per esempio, le ragazze che rimangono incinte molto presto sono, con ogni probabilità, molto più delle loro coetanee non incinte, figlie di madri che a loro volta hanno avuto una gravidanza precoce. Un'altra influenza importante è quella dell'alimentazione materna, che incide sul peso alla nascita e può avere conseguenze per tutta la vita. Nel 1995 il fisico ricercatore David Barker ha ipotizzato che i neonati con un basso peso alla nascita (come accade spesso nei figli delle adolescenti più povere) corrono da adulti un rischio significativamente maggiore della media di contrarre una serie di patologie infettive (Barker, 1995).

Bambine tra i 10 e i 14 anni: vulnerabilità specifiche

Le adolescenti giovanissime, nella fascia di età tra i 10 e i 14 anni, sono sottoposte a forti cambiamenti sul piano fisico, emotivo, sociale e intellettuale. In questo periodo molte entrano nella pubertà, hanno le prime esperienze sessuali e possono essere già costrette a sposarsi.

La pubertà che comporta cambiamenti fisici, cambiamenti fisici sostanziali, ma anche fattori di vulnerabilità, sia per i maschi ma soprattutto per le femmine. Nelle femmine inizia, in media, due anni prima che nei ragazzi. Questo fatto, unito a norme di genere estremamente restrittive e a possibilità economiche limitate, spesso fa sì che molte ragazze abbiano, come unico bene di proprietà su cui contare, i loro corpi. Questo bene può essere sfruttato in relazioni sessuali non consensuali, non protette e precoci; può portare le ragazze a matrimoni che violano i loro diritti e vanno contro il loro volere, con l'aspettativa che possano avere dei figli il più presto possibile.

Per la maggior parte dei minori l'inizio dell'adolescenza può essere un periodo di vulnerabilità per via della transizione rapida verso nuovi ruoli e responsabilità, come quella di prendersi cura di altri membri della famiglia, o diventare lavoratori, coniugi e genitori. In molti paesi l'impatto dell'HIV, della povertà e dei conflitti politici e sociali sulle famiglie e sulle comunità ha contribuito all'erosione delle reti di sicurezza tradizionali, incrementando la vulnerabilità degli adolescenti giovanissimi (UNFPA e Population Council).

Se i/le minori in questa fase non vivono con i genitori e non vanno a scuola, ci sono buone possibilità che non ricevano il necessario sostegno familiare o dei coetanei per affrontare le difficoltà che si presentano e che non abbiano le adeguate opportunità di sviluppare il loro potenziale diventando membri produttivi della società. In taluni ambienti, le adolescenti giovanissime già lavorano come domestiche, migrano dalle comunità rurali in cerca di lavoro e di istruzione o scappano da un matrimonio forzato. Altre possono essere già spose bambine e convivere con il marito e spesso con la sua famiglia. Queste ragazze sono tra quelle che hanno minori probabilità di rivolgersi ai servizi sociali per ricevere aiuto: perciò è necessario adottare una serie di misure proattive volte a ridurre quanto più possibile la vulnerabilità allo sfruttamento.

I dati DHS raccolti in 26 paesi dell'Africa subsahariana dimostrano che il 41% delle ragazze nella fascia di età 10-14 anni non vive con nessuno dei due genitori, anche se alcune di loro vivono con altri parenti. Una percentuale minore di ragazze della stessa età non vive coi genitori in America

*"Quando è iniziato il travaglio hanno fatto venire la levatrice tradizionale, la *daya*, che non ha dato importanza né alle dimensioni né alla posizione del feto. Ho sofferto per tutto il giorno attaccandomi alla corda, finché non mi è rimasta alcuna energia. Ho creduto di morire. Poi mi hanno portato all'ospedale, che era a più di due ore di distanza. Appena sono arrivata ho perso conoscenza. Quando mi sono svegliata mi hanno detto che il bambino era morto".*

Awatif, 33 anni, incinta a 14, Sudan

Latina e nei Paesi caraibici. Le percentuali più basse si riscontrano in Asia (Organizzazione mondiale della sanità, 2011b).

Le giovani che non vivono con uno o con entrambi i genitori corrono un rischio più elevato di partecipare a lavori illegali e pericolosi. Si calcola che in Africa sub-sahariana il 30% delle ragazze tra i 10 e i 14 anni già lavorino, rispetto al 26% e 27%, rispettivamente, dell'Asia e delle regioni del Pacifico, e al 17% e 5%, rispettivamente, dell'America Latina e dei Paesi caraibici (Organizzazione mondiale della sanità, 2011 B).

L'educazione alla sessualità migliore viene data all'interno delle materie curricolari scolastiche. Ma non tutti le adolescenti frequentano la scuola e vi restano fino a quando iniziano ad avere rapporti sessuali. Le ragazze costrette al matrimonio tra i 10 e i 14 anni che non frequentano la scuola non hanno praticamente alcuna possibilità di accedere a forme di educazione alla sessualità, il che non fa che incrementare la loro vulnerabilità alla gravidanza.

Conclusioni

I determinanti delle gravidanze adolescenziali sono complessi, multidirezionali, multidimensionali e variano in modo significativo da una regione all'altra, da una nazione all'altra a seconda dei gruppi di età e di reddito, tra le varie famiglie e comunità locali.

Le pressioni esercitate a più livelli non favoriscono le giovanissime, spingendole verso gravidanze volute o meno. Le leggi nazionali possono impedire alle ragazze l'uso della contraccezione. Le norme sociali e gli atteggiamenti spesso vietano l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva o sono troppo indulgenti nei riguardi delle vio-

" Avevo 14 anni e andavo alle superiori quando mi hanno detto che dovevo lasciare la scuola perché la mia famiglia non aveva i soldi per la retta. Mia madre mandava me e mia sorella al mercato a chiedere la carità, qualcosa da portare a casa, da mangiare. Un giorno abbiamo chiesto dei soldi a due signori, che hanno dato a mia sorella 2000 franchi congolese (circa due dollari) per comprare del cibo. Quando si è allontanata, mi hanno portato in un locale e mi hanno comprato una bibita, ma dentro ci hanno messo qualche cosa che mi ha fatto dormire. Mi sono risvegliata in un ospedale dove le infermiere mi hanno detto che ero stata stuprata. E sono rimasta incinta".

Chada, 16 anni, Repubblica Democratica del Congo

lenze perpetrate. I familiari a volte costringono le ragazze al matrimonio senza nessuna possibilità di diniego alla richiesta di avere dei figli. Spesso le scuole non offrono alcuna educazione alla sessualità, perciò le ragazze devono basarsi sulle informazioni (spesso poco accurate) che ricevono dalle coetanee sulla sessualità, gravidanza e contraccettivi. Il partner spesso si rifiuta di usare il preservativo e proibisce qualsiasi forma di contraccezione. A volte il menarca viene percepito erroneamente, dalla famiglia o da un marito più anziano, come il segnale che la ragazza è pronta a intraprendere una gravidanza. Per quanto la ragazza possa desiderare di rivendicare la propria condizione infantile, di andare a scuola e di realizzare appieno il proprio potenziale, non è in grado di resistere alle forze coalizzate contro di lei.





4

Tempo di agire

Gli interventi multidimensionali che mirano a sviluppare il capitale umano delle ragazze, che si concentrano sulla loro capacità di prendere decisioni informate sulla salute riproduttiva e sulla sessualità, che promuovono l'uguaglianza di genere e il rispetto per i diritti umani hanno prodotto un impatto documentabile sulla prevenzione delle gravidanze.

◀ *Giovani operatori tra pari del programma per teenager AMNLAE, in Nicaragua.*

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

La salute sessuale e riproduttiva e il pieno godimento dei diritti rivestono un'importanza fondamentale per l'ingresso degli/delle adolescenti nell'età adulta e sono vitali per la loro identità, salute, benessere e crescita personale, nonché per lo sviluppo e la realizzazione del loro potenziale.

Adolescenti attivi, impegnati, istruiti, sani, informati e produttivi possono portare un contributo fondamentale per spezzare il circolo vizioso della povertà multigenerazionale e contribuire a rendere più forti le loro comunità e le nazioni. Quei paesi che hanno una larga fetta di popolazione composta da adolescenti o da giovani hanno l'occasione di raccogliere un sostanzioso bonus demografico per migliorare le economie nazionali, lo sviluppo, la resilienza e la produttività. Per far questo però occorre investire nel capitale umano giovanile ed ampliare la gamma di scelte e di opportunità a loro disposizione. Ma molti ragazzi, e in particolar modo le adolescenti, si vedono negare investimenti e opportunità che consentirebbero loro di realizzarsi pienamente. Per esempio, il 26% delle giovani in tutto il mondo e il 17% tra i 10 e i 15 anni non frequentano la scuola.

Le gravidanze precoci sono il sintomo di investimenti insufficienti nel capitale umano delle ragazze, delle pressioni esercitate dalla società e delle ingiustizie strutturali che impediscono loro di decidere in modo autonomo in materia di salute, di comportamenti sessuali, di rapporti, di matrimonio e di figli, incidendo sul loro futuro: ovvero se avranno o meno la possibilità di sfruttare ogni opportunità di istruzione, occupazione e partecipazione politica (UNFPA, 2012d).

Per evitare le gravidanze precoci è dunque necessario smantellare le tante barriere che impediscono alle adolescenti di realizzare il loro pieno potenziale e di godere dei loro diritti. Favorire un passaggio sicuro e felice verso l'età adulta implica

"Penso che sia decisamente troppo presto per me avere un figlio, considerato tutto il tempo e l'amore di cui un figlio ha bisogno".

Anders, 17 anni, Danimarca

che si coinvolgano le ragazze – ma anche i ragazzi – nei processi decisionali, dal livello individuale fino a quello della politica nazionale, consentendogli di acquisire le competenze e le capacità necessarie a dar voce alle loro opinioni e priorità. Le azioni per sostenere il passaggio dall'adolescenza all'età adulta sono le stesse che possono ridurre il numero delle gravidanze tra le giovanissime.

Poiché le gravidanze delle adolescenti sono la conseguenza di molti fattori sociali, economici e di altra natura, per prevenirle è necessario adottare strategie multidimensionali orientate all'*empowerment* delle ragazze e modellate sulle esigenze di specifiche popolazioni femminili, specie quelle più emarginate e vulnerabili.

Per affrontare il problema delle gravidanze non desiderate dalle adolescenti occorre adottare approcci olistici. Le difficoltà sono ingenti e complesse: nessun singolo settore e nessuna organizzazione da sola può pensare di affrontarle e risolverle. Soltanto lavorando in collaborazione, in modo intersettoriale e con la partecipazione delle adolescenti stesse, sarà possibile eliminare gli ostacoli al loro progresso.

Investire sulle ragazze

Molte delle misure adottate da governi e società civile che sono riuscite a far diminuire la fecondità tra le adolescenti si prefiggevano obiettivi diversi, come prolungare la frequenza scolastica delle ragazze, prevenire l'infezione da HIV, mettere fine ai matrimoni infantili. Tutte queste misure hanno

contribuito, in un modo o nell'altro, allo sviluppo del capitale umano delle adolescenti. Dandogli informazioni e competenze, gli è stata data la possibilità di prendere decisioni che le riguardano e che sostengono e tutelano i diritti umani .

Effetti protettivi dell'istruzione

Nel 2006, Duflo e i suoi collaboratori hanno studiato l'impatto di tre interventi di prevenzione dell'HIV in Kenia che si basavano sull'istruzione scolastica: formazione curriculare degli insegnanti sulla base dei protocolli educativi del governo in materia di HIV/AIDS; incoraggiamento agli studenti perché discutessero il ruolo dei preservativi e scrivessero componimenti sul modo migliore per proteggersi da HIV/AIDS; misure intese a ridurre le spese sostenute dalle famiglie per l'istruzione. La ricerca riguardava 70.000 studenti di 328 scuole primarie e voleva osservare l'efficacia di quegli interventi sulla fecondità delle giovanissime, che gli autori consideravano un dato surrogato dei comportamenti a rischio che possono portare a una gravidanza. Dopo due anni, lo studio ha messo in luce come il programma di formazione dei docenti abbia sortito un impatto minimo sulle conoscenze degli alunni, sulla loro attività sessuale o sull'uso dei preservativi. I dibattiti e i temi scritti sul preservativo hanno prodotto un miglioramento della conoscenza pratica e del loro uso, secondo quanto detto dai/dalle ragazzi/e, ma non hanno prodotto alcun dato concreto in relazione alla gravidanza e alla fecondità. Tuttavia, la riduzione dei costi dell'istruzione mediante le divise fornite gratuitamente agli studenti della sesta classe (prima media) ha portato a un calo dei tassi di abbandono scolastico e della fecondità adolescenziale.

Il Kenia ha abolito le rette scolastiche nel 2003. Da allora il principale ostacolo economico nell'accesso all'educazione primaria è quello della spesa per le divise, che costano circa sei dollari l'una. Tra le

ragazze che hanno ricevuto le divise gratuitamente, il tasso di abbandono è diminuito del 15%. Questa diminuzione si è tradotta in un calo del 10% delle nascite tra le adolescenti. Ridurre le spese per l'istruzione ha dunque aiutato le ragazze a rimanere a scuola più lungo e al contempo ha diminuito le probabilità di sposarsi e di avere dei figli troppo presto.

Nel corso di una successiva ricerca svolta sempre in Kenia, Duflo e i suoi collaboratori (2011) hanno osservato che già solo fornire gratuitamente le divise scolastiche bastava a produrre un aumento delle iscrizioni, una riduzione degli abbandoni del 18%, un calo del 17% nel numero delle gravidanze. "I bambini e le bambine già iscritti alla sesta classe ricevevano una uniforme gratuita. I responsabili dell'iniziativa hanno poi annunciato che gli alunni che si fossero iscritti anche per l'anno successivo avrebbero ricevuto una seconda divisa, e che le uniformi sarebbero state distribuite anche l'anno dopo" (Duflo et al., 2011). La riduzione nel numero delle gravidanze si è verificata "interamente attraverso la riduzione di queste all'interno del matrimonio" poiché "non c'è stato alcun cambiamento nel tasso di gravidanze extraconiugali". Questo ci fa ipotizzare che la forza di tutela dell'istruzione consi-

▼ Studentesse di un collegio di Nyamuswa, in Tanzania.

© Mark Tuschman/
Project Zawadi



ste nella sua capacità di ridurre i tassi di matrimoni infantili, il che a sua volta contribuisce a ridurre le gravidanze tra le adolescenti. Duflo e i suoi collaboratori ne hanno concluso che “dare alle ragazze... l'opportunità di andare a scuola se lo desiderano è un sistema estremamente efficace (e poco costoso) per ridurre la fecondità tra le adolescenti”.

Le ragazze traggono molti benefici, immediati e a lungo termine, dall'istruzione che durante l'adolescenza è un primo passo indispensabile per superare una condizione di svantaggio nella società civile e negli impieghi retribuiti (Lloyd, 2009). Migliorare la qualità e l'efficacia dell'istruzione può servire a potenziare l'*empowerment* delle ragazze e a prepararle a ruoli nell'età adulta, che vadano oltre quelli tradizionali di casalinga, madre, sposa. Questi benefici non vanno solo a vantaggio delle ragazze, ma anche delle loro famiglie e delle loro comunità. Frequentare la scuola insieme ai compagni maschi durante l'adolescenza favorisce una maggiore uguaglianza di genere nella vita quotidiana. L'istruzione aiuta le ragazze a evitare gravidanze precoci e a scendere il rischio che contraggano HIV/AIDS.

Se l'educazione primaria è un'esigenza fondamentale per tutti, quella secondaria offre maggiori prospettive di trovare un impiego retribuito e le ragazze possono trarre sul posto di lavoro benefici maggiori rispetto ai coetanei maschi, se entrambi riescono a completare la scuola secondaria.

Gupta e i suoi collaboratori (2008) osservano che “l'istruzione continua a essere il singolo indicatore più affidabile nelle previsioni sull'età media del matrimonio nel corso del tempo”. L'istruzione scolastica ha un ruolo di protezione, le ragazze sono “viste come bambine e non come pronte al matrimonio” (Marcus and Page, 2013). Secondo una ricerca svolta in Kenia (Duflo et al., 2011) “una volta lasciata la scuola, l'attività sessuale e il matrimonio sono dietro l'angolo”.

Decenni di ricerche hanno dimostrato che educazione e scolarizzazione sono fattori chiave per ridurre il rischio di una vita sessuale, gravidanze e parti troppo precoci, ma anche per incrementare la percentuale di adolescenti che utilizzano i preservativi o altre forme di contraccezione, se sessualmente attivi (Blum, 2004).

Per prolungare la frequenza scolastica delle ragazze, i versamenti condizionati di denaro, si sono dimostrati efficaci nel proteggerle dalle gravidanze. Questi sono effettuati a cadenza regolare, mensile o bimestrale, e vincolati a utilizzi specifici da parte delle famiglie: servono a usufruire di servizi di base come la scuola, l'assistenza sanitaria, i servizi di salute sessuale e riproduttiva, le attività di sensibilizzazione o di formazione.

Il Malawi per esempio ha organizzato un programma pilota di versamenti condizionati di denaro per incoraggiare le ragazze del distretto di Zomba a continuare a frequentare la scuola o incoraggiare il rientro di quelle che l'avevano abbandonata di recente. Il distretto di Zomba ha un alto tasso di abbandoni scolastici, una bassa percentuale di successi educativi, e i tassi più alti del paese per quanto riguarda la diffusione dell'HIV tra le donne nella fascia di età 15-49 anni. Attraverso questo programma le famiglie hanno ricevuto versamenti mensili di \$ 10, l'equivalente del 15% circa del reddito familiare medio nella zona. Circa il 70% dei versamenti andavano ai genitori, mentre il restante 30% era gestito direttamente dalla ragazza. Inoltre il programma pagava direttamente alla scuola, all'atto dell'iscrizione, la retta per le ragazze che frequentavano gli istituti secondari. Le famiglie ricevevano i versamenti solo se nel mese precedente le presenze scolastiche delle ragazze equivalevano come minimo al 75% dei giorni di scuola (Baird et al., 2009). Ad alcune ragazze scelte a caso venivano assegnati versamenti non condizionati: nessuna

condizione, soltanto soldi. Ciò si è rivelato più efficace per ridurre la diffusione dei matrimoni e dei parti in età infantile (Baird et al., 2011).

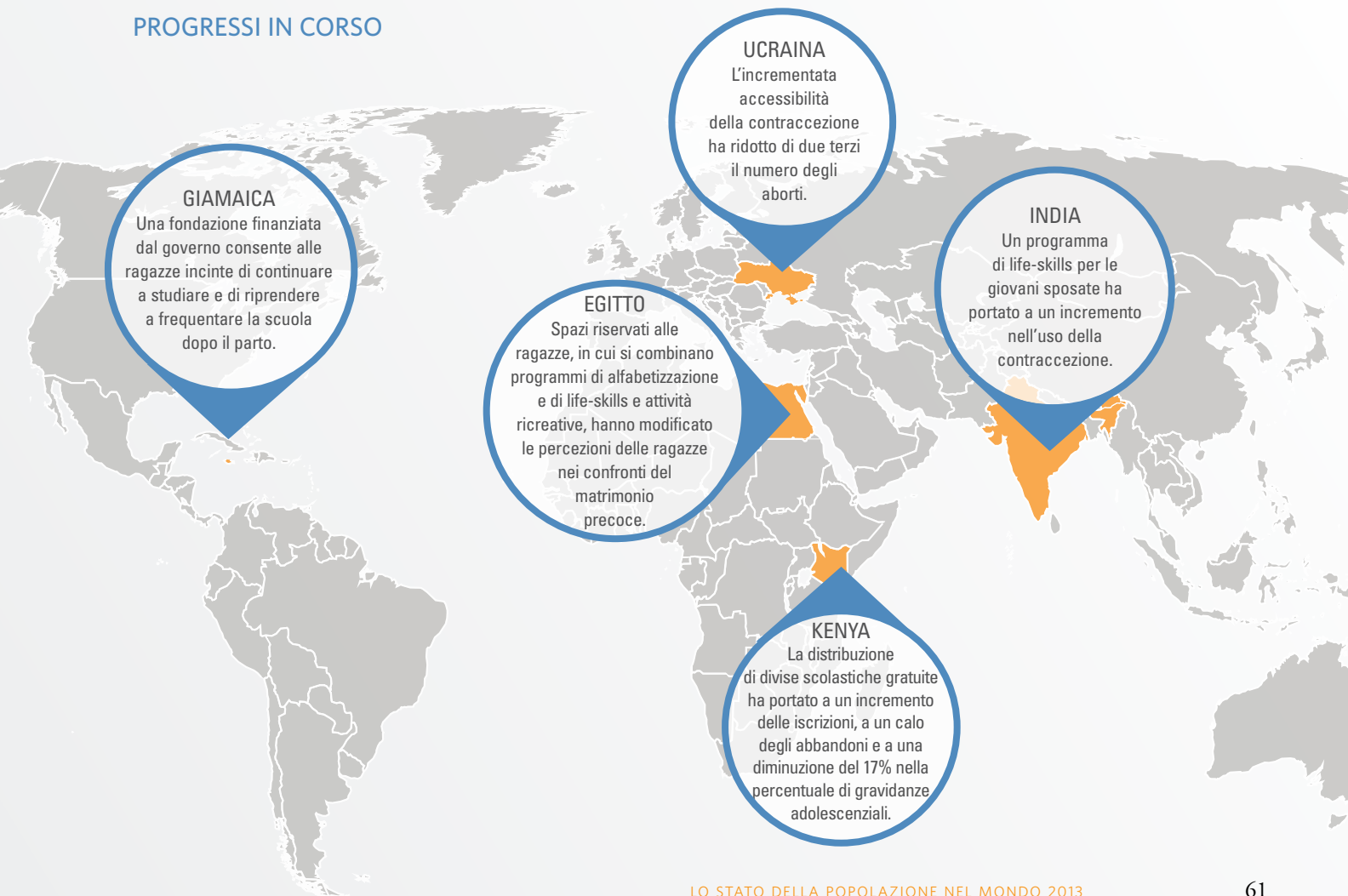
Tra le ragazze che avevano abbandonato gli studi, più di tre su cinque sono tornate a scuola grazie ai versamenti condizionati. Inoltre il 93% delle ragazze che non avevano interrotto gli studi in precedenza e che avevano partecipato al programma frequentava ancora la scuola alla fine dell'anno scolastico, a fronte dell'89% registrato tra le ragazze non coinvolte nel programma e che non avevano abbandonato in precedenza.

