



lo stato della popolazione nel mondo 2004

**A dieci anni dalla Conferenza del Cairo:
popolazione, salute riproduttiva
e l'impegno mondiale
per eliminare la povertà**

Copyright © UNFPA 2004

Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
Thoraya Ahmed Obaid, Direttrice esecutiva

Edizione italiana a cura di
AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo

Sommario

Capitoli

| | | | | | |
|----------|---|-----------|----------|---|-----------|
| 1 | Introduzione | 1 | 6 | La salute riproduttiva e la pianificazione familiare | 37 |
| | Mettere al centro le persone | 1 | | Pianificazione familiare e salute sessuale | 39 |
| | Dalle parole all'azione | 3 | | Accesso ai contraccettivi e loro uso | 39 |
| | I paesi riferiscono sui progressi realizzati | 3 | | Bisogni insoddisfatti | 40 |
| | Titolarietà nazionale e cultura | 4 | | Scelta dei metodi | 42 |
| | Nascita di un nuovo consenso globale | 4 | | Le infezioni a trasmissione sessuale | 43 |
| | Un impatto ad ampio raggio | 6 | | Qualità dell'assistenza | 44 |
| | La strada è ancora lunga | 7 | | Assicurare le forniture | 46 |
| | Per andare avanti | 9 | | Più forza a chi si batte per la salute riproduttiva | 46 |
| | | | | Gli uomini e la salute riproduttiva | 48 |
| | | | | Atteggamenti verso l'informazione e i servizi | 48 |
| 2 | Popolazione e povertà | 11 | 7 | La salute materna | 51 |
| | Gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo | 11 | | Nuovi approcci | 51 |
| | Salute riproduttiva e Obiettivi del Millennio | 12 | | Cause e conseguenze | 53 |
| | Impatto economico delle dinamiche demografiche | 13 | | Morbilità materna | 54 |
| | HIV/AIDS e povertà | 15 | | Fistola ostetrica | 54 |
| | Invecchiamento della popolazione | 15 | | Ridurre la mortalità e la morbilità materna | 55 |
| | Iniziative nazionali di lotta alla povertà | 15 | | Difficoltà di misurazione | 55 |
| | | | | Risposte olistiche | 56 |
| 3 | Popolazione e ambiente | 17 | | Assistenza prenatale | 56 |
| | Impatto della popolazione sull'uso delle risorse | 18 | | Assistenza qualificata al parto | 57 |
| | Povertà e pressione sull'ambiente | 19 | | Assistenza ostetrica di emergenza | 57 |
| | Dimensioni di genere dei mutamenti ambientali | 20 | | Assistenza post-aborto | 58 |
| | | | | Qualità dell'assistenza sanitaria alla maternità | 60 |
| 4 | Migrazioni e urbanizzazione | 23 | | Uomini e salute materna | 60 |
| | Urbanizzazione e spostamenti di residenza | 23 | | L'UNFPA e la maternità senza rischi | 61 |
| | Evoluzione delle politiche dopo il Cairo | 24 | 8 | Prevenire l'HIV/AIDS | 63 |
| | Le migrazioni internazionali | 25 | | Impatto e reazioni | 63 |
| | Le risposte politiche | 26 | | Collegare la prevenzione dell'HIV ai programmi per la salute riproduttiva | 65 |
| | | | | Preservativi | 66 |
| 5 | Eguaglianza fra i sessi ed empowerment delle donne | 29 | | Servizi volontari di test e <i>counselling</i> | 68 |
| | Risultati raggiunti | 30 | | Le sfide più importanti | 68 |
| | Valutazione dei risultati: il <i>Global Survey</i> dell'UNFPA | 31 | | | |
| | Progressi compiuti sul piano giuridico | 32 | | | |
| | La Conferenza del Cairo e gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo | 34 | | | |
| | Sfide aperte: riempire il bicchiere mezzo vuoto | 34 | | | |

| | | | | |
|-----------|---|------------|--|------------|
| 9 | Adolescenti e giovani | 73 | Indicatori | 102 |
| | Applicare gli accordi del Cairo | 73 | Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati | 102 |
| | Programmi di seconda generazione | 74 | Indicatori demografici, sociali e economici | 106 |
| | Risultati del <i>Global Survey</i> dell'UNFPA | 75 | Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati | 110 |
| | Ruolo delle ONG | 75 | Note sugli indicatori | 112 |
| | Principali questioni relative alla salute e allo sviluppo | 76 | Note tecniche | 113 |
| | Rispondere ai bisogni dell'adolescenza | 77 | Grafici e tabelle | |
| | Promuovere un comportamento più sano | 77 | Grafico 1 | |
| | Servizi a misura di giovani | 78 | Popolazione mondiale, 1950-2050 (proiezioni) | 8 |
| | Progressi in campo giuridico | 78 | Grafico 2 | |
| | Le sfide più importanti | 79 | Proporzione di persone di oltre 65 anni per area geografica, anni 2000 e 2050 (proiezioni) | 15 |
| 10 | La salute riproduttiva per le comunità in crisi | 81 | Grafico 3 | |
| | Maternità senza rischi | 82 | Bisogni insoddisfatti e diffusione totale | 41 |
| | Pianificazione familiare | 82 | Grafico 4 | |
| | Violenza sessuale e di genere | 83 | Domanda media totale per gruppi di reddito | 42 |
| | HIV/AIDS e altre infezioni a trasmissione sessuale | 84 | Grafico 5 | |
| | La salute riproduttiva nell'adolescenza | 84 | Percentuale di bisogni soddisfatti in materia di pianificazione familiare, per gruppi di reddito e per tre diversi livelli di diffusione dei metodi contraccettivi moderni | 43 |
| | Progressi e lacune | 85 | Tabella 1 | |
| 11 | Priorità d'azione | 87 | Mortalità materna, stime regionali, anno 2000 | 52 |
| | Partnership con la società civile | 87 | | |
| | Risorse per l'attuazione del Programma d'Azione | 89 | | |
| | Priorità d'azione | 91 | | |
| | Conclusioni | 92 | | |
| | | | Fotografie | 116 |
| | | | Redazione | 116 |
| | Note | 94 | | |
| | Fonti delle schede | 100 | | |



1 Introduzione

Il 13 settembre 1994 al Cairo, dopo nove giorni di intenso dibattito, la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo adotta un Programma d'Azione ventennale ad ampio raggio che delegati e commentatori salutano come l'inizio di "una nuova era nelle politiche della popolazione".

Sostanziato da un impegno a favore dei diritti umani e dell'uguaglianza fra i sessi, l'accordo del Cairo esorta gli stati a garantire salute e diritti riproduttivi a tutti e tutte come elemento imprescindibile di uno sviluppo sostenibile e della lotta contro la povertà, obiettivi che secondo la Conferenza del Cairo non possono essere realizzati senza affrontare i problemi demografici.

"Avete costruito un Programma d'Azione per i prossimi vent'anni che parte dalla realtà del mondo in cui viviamo e ci mostra la strada verso una realtà migliore", dice Nafis Sadik, direttrice esecutiva dell'UNFPA e segretaria generale della conferenza, rivolgendosi ai delegati in occasione della sessione di chiusura. "Il Programma contiene obiettivi e raccomandazioni molto specifici nelle aree, fra loro interdipendenti, della mortalità materna e infantile, dell'istruzione, della salute riproduttiva e della pianificazione familiare, ma i suoi effetti saranno assai più ampi. Questo Programma d'Azione ha il potenziale per cambiare il mondo".

A dieci dall'inizio di questa "nuova era" è tempo di fare un bilancio:

- **Il Programma d'Azione del Cairo fornisce un piano per gli interventi** nel campo della popolazione e della salute riproduttiva che i vari paesi considerano **essenziali per raggiungere gli obiettivi globali di sviluppo**, fra cui la fine della povertà estrema e della fame, l'empowerment delle donne, la riduzione della mortalità materna, la difesa dell'ambiente e il contenimento della pandemia di HIV/AIDS. Nel corso di recenti riunioni mondiali e regionali così come nella gestione pratica, i governi hanno riaffermato con forza il proprio impegno, fondato sull'esperienza, ad utilizzare

il Programma d'Azione come un'indispensabile strumento per migliorare il benessere dei loro popoli e per garantire i diritti umani.

- **Molti paesi in via di sviluppo hanno fatto grandi passi in avanti nel mettere in pratica le raccomandazioni del Cairo**, con risultati significativi in diversi campi. Vari paesi stanno lavorando per integrare i fattori demografici nei piani di sviluppo, migliorare la qualità e la portata dei programmi per la salute riproduttiva, promuovere i diritti delle donne, affrontare i bisogni delle persone giovani e di coloro che si trovano in situazioni di emergenza, incrementare la prevenzione dell'HIV. L'accesso alla pianificazione familiare continua a crescere: il 60 per cento delle coppie sposate nei paesi in via di sviluppo usa ormai metodi anticoncezionali moderni (nel 1960 la percentuale era del 10-15 per cento).
- **L'inadeguatezza delle risorse e le persistenti carenze nell'offerta di servizi alle popolazioni più povere**, tuttavia, **ostacolano il progresso** nell'affrontare le sfide del presente: la continua diffusione dell'HIV/AIDS, specie fra le persone giovani, il fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare e gli alti tassi di fecondità e di mortalità materna nei paesi meno sviluppati. I donatori devono rispettare gli impegni presi al Cairo e dare la dovuta priorità alla salute riproduttiva nei programmi anti-povertà di assistenza allo sviluppo. I programmi vanno incrementati ed estesi per realizzare l'obiettivo del Cairo di assicurare a tutti entro il 2015 assistenza e servizi per la salute riproduttiva.

Mettere al centro le persone

Come il suo stesso nome indica, la Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo era basata sulla premessa che le dimensioni della popolazione, la sua crescita e la sua distribuzione sono strettamente legate alle prospettive di sviluppo economico e sociale, e che gli interventi in uno dei due campi rafforzano quelli nell'altro.

Questa premessa ha conquistato un consenso crescente nei due decenni successivi alla prima Conferenza mondiale sulla popolazione del 1974, data la rapida crescita demografica nelle regioni in via di sviluppo e date le esperienze di sempre più paesi nel campo della pianificazione familiare. Nel 1994 moltissimi paesi in via di sviluppo avvertivano il bisogno di affrontare i problemi demografici per poter promuovere la crescita economica e migliorare il benessere dei loro popoli.

UN NUOVO APPROCCIO. La Conferenza del Cairo, tuttavia, ha modificato radicalmente l'approccio della comunità internazionale ai problemi interconnessi della popolazione e dello sviluppo, mettendo al centro dell'equazione gli esseri umani e i loro diritti, piuttosto che i numeri e i tassi di incremento demografico. Il cuore di questo mutamento di paradigma è stata una nuova percezione del problema: la popolazione ha smesso di essere essenzialmente una variabile macroeconomica da considerare nella pianificazione e nelle politiche e si è diffuso invece un nuovo approccio basato sui diritti, in cui il fattore chiave è il benessere degli individui. Il Programma d'Azione del Cairo ha richiesto politiche e programmi che adottino un approccio integrato – collegando gli interventi sulla popolazione allo sviluppo umano, all'empowerment delle donne, all'eguaglianza fra i sessi e ai bisogni e diritti degli individui, giovani compresi.

Il Programma d'Azione del Cairo ha riconosciuto che investire nelle persone e nell'ampliamento delle loro opportunità mettendole in grado di realizzare il loro potenziale di esseri umani è la chiave per una crescita economica prolungata e uno sviluppo sostenibile, così come per assicurare che le dimensioni della popolazione siano compatibili con l'ambiente e con le risorse disponibili.

Come parte di questo mutamento, la Conferenza del Cairo ha inserito la pianificazione familiare, un tempo punto centrale delle politiche e dei programmi demografici, nella più ampia cornice della **salute e dei diritti riproduttivi, comprendenti la pianificazione familiare e la salute sessuale**. La Conferenza ha riconosciuto che la salute riproduttiva è un diritto umano di tutte le perso-

ne, per l'intera durata del ciclo di vita e ha esortato i paesi a impegnarsi a garantire accesso universale a una gamma completa di servizi per la salute riproduttiva entro il 2015 (vedi Capitolo 6).

LE SCELTE INDIVIDUALI FAVORISCONO LA PROSPERITÀ. La Conferenza del Cairo ha riconosciuto all'unanimità che mettere le coppie e i singoli in condizione di determinare liberamente quanti figli avere, quando averli e con che intervallo, può accelerare il progresso verso famiglie meno numerose e rallentare l'aumento della popolazione, contribuendo alla crescita economica e riducendo la povertà, sia per i singoli nuclei familiari che a livello macroeconomico. Per contro, la conferenza ha anche riconosciuto che se non si affrontano i bisogni di salute riproduttiva e le grandi carenze esistenti nei relativi servizi

ciò contribuirà a perpetuare gli alti tassi di fecondità e di mortalità materna e la rapida crescita demografica, minando le prospettive di riduzione della povertà (vedi Capitolo 2).

I DIRITTI DELLE DONNE. L'empowerment delle donne è stato riconosciuto come una finalità importante di per sé, oltre che come una chiave per migliorare la qualità della vita per tutti. Senza la piena e paritaria partecipazione delle donne non vi può essere sviluppo umano sostenibile. Il Programma d'Azione ha sottolineato l'importanza dei diritti riproduttivi per l'autonomia femminile, insieme all'istruzione, all'empowerment economico e alla partecipazione politica (vedi Capitolo 5).

Sono stati inoltre fatti importanti passi avanti nell'affrontare problemi urgenti ma delicati, come la salute sessuale delle/degli adolescenti, l'HIV/AIDS e gli aborti a rischio. Un'attenzione senza precedenti è stata prestata ai gruppi con scarse possibilità di accesso ai servizi, fra cui le popolazioni rurali povere, le popolazioni indigene, gli abitanti degli slum, i rifugiati e gli sfollati.

PARTECIPAZIONE E PARTENARIATO. L'accordo del Cairo ha anche prefigurato un processo di sviluppo partecipato e responsabile, in cui vengono coinvolti attivamente i beneficiari per assicurare che programmi e obiettivi politici

UN AMPIO MANDATO

Alla Conferenza del 1994 è stato esplicitamente dato un mandato sui temi dello sviluppo più ampio di quello di precedenti conferenze sulla popolazione; ciò riflette la crescente consapevolezza che popolazione, povertà, modelli di produzione e di consumo ed ambiente sono così strettamente interconnessi che nessuno di essi può essere considerato separatamente dagli altri.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 1.5

siano collegati alle realtà personali e vengono costruite ampie partnership tra governi, organizzazioni internazionali e società civile.

Dalle parole all'azione

Come risulta chiaro da recenti rapporti e indagini - a livello nazionale, regionale e mondiale - negli ultimi dieci anni l'accordo del Cairo ha informato politiche e iniziative che affrontano tutta una serie di problemi in materia di popolazione, salute riproduttiva e uguaglianza fra i sessi.

Nel corso di una serie di conferenze regionali tenutesi in occasione del decennale della conferenza, i governi hanno collettivamente e con forza riaffermato il proprio impegno ad applicare il Programma d'Azione, nonostante gli sforzi degli Stati Uniti per riaprire una serie di questioni unanimemente risolte al Cairo. Molti paesi in via di sviluppo e paesi in transizione confermano di aver fatto propria a livello nazionale la piattaforma del Cairo e riferiscono che le politiche e i programmi a favore della salute riproduttiva e dell'uguaglianza fra i sessi sono ormai parte essenziale dei loro piani di sviluppo.

Inoltre, in occasione della sessione annuale della Commissione su popolazione e sviluppo del 2004, gli stati hanno convenuto che l'applicazione del Programma d'Azione del Cairo offre "un essenziale contributo al conseguimento degli obiettivi di sviluppo concordati a livello internazionale, compresi quelli contenuti nella Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite". (Vedi Capitolo 2 per maggiori notizie sugli **Obiettivi del Millennio per lo sviluppo** e i loro legami con la Conferenza del Cairo.)

I paesi riferiscono sui progressi realizzati

Il *Global Survey 2003*, cioè l'indagine sulle iniziative dei governi' effettuata nel 2003 dall'UNFPA (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione), fornisce ulteriori dati a conferma del fatto che attualmente i paesi in via di sviluppo sentono fortemente l'accordo del Cairo come "cosa propria" e si stanno impegnando per applicare le sue raccomandazioni e raggiungere i suoi obiettivi.

Importanti passi avanti sono stati compiuti nell'integrazione dei problemi demografici nelle strategie di sviluppo per alleviare la povertà, promuovere i diritti umani e correggere le ingiustizie, proteggere l'ambiente e preservare le risorse naturali, decentrare la programmazione. Per accelerare i progressi, si sono avuti cambiamenti e novità a livello istituzionale e legislativo.

L'accesso ai servizi per la salute riproduttiva e la pianificazione familiare ha conosciuto una significativa espansione, di pari passo con le iniziative volte a soddisfare

i bisogni dei giovani, ad affrontare l'HIV/AIDS e a ridurre la mortalità materna. Ma i paesi che hanno risposto al *Global Survey* hanno anche riconosciuto che molto ancora deve essere fatto per garantire i diritti riproduttivi, l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva da parte delle/degli adolescenti, una più ampia gamma di scelte contraccettive e servizi di qualità attenti ai bisogni dell'utenza.

Vediamo alcuni dei principali risultati del *Global Survey*:

POPOLAZIONE E SVILUPPO. Quasi tutti i 151 paesi in via di sviluppo che hanno risposto (il 96 per cento) hanno riferito di iniziative per integrare i problemi della popolazione nelle strategie e nelle politiche di sviluppo. La maggioranza ha dichiarato di aver adottato politiche per affrontare le interazioni tra popolazione e povertà. Metà dei paesi hanno riferito di iniziative per influenzare la distribuzione della popolazione, ad esempio creando nuovi poli di sviluppo economico e decentrando la pianificazione e i processi di decisione politica. Gli stati stanno anche diventando più pragmatici nel concentrare le risorse e nell'affrontare i bisogni prioritari (vedi Capitolo 2).

UGUAGLIANZA FRA I SESSI E EMPOWERMENT DELLE DONNE.

Il 99 per cento dei paesi ha riferito di aver adottato politiche, emanato leggi o provvedimenti costituzionali per proteggere i diritti delle donne e delle bambine. Molti hanno istituito commissioni nazionali per le donne. Sono state create strutture per fornire alle donne istruzione, competenze e occupazione e per promuovere la partecipazione paritaria delle donne sia alla politica nazionale che alla vita della propria comunità locale. Sono state adottate leggi e sono state promosse campagne per contrastare la violenza di genere. Sono state prese varie misure per aumentare l'iscrizione delle bambine e delle ragazze alle scuole primarie e secondarie.

SALUTE RIPRODUTTIVA E PIANIFICAZIONE FAMILIARE. Gli stati hanno cominciato a integrare i servizi per la salute riproduttiva nell'assistenza sanitaria di base. Gran parte di essi sta migliorando la formazione degli operatori sanitari e ne sta incrementando il numero. Si sono avuti miglioramenti nella struttura dei servizi e nell'accesso ai servizi stessi, specie per le persone che vivono in zone remote. L'uso della contraccezione moderna continua ad aumentare e molti paesi hanno integrato la pianificazione familiare con altri servizi per la salute riproduttiva. Si presta maggiore attenzione alla riduzione delle morti e lesioni da parto, con una maggiore enfasi sull'assistenza

al parto e sull'aumento della disponibilità di interventi ostetrici di emergenza e di sistemi di segnalazione e di trasporto nei casi che richiedono intervento medico (vedi Capitolo 6).

HIV/AIDS. Tre quarti dei paesi hanno riferito di aver adottato strategie nazionali sull'HIV/AIDS; un terzo ha dichiarato di avere specifiche strategie rivolte ai gruppi ad alto rischio. Molti paesi stanno promuovendo l'uso costante e corretto dei preservativi e stanno fornendo test e supporto psicologico gratuiti su base volontaria. Le campagne promozionali hanno usato personaggi famosi o leader religiosi per diffondere comportamenti sessuali più sicuri (vedi Capitolo 8).

ADOLESCENTI E GIOVANI. Sempre di più i vari paesi riconoscono il bisogno di affrontare il tema della salute riproduttiva e dei diritti delle/degli adolescenti, e il 92 per cento ha riferito di iniziative in questo senso. Alcuni hanno abolito leggi e politiche che limitavano l'accesso delle/degli adolescenti a informazioni e servizi sulla salute riproduttiva e più di metà ha istituito servizi a misura di giovani. La maggior parte dei paesi ha introdotto nei programmi scolastici e nei programmi per i giovani che hanno abbandonato la scuola l'educazione alla salute riproduttiva, considerata un'importante componente delle competenze di base necessarie per la vita. Molti paesi adottano, nelle politiche per la gioventù, un approccio olistico che tiene conto del più ampio contesto di vita delle persone giovani, comprese le realtà socio-economiche, la povertà e i mezzi di sussistenza (vedi Capitolo 9).

PARTENARIATI. Gran parte dei governi lavora con un'ampia rappresentanza della società civile e del settore privato – fra cui organizzazioni non governative (ONG) nazionali e internazionali, soprattutto associazioni per la pianificazione familiare, associazioni di donne e gruppi di base – su un vasto numero di temi connessi con il Programma d'Azione del Cairo. Questa collaborazione è particolarmente preziosa per raggiungere fasce della popolazione che non sarebbero altrimenti coperte dai servizi (vedi Capitolo 11).

Titolarità nazionale e cultura

Ciò che fa funzionare nella pratica l'accordo del Cairo è che ogni paese decide per proprio conto quali azioni e politiche portare avanti, basandosi sui propri bisogni prioritari, sui propri imperativi culturali e sui propri valori. Il Programma d'Azione sottolinea che l'attuazione

1

ATTENZIONE ALLE DIVERSITÀ CULTURALI NELLA PROGRAMMAZIONE DELL'UNFPA

Per avere successo ed essere sostenibili, le iniziative per lo sviluppo devono partire dal riconoscimento delle realtà sociali e culturali locali, promuovere un dialogo aperto e coinvolgere le comunità locali. La comprensione di queste necessità informa il sostegno dell'UNFPA ai diversi paesi nella realizzazione del Programma d'Azione del Cairo.

La partnership con i leader e le istituzioni locali è un punto critico per affrontare i problemi più delicati per le varie culture, come l'esperienza del Fondo ha confermato. In Uganda, per esempio, le mutilazioni dei genitali femminili nella minoranza Sabinu sono state drasticamente ridotte grazie al supporto dell'UNFPA, che ha costruito una collaborazione con gli anziani Sabinu nello sviluppare riti alternativi, che rinforzassero la dignità culturale della comunità tutelando nel contempo i diritti umani delle bambine.

In Guatemala, che ha uno dei più alti tassi di mortalità materna dell'America Latina, l'UNFPA. New York. 2004. ha favorito la nascita di un'alleanza che si è battuta con successo per l'adozione di una legge innovativa che promuove la salute delle donne e delle loro famiglie: ciò è stato possibile trovando un terreno comune tra gruppi ideologicamente diversi, comprendenti la leadership cattolica, i cristiani evangelici e le imprese.

delle sue raccomandazioni “è diritto sovrano di ciascun paese, coerente con le leggi nazionali e con le priorità di sviluppo, nel pieno rispetto dei diversi valori etici e religiosi e del patrimonio culturale del suo popolo e in conformità con i diritti umani universalmente riconosciuti”.

L'UNFPA è la maggiore organizzazione multilaterale a sostegno dei programmi sulla popolazione e la salute riproduttiva nei paesi in via di sviluppo e la principale agenzia dell'ONU per l'applicazione del Programma d'Azione del Cairo. Come altri enti donatori, l'UNFPA fornisce assistenza tecnica e finanziaria su richiesta dei governi e in risposta a priorità individuate a livello nazionale.

Nascita di un nuovo consenso globale

UNA POSIZIONE IN EVOLUZIONE.² L'accordo trovato al Cairo, incentrato sulla salute riproduttiva e sui diritti, è il frutto di oltre 25 anni di esperienza nei programmi demografici e dell'evoluzione delle posizioni internazionali sullo sviluppo e i diritti umani. Nel 1969, quando l'UNFPA cominciò ad operare, fra i paesi membri delle Na-

zioni Unite non c'era nessun accordo funzionante sui temi sulla popolazione. Nel 1994 l'UNFPA aveva programmi in 140 paesi.

All'epoca della prima Conferenza mondiale sulla popolazione, tenutasi a Bucarest nel 1974, un ampio gruppo di paesi, comprendenti gran parte dell'America Latina, l'Africa francofona e parti dell'Asia, aveva un atteggiamento ambivalente in merito ad attività sulla popolazione che andassero oltre la raccolta di dati e la salute materno-infantile. Due decenni dopo quasi tutti i paesi sostenevano l'intera gamma di attività per la salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare volontaria, la maternità senza rischi, la prevenzione dell'HIV/AIDS, la protezione dalle infezioni a trasmissione sessuale e la loro cura.

LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE COME DIRITTO UMANO. La Conferenza internazionale sui diritti umani di Teheran (1968) è stata il primo consesso internazionale a convenire che "i genitori hanno un diritto umano fondamentale a stabilire liberamente e responsabilmente il numero dei propri figli e la distanza tra le nascite".

La Conferenza di Bucarest ha affermato che la pianificazione familiare è un diritto di tutti: "individui e coppie". Ma in quell'occasione il dibattito sulla riduzione degli alti tassi di fecondità nei paesi in via di sviluppo non trovava ancora esplicito fondamento nei diritti delle donne. Il Programma d'Azione mondiale

sulla popolazione del 1974 era stato il risultato di un difficile compromesso e menzionava le donne solo una volta. Un anno dopo, tuttavia, la prima Conferenza mondiale sulle donne, a Città del Messico, conveniva che il diritto alla pianificazione familiare è essenziale per l'uguaglianza fra i sessi.

La Conferenza internazionale sulla popolazione del 1984, tenutasi anch'essa a Città del Messico, ha aggiunto che gli uomini dovrebbero condividere la responsabilità della pianificazione familiare e dell'allevamento dei figli "per dare alle donne la libertà di partecipare pienamente alla vita della società", un elemento "necessario per realizzare gli obiettivi di sviluppo, compresi quelli relativi alle politiche demografiche".

La conferenza del 1984 richiamò anche l'attenzione sul vasto "fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare" tra le coppie che desideravano limitare o distanziare le gravidanze ma non avevano accesso alla contraccezione e osservò che questo fabbisogno sarebbe aumentato drasticamente con l'aumento, nel decennio a venire, del numero delle coppie in età riproduttiva.

Nel 1992 la Conferenza delle Nazioni Unite su ambiente e sviluppo identificò nella rapida crescita della popolazione un grave ostacolo allo sviluppo sostenibile. Non fu però raggiunto un accordo sulle azioni da intraprendere per affrontare il problema, in parte a causa della persistente sfiducia verso i programmi di pianificazione familiare.

LA CONFERENZA DEL CAIRO E I DIRITTI RIPRODUTTIVI

I diritti riproduttivi abbracciano alcuni diritti umani che sono stati già riconosciuti da leggi nazionali, dai documenti internazionali sui diritti umani e da altri testi attinenti votati all'unanimità dalle Nazioni Unite. Tali diritti si basano sul riconoscimento del diritto basilare di tutte le coppie e dei singoli individui di decidere liberamente e responsabilmente sul numero, il momento e l'intervallo fra le nascite dei propri figli, di avere i mezzi e le informazioni necessarie per esercitare tale diritto e di ottenere i migliori standard di salute sessuale e riproduttiva. Ciò comporta anche il diritto di ognuno a prendere decisioni relative alla riproduzione senza essere oggetto di discriminazioni, coercizioni o violenze, come espresso nei documenti sui diritti umani.

Nell'esercizio di tale diritto i genitori devono tenere conto sia delle necessità dei figli e dei nascituri sia delle proprie responsabilità nei confronti della comunità. La promozione dell'esercizio responsabile di questi diritti da parte di tutti deve formare la base dei programmi e delle politiche governative e comunitarie nel settore della salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 7.3

Questo impasse è stato superato al Cairo, collegando gli obiettivi di sviluppo ai diritti umani e al miglioramento nella condizione delle donne.

I DIRITTI RIPRODUTTIVI. Nei due decenni precedenti al 1994 alcuni consessi internazionali avevano aperto nuove strade nell'interpretazione dei diritti umani, comprendendovi il diritto allo sviluppo e alla salute, i diritti delle donne e la capacità di prendere decisioni in ambito riproduttivo. La Conferenza del Cairo ha messo insieme tutto ciò, elaborando il nuovo concetto di diritti riproduttivi.

In questa vasta accezione i diritti riproduttivi comprendono: il diritto alla *salute sessuale e riproduttiva*, in tutte le fasi della vita; il diritto all'*autodeterminazione riproduttiva*, compreso il diritto alla scelta volontaria sul matrimonio e ad avere informazioni e mezzi per determinare quanti figli avere, quando averli e con che intervallo fra di essi; il diritto all'*uguaglianza e alla parità* fra uomini e donne in tutte le sfere della vita; il diritto alla *sicurezza sessuale e riproduttiva*, compresa la libertà dalla coercizione e dalla violenza sessuale.³ Questi diritti sono stati esplicitati con chiarezza in una serie di accordi internazionali, nonché di trattati e convenzioni sui diritti umani.

Nella fase di preparazione della Conferenza del Cairo, i paladini dei diritti riproduttivi nei governi e nella società civile, e soprattutto le organizzazioni delle donne, si mobilitarono per garantire che il nuovo programma d'azione per affrontare i problemi della popolazione e dello sviluppo fosse fondato su queste idee.

Il *Global Survey 2003* dell'UNFPA ha riscontrato che dopo la Conferenza del Cairo 131 paesi hanno modificato le proprie politiche o le leggi – oppure hanno effettuato riforme istituzionali – per riconoscere i diritti riproduttivi. Il Sud Africa e il Venezuela, ad esempio, hanno incluso i diritti riproduttivi nella Costituzione, come diritti umani fondamentali. In India la commissione per i diritti umani ha adottato una dichiarazione sui diritti riproduttivi e ha dato indicazioni ai governi dei vari stati per promuoverli e proteggerli.⁴

In Ecuador, Etiopia, Ghana, Kenya e Liberia, per citare solo alcuni paesi, ONG come le organizzazioni delle avvocate rivendicano e sorvegliano l'intervento dei governi a supporto dei diritti riproduttivi.

IL COMPROMESSO SULL'ABORTO. Nei lunghi incontri preparatori della Conferenza del Cairo era stato raggiunto un ampio consenso su gran parte dei punti del Programma d'Azione. Ciononostante nel corso della conferenza le ben note divergenze su come affrontare la questione dell'abor-

to rischiarono di impedire il raggiungimento di una posizione comune.

Dopo un prolungato dibattito, si giunse a un compromesso. La Conferenza internazionale sulla popolazione del 1984 aveva concordato sul fatto che l'aborto non doveva mai essere promosso come strumento di controllo delle nascite, che le donne dovevano essere aiutata a evitarlo grazie a un sempre maggiore accesso alla pianificazione familiare e che le donne che vi avevano fatto ricorso dovevano essere trattate umanamente e sostenute psicologicamente. Il Programma d'Azione del 1994 riafferma questi punti. Riconoscendo che gli aborti a rischio⁵ sono un importante problema sanitario pubblico, esso aggiunge che le donne dovrebbero poter accedere a servizi di qualità per gestire le eventuali complicazioni che ne possono derivare. I governi hanno convenuto che la decisione su che politica adottare sull'aborto spetta ai singoli paesi; laddove l'aborto non è contro la legge, dovrebbe essere esente da rischi.

La quarta Conferenza mondiale sulle donne, svoltasi a Pechino nel 1995, confermò il Programma d'Azione del Cairo e la centralità dei diritti riproduttivi nell'iniziativa per promuovere l'uguaglianza fra i sessi. A Pechino continuò l'elaborazione del concetto di sicurezza sessuale, specificando che "I diritti umani delle donne comprendono il loro diritto ad avere il controllo e a decidere liberamente e responsabilmente sulle questioni legate alla propria sessualità, compresa la salute sessuale e riproduttiva, senza coercizioni, discriminazioni e violenze".

Un impatto ad ampio raggio

Il successo della Conferenza del Cairo nel proporre una piattaforma sui diritti umani per affrontare le sfide cruciali della sanità e dello sviluppo è stato notevole. Dopo il 1994 ONG, stati e comunità internazionale hanno utilizzato l'accordo raggiunto per favorire la realizzazione di una piattaforma di ampio respiro sull'*empowerment* e l'uguaglianza. Ad esempio:

- Gli stati hanno aumentato gli sforzi per combattere l'**HIV/AIDS** usando un approccio integrato e globale a prevenzione, cura, assistenza e supporto (vedi Capitolo 8).
- **La salute riproduttiva nell'adolescenza** è divenuta una preoccupazione emergente a livello mondiale (vedi Capitolo 9).
- Sono sempre più forti le voci che si oppongono ai **matrimoni precoci**, considerati un rischio per la salute delle ragazze e una violazione dei loro diritti.

- La persistenza di una elevata **mortalità materna** ha sollecitato un più intenso esame delle sue cause e dei possibili rimedi (vedi Capitolo 7).
- Cresce il riconoscimento e il sostegno nei confronti dei **bisogni di salute riproduttiva delle donne nelle situazioni di emergenza** (vedi capitolo 10).
- Il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha adottato all'unanimità nell'ottobre del 2000 la Risoluzione 1325 **sulle donne, la pace e la sicurezza**, in cui si afferma che tutte le decisioni in materia di rimpatrio e reinserimento, riabilitazione, reinserimento e ricostruzione post-bellica devono tener conto delle esigenze specifiche delle donne e delle bambine.
- Un numero crescente di paesi sta prendendo provvedimenti per prevenire e curare chirurgicamente la **fistola ostetrica**, una terribile lesione che si verifica durante il parto, specialmente nel caso di madri adolescenti.
- Gli interventi per ridurre l'impatto degli **aborti a rischio** – compresi un maggior supporto per la pianificazione familiare di qualità e l'assistenza post-aborto, nonché un dibattito aperto e rispettoso dei valori culturali nelle circostanze in cui l'aborto potrebbe essere ammissibile — sono aumentati da quando la Conferenza del Cairo ha individuato in questo problema un'importante preoccupazione per la salute pubblica.
- Le campagne contro la **violenza di genere** (compresa la violenza domestica e l'uso dello stupro per terrorizzare le popolazioni colpite dalle guerre) stanno ottenendo un ampio supporto in molti paesi.
- Aumenta la richiesta di un'azione globale per combattere il **traffico di donne e bambini** e la violenza praticata nell'industria mondiale del sesso.
- È stata intrapresa un'azione decisa per porre fine alle **mutilazioni dei genitali femminili (MGF)** e ad altre pratiche tradizionali dannose, un tempo considerate questioni troppo delicate per poter essere discusse: 17 paesi africani hanno messo fuori legge le mutilazioni dei genitali e molte comunità si sono mobilitate per far cessare questa pratica.

La strada è ancora lunga

I progressi compiuti fino ad oggi dai vari paesi per mettere in pratica le raccomandazioni del Cairo hanno posto

le fondamenta per ulteriori progressi nella realizzazione della salute e dei diritti riproduttivi. Ma le sfide ancora da affrontare sono difficilissime:

- Continuano le **migrazioni** dalle aree rurali dei paesi in via di sviluppo verso le città in rapida crescita. **Entro il 2007, metà della popolazione mondiale vivrà nelle aree urbane.** Fornire servizi sociali – compresa quelli per la salute riproduttiva – nelle aree urbane povere rappresenta una sfida di primaria importanza, così come lo è rispondere ai bisogni delle comunità rurali ancora prive di servizi.
- L'incremento demografico contribuisce, insieme all'elevato consumo di risorse delle popolazioni benestanti, ad aumentare la **pressione sull'ambiente a livello globale**. Il surriscaldamento del pianeta, la deforestazione, la crescente scarsità d'acqua e la diminuzione delle terre coltivabili renderanno più arduo affrontare la povertà e le disuguaglianze fra i sessi.
- **Più di 350 milioni di coppie non possono ancora accedere a una gamma completa di servizi di pianificazione familiare.** Circa 137 milioni di donne vogliono ritardare la nascita del prossimo figlio, o non vogliono averne più, ma non usano nessun mezzo contraccettivo; altri 64 milioni usano mezzi poco efficaci. I servizi raggiungono molte più donne di quante sia mai successo, ma non si espandono abbastanza velocemente da colmare le carenze esistenti o da stare al passo con l'incremento demografico e della domanda. **Da qui al 2025 la domanda di pianificazione familiare aumenterà del 40 per cento.**
- In molte parti del mondo in via di sviluppo le **complicazioni della gravidanza e del parto** sono tra le principali cause di morte e di malattia tra le donne in età riproduttiva. Circa 8 milioni di donne soffrono ogni anno di complicazioni connesse alla gravidanza che mettono in pericolo la loro vita; più di 529.000 ne muoiono, il 99 per cento delle quali nei paesi in via di sviluppo.⁶ Queste cifre aumentano esponenzialmente quando si considerano le donne che contraggono infezioni o lesioni.
- Nel mondo in via di sviluppo nel suo complesso **un terzo di tutte le donne incinte non riceve nessuna assistenza sanitaria durante la gravidanza**; il 60 per

L'INCREMENTO DEMOGRAFICO È ANCORA UN PROBLEMA

La popolazione mondiale, che ha raggiunto i 6,4 miliardi di persone, cresce ancora rapidamente – attualmente di 76 milioni di persone all'anno. Nel 2050 le proiezioni delle Nazioni Unite prevedono che il mondo avrà circa 2 miliardi e mezzo di persone in più, una cifra corrispondente al totale della popolazione mondiale nel 1950.

La crescita ha rallentato dopo il picco di metà anni '90 (circa 82 milioni l'anno). Le dimensioni medie delle famiglie sono scese dai 6 figli per donna del 1960 ai circa 3 di oggi, grazie alla maggiore accessibilità e diffusione della pianificazione familiare. Le proiezioni suggeriscono che la popolazione totale comincerà a stabilizzarsi verso la metà di questo secolo, quando la fecondità scenderà al livello di sostituzione o ancora più in basso.

Alcuni paesi, tuttavia, raggiungeranno questo punto molto più tardi di altri. Quelli con una popolazione giovane (a causa dell'alta fecondità del recente passato)

continueranno a crescere per decenni anche quando le famiglie meno numerose saranno diventate la norma. Il numero degli adolescenti (10-19 anni) è oggi al massimo di tutti i tempi: 1,2 miliardi. E nei paesi più poveri, dove la fecondità e la mortalità sono ancora alte e l'accesso alla pianificazione familiare è limitato, la transizione verso famiglie più piccole è appena all'inizio. Per i 50 paesi meno sviluppati la previsione è di una crescita entro il 2050 del 228 per cento, fino a raggiungere 1,7 miliardi.

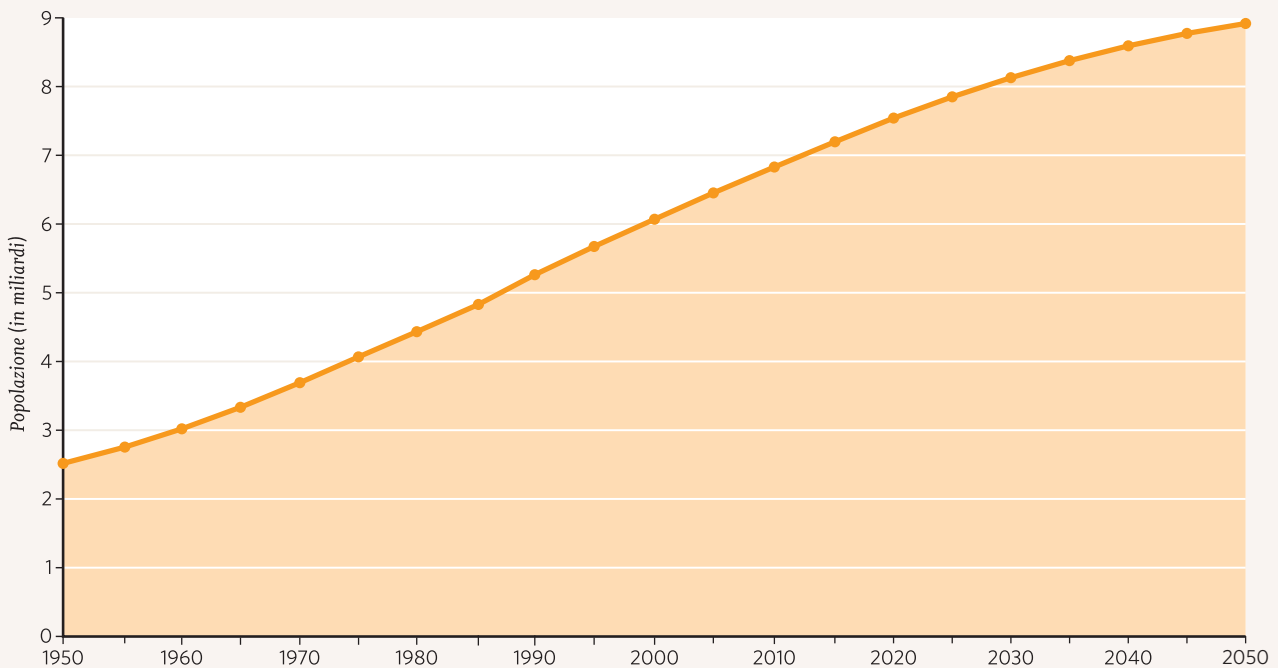
I paesi in cui la fecondità è diminuita drasticamente sperimenteranno un invecchiamento impressionante della popolazione nei decenni a venire: una tendenza già chiaramente manifestatasi nei paesi sviluppati e che costituisce una rilevante preoccupazione politica. Il 96 per cento dell'incremento demografico previsto avverrà nei paesi in via di sviluppo. Le popolazioni dell'Europa e del Giappone sono attualmente in calo e si prevede che la diminuzione raddoppierà per il 2010-2015; il Nordamerica continua a crescere di

circa l'1 per cento l'anno, soprattutto a causa dell'immigrazione.

Le stime attuali della popolazione e le proiezioni sulla sua crescita sono inferiori rispetto a quelle effettuate dieci anni fa, in gran parte perché l'impatto dell'HIV/AIDS in Africa è stato peggiore di quanto precedentemente previsto e perché la crescita nei paesi sviluppati è diminuita più rapidamente. Nei 38 paesi africani più colpiti dall'HIV/AIDS si prevede che vi saranno 823 milioni di persone nel 2015, 91 milioni di meno che se non si fosse verificata nessuna morte per AIDS, ma oltre il 50 per cento in più di oggi (senza l'HIV/AIDS sarebbero aumentati del 70 per cento).

Le proiezioni delle Nazioni Unite su un rallentamento dell'incremento demografico presuppongono che un numero maggiore di coppie sia in grado di scegliere di avere famiglie meno numerose: ciò richiederà maggiori investimenti per garantire l'accesso a informazioni e servizi per la salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare.

Grafico 1: Popolazione mondiale, 1950-2050 (proiezioni)



Fonte: Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite.

cento dei parti avviene al di fuori delle strutture sanitarie e l'assistenza di personale qualificato si verifica in solo metà dei casi.

- Nel corso del 2003 si stima che si siano verificate **5 milioni di nuove infezioni da HIV**, con una media di 14.000 al giorno; il 40 per cento hanno colpito le donne e quasi il 20 per cento i bambini. A metà del 2004 erano circa 38 milioni le persone affette da HIV/AIDS. Nel 2003 circa 3 milioni di persone sono morte di AIDS: 2,5 milioni di adulti e 500 mila bambini al di sotto dei 15 anni.⁷

LE RISORSE NON BASTANO. La risposta della comunità internazionale a queste sfide è stata del tutto inadeguata. Dopo l' iniziale slancio seguito al Cairo, i livelli delle risorse sono rimasti stazionari.

I paesi donatori hanno reso disponibili solo circa la metà delle risorse esterne che la Conferenza del Cairo aveva convenuto fossero necessarie per mettere in pratica il Programma d'Azione. I donatori avevano concordato di arrivare a erogare per il 2005 6,1 miliardi di dollari all'anno per i programmi demografici e di salute riproduttiva, un terzo delle risorse totali necessarie. Fra il 1999 e il 2001 i loro contributi sono rimasti fermi a circa 2,6 miliardi di dollari; nel 2002 sono saliti a 3,1 miliardi.⁸

A fronte della pandemia di HIV/AIDS si sono manifestati nuovi bisogni, in particolare una affidabile e adeguata fornitura di prodotti per la salute riproduttiva, compresi i preservativi maschili e femminili.

Per andare avanti

Il decimo anniversario della Conferenza del Cairo è un'occasione per i governi e per la comunità internazionale di verificare le iniziative adottate, rinnovare gli impegni e identificare priorità e sfide ancora da affrontare. Le riunioni regionali di verifica e le risposte al *Global Survey* dell'UNFPA hanno confermato che i paesi hanno fatto progressi significativi e sono fortemente impegnati a continuare. Con il suo approccio integrato, che collega popolazione e sviluppo (compresa la tutela dell'ambiente e la gestione della crescita nelle città e nelle campagne), uguaglianza fra i sessi, salute riproduttiva e diritti, il Programma d'Azione del Cairo continua a essere un riferimento essenziale per le iniziative sullo sviluppo del prossimo decennio.

I recenti impegni delle Nazioni Unite e dei donatori sulle strategie di riduzione della povertà e gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo (comprese le iniziative per ridurre la mortalità materna e contrastare la pandemia di

HIV/AIDS) offrono una reale occasione per generare quel salto di volontà politica e di risorse necessario per realizzare appieno l'accordo del Cairo.

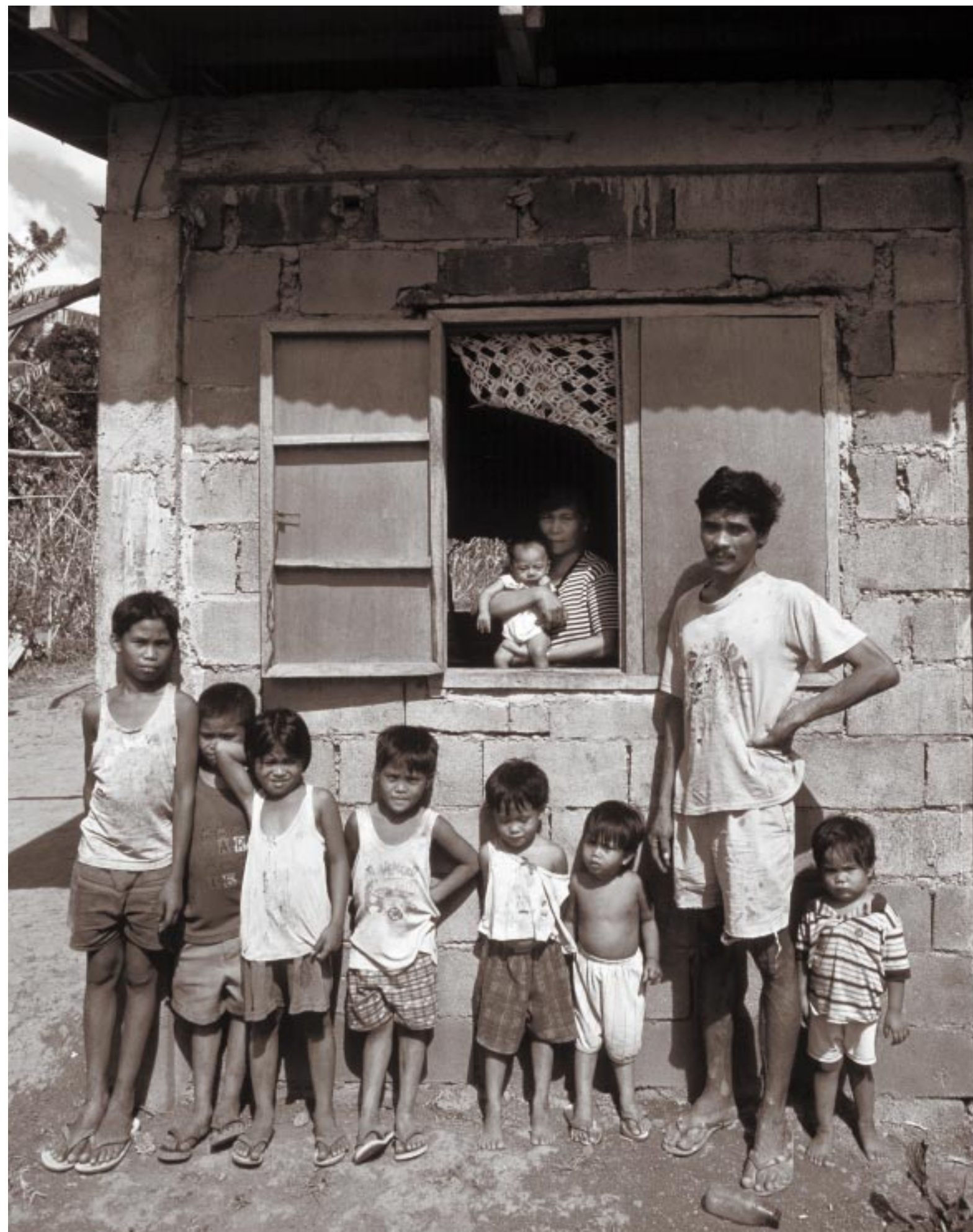
L'obiettivo del Cairo di un accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015 è condizione essenziale per realizzare gran parte degli Obiettivi del Millennio. Un punto critico è assicurare che le risorse e le iniziative necessarie per la salute riproduttiva non siano trascurate quando verranno stabilite le priorità nei finanziamenti. Il finanziamento dei donatori in questo settore è solo circa metà di quanto convenuto al Cairo, mentre i bisogni continuano a crescere.

Oltre a ciò, è necessario finanziare programmi integrati e multisettoriali. Questo approccio, al centro della visione della Conferenza del Cairo, contrasta con la tendenza a una programmazione settore-per-settore (e nel campo della sanità, malattia-per-malattia) che è invece favorita dall'impostazione degli Obiettivi del Millennio.

L'alta redditività degli investimenti in salute riproduttiva è un fatto comprovato. In particolare, sono necessari maggiori finanziamenti per aumentare la disponibilità di servizi di pianificazione familiare su base volontaria, per espandere l'accesso all'assistenza ostetrica d'emergenza e ad altri interventi per la maternità sicura e per accrescere enormemente gli sforzi di prevenzione dell'HIV/AIDS. Particolari sforzi sono richiesti per raggiungere gli/le adolescenti e le persone giovani come pure le popolazioni sfollate e profughe a seguito di guerre e disastri naturali.

È anche importante consolidare altre fondamentali conclusioni della Conferenza del Cairo: piani e politiche di sviluppo devono affrontare le dinamiche demografiche, i loro nessi con la salute riproduttiva, il loro impatto sulle prospettive di una crescita economica sostenibile e di una riduzione della povertà; comunità locali e destinatari/e dei programmi devono essere coinvolti nella loro impostazione e valutazione; gli interventi devono essere portati avanti in collaborazione con la società civile ed essere attenti alle culture locali.

Dieci anni fa il Programma d'Azione del Cairo esordiva osservando che il mondo era "in un momento determinante nella storia della cooperazione internazionale": un'occasione unica per fare avanzare il benessere umano, collegando sviluppo e popolazione, progresso delle donne e salute riproduttiva. Le sfide di oggi – comprese le preoccupazioni per la sicurezza, la continua diffusione dell'HIV/AIDS, la povertà che persiste accanto a una prosperità senza precedenti — rendono ancora più imperativo portare avanti il Programma d'Azione del Cairo per far sì che il suo sogno di un futuro migliore possa avverarsi.



2 Popolazione e povertà

Una delle premesse centrali della Conferenza del Cairo del 1994 è stata l'idea che le prospettive di sviluppo di un paese, in particolare il miglioramento delle condizioni di vita dei più poveri, sono direttamente dipendenti dalla dimensione, crescita, struttura per età e distribuzione sul territorio – tra città e campagna – della popolazione. Sulla base di questo concetto, la Conferenza ha invitato i vari paesi a “integrare pienamente le problematiche demografiche nelle strategie di sviluppo, nella pianificazione, nei processi decisionali e nell’allocazione delle risorse a tutti i livelli”.

I principali problemi relativi a popolazione e sviluppo affrontati dal Programma d’Azione sono: popolazione e povertà; ambiente (vedi Capitolo 3); salute, morbilità e mortalità (Capitoli 6, 7 e 8); distribuzione della popolazione, urbanizzazione e migrazioni interne e internazionali (Capitolo 4).

La povertà perpetua la cattiva salute, le disuguaglianze di genere e la rapida crescita della popolazione. La Conferenza del Cairo ha riconosciuto che l’*empowerment* delle donne e degli uomini in quanto individui, attraverso la formazione, le pari opportunità e i mezzi per determinare il numero dei figli e l’intervallo tra le nascite è fondamentale per rompere questo circolo vizioso.

Nel 1994 era già comprovato, grazie all’esperienza di due generazioni, che i paesi in via di sviluppo con minore fecondità e in cui la popolazione aumenta più lentamente hanno una maggiore produttività, maggiori risparmi e investimenti produttivi, quindi una più rapida crescita economica. L’analisi dei dati più recenti conferma che nei paesi che hanno ridotto i tassi di fecondità e di mortalità, investendo nella sanità e nella formazione, il risultato è stata una maggiore prosperità.

Mentre la comunità internazionale è impegnata a rendere più efficaci le iniziative per lo sviluppo, in modo da raggiungere gli Obiettivi del Millennio (eliminare la povertà e migliorare il benessere dei popoli), il Programma d’Azione del Cairo, che parte dai diritti per affrontare l’interdipendenza tra popolazione e povertà, merita la massima priorità.

Gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo

Nel decennio dopo la Conferenza del Cairo le politiche che informano gli aiuti internazionali allo sviluppo sono cambiate.

L’ammontare degli aiuti ha ristagnato intorno ai 60 miliardi di dollari l’anno, a causa sia della stanchezza degli enti donatori che dell’incertezza economica. Contemporaneamente i donatori si sono fatti più critici nei confronti del modo in cui gli aiuti sono stati utilizzati (attribuendone la responsabilità sia ai governi dei paesi donatori che di quelli riceventi).

Per aumentare l’impatto dell’assistenza allo sviluppo i donatori hanno fatto della *governance* un importante criterio per l’allocazione degli aiuti e hanno consolidato l’idea generale che alleviare la povertà è la principale giustificazione che sta alla base dell’assistenza.

L’intento di focalizzare più efficacemente gli aiuti allo sviluppo ha informato il Vertice del Millennio, tenutosi nel 2000 presso la sede delle Nazioni Unite a New York, e l’individuazione degli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo (MDG), nonché dei traguardi da essi fissati per ridurre la povertà su scala globale entro il 2015:

1. **Eliminare la povertà estrema e la fame.** Entro il 2015, dimezzare la quota di popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno e di coloro che soffrono la fame.
2. **Accesso universale all’istruzione di base.** Entro il 2015, assicurare che tutti i bambini e le bambine completino la scuola elementare.
3. **Promuovere l’eguaglianza fra i sessi e l’empowerment delle donne.** Eliminare le disuguaglianze fra i sessi nell’istruzione primaria e secondaria possibilmente entro il 2005 e a tutti i livelli per il 2015.
4. **Ridurre la mortalità infantile.** Entro il 2015, ridurre di due terzi il tasso di mortalità fra i bambini di meno di 5 anni.
5. **Migliorare la salute materna.** Entro il 2015, ridurre di tre quarti la percentuale di donne che muoiono di parto.
6. **Lottare contro l’HIV/AIDS, la malaria e altre malattie.** Entro il 2015, fermare la crescita nella propagazione dell’-

HIV/AIDS e cominciare a investire la tendenza; ridurre l'incidenza della malaria e di altre importanti malattie.

7. **Assicurare la sostenibilità ambientale.** Integrare i principi dello sviluppo sostenibile nelle politiche e nei programmi nazionali e arrestare la distruzione delle risorse ambientali. Entro il 2015, ridurre della metà la percentuale di persone che non dispongono di acqua potabile sicura. Entro il 2020 raggiungere un significativo miglioramento nelle condizioni di vita di almeno 100 milioni di abitanti degli slum.
8. **Costituire una partnership mondiale per lo sviluppo.** Sviluppare ulteriormente, a livello nazionale e internazionale, un sistema aperto di relazioni commerciali e finanziarie, che preveda l'impegno a praticare correttamente la *governance* e promuovere lo sviluppo e la riduzione della povertà. Affrontare i particolari bisogni

dei paesi meno sviluppati e dei paesi in via di sviluppo senza sbocco al mare o su piccole isole. Affrontare in maniera esauriente i problemi del debito dei paesi in via di sviluppo. Sviluppare opportunità di lavoro decorose e produttive per i giovani. In collaborazione con le aziende farmaceutiche, assicurare nei paesi in via di sviluppo la vendita a prezzi accessibili dei farmaci essenziali. In collaborazione con il settore privato, rendere disponibili i vantaggi delle nuove tecnologie, specialmente nel campo delle comunicazioni e dell'informazione.

Per molti versi, gli obiettivi e i traguardi fissati alla Conferenza del Cairo (vedi Scheda 3) avevano anticipato gli Obiettivi del Millennio.

Salute riproduttiva e Obiettivi del Millennio

L'obiettivo del Programma d'Azione del Cairo di assicurare accesso universale a servizi per la salute riproduttiva di qua-

| | | | |
|----------|--|---|---|
| 3 | <p>GLI OBIETTIVI DELLA CONFERENZA DEL CAIRO E LA VERIFICA DEL 1999</p> <p>La conferenza del Cairo ha adottato i seguenti obiettivi, fra loro interdipendenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uguaglianza fra i sessi nell'istruzione. Eliminare il divario fra maschi e femmine nell'istruzione primaria e secondaria entro il 2005 e assicurare l'accesso universale alla scuola elementare (o al suo equivalente) di bambini e bambine il più rapidamente possibile e comunque entro il 2015. • Mortalità nella primissima e prima infanzia e mortalità materna. Ridurre di almeno un terzo i tassi di mortalità nella primissima infanzia e dei bambini di meno di 5 anni, portandoli rispettivamente a non più del 50 e 70 per ogni mille nati vivi entro il 2000 e a non più del 35 e 45 per mille entro il 2015; entro il 2000 dimezzare la mortalità materna rispetto ai livelli del 1990 e ridurla di un'ulteriore metà entro il 2015 (nei paesi con la mortalità più elevata portarla a meno di 60 morti per ogni 100.000 nati vivi). • Servizi per la salute riproduttiva. Fornire entro il 2015 accesso universale a una gamma completa di metodi di pianificazione familiare affidabili e sicuri e ai | <p>relativi servizi per la salute riproduttiva e sessuale.</p> <p>Nel 1999, nell'Assemblea generale dell'ONU di verifica sui primi cinque anni di applicazione del Programma d'Azione del Cairo, le Nazioni Unite hanno preso atto del peggioramento della crisi dell'HIV/AIDS e della vulnerabilità dei/delle giovani, dandosi specifici traguardi quantitativi per valutare l'applicazione del programma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istruzione. Entro il 2005 dimezzare il tasso di analfabetismo di donne e ragazze rispetto al livello del 1990; entro il 2010 garantire che almeno il 90 per cento dei bambini di ambo i sessi siano iscritti alla scuola elementare. • Servizi per la salute riproduttiva. Entro il 2005 assicurare che il 60 per cento delle strutture sanitarie di base siano in grado di fornire un'ampia gamma di metodi di pianificazione familiare, assistenza ostetrica di base, prevenzione e trattamento delle infezioni dell'apparato riproduttivo; la percentuale deve salire all'80 per cento entro il 2010 e al 100 per cento entro il 2015. • Mortalità materna. Entro il 2005, laddove la mortalità materna è molto alta, assicura- | <p>re che almeno il 40 per cento di tutte le nascite siano seguite da assistenti qualificati; la percentuale deve salire al 50 per cento entro il 2010 e al 60 per cento entro il 2015; a livello globale, l'80 per cento delle nascite dovrebbero essere assistite entro il 2005, l'85 per cento entro il 2010 e il 90 per cento entro il 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare. Entro il 2005: dimezzare il divario fra la quota di persone che usano mezzi anticoncezionali e coloro che esprimono il desiderio di distanziare o limitare le nascite; la percentuale di bisogni soddisfatti deve salire al 75 per cento entro il 2010 e al 100 per cento entro il 2015. Quote e target demografici non andrebbero usati per raggiungere questo obiettivo. • HIV/AIDS. Assicurare che entro il 2005 almeno il 90 per cento dei/le giovani tra i 15 e i 24 anni (il 95 per cento entro il 2010) abbiano accesso ai metodi di prevenzione dell'HIV/AIDS, come i preservativi maschili e femminili, nonché ai test su base volontaria e a servizi di supporto psicologico e follow-up; ridurre i tassi di infezione da HIV in questo gruppo di età del 25 per cento entro il 2005 nei paesi più colpiti ed entro il 2010 su scala globale. |
|----------|--|---|---|

lità entro il 2015 non è compreso fra gli Obiettivi del Millennio. Ciò ha fatto temere che, nel tentativo di meglio indirizzare le risorse verso le priorità dello sviluppo, esse finissero per essere sottratte alla salute riproduttiva. Tuttavia, come affermato al Cairo, questo obiettivo è fondamentale per ridurre la povertà, la mortalità materna e infantile e la diffusione dell'HIV/AIDS.

Come ha dichiarato il segretario generale dell'ONU Kofi Annan in un messaggio alla quinta Conferenza sulla popolazione dell'Asia e del Pacifico, tenutasi a Bangkok nel dicembre 2002, "Gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo, particolarmente l'eliminazione della povertà estrema e della fame, non possono essere raggiunti se i problemi della popolazione e della salute riproduttiva non sono correttamente affrontati. Ciò significa un più forte impegno per promuovere i diritti delle donne e maggiori investimenti nell'istruzione e nella salute, compresa la salute riproduttiva e la pianificazione familiare".

Molto di più va fatto per assicurare le sinergie fra gli Obiettivi del Millennio e quelli del Cairo, ma il progresso compiuto è incoraggiante. Due membri della task force di esperti ONU del Progetto Millennio (per i settori dell'egualianza fra i sessi e della salute materno-infantile) hanno sostenuto con forza che "l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva" è una priorità strategica per raggiungere gli Obiettivi del Millennio.¹

Tutti i paesi sono tenuti a riferire all'Assemblea generale in merito ai progressi compiuti verso il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, con la stesura di Rapporti nazionali sul tema. Dieci dei primi rapporti pubblicati elencavano la salute riproduttiva come uno degli obiettivi e altri quattro hanno affrontato la questione. Nove hanno fornito dati sul tasso di diffusione dei contraccettivi (che è l'indicatore usato più frequentemente per monitorare l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva) e altri 10 vi hanno fatto riferimento.

Impatto economico delle dinamiche demografiche

È chiaramente dimostrabile che permettere alle coppie di avere meno figli, se così desiderano, aiuta a incrementare lo sviluppo e a ridurre la povertà, sia a livello dei singoli nuclei familiari sia a livello macroeconomico.