Baird e i suoi collaboratori (2009) hanno inoltre osservato che l'iniziativa probabilmente ha inciso anche sui comportamenti sessuali e ipotizzano

che “le bambine e le giovani donne che tornavano a scuola o che continuavano a frequentarla rinviavano in misura significativa l'inizio dell'attività sessuale o, per quelle già sessualmente attive, ne riducevano la frequenza. Il programma ha provocato inoltre un differimento del matrimonio – la principale alternativa alla scuola per le ragazze del Malawi – e ha fatto scendere la probabilità che restassero incinte”. Per le ragazze che non frequentavano la scuola al momento dell'avvio del programma, la probabilità di sposarsi e di rimanere incinte è diminuita, rispettivamente, del 40% e del 30%.

Secondo un rapporto del 2012, *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*, “le prove in favore dell'efficacia dei

PROGRESSI IN CORSO



versamenti condizionati di denaro sono relativamente solide, in confronto ad altri interventi”. Certamente è la prova dell’impatto esercitato da questi versamenti sull’istruzione. Un’analisi recente condotta sui versamenti di denaro nei Paesi in via di sviluppo evidenzia che producono in media un incremento del 12% nella frequenza secondaria (Saavedra and Garcia, 2012).

Potenziare le conoscenze e costruire le competenze

Un programma avviato in Zimbabwe per prevenire le infezioni da HIV tra i/le giovani ha prodotto il risultato, involontario ma graditissimo, di ridurre le gravidanze tra le adolescenti (Cowan et al., 2010). All’interno di 30 comunità locali in sette diverse province della regione sudorientale del paese, un gruppo di educatori professionisti ha lavorato con i giovani, studenti e non, per sviluppare le loro conoscenze e competenze professionali. Allo stesso tempo, i programmi a livello locale miravano a migliorare le conoscenze e le informazioni tra i genitori e tra gli altri agenti interessati in materia di salute riproduttiva, approfondire la comunicazione tra genitori e figli e costruire un ambiente favorevole per la salute riproduttiva delle adolescenti. Il programma prevedeva anche la formazione professionale delle infermiere e di altro personale degli ospedali delle zone rurali, con lo scopo di migliorare l’accessibilità e la disponibilità per giovani dei servizi per la salute. Al termine del programma è stata svolta un’indagine tra 4648 giovani di età compresa tra i 18 e i 22 anni: i livelli di conoscenze erano un po’ migliorati, ma non avevano sortito alcun impatto sui comportamenti sessuali dichiarati. Tuttavia, rispetto alle ragazze del gruppo di controllo, quelle che avevano partecipato al programma riferivano con minor frequenza di essere rimaste incinte.

Il programma *Empowerment and Livelihood for Adolescents* attuato in Uganda mirava a prevenire la diffusione dell’HIV tra le adolescenti e anche a favorire il loro ingresso nel mondo del lavoro. Tramite questo programma, realizzato dall’organizzazione non governativa BRAC, le ragazze di 50 comunità locali hanno seguito attività di formazione di *life skills* per migliorare le loro conoscenze e potenziare le capacità di negoziazione per ridurre i comportamenti a rischio, nonché corsi di formazione professionale per aiutarle ad avviare piccole imprese commerciali. Dopo due anni, il tasso medio di fecondità tra le ragazze che avevano partecipato al programma era di tre punti percentuali più basso rispetto a quelle non coinvolte dal programma, il che si traduce in una riduzione intorno al 28,6%. La percentuale di ragazze che intraprendevano attività redditizie è salita del 35% (Bandiera et al., 2012).

In Guatemala, le ragazze maya rappresentano il gruppo più svantaggiato della popolazione: scarsa istruzione, gravidanze frequenti, isolamento sociale e povertà cronica. Molte si sposano ancora bambine (Catino et al., 2011). Il Population Council e altri gruppi hanno lanciato nel 2004 un progetto inteso a rafforzare le reti di supporto per la fascia di età 8-18 anni delle zone rurali, per aiutarle a superare con successo l’età di passaggio dell’adolescenza. Il progetto *Abriendo Oportunidades* ha dato vita a circoli locali riservati alle ragazze e a spazi dove potessero incontrarsi in sicurezza, acquisire competenze pratiche e di leadership e costruire network sociali. In seguito a questa iniziativa, il 100% delle partecipanti ha completato la scuola fino alla sesta classe, a fronte di una percentuale nazionale dell’81,5% per la popolazione femminile. Al termine dei due anni di sperimentazione, il 72% delle ragazze coinvolte dal programma frequentava ancora la scuola, a fronte di un 53% di tutte le ragazze native nel resto del paese. Uno studio valutativo ha dimostrato che il 97% delle partecipan-

ti non ha avuto figli, rispetto alla media nazionale che è del 78,2% nella fascia di età 15-19 (Segeplan, 2010). Da allora il programma è stato esteso ad oltre 40 comunità e ha raggiunto più di 3500 ragazze. Oggi offre servizi separati per le ragazze tra gli otto e i 12 anni e quelle di 13-18, così ciascun gruppo di età può usufruire di servizi specifici.

In molti Paesi in via di sviluppo le gravidanze precoci si verificano soprattutto all'interno dei matrimoni infantili. L'età minima legale per sposarsi senza consenso dei genitori è di diciott'anni in 158 nazioni (UNFPA, 2012). Ma in 146 paesi del mondo le leggi dello Stato o quelle della tradizione consentono di sposarsi anche alle ragazze con meno di 18 anni, purché abbiano il consenso dei genitori o di altre autorità; in 52 paesi le ragazze possono sposarsi, con il consenso dei genitori, anche prima di compiere 15 anni.

Le leggi sono importanti, ma spesso non sono rispettate. Un recente documento di UNICEF per esempio ha riferito che in India, dove il 47% delle ragazze si sposa prima di compiere diciott'anni, solo 11 persone sono state condannate nel 2010 per aver promosso matrimoni infantili malgrado la legge lo proibisca (UNICEF, 2011a).

A causa delle difficoltà nell'attuare e nel far rispettare le leggi, alcuni governi hanno intrapreso altre misure per emancipare le ragazze più a rischio di contrarre matrimoni infantili; per esempio con corsi di *life-skills* o "competenze pratiche", mettendo a disposizione delle ragazze spazi sicuri in cui incontrarsi a parlare del loro futuro, fornendo loro informazioni sulle scelte che possono fare, sviluppando network di sostegno. Questi interventi cercano di dotare le ragazze delle conoscenze e delle competenze necessarie nei settori più importanti per la loro vita, come la salute sessuale e riproduttiva, l'alimentazione, i diritti che la legge garantisce loro. L'*empowerment* delle ragazze si realizza

quando hanno la possibilità di apprendere quelle competenze che possono aiutarle a trovare un lavoro con cui mantenersi, a comunicare meglio, a negoziare e a prendere le decisioni che incidono direttamente sulla loro vita. Gli spazi sicuri riservati e il sostegno che offrono alle ragazze le aiutano a superare l'isolamento sociale, a interagire con i loro pari e con i loro superiori, a valutare le alternative al matrimonio (UNFPA, 2012).

Un'iniziativa di questo tipo è quella di *Berhane Hewan*, un programma biennale avviato in Etiopia nel 2004. *Berhane Hewan* è stato lanciato per proteggere le ragazze dai matrimoni forzati e per aiutare quelle già sposate mediante la costituzione di gruppi guidati da donne adulte che fungono da mentori. Il programma forniva incentivi economici e di altro genere per favorire la permanenza a scuola delle ragazze, anche sotto forma di educazione non formale come corsi di alfabetizzazione e di matematica elementare per le ragazze che non frequentavano la scuola; cercava anche di coinvolgere le comunità locali nella discussione di questioni essenziali come i matrimoni precoci (Erulkar, A. S., and Muthengi, E., 2009). Si calcola che in Etiopia il 41% delle donne tra i 20 e i 24 anni riferisce di essersi sposata prima di compierne 18 (UNFPA, 2012).

▼ Classe di life-skills in Etiopia.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global





© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Attraverso questo programma, gruppi di pari, comunità e singoli si sono felicemente trovati a collaborare per migliorare la condizione sociale, educativa e di salute delle ragazze più vulnerabili (Bruce et al., 2012). Il programma abbinava educazione e coinvolgimento della comunità locale con una serie di incentivi economici. Alle partecipanti venivano fornite attrezzature scolastiche per un valore di circa \$6 l'anno, più una pecora o una capra del valore di circa \$ 25 al completamento del programma biennale. Il programma ha coinvolto oltre 12.000 ragazze nella regione di Amhara, che presenta la più alta incidenza di matrimoni infantili di tutto il paese. Le ragazze che hanno partecipato al programma, soprattutto quelle nella fascia di età 10 -14 anni, continuavano più spesso a frequentare la scuola e si sposavano più raramente delle loro omologhe che non partecipavano al programma.

In India Pathfinder International ha realizzato un programma governativo, *Prachar* (“Promuovere”), inteso a modificare i comportamenti con lo scopo di differire i matrimoni e di promuovere una scelta più sana riguardo al momento e all’intervallo delle gravidanze tra le adolescenti e le giovani coppie del Bihar. Il Bihar è lo stato indiano con la più alta percentuale di matrimoni infantili (63%) e la quota più elevata (25%) di ragazze tra i 15 e i 19

anni che hanno già avuto almeno una gravidanza (Pathfinder International, 2011).

Il programma *Prachar* prevedeva una formazione specifica per fasce di età in materia di salute sessuale e riproduttiva rivolta alle ragazze tra i 12 e i 19 anni e ai ragazzi tra i 15 e i 19. Le donne “agenti del cambiamento” andavano a trovare a casa le giovani donne sposate, mentre i loro colleghi uomini andavano a trovare i ragazzi. Genitori e suocere venivano coinvolti nelle assemblee della comunità; le suocere partecipavano anche alle visite a casa. Le giovani coppie erano invitate alle “cerimonie di accoglienza per giovani sposi” che offrivano informazioni, educazione e intrattenimento mirati a migliorare le conoscenze in materia di sesso e di salute sessuale e riproduttiva, a costruire competenze pratiche e a promuovere la comunicazione all’interno delle coppie e la partecipazione congiunta ai processi decisionali.

Al termine della prima fase del programma, le giovani sposate avevano quattro volte più probabilità di ricorrere alla contraccezione rispetto alle giovani sposate che non partecipavano al programma. Le partecipanti inoltre avevano il 44% di probabilità in meno di sposarsi e il 39% di probabilità in meno di avere un figlio rispetto alle ragazze della zona non interessata dal programma.

In Egitto, il programma *Ishraq* è iniziato nel 2001 con l’obiettivo di cambiare la vita delle ragazze modificando le norme di genere e le percezioni della comunità circa il loro ruolo nella società, nonché di aiutarle a ottenere la fiducia e la sicurezza in se stesse, necessarie per partecipare attivamente alla vita pubblica. Il programma ha creato spazi specificamente rivolti a loro all’interno delle comunità locali, dove le ragazze erano libere di incontrarsi, di imparare e di giocare; ha avviato corsi di alfabetizzazione e di formazione pratica e attività sportive (Brady et al., 2007). Benché il monitoraggio del programma non intendesse affron-

tare il problema delle gravidanze precoci, ha però affrontato una serie di fattori che sono associati ai matrimoni infantili e alle gravidanze precoci. Nello specifico, è migliorata l'alfabetizzazione (di tutte le ragazze interessate dal programma che hanno sostenuto l'esame statale di alfabetizzazione, il 92% è stato promosso) e la frequenza scolastica (quasi il 70% delle partecipanti al programma si è iscritta o re-iscritta a scuola). A programma concluso, le partecipanti hanno espresso il desiderio di sposarsi più tardi. Inoltre, la partecipazione è stata associata all'aumento di fiducia in sé: il 65% delle ragazze ha dichiarato di sentirsi "più forte e in grado di affrontare qualsiasi problema".

Anche l'attuazione di programmi prolungati che riguardino a più livelli l'ambito della salute sessuale e riproduttiva può contribuire alla prevenzione delle gravidanze precoci. I Paesi Bassi sono un esempio di paese industrializzato che ha raggiunto livelli bassissimi di gravidanze e di aborti tra le minori, grazie a un approccio pragmatico e completo alla pianificazione familiare, specialmente rivolta ai giovani. Il risultato è uno dei tassi di abortività tra i più bassi del mondo (UNFPA, 2013d). Dal 1971 la pianificazione familiare è stata inserita nel sistema sanitario nazionale e prevede la fornitura gratuita di contraccettivi. L'educazione alla sessualità è universale e completa, e l'*empowerment* delle ragazze è tra i migliori del mondo. Tra i giovani sessualmente attivi si riscontra uno dei più alti tassi di uso di contraccettivi nella popolazione giovanile, e di conseguenza il tasso di abortività nazionale è uno dei più bassi del pianeta (Ketting and Visser, 1994; Sedgh et al., 2007).

L'educazione alla sessualità completa e adeguata all'età è un diritto

Un'educazione alla sessualità che sia completa e inserita tra le materie curriculari scolastiche fornisce

ai ragazzi un'informazione adeguata all'età, culturalmente pertinente e scientificamente accurata. Offre inoltre ai ragazzi opportunità strutturate di analizzare atteggiamenti e valori e di esercitare competenze che saranno loro necessarie al momento di prendere decisioni informate sulla loro vita sessuale.

Adolescenti e giovani hanno il diritto a ricevere un'educazione alla sessualità completa e non discriminatoria, diritto garantito da numerosi accordi e documenti in materia di diritti umani, compresa la Convenzione sui diritti dell'infanzia, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali; il Patto internazionale sui diritti civili e politici; la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne; la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità. L'educazione sessuale completa è essenziale per la realizzazione di altri diritti umani (UNFPA, 2010).

In base al rapporto su 87 programmi di educazione sessuale, 29 dei quali realizzati nei Paesi in via di sviluppo, l'Unesco (2009) ha osservato che quasi tutti questi programmi avevano portato a un incremento delle conoscenze. Due terzi avevano avuto un'influenza positiva sul comportamento: molti adolescenti avevano differito l'inizio dell'attività sessuale, ridotto la frequenza dei rapporti e il numero dei partner, incrementato l'uso dei preservativi e dei contraccettivi, ridotto i rapporti sessuali a rischio. Oltre un quarto dei programmi analizzati aveva migliorato due o più di questi comportamenti.

Un'altra analisi concludeva: "abbiamo ormai la prova evidente che i programmi di educazione alla sessualità possono aiutare i giovani a differire l'inizio dell'attività sessuale e migliorare l'uso dei contraccettivi quando incominciano ad avere rapporti. Le ricerche più recenti inoltre forniscono prove in favore di programmi che vadano oltre la semplice riduzione dell'attività sessuale – cioè, in particolare,

le gravidanze non volute e le infezioni trasmesse per via sessuale – per affrontare invece la salute sessuale e il benessere dei/delle giovani secondo un approccio più olistico” (Boonstra, 2011).

Gli approcci all’educazione alla sessualità sono sostanzialmente due: promuovere l’astinenza oppure fornire programmi completi e adeguati all’età. Due ampi rapporti (Oxford, 2007; Kirby, 2008) hanno messo in luce che i programmi che si preoccupano soltanto di incoraggiare all’astinenza non sortiscono alcun effetto nell’interrompere o nel differire l’inizio dell’attività sessuale. Un’educazione completa alla sessualità “insegna che l’astinenza è il metodo migliore per evitare le malattie a trasmissione sessuale e le gravidanze non desiderate, ma spiega anche come preservativi e contraccezione riducono il rischio delle gravidanze non volute e dei contagi da malattie, compreso l’HIV. Insegna inoltre a sviluppare competenze interpersonali e di comunicazione e aiuta i giovani ad analizzare valori, obiettivi e possibilità di scelta” (Advocates for Youth, 2001).

Studiando i programmi di educazione completa, l’Unesco ha fatto notare che “quasi tutti i programmi hanno portato a un aumento delle conoscenze, e due terzi hanno prodotto impatti positivi sul comportamento...” come il differimento dell’inizio dell’attività sessuale. Negli Stati Uniti, i tassi più elevati di gravidanza tra adolescenti tendono a verificarsi in Stati in cui predominano i programmi educativi improntati esclusivamente all’astinenza. I tassi più bassi si registrano negli Stati in cui l’informazione sulla sessualità e sulla contraccezione è fornita secondo una metodologia che non giudica i comportamenti (Szalavitz, 2013).

Valutando i progressi e i risultati dei programmi completi di educazione alla sessualità dalla Conferenza del Cairo in poi, la comunità internazionale ha potuto apprendere una serie di lezioni. La prima

è che anche di fronte alla pandemia HIV/AIDS, spicca la lentezza con cui i governi hanno realizzato questo tipo di programmi, e quella ancora maggiore con cui hanno coinvolto i giovani più vulnerabili (Haberland and Rogow, 2013).

La seconda lezione insegna che l’educazione completa alla sessualità ha un’efficacia che prescinde dalla prevenzione di comportamenti ad alto rischio. Secondo le ricerche, i programmi che tendono a produrre il maggiore impatto sulle gravidanze nelle adolescenti e sulle infezioni trasmesse per via sessuale sono quelli che mettono l’accento sul pensiero critico riguardo ai rapporti di genere e di potere nelle relazioni affettive (Haberland and Rogow, 2013). Queste scoperte lasciano sperare in una nuova generazione di programmi capaci di produrre un impatto positivo e concreto sul benessere dei/delle giovani.

Le ricerche più recenti dimostrano che i programmi di educazione completa alla sessualità hanno di solito un impatto maggiore sulla riduzione delle gravidanze nelle adolescenti e delle infezioni trasmesse per via sessuale quando affrontano le questioni di genere e di potere. Gli studi che provengono sia dai Paesi in via di sviluppo che da quelli maggiormente sviluppati confermano che i giovani che credono nell’eguaglianza di genere vantano una miglior salute sessuale dei loro pari. Per contro, quelli che conservano atteggiamenti meno paritari tendono ad avere una salute sessuale meno buona (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

L’eguaglianza di genere e i diritti umani sono fattori chiave per prevenire la diffusione dell’HIV e per consentire ai/alle giovani di crescere in buona salute. Per esempio, coloro che adottano, rispetto ai coetanei, atteggiamenti paritari riguardo ai ruoli di genere hanno maggiori probabilità di differire l’inizio dell’attività sessuale, di usare i preservativi e di

adottare metodi di contraccezione; hanno inoltre minori tassi di infezioni trasmesse per via sessuale, di gravidanze non desiderate e intrattengono meno facilmente rapporti improntati alla violenza. Un'altra ricerca ha rivelato che un programma rivolto alle ragazze e mirato ad approfondire la comprensione dei rischi derivanti dalle relazioni intergenerazionali ha prodotto una riduzione delle gravidanze del 28% (Dupas, 2011).

Gran parte dei programmi di educazione completa alla sessualità vengono erogati nelle scuole, all'interno dei piani di studio curricolari. Ma non tutti gli adolescenti frequentano la scuola e non tutti vi rimangono fino all'età in cui iniziano l'attività sessuale. Le ragazze sposate tra i 10 e i 14 anni che non vanno a scuola non hanno quindi praticamente alcuna possibilità di accedere all'educazione sessuale. È fondamentale pertanto intraprendere ulteriori sforzi per andare incontro alle loro esigenze. I programmi curricolari e di gruppo sull'educazione alla sessualità e alla prevenzione dell'HIV possono raggiungere anche chi non va a scuola, se sono realizzati da operatori sanitari e da altri servizi per la gioventù, dai centri della società civile o da altre istituzioni locali accessibili agli adolescenti (Kirby et al., 2006).

Secondo l'Unesco (2013), 57 milioni di bambini e bambine nell'età della scuola primaria e 69 nell'età della scuola secondaria inferiore non frequentano nessuna scuola. La maggior parte di loro vive nei Paesi in via di sviluppo e poco più della metà sono bambine. Due tipi di approccio che hanno il potenziale di raggiungere grandi numeri di adolescenti che non frequentano la scuola (per quanto non siano necessariamente programmi direttamente rivolti alla prevenzione della gravidanza) coinvolgono l'uso dei mass-media e di istruzioni interattive trasmesse via radio.

Alcune analisi recentemente condotte su alcune campagne massmediatiche volte a promuovere la

salute sessuale degli adolescenti, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, hanno osservato che producevano di norma un incremento delle conoscenze e che la maggior parte di esse incideva sui comportamenti come l'uso dei preservativi (Gurman and Underwood, 2008; Bertrand et al., 2006). Alcune hanno indotto le ragazze a diminuire il numero dei partner, a ridurre la frequenza dei rapporti sessuali casuali o dei rapporti sessuali con uomini molto più grandi di loro (i cosiddetti "paparini") e a incrementare l'astinenza.

In Zambia la campagna HEART (Help Each Other Act Responsibly Together), progettata da e per adolescenti nella fascia di età 13-19 anni, ha contribuito a sensibilizzare maggiormente i/le giovani in tema di prevenzione di HIV e di uso dei preservativi, cercando di creare un contesto sociale in cui fosse possibile parlare delle norme sociali dominanti, metterle in discussione e riformularle per ridurre il contagio sessuale da HIV. Uno studio valutativo ha osservato come, rispetto ai ragazzi che non hanno seguito i programmi, gli spettatori si dichiaravano per l'87% più inclini all'uso dei preservativi e per il 67% più inclini a dichiarare di aver usato il preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale. L'uso dei preservativi è uno dei comportamenti che contribuiscono alla prevenzione delle gravidanze (AIDSTAR-One, n.d.).

In Brasile, il "Programma per l'educazione sessuale e affettiva: una nuova prospettiva" si svolge in un'ottica orientata ai diritti umani e mira alla prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e alla promozione di approcci positivi, cercando di capire che cosa significa avere una "vita sessuale sana e piacevole". Il programma, che affronta anche i temi dell'uguaglianza sessuale, adotta un approccio integrato che raggiunge gli/le adolescenti sia all'interno delle aule scolastiche che fuori di esse e coinvolge insegnanti, operatori sanitari, famiglie e società ci-

vile locale. Gli/le adolescenti sono raggiunti anche da programmi radio, giornali e bollettini scolastici, giochi e laboratori informativi. Una ricerca valutativa condotta con un sondaggio tra 4790 giovani in 20 scuole pubbliche dello Stato di Minas Gerais, ha osservato che al termine del programma il gruppo esposto alle informazioni in tema di educazione sessuale utilizzava più spesso i preservativi, tanto con i partner casuali come con quelli fissi, e che una percentuale ancora più alta adottava qualche metodo contraccettivo moderno, rispetto al gruppo di controllo. Inoltre il programma non ha prodotto alcun incremento nella frequenza dell'attività sessuale dei ragazzi (Andrade et al., 2009).

Le campagne mediatiche si sono rivelate più efficaci per raggiungere gli adolescenti delle aree urbane (studenti e non) rispetto a quelli delle zone rurali anche se la loro portata, con la disponibilità sempre maggiore dei social-media e delle tecnologie di comunicazione mobile si va ampliando sempre di più.

Ma se possono far parte della soluzione invitando alla prevenzione, i media possono anche costituire parte del problema quando rivestono l'attività

sessuale e le adolescenti-madri di una patina fascinoso, come accade nella serie televisiva *Teen Mom 2* trasmessa da MTV negli Stati Uniti.