DIMENSIONI DELLA FAMIGLIA E BENESSERE. Ricerche recenti confermano la tesi che avere molti figli (senza averlo programmato) costituisce un pesante fardello per i poveri, mentre le famiglie di dimensioni più ridotte manifestano una più elevata mobilità economica verso l'alto.²

La fecondità influisce sulla povertà di una famiglia in molti modi:

- Nelle famiglie meno numerose il reddito è diviso fra un numero minore di persone e il reddito medio pro-capite aumenta. Una famiglia che con una certa dimensione può trovarsi al di sotto della linea di povertà, può superare la soglia di povertà se ha un componente in meno.
- Meno gravidanze fanno diminuire la mortalità e morbilità materna e spesso consentono migliori opportunità formative ed economiche alle donne. La morte o l'invalidità della madre può trascinare la famiglia nella povertà. La possibilità della madre di procurarsi un reddito può invece aiutare la famiglia a uscire dalla povertà.
- Un'alta fecondità mina le possibilità di istruzione dei figli, soprattutto delle femmine. Le famiglie numerose hanno meno da investire nella scolarizzazione di ogni figlio. Inoltre, le gravidanze precoci interrompono la frequenza della scuola da parte delle ragazze e nelle famiglie numerose spesso le madri tolgono le figlie dalla scuola perché le aiutino a prendersi cura di fratellini e sorelline. Meno istruzione significa più povertà per la famiglia e contribuisce alla trasmissione della povertà da una generazione all'altra.
- Le famiglie con fecondità più bassa possono investire di più nella salute di ciascun figlio e possono più facilmente offrire ai propri figli un'alimentazione adeguata. La malnutrizione porta a una crescita stentata e a uno sviluppo insufficiente del cervello, con la conseguente incapacità di raggiungere alti livelli di produttività sul mercato del lavoro.

IMPATTO MACROECONOMICO. Una elevata fecondità ritarda lo sviluppo in molti modi. La Commissione su macroeconomia e salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha osservato nel 2001: "Per la società la rapida crescita in particolare della popolazione rurale ha un impatto assai pesante sull'ambiente fisico e sulla produttività alimentare, facendo diminuire il rapporto fra terra e forza lavoro in agricoltura. Contadini disperatamente poveri tendono allora ad affollare le città, causando altissimi tassi di urbanizzazione, con ulteriori effetti negativi di congestione e riduzione del capitale urbano pro capite".

Una fecondità più bassa è invece collegata a benefici economici. Uno studio del 2001 in 45 paesi ha rilevato che se questi paesi avessero ridotto la fecondità del 5 per mille negli anni '80, l'incidenza nazionale media della povertà sarebbe passata dal 18,9 per cento della metà degli anni '80 al 12,6 tra il 1990 e il 1995.³

All'epoca della Conferenza del Cairo, la prova econometrica di questo "effetto popolazione" sulla crescita economica

PRODUCE POVERTÀ

La Conferenza del Cairo ha riconosciuto – come i poveri hanno sempre saputo – che una cattiva salute e nascite non desiderate possono essere determinanti nel far sì che una famiglia cada o no in miseria. I politici sono però in ritardo nell'affrontare la diseguale distribuzione delle informazioni e dei servizi sanitari che contribuisce a perpetuare la povertà. Da un'analisi dei dati sull'accesso alla salute riproduttiva tra differenti gruppi di reddito in 56 paesi risulta che i gruppi più poveri sono chiaramente svantaggiati, sotto diversi aspetti:

- il maggior divario fra ricchi e poveri si riscontra nell'assistenza qualificata al parto, il più costoso fra i servizi per la salute riproduttiva;
- il secondo maggior differenziale si ha nel tasso di fecondità fra le adolescenti: le donne più povere fanno figli in età più giovane;
- le disuguaglianze in materia di salute basate sul reddito sono maggiori per la maternità senza rischi, la fecondità adolescenziale, l'uso dei contraccettivi e il tasso generale di fecondità che non per la mortalità infantile;
- le donne povere hanno un maggior nume-

ro di figli nel corso della loro vita rispetto a quelle più benestanti;

- nei paesi poveri il rischio di morte o malattia di madre e bambino è maggiore e in tutti i paesi le donne povere sono quelle più a rischio;
- l'uso della pianificazione familiare, in particolare dei metodi moderni, è maggiore nei segmenti più ricchi della società.

Queste risultanze confermano quelle presentate nel Rapporto su *Lo stato della popolazione nel mondo 2002*, che aveva esaminato i dati di 44 paesi. La scarsità di risorse, competenze, opportunità e diffusione sul territorio non consente ai poveri di accedere alle informazioni sulla salute riproduttiva e ai relativi servizi: gli effetti sono evidenti.

Il deficit di informazioni e servizi è causato da diversi fattori:

- le donne e le coppie povere hanno meno possibilità di accedere alle informazioni e alle conoscenze fornite dal sistema scolastico per espandere le proprie competenze;
- le persone e le comunità più povere rifugono dal rischio: potendosi permettere un margine di errore assai limitato, preferisco-

no in genere non sperimentare comportamenti nuovi;

- i costi per le informazioni e i servizi (costi monetari formali e informali, costi di trasporto e costi accessori) spaventano di più i poveri;
- quando si rivolgono ai poveri, gli operatori sono meno disponibili o meno capaci di stabilire quella stretta interazione che è richiesta per scambiare informazioni e fornire aiuto su argomenti delicati;
- la localizzazione dei servizi o i loro orari di apertura impediscono l'accesso ai più poveri;
- le fasce più ricche della popolazione si rapportano in modo più efficace alle istituzioni formali, ottenendo un ascolto attento e comprensivo.

Nel 2000 solo il 3 per cento del prodotto interno lordo era dedicato al settore sanitario nei paesi in via di sviluppo; nei paesi meno sviluppati la cifra era addirittura inferiore. In molti paesi la spesa tende tuttora a favorire gli ospedali e le strutture sanitarie della capitale e i progressi in direzione di una più equa distribuzione delle risorse a livello locale sono scarsi: la percentuale della spesa sanitaria nazionale dedicata ai servizi sanitari locali è rimasta stazionaria nei paesi in via di sviluppo ed è diminuita in quelli meno sviluppati.

era difficile da ottenere e gli economisti delle correnti dominanti tendevano a non considerarlo o a sminuirne l'importanza. Uno studio del 1986 del Consiglio nazionale delle ricerche degli Stati Uniti⁴ concludeva che l'incremento demografico aveva scarso o nullo effetto sulla crescita economica generale, nonostante i suoi importanti effetti per i singoli nuclei familiari; ma lo studio si fondava su dati degli anni '60 e '70, quando molti paesi in via di sviluppo erano ancora ai primi stadi della loro transizione demografica.

LA FINESTRA DEMOGRAFICA. Verso la metà degli anni '90, una nuova tornata di ricerche⁵, utilizzando dati di periodi più estesi, ha chiaramente mostrato che il calo della fecondità apre una "finestra demografica" di opportunità economiche. Con meno figli a carico della popolazione in età da lavoro, i paesi sono in grado di fare investimenti aggiuntivi che possono stimolare la crescita dell'economia e aiutare a ridurre la povertà. Questa finestra si apre una volta sola e si chiude

quando la popolazione invecchia e la percentuale di persone a carico (bambini e anziani) ricomincia a crescere.

Parecchi paesi dell'Asia orientale – le cosiddette Tigri asiatiche – e alcuni altri hanno profittato di questo bonus economico. La Cina ha sperimentato un calo clamoroso nell'incidenza della povertà.⁶ Uno studio ha stimato che la diminuzione della fecondità in Brasile ha fatto aumentare la crescita annua del prodotto interno lordo pro capite di 0,7 punti percentuali. In Messico e in altri paesi latino-americani si sono registrati effetti simili. D'altro canto, alcuni paesi hanno ampiamente sperperato l'occasione unica di questo "colpo di fortuna", a causa di una cattiva gestione di governo o di politiche che hanno portato a investimenti improduttivi.⁷

Nei paesi più poveri, in cui la fecondità rimane alta, la finestra demografica non si aprirà ancora per un po', ma gli investimenti effettuati ora – particolarmente quelli volti a migliorare l'erogazione dei servizi per la salute riproduttiva

– potrebbero accelerare il suo arrivo e garantire dividendi per il futuro.

Le varie regioni del mondo si trovano a stadi differenti della transizione demografica. L'**Asia meridionale** raggiungerà un picco nella proporzione tra popolazione in età da lavoro e popolazione a carico tra il 2015 e il 2025. In **America Latina e nei Caraibi**, la percentuale della popolazione in età da lavoro ha cominciato a crescere prima che in Asia orientale e sarà massima nel decennio 2020-2030, ma le modifiche sono state meno marcate e il bonus economico sarà quindi meno improvviso e meno consistente. Alcuni paesi **arabi** e dell'**Asia centrale** avranno la loro occasione demografica entro vent'anni, mentre altri sono molto più distanti.

In buona parte dell'**Africa sub-sahariana** il bonus demografico è ancora assai lontano. La popolazione è ancora molto giovane e la quota di persone in età da lavoro è relativamente bassa. Molti paesi sono appena all'inizio della transizione demografica e in altri il processo non è nemmeno avviato. Solo per 11 paesi il massimo dell'incidenza percentuale della popolazione in età da lavoro sarà raggiunto prima del 2050. Tuttavia, nell'area i bisogni di contraccezione insoddisfatti sono alti, il che fa pensare che un ampliamento dei programmi qualificati per la salute riproduttiva potrebbe affrettare l'arrivo del bonus demografico.

HIV/AIDS e povertà

Nei paesi con un'alta incidenza dell'HIV/AIDS la malattia uccide un gran numero di individui nei loro anni più produttivi, aumentando la quota di persone a carico di coloro che sono in età da lavoro e creando il peggiore scenario possibile per quanto riguarda la transizione demografica.

Per i sette paesi africani con un'incidenza dell'HIV nella popolazione adulta del 20 per cento o più si prevede che la popolazione nel 2025 sarà del 35 per cento inferiore rispetto a quanto sarebbe stata in assenza dell'AIDS. Nel 2020-2025 l'aspettativa di vita in questi paesi sarà di 29 anni più bassa di quanto sarebbe stata senza AIDS, una differenza del 41 per cento.⁸

Sempre più dati indicano inoltre che la crescita economica pro capite diminuirà in conseguenza del maggior numero di persone a carico, degli aumentati oneri per i sistemi sanitari, dei limitati investimenti nella produttività e della riduzione della forza lavoro.

Invecchiamento della popolazione

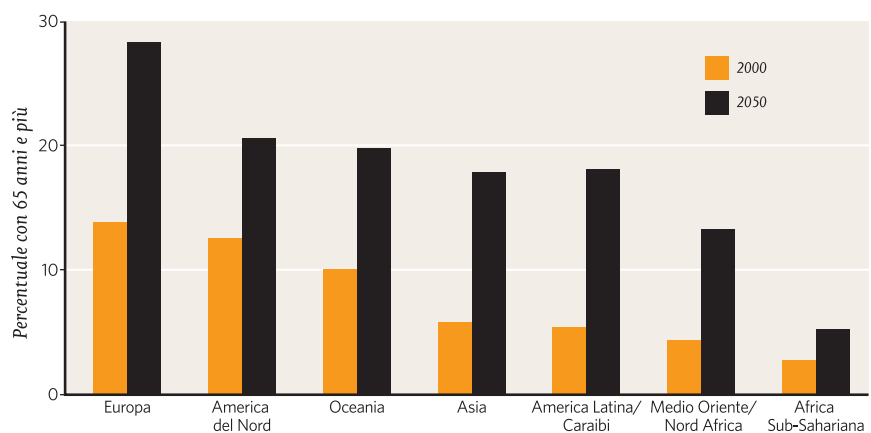
L'invecchiamento è un altro aspetto delle dinamiche demografiche che influisce sul livello di povertà. Quando la fecondità diminuisce e la popolazione invecchia, i sistemi tradizionali di cura degli anziani incentrati sulla famiglia possono indebolirsi, rendendo gli anziani vulnerabili. La sicurezza del reddito per i più vecchi è una preoccupazione politica non solo nei paesi sviluppati, ma sempre più anche in quelli in via di sviluppo, come la Cina, che sono già passati attraverso la transizione demografica.⁹ Tra il 2000 e il 2050, la quota di popolazione di 65 anni o più sarà raddoppiata nella maggioranza dei paesi in via di sviluppo (vedi Grafico 2).

Iniziative nazionali di lotta alla povertà

Dei 151 paesi in via di sviluppo che hanno risposto al *Global Survey 2003* dell'UNFPA,¹⁰ 136 hanno riferito di avere in qualche modo tenuto conto delle interazioni tra popolazione e povertà, anche se solo 77 paesi (il 57 per cento) avevano adottato due o più misure per affrontare il problema. addressingAll'epoca della precedente indagine, nel 1994, solo il 13 per cento dei paesi in via di sviluppo riferiva di iniziative su questo tema.

I vari paesi hanno adottato diverse strategie per affrontare il nesso fra popolazione e povertà: misure generali su popolazione e sviluppo in 108 paesi (79 per cento); speciali interventi per migranti, rifugiati, sfollati e altri gruppi particolarmente vulnerabili in 39 paesi (29 per cento); provvedimenti per la generazione di redditi e l'*empowerment* delle donne in 25 paesi (18 per cento). Circa 20 paesi (il 14 per cento) avevano strategie per abbassare i tassi di fecondità e un numero analogo per limitare l'incremento della popolazione.

Grafico 2: Proporzioni di persone di oltre 65 anni per area geografica, anni 2000 e 2050 (proiezioni)



Fonte: Ufficio per il censimento degli Stati Uniti (2000).



3 Popolazione e ambiente

La Conferenza del Cairo ha riconosciuto che la pressione cui è sottoposto l'ambiente e lo sfruttamento eccessivo delle risorse naturali sono fattori che aggravano e vengono a loro volta esacerbati dalla disuguaglianza fra i sessi, dalla povertà e dalle cattive condizioni sanitarie. La pressione sull'ambiente è in aumento a causa di "modelli insostenibili di produzione e di consumo" (fra i quali l'alto consumo delle risorse nei paesi ricchi e fra i ceti più abbienti di tutti i paesi) e di fattori demografici quali la rapida crescita della popolazione, la sua distribuzione, i flussi migratori.

A partire dall'affermazione che "la soddisfazione dei bisogni umani essenziali di una popolazione in crescita dipende dalla salubrità dell'ambiente", il capitolo III del Programma d'Azione del Cairo' analizza l'interazione fra popolazione, sviluppo economico e tutela dell'ambiente, ribadendo i principi dell'Agenda 21, adottata dalla Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo, tenutasi a Rio nel 1992.

Sia nella Conferenza del Cairo che nell'Assemblea generale delle Nazioni Unite che ne ha verificato i suoi risultati dopo cinque anni, la comunità internazionale ha affermato che la riduzione della disuguaglianza fra uomini e donne è una componente essenziale dello sviluppo sostenibile come pure della tutela dell'ambiente. Un forte miglioramento della condizione delle donne viene ormai considerato da tutti come fattore preliminare per la riduzione della fecondità e

per garantire una gestione corretta delle risorse naturali. Ed è sempre più diffusa la consapevolezza che, di fronte alla persistenza della povertà, occorre affrontare in modo olistico i problemi demografici, le crisi ambientali, la disuguaglianza fra i sessi e l'aumento dei consumi.

Dal 1994 in poi questa presa di coscienza ha prodotto una serie di interventi in cui la lotta alla povertà si ricollega all'impegno per l'empowerment delle donne, la salute, e una migliore gestione delle risorse locali. La maggior parte di queste iniziative, però, sono state di dimensioni ridotte. Esiste dunque un'esigenza pressante di integrare meglio le iniziative su popolazione, salute riproduttiva e differenza di genere all'interno delle strategie per realizzare gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo, compreso l'Obiettivo numero 7: garantire la sostenibilità ambientale.

Dal *Global survey 2003* dell'UNFPA risulta che sono stati compiuti passi avanti nella capacità dei paesi di affrontare le questioni della popolazione congiuntamente a povertà, ambiente, e decentramento dei meccanismi di programmazione. Centoventidue paesi hanno dichiarato di aver elaborato piani o strategie sul rapporto popolazione-ambiente. Quaranta paesi hanno elaborato politiche specifiche, e 22 hanno legiferato sul rapporto ambiente/andamento demografico.

La posta in gioco rimane comunque alta: le attività umane continuano ad alterare il pianeta a livelli senza precedenti. Una quantità di risorse sempre più consistente

UN CIRCOLO VIRTUOSO

Esiste un'interazione positiva fra gli sforzi attuati per ottenere un rallentamento dell'incremento demografico, la riduzione della povertà, il progresso economico, una migliore tutela dell'ambiente, e un contenimento dei modelli insostenibili di produzione e di consumo. In molti paesi il rallentamento dell'incremento demografico ha potenziato la capacità del paese di lottare contro la povertà, tutelare e risanare l'ambiente e porre le basi per uno sviluppo sostenibile in futuro.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 3.14

Nel corso dell'ultimo secolo, e in particolare negli ultimi 40 anni, l'umanità ha prodotto mutamenti profondi nell'ambiente di tutto il pianeta. A essere colpite più direttamente dalle sfide ambientali, dall'inquinamento dell'acqua fino ai mutamenti climatici, sono proprio le popolazioni più povere - quelle che hanno meno possibilità di mutare i propri stili di vita o le fonti di sostentamento per far fronte alla crisi ecologica o per combatterla. Alcuni esempi:

- Agricoltura, allevamento, sfruttamento del legname e sviluppo urbano hanno portato alla distruzione di circa la metà della **copertura boschiva**, e un altro 30 per cento è in condizioni di degrado o frammentazione.
- Nell'ultimo mezzo secolo il degrado dei suoli ha portato, secondo le stime, a una riduzione del 13 per cento delle terre coltivabili e del 4 per cento dei pascoli. In molti

paesi, il ritmo dell'incremento demografico negli ultimi anni è stato più rapido dell'aumento della produzione alimentare. Circa 800 milioni di persone soffrono di malnutrizione cronica e per 2 miliardi di persone non è garantita la sicurezza alimentare.

- Tre quarti delle **risorse ittiche** del pianeta sono attualmente oggetto di pesca ai limiti della sostenibilità, o anche oltre. Negli ultimi 50 anni la pesca industriale ha depauperato gli oceani di almeno il 90 per cento dei grandi predatori quali tonni, pesce spada e marlini, tra gli altri.
- Dagli anni '50 a oggi si è triplicata la domanda globale di **acqua**. La quantità e qualità delle falde acquifere stanno peggiorando a causa dell'eccesso di pompaggio, delle infiltrazioni di fertilizzanti e pesticidi e degli scarichi industriali. Mezzo miliardo di persone vivono in paesi definiti come colpiti da forti problemi, o scarsità di rifornimenti

idrici; entro il 2025, si prevede che tale cifra salga fino a livelli fra 2,4 e 3,4 miliardi.

- **Mutamenti climatici.** A causa del consumo di combustibili fossili i livelli di anidride carbonica sono oggi del 18 per cento più alti che nel 1960 e, secondo le stime, del 31 per cento più alti di quanto fossero all'inizio della Rivoluzione Industriale, nel 1750. All'accumulo nell'atmosfera di gas serra (fra i quali l'anidride carbonica), si ricollegano i mutamenti estremi delle temperature ed il loro aumento, nonché il verificarsi di fenomeni temporaleschi più acuti.
- **Il livello dei mari**, secondo le stime, si è innalzato di 10-20 centimetri, in larga misura a seguito dello scioglimento di masse di ghiaccio e dell'espansione degli oceani legata al fenomeno del riscaldamento regionale e globale. Le nazioni costituite da piccole isole, le città in aree depresse e le zone agricole vanno incontro a gravi inondazioni o alluvioni.

viene sfruttata con sempre maggiore intensità da un numero di persone sempre più alto; l'"impronta" lasciata da queste attività sulla terra è sempre più profonda.

Impatto della popolazione sull'uso delle risorse

Dalle sole cifre non si coglie appieno l'incidenza dell'interazione fra popolazione e ambiente. La dimensione e la profondità della **impronta ambientale** impressa da ciascun essere umano sulla Terra è determinata dai modi in cui le persone utilizzano le risorse, che incide sulle quantità che consumano. Un vegetariano che si sposta principalmente in bicicletta, ad esempio, produce un impatto molto minore di chi mangia carne e per spostarsi utilizza una vettura sportiva.

L'impronta ecologica di una persona che vive in un paese ad alto reddito è mediamente circa sei volte più consistente di quella di chi vive in un paese a basso reddito e molte volte più pesante di quella di chi vive nei paesi meno sviluppati del mondo. L'insieme delle impronte degli abitanti di una regione determina le prospettive di sopravvivenza o definitiva scomparsa della biodiversità in quella regione.

Molti economisti e ambientalisti utilizzano un'equazione per descrivere l'impatto relativo dei fattori popolazione, consumi e tecnologia ($I=PRT$: Impatto=Popolazione x Ricchezza x Tecnologia).

Con il calo delle nascite, saranno i livelli e modelli di consumo (la ricchezza), insieme alla tecnologia, ad assumere maggiore rilevanza nel determinare lo stato globale dell'ambiente. La popolazione, però, rimarrà il fattore cruciale nelle realtà in cui la mancanza di accesso ai servizi per la salute riproduttiva e alla pianificazione familiare, i bassi livelli di istruzione delle donne e delle bambine, la povertà e il minor potere decisionale delle donne rispetto agli uomini, continueranno a tenere alti i tassi di fecondità.

CONSUMATORI GLOBALI E POVERTÀ PERDURANTE. Una classe mondiale di consumatori, in rapido aumento e ormai giunta a circa 1,7 miliardi di persone, è responsabile della gran parte del consumo di carne e di carta, dell'uso di automobili e di energia che si verificano nel pianeta, nonché del conseguente impatto di queste attività sulle sue risorse naturali. Tale classe di persone non è collocata solo nei paesi industrializzati: con l'aumento della popolazione nei paesi in via di sviluppo, e con la globalizzazione crescente dell'economia mondiale, è sempre più vasto il numero di persone che hanno i mezzi per procurarsi una maggior varietà di prodotti e servizi di quanto fosse mai accaduto in precedenza².

Contemporaneamente 2,8 miliardi di persone - due persone su cinque - ancora faticano per riuscire a sopravvivere con meno di 2 dollari al giorno. Nel 2000 sul pianeta c'erano

1,1 miliardi di persone prive di accesso ragionevole ad acqua potabile e sicura, e 2,4 miliardi di persone prive di servizi igienici essenziali. In quell'anno la mancanza di accesso ad acqua potabile e servizi igienici nei paesi in via di sviluppo ha causato la morte di 1,7 milioni di persone³.

IMPATTO DIFFERENZIATO. Nelle realtà di alcuni paesi industrializzati, in cui sono presenti sia alti livelli di consumo che incremento demografico, l'impatto di quest'ultimo è notevole. Ad esempio, anche se la popolazione degli Stati Uniti è solo un quarto di quella dell'India, la sua impronta ambientale è oltre tre volte più pesante – con un'emissione annua nell'atmosfera di 15,7 milioni di tonnellate di carbonio a fronte dei 4,9 milioni di tonnellate di emissioni dell'India.⁴ Pertanto l'incremento demografico statunitense, che è di 3 milioni di persone all'anno, ha un impatto maggiore dell'incremento registrato in India, che pure è di 16 milioni di abitanti in più ogni anno.

L'impatto ambientale può continuare a crescere anche in presenza di un rallentamento dell'incremento demografico. In Cina il rallentamento è stato molto significativo, eppure continuano ad aumentare i consumi di petrolio e carbone, dunque anche i livelli di inquinamento. Anche se il governo cinese incentiva una maggiore efficienza energetica per le automobili (vedi Scheda 7), non viene incoraggiato l'uso del trasporto pubblico, delle biciclette e degli spostamenti a piedi, né una pianificazio-

ne urbanistica efficiente che non costringa le persone all'uso dell'auto.

Oltre a una riduzione complessiva nell'uso delle risorse, i governi possono ridurre l'impatto ambientale derivato dall'aumento dei consumi attraverso la promozione di tecnologie adeguate, fondate su un uso più efficiente delle risorse.⁵ I paesi industrializzati possono aiutare i paesi in via di sviluppo dando sostegno alla diffusione e adozione di tecnologie pulite.⁶

Altre tendenze demografiche interagiscono con i consumi in modi sorprendenti. A seguito dell'aumento dei redditi, dell'urbanizzazione e delle dimensioni più ridotte dei nuclei familiari, tra il 1970 e il 2000 si è ridotto il numero medio di persone che vivono sotto lo stesso tetto, passando da 5,1 a 4,4 nei paesi in via di sviluppo e da 3,2 a 2,5 nei paesi industrializzati - mentre è aumentato il numero totale dei nuclei familiari. Ogni nuova abitazione richiede l'uso di terreni e materiali; e con la diminuzione dei componenti di ogni nucleo familiare si perde il risparmio rappresentato dall'utilizzo comune dell'energia e degli elettrodomestici. Un nucleo familiare statunitense composto da una sola persona, ad esempio, ha un utilizzo pro capite di energia che è superiore del 17 per cento a quello di una famiglia di due persone.

Anche in alcuni paesi europei e in Giappone, dove l'incremento demografico si è arrestato, le dinamiche di mutamento dei nuclei familiari hanno un effetto trainante sull'aumento dei consumi.⁷

6

PROMUOVERE UN USO PIÙ EFFICIENTE DELL'ENERGIA

Da una serie di iniziative si desume che diversi paesi stanno prendendo sul serio la sfida della lotta a modelli sbagliati di produzione e consumo. Lo scorso anno, ad esempio, la Cina ha iniziato a regolamentare l'industria dell'auto, che è in rapida crescita, imponendo per le nuove auto private vendute nelle grandi città il rispetto di standard sulle emissioni altrettanto rigidi di quelli in vigore negli Stati Uniti e in Europa occidentale. A partire dall'anno in corso i nuovi standard sul risparmio energetico per le automobili saranno ancora più rigidi di quelli in vigore negli Stati Uniti.

Aumentano inoltre anche i trasferimenti di tecnologie più efficienti sul piano energetico. La Cina è divenuta il più grande produttore mondiale di lampadine fluorescenti compatte, ad alta efficienza energetica, in parte a seguito di *joint venture* con imprese giapponesi, olandesi e di altri paesi che operano nel settore dell'illuminazione. L'India è divenuta un forte produttore di turbine per l'energia eolica, che usano tecnologie avanzate fondate su *joint venture* e accordi di concessione con imprese danesi, olandesi e tedesche.

Povertà e pressione sull'ambiente

Sono i consumatori, in particolare nei paesi più ricchi, a produrre la modifica più rilevante dell'ambiente naturale con il loro uso delle risorse e dei prodotti. Ma anche le popolazioni dei paesi più poveri e meno sviluppati, con il loro forte incremento demografico, incidono sull'ambiente. In questi paesi la biodiversità è spesso alta, ma il degrado ambientale è già diffuso.

Le popolazioni povere di molte regioni ricche di biodiversità - zone in larga misura rurali, spesso prive di buone strutture sanitarie, scuole e infrastrutture di base - in molti casi non hanno altra scelta che sfruttare l'ambiente circostante per far fronte alle proprie esigenze di sussistenza, di cibo, di combustibile.

In questi contesti, pratiche tradizionali che potevano essere sensate quando la popolazione era ridotta divengono sempre meno sostenibili per le specie e gli ecosistemi locali quando aumentano la popolazione e la domanda. In Africa centrale, ad esempio, il commercio di selvaggina è aumentato a livelli tali da mettere in pericolo il futuro degli animali che vivono nella foresta, primati compresi.⁸

AMBIENTE E SALUTE. Dall'inquinamento atmosferico alla contaminazione dell'acqua fino alla presenza di sostanze tossiche negli alimenti, lo stato di salute dell'ambiente può incidere sulla salute umana in modi diversi e complessi. Sia le donne che gli uomini sono esposti a rischi ambientali, in particolare nelle comunità più povere. Nelle zone rurali contadini e braccianti spesso entrano in contatto con un gran numero di pesticidi, solventi, e sostanze tossiche ignote, in alcuni casi con effetti sulla salute riproduttiva e con un enorme impatto sulle donne.⁹

Dimensioni di genere dei mutamenti ambientali

Soprattutto nei paesi in via di sviluppo la differenza di genere incide molto sulle modalità di utilizzo e sviluppo delle risorse. Donne e bambine, ad esempio, spesso spendono molte ore la settimana per andare a prendere l'acqua da usare in casa. Quando i rifornimenti d'acqua sono irregolari, sono loro a subirne le conseguenze più pesanti.¹⁰ In Sudan, dove la deforestazione ha quadruplicato il tempo che le donne dedicano a raccogliere la legna per cucinare, secondo l'OMS l'energia utilizzata per trasportare acqua e combustibili consuma un terzo delle calorie assunte quotidianamente dalle donne.¹¹

I diritti relativi alle risorse naturali sono spesso distorti dai pregiudizi. Poche donne hanno beni di loro proprietà (anzi in alcuni paesi è la legge che lo vieta) e poche donne

sono coinvolte nei processi decisionali ad alto livello sulle questioni dell'ambiente. Nella maggior parte dei casi, il potere di decidere su come vengono usate le risorse naturali è in mano agli uomini, attraverso le industrie, le miniere, il pascolo degli animali e la proprietà della terra.

Le agenzie che si occupano di sviluppo continuano a offrire assistenza tecnica soprattutto agli uomini, anche nelle realtà in cui sono le donne a trasportare l'acqua e la legna o a dissodare la terra. Quando i funzionari di governo o i dirigenti delle comunità locali non sono capaci di riconoscere i modi diversi in cui le donne utilizzano le risorse - ad esempio coltivando l'orto per il consumo familiare negli interstizi delle coltivazioni gestite dai maschi e destinate al mercato - è molto facile che si verifichi una distruzione delle risorse.¹² Ma quando le donne vengono coinvolte nella gestione delle risorse naturali i risultati possono essere impressionanti.

Dopo il fallimento di un progetto sull'acqua che escludeva le donne nel distretto keniota di Kirinyaga, le donne hanno formato il Gruppo delle Donne di Kugeria e hanno chiesto al Ministero per lo Sviluppo idrico un aiuto per avere accesso a fonti idriche sicure e a prezzo accessibile. Grazie a loro 300 famiglie hanno avuto l'acqua, sono migliorate le condizioni igieniche e la produzione agricola è aumentata. Inoltre le donne hanno assunto un ruolo decisionale nella



Prima della Conferenza del Cairo, molti responsabili politici tendevano a interpretare lo “sviluppo” nel senso restrittivo di crescita economica, misurata in base al prodotto nazionale lordo. Le ricette per lo sviluppo erano spesso limitate a una piattaforma economica, che comprendeva investimenti, negoziati commerciali, costruzione di infrastrutture e aiuti monetari. Questioni quali l'equità e l'eguaglianza fra i sessi, la salute, l'istruzione e lo stato dell'ambiente, se mai venivano trattate, venivano considerate secondarie.

A dieci anni dalla conferenza del Cairo è molto più diffusa la coscienza che buona gestione dell'ambiente, salute, e condizione delle donne sono questioni interdipendenti, che incidono sulla rapidità e ampiezza dello sviluppo di un paese. Uno sviluppo vero deve migliorare la vita delle persone.

Alcuni demografi e studiosi che si occupano del rapporto fra popolazione, sviluppo e ambiente sostengono che la conferenza del Cairo ha dedicato un'attenzione eccessiva ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, sottovalutando le relazioni che esistono a livello macro fra incremento demografico e ambiente, economia, riduzione della povertà, istruzione e casa.

Tali critiche sono ingiustificate. La conferenza del Cairo ha messo in evidenza che la promozione dei diritti individuali in materia di salute sessuale e riproduttiva produce dei progressi anche a livello macro. Perciò la Conferenza ha affermato che garantire il diritto delle persone a scegliere il numero dei propri figli, il momento in cui farli e l'intervallo fra una nascita e l'altra porterebbe a un rallentamento nell'aumento della popolazione, senza fare ricorso a obiettivi di tipo demografico. In verità, mettere i sistemi sanitari in condizione di far fronte ai bisogni e ai desideri delle persone, in un modo più attento alle esigenze degli/delle utenti, potrebbe persino accelerare l'utilizzo della pianificazione familiare.

loro comunità, lavorando per costruire un ambulatorio e fornire accesso a servizi per la salute riproduttiva e la pianificazione familiare.¹³

SVILUPPARE APPROCCI INTEGRATI. Dopo l'Agenda 21 e la Conferenza del Cairo è aumentato l'interesse internazionale nei confronti della capacità delle donne di gestire le risorse naturali, e anche l'impegno a integrare salute riproduttiva e pianificazione familiare nei programmi di tutela dell'ambiente. Alcuni gruppi ambientalisti hanno costruito partnership con organizzazioni che si occupano di problemi della popolazione. *Conservation International*, ad esempio, ha fatto squadra

con alcune ONG che si occupano di pianificazione familiare e con l'Istituto di Sicurezza sociale del Messico per ottenere un accesso più ampio ai servizi per la salute riproduttiva, compresi quelli di pianificazione familiare, e per arrestare il disboscamento delle foreste all'interno e attorno alla Riserva della Biosfera di *Montes Azules*.

Nelle province montane dell'Ecuador centrale, dove le donne non hanno accesso a servizi per la salute riproduttiva e dove è diffusa l'erosione del suolo, l'organizzazione *World Neighbors* (Vicini del Mondo) ha lavorato insieme a un'associazione locale, il Centro di Orientamento medico e pianificazione familiare, per erogare servizi per la salute riproduttiva a più di 4000 famiglie e promuovere una migliore gestione locale delle risorse naturali.

Nel marzo del 2002 si è tenuto a Helsinki un incontro fra ministre dell'ambiente, rappresentanti di 19 paesi industrializzati e in via di sviluppo, e associazioni di donne. Nella dichiarazione finale si rivendicano: parità di diritti per le donne nell'accesso e controllo delle risorse naturali, compreso il diritto alla proprietà della terra; politiche di coinvolgimento delle donne nelle decisioni sull'utilizzo delle risorse; maggiore educazione dei consumatori sull'impatto ambientale dei prodotti ed elaborazione di “politiche, leggi e strategie per un equilibrio fra i sessi nella tutela dell'ambiente e nella distribuzione dei vantaggi che ne derivano”.¹⁴

CAMBIARE LE POLITICHE. A livello di politiche di intervento, a seguito delle raccomandazioni elaborate dalla Conferenza del Cairo, dall'Assemblea generale dell'ONU di verifica quinquennale sui risultati di quella conferenza, dal Vertice del Millennio e dal Vertice mondiale del 2002 per lo Sviluppo sostenibile, molti paesi hanno dato maggiore importanza al rapporto fra dinamiche della popolazione, sviluppo sostenibile e difesa dell'ambiente.

In Azerbaigian, ad esempio, il Programma nazionale di lotta alla povertà e sviluppo economico tiene conto dei nessi fra popolazione e ambiente; promuove una sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle tematiche ambientali che incidono direttamente sui diversi gruppi; opera un monitoraggio sull'impatto ambientale delle politiche a livello locale e territoriale; sottolinea che la tutela e la conservazione dell'ambiente sono sia causa che effetto di una crescita economica sostenuta.

Alle Seychelles nell'ultimo decennio sono stati elaborati due progetti a vasto raggio sulla gestione dell'ambiente in cui le tematiche di popolazione e sviluppo sono integrate fra loro. Il progetto più recente, per il periodo 2000-2010, è centrato su urbanizzazione, gestione delle risorse idriche, popolazione e salute, differenza di genere, economia ambientale e finanza sostenibile.



4 Migrazioni e urbanizzazione

Nel corso degli ultimi dieci anni i movimenti migratori, sia interni ai singoli paesi sia fra un paese e un altro, sono aumentati. Di conseguenza è aumentata l'importanza politica del fenomeno.

Riconoscendo che flussi migratori ordinati possono avere effetti positivi sia sui paesi di origine che sui paesi di accoglienza, il Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo (capitoli IX e X) ha invitato a gestire le migrazioni con un approccio ampio ed esauriente, che tenesse in conto i diritti e il benessere dei migranti come pure la necessità di un sostegno internazionale per assistere i paesi interessati e promuovere una maggiore cooperazione tra stati rispetto al fenomeno.

Urbanizzazione e spostamenti di residenza

Entro il 2007, per la prima volta nella storia, più di metà della popolazione mondiale vivrà nelle città a seguito di un continuo movimento di persone che ha portato nell'ultimo decennio a un'enorme crescita delle aree urbane nei paesi in via di sviluppo. Aiutare i paesi a rispondere a questo spostamento di popolazione è stata una delle priorità chiave della conferenza del Cairo.

Il Programma d'Azione ha dedicato un intero capitolo alla distribuzione territoriale della popolazione e ai suoi movimenti interni. Ha riconosciuto che le persone si spostano all'interno dei paesi in risposta alla distribuzione ineguale delle risorse, dei servizi e delle opportunità. I cosiddetti fattori "di espulsione" (particolarmente la povertà rurale) e "di attrazione" (il richiamo esercitato dalle aree urbane economicamente più dinamiche e le prospettive di nuovo possesso della terra nelle zone rurali di confine) alimentano questi movimenti delle popolazioni.

Analogamente a quanto può avvenire nelle migrazioni internazionali, una parte significativa delle migrazioni interne è temporanea: si pensi ad esempio ai lavoratori migranti che ritornano alle loro terre durante le stagioni in cui sono più intensi i lavori agricoli.

Come le precedenti conferenze sulla popolazione, la conferenza del Cairo ha cercato di promuovere politiche di sviluppo integrate e sostenibili in risposta agli squilibri all'interno dei paesi e tra crescita della popolazione e crescita dell'economia. Le raccomandazioni di intervento si sono proposte di migliorare infrastrutture e servizi destinati ai poveri, ai gruppi indigeni e ad altre popolazioni rurali particolarmente carenti dal punto di

GESTIRE LE MIGRAZIONI

Al fine di ottenere una distribuzione territoriale equilibrata dell'occupazione produttiva e della popolazione, i vari paesi dovrebbero adottare strategie di sviluppo regionale sostenibile e strategie volte a incoraggiare il consolidamento urbano, la crescita di centri urbani di piccole o medie dimensioni e lo sviluppo sostenibile delle aree rurali, fra cui l'adozione di progetti ad alta intensità di lavoro, la formazione dei giovani a professioni non agricole e sistemi efficaci di comunicazione e trasporto. Per creare un contesto che faciliti lo sviluppo locale, compresa la fornitura di servizi, i governi dovrebbero considerare la possibilità di un decentramento dei loro sistemi amministrativi.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 9.4

vista dei servizi. Al centro dell'attenzione è stata anche la gestione dell'aumento della popolazione e lo sviluppo delle infrastrutture nelle grandi aree urbane.

Si tratta di sfide pressanti per lo sviluppo e per migliorare la vita dei più poveri, molti dei quali vivono in slum e in insediamenti ai margini delle città, con scarse possibilità di accesso ai servizi sia sanitari che di altro tipo.¹ La Conferenza del Cairo ha riconosciuto il dinamismo economico dei grandi insediamenti urbani, ma anche la crescente importanza delle città di medie dimensioni e delle migrazioni fra città e città.²

Nel programmare gli interventi si presta oggi maggiore attenzione politica alle diversità economiche all'interno di città e quartieri, dove ricchi e poveri vivono spesso gli uni accanto agli altri.³

L'obiettivo del Millennio numero 7 – assicurare la sostenibilità ambientale – pone come target: “Entro il 2020 ottenere un miglioramento significativo delle condizioni di vita di almeno 100 milioni di abitanti degli slum”.

Le più recenti stime e proiezioni indicano che entro il 2007 la maggioranza della popolazione mondiale vivrà nelle aree urbane.⁴ Gli abitanti delle città passeranno dai 3 miliardi del 2003 (pari al 48 per cento della popolazione mondiale) ai 5 miliardi del 2030 (60 per cento). Gran parte di questa crescita delle città sarà dovuta non alle migrazioni, ma alla fecondità naturale. Nello stesso periodo si avrà una leggera diminuzione della popolazione rurale: da 3,3 a 3,2 miliardi.

Si prevede che fra il 2000 e il 2030 la crescita annua della popolazione urbana sarà dell'1,8 per cento, un tasso di crescita quasi doppio rispetto a quello della popolazione globale. Nelle regioni meno sviluppate la crescita annua sarà del 2,3 per cento e ci si aspetta che queste regioni siano in maggioranza urbanizzate entro il 2017. Nel 2030 in tutte le aree del mondo la maggioranza della popolazione vivrà nelle città (in Africa il 54 per cento, in Asia il 55). Quasi tutto l'aumento della popolazione mondiale in questo periodo si verificherà nelle aree urbane dei paesi in via di sviluppo.

La diffusione dell'HIV/AIDS ha aggiunto un elemento di incertezza a queste proiezioni.⁵ Nel complesso i tassi di infezione sono stati tendenzialmente più alti nelle aree urbane. Nelle zone più pesantemente colpite, la combinazione fra tassi di mortalità più alti e tassi di fecondità più bassi potrebbe rallentare l'urbanizzazione o produrre addirittura un declino della popolazione urbana.

Attualmente ci sono 20 città con oltre 10 milioni di abitanti (15 nei paesi in via di sviluppo) in cui vive il 4 per cento della popolazione mondiale. Entro il 2015 que-

ste mega-metropoli saranno 22 (16 nei paesi in via di sviluppo), con il 5 per cento della popolazione mondiale.

Le città con meno di 1 milione di abitanti conterranno 400 milioni di persone nel 2015, e più del 90 per cento di questa crescita riguarderà i centri con meno di 500 mila abitanti. Ciò richiederà consistenti miglioramenti delle infrastrutture locali e della capacità di gestione dei servizi pubblici, specie considerando che i poteri decisionali sono sempre più decentrati a livello comunale e provinciale.

Sarà anche necessario prestare maggiore attenzione ai bisogni degli abitanti poveri delle città, il cui accesso ai servizi, a quelli sanitari in particolare, è molto più limitato rispetto ai concittadini più ricchi, spesso non molto migliore che nelle campagne. Tra gli abitanti poveri delle città dell'Asia e dell'Africa sub-sahariana, ad esempio, i bisogni non soddisfatti in materia di pianificazione familiare sono quasi altrettanto grandi di quelli delle popolazioni rurali (nell'Asia sud-orientale sono addirittura maggiori). La situazione è analoga per quanto riguarda l'assistenza qualificata alle nascite e le conoscenze su come evitare l'HIV/AIDS.

Evoluzione delle politiche dopo il Cairo

Rispondendo al *Global Survey 2003* dell'UNFPA, quasi due terzi dei paesi in via di sviluppo (97 su 151) hanno dichiarato di avere intrapreso qualche iniziativa in tema di migrazioni interne: nel 1994 la percentuale era solo del 41 per cento. Il 52 per cento ha adottato dei piani sulle migrazioni; il 51 per cento intende intervenire sulla distribuzione territoriale della popolazione: le iniziative prevedono piani di reinserimento, progetti di redistribuzione della popolazione basati sulla creazione di nuovi centri di sviluppo economico, decentramento della pianificazione economica e sociale e dei processi decisionali; il 16 per cento fornisce servizi agli sfollati; e il 10 per cento ha istituzioni specificamente dedicate ai problemi migratori. I paesi maggiormente urbanizzati e quelli con i più rapidi tassi di crescita urbana non hanno mostrato maggiore propensione degli altri verso l'adozione di interventi articolati indirizzati alle migrazioni interne.

Tre quarti di tutti i governi – quasi l'80 per cento nei paesi in via di sviluppo – ha dichiarato di essere insoddisfatto della distribuzione geografica della propria popolazione. Il *Global Survey* riferisce che la maggioranza dei paesi in via di sviluppo ha elaborato delle politiche in tema di migrazioni o ha destinato risorse per lo sviluppo al fine di influenzare la

AFFRONTARE LE CAUSE DELLE MIGRAZIONI

I governi dei paesi di origine e dei paesi di destinazione dovrebbero cercare di rendere praticabile per tutti l'opzione di rimanere nel proprio paese. A tal fine, dovrebbero essere rafforzati gli sforzi per assicurare uno sviluppo sociale ed economico sostenibile, assicurando un miglior equilibrio economico tra paesi sviluppati, paesi in via di sviluppo e paesi con economie di transizione. È anche necessario aumentare gli sforzi per disinnescare i conflitti interni e internazionali prima che si inaspriscano; assicurare il rispetto dei diritti delle persone appartenenti a minoranze etniche, religiose o linguistiche e delle popolazioni indigene; assicurare il rispetto della legge, promuovere il buon governo, rafforzare la democrazia e promuovere i diritti umani.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 10.3

distribuzione della popolazione sul territorio. Ma il grado di attenzione prestata a questi problemi varia molto.⁶ L'ulteriore sviluppo di politiche per affrontare i movimenti tra aree rurali e aree urbane e migliorare le condizioni di vita nelle città richiederà dati e ricerche più dettagliati.

Le migrazioni internazionali

Secondo la Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite,⁷ nel 2000 c'erano 175 milioni di migranti internazionali nel mondo – uno ogni 35 persone – mentre nel 1960 i migranti erano solo 79 milioni.⁸ Quasi il 50 per cento erano donne e 10,4 milioni rifugiati. Tra il 1990 e il 2000 i due terzi della crescita nel numero di migranti ha avuto luogo in America settentrionale. Prima del 1980, la quota di migranti nelle regioni meno sviluppate era maggiore, ma nel 2000 i tre quinti erano localizzabili nelle regioni più sviluppate.

In un'economia sempre più globalizzata quale quella odierna, la scelta di migrare spesso offre davvero opportunità occupazionali, producendo un flusso di migranti senza precedenti, fra cui un crescente numero di donne.⁹ Contemporaneamente è in aumento il numero dei profughi e degli sfollati all'interno del proprio paese a causa di disastri naturali, conflitti armati, sommovimenti sociali o crisi economiche e politiche.

I movimenti migratori internazionali hanno rilevanti conseguenze - economiche, socioculturali e demografiche – sui paesi di origine, di transito e di accoglienza¹⁰. I paesi di transito e di accoglienza hanno avuto difficoltà a gestire i flussi migratori e l'integrazione sociale dei migranti. I paesi di origine hanno perso manodopera qualificata e hanno visto le famiglie

divise, con le donne che spesso diventano capofamiglia a causa della partenza dei mariti.

La migrazione dei lavoratori più giovani ha lasciato indietro i più vecchi, inadatti per i lavori manuali in agricoltura. Le accresciute preoccupazioni sul terrorismo hanno spinto molti paesi a limitare l'ingresso di stranieri, portando a un aumento dell'immigrazione illegale, grazie soprattutto agli espatri clandestini e al traffico di esseri umani. I movimenti migratori hanno contribuito alla diffusione dell'HIV/AIDS e di altre malattie.

Gli effetti economici delle migrazioni fluiscono in entrambe le direzioni. Le rimesse dei migranti vanno dai paesi più sviluppati a quelli meno sviluppati. Secondo la Banca Mondiale nel 2002 il totale delle rimesse dei lavoratori verso i paesi in via di sviluppo ammontava a 88 miliardi di dollari (30 miliardi di più degli stanziamenti ufficiali per aiuti allo sviluppo) e le rimesse passate attraverso i canali ufficiali si sono più che raddoppiate tra il 1988 e il 1999.¹¹

La Conferenza del Cairo ha sollecitato i vari paesi ad affrontare le cause di fondo delle migrazioni, specialmente quelle legate alla povertà, ad esempio promuovendo uno sviluppo sostenibile che possa assicurare un migliore equilibrio economico tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo e disinnescare i conflitti interni e internazionali; incoraggiare una maggiore cooperazione e un maggior dialogo fra paesi di origine e paesi di destinazione, per massimizzare i benefici delle migrazioni; facilitare il reinserimento dei migranti che fanno ritorno nel proprio paese.¹²

Tra le raccomandazioni della Conferenza: l'utilizzo delle migrazioni a breve termine per aumentare le pro-

fessionalità dei cittadini dei paesi di origine, la raccolta di dati sui flussi e le cifre delle migrazioni internazionali e sui fattori che le determinano e il rafforzamento della protezione internazionale e dell'assistenza a rifugiati, sfollati e profughi.¹³

Riprendendo il Programma del Cairo e altri accordi internazionali, il Vertice del Millennio del 2000 ha affermato che gli stati devono rispettare e tutelare i diritti umani dei migranti, dei lavoratori immigrati e delle loro famiglie. Nel Rapporto finale del 2003 della Commissione sulla Sicurezza Umana¹⁴ si afferma: "I movimenti di persone attraverso i confini rafforzano l'interdipendenza di paesi e comunità e rendono la popolazione più diversificata".

Ciononostante, le migrazioni internazionali continuano a essere un tema delicato, e gli Stati non sono riusciti a trovare un accordo sulla convocazione di una conferenza dell'ONU per fornire ai diversi paesi linee guida in materia, come alcuni avevano proposto.¹⁵

Le risposte politiche

Il 73 per cento dei paesi in via di sviluppo che hanno risposto al *Global Survey* dell'UNFPA del 2003 (110 su 151) riferiscono di aver intrapreso qualche iniziativa per affrontare il problema delle migrazioni internazionali, a fronte di un 18 per cento riscontrato in un'analoga indagine del 1994. Quasi metà dei paesi ha adottato programmi o strategie sui migranti internazionali o i ri-

fugiati; il 37 per cento ha legiferato in tema di migrazioni internazionali e lavoratori migranti; il 33 per cento ha adottato una politica sull'immigrazione; l'11 per cento si è impegnato per far rispettare le convenzioni internazionali su rifugiati, richiedenti asilo e immigrazione illegale; e il 10 per cento ha adottato leggi sul traffico di esseri umani, in particolare di donne e bambini.

Un numero crescente di paesi ha istituito meccanismi di coordinamento di vario tipo – tra agenzie governative, tra i governi e fra organizzazioni non governative, governi e donatori internazionali.

Le politiche di alcuni paesi africani – come il Ghana e la Tanzania – hanno posto un accento particolare sull'integrazione dei rifugiati. Nei paesi dell'America Latina e dei Caraibi si è puntato soprattutto sull'incentivazione del ritorno degli emigrati, mentre in Europa orientale, nei paesi arabi e nelle repubbliche dell'Asia centrale ci si è concentrati sulla protezione del mercato del lavoro e sulla lotta al traffico di droghe.

Per favorire l'integrazione sociale degli immigrati alcuni paesi hanno adottato misure volte a promuovere pari opportunità nell'accesso al lavoro, all'alloggio, ai servizi sanitari e all'istruzione. Alcuni paesi sviluppati hanno modificato negli ultimi dieci anni le loro politiche sui ricongiungimenti familiari.

A partire dal luglio del 2002, ad esempio, la Danimarca non garantisce più il diritto automatico al

8

UNA MAPPA DELLE POPOLAZIONI E DEI LORO BISOGNI

I sistemi informativi sviluppati nell'ultimo decennio forniscono informazioni geografiche precise sulle persone che rispondono alle indagini demografiche. Ciò consentirà un esame più dettagliato della distribuzione della ricchezza, delle opportunità e delle sfide da affrontare all'interno dei vari paesi e una migliore comprensione dei fattori che allontanano le popolazioni da alcune aree e le spingono verso altre, nonché dell'impatto delle politiche che affrontano il fenomeno.

La ricerca più recente, ad esempio, combina i dati di censimenti e indagini per mappare la distribuzione delle popolazioni. I risultati suggeriscono che la porzione di territorio coperta dai centri urbani e dagli insediamenti che li circondano – e il conse-

guente impatto ambientale – possa essere molto maggiore di quanto veniva stimato un tempo in base ai confini amministrativi. I nuovi metodi consentono anche di calcolare le popolazioni che vivono lungo le coste e in altre zone ecologicamente delicate.

Questa mappatura è stata usata per studiare la mortalità infantile in dieci paesi dell'Africa occidentale. I risultati hanno confermato dati ormai consolidati – ad esempio la maggiore mortalità maschile, il vantaggio delle aree urbane rispetto a quelle rurali e gli effetti protettivi dell'educazione materna e dei miglioramenti nell'igiene, ma hanno anche fornito nuovi e inaspettati squarci sull'alta concentrazione delle aree con i peggiori risultati che potrebbero portare alla formulazione di programmi meglio mirati.

Per sfruttare appieno le nuove tecnologie di raccolta dei dati e le nuove

metodologie di analisi sarà necessario investire notevoli risorse in *capacity building* e trasferimento di tecnologie. Analisi più dettagliate delle reti sociali urbane e delle caratteristiche dei quartieri devono inoltre essere inserite nella ricerca e nella programmazione dei paesi in via di sviluppo.

Ciò potrebbe agevolare una maggiore localizzazione dei poteri decisionali sullo sviluppo e portare a politiche migliori, attente alla diversità dei modelli di insediamento, con l'obiettivo di ridurre la povertà e migliorare la qualità della vita. Le comunità con livelli di reddito misti, ad esempio, possono offrire strade per un più rapido miglioramento delle condizioni dei poveri. Utilizzare obiettivi geograficamente mirati ed associazioni locali può aiutare a realizzare l'idea di partecipazione sociale proposta al Cairo.

ricongiungimento col coniuge e nella maggioranza dei casi non permette il ricongiungimento se uno dei coniugi ha meno di 24 anni. La Nuova Zelanda riconosce una più ampia gamma di strutture familiari che nel passato, ma ha anche rafforzato la responsabilità giuridica degli sponsor nei confronti dei familiari che essi portano nel paese. La politica del Canada, invece, è divenuta meno restrittiva e ora comprende i figli a carico fino a 22 anni, anziché 19.

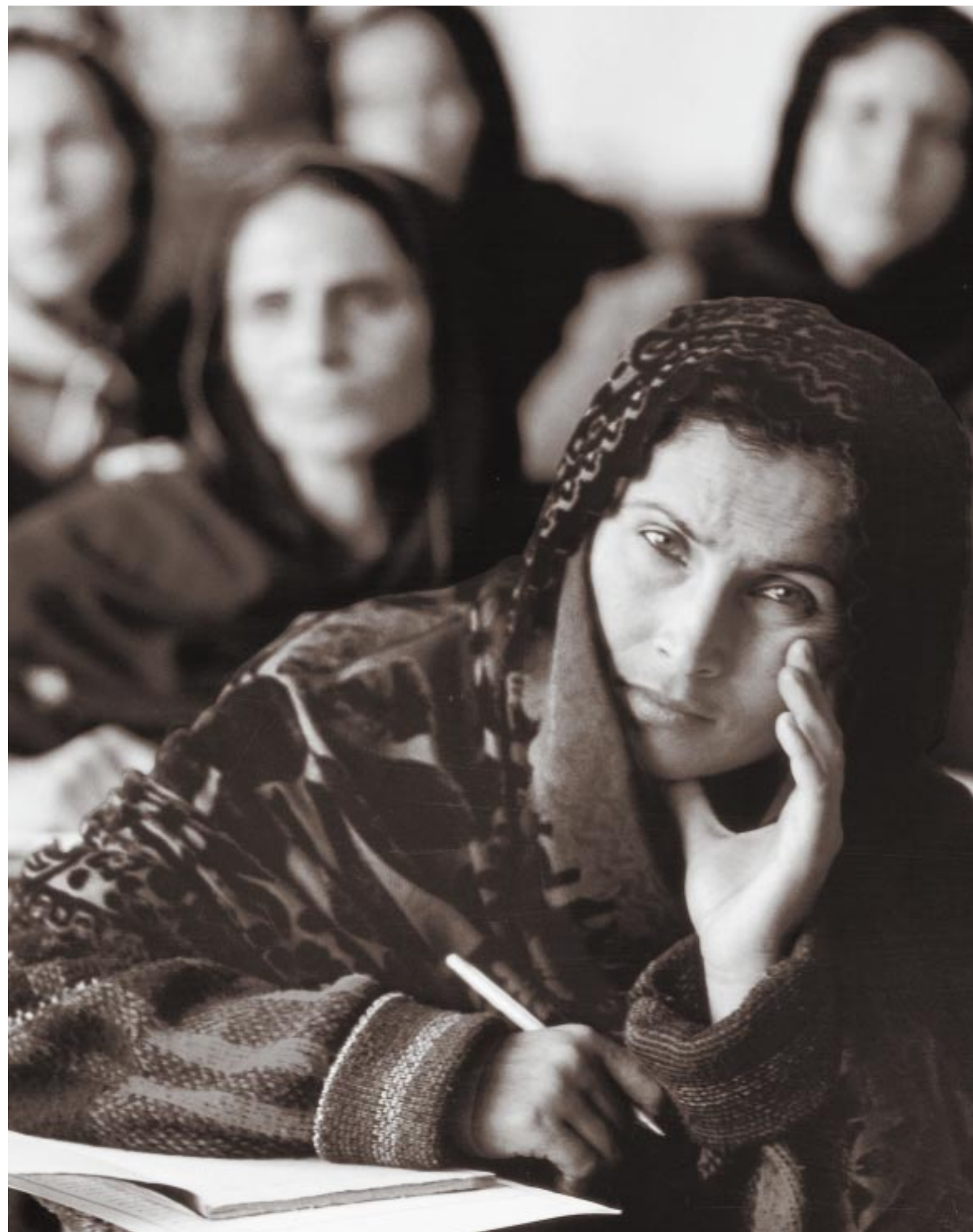
Un certo numero di paesi sviluppati hanno intrapreso iniziative per incoraggiare l'immigrazione di lavoratori qualificati per far fronte a carenze di manodopera. Alcuni hanno adottato politiche volte ad attrarre e trattenere studenti altamente qualificati dei paesi in via di sviluppo.

Per contrastare il crescente traffico di esseri umani, gli stati hanno intensificato i controlli alle frontiere e hanno reso più restrittive le politiche sull'asilo: in alcuni casi ciò ha però involontariamente reso il traffico più

lucroso. In risposta, alcuni paesi hanno inasprito le pene per il traffico di esseri umani.

Benché gran parte dei paesi ospitanti riconoscano il contributo positivo delle migrazioni allo sviluppo economico, sociale e culturale, sia dei paesi di accoglienza sia dei paesi di origine, i livelli crescenti dell'immigrazione illegale e il flusso continuo di rifugiati e richiedenti asilo continuano a essere fonte di notevole preoccupazione. Molti paesi auspicano una maggiore cooperazione internazionale per gestire più efficacemente le migrazioni.

A partire dal 1994 sono stati creati otto tavoli consultivi regionali e sub-regionali, coprendo quasi tutti i paesi. Il Programma internazionale sulle politiche migratorie, avviato nel 1998, ha organizzato 15 incontri regionali per promuovere cooperazione e *capacity building*. E nel dicembre 2003 è stata istituita una Commissione mondiale sulle migrazioni internazionali: si prevede che presenterà le proprie raccomandazioni al Segretario Generale dell'ONU verso la metà del 2005.



5 Eguaglianza fra i sessi ed empowerment delle donne

Quello degli anni '90 è stato un decennio straordinario, che ha posto al centro del dibattito nazionale e internazionale sui diritti umani e lo sviluppo umano le questioni della salute e dei diritti riproduttivi, della violenza contro le donne e della responsabilità maschile nei rapporti di potere fra i sessi. Le conferenze ONU degli anni '90, in particolare la Conferenza mondiale sui diritti umani (Vienna, 1993), la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Cairo, 1994) e la quarta Conferenza mondiale sulle donne (Pechino, 1995) hanno svolto un ruolo centrale nella modifica dei paradigmi che regolano le politiche sulla popolazione.

Al Cairo i governi del mondo hanno raggiunto un accordo in cui si afferma il comune impegno a promuovere e tutelare il pieno esercizio dei diritti umani da parte di tutte le donne e in tutte le fasi del loro ciclo di vita. Si è inoltre concordato di intervenire per dare maggiore potere decisionale alle donne e rendere paritario il rapporto con l'altro sesso sul piano giuridico, economico e nella vita familiare.

Il Programma d'Azione del Cairo contiene, per la prima volta in un importante documento internazionale sulle politiche della popolazione, un intero capitolo dettagliato (il

Capitolo IV) sull'empowerment delle donne e l'eguaglianza fra i sessi. Esso afferma che: "... migliorare la condizione delle donne porta anche a un innalzamento della loro capacità decisionale a tutti i livelli, in tutte le sfere della vita, in particolare in materia di sessualità e riproduzione".

L'eguaglianza fra i sessi e l'empowerment delle donne sono temi centrali nella visione elaborata alla Conferenza del Cairo. Gli obiettivi del Programma d'Azione in materia di salute sessuale e riproduttiva, nonché di diritti riproduttivi, sono strettamente legati agli obiettivi in materia di empowerment delle donne ed eguaglianza fra i sessi: gli uni danno maggior forza agli altri e viceversa. La Conferenza del Cairo ha stabilito un nuovo importante impegno nel formulare l'obiettivo di "...promuovere l'eguaglianza fra i sessi in tutti i campi, compresa la vita familiare e della comunità, e incentivare e rendere possibile agli uomini un'assunzione di responsabilità per i propri comportamenti nella vita sessuale e riproduttiva, nonché per il proprio ruolo sociale e familiare" (par. 4.25).

Il Programma d'Azione del Cairo chiede anche a tutti i paesi di "assumere tutte le iniziative necessarie" per eliminare lo sfruttamento, gli abusi, le molestie e la violenza contro le donne, gli/le adolescenti, l'infanzia

AZIONI PER L'EMPOWERMENT DELLE DONNE

Le nazioni devono prendere misure per rendere le donne più consapevoli della loro forza e potenzialità e per eliminare le disuguaglianze fra uomini e donne ...in particolare: ...abolendo tutte le pratiche di discriminazione contro le donne; aiutando le donne ad affermare e realizzare i propri diritti, compresi quelli relativi alla salute sessuale e riproduttiva; ...eliminando la violenza contro le donne; eliminando le pratiche discriminatorie contro le donne messe in atto dai datori di lavoro, ad esempio quelle basate sulla richiesta di fornire documentazione sul proprio uso di anticoncezionali o sulla propria condizione di gravidanza; ...rendendo possibile, tramite leggi, regolamenti e altre misure adeguate, la conciliazione tra il ruolo materno - gravidanza, allattamento e allevamento dei figli - e la partecipazione al mondo del lavoro.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 4.4

(par. 4.9); chiede agli uomini di condividere le responsabilità legate al ruolo di genitori, valorizzando allo stesso modo i figli di entrambi i sessi, provvedendo alla loro formazione e alla prevenzione di ogni violenza nei loro confronti; e sollecita azioni che garantiscano che anche gli uomini, così come le donne, assumano comportamenti responsabili in materia di sessualità e riproduzione (par. 4.27).

In numerosi paesi il mutamento di impostazione introdotto dalla Conferenza del Cairo ha fatto da catalizzatore a importanti mutamenti negli interventi effettuati dagli organismi del sistema ONU. In India, ad esempio, l'impostazione del Cairo è stata portata avanti in forte sinergia con gli interventi dell'*UN Development Assistance Framework* (UNDAF – Quadro di intervento sull'assistenza allo sviluppo), che ora considera le questioni dell'eguaglianza fra i sessi e del decentramento come prioritarie e trasversali a tutti gli interventi di assistenza realizzati dalle Nazioni Unite in India. I principali obiettivi dell'UNDAF nella promozione dell'eguaglianza fra i sessi sono il miglioramento della capacità decisionale delle donne, la promozione delle pari opportunità e il sostegno a modifiche delle politiche di intervento.

In India, le azioni coordinate individuate per promuovere l'eguaglianza fra i sessi sono:

- elaborazione di una metodologia di analisi delle politiche di genere;
- sostegno alla costruzione di una banca dati complessiva con dati disaggregati in base al sesso;
- sostegno alla promozione dell'eguaglianza fra i sessi;
- assistenza agli stati dell'India nell'elaborazione di piani che tengano conto della differenza di genere;
- promozione di ricerche inter-agenzia sulle tematiche di genere.