Le campagne pubblicitarie sono un altro metodo per educare e formare il grande pubblico. Alcune di queste puntano sulla paura o adottano tattiche del terrore pensando di modificare i comportamenti attraverso la minaccia di pericoli o di rischi imminenti (Maddux et al., 1983). Le tattiche intimidatorie presentano il pericolo e le categorie di persone ad esso più vulnerabili, quindi invitano a intraprendere un'azione specifica, come le misure per evitare una gravidanza durante l'adolescenza. Le ricerche condotte sulle campagne basate sulla paura, come per esempio i messaggi volti a incoraggiare le persone a smettere di fumare o a perdere peso, dimostrano che questo tipo di comunicazione sortisce scarso effetto se i messaggi fortemente intimidatori non sono accompagnati dalla raccomandazione delle misure da intraprendere o se le azioni raccomandate non sono facilmente adottabili o sono percepite come inefficaci. Questo tipo di approccio si dimostra scarsamente efficace anche quando non riconosce gli ostacoli che si frappongono all'adozione di tali misure o non suggerisce un modo per superarli, o ancora non fornisce alcun aiuto ai destinatari per far capire loro che sono in grado di intraprendere quelle misure. Perché questo tipo di approcci possa funzionare, l'efficacia percepita dell'azione deve essere maggiore della minaccia percepita.

Anche i sistemi di erogazione del contenuto sono in continua evoluzione, e molti programmi stanno lanciando corsi on-line (Haberland and Rogow, 2013). Malgrado manchino al momento le prove certe che questi meccanismi di comunicazione offrano concreti vantaggi dal punto di vista dei risultati, il potenziale di un coinvolgimento globale a basso costo suggerisce la possibilità di avviare in futuro un numero sempre maggiore di

▼ Informazioni sulla contraccezione presso il centro CEMOPLAF, in Ecuador.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



programmi basati su Internet. È di importanza prioritaria investire in ricerche rigorose capaci di valutare gli effetti di questi approcci. Nel frattempo, esistono programmi come *Afluentes* in Messico e *Butterfly* in Nigeria che utilizzano programmi basati sull'uso dei computer nella formazione o nell'assistenza tecnica agli insegnanti.

I programmi di *life-skills* offrono alle adolescenti un altro strumento per acquisire informazioni per prevenire una gravidanza. L'Unicef (2012) osserva che sono circa 70 i paesi che hanno programmi di formazione *life-skills* a livello nazionale, che possono variare a seconda del paese e del contesto culturale. In generale tuttavia questa formazione si concentra su cinque abilità essenziali: la capacità di prendere decisioni e di risolvere problemi; il pensiero creativo; il pensiero critico; le capacità di comunicazione e di rapporti interpersonali; la consapevolezza e l'empatia verso se stessi; la capacità di affrontare emozioni e stress. Buona parte delle attività di formazione si sono concentrate sullo sviluppo delle capacità psicologiche di difesa, sulla capacità di comunicare e sulle conoscenze necessarie per non incorrere in rischi evitabili.

A partire dal 1996 e per 10 anni, il programma *Life Skills* di Maharashtra, India, ha previsto sessioni settimanali di un'ora ciascuna, in parte dedicate a salute, cura dei bambini e alimentazione. Il programma intendeva rivolgersi alle ragazze non

sposate tra i 12 e i 18 anni, e in particolare a quelle che non frequentavano la scuola ed erano già entrate nel mondo del lavoro. Nell'attività di sviluppo del programma sono stati coinvolti anche i genitori e i docenti che curavano le lezioni. Il controllo dei risultati ha evidenziato un esito significativo: nell'area coperta dal programma, l'età media del matrimonio è passata da 16 a 17 anni, e il gruppo di controllo aveva quattro volte più probabilità di sposarsi prima di 18 anni rispetto al quello inserito nel programma. Inoltre, la percentuale dei matrimoni per le ragazze non ancora maggiorenni è scesa al 61,8% a fronte di un 80,7% per le ragazze non inserite nel programma (Pande et al., 2006).

Gli atteggiamenti dei ragazzi e degli uomini incidono profondamente sulla salute, sui diritti, sulla condizione sociale e sul benessere delle ragazze e dunque sulla loro vulnerabilità alla gravidanza. In molti paesi UNFPA sostiene programmi che coinvolgono i maschi – bambini, adolescenti e giovani – sui temi della sessualità, dei rapporti familiari e dell'educazione del tipo *life-skills* per insegnare loro a mettere in discussione gli stereotipi vigenti sulla virilità, sui comportamenti a rischio adottati dai maschi (soprattutto il comportamento sessuale) e per promuovere la comprensione e la difesa dei diritti delle donne e dell'uguaglianza di genere. In alcuni Stati, UNFPA collabora con le istituzioni a livello nazionale per favorire – mediante un'educazione sessuale completa, inserita nei programmi scolastici e adeguata all'età – la sensibilizzazione sulle conseguenze negative prodotte su donne e bambine dai comportamenti negativi e dalle pratiche nocive per la salute; UNFPA collabora inoltre con le organizzazioni della società civile per coinvolgere i maschi giovanissimi e adulti, per invitarli a discutere i loro atteggiamenti su temi come i matrimoni infantili, la contraccezione e altre questioni relative alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi.

"A sentire i media tutti dovrebbero fare sesso! Tutto gira intorno al sesso... le pubblicità... tutto. È logico che poi la gente finisca per prenderli in parola e per diventare imprudente".

Ragazza diciassettenne, Svezia



▲ *Giovani educatori tra pari di Geração Biz a Maputo, in Mozambico.*
© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

Investire nei servizi per gli adolescenti e per i giovani

Gli/le adolescenti – sposati o non sposati – spesso non hanno accesso ai contraccettivi o alle informazioni sul loro uso. Tra le barriere da superare ci sono la mancanza d'informazione su dove reperirli, la paura di essere respinti dagli operatori, l'opposizione del partner, la disapprovazione della comunità locale verso la contraccezione o la sessualità degli adolescenti, la scomodità della posizione geografica o gli orari dei servizi sanitari, il loro costo, i timori sulla riservatezza.

Per agevolare l'accesso alle informazioni utili per evitare una gravidanza o il contagio da infezioni trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV, o per ottenere i contraccettivi, sono sempre di più i paesi che hanno istituito servizi di salute sessuale e riproduttiva specificamente rivolti ai giovani. Questi di regola garantiscono la riservatezza, si trovano in luoghi facili da raggiungere e hanno orari comodi; il personale è composto da operatori con una formazione specifica adatta alle esigenze dei giovani; infine, offrono una gamma completa di servizi essenziali.

Il Nicaragua, per esempio, sta incrementando l'accesso di adolescenti svantaggiati ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione, grazie al progetto "Competitive Voucher". Le organizzazioni non governative locali distribuiscono voucher che danno diritto ad accedere gratuitamente ad alcuni servizi. I voucher sono di-

stribuiti ai giovani e agli adolescenti nei mercati di Managua, davanti alle scuole, per le strade e negli ospedali. Alcuni operatori effettuano anche una distribuzione porta a porta. Ogni voucher è valido per tre mesi e può anche essere trasferito a un altro adolescente che ne abbia più bisogno. Può essere usato per usufruire di una visita medica e di una visita di controllo per: counselling, pianificazione familiare, test di gravidanza, assistenza prenatale, cura di infezioni trasmesse per via sessuale, o una qualsiasi combinazione dei servizi offerti. Il programma prevede anche un'attività di formazione del personale ospedaliero su: counselling per gli adolescenti, problemi inerenti alla sessualità, capacità di riconoscere e affrontare gli abusi di natura sessuale (Muewissen, 2006).

Le prime attività di monitoraggio hanno messo in rilievo come i voucher si possono associare a un incremento del ricorso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, della conoscenza dei metodi contraccettivi, delle informazioni sulle infezioni trasmesse per via sessuale e dell'uso dei preservativi.

Attraverso il programma *Geração Biz* (Gioventù attiva) del Mozambico, i ministeri della Salute, dell'Istruzione e dello Sport e i Giovani collaborano per fornire servizi di salute sessuale e riproduttiva rivolti espressamente ai giovani, campagne scolastiche di informazione sulla contraccezione e sulla prevenzione dell'HIV e informazioni distribuite a livello locale per raggiungere chi non frequenta la scuola. Attraverso una rete di 5000 consulenti tra pari, *Geração Biz* fornisce informazioni non giudicanti e riservate e servizi ai giovani del Mozambico. La natura multisettoriale del programma, che coinvolge personalità della politica, operatori dei servizi sanitari, educatori e figure autorevoli della società civile oltre ai giovani stessi, è un fattore chiave per contribuire a migliorare la conoscenza della contraccezione, nonché a incrementarne l'uso (Hainsworth et al. 2009).

In India, il programma *Development Initiative Supporting Healthy Adolescents* (DISHA), unisce alle attività di *mentoring* a livello locale e di dialogo con la società civile, il potenziamento dei servizi sanitari e dell'educazione alla sessualità, con informazioni sull'uso dei contraccettivi che prevedono anche la fornitura degli stessi, fino ad attività di formazione di *life-skills*. Il programma ha creato, in 176 villaggi, centri giovanili e servizi in cui gli adolescenti possono ricevere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, ottenere servizi e accedere a corsi di formazione che possono aiutarli in futuro a procurarsi i mezzi per mantenersi. Il programma si occupa anche della formazione degli operatori sanitari locali per fornire loro le competenze necessarie per assistere i giovani, organizza i volontari per la distribuzione dei metodi moderni di pianificazione familiare, recluta educatori tra pari, organizza sessioni di *counseling* e fornisce e mette a disposizione un forum in cui giovani adulti si possono incontrare a discutere del ruolo dei ragazzi nella società.

Attraverso un progetto semi-sperimentale con un gruppo di confronto, il rapporto di valutazione ha mostrato che l'età del matrimonio tra i ragazzi che hanno partecipato al programma è passata da 15,9 a 17,9 anni; i ragazzi sposati raggiunti dal DISHA riferivano, in una percentuale superiore di circa il 60% rispetto a giovani pari non inseriti nel programma, di utilizzare attualmente un contraccettivo moderno. Anche gli atteggiamenti verso i matrimoni infantili hanno subito un'analoga trasformazione. All'inizio del programma, il 66% dei ragazzi e il 60% delle ragazze ritenevano che l'età ideale per sposarsi fosse per una ragazza di almeno 18 anni o più. Alla conclusione del programma, la stessa risposta veniva fornita dal 94% dei ragazzi e dall'87% delle ragazze (Kanesathasan et al., 2008).

L'accesso alla contraccezione d'emergenza è particolarmente importante per le adolescenti, che

spesso non hanno né le conoscenze né la possibilità di negoziare e imporre l'uso del preservativo e sono più vulnerabili alla coercizione sessuale, allo sfruttamento e alla violenza. La contraccezione d'emergenza è un metodo di prevenzione delle gravidanze entro cinque giorni da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento o uso errato di un metodo contraccettivo (per esempio, l'aver dimenticato di prendere la pillola), o ancora da rapporti sessuali imposti con la violenza o la coercizione. La contraccezione d'emergenza interrompe l'ovulazione e riduce le probabilità della gravidanza fino al 90% dei casi. Non può prevenire l'impianto di un ovulo fecondato, né danneggiare un embrione in fase di sviluppo e nemmeno interrompere una gravidanza.

Le principali barriere che impediscono l'accesso alla contraccezione d'emergenza per le adolescenti sono la mancanza di informazioni in merito, la riluttanza degli operatori sanitari a prescriberla o a fornirla, il costo, l'atteggiamento contrario al suo uso da parte della società civile e le restrizioni imposte dalla legge.

In 22 Stati, i farmaci specifici e brevettati per la contraccezione d'emergenza non sono disponibili (International Consortium for Emergency Contraception, 2013). Anche nei paesi in cui la contraccezione d'emergenza è disponibile, spesso le adolescenti sono riluttanti a richiederla ai servizi

"Una volta ci si è rotto il preservativo e ce ne siamo accorti solo dopo. La mia ragazza è andata nel panico, e la capisco benissimo. Ma secondo me abbiamo gestito la situazione. Abbiamo trovato una farmacia dove abbiamo potuto comprare un contraccettivo d'emergenza".

Lasse, 18 anni, Danimarca

UCRAINA: DUE TERZI DI ABORTI IN MENO TRA LE ADOLESCENTI

All'inizio degli anni 90 in Ucraina si registravano circa 1 milione di aborti all'anno. Da allora il numero è diminuito di oltre l'80%, soprattutto grazie all'incrementata accessibilità dei contraccettivi e delle informazioni e servizi sulla pianificazione familiare.

Anche la percentuale di aborti tra le adolescenti nella fascia d'età 15-17 è scesa, passando da 7,74 aborti ogni 1000 ragazze, agli attuali 2,51. Questa diminuzione viene attribuita agli sforzi del governo per migliorare l'accessibilità dei servizi per la salute aperti ai giovani e per avviare programmi, misure politiche e leggi che avessero come principale priorità la salute sessuale e riproduttiva.

Uno di questi programmi, "Reproductive Health of the Nation", istituito dal governo, mira a salvaguardare la salute riproduttiva della popolazione e a migliorare la salute riproduttiva degli adolescenti. Un altro programma a livello nazionale, "Youth of Ukraine", riconosce che la salute dei giovani, compresa la promozione di stili di vita più sani, è una priorità per tutto il paese.

UNFPA, Organizzazione mondiale della sanità e UNICEF sostengono gli sforzi del Ministero per la salute per dar luogo a una struttura legislativa e istituzionale organica che gestisca i servizi per la salute rivolti ai giovani.

È migliorato l'accesso a servizi di pianificazione familiare di alto livello, comprese le attività di *counselling* sui metodi moderni di contraccezione, ed è cresciuta la sensibilizzazione riguardo ai benefici per la salute che derivano dalla pianificazione familiare. Il governo ha avviato una collaborazione con le case farmaceutiche e con le farmacie per ampliare la gamma dei contraccettivi disponibili e farne scendere il prezzo; il ministero della salute, da parte sua, ha rinforzato la propria capacità di sostenere e promuovere iniziative di pianificazione familiare, comprese quelle accessibili da giovani e adolescenti.

Viktoriya Verenysh, ginecologa-ostetrica in un ospedale particolarmente accogliente verso i giovani, afferma di aver osservato negli ultimi cinque anni tra le sue pazienti una tendenza a iniziare sempre prima l'attività sessuale.

"È molto importante che in questa fase della loro vita possano accedere a servizi qualificati di *counselling* sulla prevenzione delle gravidanze non desiderate, dell'HIV e di altre malattie trasmesse per via sessuale" dichiara. "Queste attività di *counselling* devono essere esercitate in modo attraente per i/le giovani".

per la salute tradizionali, come gli ospedali, il cui personale è spesso formato da operatori che la disapprovano. Per agevolare l'accesso delle adolescenti alla contraccezione d'emergenza, l'organizzazione non governativa PATH ha dato vita in Cambogia, in Kenia e in Nicaragua a un progetto che mira a

potenziare le capacità delle farmacie di fornire servizi per la salute riproduttiva che siano facilmente accessibili e in particolare vuole incrementare la loro capacità di fornire contraccettivi d'emergenza. Il progetto ha curato la formazione del personale delle farmacie e degli educatori tra pari per metterli in grado di fornire informazioni accurate e aggiornate sulla contraccezione d'emergenza e sugli altri servizi di salute riproduttiva.

Il monitoraggio dell'iniziativa ha evidenziato che il progetto ha potenziato le capacità dei farmacisti di fornire ai giovani servizi di salute riproduttiva di alto livello. I dati permettono di ipotizzare che il personale delle farmacie abbia aumentato le proprie conoscenze in materia di pillola contraccettiva d'emergenza, di infezioni trasmesse per via sessuale e di moderni metodi di contraccezione. In tutti e tre gli Stati interessati si registra tra il personale sanitario un miglioramento nelle conoscenze in materia di contraccezione d'emergenza. Prima di queste attività di formazione, emergeva dai dati che non più del 30% dei farmacisti forniva in modo corretto i contraccettivi d'emergenza; alla fine delle attività di formazione la cifra è salita fino all'80% (Parker, 2005).

Eliminare la coercizione e la violenza sessuale

Per violenza sessuale si intende di solito un rapporto sessuale che sia imposto con la forza fisica, in particolare lo stupro. La coercizione sessuale, più genericamente, è un atto in cui si forza o si cerca di forzare una persona ad adottare un comportamento sessuale contro la sua volontà mediante la violenza, le minacce, l'insistenza verbale, l'inganno, le aspettative culturali o le situazioni economiche (Baumgartner et al., 2009). Le definizioni che coprono tutte le forme di coercizione e di violenza sessuale rendono difficile stabilire una relazione tra gravidanze precoci e violenze sessuali, come lo stupro, o tra gravidan-

ze e coercizioni sessuali che le adolescenti possono o meno identificare come violenze.

Mettere fine alla coercizione e alla violenza sulle adolescenti – e su chiunque – è imperativo ovunque, ed esige azioni continue su molti fronti: dal potenziamento del sistema giudiziario penale, così che i colpevoli siano consegnati alla giustizia e che le vittime possano trovare aiuto, alla formazione per gli operatori sanitari affinché siano in grado di riconoscere e denunciare episodi di cui vengono a conoscenza, fino alle attività da intraprendere per

modificare gli atteggiamenti di uomini e ragazzi allo scopo di prevenire ogni forma di coercizione e di violenza.

India, Haiti, Repubblica Democratica del Congo sono i tre paesi che negli ultimi tempi si sono maggiormente impegnati per inasprire le leggi contro la violenza sessuale, ma fino a oggi non sono stati raccolti dati, né qui né altrove, che permettano di valutare l'efficacia di queste misure nel proteggere le ragazze dagli stupri e dalle gravidanze non desiderate (Heise 2011). Tuttavia, come accade con

COLOMBIA: RISPONDERE ALLE ESIGENZE DI ADOLESCENTI E GIOVANI

Al secondo piano di un moderno edificio, il centro giovanile per la salute di Duitama, Colombia, presenta poche pareti imbiancate: la maggior parte sono coperte dai graffiti di giovanissimi artisti locali. Dei 110.000 abitanti di Duitama, circa un quarto sono nella fascia di età 10-24 anni.

Tutti i mesi, oltre seicento ragazzi usufruiscono dei servizi del centro, che vanno dalle cure dentarie fino alla salute sessuale e riproduttiva e alla psicoterapia.

“Non si tratta solo di salute, ma anche di comunicazione” dice Nubia Stella Robayo, un'infermiera specializzata in servizi di salute materna e perinatale per le adolescenti.

“La maggior parte delle ragazze ha problemi economici” dice Robayo. “L'80% delle loro gravidanze non erano programmate”. E la maggioranza delle ragazze e dei ragazzi che arrivano al centro per la prima volta non usa contraccettivi.

Secondo Robayo, molte delle ragazze che incontra pensano di essere ancora troppo immature fisicamente per poter restare incinte, e quindi credono di non doversi preoccupare di usare il preservativo. Questo vale soprattutto per le ragazze provenienti dalle zone rurali dei dintorni. La confusione tra sessualità e gravidanza, spiega, indica la necessità di una migliore educazione alla sessualità e di informazioni più precise.

“La prima volta che ho sentito parlare di servizi rivolti ai giovani, ho pensato che fosse un'idea fantastica e mi sono detta: dobbiamo farlo anche noi” dice Lucilla Esperanza Perez, la direttrice del centro, che spiega come il principale obiettivo del centro sia la prevenzione delle gravidanze nelle adolescenti. Lei stessa ha avuto due figli prima di compiere vent'anni e conosce per esperienza le difficoltà che possono insorgere per un adolescente. “Volevamo un

centro dove i giovani potessero ricevere le informazioni di cui hanno bisogno per poter gestire la loro vita sessuale e riproduttiva”, dice ancora Perez. “E i giovani sono stati consultati fin dall'inizio del progetto; sono stati loro i veri manager”.

Un servizio si può considerare specificamente rivolto ai giovani quando va incontro alle loro esigenze, ne riconosce i diritti e diventa il luogo in cui i ragazzi si possono informare, ricevere consiglio e assistenza, spiega Perez. E aggiunge che la salute è una condizione di benessere fisico, mentale, spirituale e sociale.

Catherine, 19 anni, è alla trentaduesima settimana di gravidanza e fa i controlli prenatali al centro. “La gravidanza è dura, quando non è prevista” spiega. “Ci sono troppi obiettivi e troppi sogni da rimandare”.

Catherine dice che le infermiere e i medici del centro la fanno sentire accolta. “Infermieri e medici ci parlano in tono affettuoso, e re-cepiscono sempre tutte le domande o le difficoltà che presenti loro”.

Juan, vent'anni, partecipa a uno dei gruppi di pari del centro, dove i giovani hanno la possibilità di mettere in comune le loro esperienze e le loro conoscenze con i coetanei, compagni di scuola e ragazzi della zona. Il gruppo a cui partecipa cura anche laboratori, forum e altre attività in cui quelli si riuniscono per parlare di molti argomenti, dalla sessualità responsabile alla violenza di genere. Ad alcuni eventi partecipano anche un migliaio di ragazzi.

Sono sempre più numerosi i giovani che ricorrono ai servizi del centro, e le gravidanze precoci incominciano a diminuire. Ma, dice Perez, “c'è ancora molto da fare” per aiutare un numero sempre maggiore di ragazze a evitare le gravidanze e per affrontare i tanti problemi di Duitama, come le violenze sessuali e gli abusi di sostanze.

i decreti che vietano i matrimoni in età infantile, la loro efficacia dipende dalla severità con cui sono fatte rispettare e dal sostegno dell'opinione pubblica. Ma, sempre come accade per i decreti sui matrimoni infantili, le leggi che penalizzano la violenza sessuale e di genere comunicano con forza il messaggio che la protezione dei diritti dei giovani più vulnerabili, e soprattutto delle ragazze adolescenti, è considerata una priorità nazionale.

Un rapporto sugli interventi mirati a ridurre la violenza sulle adolescenti (Blanc et al., 2012) fa osservare che molte iniziative di prevenzione vengono attuate all'interno di un contesto più ampio di programmi di *life-skills*, che danno vita a spazi sicuri di accoglienza per le ragazze, che puntano a modificare la mentalità dei ragazzi e dei giovani maschi per quanto riguarda le concezioni sulla virilità. Oppure sono inseriti in programmi rivolti ai giovani che affrontano più in generale i problemi della salute sessuale e riproduttiva. Alcuni di questi programmi, per esempio, sono stati implementati attraverso associazioni sportive (Brady and Khan, 2002), programmi di *life-skills* e di supporto tra pari (Askew et al., 2004; Ajuwon and Brieger, 2007; Jewkes et

Il rapporto sottolinea tuttavia che, se queste iniziative si sono dimostrate efficaci nel migliorare l'*empowerment* delle ragazze, nel potenziare le capacità di comunicazione e nello sviluppare atteggiamenti di genere più equi, una diminuzione degli atti di violenza da parte del partner è stata osservata soltanto nei casi in cui le azioni intraprese erano concentrate anche sul miglioramento delle condizioni economiche, sulla salute sessuale e sulle relazioni di genere e sulla solidarietà di gruppo (Pronyk et al., 2006; Jewkes et al., 2008) e/o quando coinvolgevano anche i maschi, uomini e ragazzi (Verma et al., 2008).