Sempre in India, nel 2003 l'Ufficio dell'anagrafe, la Commissione Censimento, il Ministero della Sanità e della Famiglia e l'UNFPA hanno lanciato l'allarme sul problema degli aborti selettivi e dell'infanticidio delle neonate, con il conseguente calo nelle nascite di bambine rispetto ai maschi, in un opuscolo dal titolo: *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India* (*Missing: mappatura del rapporto negativo maschi-femmine in India*).

Nel 1999 la Sessione speciale dell'Assemblea generale dell'ONU che ha verificato l'attuazione del Programma d'Azione del Cairo ha ribadito l'esigenza di raddoppiare gli sforzi per superare le disuguaglianze fra i sessi, anche tramite l'eliminazione delle pratiche tradizionali nocive e di tutti gli atteggiamenti e pratiche discriminatorie nei confronti di donne e bambine. L'Assemblea generale ha chiesto all'opinione pubblica mondiale di praticare la "tolleranza zero" verso fenomeni quali la preferenza per i figli maschi, le disuguaglianze fra figli maschi e femmine in termini di valore attribuito loro e di attenzioni loro dedicate, e tutte le forme di violenza nei confronti delle donne - comprese le mutilazioni dei genitali femminili, lo stupro, l'incesto, la violenza sessuale e la tratta. L'Assemblea ha chiesto ai governi di adottare modifiche legislative e di incentivare il cambiamento a livello sociale, culturale ed economico.¹

Risultati raggiunti

Nei dieci anni trascorsi dalla Conferenza del Cairo sono stati compiuti molti passi avanti nella realizzazione di questi obiettivi, ma l'andamento è stato disuguale e le sfide aperte sono ancora molte. Dal *Global Survey 2003* dell'UNFPA sui passi avanti compiuti da ciascun paese emerge un quadro molto disomogeneo.² Alcuni paesi hanno adottato leggi e politiche nuove, ma molto di meno è stato fatto in termini di loro traduzione in programmi concreti, realizzazione e verifica.

Nonostante ciò, si registrano comunque alcuni passi importanti.

In Messico, ad esempio, il Programma per la salute delle donne gestito dal Ministero della Sanità prevede la formazione degli operatori sanitari sulla promozione dell'eguaglianza fra i sessi, ciascuno nel proprio specifico ambito. In Indonesia vengono applicate le linee guida del Presidente sull'integrazione delle tematiche di genere nelle politiche nazionali per lo sviluppo, tramite gruppi di intervento regionali e provinciali composti da personale pubblico, ricercatori e ONG locali. L'Iran ha istituito centri specifici tramite i quali il personale femminile di pubblica sicurezza fornisce assistenza alle donne vittime di violenza, nonché servizi di prevenzione e sostegno psicologico, comprese le linee telefoniche di emergenza.

In India, nonostante il persistere della disuguaglianza fra i sessi in materia di istruzione, dai dati del Censimento 2001 risulta ridotto il divario fra il tasso di alfabetizzazione dei maschi e delle femmine proprio in alcuni degli stati dove tradizionalmente il *gap* era maggiore. Sono inoltre in corso tentativi innovativi per incentivare

DELLA VIOLENZA DI GENERE

La violenza di genere è un problema planetario che secondo gli studi effettuati riguarderebbe una donna su tre. Gli abusi variano dalla violenza verbale allo stupro, fino a pratiche tradizionali quali le mutilazioni dei genitali femminili che causano gravi danni fisici e psicologici - e costituiscono violazioni dei diritti umani. Molte vittime non vengono mai visitate da personale medico che si occupi della violenza che hanno subito. Riuscire ad aiutarle rappresenta dunque una grossa sfida.

Nell'ambito del proprio impegno nella lotta alla violenza di genere, l'UNFPA ha avviato una serie di iniziative di formazione del personale medico per sensibilizzarlo sui problemi delle donne che possono aver

subito violenza e metterlo in condizione di far fronte alle loro esigenze di assistenza sanitaria. Sono stati sperimentati interventi pilota in 10 paesi - Capo Verde, Ecuador, Guatemala, Libano, Lituania, Mozambico, Nepal, Romania, Russia e Sri Lanka.

Dopo aver consultato operatori sanitari e utenti, in alcuni progetti pilota è stato fatto uno *screening* di tutte le donne per individuare i casi di abuso. Alle possibili vittime è stata offerta assistenza legale, medica e psicologica, nonché prescrizioni di ulteriori interventi sanitari qualora necessari. Alcuni dei progetti pilota sono stati avviati insieme a enti locali e ospedali, mentre altri lavorano insieme alle reti delle ONG. È stata anche data importanza al coinvolgimento delle comunità locali e alla creazione di reti di sostegno per le vittime della violenza di genere, in cui sono comprese sia le forze di polizia che gli operatori

sanitari e i servizi di consulenza e supporto psicologico.

L'UNFPA ha inoltre organizzato seminari per il personale sanitario, sui metodi per riconoscere gli effetti della violenza di genere sulla salute delle donne, individuare e prevenire gli abusi e fornire assistenza alle vittime. Nei seminari è stata sottolineata l'esigenza di riservatezza e di monitoraggio.

Dalla valutazione finale è emerso che questi interventi pilota funzionano bene, e che vale la pena continuare a sostenerli. Fra le raccomandazioni formulate, un appello ai governi affinché riconoscano la violenza di genere come problema di salute pubblica. Sulla base di questa esperienza, l'UNFPA ha prodotto un manuale, *A Practical Approach to Gender-based Violence* (Approccio pratico alla violenza di genere), che è stato tradotto in sette lingue.

la frequenza scolastica delle femmine: nello stato di Harjana, ad esempio, è stato istituito un servizio di accompagnamento lungo il tragitto per ridurre le preoccupazioni della famiglia su possibili rischi per la sicurezza delle ragazze. In Messico il Consiglio nazionale sulla popolazione ha avviato un impegno massiccio per ampliare la raccolta dati su tutta una serie di questioni relative ai comportamenti sessuali e riproduttivi.

Anche le ONG hanno avviato una serie di programmi per tradurre in realtà la promessa della Conferenza del Cairo di una equità ed eguaglianza fra i sessi. Ad esempio a Calabar, in Nigeria, la *"Girls' Power Initiative"* (Iniziativa per il potere delle ragazze) è impegnata nella mobilitazione delle ragazze perché acquisiscano la forza necessaria a prendere in mano la propria vita, lottando contro la violenza e rivendicando i propri diritti. Un'iniziativa parallela è rivolta ai ragazzi e li educa a essere più consapevoli di questi problemi, più attenti, più capaci di offrire sostegno.

COMBATTERE LA DISUGUAGLIANZA NEI PROGRAMMI

SANITARI. Molti programmi che mirano a ridurre le gravidanze indesiderate operano in ambienti nei quali le donne hanno poca autonomia e tendono a non farsi valere nei rapporti con il marito o con gli operatori sanitari.

Interventi quali il programma per le giovani indiane *Better Life Options* (Opzioni per una vita migliore)³ oppure il Programma per le madri adolescenti in Giamaica⁴ o l'ini-

ziativa messicana di "Formare i formatori sulla salute e l'empowerment"⁵ mirano a potenziare le competenze pratiche delle donne in termini di capacità decisionali, proiezione verso il futuro e risoluzione dei problemi, per convincerle delle proprie capacità di prendere decisioni importanti per la propria vita e la propria salute. Sono efficaci sia i programmi di formazione delle donne sui diritti umani e riproduttivi, sia quelli di alfabetizzazione, formazione professionale, conoscenza dei propri diritti e degli strumenti legali a disposizione, istruzione e salute dei figli, mobilitazione sociale.

**Valutazione dei risultati:
il Global Survey dell'UNFPA**

Il *Global Survey* 2003 dell'UNFPA fornisce un utile quadro di valutazione su quanto è stato fatto in materia di eguaglianza fra i sessi e *empowerment* delle donne. Lo studio analizza cinque gruppi di misure, in materia di: (i) tutela dei diritti e *empowerment* di donne e bambine; (ii) lotta alla violenza di genere, in particolare contro donne e bambine; (iii) miglioramento dell'accesso all'istruzione primaria e secondaria e lotta contro la disuguaglianza fra i sessi nella formazione; (iv) lavoro con ragazzi e uomini per promuovere atteggiamenti favorevoli all'eguaglianza fra i sessi, all'*empowerment* e ai diritti delle donne; e (v) promozione di un'assunzione di responsabilità da parte dei maschi nei confronti della propria salute riproduttiva e di quella della loro partner.

PROMOZIONE DELL'EGUAGLIANZA FRA I SESSI. Mentre più della metà dei 151 paesi in via di sviluppo che hanno risposto all'indagine ha adottato misure legislative nazionali, ratificato le convenzioni ONU e istituito commissioni nazionali per le donne, non si registrano altrettanti passi avanti in materia di formulazione di politiche e attuazione di programmi. Solo un terzo dei paesi ha assunto questo tipo di iniziative e sono ancora di meno (13 paesi) quelli che hanno elaborato programmi di promozione dell'eguaglianza fra i sessi.

MISURE DI EMPOWERMENT. Circa la metà dei paesi consultati ha sviluppato programmi e strategie per le donne, in particolare per offrire loro maggiori opportunità sul piano economico, ma solo 28 paesi registrano un incremento nella partecipazione politica delle donne e solo 16 hanno programmi di sensibilizzazione dei funzionari pubblici.

VIOLENZA DI GENERE. Dallo studio è emerso che in 91 paesi esistono leggi per combattere e punire la violenza di genere, ma solo in 21 casi la legge viene realmente applicata. La formazione degli operatori dei servizi e dei funzionari pubblici sui temi della violenza di genere è prevista solo in 34 paesi e i meccanismi di monitoraggio sono stati istituiti solo in 33 paesi.

ACCESSO ALL'ISTRUZIONE. Solo 42 paesi sono stati in grado di aumentare la spesa pubblica per la scuola e solo 28 erogano incentivi per incoraggiare le famiglie povere a mandare i figli/le figlie a scuola. Inoltre sono solo 13 i paesi che hanno integrato nei programmi scolastici la sensibilizzazione sulle tematiche di genere, e solo 16 quelli che hanno aumentato il numero delle scuole secondarie per le ragazze.

ATTEGGIAMENTI E RESPONSABILIZZAZIONE DEGLI UOMINI. Solo 20 paesi hanno riferito di avere costruito piani e programmi per la formazione di giovani e adolescenti in materia di salute riproduttiva, mentre sono meno della metà i paesi che hanno istituito programmi di questo tipo rivolti agli uomini.

Progressi compiuti sul piano giuridico

Nel corso degli ultimi 10 anni molti paesi hanno adottato nuove leggi o emendato la legislazione in vigore per promuovere l'eguaglianza fra i sessi, eliminare tutte le forme di discriminazione in base al sesso, prevenire la violenza di genere e punire più severamente coloro che la esercitano.

Fra i paesi che hanno adottato leggi che vietano la discriminazione in base al sesso troviamo Malta, il Messico e

le Mauritius (queste ultime con una legge che garantisce alle donne la parità di diritti in tutti i casi, indipendentemente da condizioni quali la gravidanza o lo status coniugale). La Colombia e la Slovenia hanno adottato leggi per promuovere le pari opportunità fra uomini e donne, mentre in Costa Rica è stato approvato un decreto che mira a migliorare le condizioni di vita e opportunità per le donne povere.

A Gibuti sono stati approvati per via legislativa la Strategia nazionale per uno sviluppo più favorevole alle donne e un Piano d'azione nazionale che obbliga a valutare tutte le politiche e le leggi in base al loro impatto sull'integrazione delle politiche di genere nelle politiche per lo sviluppo. Tale legge indica anche dettagliatamente le iniziative che verranno intraprese dal governo per promuovere la salute riproduttiva e la parità in materia di istruzione e per incrementare la partecipazione delle donne allo sviluppo economico e ai processi decisionali (sia nella sfera pubblica che in famiglia). La Repubblica di Corea, infine, ha varato una legge che istituisce una Commissione sull'eguaglianza fra i sessi che dovrà gestire le politiche su questi temi.

Alcuni testi costituzionali adottati o emendati negli ultimi anni contengono norme rilevanti in materia di eguaglianza fra i sessi. La Costituzione varata dal Bahrein nel 2002, ad esempio, pur prendendo atto che la Shari'a rappresenta la principale fonte del diritto, afferma il principio dell'eguaglianza fra donne e uomini sia in politica che nella sfera economica, sociale e culturale. La Costituzione cubana del 2002 afferma che i coniugi hanno pari diritti e doveri, mentre la costituzione post-indipendenza di Timor Est afferma che uomini e donne hanno pari diritti nel matrimonio, nella famiglia e nella vita sociale, politica ed economica.

Anche la costituzione ruandese del 2003 garantisce eguali diritti dei coniugi nel matrimonio e nel divorzio, vieta la discriminazione in base al sesso e istituisce una Commissione nazionale sui diritti umani e un Consiglio nazionale delle donne. Sono inoltre costituzionalmente garantiti il diritto di donne e uomini all'elettorato attivo e passivo, il diritto all'istruzione e il principio che ad eguale lavoro deve corrispondere un eguale salario. Nel 2002, inoltre, è stata emendata la costituzione del Togo introducendo la garanzia dell'eguaglianza fra i sessi di fronte alla legge e nei rapporti di lavoro.

La Polonia ha creato la figura del/la Plenipotenziario/a per la parità, con collocazione nell'Ufficio del primo ministro e con il compito di analizzare la condizione sociale e giuridica delle donne e di promuovere l'equità attraverso interventi politici e legislativi.⁶

In Azerbaigian nel 2000 un decreto presidenziale ha invitato il governo a garantire che le riforme in corso prevedano pari opportunità per donne e uomini e una eguale rappresentanza all'interno della pubblica amministrazione, invitando inoltre a nominare un/a responsabile delle politiche di genere in ogni distretto.⁷

VIOLENZA DI GENERE. Combattere la violenza contro le donne, sia nella forma di violenza sessuale che di violenza domestica, è un'altra delle priorità degli interventi legislativi adottati da molti governi.⁸ In Bangladesh, le nuove leggi affermano che la violenza contro le donne è un reato che dà luogo a sanzioni ed esistono codici di condotta per affrontare il problema delle molestie sessuali sui luoghi di lavoro. Belgio, Perù e Jugoslavia hanno introdotto emendamenti legislativi che definiscono il reato di molestie sessuali e danno alle vittime il diritto di sporgere denuncia e chiedere riparazione.

Belgio, Repubblica Dominicana, Portogallo, Spagna e Uruguay sono alcuni dei paesi che hanno varato norme che hanno inasprito le sanzioni in casi di violenza di genere. In Brasile una legge del 2003 ha istituito una linea telefonica di emergenza, gestita da personale appositamente formato, cui le donne possono rivolgersi gratuitamente da tutto il territorio nazionale per denunciare i casi di violenza domestica.

Anche il tema del traffico di esseri umani è stato oggetto di modifiche legislative: molti paesi hanno varato nuove leggi per combattere la tratta delle donne e delle bambine e hanno ratificato i trattati internazionali in materia.⁹ La Repubblica Democratica del Congo nel codice di diritto del lavoro adottato nel 2002 ha dichiarato fuorilegge la tratta dei bambini.

Anche se la maggior parte dei governi afferma di riconoscere quanto è importante promuovere l'equità di genere e l'*empowerment* delle donne, molti trovano difficile lavorare direttamente con le donne a livello territoriale. È dunque l'associazionismo femminile il soggetto che realizza concretamente i programmi in paesi come la Giamaica, la Malesia e il Mozambico. Infatti le ONG si dimostrano spesso più efficaci nel lavoro con le vittime della violenza di genere, perché vengono vissute come più capaci di empatia e di loro ci si fida più facilmente.

È affidata alle ONG anche la formazione del personale di polizia, dei giudici e di altri soggetti sulla gestione del rapporto con le vittime della violenza di genere quando chiedono aiuto. In Etiopia, per esempio, l'Associazione delle donne avvocato (EMWA) è impegnata sul tema della violenza domestica e degli abusi sessuali. Sempre in Etiopia il Consiglio nazionale sulle pratiche tradizionali

(CNTPE) è attivamente impegnato, insieme ad altre associazioni, nella lotta contro le pratiche tradizionali nocive quali le mutilazioni dei genitali femminili. Nelle Filippine le ONG hanno creato centri anti-violenza per le vittime della violenza domestica.

Alcune ONG giamaicane, quali l'Associazione delle organizzazioni delle donne, la *Fathers' Incorporated* (Padri Inc.), e l'Ufficio per la questione femminile (*Bureau of Women's Affairs*) hanno lanciato congiuntamente, nel periodo 1999-2002, una campagna di sensibilizzazione sui temi della violenza di genere, spingendo i media a dedicare maggiore attenzione al problema e sensibilizzando il personale di polizia, la magistratura, gli operatori sanitari e giuridici sull'importanza di una reazione forte contro la violenza contro le donne e di sistemi di sostegno alle vittime.

DIRITTI RIPRODUTTIVI. Nell'ultimo decennio le ONG di molti paesi si sono impegnate sempre di più nel monitoraggio dei diritti riproduttivi, utilizzando le procedure previste dai trattati internazionali sui diritti umani ratificati dai loro governi che prevedono la presentazione di rapporti periodici. Molte ONG presentano dunque all'ONU dei "contro-rapporti", a integrazione di quelli presentati dal governo del proprio paese, e presenziano alle riunioni dei comitati di controllo ONU nelle quali vengono esaminati i rapporti governativi del loro paese.

In alcuni paesi, quali India, Indonesia, Malesia e Nigeria, le commissioni sui diritti umani possono svolgere un ruolo importante per garantire il rispetto dei diritti riproduttivi, fornendo riparazione in caso di violazione. In altri paesi esistono figure come il difensore civico o altre istituzioni cui può rivolgersi la società civile organizzata.

COINVOLGIMENTO DEGLI UOMINI. È stato spesso riconosciuto che le ONG risultano più efficaci degli enti pubblici nel sollecitare una maggiore responsabilizzazione degli uomini nei confronti dei propri comportamenti sessuali e riproduttivi e del proprio ruolo sociale e familiare. In Cambogia, ad esempio, l'organizzazione Uomini contro la violenza contro le donne ha partecipato attivamente alla campagna sulla violenza di genere che ha visto impegnate per 16 giorni molte associazioni, sia di donne che miste.

Nelle Filippine le ONG sono impegnate a promuovere il sostegno degli uomini all'*empowerment* e ai diritti delle donne in materia di salute riproduttiva. Il Centro donne della *Jamaica Foundation*, con il suo programma Giovani uomini a rischio, fornisce supporto psicologico ai giovani padri e formazione di educatori coetanei per giovani maschi.

Nel 2003 il Dipartimento sulle tematiche di genere e la salute delle donne dell'OMS ha diffuso un'analisi del modo in cui un approccio di genere può incrementare l'efficacia dell'impegno per realizzare gli Obiettivi del Millennio in materia di salute, in particolare l'Obiettivo 3.

Le raccomandazioni dell'OMS propongono, tra l'altro, di analizzare attentamente l'impatto della preferenza per i figli maschi sull'accesso delle bambine e delle donne all'assistenza sanitaria e sulla quantità di sostanze nutritive assunte; ridurre i carichi di lavoro delle donne e delle bambine; affrontare la crescente femminilizzazione della pandemia di HIV/AIDS, dovuta a pratiche tradizionali sessiste e agli errori di impostazione dei programmi di intervento; occuparsi dell'impatto che ha la differenza di genere sull'incidenza della malaria e della tubercolosi. Per ridurre l'inquinamento atmosferico degli ambienti interni, che colpisce in modo particolare le donne e le bambine, l'OMS considera prioritario fornire combustibili più puliti per l'illuminazione e la cottura dei cibi.

La Conferenza del Cairo e gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo

L'Obiettivo del Millennio numero 3, "Promuovere l'eguaglianza fra i sessi e l'empowerment delle donne", riflette gli obiettivi della Conferenza del Cairo. Il principale indicatore utilizzato per misurare i progressi compiuti è però piuttosto limitato: eliminare la disuguaglianza fra i sessi nell'istruzione primaria e secondaria entro il 2005, e in tutti i gradi dell'istruzione entro il 2015.

La Task Force 3 dell'*UN Millennium Project* (Progetto ONU del Millennio), che si occupa di istruzione primaria ed eguaglianza fra i sessi, ha adottato un quadro operativo di più ampio respiro, che valuta l'eguaglianza fra i sessi e l'empowerment delle donne da tre punti di vista: (1) *capacità umane*, misurate in base ai livelli di istruzione, salute e nutrizione; (2) *accesso alle risorse e alle opportunità*, con riferimento alle risorse economiche e alla partecipazione politica; (3) *sicurezza*, valutata in termini di vulnerabilità alla violenza.¹⁰

A partire dai dati raccolti in numerosi paesi, la task force ha individuato le priorità strategiche di intervento nazionale e internazionale; la sinergia fra queste priorità e la linea della Conferenza del Cairo è molto significativa. Gli elementi centrali per potenziare le capacità delle donne individuati dalla task force sono: superamento del divario fra maschi e femmine nell'istruzione secondaria e maggiore accesso delle donne e delle adolescenti alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Le priorità individuate per migliorare le op-

portunità economiche e politiche sono: investimenti in infrastrutture a misura di donna, che consentano una riduzione del tempo di lavoro e dei livelli di fatica delle donne; riduzione delle discriminazioni contro le donne nel lavoro e nelle retribuzioni; riduzione delle disuguaglianze fra i sessi in materia di proprietà ed eredità; aumento della rappresentanza femminile negli organismi di governo nazionali e locali. Infine, le iniziative chiave per migliorare il grado di sicurezza delle donne sono quelle mirate a una riduzione significativa dei casi di violenza contro donne e bambine.

Sfide aperte: riempire il bicchiere mezzo vuoto

Da una recente analisi dei rapporti nazionali sui progressi compiuti nella realizzazione degli Obiettivi del Millennio, risulta che "anche se la maggior parte dei rapporti, nell'esaminare l'Obiettivo 3 [eguaglianza fra i sessi ed empowerment delle donne], adotta un punto di vista fondato sui diritti, il modo in cui si fa riferimento alle donne nell'esame degli altri Obiettivi continua a essere di tipo strumentale, anziché basato sui diritti. Ne è un esempio il modo in cui diversi rapporti affrontano il tema della mortalità infantile, laddove la mancanza di conoscenze da parte delle donne in materia di allattamento, nutrizione e

Per tradurre in leggi, politiche e programmi efficaci l'approccio ai problemi della popolazione fondato sui diritti, è importante che venga utilizzato bene il più rilevante testo internazionale sui diritti umani dedicato a queste materie, e cioè la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (nota con l'acronimo inglese CEDAW).

La Task Force 3 dell'*UN Millennium Project*, che si occupa di istruzione primaria ed eguaglianza fra i sessi, raccomanda l'utilizzo della Convenzione CEDAW per monitorare i passi avanti in materia di eguaglianza fra i sessi ed empowerment delle donne e per rendere più stringente la responsabilizzazione delle autorità competenti su questi temi. Secondo uno studio effettuato nel 2000, l'utilizzo efficace della CEDAW dipende da quanto è diffusa la conoscenza di questa convenzione; dal dialogo fra rappresentanti di governo, membri del comitato CEDAW e organizzazioni non governative; dall'uso di indicatori disaggregati per sesso nella verifica di politiche, leggi e bilanci pubblici; e infine dal riconoscimento da parte del governo della necessità di ancorare le proprie politiche ai contenuti della convenzione.

Fino a ora, l'utilizzo della CEDAW per verificare lo stato di attuazione del Programma d'Azione del Cairo, o per elaborare le modalità di tale attuazione, è stato del tutto insufficiente.

allevamento dei figli viene identificata come una barriera al raggiungimento degli Obiettivi. Questo tipo di formulazione ignora le variabili che interagiscono con la sopravvivenza dei bambini e sulle quali incide la differenza di genere; mentre viene data per scontata l'assenza paterna nei compiti genitoriali e nel lavoro di cura".¹¹

Ancora oggi, a dieci anni dalla Conferenza del Cairo, dal rapporto risulta che "le donne vengono tuttora viste nell'ottica delle loro vulnerabilità" e nella maggior parte dei casi vengono identificate con i ruoli tradizionali di madre o di vittima - invece che essere considerate soggetti attivi del processo di sviluppo.

Ulteriori ostacoli al miglioramento della situazione sono la perdurante mancanza di dati di buona qualità disaggregati per sesso, la scarsità di risorse tecniche e finanziarie per i programmi delle donne a livello sia nazionale che internazionale e la confusione sui meriti relativi del *mainstreaming* rispetto agli interventi specificamente rivolti alle donne.

DATI. In assenza di dati disaggregati per sesso, diventa impossibile darsi dei punti di riferimento positivi o monitorare l'efficacia delle politiche o dei programmi. Nella maggior parte dei paesi esistono tuttora gravi vuoti nei dati disponibili sull'attività economica delle donne, sulla loro autonomia decisionale e sugli effetti differenziati delle politiche di lotta alla povertà o di altri interventi. Ancora più scarsi sono i dati che consentono un'analisi comparata fra i diversi paesi. Va dunque consolidato e considerato prioritario l'impegno a riempire questi vuoti.¹²

CARENZA DI RISORSE. Un secondo problema ancora presente è quello della scarsità di risorse. Molti impegni presi dai governi e dalle agenzie internazionali non possono essere rispettati a causa della mancanza di fondi. In tempi di ristrettezze di bilancio, i programmi nazionali per migliorare la condizione delle donne sono particolarmente esposti a tagli arbitrari. Una tendenza particolarmente sgradevole è quella che motiva i tagli ai programmi o alle agenzie che lavorano per le donne con l'argomento del *mainstreaming*, affermando che questi temi vengono ormai integrati nel lavoro istituzionale a tutti i livelli.

IL MAINSTREAMING. Il *mainstreaming*, o integrazione di un punto di vista di genere in tutte le politiche, è diventato l'approccio prioritario negli anni '90, come reazione al fatto che i programmi o le agenzie che lavorano sullo specifico femminile vengono più facilmente isolati o emarginati. Il *mainstreaming* rimane però un processo difficile, nel quale le buone pratiche sono ancora in via di evoluzione.

Il *Global Survey* dell'UNFPA rileva l'esistenza di molti limiti nella comprensione di cosa significhi la scelta dell'equità di genere e di come vada tradotta in politiche e programmi concreti, come propone la Conferenza del Cairo. Se i tentativi di *mainstreaming* vengono portati avanti senza il sostegno di un'agenzia che si occupi specificamente delle donne, essi possono risultare confusi e perfino più facili da ignorare di quanto siano le iniziative specifiche per le donne. C'è bisogno insomma di combinare la scelta del *mainstreaming* (e di un approccio di ricerca chiaro e operativo, per determinare che cosa funziona e cosa no all'interno delle principali istituzioni e perché¹³) con una struttura di lavoro per le donne che sia ben finanziata e dotata di risorse. Quest'ultima deve comprendere un ministero per le questioni delle donne, o per l'eguaglianza fra i sessi, e responsabili delle questioni di genere all'interno di ogni ministero, commissione e dipartimento. Inoltre deve essere dotata di capacità tecniche e collocazione politica che ne facciano la punta di diamante delle politiche e delle iniziative da costruire.

VOLONTÀ POLITICA. Dietro tutti questi aspetti ci sono le questioni dell'impegno e del peso politico che si dà a questi temi. Nei paesi in cui il movimento delle donne è forte, fa sentire la propria voce e riesce a battersi per le politiche, i programmi e le risorse necessarie, i passi in avanti possono essere molto rapidi. In altre realtà, le ONG o altri soggetti della società civile gestiscono programmi interessanti per promuovere l'eguaglianza fra i sessi, ma la maggior parte di essi non fanno mai il salto che li trasformi in iniziative governative. Nonostante ciò, anche nelle situazioni in cui il movimento delle donne non è forte, la direzione politica può svolgere un ruolo importante nella promozione dell'eguaglianza fra i sessi e dell'*empowerment* delle donne a livello di elaborazione delle politiche.



6 La salute riproduttiva e la pianificazione familiare

Quasi un quinto delle malattie e morti premature nel mondo – e addirittura quasi un terzo delle malattie e morti tra donne in età riproduttiva – sono attribuibili a carenze nei servizi per la salute riproduttiva e sessuale.¹

Alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, la comunità internazionale ha fatto proprio un nuovo e più ampio concetto di salute e diritti riproduttivi, comprendente la pianificazione familiare e la salute sessuale, sostenendo che la pianificazione familiare e la cura della salute di madre e bambino devono essere integrate in un più vasto insieme di servizi, fra cui la prevenzione dell'HIV e delle infezioni a trasmissione sessuale. Espandere l'accesso ai servizi e soddisfare i bisogni espressi dalle utenti e i loro desideri sono stati considerati punti essenziali per ridurre le gravidanze indesiderate, migliorare la salute materna e controllare la pandemia di HIV/AIDS.

La Conferenza del Cairo ha fissato l'obiettivo di assicurare a tutti entro il 2015 la possibilità di accedere – su base volontaria – a una gamma completa di informazioni e servizi per la salute riproduttiva. I delegati e le delegate hanno inoltre convenuto che la salute riproduttiva

e sessuale è un diritto umano, parte del più generale diritto alla salute.

Dopo il 1994 si sono avuti importanti progressi in direzione dell'obiettivo di un accesso generalizzato ai servizi per la salute riproduttiva fissato al Cairo. Il *Global Survey 2003* dell'UNFPA ha rilevato che gran parte dei paesi hanno avviato politiche e programmi per la salute riproduttiva o ampliato le politiche e i programmi già esistenti. Molti paesi hanno modificato in maniera significativa le modalità di organizzazione dei servizi per la salute materna e infantile,² riorientandoli in modo da migliorarne la qualità e la corrispondenza ai bisogni e desideri delle/degli utenti. L'incremento nell'uso degli anticoncezionali da parte delle coppie è indicativo di un maggiore accesso alla pianificazione familiare.³ Leggi e politiche hanno prestato una maggiore attenzione ai diritti riproduttivi.

A partire dal 1994, i governi, le agenzie internazionali e le organizzazioni non governative hanno puntato non solo a espandere l'offerta di contraccezione, ma ad aumentare la domanda. Far crescere la domanda significa andare meglio incontro ai bisogni e ai desideri dell'utenza, offrendo un in-

LA SALUTE RIPRODUTTIVA: UN CONCETTO OLISTICO

La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale - e non semplicemente l'assenza di malattie o di infermità - che riguarda tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto di uomini e donne a essere informati e avere accesso a metodi di pianificazione familiare di loro scelta che siano sicuri, efficaci, economicamente accessibili e accettabili, come anche a metodi di regolazione della fecondità di loro scelta, che non siano contrari alla legge; e il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 7.2

sieme diversificato di metodi di pianificazione familiare e una migliore qualità dei servizi, con strutture ben fornite e personale ben addestrato, cortese e prodigo di informazioni.

Ciò nonostante, milioni di persone – soprattutto le più povere – non hanno ancora accesso a servizi di qualità, fra cui moderni metodi di pianificazione familiare, servizi ostetrici di emergenza e servizi per la prevenzione e la gestione delle infezioni a trasmissione sessuale. La domanda sta crescendo più rapidamente delle risorse per soddisfarla. E in molti paesi un insieme di fattori ha impedito che si avanzasse sulla strada dell'integrazione dei servizi esistenti e della realizzazione delle sinergie prefigurate al Cairo.

I RISULTATI DEL GLOBAL SURVEY. Le risposte dei vari paesi al *Global Survey 2003* dell'UNFPA indicano un progresso nell'espansione dell'accesso ai servizi per la salute riproduttiva e nell'integrazione della pianificazione familiare con gli altri servizi. Ma esse evidenziano anche considerevoli problemi. Nei dieci anni trascorsi dopo la Conferenza del Cairo, i vari paesi hanno abbracciato l'idea e la pratica della salute riproduttiva. Hanno ampliato i loro programmi per raggiungere un maggior numero di persone bisognose di servizi, e hanno integrato la pianificazione familiare con le cure pre- e post-natali, l'assistenza al parto, la prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale e dell'HIV/AIDS, lo screening del cancro alla cervice e le eventuali procedure per richiedere altri interventi terapeutici.

Una particolare enfasi è stata anche posta sulla necessità di migliorare l'accesso ai servizi da parte dei gruppi da questo punto di vista più svantaggiati, fra cui le popolazioni delle aree rurali e le persone più povere, garantendo a queste ultime più voce in capitolo nel determinare le politiche da seguire, in modo che le informazioni e i servizi siano adattati alle loro particolari esigenze. In vari paesi è inoltre in atto un processo di integrazione fra servizi per la salute riproduttiva – compresa la pianificazione familiare e la salute sessuale – e servizi sanitari di base, nel contesto di riforme del settore sanitario e di cambiamenti di ampia portata nei sistemi organizzativi, amministrativi e finanziari.

SVILUPPI LEGISLATIVI. Dopo il Cairo molti paesi hanno adottato leggi per estendere a tutte le donne e a tutti gli uomini l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva e sessuale e per assicurare che le donne e le adolescenti incinte non siano allontanate dal lavoro o dalla scuola o comunque discriminate. Il *Global Survey* dell'UNFPA ha rilevato che 46 paesi hanno legiferato in tal senso dopo il 1994.

Per esempio, in Papua Nuova Guinea è stata eliminata la necessità del "consenso del marito" per l'uso degli anticoncezionali e le adolescenti di più di 16 anni possono accedere ai

servizi per la salute riproduttiva senza bisogno del consenso dei genitori. La Repubblica popolare democratica del Laos ha adottato una politica nazionale di distanziamento delle nascite, ribaltando la politica di promozione della natalità degli anni '90. In base a questa nuova politica, la contraccezione è fornita gratuitamente e senza alcuna coercizione.

La politica sanitaria nazionale del Belize definisce i diritti riproduttivi, includendovi il diritto a consulenze e test

12 L'OMS ADOTTA UNA STRATEGIA GLOBALE SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA

Nel maggio 2004 la 57^a Assemblea mondiale della sanità ha adottato la prima strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla salute riproduttiva. L'intenzione è quella di accelerare il progresso verso il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per lo Sviluppo e degli obiettivi in tema di salute riproduttiva della Conferenza del Cairo e della Sessione speciale dell'Assemblea generale dell'ONU che ne ha verificato i risultati dopo cinque anni.

La strategia dell'OMS identifica cinque aspetti prioritari per la salute riproduttiva e sessuale:

- migliorare le cure prenatali, al momento del parto, dopo il parto e l'assistenza ai neonati;
- fornire servizi di alta qualità per la pianificazione familiare, compresi quelli per l'infertilità;
- eliminare gli aborti a rischio;
- combattere le infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV, le infezioni dell'apparato riproduttivo, il cancro della cervice e le altre malattie ginecologiche;
- promuovere la salute sessuale.

L'Assemblea ha riconosciuto l'importanza del Programma d'Azione del Cairo e ha esortato i paesi a:

- adottare e mettere in pratica la nuova strategia come parte degli sforzi di ciascun paese per raggiungere gli Obiettivi del Millennio;
- rendere la salute riproduttiva e sessuale parte integrante della propria pianificazione e dei propri bilanci.
- rinforzare la capacità dei sistemi sanitari di provvedere un accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva e sessuale, in particolare la salute della madre e del neonato, con la partecipazione delle comunità e delle ONG.
- assicurare che in fase di applicazione siano favorite le persone povere e altri gruppi marginalizzati, compresi adolescenti e uomini;
- comprendere tutti gli aspetti della salute riproduttiva e sessuale nei monitoraggi e nei rapporti nazionali relativi ai progressi verso gli Obiettivi del Millennio.

per l'infezione HIV su base volontaria, assicura l'esenzione dalle tasse per le ONG che forniscono servizi sanitari e stabilisce i protocolli da rispettare per i servizi di pianificazione familiare.

Venti paesi hanno riferito nel *Global Survey* di campagne di comunicazione e mobilitazione per promuovere i diritti riproduttivi. Diciotto hanno evidenziato mutamenti di tipo istituzionale. Per esempio in Micronesia le studentesse incinte possono continuare la scuola e le adolescenti possono accedere alla contraccezione senza che sia richiesto il consenso scritto dei genitori. Dieci paesi hanno adottato leggi e normative in materia di diritto di famiglia per rendere gli uomini maggiormente responsabili in tema di salute riproduttiva.

Pianificazione familiare e salute sessuale

La Conferenza del Cairo ha invitato tutti i paesi ad avviare iniziative per soddisfare i bisogni in tema di pianificazione familiare della popolazione e a fornire - entro il 2015 - accesso universale a una gamma completa di metodi di pianificazione familiare sicuri e affidabili. Le finalità del Cairo erano: aiutare le coppie e gli individui a raggiungere i propri obiettivi riproduttivi; prevenire le gravidanze indesiderate e ridurre quelle ad alto rischio; rendere i servizi di pianificazione familiare di qualità economicamente abbordabili, accettabili e accessibili a tutti; migliorare la qualità delle informazioni, dell'assistenza e dei servizi in materia di pianificazione familiare; aumentare la partecipazione maschile alle pratiche di pianificazione familiare.

I VANTAGGI DELL'AUTODETERMINAZIONE. La pianificazione familiare permette ai singoli e alle coppie di determinare il numero dei propri figli e la distanza tra una nascita e l'altra - un diritto umano fondamentale e riconosciuto. Ne risultano vantaggi pratici a molti livelli:

- A livello individuale: miglioramento della salute materna e infantile; aumento delle opportunità formative, occupazionali e di partecipazione sociale per le donne; minore esposizione ai rischi di malattia; riduzione del ricorso all'aborto.
- Per le famiglie: minore concorrenza interna e minore dispersione delle risorse; diminuzione della povertà dei nuclei familiari; maggiori possibilità di condivisione nel prendere le decisioni.
- Per la società nel suo complesso: accelerazione della transizione demografica e possibilità di avvalersi del "bonus demografico" (vedi Capitolo 2) per accelerare lo sviluppo economico.

13 USO DEGLI ANTICONCEZIONALI: COSTI E BENEFICI

A un costo annuo di circa 7,1 miliardi di dollari, l'uso dei moderni metodi contraccettivi previene attualmente ogni anno:

- 187 milioni di gravidanze indesiderate;
- 60 milioni di nascite non pianificate;
- 105 milioni di aborti procurati;
- 2,7 milioni di morti nella primissima infanzia;
- 215.000 morti per cause legate alla gravidanza (tra cui 79.000 causate da aborti a rischio);
- la perdita della madre (morta per cause connesse alla gravidanza) per 685.000 bambini.

Ci sono circa 201 milioni di donne il cui bisogno di una contraccezione efficace non trova risposta. Venire incontro ai loro bisogni, a un costo annuo stimato in 3,9 miliardi di dollari, prevenirebbe circa 52 milioni di gravidanze all'anno (metà delle quali, stando ai desideri dichiarati, sarebbero posposte a un momento successivo).

Prevenire o ritardare queste gravidanze indesiderate eviterebbe anche:

- 23 milioni di nascite non pianificate (una riduzione del 72 per cento);
- 22 milioni di aborti procurati (una riduzione del 64 per cento);
- 1,4 milioni di morti nella primissima infanzia;
- 142.000 morti per cause legate alla gravidanza (tra cui 53.000 causate da aborti a rischio);
- la perdita della madre (morta per cause connesse alla gravidanza) per 505.000 bambini.

Accesso ai contraccettivi e loro uso

Dal 1994 in poi nel mondo l'uso di metodi di pianificazione familiare tra le coppie sposate è aumentato, passando dal 55 per cento a circa il 61 per cento: la crescita è stata di almeno un punto percentuale all'anno nel 68 per cento dei paesi per i quali si dispone di dati e di almeno due punti nel 15 per cento di questi paesi. Le percentuali d'uso variano su base regionale, passando dal 25 per cento circa dell'Africa a quasi il 65 per cento dell'Asia (dove la Cina - con le sue alte percentuali d'uso - fa aumentare la media) e al 70 per cento dell'America Latina, dei Caraibi e delle regioni sviluppate.

In molti paesi, tuttavia, soprattutto nei più poveri, l'accesso agli anticoncezionali e le possibilità di scelta sono ancora limitati. In Asia, se si esclude la Cina (che ha una popolazione assai numerosa e un'ampio uso di anticoncezionali), solo il 46 per cento delle donne sposate

usa mezzi contraccettivi. Nei paesi meno sviluppati la media è molto più bassa.

Il sostegno governativo ai metodi contraccettivi - tramite strutture gestite dallo stato, come ospedali, ambulatori, presidi e centri sanitari, e tramite operatori governativi che lavorano sul campo - è costantemente aumentato a partire dagli anni '70. Nel 2001 il 92 per cento dei governi sosteneva programmi di pianificazione familiare.

Nei 20 paesi in cui si dispone dei dati di due diverse indagini a partire da metà degli anni '90, la diffusione dei contraccettivi è aumentata da una media iniziale del 28 per cento al 35 per cento. Il desiderio di pianificazione familiare soddisfatto con metodi moderni è aumentato in 19 di questi paesi⁴, con un aumento medio del 94 per cento fra coloro che appartengono al quinto più povero della popolazione. In dieci paesi, l'aumento medio della risposta al fabbisogno di pianificazione familiare del quinto più povero della popolazione è stato più alto della media nazionale.

Bisogni insoddisfatti

Si parla di bisogni insoddisfatti quando vi sono donne e coppie che non desiderano un'altra nascita nei due anni successivi a un parto (o in nessun altro momento), ma non usano nessun metodo anticoncezionale.⁵ I bisogni insoddisfatti derivano dalla crescita della domanda, dalle restrizioni nella fornitura del servizio, dalla mancanza di supporto da parte della comunità e del coniuge, dalla disinformazione, dai costi e dalle difficoltà di trasporto.

La Conferenza del Cairo ha dato priorità alla riduzione dei bisogni insoddisfatti come principio guida per assicurare nascite determinate da una scelta volontaria e informata.⁶ La revisione dei progressi compiuti effettuata dalle Nazioni Unite nel 1999 ha indicato gli obiettivi da raggiungere e adottato degli indicatori per misurare i progressi fatti: entro il 2005 dimezzamento dei bisogni insoddisfatti rispetto al 1990, e entro il 2015 soddisfazione di tutti i desideri di fecondità dichiarati.⁷

La capacità delle persone di realizzare i propri desideri riguardo alle dimensioni della famiglia e all'intervallo tra le nascite è questione di grande importanza da un punto di vista sia personale che demografico. Nei paesi in via di sviluppo la fecondità totale supera sistematicamente la fecondità desiderata dichiarata: in media la differenza è di circa 0,8 figli.⁸ L'aspirazione a famiglie sempre più piccole tende a far crescere i bisogni insoddisfatti, finché i servizi non riusciranno a stare al passo consentendo nascite meno numerose e più distanziate. Solo a questo punto, ulteriori aumenti nell'accessibilità dei servizi riusciranno a ridurre i bisogni insoddisfatti.⁹

SQUILIBRI SOSTANZIALI — E CRESCENTI. Nonostante l'aumento nella diffusione dei contraccettivi, circa 137 milioni di donne non trovano ancora risposta al loro bisogno di contraccezione¹⁰ e altri 64 milioni usano metodi di pianificazione familiare tradizionali, meno affidabili dei metodi moderni.¹¹ Complessivamente, il bisogno non soddisfatto di contraccettivi moderni riguarda il 29 per cento delle donne nei paesi in via di sviluppo. La quota più alta, molte volte superiore al livello attuale d'uso, si trova nell'Africa sub-sahariana, dove il 46 per cento delle donne a rischio di gravidanze indesiderate non usa nessun metodo anticoncezionale.¹²

Gli ostacoli all'uso della contraccezione comprendono:

- mancanza di servizi accessibili e carenza di attrezzature, materiali e personale;
- scelte dei metodi non adatte alla situazione della donna e della sua famiglia;¹³
- scarse conoscenze sulla sicurezza, efficacia e disponibilità delle diverse opzioni;
- scadente interazione tra operatori e utenti;¹⁴
- mancanza di supporto da parte della comunità o del coniuge;
- disinformazione e allarmi ingiustificati;
- effetti collaterali in alcuni casi, non adeguatamente seguiti in modo da favorire un cambiamento di metodi o da assicurare un corretto uso e dosaggio;
- difficoltà economiche.

Tra i/le giovani è particolarmente sentita la scarsità di metodi temporanei, la mancanza di riservatezza e tutela della privacy, nonché la mancanza di sensibilità verso i loro punti di vista manifestata dagli operatori.¹⁵ Nonostante un lavoro di decenni per superare questi ostacoli, molti problemi persistono. Il declino dei sistemi sanitari in molti paesi ha ridotto l'accessibilità dei servizi e la qualità del personale. La diminuzione delle donazioni e l'inadeguatezza degli investimenti nazionali hanno danneggiato molti programmi. I contributi a carico degli utenti, intesi a promuovere la sostenibilità dei servizi e ad abbassare i costi del settore pubblico, hanno aumentato le disuguaglianze. I bassi salari e le scadenti condizioni di lavoro inducono i dipendenti a lasciare il settore sanitario pubblico a favore di quello privato,

ulteriormente limitando l'accesso per le persone povere e contemporaneamente trascinando nella miseria chi vive al limite della soglia di povertà.

Nel 1999 almeno 300 milioni di donne sposate non avevano avuto accesso a pillole, spirali o preservativi.¹⁶ Se consideriamo anche la sterilizzazione volontaria, quasi 400 milioni di donne non potevano accedere a una gamma completa di scelte contraccettive.

Da allora, i rapporti nazionali hanno mostrato progressivi miglioramenti nella disponibilità di metodi anticoncezionali diversificati.

I grafico 3 mostra il rapporto tra uso dei contraccettivi (compresi i metodi tradizionali) e bisogni insoddisfatti, basandosi su dati statistici dell'ultimo decennio. L'andamento è – come ci si poteva aspettare – del tutto evidente: i bisogni insoddisfatti sono massimi nei paesi dove la diffusione dei contraccettivi è fra il 25 e il 40 per cento.

Un incremento nell'uso dei metodi moderni riduce in genere i bisogni insoddisfatti. Laddove l'utilizzo di metodi moderni è basso, l'ampiezza dei bisogni insoddisfatti varia notevolmente a seconda del livello di domanda insoddisfatta e della misura in cui la popolazione si affida ai metodi tradizionali, in attesa che siano disponibili moderni servizi contraccettivi.

POVERTÀ E DIMENSIONE DESIDERATA DELLA FAMIGLIA. Le persone più povere tendono a volere più figli di quelle ricche.¹⁷ Può darsi che i genitori considerino un vantaggio avere a disposizione più braccia per, ad esempio, l'agricoltura di sus-

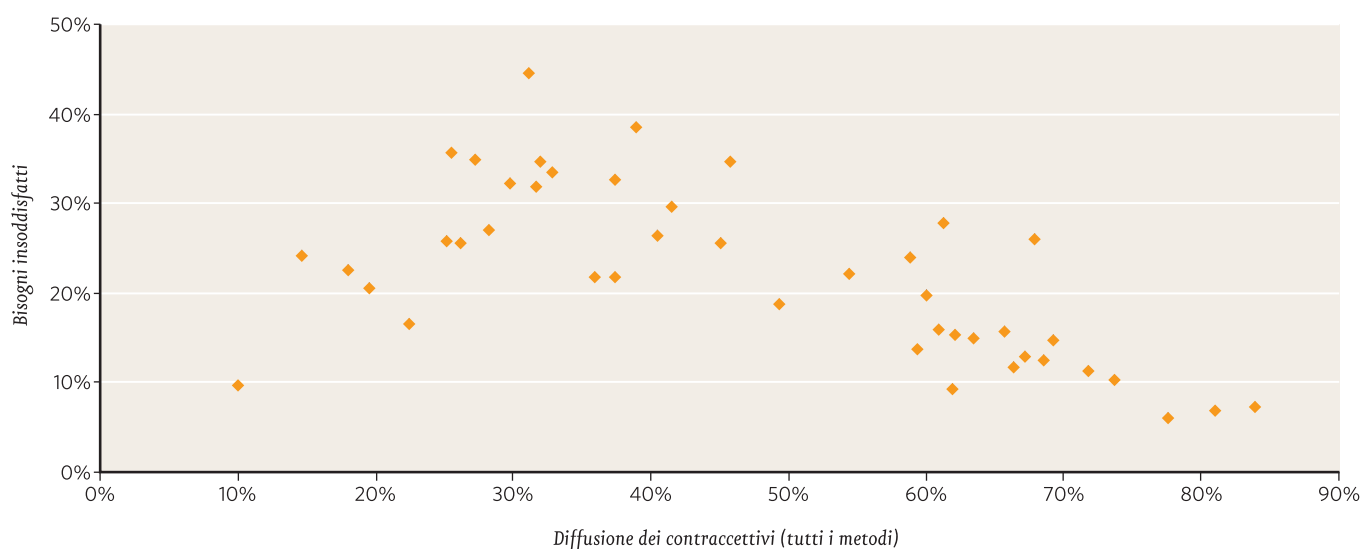
sistenza, o sperino di assicurarsi un sostegno per la vecchiaia. Le opportunità limitate rendono inoltre meno probabile che i poveri si sentano economicamente e socialmente incentivati a investire di più in un numero minore di figli piuttosto che investire poco in tanti.¹⁸

Persino nelle famiglie povere, però, le dimensioni della famiglia dichiarate come desiderabili sono in diminuzione da decenni, nonostante la persistenza di atteggiamenti e tradizioni a favore di famiglie più numerose. Ciò si riflette in alti livelli di bisogni insoddisfatti fra i poveri. Quando si tratta di voler posticipare o evitare un'altra nascita, c'è molta meno differenza tra poveri e ricchi di quanta ce ne sia nell'uso dei contraccettivi.

Il fabbisogno di pianificazione familiare soddisfatto aumenta costantemente all'aumentare dell'utilizzo dei metodi di contraccezione moderni. In tutti i casi gli strati più ricchi della popolazione sono più capaci di soddisfare i propri desideri riproduttivi con la contraccezione moderna. Laddove la diffusione dei contraccettivi è bassa, quasi un terzo delle coppie nel gruppo di reddito più elevato che desiderano ritardare o evitare una nascita usa metodi anticoncezionali moderni. Tra le persone povere la proporzione di coloro che soddisfano i propri desideri¹⁹ con metodi moderni non raggiunge questo livello finché la contraccezione di per se non è più largamente accettata.

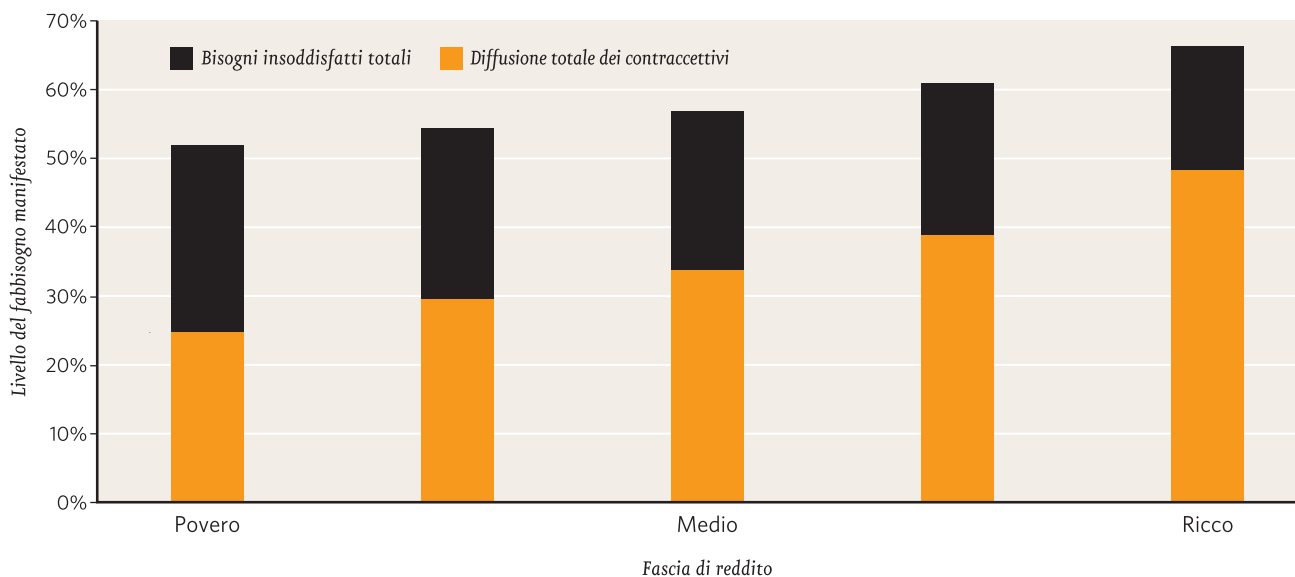
Le differenze tra popolazioni povere e ricche nell'accesso alla pianificazione familiare sono sorprendenti. Nei paesi dell'Africa sub-sahariana, ad esempio, le donne che appartengono al quinto più ricco della popolazione hanno cinque

Grafico 3: Bisogni insoddisfatti e diffusione totale



Fonte: Dati forniti da K. Johnson, ORC MACRO International, tratti dai Sondaggi demografici e sanitari (DHS).

Grafico 4: Domanda media totale per gruppi di reddito



Fonte: Dati forniti da K. Johnson, ORC MACRO International, tratti dai Sondaggi demografici e sanitari (DHS).

volte più probabilità di ottenere e usare la contraccezione rispetto a quelle che fanno parte del quinto più povero.²⁰

Scelta dei metodi

I metodi moderni coprono attualmente il 90 per cento della contraccezione a livello mondiale. In particolare, tre metodi femminili sono i più comunemente usati: la sterilizzazione femminile, i dispositivi intrauterini e la pillola. In un terzo di tutti i paesi, un unico metodo – in genere la sterilizzazione o la pillola – copre almeno metà della contraccezione. L'uso dei preservativi è aumentato nella grande maggioranza dei paesi in via di sviluppo.

Nel *Global Survey 2003* dell'UNFPA, 126 paesi riferiscono di avere preso provvedimenti per aumentare la possibilità di scelta degli anticoncezionali. Ottantotto paesi si sono mossi in più direzioni, fra cui una maggiore disponibilità della contraccezione di emergenza (68 paesi) e dei condom femminili (65), miglioramento della distribuzione per assicurare la disponibilità degli anticoncezionali (43), fornitura di contraccettivi o di servizi gratuiti o comunque sovvenzionati (27).²¹

L'espressione **contraccezione di emergenza** si riferisce alla prevenzione della gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto. Negli ultimi trent'anni la ricerca ha mostrato che le pillole anticoncezionali di emergenza (dosi speciali delle comuni pillole) sono sicure ed efficaci se usate entro 72 ore. Come dichiarato dall'OMS: "Le pillole anticoncezionali di emergenza non interrompono una gravidanza e quindi non sono una forma di aborto".²²

Un numero crescente di paesi ha introdotto la contraccezione di emergenza dopo la Conferenza del Cairo: alcuni hanno reso più facile alle donne accedervi, ad esempio eliminando le restrizioni alla vendita come prodotti da banco. India, Iran e Nepal assicurano questo tipo di contraccezione

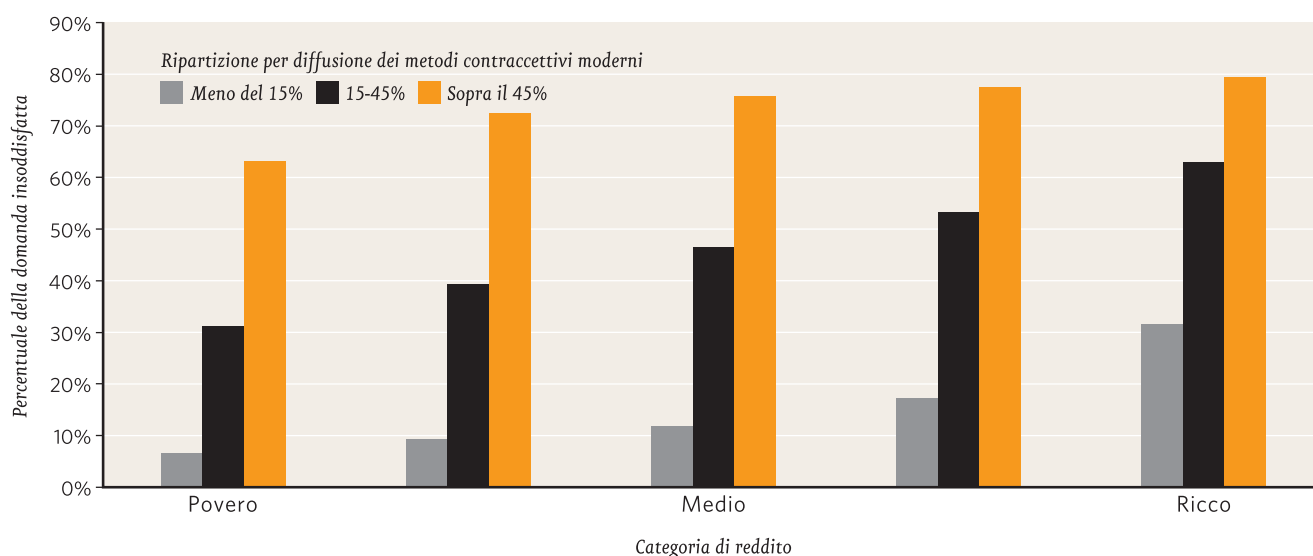
14

L'UNFPA AIUTA I PAESI A ESPANDERE IL MIX DEI METODI

L'UNFPA fornisce il 40 per cento dei prodotti contraccettivi provenienti dalle donazioni internazionali. È anche un partner importante di governi e donatori quando è necessario far fronte a problemi di fornitura. Nel 2003, 60 paesi hanno riferito di disporre di punti di distribuzione che offrivano più di un metodo anticoncezionale, sia nelle aree comprese nel programma dell'UNFPA sia nel paese nel suo complesso. In 24 paesi la percentuale di strutture che offrivano almeno tre metodi era più alta nelle aree UNFPA, mentre in altri 24 paesi le offerte di servizi erano identiche. In altri 11 paesi, dove l'UNFPA si concentra specialmente sul miglioramento dell'accesso nelle località meno servite (in genere le aree più povere) o per i gruppi più critici (soprattutto adolescenti), la quota di postazioni UNFPA che offre almeno tre metodi è minore.

Venti paesi sono riusciti a garantire un accesso generalizzato ad almeno tre metodi anticoncezionali nei punti di distribuzione collocati nelle aree del programma dell'UNFPA. In 26 paesi risulta una successiva espansione delle possibilità di scelta dei metodi di contraccezione. Le possibilità di accesso sono diminuite in soli cinque paesi, in tre dei quali dopo una guerra civile.

Grafico 5: Percentuale di bisogni soddisfatti in materia di pianificazione familiare, per gruppi di reddito e per tre diversi livelli di diffusione dei metodi contraccettivi moderni



Fonte: Dati forniti da K. Johnson, ORC MACRO International, tratti dai Sondaggi demografici e sanitari (DHS).

attraverso i loro programmi nazionali di pianificazione familiare. Nella Repubblica Dominicana i contraccettivi di emergenza si possono ottenere nelle farmacie private, mentre in Malesia e Pakistan sono forniti da organizzazioni non governative.

I programmi che si occupano di violenza sessuale spesso offrono pillole anticoncezionali di emergenza oltre che sostegno psicologico alle donne che hanno subito uno stupro. In Cile, i medici e gli ambulatori di pronto soccorso possono distribuire le pillole alle donne violentate.

Le infezioni a trasmissione sessuale

Ogni anno si verificano nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 49 anni circa 340 milioni di nuovi casi di infezioni batteriche a trasmissione sessuale (tra di esse la sifilide, la gonorrea, la clamidia e la tricomoniasi).²³ Si tratta di malattie per lo più curabili, ma in molti casi non sono diagnosticate e non vengono curate, data la mancanza di servizi accessibili.²⁴ Le infezioni a trasmissione sessuale non curate sono una delle principali cause di sterilità, che colpisce dai 60 agli 80 milioni di coppie in tutto il mondo.

Più dei tre quarti dei 5 milioni di nuovi casi di infezione da HIV che si verificano ogni anno sono a trasmissione sessuale (vedi Capitolo 8). Un'infezione a trasmissione sessuale non curata può aumentare fino a 10 volte il rischio di essere infettati e trasmettere il virus HIV.²⁵ Un'altra malattia virale a trasmissione sessuale, il Papilloma virus umano, è connessa al cancro cervicale, che uccide 240.000 donne ogni

anno. I preservativi, sia maschili che femminili, sono l'unico metodo anticoncezionale che offre una protezione significativa nei confronti delle infezioni a trasmissione sessuale, sia virali che batteriche.²⁶

La Conferenza del Cairo ha richiesto che lo screening e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale divengano, insieme ai servizi di informazione e sostegno psicologico, "parte integrante di tutti i servizi per la salute riproduttiva e sessuale".²⁷

DIFFERENZA DI GENERE. Negli ultimi dieci anni si è prestata un'attenzione crescente al ruolo centrale della differenza di genere nella diagnosi e terapia delle infezioni a trasmissione sessuale. Le donne sono molto più a rischio di infezione degli uomini e lo screening è più difficile: il 70 per cento delle donne malate non hanno sintomi (a fronte di 10 per cento di uomini).²⁸

Il modo in cui vengono affrontate le infezioni a trasmissione sessuale può avere un posto importante nei servizi di pianificazione familiare. Laddove non sono disponibili le attrezzature per i test che sarebbero necessari, il personale sanitario utilizza per la diagnosi un approccio "sindromico", basato sui sintomi dell'utente e sui fattori di rischio; ma questo approccio ha molti limiti, e spesso le infezioni non sono diagnosticate e non vengono curate.²⁹

Nelle donne incinte le infezioni a trasmissione sessuale non curate possono essere più facilmente trasmesse al bambino e aumentano il rischio di parti prematuri, di bambini nati sottopeso e di cecità infantile.³⁰

INTEGRAZIONE. Assicurare lo *screening*, la diagnosi e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale come parte dei servizi per la salute riproduttiva offre l'opportunità di raggiungere milioni di donne che richiedono questi servizi, molte delle quali non hanno nessun altro contatto con il sistema sanitario. L'esperienza mostra che l'integrazione fra prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale, pianificazione familiare e sostegno psicologico sulla sessualità e i rapporti con il partner può determinare un aumento nell'uso dei servizi.³¹

I servizi integrati consentono – rispetto alle strutture dedicate o alla terapia effettuata presso medici privati – risparmi nei costi, nel personale, nelle forniture e nelle attrezzature, e sono in genere più comodi per l'utenza.³² La riconversione dei programmi specializzati ha tuttavia incontrato una certa resistenza.