Investire sulle ragazze incinte o che hanno dei figli

Si può fare molto per ridurre gli effetti nocivi delle gravidanze dal punto di vista sanitario, sociale ed economico, per garantire che non vadano perdute, per le adolescenti già sposate come per quelle nubili, le opportunità di educazione, lavoro, possibilità di guadagno e partecipazione alla gestione della comunità,.

Garantire alle ragazze incinte o a quelle che sono già madri l'accesso ai servizi significa spesso fornire un sostegno economico per l'assistenza sanitaria e per l'alimentazione, consigli sull'allattamento, aiuti per riprendere gli studi grazie alla formazione professionale, offrire rifugio, alloggio e servizi a quelle che sono state rifiutate dalla famiglia, garantire informazioni e servizi sui contraccettivi e sull'intervallo ottimale tra le gravidanze.

Fattori cruciali, per migliorare la salute materna delle adolescenti, sono l'accesso e il ricorso all'assistenza prenatale per identificare e curare eventuali problemi di salute latenti, come la malaria, l'HIV o l'anemia; l'assistenza ostetrica per garantire un parto sicuro alle madri e ai loro bambini, curare le complicazioni che possono derivare dagli aborti a

Quasi il 50% di tutti gli episodi di violenza sessuale nel mondo vengono perpetrati su ragazze che hanno meno di 16 anni.

al., 2008), figure guida femminili, (Mgalla et al., 1998), di prevenzione dell'HIV e educazione alla salute riproduttiva (Hallman and Roca 2011) o attraverso laboratori rivolti agli uomini (Peacock and Levack, 2004). Altri ancora hanno previsto la modifica dei programmi scolastici di educazione alla sessualità o di *life-skills* perché includessero un dibattito più ampio sulla violenza di genere e sulla coercizione sessuale (Ross et al., 2007).

rischio, assicurare l'assistenza post partum alla madre e al neonato, mettere a disposizione strumenti di contraccezione per consentire un adeguato intervallo tra le gravidanze (Advocates for Youth, 2007).

Ma una serie di fattori economici, sociali e geografici rappresentano per milioni di adolescenti in tutto il mondo un ostacolo per l'accesso a questi servizi, ammesso che siano disponibili. L'autonomia personale – o la sua mancanza – è uno dei determinanti chiave per l'accesso e per l'uso di questi servizi. Si tratta di un ostacolo spesso insormontabile per le ragazze già sposate che hanno ben poca voce in capitolo sulle decisioni che riguardano la loro salute e pochissime, o nessuna, possibilità di disporre del denaro necessario per raggiungere gli ospedali o per pagare le cure mediche (Organizzazione mondiale della sanità, 2007). Spesso le ragazze non chiedono l'assistenza se sono convinte che gli operatori dei servizi possono disapprovarle o rifiutarsi di accogliere le loro richieste.

In generale, rispetto alle donne adulte, le adolescenti si rivolgono più tardi all'assistenza e ne ricevono meno. Le minori incinte spesso non sanno neanche quali sono i servizi esistenti, quando sia il caso di richiedere assistenza medica e come trovarla al momento giusto. Le ragazze che non ricevono cure prenatali saranno probabilmente meno preparate per un'eventuale emergenza prima, durante o dopo il parto. Le donne che abitano nelle zone rurali spesso devono camminare per molti chilometri per raggiungere la struttura sanitaria più vicina (Organizzazione mondiale della sanità e UNFPA, 2006). Mentre le strutture che possono assicurare un'assistenza ostetrica d'emergenza sono ancora più distanti.

Il Brasile è uno dei paesi che ha intrapreso efficaci misure per migliorare l'accesso delle adolescenti incinte ai servizi di assistenza prenatale, al parto e post-natale. L'Istituto di medicina perinatale di Ba-

hia, IPERBA, è un centro di eccellenza per le gravidanze ad alto rischio nello stato di Bahia, uno dei più poveri dell'area nord-orientale del Brasile. Il suo staff multidisciplinare affronta molti degli aspetti che riguardano il parto: la necessità di poter essere ospitate in una struttura accogliente e orientata alle pazienti, la prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell'HIV e della sifilide, l'assistenza alle vittime di violenze di genere. L'ospedale è noto anche per le cure specialistiche che garantisce alle adolescenti incinte. Qui si affrontano oltre 1000 casi l'anno, il 23% di tutti i parti che avvengono nella struttura.

In India i servizi offerti dal programma Better Life Options adottano un approccio olistico per andare incontro alle ragazze degli slum urbani di Delhi e a quelle delle aree rurali del Madhya Pra-

"Quando avevo 17 anni, avevo un ragazzo, un compagno di scuola. Ho chiesto alle mie amiche informazioni sul sesso, e loro mi hanno detto che nei primi 10 giorni dopo il ciclo non potevo restare incinta. Invece non ha funzionato. Il mio ragazzo era così spaventato che è scappato, e avevo paura che i miei genitori mi ammazzassero. Per fortuna un'insegnante nella mia scuola mi ha dato una mano per dare loro la notizia. L'insegnante ha spiegato anche che dopo il parto sarei potuta tornare a scuola. All'inizio i miei genitori non volevano accettarlo, ma poi si sono convinti. Adesso ho finito la scuola, a vent'anni, e voglio diventare insegnante anch'io. Vorrei che si parlasse di più di questi argomenti a scuola, così che le ragazze non facessero gli stessi errori che ho fatto io".

Phoebe, 20 anni, Uganda

desh e del Gujarat. Il programma integra istruzione, costruzione di competenze per entrare nel mondo del lavoro, programmi di *life-skills*, alfabetizzazione, formazione professionale e salute riproduttiva con l'intento complessivo di ampliare le possibilità di scelta per le ragazze (Organizzazione mondiale della sanità, 2007). Il programma promuove inoltre il cambiamento sociale attraverso l'educazione dei genitori, delle famiglie e delle personalità più autorevoli a livello di società civile locale. Dalle attività di valutazione è emerso che le ragazze che partecipano al programma hanno maggiori probabilità delle altre di seguire un regime nutrizionale prenatale adeguato alla loro condizione (ferro e integratori folici) e di partorire in ospedale, o anche in casa, ma assistite da personale qualificato.

Quanto più le ragazze stanno lontane dalla scuola, tanto meno è probabile che ci tornino. Per consentire alle adolescenti incinte o madri da poco di continuare o di riprendere a frequentare la scuola, occorrono politiche scolastiche nazionali e locali in grado di aiutarle. Tuttavia, anche in presenza di tali politiche, molte non riprendono gli studi. In Sudafrica per esempio, malgrado una legislazione illuminata consenta il rientro a scuola delle giovani dopo una gravidanza, soltanto un terzo circa riesce a reinserirsi nel sistema scolastico (Grant and Halman, 2006). Per migliorare la situazione, occorrerà garantire almeno a una parte di queste ragazze la possibilità di affidare i bambini a qualche struttura, un aiuto economico e forme di counselling e di sostegno individuale per aiutarle ad affrontare le nuove responsabilità e a gestire il fatto che si sentono diverse dai loro coetanei.

La Women's Centre of Jamaica Foundation aiuta le ragazze di 17 anni o meno che hanno interrotto gli studi o sono state costrette ad abbandonare la scuola per via di una

gravidanza. Le madri adolescenti possono proseguire la loro istruzione nella sede del centro più vicina a loro per almeno una sessione scolastica, e reinserirsi nel sistema scolastico formale dopo la nascita del bambino. Ci sono diverse sedi centrali e otto distaccamenti che offrono, tra gli altri servizi, gli strumenti per proseguire l'educazione delle madri adolescenti. Rispetto alle madri adolescenti che non partecipano al programma del centro, il tasso di gravidanze ripetute è più basso per coloro che frequentano, e sono più numerose quelle che hanno proseguito negli studi, che hanno dato esami e che si sono reinserite nel sistema scolastico formale.

Raggiungere le bambine tra i 10 e i 14 anni

Sono piuttosto numerose le iniziative che coinvolgono o puntano a coinvolgere le adolescenti, quattordicenni o ancora più giovani, le cui esigenze, circostanze e vulnerabilità sono molto diverse da quelle delle adolescenti più grandi. Gli interventi riusciti sono quelli che hanno promosso l'uguaglianza di genere, aiutato le bambine a continuare a frequentare la scuola o ridotto la povertà e gli incentivi economici per i matrimoni infantili tra i segmenti più svantaggiati della società (Blum et al., 2013).

"Ho avuto il primo figlio quando avevo 14 anni e il secondo a 17. Per mantenere me e i bambini faccio la giardiniera per 700 franchi ruandesi (un dollaro circa) al giorno oppure lavo biancheria a pagamento".

Emerithe, 18 anni, Ruanda

Tra le iniziative più riuscite di questo tipo ci sono il *Life Skills Programme di Maharashtra*, India; il *Berhane Hewan* in Etiopia e il programma *Open Opportunities* del Guatemala, di cui si è già parlato sopra.

Un'altra iniziativa che ha riscosso un buon successo è il progetto FAM del Ruanda, un programma di formazione interattiva rivolto alle bambine tra i 10 e i 14 anni che affronta temi come la pubertà, la fecondità, le norme di genere, le comunicazioni e i rapporti. Messo a punto dall'Institute for Reproductive Health e realizzato in Ruanda,

con la collaborazione dei Catholic Relief Services, il progetto ha portato a un miglioramento delle conoscenze e della comunicazione genitori-figli in materia di sessualità e di ruoli di genere.

Grazie al progetto "Choices Curriculum" del Nepal, sviluppato da Save the Children, i circoli per ragazzi insegnano ai giovanissimi adolescenti che cos'è l'uguaglianza di genere e cercano di sensibilizzarli su questioni come la discriminazione e la violenza di genere.

Purtroppo però molti paesi dedicano pochissima attenzione a questa fascia di età, a parte le misure per favorire la frequenza scolastica. Spesso i politici danno per scontato che questi giovanissimi adolescenti siano sotto la tutela di un genitore o di un tutore e per questo adottano programmi che contano sul coinvolgimento dei genitori. Ma non sempre questi sono presenti nella vita di questi bambini.

Coinvolgere gli uomini e i bambini

Gli atteggiamenti rispetto al genere espressi da uomini e bambini vanno a incidere direttamente sulla salute e sul benessere delle donne e delle bambine.

Promuovere l'uguaglianza di genere grazie all'*empowerment* delle donne e al coinvolgimento degli uomini è fondamentale per conseguire gli

Obiettivi di sviluppo, come la riduzione della povertà e il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva. I rapporti degli uomini e dei bambini con le donne e con le bambine possono sostenere questi obiettivi oppure ostacolarli (UNFPA, 2013b).

Un rapporto sulle azioni che mirano a coinvolgere uomini e bambini nelle attività tese a correggere le disuguaglianze di genere negli interventi per la salute ha messo in rilievo che i programmi correttamente progettati che vedono la partecipazione di uomini e bambini possono favorire il cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti in settori come la salute sessuale e riproduttiva, la salute materna e neonatale, la prevenzione dell'HIV e una socializzazione attenta alle relazioni tra i generi (Organizzazione mondiale della sanità, 2007). I programmi integrati, soprattutto quelli che alla mobilitazione della comunità locale, alle campagne di sensibilizzazione e alle campagne massmediatiche uniscono anche un lavoro di educazione di gruppo, si sono dimostrati i più efficaci nel modificare i comportamenti (UNFPA, 2013b).

Coinvolgere i giovani di sesso maschile è un investimento particolarmente redditizio, perché sono loro quelli che rispondono meglio alle informazioni sulla salute e alle opportunità di considerare in modo diverso le relazioni di genere. Le ricerche dimostrano che gli atteggiamenti mentali sbagliati nei confronti del sesso, come considerare le donne come meri oggetti sessuali, concepire il sesso come orientato alla performance e ricorrere a pressioni o alla forza per ottenere prestazioni sessuali, iniziano tutti nell'adolescenza. Le forme di discriminazione di genere riguardano le ragazze e le donne, ma le percezioni dominanti della virilità tra i giovani e gli adolescenti maschi sono la forza propulsiva che li spinge ad assumere comportamenti pericolosi, come la violenza di strada e le pratiche sessuali a rischio (UNFPA, 2013b). Incrementare le oppor-

tunità per ragazzi e giovani di partecipare agli sforzi in sostegno dell'uguaglianza di genere produce un impatto positivo non soltanto sulle donne e sulle ragazze ma anche sulla vita dei ragazzi stessi. Questo tipo di attività ha maggiori probabilità di far crescere future generazioni di uomini che impostano la loro vita secondo i principi dell'uguaglianza di genere.

Con il sostegno di UNFPA, il Nicaragua ha adottato un "approccio gender-transformative" volto a prevenire le violenze sessuali e le gravidanze attraverso l'iniziativa *Que Tuani No Ser Machista*. I programmi *gender-transformative* mettono in di-

scussione e cercano di cambiare le rigide norme di genere e i rapporti tra i sessi e di solito implicano un superamento del livello individuale per affrontare quei fattori interpersonali, socioculturali, strutturali e sociali che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti relativi al genere (Promundo, 2010).

Attraverso l'educazione di gruppo e le campagne di sensibilizzazione, l'iniziativa del Nicaragua ha spinto i ragazzi di età compresa tra i 10 e i 15 anni di 43 comunità locali a riflettere su che cosa significhi essere *macho* e perché, incoraggiandoli a mettere in discussione gli stereotipi di genere. Di

GIAMAICA: UN MODELLO PER PREVENIRE LE GRAVIDANZE PRECOCI E AIUTARE LE MADRI GIOVANISSIME

"Restare incinta così giovane è stata un'esperienza terrificante. Quando l'ho scoperto non sapevo che cosa fare" dice la diciassettenne Joelle, raccontando il dramma emotivo vissuto quando è rimasta incinta giovanissima.

"Doveva essere il mio ultimo anno alle superiori. Dovevo diplomarmi e i miei genitori sarebbero stati fieri di me" ricorda. "Ero così terrorizzata, piena di vergogna, devastata al pensiero di tutte le cose che avrei voluto e che non si sarebbero verificate".

Joelle è una delle due ragazze che hanno raccontato con candore la loro esperienza alla First Lady del Burkina Faso, Chantal Compaoré, e alle personalità che l'accompagnavano a Kingston, in Giamaica, dove si era recata per informarsi sulle strategie adottate dal governo per affrontare le gravidanze in età adolescenziale.

Il Programma per le madri adolescenti del Women's Center Foundation giamaicano a cui partecipa Joelle è uno degli strumenti centrali di queste strategie, un programma UNFPA ispirato alle "buone prassi" e rappresenta un modello per altre nazioni che cercano di affrontare il problema nelle gravidanze tra le adolescenti.

Joelle ha descritto l'organizzazione e le persone che si sono occupate di lei in quel periodo così difficile come "dei pompieri che mi hanno salvato dell'edificio in fiamme in cui era imprigionata la mia mente".

Ottenere risultati

Dal 1978, il programma giamaicano per le madri adolescenti fornisce alle madri che non hanno ancora compiuto 17 anni servizi di

educazione permanente, attività di *counselling* e sessioni di educazione per gestire le necessità pratiche. Grazie al programma, le ragazze possono proseguire la loro educazione presso il Women's Centre più vicino per almeno un semestre e riprendere poi a frequentare la scuola dopo la nascita dei bambini.

La fondazione gestisce sette centri principali e nove sezioni distaccate in tutta la Giamaica, e nel solo anno scolastico 2011-2012 ha garantito la prosecuzione degli studi a 1402 madri adolescenti. Più della metà di queste ragazze sono tornate con successo a inserirsi nel sistema scolastico formale. Il centro inoltre offre una gamma di servizi come strutture per l'assistenza dei bambini durante il giorno e *walk-in counselling* per uomini e donne di ogni età, compreso il counselling per i "papà bambini", per il loro genitore e per i genitori delle giovanissime madri.

La pianificazione familiare al centro di tutto

La pianificazione familiare è un elemento integrante del programma di *counselling* offerto in tutte le sezioni del Women's Centre della Giamaica. UNFPA collabora da anni con l'organizzazione per contribuire a ridurre il rischio di seconde gravidanze non desiderate per le madri a cui offrono la terapia di sostegno

Previa comunicazione ai genitori e con il loro consenso, alle giovanissime madri vengono fornite informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva e viene loro offerto un metodo contraccettivo a loro scelta per aiutarle a differire una seconda gravidanza e permettere loro di completare il ciclo di studi. Con il sostegno di

tale educazione di gruppo facevano parte esercizi che cercavano di incoraggiare i ragazzi a descrivere i loro sentimenti, in particolare su che cosa significhi essere maschio. Si calcola che alla prima fase (2009-2010) abbiano partecipato circa 3000 adolescenti e alla seconda (2010-2011) fino a 20.000.

Coinvolgere i ragazzi attraverso i mass-media e le nuove tecnologie

A livello globale, le campagne massmediatiche si sono dimostrate relativamente efficaci dal punto di vista della salute sessuale e riproduttiva (compresi la prevenzione, la cura, l'assistenza e il supporto nel

"Penso sempre a come sarebbe la mia vita se avessi incontrato qualcuno prima di restare incinta, qualcuno che mi avesse insegnato a impormi, che mi avesse parlato dei rapporti con i ragazzi, dei vantaggi e degli svantaggi di cominciare a fare sesso così giovane. Forse non mi troverei in questa situazione".

Swinton, 20 anni, incinta a 15, Zimbabwe

UNFPA, il Women's Centre ha distribuito oltre 10.000 preservativi maschili e 6000 preservativi femminili nel solo periodo 2008-2011.

Nel corso degli anni, il Women's Centre è riuscito a mantenere sotto il 2% il tasso di seconde gravidanze tra le madri adolescenti inserite nel programma e si è rivelato particolarmente efficace nell'aiutare le studentesse a completare le scuole secondarie e persino a frequentare l'università.

Tornare a scuola: il successo del patrocinio/advocacy

In Giamaica la prima, immediata conseguenza della gravidanza di un'adolescente è la sua espulsione dalla scuola. Perciò, inserire le madri adolescenti nel sistema educativo formale è una priorità assoluta.

Questo sforzo è stato ricompensato da un risultato storico recente, nel maggio 2013, quando il governo ha varato la "Policy on the Re-Integration of Adolescent Mothers into the Formal Education System", per reinserire le madri adolescenti nel sistema scolastico. Questo successo, ottenuto grazie all'impegno della Fondazione dei Women's Centre della Giamaica e del ministero dell'Istruzione pubblica e al sostegno di UNFPA, consentirà a tutte le ragazze diventate madri ancora in età scolare di proseguire la loro istruzione dopo la nascita del bambino.

A partire dal settembre 2013, quando sono entrate in vigore le nuove norme, le madri adolescenti non rischiano più di vedersi negare il diritto di tornare a scuola. Gli istituti scolastici hanno

ora l'obbligo di riaccoglierle nel sistema scolastico formale dopo il parto. Le ragazze potranno inoltre scegliere se frequentare una nuova scuola o se tornare in quella che frequentavano prima.

"L'istruzione delle nostre ragazze è un punto di forza della cultura e della storia giamaicana" dice Ronald Thwaites, ministro giamaicano della Pubblica Istruzione. "Vogliamo che ogni singola ragazza possa ricevere un'educazione, qualunque sia la sua situazione, anche se è rimasta incinta e ha avuto un bambino. Vogliamo darle la possibilità di recuperare e garantirle le migliori opportunità. Il nostro è il paese delle seconde occasioni".

L'innovazione favorisce i risultati: coinvolgere gli uomini

Se è vero che affrontare i problemi delle giovani madri è la priorità principale, coinvolgere gli uomini e garantire loro informazioni e *counselling* è un altro elemento centrale del successo riscosso dalla strategia del Women's Centre.

Tra i servizi permanenti di counselling tra pari offerti dal centro, UNFPA ha sostenuto la formazione di 50 giovani uomini delle regioni giamaicane di Clarendon e Manchester. Attraverso numerose attività, i ragazzi hanno contribuito a sensibilizzare i loro pari sulle questioni riguardanti la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, la prevenzione dell'HIV e i servizi di salute sessuale riproduttiva. I ragazzi frequentavano le sedi centrali o le sezioni distaccate più vicine a casa loro, facendo regolarmente rapporto e ai loro responsabili sull'andamento delle attività.

ICPD E IL RUOLO DEGLI UOMINI

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo invita le persone che occupano posizioni di responsabilità a "...promuovere il pieno coinvolgimento degli uomini nella vita familiare e la piena integrazione delle donne nella vita della comunità", per garantire che "uomini e donne siano partner sullo stesso piano" (par. 4.24, 4.29) e osserva che è opportuno "impegnarsi in modo particolare per sottolineare la responsabilità condivisa degli uomini e per promuovere il loro attivo coinvolgimento nella genitorialità responsabile, nei comportamenti che riguardano la sfera della sessualità e della riproduzione, compresa la pianificazione familiare, la salute prenatale, materna e infantile, la prevenzione delle malattie trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV, [e] la prevenzione di gravidanze non desiderate e a rischio (par. 4.24, 4.27, 4.29).

contagio da HIV), la violenza di genere, la paternità e la salute delle madri, dei neonati e dei bambini. Le campagne più efficaci di solito vanno oltre la semplice diffusione delle informazioni e cercano di incoraggiare i ragazzi e gli uomini a parlare di questioni specifiche, come la violenza contro le donne. Alcune delle campagne migliori utilizzano anche i messaggi collegati a stili di vita improntati all'uguaglianza di genere, promuovendo o rinforzando tipi specifici di identità maschili. Le campagne massmediatiche da sole sembrano produrre un limitato cambiamento comportamentale, ma sembrano dar luogo a significativi cambiamenti nelle intenzioni comportamentali (Bard et al., 2007).