L'Indonesia ha cominciato nel 1995 a integrare i servizi per le infezioni a trasmissione sessuale con altri servizi per la salute riproduttiva. Per superare lo stigma legato alla cura delle infezioni a trasmissione sessuale o le preoccupazioni sull'uso delle strutture sanitarie da parte delle lavoratrici del sesso, i servizi sono stati offerti al di fuori dei normali orari di ambulatorio e in ambulatori separati.³³

In occasione del *Global Survey 2003* dell'UNFPA, 43 paesi hanno riferito di aver adottato – dopo il Cairo – misure per integrare le informazioni sulle prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale e/o dell'HIV/AIDS nei servizi sanitari di base.³⁴ Ecuador, Liberia, Mozambico e Zimbabwe, ad esempio, comprendono ora i servizi per le infezioni a trasmissione sessuale nelle strutture sanitarie di base.³⁵

Qualità dell'assistenza

Il Programma d'Azione del Cairo ha riconosciuto che oltre a rendere universali i servizi per la salute riproduttiva “i programmi di pianificazione familiare devono fare sforzi significativi per migliorare la qualità dell'assistenza” (par. 7.23). Lo scopo dovrebbe essere quello di “assicurare che le scelte fatte siano basate sull'informazione e rendere accessibile un'ampia gamma di metodi sicuri e efficaci” (par. 7.12).

Dopo il 1994 in molti paesi i servizi sono stati ristrutturati per migliorarne la qualità e per meglio rispondere ai bisogni e ai desideri dell'utenza: più ampie possibilità di scelta dei metodi anticoncezionali, migliore monitoraggio, miglioramento della formazione del personale, per metterlo in grado di fornire informazioni e sostegno psicologico (con un particolare accento su sensibilità, privacy, riservatezza e promozione di scelte informate). Un'altra priorità generale è il miglioramento dei servizi per le popolazioni più povere.³⁶

Nel 1990 è stato pubblicato uno schema-quadro sulla qualità dell'assistenza³⁷ che ha stabilito le componenti di una buona assistenza alla salute riproduttiva. Le utenti hanno

15

L'ASSISTENZA DI QUALITÀ NELLA PERCEZIONE DELL'UTENZA

Gli utenti valutano la qualità dei servizi ricevuti. Se possono, scelgono di usare le strutture e gli operatori che ai loro occhi offrono la migliore assistenza. Da studi condotti in tutto il mondo è emerso che l'utenza richiede:

- rispetto, atteggiamento amichevole e cortesia;
- riservatezza e privacy;
- operatori che comprendano la situazione e i bisogni di ciascun utente;
- informazioni complete e accurate, compresa una spiegazione esauriente degli effetti collaterali degli anticoncezionali;
- competenza tecnica;
- continuità nell'accesso ai servizi e alle forniture, che devono essere affidabili, a buon mercato e senza barriere;
- equità: informazioni e servizi devono essere offerti a tutti indipendentemente da età, stato civile, sesso, orientamento sessuale, classe sociale e appartenenza etnica;
- risultati: sentirsi dire di aspettare, o di tornare un altro giorno, è causa di frustrazione.

bisogno di una gamma di metodi anticoncezionali fra cui scegliere, di informazioni complete e accurate, di un'assistenza tecnicamente competente, di una valida interazione con gli operatori, di continuità nell'assistenza e di una serie di servizi collegati. In un altro quadro di riferimento si esaminano in dettaglio il supporto, gli strumenti e le risorse di cui hanno bisogno gli operatori per offrire un'assistenza di qualità.³⁸

Gli sforzi per migliorare la qualità si concentrano sul miglioramento dell'ambiente di erogazione del servizio, per rispondere ai bisogni dell'utenza coinvolgendo il personale di ogni livello nell'individuazione dei problemi e nella proposta di soluzioni. Dopo la Conferenza del Cairo, metodologie operative già ampiamente diffusi nei paesi sviluppati sono state adattate e trasformate per essere usate nei programmi internazionali di pianificazione familiare.³⁹

AZIONI CONCRETE. Il *Global Survey 2003* dell'UNFPA ha rilevato che 143 paesi si sono mossi per migliorare l'accesso a servizi per la salute riproduttiva di qualità, con 115 paesi che riferiscono di avere intrapreso iniziative in più direzioni. Tra queste: aumento del personale e della formazione (77 paesi); introduzione di standard di qualità (45); miglioramenti nella gestione e nella logistica (36). In Bangladesh, Repubblica Democratica Popolare di Corea e Mongolia, ad

esempio, sono stati stabiliti protocolli e sistemi di controllo della qualità per un'ampia gamma di servizi per la salute riproduttiva. L'Indonesia sta aggiornando i protocolli esistenti. La Giamaica sta stabilendo degli indicatori per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza.

Il settore pubblico, le associazioni di pianificazione familiare e i programmi di salute femminile curati dalle ONG in Guatemala, India e Kenya comprendono tutti la fornitura di un'assistenza di qualità fra le proprie finalità e i propri obiettivi.⁴⁰

L'IMPATTO DELLA QUALITÀ. L'assistenza di qualità può far crescere la domanda di servizi, aiutando le utenti a scegliere un metodo contraccettivo più appropriato e a continuare a usare la pianificazione familiare se vogliono limitare o distanziare le gravidanze. Nelle comunità dove esistono servizi di qualità è più probabile che sia le donne che gli uomini usino sistemi di pianificazione familiare, come ha mostrato uno studio condotto in Perù.⁴¹ Nelle aree rurali della Tanzania la percezione della qualità dell'assistenza fornita dalla struttura di pianificazione familiare ha un impatto significativo sull'uso dei contraccettivi da parte dei membri della comunità.⁴²

Poter scegliere il metodo contraccettivo è importante per le utenti. In Indonesia, il 91 per cento delle donne a cui era stato assegnato il metodo desiderato continuavano a usarlo dopo un anno, a fronte del 38 per cento di coloro che non avevano ottenuto il metodo da loro scelto.⁴³ In Gambia e in Niger, tra le nuove utenti che ricevevano suggerimenti validi sugli effetti collaterali, la probabilità di un abbandono dell'uso degli anticoncezionali dopo otto mesi era da un terzo a metà inferiore, rispetto alle donne che ritenevano di aver ricevuto indicazioni inadeguate.⁴⁴

DAR FORZA ALLE DONNE POVERE. Il miglioramento del servizio incide soprattutto sulla condizione delle donne più povere. Secondo un recente studio condotto in Bangladesh tra le donne che ritenevano di aver ricevuto una buona assistenza⁴⁵ dagli operatori di base, le probabilità di adottare la contraccezione erano del 60 per cento superiori che tra quelle che ritenevano di aver ricevuto un'assistenza scadente; e le probabilità che esse continuassero a usare contraccettivi erano del 34 per cento superiori.⁴⁶ La qualità del servizio influiva sull'adozione della contraccezione per tutte le donne, ma tra le donne povere e non istruite era di gran lunga più importante nel determinare un uso continuato.

INIZIATIVE DI FORMAZIONE. L'interazione tra utenti e operatori è essenziale per un servizio di qualità. Gli operatori devono scoprire cosa pensano le utenti in merito alle scelte che hanno a che fare con la salute, rispondere alle loro

preoccupazioni sugli effetti collaterali e incoraggiarle a svolgere un ruolo attivo durante gli incontri. Le conoscenze e le capacità interpersonali degli operatori possono essere migliorate definendo in modo chiaro cosa ci si aspetta dall'interazione con le/gli utenti, fornendo un feedback sulle loro prestazioni e rendendo la formazione più efficace. È anche importante assicurare compensi, spazi, attrezzature e tempo adeguati; e assegnare a ciascun lavoratore mansioni per cui è preparato.⁴⁷

Paesi fra loro assai diversi come il Senegal, la Turchia e la Repubblica Unita di Tanzania hanno, dopo il Cairo, intrapreso riforme strutturali per fornire all'utenza servizi di qualità. Hanno potenziato l'addestramento, ampliato le attività di formazione, ammodernato infrastrutture e attrezzature, aggiornato politiche e procedure e migliorato i sistemi di gestione.⁴⁸ Molti altri paesi hanno potenziato addestramento e supervisione del personale e migliorato la disponibilità di metodi contraccettivi diversi e la possibilità di scelta fra di essi.⁴⁹

Numerosi paesi hanno lavorato ad ammodernare le strutture destinate alla salute riproduttiva. Le misure adottate comprendono: la certificazione o l'accreditamento delle strutture (Mozambico); il rafforzamento delle infrastrutture e la

16 PROMUOVERE LA PARTECIPAZIONE

La Conferenza del Cairo ha sottolineato l'importanza di coinvolgere le/gli utenti dei programmi di salute riproduttiva nella loro progettazione, realizzazione e monitoraggio. Nel *Global Survey 2003* dell'UNFPA 124 paesi riferiscono di avere intrapreso interventi decisivi in quest'ambito, e in 48 casi gli interventi sono molteplici. Alcuni hanno effettuato audizioni pubbliche o indagini fra i consumatori e hanno coinvolto le comunità locali nello sviluppo di programmi che riflettono i bisogni e le opinioni della popolazione. Il Kenya ha inserito i capi villaggio e i guaritori tradizionali tra le risorse di riferimento a livello di comunità. La Malesia ha organizzato incontri tra operatori e utenti. Il Brasile ha istituito consigli sanitari nazionali, regionali e municipali. L'Honduras ha utilizzato questionari, focus group e interviste approfondite per raccogliere l'opinione dell'utenza su tutti i sistemi sanitari. La Lettonia ha creato un "Ufficio per i diritti dei pazienti" che conduce indagini sulla soddisfazione dei pazienti in merito all'assistenza sanitaria.

Alcuni enti donatori e alcune organizzazioni internazionali hanno lanciato attività per promuovere la partecipazione della società civile al soddisfacimento dei bisogni in materia di salute riproduttiva. Trentaquattro associazioni nazionali di pianificazione familiare dell'*International Planned Parenthood Federation* stanno portando avanti un'iniziativa quinquennale volta a individuare e correggere le carenze nella qualità.

garanzia della disponibilità di un'assistenza specializzata di follow-up (Brasile); unità sanitarie mobili (Armenia e Salvador); fornitura di servizi gratuiti o a basso costo per gli slum e gli insediamenti urbani ad occupazione abusiva (148 paesi).

Più forza a chi si batte per la salute riproduttiva

Dopo il Cairo l'UNFPA ha lavorato per migliorare la qualità dell'assistenza, accrescere l'accesso ai servizi, assicurare forniture e attrezzature adeguate e aggiornare le capacità tecniche, manageriali e relazionali del personale sanitario fornendo supporto tecnico, attrezzature e formazione.

Più di recente l'attenzione si è anche concentrata sulla mobilitazione delle comunità locali affinché spingano per ottenere servizi sanitari di più alta qualità e per aumentare la partecipazione delle donne alla loro gestione. L'UNFPA finanzia il progetto "Stronger Voices for Reproductive Health" ("Più forza a chi si batte per la salute riproduttiva"): un'iniziativa innovativa per l'empowerment delle utenti, fondato sulla presa di coscienza in materia di salute e diritti riproduttivi e sul sostegno alle iniziative di base, per far sì che esse possano far sentire con più forza la loro voce, e ottenere un miglioramento dei servizi per la salute riproduttiva. Partner dell'UNFPA in questa iniziativa sono l'Organizzazione Internazionale del Lavoro, l'UNICEF e l'OMS.

LE COMUNITÀ DI UTENTI CONSAPEVOLI. La premessa è che utenti più informate potranno interagire meglio con gli operatori e saranno anche più inclini a mobilitarsi per ottenere cambiamenti a livello territoriale. Promuovere l'azione collettiva delle comunità locali per richiedere un'assistenza di qualità può anche aiutare ad assicurare che il decentramento dei servizi sanitari – un processo in corso in molti paesi – non determini una riduzione delle risorse destinate ai servizi per la salute riproduttiva.

Il progetto "Stronger Voices" ha messo in contatto organizzazioni che non avevano in precedenza lavorato insieme — organizzazioni che si battono per i diritti riproduttivi, gruppi organizzati di donne, fornitori di servizi sanitari e organizzazioni incentrate sul finanziamento alle strutture di base o sulla riforma sanitaria.

"Stronger Voices" è iniziato in India, Kirghizistan, Mauritania, Nepal, Perù e Tanzania. Le attività comprendono: approcci partecipativi per migliorare l'accesso delle donne ai servizi per la salute riproduttiva, collegamenti dei gruppi femminili con gli operatori per promuovere un'assistenza migliore, mobilitazione delle/dei giovani affinché lavorino insieme agli operatori per servizi a misura di giovani.

In Kirghizistan, alcuni gruppi di base hanno raccolto fondi per ristrutturare gli ambulatori ostetrici sul territorio; e nelle comunità locali ci sono donne che si sono battute

apertamente contro la vecchia tradizione del "ratto nuziale", affermando che si tratta di una violazione dei loro diritti riproduttivi.

In Mauritania sono stati creati due mini programmi territoriali di assicurazione sanitaria, per garantire che le donne povere possano accedere ai servizi per la maternità. In Nepal le partner del progetto hanno sviluppato un'originale e innovativa "strategia nazionale per la qualità dell'assistenza nei servizi per la salute riproduttiva", che considera la domanda e i diritti riproduttivi quali elementi essenziali per erogare servizi di qualità.

In Tanzania le partner del progetto hanno stabilito un approccio alla qualità dell'assistenza che - per la prima volta nel paese - è fondato sui diritti, con una particolare enfasi sulla costruzione di capacità a livello locale e sul monitoraggio dei servizi da parte della comunità, che ben si combina con il processo di decentramento in corso.

PAGARE PER I SERVIZI. Data l'inadeguatezza dei finanziamenti per la salute riproduttiva, sia da parte dello stato che degli enti donatori, molti paesi stanno valutando possibili sistemi di introduzione di servizi a pagamento. Gli sforzi effettuati per recuperare parte dei costi hanno avuto risultati alterni. In Bangladesh, ad esempio, il Piano del 1997 per i settori sanitario e demografico ha spinto le ONG ad abbandonare la fornitura dei servizi di pianificazione familiare a domicilio e a richiedere modesti contributi per servizi precedentemente gratuiti, lavorando contemporaneamente per migliorare la qualità dei loro servizi. Da una valutazione dei cambiamenti è risultato che l'utenza apprezzava i servizi forniti e si sentiva trattata con cortesia e rispetto negli ambulatori delle ONG. È anche risultato, però, che questi mutamenti avevano prodotto "un diffuso sentimento che i poveri sono discriminati nelle strutture sanitarie e che i servizi di qualità sono fuori dalla loro portata perché non possono pagare per averli".⁵⁰

Assicurare le forniture

La capacità di programmare e garantire una salute riproduttiva di qualità dipende dalla possibilità di disporre di sostegno politico, finanziamenti, personale, strutture e prodotti. Anche se i programmi nazionali devono spesso affrontare varie avversità – carenze di personale e di strutture, mancanza di acqua corrente, frequenti interruzioni dell'elettricità, interruzioni nei trasporti — la mancanza di prodotti significa che gli investimenti e gli sforzi sostenuti saranno in gran parte sprecati.

La "sicurezza dei prodotti per la salute riproduttiva" comporta assicurare una adeguata e certa fornitura dei prodotti essenziali per la salute riproduttiva. Questi prodotti devono

essere sistematicamente acquistati, consegnati e distribuiti laddove sono necessari e quando sono necessari. In molti paesi poveri i programmi per la salute riproduttiva dipenderanno pesantemente, ancora per molto tempo, dal sostegno offerto dagli enti donatori nella fornitura dei prodotti.

Negli ultimi dieci anni sono diminuiti i finanziamenti degli enti donatori per fornire prodotti per la salute riproduttiva, compresi i contraccettivi per la pianificazione familiare e i preservativi per la prevenzione dell'AIDS: ciò ha creato un divario crescente fra le stime riconosciute del fabbisogno e l'approvvigionamento effettivo.

Nei primi anni '90 quattro donatori internazionali provvedevano da soli a circa il 41 per cento del fabbisogno totale stimato di anticoncezionali — pillole, dispositivi intrauterini, contraccettivi iniettabili e preservativi. (Sono ancora in corso di sviluppo dei sistemi per quantificare in maniera accurata domanda e offerta di altri prodotti per la salute riproduttiva). L'Agenzia per lo sviluppo internazionale degli Stati Uniti (USAID), che dominava il settore pubblico delle forniture contraccettive sin dagli anni '60, era l'ente donatore più importante, con quasi i tre quarti dei 79 milioni di dollari a cui ammontava il finanziamento dei donatori nel 1990.⁵¹

Nel 2000 il numero di donatori attivi era salito a 12 o più, ma il totale dei loro finanziamenti (tenuto conto dell'inflazione) era rimasto relativamente invariato nel decennio. La quota dell'USAID era scesa al 30 per cento, mentre il contributo dell'UNFPA era salito al 40 per cento. USAID, UNFPA e altro quattro enti (*Population Services International*, la Banca mondiale, il Ministero tedesco per la Cooperazione allo sviluppo e il Dipartimento per lo sviluppo internazionale del Regno Unito) contribuivano per il 95 per cento alla fornitura di prodotti contraccettivi ai paesi in via di sviluppo.

Nel 2001 Paesi Bassi, Regno Unito e Canada hanno compensato la grave carenza di rifornimenti in alcuni paesi con un contributo aggiuntivo di 97 milioni di dollari all'UNFPA, al fine di fornire prodotti e sostegno tecnico per rafforzare le capacità nazionali e migliorare l'accesso ai servizi. I 224 milioni di dollari di finanziamento totale da parte dei donatori raggiunti in quell'anno rappresentarono un aumento di quasi il 50 per cento rispetto all'anno precedente, ma nel 2002 (l'ultimo anno per cui si disponga di dati) il totale è di nuovo sceso a 198 milioni di dollari.

Per raggiungere lo stesso 41 per cento di copertura del fabbisogno di anticoncezionali e preservativi che i donatori garantivano nel 1990, nel 2004 il loro contributo finanziario dovrebbe essere di circa 450 milioni di dollari. Assai di più sarebbe richiesto per far fronte ai costi di tutti i prodotti per la salute riproduttiva e per migliorare l'erogazione dei servizi.

È improbabile che i governi dei paesi in via di sviluppo, le ONG e il settore privato saranno in grado di supplire alla mancata crescita dei finanziamenti dei donatori in questo campo. È quindi prevedibile che le forniture saranno inadeguate e ci sarà discontinuità nei servizi per la salute riproduttiva, con gravi conseguenze per la salute di donne e bambini.⁵²

Oltre al crescente fabbisogno di finanziamenti per i prodotti, ai paesi in via di sviluppo servono assistenza tecnica e finanziamenti per potenziare le capacità umane, finanziarie e tecniche dei programmi sanitari nazionali in modo da metterli in condizione di raccogliere, analizzare, presentare e usare correttamente i dati sulla domanda e l'offerta di salute riproduttiva e ottenere, immagazzinare e distribuire le forniture necessarie.

RUOLO E PRIORITÀ DELL'UNFPA. L'UNFPA è in prima fila nelle iniziative mondiali per assicurare un flusso adeguato e costante nelle forniture di prodotti per la salute riproduttiva, anticoncezionali compresi. Il Fondo è il maggiore fornitore internazionale in questo campo, l'unico per circa 25 paesi. Nel 2001 e nel 2002 ha ricevuto richieste di approvvigionamento da 94 paesi, per un totale di 300 milioni di dollari.

L'UNFPA aiuta anche gli stati a pianificare il proprio fabbisogno, promuove iniziative di mobilitazione a favore della stabilità dei finanziamenti, lavora con i governi e con altri partner per potenziare le capacità nazionali, coordina gli sforzi dei partner e raccoglie dati sui donatori per facilitare la cooperazione e garantire la trasparenza.⁵³

Nel 1999, in collaborazione con le ONG partner, l'UNFPA ha cominciato a lavorare per sviluppare una strategia globale per assicurare le forniture di prodotti per la salute riproduttiva.⁵⁴ Sono stati create due importanti iniziative di partenariato, la *Supply Initiative* (SI) e il *Reproductive Health Supply Facility Task Team*.

Grazie al finanziamento della fondazione Bill & Melinda Gates e del Wallace Global Fund, la *Supply Initiative*

17

CONSEGUENZE DEL BUCO DEI FINANZIAMENTI

Si stima che ogni milione di dollari di aiuti per i prodotti anticoncezionali che viene a mancare produrrà:

- 360.000 gravidanze indesiderate;
- 150.000 aborti procurati;
- 800 morti materne;
- 11.000 morti nella primissima infanzia;
- 14.000 morti di bambini al di sotto dei 5 anni.

ha impiantato un sistema informativo on-line per unificare i dati sull'approvvigionamento provenienti dall'UNFPA, da USAID e dalla International Planned Parenthood Federation, e in seguito anche da altri enti donatori. In futuro, il sistema sarà in grado di prevedere il fabbisogno di ciascun paese.

Il *Reproductive Health Supply Facility Task Team* è una partnership che comprende soggetti diversi e sta esplorando la possibilità di creare una nuova struttura per aiutare a mobilitare le risorse e promuovere la collaborazione. Finora però, i donatori non hanno mostrato l'interesse che giustificerebbe una iniziativa di questo tipo.

Per rafforzare le capacità nazionali, l'UNFPA ha di recente coordinato una mezza dozzina di workshop regionali in cui i partecipanti – personale dell'UNFPA presente sul territorio e rappresentanti dei governi — hanno sviluppato modelli di piani per la gestione delle forniture per la salute riproduttiva.

ALTRE INIZIATIVE. L'Organizzazione mondiale della sanità e l'UNFPA hanno recentemente pubblicato la bozza di un documento congiunto di riflessione intitolato "Farmaci essenziali e altri prodotti per i servizi per la salute riproduttiva". Inteso in parte a fornire una comune accezione dell'espressione "prodotti per la salute riproduttiva", il documento si basa sul concetto di farmaci essenziali introdotto dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1977 ed elenca sia i prodotti necessari a livello di assistenza sanitaria di base (per la pianificazione familiare, per la salute della madre e del neonato e per la prevenzione delle infezioni dell'apparato riproduttivo e dell'HIV) sia i prodotti necessari per l'assistenza alla madre al primo livello di intervento terapeutico. Il documento riconosce inoltre come necessari quattro fattori che permettono di assicurare un accesso sostenibile a questi componenti cruciali dell'assistenza:

- una selezione razionale, basata su un elenco nazionale dei farmaci essenziali e su comprovate linee guida per la terapia;
- prezzi abbordabili per i governi, gli operatori sanitari e i consumatori;
- finanziamento sostenibile grazie a meccanismi di finanziamento equi come le entrate fiscali o un sistema sociale di contribuzione sanitaria;
- sistemi di approvvigionamento affidabili, che integrino servizi di fornitura pubblici e privati.⁵⁵

In alcuni paesi in via di sviluppo, i sistemi informativi di gestione stanno fornendo dati logistici attendibili per pianificare, acquistare e distribuire gli approvvigionamenti.

LA STRADA DA PERCORRERE. Tra il 2000 e il 2015 si prevede che gli utenti della contraccezione nei paesi in via di sviluppo aumenteranno del 40 per cento, dato che il numero delle coppie in età riproduttiva crescerà del 23 per cento e la domanda di pianificazione familiare diverrà più diffusa.⁵⁶ Una proiezione dell'UNFPA sul fabbisogno finanziario per prodotti anticoncezionali prevede per il 2015 circa 1,8 miliardi di dollari, 739 milioni dei quali (tenendo conto dei livelli di finanziamento del 1990) potrebbero arrivare dagli enti donatori. Queste cifre sono comprensive dei preservativi per la prevenzione dell'HIV/AIDS e delle infezioni a trasmissione sessuale.

Raggiungere questo necessario livello di finanziamento richiederà: una più forte direzione politica sia nei paesi donatori che in quelli riceventi; campagne di sostegno più efficaci per ottenere un sostegno finanziario a lungo termine; meccanismi di recupero dei costi, nei casi ove sia opportuno; un più efficace coordinamento tra i principali partner internazionali; nuovi sistemi nei paesi in via di sviluppo per programmare e controllare l'uso delle forniture; dati più attendibili, generati su base nazionale; una migliore responsabilizzazione di tutti i partner.

Gli uomini e la salute riproduttiva

Parte del lavoro più innovativo dopo la Conferenza del Cairo è quello che mira a coinvolgere gli uomini nella tutela della salute riproduttiva propria e della partner. Grazie al loro più ampio accesso alle risorse e al potere, gli uomini spesso determinano il quando e il come dei rapporti sessuali, le dimensioni della famiglia e l'accesso all'assistenza sanitaria. I programmi per la salute riproduttiva sono sempre più spesso progettati in modo da neutralizzare i modi in cui le disuguaglianze di genere limitano l'accesso delle donne – e a volte anche degli uomini – all'assistenza sanitaria.⁵⁷

Prima della Conferenza del Cairo gli esperti di popolazione, nello studiare le dimensioni e implicazioni su grande scala dell'aumento della popolazione e dei tassi di fecondità, tendevano a concentrarsi quasi esclusivamente sui comportamenti femminili in tema di fecondità, prestando poca attenzione al ruolo degli uomini.⁵⁸ Di conseguenza i programmi di pianificazione familiare di base erano mirati quasi esclusivamente alle donne.

Atteggiamenti verso l'informazione e i servizi

Già da parecchio tempo la ricerca ha dimostrato che gli uomini vogliono saperne di più in materia di salute

riproduttiva e vogliono sostenere la propria partner in maniera più attiva. Il desiderio degli uomini di limitare le dimensioni della famiglia rende spesso possibile alle donne che lo desiderano l'uso della contraccezione. La ricerca sugli atteggiamenti e i comportamenti maschili – fra cui un'analisi in 17 paesi dei dati DHS (*Demographic and Health Survey*) su salute e demografia, raccolti su un campione di mariti negli anni '90⁵⁹ – suggerisce che i punti di vista di uomini e donne sulla contraccezione e le dimensioni della famiglia sono assai più vicini di quanto molti studiosi del settore un tempo credessero.⁶⁰ Gli uomini vogliono in genere maggiori e migliori informazioni e accesso ai servizi.⁶¹ Quelli di età compresa fra i 15 e i 24 anni vogliono meno figli degli uomini di 25-34 anni, che a loro volta ne vogliono meno dei cinquantenni.⁶²

Quando i programmi escludono gli uomini, compromettono la propria efficacia. La salute riproduttiva degli uomini influenza direttamente quella delle loro partner: una realtà che la pandemia di AIDS ha messo drammaticamente a fuoco. Curare le infezioni a trasmissione sessuale nelle donne ha poco senso se gli uomini che le hanno infettate non sono anch'essi curati e coinvolti nell'educazione alla prevenzione.

COINVOLGERE GLI UOMINI NELLA SALUTE RIPRODUTTIVA. Praticamente in ogni paese e in migliaia di programmi governativi e non governativi si stanno trovando modi creativi per coinvolgere gli uomini nelle iniziative per la salute riproduttiva. Gli uomini hanno risposto positivamente a questi sforzi.

In risposta al *Global Survey 2003* dell'UNFPA, tutti i paesi hanno riferito di aver preso misure per promuovere i metodi anticoncezionali maschili. Campagne di formazione sul sostegno degli uomini alle donne sono state portate avanti in tutti i paesi dell'Asia centrale e in gran parte di quelli dell'Asia, del Pacifico, dell'Africa e dei Caraibi. Più di metà dei paesi caraibici ha riferito di aver sviluppato piani per incoraggiare un maggior coinvolgimento maschile nella salute riproduttiva.

I DIVERSI APPROCCI AL "COINVOLGIMENTO MASCHILE". I programmi condotti negli ultimi anni hanno seguito diversi approcci per coinvolgere gli uomini nella salute riproduttiva. Uno di questi approcci si concentra sugli uomini come ostacoli all'uso dei contraccettivi da parte delle donne e come gruppo ancora non raggiunto di potenziali utenti.⁶³ Un secondo gruppo di programmi enfatizza il bisogno di fornire agli uomini assistenza sanitaria in campo riproduttivo e sessuale, ponendo rimedio alla loro tradizionale esclusione da tali servizi.⁶⁴ I programmi possono migliorare l'accesso degli uomini ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva ren-

dendo i servizi esistenti più ricettivi: accogliendo positivamente gli uomini, sia come utenti che come partner o padri collaborativi, riaddestrando il personale, fornendo informazioni e servizi destinati agli uomini, assumendo e addestrando uomini per il lavoro di supporto psicologico, e persino modificando l'arredo degli ambulatori. Per accogliere positivamente gli uomini i servizi devono reclutare e formare operatori sanitari di sesso maschile, che possono essere importanti promotori di comportamenti sani e del sostegno alle partner, fungendo da modelli di riferimento

LAVORARE PER MODIFICARE LA DIVISIONE DEI RUOLI FRA UOMO E DONNA. Un terzo approccio è incentrato sugli uomini come partner collaborativi delle donne e cerca le occasioni per affrontare i modi in cui le posizioni sociali incidono negativamente sui ruoli sessuali e riproduttivi di uomini e donne. Alcuni programmi affrontano esplicitamente l'ingiustizia delle norme sociali sulla divisione dei ruoli, che danneggiano la salute sia degli uomini che delle donne. In queste iniziative si opera per educare gli uomini su come il controllo sulle risorse familiari, la violenza domestica o le idee sulla sessualità maschile e femminile, tanto per fare degli esempi, possano impedire una buona salute riproduttiva.

Programmi come il sudafricano "Mobilitare i giovani uomini contro l'indifferenza", l'indiano "Migliori opzioni di vita per i ragazzi", lo statunitense "Gli uomini possono fermare lo stupro", il nigeriano "Sensibilizzare gli adolescenti maschi" e il programma *Cantera* in America Centrale cercano di trasformare i valori sottostanti ai comportamenti dannosi.⁶⁵ Essi hanno mostrato che incoraggiare gli uomini a discutere dei loro convincimenti li porta a mettere in discussione gli elementi dannosi della mascolinità tradizionale e che gli uomini accolgono con favore l'opportunità di comportarsi diversamente.

Alcuni programmi promuovono la comunicazione e il rispetto fra uomini e donne sui temi della salute riproduttiva e si propongono di rafforzare le capacità di negoziazione di entrambi i sessi. Molti sforzi sono concentrati sugli uomini giovani e non sposati, le cui idee sulla divisione dei ruoli fra i sessi e sulla sessualità sono ancora in evoluzione.⁶⁶ Dal Costa Rica al Kenya, alle Filippine i programmi lavorano con i giovani maschi per affrontare le loro scelte di salute sessuale e per sviluppare le loro capacità. L'associazione sportiva giovanile Mathare del Kenya, ad esempio, ha organizzato un programma di educazione fra coetanei per la prevenzione dell'HIV.⁶⁷ L'ONG brasiliana ECOS sottolinea i legami fra mascolinità, paternità e salute.⁶⁸

Lavorare con gli uomini che occupano posizioni dirigenziali e possono influenzare altri uomini promuovendo la salute femminile è un'altra importante strategia.



Make things better

7 La salute materna

Le complicanze ostetriche sono oggi la causa principale di morte per le donne in età riproduttiva dei paesi in via di sviluppo e costituiscono uno dei problemi di salute più urgenti e difficili da risolvere a livello mondiale.¹ La riduzione della mortalità e morbidità materna costituisce un imperativo morale, una questione di diritti umani e una priorità fondamentale per lo sviluppo a livello internazionale riconosciuta anche dal Programma d'Azione del Cairo e dagli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo.