UNFPA ha collaborato allo sviluppo di *Breakaway*, un gioco elettronico sul calcio che cerca di sensibilizzare i ragazzi tra gli 8 e i 16 anni sulla violenza contro le ragazze e le donne. In *Breakaway* il giocatore deve affrontare situazioni di vita reale che si richiamano all'esperienza concreta dei ragazzi e dei bambini: la pressione esercitata dai gruppi di pari, la competizione, la collaborazione, il lavoro di squadra, il bullismo, gli stereotipi negativi di genere. Il gioco chiede ai ragazzi di compiere delle scelte in

base alle quali dovranno prendere decisioni, affrontare conseguenze, riflettere, adottare comportamenti all'interno del format del gioco e della vicenda che narra. Attraverso una partita interattiva di calcio, i giocatori imparano che le cose non sono quelle che sembrano, e che le loro scelte e le loro azioni incidono sulla vita di tutti quelli che li circondano. Pubblicato e distribuito a livello locale in Africa durante lo svolgimento dei Campionati Mondiali di calcio nel giugno 2010, il gioco oggi è diffuso in tutto il mondo via internet ed è disponibile in inglese, in francese, in spagnolo e in portoghese. Numerosi uffici nazionali di UNFPA e dei suoi partner supportano l'uso di questo strumento attraverso altre opportunità di distribuzione e di diffusione.

Conclusioni

Molte delle misure adottate dai governi, dalla società civile e dalle organizzazioni internazionali che hanno aiutato le ragazze a evitare le gravidanze non erano state specificamente studiate a questo scopo. Gli interventi multidimensionali che mirano a sviluppare il capitale umano delle ragazze, che si concentrano sulla loro capacità di prendere decisioni informate sulla salute riproduttiva e sulla sessualità, che promuovono l'uguaglianza di genere e il rispetto per i diritti umani, hanno prodotto un impatto documentabile sulla prevenzione delle gravidanze.

Molti dei programmi di cui si parla in questo capitolo sono stati monitorati e giudicati efficaci nel sostenere alcuni aspetti che favoriscono un passaggio sicuro e sano dall'adolescenza all'età adulta. Alcune categorie di intervento come, per esempio, garantire un'educazione completa alla sessualità, sono state a loro volta giudicate efficaci per migliorare la conoscenza sulla salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione, per modificare i comportamenti dei ragazzi e delle ragazze, per incrementare il ricorso alla contraccezione.

Ci sono tuttavia altre iniziative innovative, non descritte in questo capitolo, che cercano di ridurre la diffusione dei matrimoni infantili, di prolungare la permanenza a scuola delle ragazze, di modificare gli atteggiamenti sui ruoli di genere e sull'uguaglianza di genere ed incrementare la possibilità per i giovani di accedere ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione; iniziative che ancora non sono state valutate ma che meritano di essere analizzate più a fondo per stabilirne l'efficacia nel migliorare la vita delle adolescenti.

Due importanti lezioni si possono trarre dalle esperienze descritte in questo capitolo: investire nelle ragazze migliora il loro *empowerment* da molti punti di vista, tra cui quello di prevenire una gravidanza precoce; secondo, smantellare le barriere che ostacolano il godimento dei loro diritti e affrontare le cause che stanno alla base delle gravidanze precoci può trasformare in senso positivo la vita e il futuro delle ragazze coinvolte.

Le più vulnerabili tra loro, come quelle che vivono in condizioni di povertà estrema, che appartengono alle minoranze etniche o alle popolazioni native, o le giovanissime costrette al matrimonio, hanno bisogno di un aiuto in più, mentre spesso sono escluse dai programmi per lo sviluppo o per la salute sessuale e riproduttiva. Nella maggior parte dei casi, i dati contestuali e le informazioni riguardanti queste ragazze sono insufficienti o inesistenti, e troppo poco si sa sulla loro vulnerabilità e sulle difficoltà che devono affrontare. Non stupisce pertanto che ben pochi governi e organizzazioni della società civile abbiano formulato politiche, programmi o normative capaci di proteggerle e di potenziare il loro *empowerment*.

Un numero sempre maggiore di governi sta investendo sulle adolescenti in modo da aiutarle a prevenire una gravidanza precoce, ma pochi sono

FILIPPINE: VERSO UN NUOVO INIZIO

Prima di rimanere incinta quando aveva 17 anni, Geah si considerava una tipica teenager che usciva con gli amici e con il suo ragazzo, malgrado le proteste dei genitori che pensavano che doveva restare a casa, dedicarsi allo studio e finire la scuola.

Anche se non aveva intenzione di restare incinta, racconta, era felice ed emozionata all'idea di avere un bambino, come già era successo ad alcune sue amiche. Anche il suo ragazzo ne era felice, ma siccome non aveva un lavoro e dipendeva dei genitori, non poteva fare molto per aiutarla.

Un giorno che si trovava in una struttura sanitaria di Bago per un check-up è stata riconosciuta da uno dei dipendenti, che ha informato sua madre. Appena saputo della gravidanza, la donna è andata su tutte le furie, ma poi le ha promesso che l'avrebbe aiutata e l'ha accompagnata regolarmente a un centro di assistenza prenatale.

Durante la gravidanza Geah continuò a frequentare la scuola, ma dopo il parto ha smesso.

Alcuni mesi più tardi Geah, i suoi genitori e il fratellino sono stati invitati a partecipare a un corso di formazione per i genitori e i familiari sulla salute e lo sviluppo degli adolescenti, inteso a fornire loro le conoscenze e le competenze necessarie per comprendere le difficoltà a cui vanno incontro le madri adolescenti e per aiutarle a gestire le situazioni di stress. Il corso era promosso dal Salas Youth ACCESS Center istituito dall'amministrazione della città di Bago, attraverso l'Ufficio comunale per la popolazione, in collaborazione con la Fondazione Rafael Salas e con l'assistenza economica di UNFPA Filippine.

Il personale di ACCESS è costituito da giovani che hanno seguito corsi di formazione per il *counseling* tra pari e si occupa delle necessità dei ragazzi che ancora frequentano la scuola come di quelli che hanno interrotto gli studi.

Al termine dell'attività di formazione, spiega Geah, i genitori hanno compreso meglio la sua situazione e le hanno manifestato sostegno e incoraggiamento. Anche il dialogo e la comunicazione sono migliorati.

Il sostegno dei genitori e l'aiuto di ACCESS le hanno permesso di tornare a scuola. ACCESS ha anche messo a disposizione i contraccettivi per aiutarla a non avere altre gravidanze finché non avrà completato gli studi, e questo, dice lei, l'aiuterà a trovare un buon lavoro e a guadagnare a sufficienza per mantenere la sua famiglia.

—Angie Tanong, Commissione sulla popolazione

quelli che hanno investito in sistemi e in servizi volti ad aiutare una ragazza incinta o che ha avuto un bambino che siano in grado di aiutarla a proteggere la propria salute e quella di suo figlio e di sostenerla perché possa realizzare appieno il suo potenziale.



भौतिक कैलकुलेटर

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100





5

Disegnare la mappa per il progresso

Gli/le adolescenti plasmeranno il presente e il futuro dell'umanità. A seconda delle opportunità e delle possibilità di scelta in questo periodo della loro vita, potranno entrare nell'età adulta come cittadini e cittadine autonomi e attivi, oppure restare ignorati, inascoltati e soffocati dalla povertà.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

Ogni anno milioni di minorenni rimangono incinte nei Paesi in via di sviluppo ma anche, in minor misura, nei paesi maggiormente sviluppati. L'impatto sulla salute, le prospettive economiche, i diritti e il loro futuro è indiscutibile, così come le conseguenze sui loro figli, sulle famiglie e sulle comunità a cui appartengono.

Molti Stati hanno intrapreso misure volte a prevenire la gravidanza tra le adolescenti e, in alcuni casi, a sostenere le ragazze incinte. Ma fino a oggi molte iniziative miravano a modificare il comportamento della ragazza anziché affrontare i fattori determinanti e propulsivi che sono alla base, come la disuguaglianza di genere, la povertà, la violenza, la coercizione sessuale, i matrimoni infantili, l'esclusione dal sistema scolastico e dalle opportunità di lavoro, nonché gli atteggiamenti negativi o gli stereotipi che riguardano le adolescenti; inoltre, si trascurava il ruolo di ragazzi e uomini.

Nel 1994, i 179 governi rappresentati alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo, hanno riconosciuto che le insufficienti

opportunità di istruzione e di reddito sono, insieme allo sfruttamento sessuale, fattori fondamentali nel determinare gli alti tassi di fecondità tra le adolescenti. “Nei Paesi in via di sviluppo, come in quelli sviluppati, le adolescenti che non hanno possibilità di compiere scelte di vita, hanno pochi incentivi per evitare la gravidanza e il parto”. Ma le nazioni presenti alla Conferenza del Cairo hanno anche riconosciuto che le esigenze di salute riproduttiva degli/ delle adolescenti sono state “ampiamente ignorate” e hanno invitato i governi a migliorare l'accessibilità alle informazioni e ai servizi, per contribuire a tutelare le bambine e le giovani donne dalle gravidanze non desiderate, nonché ad educare i ragazzi “a rispettare l'autodeterminazione delle donne”. Nel Programma d'azione della Conferenza si sottolinea inoltre la necessità di intraprendere azioni per promuovere l'uguaglianza e l'equità di genere.

Le difficoltà che le ragazze dovevano affrontare nel 1994 persistono ancora oggi, anzi sono incrementate dalle nuove pressioni dei mass media e social media che a volte esaltano la gravidanza in età adolescenziale e rafforzano gli atteggiamenti negativi riguardanti donne e bambine. Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo indica la strada per aiutare le ragazze ad affrontare le difficoltà che permangono e le nuove che emergono.

Ma le sfide non sono le stesse per tutte le adolescenti. Se da un lato disponiamo di un insieme di dati sempre più consistente circa i determinanti della gravidanza e le sue ripercussioni sulle ragazze dai 15 anni in su, ben poche ricerche sono state effettuate sulle bambine di 14 anni o meno che rimangono incinte. Eppure l'impatto di una gravidanza su un'adolescente giovanissima è molto profondo. In diversi paesi sono già state adottate misure per prevenire la gravidanza tra le adolescenti più grandi. Ma soltanto pochissimi Stati hanno compiuto uno sforzo deliberato per raggiungere le giovanissime,

▼ *Centro per la salute rivolto ai giovani, in Guatemala.*
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



quasi sempre trascurate dai politici e dai programmi di sviluppo di tutto il mondo. Una comprensione più profonda dei problemi che devono affrontare le bambine tra i 10 e i 14 anni è urgente e necessaria, e la prevenzione della gravidanza, insieme al sostegno alle madri bambine, dev'essere ai primi posti dell'agenda di governi, istituzioni per lo sviluppo e società civile, in materia di diritti e salute sessuale e riproduttiva. È infatti in questa fascia d'età che si trovano le esigenze più pressanti e che gli ostacoli si sono rivelati fino a oggi insormontabili.

1 Raggiungere le bambine tra i 10 e i 14 anni

Intervenire in anticipo, con misure preventive

Le necessità, le vulnerabilità e le difficoltà delle adolescenti giovanissime – tra i 10 e i 14 anni – sono spesso trascurate dai responsabili delle istituzioni. Ma in questa fase critica dello sviluppo, caratterizzata dai cambiamenti profondi sul piano fisico, cognitivo e sociale, tipici della pubertà, intervenire per assicurare alle ragazze una transizione sana e sicura dall'adolescenza all'età adulta è indispensabile.

Governi, comunità locali e società civile dovrebbero cogliere l'opportunità che c'è in questo periodo formativo delle ragazze, per porre le basi della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, per il godimento dei diritti umani nel corso della loro vita. Una tempistica strategicamente mirata negli interventi preventivi, come l'erogazione di un'educazione completa alla sessualità adeguata all'età e azioni che facilitano la frequenza e la permanenza a scuola, favoriscono risultati positivi prima che le circostanze della vita delle giovanissime siano fissate una volta per tutte.

Dare visibilità a ragazze solitamente invisibili agli occhi dei politici

L'adozione di politiche efficaci è ostacolata in molti paesi dalla scarsità dei dati e delle informazioni con-

*"Mio zio veniva a letto con me.
Adesso non vado più a scuola.
A scuola non accettano
le ragazze incinte".*

Affoué, 13 anni, Costa d'Avorio

testuali che riguardano le adolescenti più giovani. Ricercatori e politici dovrebbero unire le loro forze per colmare questa mancanza, per evitare che le giovanissime siano ignorate o deliberatamente escluse dai servizi, garantendo la tutela dei loro diritti.

I censimenti nazionali e le indagini statistiche sulla famiglia dovrebbero in futuro includere una serie di domande base riguardanti la fascia di età 10-14. Tali domande dovrebbero tendere a sapere se i genitori biologici sono vivi e se fanno parte del nucleo familiare, se le adolescenti sono già sposate e a loro volta madri, quale livello di istruzione hanno raggiunto, se frequentano tuttora la scuola, se hanno già un'occupazione o lavorano fuori casa. Questi dati, laddove già esistono, dovranno essere resi più accessibili e analizzati separatamente da quelli che riguardano le adolescenti più grandi.

Inoltre, e contemporaneamente, sarebbe utile incrociare i dati sulle ragazze più giovani e sulle adolescenti più grandi osservandole dall'infanzia, attraverso l'adolescenza, per raggiungere l'età adulta. Questo tipo di analisi mette in luce infatti i punti critici della loro vita che sono preceduti da finestre di investimenti di importanza cruciale. Dati e analisi di questo tipo, sottoposti all'attenzione degli attori interessati, possono essere usati per strutturare ad hoc le misure da adottare e per stabilire le priorità dei programmi, per garantire un'adeguata allocazione di risorse, per influenzare la progetta-

zione dei programmi e anche come strumento di advocacy a livello di comunità locale per garantire che le adolescenti, sia giovanissime che un po' più grandi, ricevano ciò che spetta loro di diritto.

I programmi devono assicurare che vi sia una giusta corrispondenza fra i bisogni e ciò che viene effettivamente fornito, mediante la raccolta di dati di monitoraggio semplici ma di alta qualità, in modo da poter raggiungere, con gli input e gli interventi adeguati, le bambine nella fascia di età 10-14 anni che sono maggiormente a rischio di abbandono scolastico, matrimoni infantili, violenze e coercizioni sessuali e gravidanze precoci o non desiderate.

Sarebbero di estrema utilità le ricerche mirate a capire che cosa debbano (e vogliano) sapere gli adolescenti, maschi e femmine, più e meno giovani, e quando abbiano bisogno di saperlo, in merito alla sequenza di eventi nella loro vita e in merito alle culture di cui fanno parte: contribuirebbero a determinare la "adeguatezza all'età" e aiuterebbero a decidere, in base alle esigenze delle singole comunità, i contenuti degli interventi (Organizzazione mondiale della sanità, 2011b).

"Eravamo innamorati, pensavamo che fosse per sempre, volevamo un bambino... Quando abbiamo capito che ero incinta, ci siamo spaventati... non sai quello che ti aspetta e cosa dovrai affrontare... Ho chiuso con la scuola... Mentre allattavo, guardavo i miei compagni di scuola dalla finestra e continuavo a pensare che anch'io avrei potuto essere con loro".
Dunia, 34 anni, incinta a 17, Costa Rica

2 Investire strategicamente nell'istruzione delle adolescenti

I primi risultati di una recente valutazione globale sui progressi compiuti a livello nazionale nell'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo mostrano che a tassi più elevati di alfabetizzazione tra le ragazze nella fascia di età 15-19, si associano tassi di natalità notevolmente più bassi (UNFPA, 2013e). L'istruzione è di per sé un diritto di tutti i bambini e le bambine e migliora la loro capacità di partecipare alla vita della comunità a cui appartengono, dal punto di vista sociale, economico e politico. Una ragazza che prolunghi la frequenza scolastica e ottenga un buon livello di istruzione, soprattutto durante l'adolescenza, ha maggiori probabilità di evitare un matrimonio precoce e di differire l'età in cui avere figli. Dei 176 paesi e sette macroregioni prese in esame, l'82% ha manifestato il proprio impegno per garantire alle ragazze un equo accesso all'istruzione, a tutti i livelli, e l'81% circa dichiara di impegnarsi per far sì che sempre più bambine e adolescenti proseguano gli studi fino al termine della scuola secondaria. Seppure questo impegno è abbastanza diffuso, occorre fare molto di più perché possa raggiungere tutte le ragazze. La ricerca inoltre ha evidenziato che i tassi di natalità tra le adolescenti sono più bassi tra la popolazione a maggior reddito, ma che in qualsiasi fascia di reddito un miglior livello di istruzione tra le giovani donne si associa a tassi di natalità significativamente più bassi tra le adolescenti. Investire nell'educazione si associa inoltre al complessivo *empowerment* delle ragazze, al miglioramento della posizione sociale che occupano nelle comunità, al miglioramento della loro salute e al potenziamento delle loro capacità di trattativa all'interno del matrimonio.

Tra le azioni specifiche da intraprendere per agevolare l'ingresso e la permanenza a scuola delle

ragazze ci sono: abbonare le rette scolastiche; fornire gratuitamente divise, libri di testo e materiali; rendere gratuite le mense scolastiche; concedere borse di studio alle ragazze provenienti dalle famiglie più povere; utilizzare i versamenti di denaro condizionati per assicurarsi che le ragazze vadano a scuola, vi rimangano e ottengano risultati migliori; assumere e continuare a far lavorare le insegnanti donne; rendere sicuro l'ambiente scolastico e il tragitto da casa a scuola. La qualità dell'istruzione e il modo in cui le ragazze sono trattate dai loro compagni di scuola, dagli insegnanti e dal personale, sono altri determinanti fondamentali per la permanenza delle ragazze nella scuola. Ad agevolare la loro frequenza scolastica contribuisce anche la sensibilizzazione di genitori e familiari circa i benefici a lungo termine prodotti dall'istruzione femminile.

In molti paesi, le ragazze che rimangono incinte vengono espulse e non possono rientrare neanche dopo il parto, fatto che mina le loro opportunità per il futuro e viola uno dei loro diritti umani fondamentali. Lo studio condotto a livello mondiale sull'attuazione dei principi della Conferenza del Cairo nei vari Stati ha messo in luce che circa il 40% di tutti i paesi interessati si stava impegnando perché le ragazze incinte potessero continuare a frequentare la scuola. Per consentire alle ragazze di concludere gli studi occorre ideare, adottare e far rispettare politiche che consentano alle ragazze di rientrare a scuola dopo una gravidanza o dopo il parto, che garantiscano strutture per l'assistenza ai bambini, offrano sostegno finanziario e *counselling* alle giovani madri o forniscano forme alternative di istruzione e di formazione professionale per coloro che non rientrano nel sistema scolastico formale. Tali strategie inoltre riducono la probabilità di nuove gravidanze e migliorano le prospettive di vita della giovane madre e del suo bambino.

3 Adottare approcci basati sui diritti umani e rispettare gli obblighi internazionali sui diritti umani

Gli interventi orientati ai diritti umani possono abbattere gli ostacoli che impediscono alle ragazze di godere i loro diritti all'istruzione, alla salute, alla sicurezza, nonché di essere protette dalla violenza, dalla discriminazione e dalla povertà. Questo tipo di approccio aiuta i governi ad affrontare molte delle cause alla base delle gravidanze tra adolescenti, come la cronica disuguaglianza di genere, un accesso impari ai servizi e alle opportunità, i matrimoni infantili. Si può così contribuire al cambiamento delle forze sociali ed economiche che contrastano lo sviluppo delle adolescenti, per trasformarle in forze capaci di sostenere il loro sviluppo, autonomia, benessere ed *empowerment*.

Adottare approcci basati sui diritti umani implica anche che gli Stati, in quanto titolari di doveri, rispettino gli obblighi a cui sono tenuti in base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia e la Dichiarazione universale dei diritti umani. Gli Stati devono rispondere ai cittadini, i titolari dei diritti, garantendo che le leggi e le politiche nazionali consentano a ciascuno di esercitarli e che siano rispettati gli standard dei diritti umani compreso, tra l'altro, l'accesso alle informazioni e ai servizi sull'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva. Gli/le adolescenti dovrebbero partecipare in prima persona allo sviluppo e alle azioni di monitoraggio delle leggi e delle politiche che incidono sulla loro salute sessuale e riproduttiva.

Esporre, indagare e denunciare le violazioni dei diritti riproduttivi non darà grandi risultati se gli/le adolescenti non sono in grado di accedervi o non sanno nemmeno che esistono. Sviluppare un sistema di responsabilità che sia efficace e capace di reagire positivamente, e renderlo accessibile a tutti, è quindi di importanza cruciale. Inoltre raccogliere

e analizzare dati disaggregati per età e per reddito riguardo alle gravidanze in età adolescenziale può garantire che le leggi e le politiche affrontino nel modo più adeguato le necessità e le esigenze inascolte di servizi per tutta la popolazione, e in particolare per le adolescenti emarginate. Particolarmente scarsi sono i dati che riguardano le ragazze di 10-14 anni, eppure queste cifre sono particolarmente importanti perché possono contribuire a comprendere meglio le esigenze specifiche di questo gruppo trascurato, le loro vulnerabilità e le difficoltà che devono superare.

Durante la conferenza del Cairo, i governi di tutto il mondo hanno riconosciuto le esigenze specifiche di giovani e adolescenti e gli ostacoli peculiari che devono affrontare per accedere a servizi e informazioni di qualità sulla salute riproduttiva. Hanno concordato di rimuovere le barriere normative, legali e sociali che inibiscono l'accesso a questi servizi da parte degli/delle adolescenti. I servizi devono salvaguardare i diritti degli/delle adolescenti alla privacy e alla riservatezza, adottando i criteri delle capacità evolutive in materia di potere e autonomia decisionale.

4 Garantire l'accesso degli/ delle adolescenti a un'educazione completa alla sessualità, ai servizi e all'assistenza per la salute materna

Ampliare l'accesso a un'educazione completa alla sessualità

Un'educazione alla sessualità che sia completa e adeguata per l'età fornisce informazioni vitali su come evitare una gravidanza e il contagio da infezioni trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV; promuove inoltre l'uguaglianza di genere. Lo studio condotto a livello mondiale dalla Conferenza del Cairo dimostra che circa il 76% dei paesi si era

no impegnati per garantire un'educazione alla sessualità adeguata all'età, circa il 70% si impegnava a rivedere i piani di studi scolastici per improntarli a un'ottica di genere e il 69% sosteneva una formazione *life-skills* per i giovani all'interno dell'istruzione formale. Incrementare l'accesso a un'educazione alla sessualità completa e adeguata all'età, in modo da raggiungere ragazzi e ragazze e in generale gli/le adolescenti, che frequentino o meno la scuola, comprese le popolazioni indigene o minoranze etniche, può portare un importante contributo nel migliorare la salute dei ragazzi e delle ragazze, promuovere rapporti di genere più equi, aiutare a prevenire le gravidanze e di conseguenza permettere alle giovani di continuare a frequentare la scuola e realizzare il loro potenziale.

Consolidare l'uguaglianza di genere e l'attenzione ai diritti all'interno dei programmi scolastici

Le ricerche dimostrano che i programmi di educazione completa alla sessualità che hanno prodotto i maggiori effetti dal punto di vista della riduzione delle gravidanze delle adolescenti e delle infezioni a trasmissione sessuale sono stati quelli che affrontavano le questioni di genere e di potere (Haberland and Rogow, 2013). Gli studi condotti sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli più sviluppati confermano che i/le giovani che credono nell'uguaglianza di genere vantano una miglior salute sessuale dei loro pari (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

Pertanto, un'educazione completa alla sessualità dovrebbe affrontare in modo significativo le questioni di genere e dei diritti. I giovani che adottano atteggiamenti egualitari sui ruoli di genere hanno, rispetto ai loro pari, maggiori probabilità di iniziare più tardi l'attività sessuale, di usare il preservativo, di praticare la contraccezione; presentano minori

tassi di infezioni trasmesse per via sessuale e gravidanze non desiderate (Dupas, 2011).

L'educazione alla sessualità inoltre ha maggiori probabilità di risultare efficace nel proteggere la salute delle adolescenti e nell'evitare le gravidanze se è completa e adeguata all'età, se poggia su fatti e se si basa sui diritti umani, se è improntata alla sensibilità per il genere; promuove un maggior livello di istruzione e il pensiero critico alimenta l'impegno civile ed è culturalmente adeguata.

Per quanto riguarda le adolescenti emarginate, comprese quelle che vivono in condizioni di povertà estrema e le ragazze sposate, il quadro resta sconsolante. Pochissimi sono i programmi che raggiungono questi gruppi, specie quello delle adolescenti che non frequentano la scuola. È quindi essenziale sviluppare programmi extra-scolastici.

Stabilire, rinforzare e incrementare l'accesso ai servizi per la salute utilizzabili dalle adolescenti

Le ragazze hanno bisogno di una serie di sostegni, programmi e servizi, compresi i servizi per la salute. Ma i servizi pensati ad hoc per le esigenze specifiche delle adolescenti sono limitati in molti settori, anche se il 78% dei paesi oggetto dell'indagine afferma il proprio impegno a incrementare l'accesso a servizi completi di salute sessuale e riproduttiva per le adolescenti, sposate o meno (UNFPA, 2013e). Anche laddove i servizi rivolti espressamente alle adolescenti sono disponibili, spesso le ragazze non possono accedervi per motivi che vanno dalla posizione geografica scomoda a orari di apertura non adatti, dai costi alla disapprovazione di cui sono fatte oggetto nelle comunità a cui appartengono. Inoltre molte si rifiutano di servirsi se vengono trattate male dagli operatori.

I politici che si impegnano a incrementare l'accesso all'utilizzo dei servizi da parte degli/delle



©Mark Tuschman/Packard Foundation

adolescenti dovrebbero garantire una formazione specifica degli operatori per interagire con loro, il rispetto della riservatezza e l'offerta di una informazione completa, accurata e basata su dati di fatto. I servizi che si rivolgono in particolare alle adolescenti dovrebbero inoltre offrire metodi contraccettivi a basso costo o gratuiti, compresi i preservativi maschili e femminili, la contraccezione d'emergenza e tutta la gamma dei metodi moderni compresi i metodi reversibili ad azione prolungata, per andare incontro alle preferenze e alle esigenze delle giovani.

Il miglioramento dell'erogazione dei servizi dovrebbe andare di pari passo con una forte mobilitazione della comunità di appartenenza e con lo sforzo di raggiungere specificamente per informarli sui servizi a loro disposizione e sulle modalità per usufruirne. I progetti che utilizzano i voucher possono aiutare gli/le adolescenti svantaggiati/e ad accedere a servizi di cui altrimenti non potrebbero usufruire per via del loro costo. Anche il contatto con la comunità di provenienza è indispensabile per sen-

sibilizzare, supportare i servizi dedicati e ridurre lo stigma di disapprovazione che si associa spesso alle persone di una determinata età o alle persone non sposate che chiedono la contraccezione o che sono sessualmente attive.

Particolarmente importante è tenere presente la diversità delle esigenze dei/delle giovani e dei contesti in cui vivono: l'offerta deve essere modulata su misura, e non genericamente uguale. Alcuni/e preferiscono accedere ai servizi attraverso canali come le strutture sanitarie, mentre altri/e possono preferire un accesso attraverso la scuola, le farmacie o altre strutture disponibili all'interno della comunità. Fondamentale è garantire standard comuni di elevata qualità e di riservatezza, a prescindere dal canale, e mirare al tempo stesso a integrare, implementare e monitorare costantemente un pacchetto essenziale di servizi per giovani all'interno dei servizi della salute già esistenti, al fine di assicurare la loro sostenibilità.

Ancora, occorre approfondire un impegno particolare per identificare e raggiungere le adolescenti più vulnerabili, che corrono maggiormente il rischio di affrontare una gravidanza troppo presto o di riportare danni alla salute. Poiché tra le ragazze sposate è altissima la domanda inesausta di contraccezione, rispetto agli altri gruppi di età, raggiungerle all'interno degli sforzi già esistenti, per garantire la pianificazione familiare e i contraccettivi, sarebbe un passo importantissimo dal punto di vista dei diritti, del conseguimento dell'equità e dei risultati per la salute, oltre che dell'efficienza interna dei sistemi.

Quando i servizi per la salute sono di buona qualità, economicamente accessibili e improntati alla sensibilità verso le peculiari circostanze delle adolescenti, quando c'è il sostegno della comunità di appartenenza, quando riescono a raggiungere i/le giovani e offrono sistemi innovativi per rinviare a

servizi più specialistici chi ne ha necessità, i ragazzi e le ragazze se ne servono.

Allo stesso tempo, occorre intraprendere nuove misure per modificare l'atteggiamento maschile nei confronti della salute sessuale e riproduttiva delle ragazze e dei loro diritti. In molti casi, i partner limitano loro l'accesso ai servizi o si rifiutano di ricorrere alla contraccezione; in altri casi si limita la possibilità degli uomini di usufruire dei servizi di salute riproduttiva, rafforzando i pregiudizi secondo cui è esclusivamente una faccenda di competenza femminile.

La Strategia di UNFPA per Adolescenti e Giovani considera prioritarie quelle azioni che mirano a migliorare la qualità dei servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresi i servizi per l'HIV, per i/le adolescenti. Tra queste, il sostegno alle azioni di *advocacy* per eliminare le barriere legali e politiche che ostacolano l'accesso ai servizi per la salute; la collaborazione con i governi, con la società civile e con i/le giovani per sviluppare e consolidare programmi nazionali che erogino servizi di qualità per la salute sessuale e riproduttiva e per potenziare la capacità di leadership e la possibilità di farsi sentire in questo processo.

Incrementare l'accessibilità e l'utilizzo da parte delle ragazze delle cure prenatali, dei parti assistiti da personale qualificato e dei servizi post-aborto

Lo stesso stigma e gli stessi ostacoli economici, geografici e sociali che impediscono alle ragazze di accedere alla contraccezione spesso impediscono loro anche l'uso, in gravidanza, dei servizi che possono proteggere la loro salute e quella dei loro bambini.

Garantire che l'assistenza di qualità prenatale, durante il parto e post-partum sia accessibile, equa ed economica può ridurre i costi per la salute delle adolescenti e dei loro bambini. L'accesso alle cure

ostetriche d'emergenza è particolarmente importante per prevenire la mortalità e la morbilità materna, compresa la fistola ostetrica.

Ogni anno almeno 3,2 milioni di aborti a rischio nei Paesi in via di sviluppo riguardano le adolescenti nella fascia d'età 15-19 (Shah and Ahman, 2012). Da questi aborti deriva un rischio ancora maggiore di lesioni, di patologie e di morti materne. I servizi post-aborto dovrebbero quindi essere a disposizione di tutte le adolescenti. Dove è legale, l'aborto dovrebbe essere sicuro e accessibile. Favorire l'accesso alla contraccezione serve non solo a prevenire l'aborto, ma può anche evitare decessi e lesioni derivanti dalle complicazioni della gravidanza e del parto (UNFPA, 2012a).

Le adolescenti che partoriscono corrono maggiori rischi di intraprendere una seconda gravidanza subito dopo la prima. Gli operatori dei servizi dedicati potrebbero aiutarle a prevenire o a distanziare le nuove gravidanze, offrendo la contraccezione alle ragazze che hanno partorito o che hanno subito un aborto. Aumentare l'accessibilità dei metodi reversibili di lunga durata può contribuire a evitare nuove gravidanze non desiderate.

5 Prevenire i matrimoni infantili, la violenza e la coercizione sessuale

Approvare e far rispettare leggi che vietino i matrimoni infantili e che cerchino di risolverne le cause

Dalla Conferenza del Cairo (1994) in poi sono 158 i paesi che hanno introdotto leggi per innalzare l'età legale del matrimonio a 18 anni, ma le leggi non sono rispettate non producono un grande impatto. Oggi si calcola che 67 milioni di ragazze in tutto il mondo si sono sposate prima di aver compiuto diciott'anni (UNFPA, 2013e). La stragrande maggioranza delle gravidanze adolescenziali dei Paesi in via di sviluppo avviene all'interno del matrimonio.

"Quando sono andata a chiedere di abortire, mi hanno chiesto 15.000 dirham, circa \$1.800, che io non avevo... Ho chiesto aiuto ai miei genitori, ma non me l'hanno dato. Quando la mia condizione ha iniziato a essere evidente mi hanno cacciato di casa e io non ho potuto farci niente".

Anonima, 18 anni, Marocco

Mettere fine alla pratica dei matrimoni infantili non soltanto contribuisce a tutelare i diritti delle ragazze, ma potrebbe fare moltissimo per ridurre la diffusione delle gravidanze precoci.

L'obiettivo è la tolleranza zero verso i matrimoni infantili. Ma nell'attesa che questa aspirazione diventi realtà, milioni di giovanissime diventeranno spose e madri bambine. Queste ragazze occupano una posizione difficile e spesso trascurata all'interno della società e ricevono scarsa o nessuna attenzione dai programmi di tutela sociale. Pur essendo ancora bambine – dal punto di vista dello sviluppo biologico, fisico, psicologico ed emotivo – il loro stato civile indica la fine della loro condizione infantile e le rende adulte agli occhi delle società. Né i programmi orientati verso i giovani, né quelli che coinvolgono le donne adulte si rivolgono quasi mai alla singolare condizione delle bambine sposate o alle esigenze di quelle che rischiano di essere coinvolte in un matrimonio infantile, a meno che non lo facciano in modo pianificato e deliberato.

Attuare leggi che proibiscano i matrimoni infantili è un primo passo molto importante. Ma se quelle leggi non sono fatte rispettare e non sono sostenute dalle singole comunità, restano lettera morta. Per mettere fine ai matrimoni infantili occorre com-



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

binare un'ampia gamma di interventi per fornire risposte multisettoriali e a più livelli, in particolare al livello delle singole comunità, se si vogliono modificare le norme sociali dannose e favorire l'*empowerment* delle ragazze. La tempistica è fondamentale: gli interventi, soprattutto quelli riguardanti la scolarizzazione e l'*asset-building* delle giovanissime devono essere diretti verso le adolescenti tra i 10 e i 14 anni – prima o all'incirca nel periodo della pubertà – se si vogliono contrastare le pressioni esercitate su di loro per farle sposare e avere dei figli in nome della sicurezza economica e sociale. I programmi così orientati hanno dato risultati tangibili, a livello di comunità locali, anche in un breve arco di tempo.

Nello specifico, governi, società civile, responsabili delle comunità locali e famiglie che intendano seriamente mettere fine alla pratica dei matrimoni infantili dovrebbero tenere presente che occorre:

- aiutare le ragazze ad andare a scuola, continuare a frequentarla e apprendere competenze con le quali potranno in futuro guadagnarsi da vivere, comunicare meglio, gestire trattative e prendere decisioni che le riguardano direttamente;

- avviare programmi rivolti ai leader locali, a quelli religiosi e ai genitori per incrementare il loro sostegno ai diritti delle bambine, alla loro educazione, a matrimoni differiti e alla modifica di norme e prassi dannose;
- sostenere programmi che diano alle bambine alternative al matrimonio, come spazi sicuri in cui costruire la propria capacità di azione, aiutarle a superare l'isolamento sociale, permetterle di interagire con i loro pari e con le loro figure guida, apprendere quelle *life skills* che sono di importanza cruciale nella vita e prendere in esame aspirazioni che non implicino un matrimonio in età infantile o una maternità troppo precoce;
- offrire piccoli finanziamenti in contanti condizionati alla frequenza scolastica delle ragazze o piccoli versamenti senza alcuna condizione per favorire la prevenzione dei matrimoni infantili e delle gravidanze;
- fornire informazioni su tutte le possibili opzioni per la loro vita e sullo sviluppo di progetti di vita;
- far rispettare le leggi sull'età minima per il matrimonio e sensibilizzare la comunità locale in questa direzione;
- registrare tutte le nascite e i matrimoni, per poter identificare più facilmente i matrimoni infantili e far rispettare le leggi già esistenti sulle registrazioni anagrafiche;
- garantire la formazione dei funzionari incaricati di far rispettare le leggi perché imparino a identificare e a gestire i casi di matrimoni infantili e perché mettano i colpevoli di fronte alle loro responsabilità, in base alla legge.

Proteggere le ragazze dalla violenza e dalla coercizione

Un numero imprecisato di ragazze in tutto il mondo restano incinte in seguito a un atto di violen-

za sessuale o coercizione sessuale. Le giovanissime incinte inoltre sono maggiormente a rischio di divenire vittime di violenze di genere, solitamente commesse dai partner o da altre persone della loro cerchia più stretta. In alcune aree, i colpevoli possono evitare la punizione e il disonore della famiglia sposando le loro vittime.

Ma per mettere fine alle violenze, non basta attuare e far rispettare le leggi e perseguire i colpevoli, chiunque siano. Sono indispensabili anche misure preventive. Come già detto per molti dei determinanti delle gravidanze in età adolescenziale, le soluzioni nel lungo periodo devono essere multi-dimensionali e affrontare i problemi che stanno alla base, come la disuguaglianza di genere, gli atteggiamenti negativi degli uomini e dei giovani verso le ragazze, le norme che perpetuano violenze e impunità, la povertà che spinge le bambine ad avere rapporti sessuali come strategia di sopravvivenza, l'inadeguata tutela dei diritti umani.

Ma i governi e gli altri attori interessati devono anche pensare a misure quali:

- sensibilizzare i ragazzi, non solo le ragazze, sui temi della violenza sessuale, della violenza di genere e della coercizione sessuale, attraverso iniziative dedicate espressamente ai giovani, come sport, programmi di *life-skills* e di sostegno tra pari, organizzazioni di *mentoring*, prevenzione dell'HIV ed educazione alla salute riproduttiva, reti di social networks e gruppi di discussioni rivolti a ragazzi e giovani;
- modificare l'educazione alla sessualità e i programmi formativi di *life-skills* perché inseriscano discussioni ampie sul tema della violenza, della coercizione, dei diritti umani e della costruzione di rapporti sani;
- programmare interventi nelle scuole per modificare le convinzioni sbagliate e far crescere la

consapevolezza circa i diritti delle adolescenti e le questioni che riguardano l'uguaglianza di genere;

- migliorare le risposte del settore sanitario e l'attuazione delle leggi con un lavoro che incrementi la competenza degli operatori, i loro atteggiamenti e le loro prassi, compresa la capacità di individuare i casi di violenza e di offrire le risposte più adeguate;
- adottare misure legali e politiche intese a prevenire la violenza sessuale, a favorire la riabilitazione e gli indennizzi spettanti alle vittime, indagare, perseguire e punire i colpevoli;
- aggiungere ai programmi dedicati all'*empowerment* economico delle adolescenti e ai programmi che coinvolgono uomini e ragazzi, attività di sensibilizzazione sulla coercizione sessuale e sulla violenza;
- sostenere programmi che mirano a costruire, per le ragazze più svantaggiate, una serie di risorse economiche, sociali e di salute con l'obiettivo di ridurre la vulnerabilità alla violenza sessuale o alla necessità di accettare transazioni sessuali per mantenersi;
- indagare, perseguire e punire i colpevoli delle violenze con la massima severità prevista dalla legge.

"Adesso, ripensandoci... ricordo tanti obiettivi che avrei voluto per me stessa, ma che non ho potuto raggiungere".

Jessica, 39 anni, incinta a 18 anni, USA

6 Sostenere programmi multi-livello

Affrontare tutte le cause delle vulnerabilità delle ragazze

Per essere efficaci, le misure volte a prevenire le gravidanze devono agire su più livelli. Gli interventi che si concentrano su un obiettivo ristretto sono insufficienti, e gli sforzi che mirano a cambiare il comportamento delle ragazze non riescono a tenere conto della natura multi-dimensionale di questa sfida. Mantenere le ragazze su una strada sana e sicura, in cui possano affermare la propria personalità, esige investimenti complessivi, strategici e mirati; investimenti che affrontino le molte cause della loro vulnerabilità. Tali cause possono variare a seconda dell'età, del reddito, del luogo di residenza e di molti altri fattori. Occorrono inoltre sforzi ben precisi per riconoscere le diverse circostanze in cui versano le adolescenti e identificare quelle che corrono maggiori rischi di una gravidanza precoce riportando conseguenze negative per la salute. Questi programmi multisettoriali sono indispensabili per costruire le risorse umane necessarie in tutti i campi – salute, istruzione e possibilità futura di

percepire un reddito – e favoriscono l'*empowerment* delle ragazze attraverso reti di sostegno sociale, migliorando la loro posizione all'interno della famiglia, della comunità e dei rapporti con il partner. Questi programmi non soltanto devono intervenire contemporaneamente su più settori, ma devono anche operare a diversi livelli, da quello individuale e di comunità locale sino a quello dei governi nazionali. Si tratta di investimenti che assorbono tempo e risorse in misura significativa. Ma se riescono a raggiungere in tempo le ragazze, possono portare un miglioramento decisivo nelle loro vite e incrementare il contributo che possono dare alle loro famiglie e alle loro comunità.

I responsabili delle istituzioni politiche e quelli dei programmi dovrebbero puntare sulle nuove opportunità offerte dall'impegno su più ampia scala in altri settori, in particolare nel campo dell'educazione, della salute e della riduzione della povertà. Una decisa coordinazione tra diversi settori è indispensabile per promuovere una maggiore sinergia e ottimizzare l'impatto degli sforzi compiuti. È indispensabile agire per prevenire le gravidanze tra le adolescenti ma anche per migliorare l'impatto generale sulle ragazze.

7 Coinvolgere gli uomini e i ragazzi

Adottare approcci gender-transformative

Molti paesi hanno adottato approcci di tipo *gender-sensitive*, sensibili alle questioni di genere, per raggiungere un'ampia gamma di obiettivi per lo sviluppo, come il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva. Questi approcci considerano le necessità specifiche della realtà di uomini e donne, ragazze ragazze, ma non cercano necessariamente di cambiare o di influenzare i rapporti di genere. I programmi di tipo *gender-transformative* – quelli cioè che cercano di mettere in discussione le norme



©UNFPA/Matthew Cassel

sociali che sono alla base della percezione dei ruoli di genere e delle responsabilità – si sono dimostrati molto più efficaci dal punto di vista dell’impatto sui programmi per la salute sessuale e riproduttiva. Affrontando le cause che stanno alla radice della disuguaglianza di genere, gli approcci di questo tipo ottengono più facilmente cambiamenti a lungo termine in settori come la salute sessuale e riproduttiva, anche delle adolescenti. Le iniziative che non si occupano delle norme sociali rischiano di trattare i sintomi, ma non di affrontare le cause alla base della disuguaglianza (UNFPA, 2013b). Se non si lavora con gli uomini e con i ragazzi, la discriminazione, le violenze e la disuguaglianza continueranno.

Coinvolgere i ragazzi prima che i loro atteggiamenti sul genere e sulla sessualità si consolidino

Lavorare con gli adolescenti maschi è essenziale per fornire loro gli strumenti indispensabili a costruire la loro vita all’insegna dell’uguaglianza di genere. Occorre dare opportunità e conoscenze sufficienti per mettere i ragazzi, specie i maschi, nella condizione di discutere le norme di genere, gli stereotipi e le pratiche pericolose e dannose. Inoltre rivolgersi agli adolescenti attraverso un’educazione completa alla sessualità, adeguata alla loro età, che permetta loro di riflettere e di discutere le norme predominanti in tema di virilità e femminilità, è un modo fondamentale per garantirsi generazioni future di uomini che abbiano una mentalità improntata all’uguaglianza di genere.

È opportuno coinvolgere i ragazzi nello sviluppo di strumenti adeguati alla loro età e di approcci per promuovere l’uguaglianza di genere, la salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e i loro diritti riproduttivi. Comunicare messaggi positivi – il cambiamento è possibile, i ragazzi possono influenzare positivamente non soltanto le loro vite ma an-

che quelle delle ragazze – può far crescere la partecipazione dei ragazzi e la loro capacità di rispondere in modo positivo.

All’interno dei corsi scolastici di educazione sessuale adeguata all’età, i giovani, in particolare i ragazzi e gli adolescenti maschi, dovrebbero trovare una guida autorevole e la possibilità di ragionare sulle convinzioni dominanti della “mascolinità” e sulle aspettative che ne derivano, ma anche migliorare le loro capacità di empatia e alimentare principi di rispetto e di uguaglianza. Le ricerche dimostrano che i ragazzi iniziano a consolidare le loro percezioni in materia di sessualità e di rapporti intimi durante l’adolescenza e che spesso queste concezioni vengono mantenute fino all’età adulta.

Coinvolgere anche i padri

I padri svolgono un ruolo cruciale nell’aiutare i figli a passare in modo felice dall’adolescenza all’età adulta e hanno la possibilità di rappresentare modelli di ruolo positivi, incoraggiando i ragazzi a diventare adulti sensibili alle problematiche di genere.

8 **Porre le basi per sostenere la salute delle adolescenti e i loro diritti dopo il 2015**

Nell’agenda per lo sviluppo post-2015: sostenere obiettivi, target e indicatori per incrementare l’empowerment delle ragazze, lotta ai matrimoni infantili, tutela della salute sessuale e riproduttiva

Ci sono ancora poco più di due anni per realizzare gli Obiettivi per lo sviluppo del millennio delle Nazioni Unite (MDGs).

Governi, organizzazioni della società civile, Nazioni Unite e altri importanti attori stanno già formulando un’agenda per lo sviluppo sostenibile che prosegua e sostituisca gli MDGs dopo il 2015. Quel che è già stato concordato dal System Task

Team delle Nazioni Unite a riguardo è che la struttura successiva si dovrà basare sui principi dei diritti umani, dell'uguaglianza e della sostenibilità.

Nel dicembre 2012, UNFPA ha raccomandato che l'agenda post-2015 riconosca e inserisca l'uguaglianza di genere all'interno della struttura dei diritti umani, in tutti i suoi obiettivi, poiché è essenziale per eliminare la disuguaglianza e necessaria per potenziare la sostenibilità degli sforzi per lo sviluppo (UNFPA, 2013f).

In un approccio allo sviluppo, basato sui diritti umani, le persone, comprese le donne e i giovani, non sono considerati destinatari passivi di beni, servizi o benefici, ma piuttosto come titolari di diritti, e quindi soggetti di cui potenziare l'*empowerment*. Come titolari dei diritti promuovono la sostenibilità dello sviluppo, hanno il potere di prendere decisioni, di influenzare i processi politici e di richiamare i governi alle loro responsabilità.

Lo Stato, in quanto principale titolare di doveri deve rispettare gli obblighi corrispondenti, proteggere e realizzare i diritti umani, compresi i diritti riproduttivi. Gli approcci basati sui diritti umani richiedono inoltre che si istituiscano e si rafforzino sistemi nazionali indipendenti che rendano conto della loro tutela.

UNFPA ha raccomandato anche che l'agenda post 2015 sostenga i diritti dei/delle giovani ed esorti a investire nell'educazione di qualità, in opportunità di lavoro dignitose, nella costruzione di competenze per il lavoro e per la vita di tutti i giorni, nell'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e nell'educazione completa alla sessualità, al fine di rafforzare la resilienza individuale e di creare circostanze favorevoli in cui aumentino le possibilità di realizzare appieno il proprio potenziale. Adolescenti e giovani, specie se si tratta di ragazze povere, provenienti dalle aree rurali e appartenenti a minoranze indigene, non hanno accesso adeguato

alle informazioni e ai servizi sulla salute sessuale e riproduttiva necessari per evitare le gravidanze non volute, gli aborti a rischio e le infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV. La domanda inevasa di contraccezione resta ancora molto alta e continua a salire. Molte adolescenti sono esposte al rischio di matrimoni precoci, rapporti sessuali forzati e altre pratiche dannose, come la mutilazione dei genitali femminili e il traffico di esseri umani. Si tratta di gravi violazioni dei diritti umani che provocano gravissimi effetti sul piano psicosociale, riducendo la possibilità che queste ragazze completino la loro educazione, sviluppino competenze spendibili nel mondo del lavoro e partecipino a pieno titolo allo sviluppo delle loro comunità e del loro paese.

Nel maggio 2013, 27 partecipanti ad un Panel di alto livello per l'agenda di sviluppo post-2015 hanno redatto, su incarico del Segretario Generale, un rapporto contenente le raccomandazioni sui passi successivi da compiere (Nazioni Unite, 2013). Il rapporto è dedicato soprattutto alle dimensioni della crescita economica, dell'uguaglianza sociale e della sostenibilità ambientale. I "nuovi obiettivi e target dovranno essere basati sul rispetto dei diritti umani" e l'agenda post-2015 dovrà presentare "un numero limitato di obiettivi e target ad altissima priorità... sostenuti da indicatori misurabili".

Tra gli obiettivi universali proposti ci sono l'*empowerment* delle ragazze e delle donne e il raggiungimento dell'uguaglianza di genere, con la fine dei matrimoni infantili come indicatore essenziale del conseguimento dell'obiettivo.

Un altro traguardo proposto è quello di garantire istruzione di qualità ed educazione permanente, cosicché i bambini e le bambine "a prescindere dalle circostanze" abbiano accesso all'istruzione secondaria di base. L'obiettivo proposto, assicurare a tutte le persone una vita sana, include un indicatore

per assicurare l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi.

A partire dalla fine del 2012, inoltre, si sono svolte consultazioni a livello nazionale e regionale per l'inserimento nell'agenda post-2015 dell'*empowerment* delle donne, dell'uguaglianza, della salute sessuale e riproduttiva e dei diritti di tutti gli adolescenti e in particolare delle ragazze.

I governi che si impegnano a promuovere l'*empowerment* delle adolescenti, a tutelare i loro diritti all'educazione e alla salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva – tutti fattori che possono produrre un impatto fortissimo sulle gravidanze in età adolescenziale – dovrebbero prendere in considerazione l'idea di sostenere gli obiettivi e gli indicatori proposti dal Panel sull'agenda post-2015 per lo sviluppo.

Verso l'empowerment delle adolescenti e la realizzazione delle loro potenzialità

Gli/le adolescenti plasmeranno il presente e il futuro dell'umanità. A seconda delle opportunità e delle possibilità di scelta in questo periodo della loro vita, potranno entrare nell'età adulta come cittadini e cittadine autonomi e attivi, oppure restare ignorati, inascoltati e soffocati dalla povertà.

Quando nella vita di un'adolescente interviene una gravidanza, questo fatto può devastarne la salute, lo sviluppo fisico e impedirle di raggiungere il suo pieno potenziale e di godere dei suoi diritti umani fondamentali. Le conseguenze si ripercuotono spesso per tutta la durata della vita e addirittura sulla generazione successiva.

Le esperienze fatte con i programmi più efficaci dimostrano che un netto cambiamento di mentalità è indispensabile, e che occorre spostarsi dagli interventi strettamente mirati, che si concentrano sulle ragazze o sulla prevenzione della gravidanza,



per andare verso approcci più comprensivi, volti a costruire il capitale umano delle ragazze, concentrati sulla loro capacità autonoma di prendere le decisioni che le riguardano (anche sulle questioni della salute sessuale e riproduttiva) e offrire loro opportunità concrete perché non vedano nella gravidanza l'unico possibile destino. Questo nuovo paradigma dovrebbe invece puntare sulle circostanze, sulle condizioni, sulle norme, sui valori e sulle forze strutturali che perpetuano il dramma delle gravidanze giovanili da una parte e che isolano ed emarginano le ragazze incinte dall'altro.

Gli interventi che hanno la capacità di ridurre la vulnerabilità alle gravidanze precoci, soprattutto tra le ragazze più povere, meno istruite ed emarginate, sono quelli che si basano sui principi dell'equità, dell'uguaglianza e dei diritti. Investire sulle ragazze, sulla costruzione del loro capitale umano e sulla

▲ Questa giovane operatrice tra pari lavora con i servizi sanitari di zona per coinvolgere i ragazzi e gli adolescenti etiopi e mettere a loro disposizione i contraccettivi e le informazioni sul loro uso.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

loro capacità decisionale può produrre un enorme ritorno in termini sociali ed economici per gli individui, le famiglie, le comunità e le nazioni.

Le ragazze devono poter accedere ai servizi e alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva. Non devono essere gravate da pressioni economiche e sociali che troppo spesso si traducono in una gravidanza, né dalle condizioni di povertà, cattiva salute e potenziale umano non realizzato. Le ragazze incinte hanno bisogno di sostegno, non di disapprovazione.

L'impegno di tutti i soggetti interessati – famiglie, comunità, scuole, operatori sanitari e altri ancora – è essenziale per produrre un cambiamento basato sulla riformulazione delle norme sociali, delle tradizioni e delle pratiche che perpetuano la gravidanza nelle adolescenti e compromettono il loro futuro. Se collaborano tra loro, tutti insieme gli agenti interessati potranno esercitare pressioni sulla volontà politica di investire nell'*empowerment* delle adolescenti e aiutarle a costruire una personalità autonoma.

Ciascuno ha il proprio ruolo. I media e l'industria dell'intrattenimento possono contribuire trasmettendo immagini positive di ragazze e donne. I governi possono dedicarsi con nuova energia all'eliminazione dei matrimoni infantili e della violenza di genere. I genitori dovranno essere particolarmente attenti ai messaggi discriminatori di genere che trasmettono ai figli e alle figlie. Gli *opinion leader*, i responsabili delle comunità locali, gli insegnanti e gli operatori delle strutture sanitarie dovranno rafforzare il messaggio secondo cui tutti i bambini e le bambine hanno lo stesso valore e gli stessi diritti a salute, istruzione, partecipazione e pari opportunità.

I responsabili delle istituzioni devono coinvolgere le ragazze – e i ragazzi – nella progettazione, implementazione e valutazione delle misure per prevenire la gravidanza o per gestirla. Parlare con le

ragazze e ascoltarle, capire in profondità i bisogni, le difficoltà e le vulnerabilità è imperativo. Secondo i 179 governi che hanno sposato il Programma d'azione della Conferenza del Cairo nel 1994, le azioni volte a portare benefici alle adolescenti “si sono dimostrate più efficaci quando hanno garantito il pieno coinvolgimento degli/delle adolescenti nell'identificare le loro esigenze di salute sessuale e riproduttiva e nel progettare programmi che rispondono a tali esigenze”.

È essenziale costruire una società improntata all'uguaglianza di genere, in cui le ragazze siano autonome, istruite, sane e protette dai matrimoni infantili, vivano una vita dignitosa e sicura e siano in grado di prendere decisioni sul loro futuro ed esercitare i loro diritti.

UNFPA si impegna a sostenere i diritti di tutte le ragazze a crescere libere da disuguaglianze di genere e discriminazioni, violenze, matrimoni infantili, gravidanze, perché possano effettuare un passaggio sicuro, sano e felice dall'adolescenza all'età adulta. L'infanzia non deve mai essere devastata dalla maternità.

“La gravidanza non è come andare a una festa che poi finisce... Incide sui nostri studi e scatena conflitti familiari... Prima ancora di pensare ad avere rapporti sessuali, sarebbe meglio pensare sempre alle conseguenze... al futuro. È importante essere preparati... e sapere quello che vogliamo: solo allora possiamo prendere le nostre decisioni”.

Valeria, 15 anni, Nicaragua

Indicatori

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati pagina 100

Indicatori demografici pagina 106

Note pagina 109

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Afghanistan	460	36	90	92	22	16			34	13	
Albania	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Algeria	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Angola	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Antigua and Barbuda		100	67	11				87	85	85	85
Argentina	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Armenia	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Aruba			36	17				93	96	70	74
Australia ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Austria	4	99	10	4	70	68					
Azerbaijan	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Bahamas	47	99	41	13				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Barbados	51	100	50	12				90	97	83	95
Belarus	4	100	21	7	73	56					
Belgium	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Belize	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Benin	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Bhutan	180	58	59	48	66	65	12	89	92	54	62
Bolivia (Plurinational State of)	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Bosnia and Herzegovina	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Botswana	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Brazil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	10	18	5						98	100
Bulgaria	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Burundi	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Cambodia	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Cameroon, Republic of	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
Canada	12	99	14	5	74	72		100	100		
Cape Verde	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
Central African Republic	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
Chad	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Chile	25	100	54	7	64			93	93	83	87
China ²	37	96	6	16	85	84	2				
China, Hong Kong SAR ³			3	3	80	75		95	100	72	74
China, Macao SAR ⁴			3	5				87	88	80	77
Colombia	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Comoros	280		95	92	26	19	36	81	75		
Congo, Democratic Republic of the	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Congo, Republic of the	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Costa Rica	40	95	67	10	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Croatia	17	100	13	6				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Curaçao				13							
Cyprus	10	98	4	4				99	99	88	90
Czech Republic	5	100	11	3	86	78	4				
Denmark	12	99	6	4				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Dominica		100	48					96	97	80	89
Dominican Republic	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
Ecuador	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
Egypt	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
El Salvador	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Equatorial Guinea	240		128	143	10	6		59	59		
Eritrea	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Estonia	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
Ethiopia	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
Fiji	26	100	31	20				99	99	81	88
Finland	5	99	8	3				98	98	93	94
France	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
French Guiana			84	14							
French Polynesia			41	8							
Gabon	230		144	65	31	19	28				
Gambia	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Georgia	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Germany	7	99	9	4	66	62		100	100		
Ghana	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Greece	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Grenada	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Guadeloupe			21	6							
Guam			52	11	67	58					
Guatemala	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Guinea	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Guinea-Bissau	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Guyana	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
Haiti	350	26	69	67	35	31	37				
Honduras	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Hungary	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Iceland	5		15	3				99	99	88	89
India	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Indonesia	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Iran (Islamic Republic of)	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Iraq	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Ireland	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Israel	7		14	4				97	98	97	100
Italy	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Jamaica	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Japan	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Jordan	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Kazakhstan	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Kenya	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Kiribati		98	39	42	22	18	28			65	72
Korea, Democratic People's Republic of	81	100	1	28							
Korea, Republic of	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Kuwait	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
Kyrgyzstan	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Lao People's Democratic Republic	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
Latvia	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Lebanon	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Lesotho	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Liberia	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Libya	58	98	4	16	45	26					
Lithuania	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Luxembourg	20		7	3				94	96	85	88
Madagascar	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Malaysia	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Maldives	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Mali	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Martinique			20	7							
Mauritania	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Mauritius ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
Mexico	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
Micronesia (Federated States of)	100	100	52	40							
Moldova, Republic of	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Mongolia	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Montenegro	8	100	24	10	39	17		93	94		
Morocco	100	74	18	32	67	57	12	97	96	38	32
Mozambique	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Myanmar	200	71	17	63	46	46	19			49	52
Namibia	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Nepal	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Netherlands	6		5	4	69	67		100	99	87	88
New Caledonia			21	15	75	72					
New Zealand	15	96	29	5				99	100	94	95
Nicaragua	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Niger	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Nigeria	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Norway	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Oman	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Pakistan	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Panama	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Papua New Guinea	230	43	70	62	32	24	27				
Paraguay	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Peru	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Philippines	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Poland	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Portugal	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Puerto Rico			55	8	84	72	4	81	86		
Qatar	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
Réunion			43	5	67	64					
Romania	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
Russian Federation	34	100	30	12	80	65		95	96		
Rwanda	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
Saint Kitts and Nevis		100	67					86	89	84	88
Saint Lucia	35	99	49	14				88	88	85	85
Saint Vincent and the Grenadines	48	99	70	21				100	97	84	86
Samoa	100	81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
San Marino			1					91	93		
São Tomé and Príncipe	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Saudi Arabia	24	100	7	12	24			97	97		
Senegal	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Serbia ^e	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Seychelles		99	62	10				96	94	92	100
Sierra Leone	890	61	98	187	11	10	27				
Singapore	3	100	6	2	62	55					
Slovakia	6	100	21	7	80	66					
Slovenia	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
Solomon Islands	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Somalia	1000	9	123	131	15	1					
South Africa	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
South Sudan				123	4	1					
Spain	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
State of Palestine ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Sudan	730		70	86	9		29	50	42		
Suriname	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Swaziland	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Sweden	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Switzerland	8		4	4	82	78		99	100	83	81
Syrian Arab Republic	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
Tajikistan	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Tanzania, United Republic of	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Thailand	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
The former Yugoslav Republic of Macedonia	10	100	20	11				97	99	82	81
Timor-Leste, Democratic Republic of	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Togo	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Tonga	110	99	16	24				94	89	67	80
Trinidad and Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Tunisia	56	95	6	17	63		7	100	99		
Turkey	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Turkmenistan	67	100	21	60	62	53	13				
Turks and Caicos Islands			26					77	84	72	69
Tuvalu		93	28		31	22	24				
Uganda	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Ukraine	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
United Arab Emirates	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
United Kingdom	12		25	5	84	84		100	100	97	100
United States of America	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
United States Virgin Islands			52	11	78	73					
Uruguay	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
Uzbekistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Vanuatu	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Venezuela (Bolivarian Republic of)	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Viet Nam	59	92	35	20	78	60	4				
Western Sahara				46							
Yemen	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Zambia	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Zimbabwe	570	66	115	53	59	57	15				

Dati mondiali
e regionali¹⁶

	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nati vivi, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2005/2012, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi, 2010-2015	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2012	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2012	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2012	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2012		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2012	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Totale mondiale	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
Regioni sviluppate⁹	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
Regioni in via di sviluppo⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
Paesi meno sviluppati di tutti¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
Arab States¹¹	140	76	48	44	53	44	17	89	83	64	58
Asia and the Pacific¹²	160	69	35	40	68	63	10	95	94	63	60
Eastern Europe and Central Asia¹³	32	98	32	26	67	53	11	94	94	86	85
Latin America and the Caribbean¹⁴	81	91	73	23	73	67	10	95	96	74	78
Sub-Saharan Africa¹⁵	500	48	117	110	28	21	25	80	77	27	21

Indicatori demografici

Maschi Femmine

Stato, territorio o altra area

	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Afghanistan	30.6	2.4	59	62	5.0	23
Albania	3.2	0.3	75	81	1.8	19
Algeria	39.2	1.8	69	73	2.8	17
Angola	21.5	3.1	50	53	5.9	21
Antigua and Barbuda	0.1	1.0	73	78	2.1	18
Argentina	41.4	0.9	73	80	2.2	16
Armenia	3.0	0.2	71	78	1.7	15
Aruba	0.1	0.4	73	78	1.7	15
Australia ¹	23.3	1.3	80	85	1.9	13
Austria	8.5	0.4	78	84	1.5	11
Azerbaijan	9.4	1.1	68	74	1.9	17
Bahamas	0.4	1.4	72	78	1.9	16
Bahrain	1.3	1.7	76	77	2.1	11
Bangladesh	156.6	1.2	70	71	2.2	21
Barbados	0.3	0.5	73	78	1.8	14
Belarus	9.4	-0.5	64	76	1.5	11
Belgium	11.1	0.4	78	83	1.8	11
Belize	0.3	2.4	71	77	2.7	20
Benin	10.3	2.7	58	61	4.9	21
Bhutan	0.8	1.6	68	68	2.3	20
Bolivia (Plurinational State of)	10.7	1.6	65	69	3.3	21
Bosnia and Herzegovina	3.8	-0.1	74	79	1.3	14
Botswana	2.0	0.9	48	47	2.6	22
Brazil	200.4	0.8	70	77	1.8	17
Brunei Darussalam	0.4	1.4	77	80	2.0	17
Bulgaria	7.2	-0.8	70	77	1.5	10
Burkina Faso	16.9	2.8	55	57	5.6	22
Burundi	10.2	3.2	52	56	6.1	21
Cambodia	15.1	1.7	69	74	2.9	21
Cameroon, Republic of	22.3	2.5	54	56	4.8	22
Canada	35.2	1.0	79	84	1.7	12
Cape Verde	0.5	0.8	71	79	2.3	23
Central African Republic	4.6	2.0	48	52	4.4	22
Chad	12.8	3.0	50	52	6.3	22
Chile	17.6	0.9	77	83	1.8	16
China ²	1385.6	0.6	74	77	1.7	14
China, Hong Kong SAR ³	7.2	0.7	80	86	1.1	11
China, Macao SAR ⁴	0.6	1.8	78	83	1.1	11
Colombia	48.3	1.3	70	78	2.3	18
Comoros	0.7	2.4	59	62	4.7	20
Congo, Democratic Republic of the	67.5	2.7	48	52	6.0	22
Congo, Republic of the	4.4	2.6	57	60	5.0	20

Stato, territorio o altra area

	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Costa Rica	4.9	1.4	78	82	1.8	17
Côte d'Ivoire	20.3	2.3	50	51	4.9	22
Croatia	4.3	-0.4	74	80	1.5	11
Cuba	11.3	-0.1	77	81	1.5	13
Curaçao	0.2	2.2	74	80	1.9	14
Cyprus	1.1	1.1	78	82	1.5	13
Czech Republic	10.7	0.4	75	81	1.6	10
Denmark	5.6	0.4	77	81	1.9	12
Djibouti	0.9	1.5	60	63	3.4	21
Dominica	0.1	0.4				
Dominican Republic	10.4	1.2	70	77	2.5	19
Ecuador	15.7	1.6	74	79	2.6	19
Egypt	82.1	1.6	69	73	2.8	19
El Salvador	6.3	0.7	68	77	2.2	23
Equatorial Guinea	0.8	2.8	51	54	4.9	20
Eritrea	6.3	3.2	60	65	4.7	20
Estonia	1.3	-0.3	69	80	1.6	11
Ethiopia	94.1	2.6	62	65	4.6	23
Fiji	0.9	0.7	67	73	2.6	18
Finland	5.4	0.3	77	84	1.9	12
France	64.3	0.5	78	85	2.0	12
French Guiana	0.2	2.5	74	81	3.1	18
French Polynesia	0.3	1.1	74	79	2.1	18
Gabon	1.7	2.4	62	64	4.1	20
Gambia	1.8	3.2	57	60	5.8	21
Georgia	4.3	-0.4	70	78	1.8	13
Germany	82.7	-0.1	78	83	1.4	10
Ghana	25.9	2.1	60	62	3.9	21
Greece	11.1	0.0	78	83	1.5	10
Grenada	0.1	0.4	70	75	2.2	20
Guadeloupe	0.5	0.5	77	84	2.1	15
Guam	0.2	1.3	76	81	2.4	18
Guatemala	15.5	2.5	68	75	3.8	22
Guinea	11.7	2.5	55	57	5.0	21
Guinea-Bissau	1.7	2.4	53	56	5.0	21
Guyana	0.8	0.5	64	69	2.6	20
Haiti	10.3	1.4	61	65	3.2	22
Honduras	8.1	2.0	71	76	3.0	22
Hungary	10.0	-0.2	70	79	1.4	11
Iceland	0.3	1.1	80	84	2.1	14
India	1252.1	1.2	65	68	2.5	19
Indonesia	249.9	1.2	69	73	2.3	17
Iran (Islamic Republic of)	77.4	1.3	72	76	1.9	17

Stato, territorio
o altra area

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Iraq	33.8	2.9	66	73	4.1	21
Ireland	4.6	1.1	78	83	2.0	12
Israel	7.7	1.3	80	83	2.9	15
Italy	61.0	0.2	80	85	1.5	9
Jamaica	2.8	0.5	71	76	2.3	20
Japan	127.1	-0.1	80	87	1.4	9
Jordan	7.3	3.5	72	76	3.3	18
Kazakhstan	16.4	1.0	61	72	2.4	15
Kenya	44.4	2.7	60	63	4.4	21
Kiribati	0.1	1.5	66	72	3.0	21
Korea, Democratic People's Republic of	24.9	0.5	66	73	2.0	16
Korea, Republic of	49.3	0.5	78	85	1.3	13
Kuwait	3.4	3.6	73	75	2.6	13
Kyrgyzstan	5.5	1.4	63	72	3.1	20
Lao People's Democratic Republic	6.8	1.9	67	69	3.0	23
Latvia	2.1	-0.6	67	77	1.6	11
Lebanon	4.8	3.0	78	82	1.5	18
Lesotho	2.1	1.1	49	50	3.1	24
Liberia	4.3	2.6	59	61	4.8	21
Libya	6.2	0.9	73	77	2.4	18
Lithuania	3.0	-0.5	66	78	1.5	13
Luxembourg	0.5	1.3	78	83	1.7	12
Madagascar	22.9	2.8	63	66	4.5	22
Malawi	16.4	2.8	55	55	5.4	22
Malaysia	29.7	1.6	73	77	2.0	19
Maldives	0.3	1.9	77	79	2.3	21
Mali	15.3	3.0	55	55	6.9	21
Malta	0.4	0.3	77	82	1.4	12
Martinique	0.4	0.2	78	84	1.8	14
Mauritania	3.9	2.5	60	63	4.7	21
Mauritius ⁵	1.2	0.4	70	77	1.5	16
Mexico	122.3	1.2	75	80	2.2	19
Micronesia (Federated States of)	0.1	0.2	68	70	3.3	26
Moldova, Republic of	3.5	-0.8	65	73	1.5	14
Mongolia	2.8	1.5	64	71	2.4	18
Montenegro	0.6	0.0	72	77	1.7	14
Morocco	33.0	1.4	69	73	2.8	19
Mozambique	25.8	2.5	49	51	5.2	21
Myanmar	53.3	0.8	63	67	2.0	18
Namibia	2.3	1.9	62	67	3.1	23
Nepal	27.8	1.2	67	69	2.3	22

Stato, territorio
o altra area

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Netherlands	16.8	0.3	79	83	1.8	12
New Caledonia	0.3	1.3	74	79	2.1	16
New Zealand	4.5	1.0	79	83	2.1	14
Nicaragua	6.1	1.4	72	78	2.5	22
Niger	17.8	3.9	58	58	7.6	20
Nigeria	173.6	2.8	52	53	6.0	21
Norway	5.0	1.0	79	84	1.9	13
Oman	3.6	7.9	75	79	2.9	14
Pakistan	182.1	1.7	66	67	3.2	22
Panama	3.9	1.6	75	80	2.5	17
Papua New Guinea	7.3	2.1	60	64	3.8	21
Paraguay	6.8	1.7	70	75	2.9	20
Peru	30.4	1.3	72	77	2.4	19
Philippines	98.4	1.7	65	72	3.1	21
Poland	38.2	0.0	72	80	1.4	12
Portugal	10.6	0.0	77	83	1.3	10
Puerto Rico	3.7	-0.2	75	82	1.6	16
Qatar	2.2	5.9	78	79	2.1	6
Réunion	0.9	1.2	76	83	2.2	16
Romania	21.7	-0.3	70	77	1.4	11
Russian Federation	142.8	-0.2	62	74	1.5	11
Rwanda	11.8	2.7	62	65	4.6	22
Saint Kitts and Nevis	0.1	1.1				
Saint Lucia	0.2	0.8	72	77	1.9	18
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	0.0	70	75	2.0	19
Samoa	0.2	0.8	70	76	4.2	22
São Tomé and Príncipe	0.2	2.6	64	68	4.1	20
Saudi Arabia	28.8	1.8	74	77	2.7	16
Senegal	14.1	2.9	62	65	5.0	21
Serbia ⁶	9.5	-0.5	71	77	1.4	13
Seychelles	0.1	0.6	69	78	2.2	15
Sierra Leone	6.1	1.9	45	46	4.7	21
Singapore	5.4	2.0	80	85	1.3	13
Slovakia	5.5	0.1	71	79	1.4	12
Slovenia	2.1	0.2	76	83	1.5	10
Solomon Islands	0.6	2.1	66	69	4.1	21
Somalia	10.5	2.9	53	57	6.6	22
South Africa	52.8	0.8	55	59	2.4	18
South Sudan	11.3	4.0	54	56	5.0	21
Spain	46.9	0.4	79	85	1.5	9
Sri Lanka	21.3	0.8	71	77	2.4	15
State of Palestine ⁷	4.3	2.5	71	75	4.1	24

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Sudan	38.0	2.1	60	64	4.5	22
Suriname	0.5	0.9	68	74	2.3	18
Swaziland	1.2	1.5	50	49	3.4	24
Sweden	9.6	0.7	80	84	1.9	12
Switzerland	8.1	1.0	80	85	1.5	11
Syrian Arab Republic	21.9	0.7	72	78	3.0	21
Tajikistan	8.2	2.4	64	71	3.9	21
Tanzania, United Republic of	49.3	3.0	60	63	5.2	21
Thailand	67.0	0.3	71	78	1.4	14
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2.1	0.1	73	77	1.4	14
Timor-Leste, Democratic Republic of	1.1	1.7	66	69	5.9	27
Togo	6.8	2.6	56	57	4.7	21
Tonga	0.1	0.4	70	76	3.8	22
Trinidad and Tobago	1.3	0.3	66	74	1.8	14
Tunisia	11.0	1.1	74	78	2.0	16
Turkey	74.9	1.2	72	79	2.1	17
Turkmenistan	5.2	1.3	61	70	2.3	20
Turks and Caicos Islands	0.0	2.1				
Tuvalu	0.0	0.2				
Uganda	37.6	3.3	58	60	5.9	22
Ukraine	45.2	-0.6	63	74	1.5	11
United Arab Emirates	9.3	2.5	76	78	1.8	10
United Kingdom	63.1	0.6	78	82	1.9	12
United States of America	320.1	0.8	76	81	2.0	13
United States Virgin Islands	0.1	0.1	77	83	2.5	14
Uruguay	3.4	0.3	74	80	2.1	15
Uzbekistan	28.9	1.4	65	72	2.3	21
Vanuatu	0.3	2.2	70	74	3.4	20
Venezuela (Bolivarian Republic of)	30.4	1.5	72	78	2.4	18
Viet Nam	91.7	1.0	71	80	1.8	17
Western Sahara	0.6	3.2	66	70	2.4	16
Yemen	24.4	2.3	62	64	4.1	24
Zambia	14.5	3.2	56	59	5.7	22
Zimbabwe	14.1	2.8	59	61	3.5	23

Dati mondiali e regionali¹⁶

	Popolazione totale, in milioni, 2013	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015	Popolazione 10-19 anni, percentuale, 2010
			Maschi	Femmine		
Totale mondiale	7,162	1.1	68	72	2.5	16.7
Regioni sviluppate⁸	1,253	0.3	74	81	1.7	11.5
Regioni in via di sviluppo⁹	5,909	1.3	67	70	2.6	17.9
Paesi meno avanzati di tutti¹⁰	898	2.3	59	62	4.2	21.4
Arab States¹¹	350	1.0	67	71	3.3	20.6
Asia and the Pacific¹²	3,785	1.9	69	72	2.2	17.6
Eastern Europe and Central Asia¹³	330	0.1	63	74	1.8	12.9
Latin America and the Caribbean¹⁴	612	1.1	71	78	2.2	18.7
Sub-Saharan Africa¹⁵	888	2.6	55	57	5.1	23.0

Note sugli indicatori

- 1 Comprese Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
- 2 Ai fini statistici i dati della Cina non comprendono Hong Kong e Macao, le regioni cinesi a statuto speciale (Special Administrative Regions, SAR) e la provincia cinese di Taiwan.
- 3 A partire dal 1 luglio 1997, Hong Kong è diventata una delle regioni a statuto speciale (SAR) della Cina.
- 4 A partire dal 20 dicembre 1999, Macao è diventata una delle regioni a statuto speciale (SAR) della Cina.
- 5 Compresi Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.
- 6 Compreso il Kosovo.
- 7 Compresa Gerusalemme Est.
- 8 Le regioni più sviluppate comprendono Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.
- 9 Le regioni meno sviluppate comprendono tutte le regioni di Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.
- 10 I paesi meno sviluppati secondo la designazione standard delle Nazioni Unite.
- 11 Compresi Algeria, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, State of Palestine, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates and Yemen.
- 12 Comprende solo nazioni, territori o altre aree interessate dai programmi UNFPA: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Cambodia, China, Cook Islands, Democratic People's Republic of Korea, Fiji, India, Indonesia, Iran (Islamic Republic of), Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Maldives, Marshall Islands, Micronesia, Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Samoa, Solomon Islands, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
- 13 Comprende solo nazioni, territori o altre aree interessate dai programmi UNFPA: Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.
- 14 Comprende solo nazioni, territori o altre aree interessate dai programmi UNFPA: Anguilla, Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, British Virgin Islands, Cayman Islands, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Montserrat, Netherlands Antilles, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).
- 15 Comprende solo nazioni, territori o altre aree interessate dai programmi UNFPA: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe.
- 16 Le aggregazioni regionali sono le medie calcolate in base alle nazioni per cui esistono dati disponibili.

Note tecniche Fonti dei dati e definizioni

Le tavole statistiche del rapporto *The State of World Population 2013* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi esposti nel Programma d'Azione della Conferenza su Popolazione e Sviluppo e negli Obiettivi di sviluppo del millennio (Millennium Development Goals, MDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e alla salute sessuale e riproduttiva. Queste tabelle inoltre includono diversi indicatori demografici di vario tipo.

Le singole autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono adottare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare e analizzare i dati. Per agevolare la comparabilità dei dati, UNFPA si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle fonti principali, in particolare dalla Divisione popolazione del Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite. In alcuni casi quindi i dati delle tabelle qui pubblicati sono diversi da quelli comunicati dalle singole autorità nazionali.

Le medie regionali si basano sui dati relativi alle nazioni e ai territori in cui opera UNFPA, e non sulle rigorose definizioni geografiche adottate dalla Divisione popolazione del Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite. Per un elenco degli stati che questo rapporto include in ciascuna categoria regionale si vedano le "Note per gli indicatori".

Monitorare gli obiettivi ICPD /del Cairo

Salute materna e neonatale

Tasso di mortalità materna, ogni 100.000 nati vivi. Fonte: World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA e World Bank. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO*. Questo indicatore presenta il numero di donne morte ogni 100.000 nati vivi, in conseguenza di patologie collegate alla gravidanza, al parto, al periodo post-partum e relative complicanze. Le stime comprese tra 100 e 999 sono arrotondate alla decina più vicina; sopra i 1000 al centinaio più vicino. Diverse

stime differiscono dalle cifre ufficiali governative. Le stime si basano, ove possibile, sulle cifre riportate, adottando approcci che migliorano la comparabilità di informazioni che provengono da fonti diverse. Siveda la fonte per i dettagli sull'origine delle singole stime nazionali. Stime e metodologie sono regolarmente riviste e se necessario corrette da OMS, UNICEF, UNFPA, istituzioni accademiche e altre agenzie: questo processo fa parte del continuo impegno per migliorare i dati relativi alla mortalità materna. A causa dei cambiamenti metodologici, le stime precedenti per il 1995 e il 2000 potrebbero non essere rigorosamente comparabili con le attuali. Le stime per la mortalità materna qui riportate si basano sul database globale sulla mortalità materna, che viene aggiornato ogni 5 anni.

Parti assistiti da personale sanitario qualificato, percentuale,

2005/2012. Fonte: *WHO global database on maternal health indicators, 2013 update*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/gho>). La percentuale dei parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermiere o ostetriche) è la percentuale di nascite avvenute in presenza di personale sanitario con una formazione specifica in cure ostetriche d'emergenza, competente per: assicurare la supervisione, la terapia e i consigli alle donne durante la gravidanza, il travaglio e il periodo post-partum; sovrintendere al parto, anche da soli; 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 adolescenti, su 1000 donne di età 15-19,

1991/2010. Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012)*. Il tasso di natalità tra le adolescenti misura il numero annuo di nati da donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni su 1000 donne nella stessa fascia di età. Rappresenta il rischio di parti per le adolescenti tra i 15 e i 19 anni. Per quanto riguarda

i dati anagrafici, i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza delle registrazioni alla nascita, dal trattamento degli infanti 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 di periodi precedenti. Le stime demografiche sono a volte condizionate da errori nella trascrizione dell'età e da mancate registrazioni. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. Le limitazioni principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle registrazioni delle nascite, errori nel registrare la data di nascita del neonato e, nel caso dei sondaggi, variabilità del campione.

Mortalità entro i primi 5 anni di vita, su 1000 nati vivi. Fonte: *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306)*. La mortalità entro i primi 5 anni di vita è la probabilità (espressa come tasso su 1000 nati vivi) che un bambino nato in un determinato anno ha di morire prima di compiere 5 anni se soggetto agli attuali tassi di mortalità specifici per l'età.

Salute sessuale e riproduttiva

Diffusione dei contraccettivi. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012)*. Questi dati derivano da rapporti di sondaggi a campione e calcolano la percentuale di donne sposate (comprese quelle che convivono in unione consensuale) che usa attualmente - rispettivamente - un metodo qualsiasi o un metodo moderno di contraccezione. I metodi moderni, comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini (IUD), la pillola, gli iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi-barriera femminili. Queste cifre sono approssimativamente, ma non perfettamente, comparabili tra una nazione e l'altra per via delle variazioni nella tempistica dei sondaggi e nei dettagli delle domande. Tutti i dati, nazionali e regionali, si riferiscono a donne nella fascia di età 15-49. Sono citati i dati disponibili più recenti, rilevati nel periodo compreso tra il 1990 e il 2011. I dati mondiali e regionali sono basati su specifiche analisi condotte dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite/DESA su dati provenienti da: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2012 and 2013 updates for the MDG database* (cf. <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Domanda inevasa di pianificazione familiare. Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *2013 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2012)*. Le donne con una domanda inevasa per distanziare le nascite sono le donne feconde e sessualmente attive che non usano nessun metodo contraccettivo ma riferiscono di voler differire la nascita del prossimo figlio. Si tratta di una sottocategoria della domanda inevasa totale di pianificazione familiare, che comprende anche le esigenze inevasate di limitazione delle nascite. Il concetto di domanda inevasa sottolinea il divario tra le intenzioni delle donne in materia di riproduzione e il loro comportamento in materia di contraccettivi. Dal punto di vista del monitoraggio degli MDG, la domanda inevasa è espressa come percentuale basata sulle donne sposate o che convivono in un'unione consensuale. Il concetto di domanda inevasa di metodi moderni prende in considerazione le utenti dei metodi tradizionali considerandole bisognose di contraccezione moderna. Per

approfondimenti si veda anche: *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. Guttmacher Institute and UNFPA, 2012 and Alkema L., V. Kantorova, C. Menozzi, and A. Biddlecom "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review". *The Lancet*, 12 March 2013. I dati mondiali e regionali sono basati su specifiche analisi condotte dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite/DESA su dati provenienti da: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2012 and 2013 updates for the MDG database* (cf. <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Educazione

Tasso di iscrizione netto, maschile e femminile, alla scuola primaria, tasso di iscrizione netto, maschile e femminile, alla scuola secondaria, 2010 o anno più recente disponibile. Fonte: *UNESCO Institute for Statistics, data release of May 2012. Accessible through: stats.uis.unesco.org*. I tassi netti di iscrizione indicano l'iscrizione della fascia di età ufficiale per un dato livello di istruzione, espressa come percentuale della popolazione corrispondente. Il tasso netto corretto di iscrizione alla scuola primaria comprende anche i bambini che hanno l'età ufficiale per frequentare la scuola primaria ma sono iscritti alla scuola secondaria. I dati si riferiscono alle stime più recenti disponibili relativamente al periodo 1999-2011.

Indicatori demografici

Popolazione totale, 2013. Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Questi indicatori presentano le dimensioni stimate delle popolazioni nazionali a metà anno.

Tasso medio annuale di cambiamento della popolazione, percentuale.

Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Il tasso medio annuale di cambiamento della popolazione è il tasso medio esponenziale di crescita della popolazione in un periodo dato. Si basa su una proiezione a variante media.

Aspettativa di vita alla nascita, maschile e femminile.

Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Questi indicatori misurano i livelli di mortalità, rispettivamente maschili e femminili, e rappresentano il numero medio di anni di vita che un ipotetico gruppo omogeneo di individui soggetti tutta la vita ai tassi di mortalità di un periodo dato possono aspettarsi di vivere. I dati sono proiezioni per il periodo 2010-2015 e sono espressi in anni.

Tasso totale di fecondità.

Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. La cifra indica il numero di figli che una donna dovrebbe avere durante gli anni fecondi se partorisce al tasso calcolato per i diversi gruppi di età nel periodo di tempo specificato. Ogni nazione può raggiungere il livello proiettato in momento diversi all'interno del periodo dato. Le proiezioni valgono per il periodo 2010-2015.

Popolazione nella fascia di età 10-19 anni, percentuale.

Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. La cifra indica la percentuale di popolazione di età compresa tra i 10 e i 19 anni.

Bibliografia

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Issue 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [accessed 24 July 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [accessed 2 July 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [accessed 24 July 2013].
- Ajuwon, A.J. and W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saude Publica*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege and C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairobi: Population Council.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." Policy Research Working Paper 5089. Washington, DC: World Bank.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R Garfein, C. McIntosh and B. Ozler. 2012. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf>, [accessed 23 July 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistency of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. and S. Malarcher, 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. London: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): pp. 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas and M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. New York: Population Council.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Unpublished literature review and research proposal.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttmacher Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brady, M. and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: Population Council.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID and PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Brief No. 5. New York: Population Council.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2012. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2013. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. New York: CRR.

- Chaaban, J. and W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: World Bank.
- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. New York: UNFPA and Population Council.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [accessed 15 July 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Bulletin of the World Health Organization* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: World Bank.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law*. Legislative Reform Initiative Paper Series (Working Paper). New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf), [accessed 15 July 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): December 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: World Bank.
- Duflo E., P. Dupas, and M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>.
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (January 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. and M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. and E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman and N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Development Research Group. Washington, DC: The World Bank.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [accessed 1 July 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertation, Umea University.
- Grant, M. and K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Policy Research Division, Population Council, 2006, No. 212.
- Gupta, S., S. Mukherjee, S. Singh, R. Pande and S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. and C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" in *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Edited by J. D. Brown. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- The Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." New York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. and D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Background paper for expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, 4-6 February 2013. Manhasset, New York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Geneva: World Health Organization and Pathfinder International.
- Hallman, K. and E. Roca. 2011. "Siyakha Nentsha: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 4. New York: Population Council.
- Heise, L., K. Moore and N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. New York: Population Council.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. World Paper (Version 2.0). London: Department for International Development.
- Hilton, P. and A. Ward. 1998. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.

- Human Rights Council. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Document A/HRC/21/22, 2 July 2012. New York: United Nations.
- Ibrahim, T., A. U. Sadiq and S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [accessed 24 July 2013].
- International Planned Parenthood Federation. 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 2010. *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. 2011. *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. London: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition. 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children. New York: International Women's Health Coalition.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland and D. Rogolo, eds. New York: Population Council.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah and S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. and S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." In S. Jejeebhoy, I. Shah and S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. and B. E. Kwast. 1993. Obstetric vesicovaginal fistulas: evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. and A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, No. 3, pp. 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. and S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. New York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, and N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors. DHS Comparative Reports No. 29*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." IZA Discussion Paper No. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. New York: Population Council.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," pp. 113-132, in World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, edited by Shawn Malarcher. Geneva: WHO.
- Lloyd, C. and B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. and J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Maddux, J. E., and R. W. Rogers. 1983. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. and E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Draft publication.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, and A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Center for Global Development Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mekbib, T. and M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink and J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.

- Mmari, K. N. and R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.
- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/HRC/21/22. New York: United Nations. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [accessed 12 July 2013].
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OECD.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WPO5-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. and F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." *Africa: Young Voices Series*, No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. and A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council and UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. and N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. London: Overseas Development Institute and Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. New York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Changalucha, A.I.N. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. and S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Stockholm: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008." *The Lancet*. Vol. 379, Issue 9816, Feb. 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala City: Segeplan.
- Shah, I. H. and E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [accessed 16 July 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Electronic version only. <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5ECD3A69B9F:jahia01> [accessed 12 July 2013].

- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [accessed 30 June 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol. 73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Institute for Statistics Database. No. 25.
- UNFPA and the Population Council. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [accessed 9 September 2013].
- UNFPA. 2005. *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience, Bogotá, Colombia*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerien Men to Improve the Health of their Families." New York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [accessed 13 July 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA. <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [accessed 16 July 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming October 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 June 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [accessed 25 July 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [accessed 25 July 2013].
- United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December, 1948. New York: United Nations.
- United Nations. 1969. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD). Entered into force 4 January 1969. New York: United Nations.
- United Nations. 1981. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Entered into force 3 September 1981. New York: United Nations.
- United Nations. 1990. Convention on the Rights of the Child (CRC). Entered into force 2 September 1990. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. Cairo: United Nations.
- United Nations. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Rights of the Child, Note by the Secretary-General, Sixty-first session of the United Nations General Assembly- Promotion and protection of the rights of children*. United Nations.
- United Nations. 2008. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Entered into force 3 May 2008.
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York: United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2011a. *World Fertility Report 2009*. New York: Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2012. *World Marriage Data 2012*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html>. [accessed 15 July 2013].
- United Nations. 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [accessed 16 July 2013].
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations.
- United Nations Commission on Population and Development. 2012. 45th Session, Resolution 2012/1 *Adolescents and Youth*, 23-17 April 2012. New York: United Nations.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2013. 57th Session, Agreed Conclusions, 4-15 March 2013. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. New York: United Nations.

- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2009. *General comment no. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2)*, para. 20. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 1994. *General recommendation no. 21: Equality in marriage and family relations*, para 21. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2011. *L.C. v. Peru*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. 2000. *General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. *General comment no. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003a. *CRC Comm. General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Development Programme. 2011. Interim Report. *The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [accessed 16 July 2013].
- United Nations General Assembly. 1976. *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*. Entered into force 23 March 1976. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2000. *General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3)*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2005. *K.L. v. Peru*. New York: United Nations
- United Nations Human Rights Committee. 2011. *L.M.R. v Argentina*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 September 2012. New York: United Nations.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2012. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. New York: United Nations.
- United Nations radio. 12 November 2010. "36,000 African women die annually from unsafe abortions."
- United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. 2011. Report to the Human Rights Council on the Criminalization of Sexual and Reproductive Rights, October 2011.
- Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council.
- Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.
- World Bank. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, by Jad Chaaban and Wendy Cunningham.
- World Bank. 2013. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>. [accessed May 2013].
- World Day of Prayer and Action for Children. n.d. <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [accessed 1 July 2013].
- World Health Organization. 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Factsheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Constitution of the World Health Organization, 47th ed.* Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [accessed 1 April 2013].
- World Health Organization. 2011b. *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [accessed 25 June 2013].
- World Health Organization. 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System*. 2nd edition. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. Report by the Secretariat, 65th Health Assembly. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Information Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013. *Adolescent development*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrjThcdGw. email [accessed 7 July 2013].
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization and UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-82.

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

UNFPA - Perché ciascuno conta.

Aidos, Associazione italiana donne per lo sviluppo, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 per contribuire all'affermazione dei diritti, della dignità e della libertà di scelta delle donne del Sud del mondo. Aidos concentra i propri interventi in quattro settori: salute e diritti sessuali e riproduttivi, sviluppo di piccola imprenditorialità femminile, *capacity building* delle istituzioni e organizzazioni di donne, istruzione delle bambine.

Aidos - Dal 1981 unisce le donne del mondo.

Costruire un mondo
in cui ogni gravidanza sia desiderata
ogni parto sicuro e le potenzialità
di ogni giovane siano realizzate



**Fondo delle Nazioni Unite
per la popolazione**
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Tel. +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©Unfpa 2013



**Associazione italiana donne
per lo sviluppo**
Via dei Giubbonari 30
00186 - Roma
tel. +39 06 687 3214/196
aidos@aidos.it
ufficiostampa@aidos.it
www.aidos.it