Purtroppo, nonostante i progressi compiuti in alcuni paesi, il numero complessivo di donne che perdono la vita ogni anno per cause legate alla gravidanza e al parto – stimato intorno alle 529.000, una ogni minuto – non è cambiato in maniera significativa dopo la Conferenza del Cairo, secondo stime recenti di OMS, UNICEF e UNFPA.² Il 99 per cento di questi decessi avviene nei paesi in via di sviluppo. Altri milioni di donne sopravvivono, ma soffrono di malattie e invalidità come conseguenza della gravidanza e del parto. Anche se i dati sono ancora difficili da raccogliere, “L’iniziativa per una maternità sicura” - una coalizione di agenzie ONU e ONG - stima che per ogni morte materna si verifichino dai 30 ai 50 casi di malattie o invalidità, temporanee o croniche.³

Nuovi approcci

La Conferenza del Cairo, riconosciuto che la maggior parte di queste morti e malattie può essere prevenuta grazie a un accesso più ampio a un'assistenza qualificata prima, durante e dopo la gravidanza, ha invitato i paesi a incrementare i servizi per la salute materna nel contesto dell'assistenza sanitaria di base e a sviluppare strategie per debellare le cause di morti e malattie materne.⁴

Nel corso degli ultimi 10 anni le priorità globali per ridurre morti e malattie materne hanno subito un cambiamento di paradigma. In passato ricercatori e operatori pensavano che le gravidanze ad alto rischio potessero essere diagnosticate e curate preventivamente e che le cure prenatali potessero prevenire molte

morti materne; proponevano inoltre la formazione delle levatrici tradizionali, per ridurre i rischi di morte o malattia durante la gravidanza. Questi due interventi, però, non hanno ridotto la mortalità materna.⁵ Operatori sanitari e autorità competenti concordano sul fatto che la mortalità materna deriva per la maggior parte da problemi difficili da diagnosticare o controllare – qualsiasi donna può andare incontro a complicanze durante la gravidanza, il parto e il periodo post-parto – ma che sono quasi sempre curabili, a patto che sia disponibile un'assistenza ostetrica qualificata nelle situazioni di emergenza.

A partire dalla metà degli anni '90 governi, agenzie internazionali (compresa l'UNFPA), ricercatori e organizzazioni della società civile si sono concentrati sugli interventi considerati più efficaci: ampliare l'accesso delle donne a un'assistenza al parto qualificata; migliorare le strutture per l'assistenza ostetrica d'emergenza e l'accesso delle donne a tali strutture nel caso di complicanze della gravidanza; garantire l'istituzione di sistemi di segnalazione e trasporto che consentano alle donne con complicanze di ricevere velocemente l'assistenza necessaria.

Altri punti in cima alla lista delle priorità globali per la maternità sicura sono: garantire l'accesso delle donne a servizi per la pianificazione familiare finalizzati a ridurre le gravidanze indesiderate; migliorare la qualità e la capacità complessiva dei sistemi sanitari nazionali, soprattutto a livello territoriale; rafforzare le risorse umane.

ATTENZIONE AI DIRITTI. Un'ulteriore caratteristica della fase successiva alla Conferenza del Cairo è il riconoscimento che morti e disabilità materne sono violazioni dei diritti umani delle donne e sono fortemente legate alla condizione delle donne nella società e alla loro indipendenza economica.⁶ Molte convenzioni per i diritti umani affermano che le donne hanno diritto a un'assistenza sanitaria che ne aumenti le probabilità di sopravvivere a gravidanza e parto.⁷ L'attenzione rivolta a questioni di

SERVIZI PER LA SALUTE MATERNA

I servizi [per la salute materna] basati sul concetto di scelta informata devono includere attività di formazione in materia di maternità senza rischi, assistenza prenatale specialistica ed efficace, programmi di nutrizione materna, un'assistenza adeguata al parto che eviti il ricorso eccessivo al parto cesareo e fornisca una risposta adeguata nel caso di emergenze ostetriche; una rete di servizi specialistici per le complicanze legate alla gravidanza, al parto e all'aborto; assistenza post-parto e pianificazione familiare...

—Programma d'Azione della Conferenza del Cairo, par. 8.22

diritti, al ruolo delle disuguaglianze di genere nella salute materna e all'impatto della violenza di genere sulle gravidanze sta aumentando a tutti i livelli.⁸

Eppure dieci anni dopo la Conferenza del Cairo i bisogni delle donne spesso non figurano tra le priorità più urgenti di governi e comunità. Alle donne viene ancora negato il pieno potere di scegliere l'assistenza ostetrica che vogliono. Povertà, conflitti e disastri naturali peggiorano la salute riproduttiva e pongono ulteriori ostacoli alla garanzia di una maternità sicura.⁹

La Conferenza del Cairo ha stabilito l'obiettivo di dimezzare i livelli di mortalità materna del 1990 entro il 2000 e di ridurli ulteriormente del 50 per cento entro il 2015. Ha inoltre invitato i governi a ridurre le differenze tra i paesi in via di sviluppo e i paesi sviluppati e quelle all'interno dei singoli paesi, abbassando notevolmente anche il numero di morti e malattie in seguito ad aborti a rischio.

Nel 1999 la Sessione speciale dell'Assemblea generale dell'Onu che ha verificato l'applicazione della Conferenza del Cairo, ha sottolineato la connessione tra alti livelli di mortalità materna e povertà, esortando gli stati a "promuovere la riduzione della mortalità e della morbilità materna in quanto priorità di sa-

lute pubblica e questione che riguarda i diritti riproduttivi" garantendo "il pronto accesso delle donne all'assistenza ostetrica di base, a servizi di assistenza alla salute materna ben attrezzati e dotati di personale sufficiente, a un'assistenza al parto qualificata, all'assistenza ostetrica d'emergenza e a sistemi di segnalazione e trasporto efficaci per accedere ai livelli più avanzati di assistenza qualora necessario".¹⁰

Anche il Vertice del Millennio del 2000 ha definito la salute materna una priorità urgente nella lotta alla povertà. L'Obiettivo del Millennio numero 5 impegna a ridurre entro il 2015 il tasso di mortalità materna (numero di morti materne per ogni 100.000 nascite) del 75 per cento rispetto ai livelli del 1990.

Tabella 1. Mortalità materna, stime regionali, anno 2000.

| Regioni | Indice di mortalità materna (morti materne per 100.000 nati vivi) | Numero di morti materne | Rischio di morire per cause legate alla gravidanza nel corso della vita: 1 su |
|----------------------------|---|-------------------------|---|
| TOTALE MONDO | 400 | 529,000 | 74 |
| REGIONI SVILUPPATE | 20 | 2,500 | 2,800 |
| Europa | 24 | 1,700 | 2,400 |
| REGIONI IN VIA DI SVILUPPO | 440 | 527,000 | 61 |
| Africa | 830 | 251,000 | 20 |
| Nord Africa | 130 | 4,600 | 210 |
| Africa Sub-Sahariana | 920 | 247,000 | 16 |
| Asia | 330 | 253,000 | 94 |
| Asia Orientale | 55 | 11,000 | 840 |
| Asia Centro-meridionale | 520 | 207,000 | 46 |
| Asia Centro-orientale | 210 | 25,000 | 140 |
| Asia Occidentale | 190 | 9,800 | 120 |
| America Latina & Caraibi | 190 | 22,000 | 160 |
| Oceania | 240 | 530 | 83 |

Fonte: OMS, UNICEF e UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, OMS, Ginevra, 2003.

Realizzare questi obiettivi sarà difficile. Complessivamente nei paesi in via di sviluppo circa il 65 per cento delle donne incinte riceve almeno una qualche forma di assistenza durante la gravidanza, il 40 per cento dei parti si svolge in strutture sanitarie e il personale qualificato assiste poco più della metà di tutti i parti. Ma nel 2000 solo il 35 per cento dei parti nell'Asia meridionale era assistito da personale qualificato, nell'Africa sub-sahariana la percentuale era del 41 per cento (aumentata rispetto al 1985, quando lo era solo un terzo dei parti), in Asia orientale e in America Latina e Caraibi, la percentuale era dell'80 per cento.¹¹

In molti contesti i servizi disponibili per una maternità sicura non sono in grado di rispondere alla domanda o non sono accessibili alle donne a causa della distanza, dei costi o di fattori socio-economici. L'assistenza alla gravidanza occupa spesso un posto molto basso nella lista di priorità familiari, dati i suoi costi in termini di denaro e di tempo. Troppe volte si pensa che le donne non valgano l'investimento, con conseguenze tragiche per loro, per i loro bambini - che hanno minori probabilità di sopravvivere o di crescere bene senza la madre - e per le loro comunità e paesi.

RISULTATI DEL GLOBAL SURVEY. Nelle risposte fornite al Global Survey 2003 dell'UNFPA 144 paesi hanno affermato di aver adottato misure specifiche per ridurre la mortalità e la morbilità materna; 113 hanno riferito di aver adottato misure multiple. Si tratta in genere di formazione degli operatori sanitari (76 paesi), elaborazione di piani, programmi o strategie (68), miglioramento dell'assistenza pre e post natale (66), aggiornamento della raccolta dati e della compilazione dei registri (45) e attività informative o di sensibilizzazione e mobilitazione (40).

Nonostante ciò, solo alcuni paesi sono riusciti a ridurre la mortalità materna (in maggioranza paesi a reddito medio, pochi i paesi poveri). Cina, Egitto, Honduras, Indonesia, Giamaica, Giordania, Messico, Mongolia, Sri Lanka e Tunisia hanno ridotto significativamente la mortalità materna nel corso degli ultimi dieci anni. I servizi per una maternità senza rischi in questi paesi hanno in comune la presenza di personale qualificato per l'assistenza al parto, un sistema efficiente di segnalazione delle richieste di intervento medico e servizi ostetrici di emergenza di base o avanzati.

I progressi nella maggior parte degli altri paesi sono stati lenti e la mortalità e morbilità materna restano tragicamente alte in molte regioni, compresa la maggior parte dell'Africa sub-sahariana e le parti più povere del-

l'Asia meridionale. Anche se si prevedono alcuni progressi nella lotta alla mortalità e alla morbilità materna nel corso dei prossimi dieci anni, gli interventi attuali dovranno essere estesi e ricevere maggiori risorse, se si vuole che producano trasformazioni degne di nota per proteggere la vita e la salute delle donne.

Cause e conseguenze

CAUSE COMUNI. L'OMS definisce mortalità materna "la morte di una donna mentre è incinta o entro 42 giorni dalla fine della gravidanza, a prescindere dalla durata o dal contesto della gravidanza, per qualsiasi causa legata alla gravidanza o aggravata da questa condizione o dal suo decorso, ma non per cause accidentali o per incidenti."¹² Le cause di morte materna sono sempre le stesse, ovunque nel mondo.¹³ Circa l'80 per cento sono dovute a complicanze ostetriche dirette: emorragia, sepsi, complicanze dell'aborto, pre-eclampsia ed eclampsia, durata eccessiva del travaglio e ostruzione del canale del parto. Circa il 20 per cento delle morti ha cause indirette, ossia condizioni mediche generali aggravate dalla gravidanza o dal parto. Tra queste troviamo l'anemia, la malaria, l'epatite e, in misura crescente, l'AIDS.

ENORMI DISPARITÀ. Esistono enormi differenze - fino a cento volte tanto - tra i rischi legati alla gravidanza per le donne dei paesi ricchi e per quelle dei paesi poveri: si tratta del differenziale più alto tra tutti gli indicatori di salute pubblica monitorati dall'OMS. I rischi per una donna dell'Africa occidentale di morire per gravidanza o parto nell'arco della propria vita sono 1 su 12. Nelle regioni sviluppate, il rischio corrispondente è 1 su 4.000.¹⁴

All'interno dei singoli paesi la povertà aumenta drammaticamente le possibilità di morire durante la gravidanza o subito dopo.¹⁵ In molti paesi c'è un divario assolutamente allarmante tra le donne più ricche e quelle più povere in termini di assistenza sanitaria per una maternità senza rischi. In Bangladesh, Ciad, Nepal e Niger l'élite della popolazione ha tassi di assistenza qualificata alti, mentre per quasi tutte le altre donne partorire con l'assistenza di personale qualificato è una rarità (i tassi nazionali di assistenza qualificata al parto in questi paesi sono tra i più bassi al mondo). In altri paesi dove i tassi di assistenza qualificata sono abbastanza alti, tra cui Brasile, Turchia e Vietnam, le donne più povere sono ancora quelle con minore probabilità di essere assistite da personale qualificato quando partoriscono.¹⁶ Cure pronte ed efficaci fanno sì che solo raramente una donna del mondo sviluppato muoia o subisca invalidità permanenti a causa di problemi legati alla gravidanza.

I "TRE RITARDI". Per quanto riguarda il parto in casa, gli esperti hanno classificato le cause della mortalità materna secondo il modello dei "tre ritardi": ritardo nel decidere di rivolgersi all'assistenza medica, ritardo nell'accesso a strutture adeguate e ritardo nel ricevere assistenza presso le strutture sanitarie. Il primo ritardo deriva dal mancato riconoscimento dei segnali di pericolo. Questa di solito è una conseguenza dell'assenza di personale qualificato per l'assistenza al parto, ma in larga parte deriva anche dalla riluttanza della famiglia o della comunità a ricoverare la donna presso una struttura sanitaria per partorire, a causa di limitazioni finanziarie o culturali. Il secondo ritardo è causato dal mancato accesso a strutture sanitarie di riferimento, dalla mancanza di mezzi di trasporto adeguati o dalla mancata conoscenza dei servizi esistenti. Il terzo ritardo è legato ai problemi della struttura sanitaria cui ci si rivolge, comprese le carenze di attrezzature adeguate o di personale qualificato, di farmaci di emergenza o di sangue per le trasfusioni.

È per questo che i programmi di riduzione della mortalità materna devono dare priorità alla disponibilità, all'accessibilità e alla qualità delle strutture ostetriche. Tutti i paesi che hanno ridotto la mortalità materna lo hanno fatto attraverso un drastico aumento dei parti in ospedale.

Morbilità materna

Gli stessi fattori che determinano la mortalità materna rendono le malattie e le lesioni legate alla gravidanza e al parto la seconda causa (dopo l'HIV/AIDS) della perdita di anni di vita sana tra le donne in età riproduttiva dei paesi in via di sviluppo: circa 31 milioni di "anni di vita senza invalidità" vanno perduti ogni anno per questo motivo.¹⁷ Anche se le conoscenze sull'incidenza e la diffusione della morbilità materna sono ancora carenti, una stima usata spesso calcola che il 15 per cento delle donne incinte subisce complicanze della gravidanza e del parto sufficientemente gravi da richiedere un'assistenza ostetrica di emergenza all'interno di una struttura sanitaria.¹⁸

Le cause dirette della morbilità materna sono le complicanze ostetriche durante la gravidanza, il parto o il periodo post-parto a causa di interventi, omissioni o terapie sbagliate. La morbilità materna indiretta deriva da condizioni o malattie pre-esistenti, aggravate dalla gravidanza: questo tipo di invalidità può verificarsi in qualsiasi momento e proseguire nell'intero arco di vita di una donna. La morbilità materna può anche essere psicologica, manifestandosi in depressione che può deri-

vare da complicanze ostetriche, interventi, pratiche tradizionali o coercizione.¹⁹

Fistola ostetrica

La fistola ostetrica, una malattia materna devastante, è una delle questioni maggiormente trascurate a livello internazionale in materia di salute riproduttiva. La fistola è causata da un travaglio troppo prolungato e dall'ostruzione del canale del parto. Si tratta di una lesione tra la vagina e la vescica o il retto che provoca un'incontinenza cronica. L'odore di urina e feci è costante e umiliante. Nella maggior parte dei casi il bambino muore. Le conseguenze sociali sono altrettanto tragiche: molte ragazze e donne vengono respinte dalla società, abbandonate dai mariti e condannate per la loro condizione.

La fistola è qualcosa di più di un problema sanitario femminile. Colpisce di norma i soggetti più emarginati della società – ragazze e giovani donne povere, analfabete, che vivono in zone sperdute. Tra le cause alla radice del problema troviamo le gravidanze precoci, la malnutrizione e la mancanza di assistenza ostetrica di emergenza. Ampiamente diffusa nell'Africa sub-sahariana, in Asia orientale e in alcuni stati arabi, la

18

LA CAMPAGNA CONTRO LA FISTOLA

Nel 2003 l'UNFPA ha lanciato una campagna mondiale contro la fistola allo scopo di renderla altrettanto rara nei paesi in via di sviluppo quanto lo è nel mondo sviluppato. La campagna vuole aumentare la consapevolezza del problema, valutare i bisogni esistenti ed espandere i servizi per la prevenzione e la cura.

Obiettivo fondamentale è sottolineare l'importanza dell'assistenza ostetrica di emergenza per tutte le donne incinte. Realizzata in partenariato con istituzioni governative, ONG e con la comunità internazionale, la campagna è attualmente in corso in più di 25 paesi.

In Bangladesh, dove circa 70.000 donne sono affette da fistola, è stato aperto un Centro di terapia della fistola presso la Facoltà di medicina di Dhaka. Il centro servirà a curare pazienti e a formare operatori sanitari provenienti da tutta l'Asia meridionale.

In Zambia la campagna sta sostenendo l'Unità di terapia della fistola presso l'Ospedale della Missione di Monze. Gli sforzi iniziali hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza del problema e migliorare la qualità dell'assistenza.

In Sudan è stata lanciata una campagna nazionale con lo slogan "Fistula: We MUST Care" (che si traduce: "Fistola: DOBBIAMO curarla" - ma anche: "DOBBIAMO occuparcene"). L'UNFPA ha acquistato le apparecchiature e le forniture mediche necessarie al Centro per la Fistola di Khartoum, l'unica struttura del paese.

fistola colpisce più di 2 milioni di ragazze e donne in tutto il mondo, con 50.000-100.000 nuovi casi stimati ogni anno.²⁰

La fistola si può prevenire posticipando i matrimoni e le gravidanze precoci, assicurando un maggiore accesso ai servizi di pianificazione familiare e un accesso tempestivo all'assistenza ostetrica di emergenza – in particolar modo al taglio cesareo per risolvere il problema dell'ostruzione del canale del parto. La fistola si può inoltre curare con un intervento chirurgico, con un tasso di successo che arriva fino al 90 per cento per i casi privi di complicanze. La maggior parte delle donne torna così a una vita piena e normale, dopo un percorso di sostegno psicologico, riabilitazione sociale e reintegrazione all'interno della propria comunità. Tuttavia i costi del trasporto per ricevere assistenza e degli interventi chirurgici correttivi e riparatori (circa 300 dollari) sono spesso proibitivi. Le strutture terapeutiche sono poche e molto distanti tra loro e non c'è sufficiente personale medico e infermieristico specializzato.

MORTALITÀ INFANTILE. Se le madri sono ad alto rischio di morte o malattia, anche i loro figli sono a rischio. Le morti neonatali o infantili possono derivare dalla scarsa salute materna e dai livelli inadeguati di assistenza durante la gravidanza, il parto e il periodo critico immediatamente dopo il parto.²¹ Infezioni, asfissia e lesioni durante il parto sono la causa della maggior parte delle morti neonatali, alle quali contribuiscono anche lo scarso peso alla nascita, complicanze derivanti dal parto e malformazioni congenite.

Ridurre la mortalità e la morbidità materna

Tutti i paesi che hanno raggiunto un basso tasso di mortalità materna hanno ottenuto questo risultato attraverso un approccio sistematico che comprende assistenza di operatori qualificati per i parti senza complicanze, assistenza ostetrica di emergenza per curare le complicanze e sistemi di segnalazione e trasporto a strutture sanitarie di riferimento che garantiscano gli interventi "salva-vita".

Tra i primi passi per prevenire la mortalità e invalidità materna ci sono il miglioramento delle strutture sanitarie per spingere le donne a rivolgersi ad esse e l'ampliamento di quei servizi che sono sovraccarichi di lavoro. È necessario dedicare un'attenzione particolare alle iniziative per raggiungere le popolazioni povere e lontane dai centri sanitari e quelle colpite da guerre e disastri naturali. Un altro elemento cruciale è il coin-

volgimento di famiglie, comunità locali e nazionali per sostenere le donne durante la gravidanza e il parto, tramite un rafforzamento delle politiche e del quadro legislativo e normativo per la salute materna.²²

Anche la pianificazione familiare è fondamentale per ridurre la mortalità e la morbidità materna. Rispondere all'attuale bisogno insoddisfatto di contraccezione ridurrebbe le gravidanze a livello mondiale, causando un calo della mortalità materna del 25-35 per cento.²³ Anche la riduzione delle gravidanze adolescenziali avrebbe un impatto importante.

Le strategie per ridurre la mortalità materna hanno anche bisogno di essere sostenute da un impegno più complessivo per la salute delle donne migliorando, ad esempio, l'alimentazione di donne e bambine per aumentare la resistenza fisica ed evitare l'anemia e incrementando la prevenzione di malattie infettive come la malaria e la lotta contro la violenza. Gli interventi per la salute riproduttiva contribuiscono a migliorare la salute e la sopravvivenza di neonati e lattanti e forniscono un legame importante tra gli obiettivi di salute infantile e materna.

Difficoltà di misurazione

La mortalità materna è difficile da misurare per ragioni sia concettuali che pratiche, per cui tutte le stime sono soggette a un certo grado di incertezza: in molti contesti i casi non vengono registrati adeguatamente, oppure la morte di una donna e le cause che l'hanno provocata non vengono denunciate dalla famiglia e dalla comunità locale.²⁴

In generale le fonti utilizzate per stimare la mortalità materna (anagrafe, ricerche sui nuclei familiari, dati dei censimenti e ricerche sulla mortalità in età riproduttiva)²⁵ non forniscono né i contributi necessari per progettare e monitorare i programmi di prevenzione, né le informazioni necessarie per valutare la disponibilità, quantità e qualità dei servizi sanitari "salva-vita".

Anche misurare la morbidità materna è difficile, per molte ragioni: i dati delle diverse strutture (ad esempio le indagini sulle cartelle cliniche degli ospedali o sulle dimissioni delle pazienti)²⁶ presentano distorsioni intrinseche; il monitoraggio clinico di un numero rilevante di donne incinte e nella fase post-parto è poco pratico; le auto-certificazioni non forniscono informazioni affidabili; spesso la stigmatizzazione e la paura rendono le donne riluttanti a parlare della salute materna e delle sue complicazioni.

Nonostante queste difficoltà, dopo la Conferenza del Cairo alcuni paesi hanno adottato misure per

L'Obiettivo del Millennio n. 5, migliorare la salute materna, stabilisce di ridurre il tasso di mortalità materna di tre quarti tra il 1990 e il 2015. Oltre al tasso di mortalità materna – che non si occupa della morbidità materna – l'indicatore scelto per misurare i progressi è la percentuale di nascite assistite da personale sanitario qualificato; questo indicatore non individua i casi in cui una donna subisce complicanze pericolose per la sopravvivenza che richiedono un'assistenza d'emergenza.

Per misurare questi aspetti, il progetto "Task force del Millennio per la salute materna e infantile" ha raccomandato come ulteriore obiettivo quello stabilito della Conferenza del Cairo: garantire l'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva entro il 2015, tramite i sistemi sanitari di base. La Task force raccomanda inoltre che i paesi usino anche altri indicatori elaborati dalle Nazioni Unite, quali ad esempio il numero di strutture funzionanti (sia primarie che avanzate) per l'assistenza ostetrica di emergenza, su ogni 500.000 abitanti, e il numero delle nascite che avviene nelle strutture di emergenza. Va inoltre garantito un accesso equo a queste strutture.

migliorare la raccolta dati e la documentazione per il monitoraggio di mortalità e morbidità materna. Tra questi troviamo: Angola, Argentina, Bolivia, Cambogia, Cuba, Marocco, Mozambico, Namibia, Nicaragua, Filippine, Senegal, Sri Lanka e Zimbabwe. Saint Vincent e le Granadine organizzano una conferenza annuale sulla morbidità e la mortalità perinatale per analizzare i dati nazionali.²⁷

Risposte olistiche

La fortissima riduzione della mortalità materna nello Sri Lanka (dimezzata in tre anni) e in Malesia (tre quarti in 20 anni) è dipesa dallo sviluppo graduale di una rete di strutture diffuse e accessibili, in grado di curare le emergenze ostetriche, integrato dalla formazione di ostetriche professioniste e da una loro adeguata dislocazione sul territorio, in stretto raccordo con i servizi ostetrici di emergenza.²⁸ Le spese non sono state alte, e si è puntato allo sviluppo di un sistema di assistenza sanitaria di base che raggiungesse tutti i segmenti della popolazione, a prescindere dall'appartenenza etnica, dalla classe sociale, o dalle differenze tra aree urbane e rurali, in linea con le raccomandazioni della Conferenza del Cairo.²⁹ In questo impegno, entrambi i paesi hanno tentato di trovare il giusto equilibrio tra intervento pubblico e privato.³⁰

Il ministero della Sanità di Haiti ha istituito una "Commissione per la riduzione della mortalità materna" che ha elaborato un piano nazionale: un modello integrato di assistenza ostetrica di emergenza, costituito da otto ospedali, che comprende la prevenzione delle infezioni, l'assistenza post aborto e l'integrazione dei servizi per la maternità con la pianificazione familiare e il counselling.³¹

Assistenza prenatale

Anche se un'attenzione rivolta esclusivamente all'assistenza durante la gravidanza non ha dimostrato di avere un impatto diretto sulla mortalità materna, l'assistenza prenatale fornisce un importante punto di ingresso per le donne nel sistema sanitario. Essa offre infatti l'opportunità di valutare la condizione generale della futura madre, diagnosticare e curare eventuali infezioni, verificare la presenza di anemia o HIV/AIDS, coinvolgere le donne nei programmi per prevenire la trasmissione dell'HIV ai neonati e prevenire la nascita di bambini sottopeso. Inoltre le donne che ricevono un'assistenza prenatale hanno maggiori probabilità di essere assistite da personale qualificato durante il parto.

PROGRESSI E LEGAMI NECESSARI TRA I SERVIZI. In seguito alla Conferenza del Cairo sono stati compiuti alcuni progressi per incrementare la copertura dell'assistenza prenatale. Secondo un recente rapporto congiunto di OMS e UNICEF, il numero di donne incinte che ricevono assistenza prenatale da personale sanitario qualificato è cresciuto del 20 per cento dopo il 1990. L'aumento più significativo, il 31 per cento, si è verificato in Asia, mentre nell'Africa sub-sahariana il numero di donne che ricevono assistenza prenatale è cresciuto solamente del 4 per cento.

Nei paesi in via di sviluppo più della metà delle donne attualmente riceve almeno quattro visite prenatali durante la gravidanza (la cifra raccomandata dall'OMS), anche se le percentuali sono molto più basse fra le donne meno istruite. Le donne con un'istruzione secondaria hanno dalle due alle tre probabilità in più di ricevere assistenza prenatale rispetto alle donne prive di istruzione. Anche le donne povere hanno molte meno probabilità di ricevere assistenza prenatale, come avviene per tutti gli altri servizi sanitari.³²

Anche se un'assistenza prenatale di buona qualità può migliorare la salute di una donna nel periodo immediatamente precedente e seguente al parto, essa non ha un impatto significativo sui rischi di mortalità materna, a meno che non sia connessa all'assistenza al parto.³³

Molti paesi stanno tentando di integrare l'assistenza prenatale con altri servizi per la maternità: la Mongolia, ad esempio, con le sue grandi distanze e asprezze climatiche, ha creato 316 case di accoglienza per la maternità, dove le gestanti possono risiedere e ricevere assistenza di base nelle settimane precedenti al parto.³⁴

Assistenza qualificata al parto

La maggior parte delle morti materne è dovuta a complicazioni imprevedute, eppure a livello mondiale solo la metà circa dei parti avviene con l'assistenza di personale che abbia le competenze necessarie per farvi fronte. Garantire un'assistenza qualificata per tutti i parti è il solo modo di garantire gli interventi ostetrici di emergenza per tutti i casi di complicazioni. Si stima che un'assistenza qualificata durante il travaglio, il parto e il primo periodo post-parto può ridurre del 16-33 per cento le morti dovute a ostruzione del canale del parto, emorragie, sepsi ed eclampsia.³⁵

Per personale qualificato si intende un operatore sanitario – solitamente medico, ostetrica³⁶ o infermiera/e – che abbia ricevuto una formazione professionale e abbia le competenze per gestire un travaglio e un parto

20

MIGLIORARE LA SALUTE MATERNA NEL SENEGAL RURALE

Per arrivare dal villaggio di Goudiry all'ospedale regionale di Tambacounda, in Senegal, le partorienti dovevano viaggiare per 70 km lungo una strada non asfaltata, spesso in carrette trainate dagli asini. Otto donne su 10 con gravidanze che presentavano complicanze non ottenevano aiuto in tempo e molte morivano. Questo avveniva prima del 2001: l'anno in cui, con il sostegno dell'UNFPA, il minuscolo ambulatorio di Goudiry è stato allargato per diventare un centro di assistenza ostetrica dotato di apparecchiature e personale per eseguire trasfusioni di sangue e parti cesarei. Questo ambulatorio modello ha già salvato più di 100 donne.

Un anestesista, 17 infermiere/i e molti operatori di base qualificati conducono campagne di sensibilizzazione e assistenza sul territorio, forniscono informazioni sulla salute riproduttiva e distribuiscono contraccettivi nelle zone circostanti. Il tasso di mortalità materna del Senegal è di quasi 700 morti per ogni 100.000 nascite. La media è di un solo ginecologo su 30.000 donne in età riproduttiva e la maggior parte dei ginecologi lavora nella capitale. Le donne delle zone rurali fanno in media dai cinque ai sei figli. Le emorragie gravi e l'eclampsia sono tra le cause principali della mortalità materna. I matrimoni precoci, le mutilazioni dei genitali femminili e le infezioni a trasmissione sessuale sono ulteriori fattori che complicano il parto per molte donne.

normali, riconoscere le complicanze in tempo ed eseguire eventuali interventi immediati, iniziare la terapia e supervisionare il trasferimento di madre e bambino a un livello ulteriore di assistenza laddove necessario. Le levatrici tradizionali, dotate o meno di una formazione professionale, non sono considerate personale qualificato.³⁷

La presenza di personale qualificato può incidere sulla mortalità materna grazie all'adozione di tecniche sicure e igieniche durante il parto. Tuttavia queste misure non servono a prevenire la maggior parte delle infezioni letali, che sono dovute a ritardi nella cura di complicanze come il travaglio prolungato, la lacerazione dell'utero o la mancata espulsione di tessuti residui.³⁸

SISTEMI DI SUPPORTO E FORMAZIONE. Se il parto avviene in casa, il personale qualificato può eseguire solo una gamma ristretta di interventi. Per essere efficace, un'assistenza qualificata richiede una dotazione adeguata di materiali, apparecchiature e infrastrutture. Occorre inoltre un sistema efficiente di comunicazione e trasferimento alle strutture ostetriche di emergenza. È fondamentale anche il sostegno istituzionale e l'adozione di politiche adeguate, quali ad esempio la formazione del personale prima e durante il servizio, la supervisione e il finanziamento del sistema sanitario.³⁹ Il livello di sostegno e supervisione che i sistemi sanitari forniscono al personale qualificato varia notevolmente.

Dopo la Conferenza del Cairo, alcuni paesi hanno intrapreso misure per migliorare la formazione delle ostetriche e per aumentarne il numero (e la capacità di intervento) nelle aree rurali e nelle altre aree sotto-assistite. In Iran, ad esempio, le ostetriche delle zone rurali ricevono una formazione teorica e pratica per sei mesi e devono aver assistito almeno 20 parti prima di ottenere la qualifica. A Panama la formazione delle ostetriche che lavorano nelle zone rurali e con le popolazioni indigene viene considerata una priorità.⁴⁰

Assistenza ostetrica di emergenza

Ogni donna può presentare complicanze durante la gravidanza. Tuttavia, quasi tutte le complicanze ostetriche possono essere curate. I bassi tassi di mortalità materna sono dovuti, in gran parte, al fatto che le complicanze vengono diagnosticate per tempo e curate.

COMBATTERE I "TRE RITARDI". Il modello dei "tre ritardi" si è dimostrato utile per elaborare i programmi per gestire le complicanze ostetriche. Superare il ritardo nel decidere di cercare assistenza, nel raggiungere le strut-

ture sanitarie adeguate e nel ricevere assistenza presso tali strutture richiede procedure in sequenza: cure prenatali e preparazione al parto, quindi assistenza durante il parto in grado di riconoscere le complicanze e organizzare il trasferimento ad altri servizi.

I servizi sanitari legati all'assistenza ostetrica di emergenza vengono classificati come di base e avanzati.⁴¹ Le funzioni essenziali di emergenza, portate avanti in un centro sanitario privo di sala operatoria, comprendono: parto vaginale assistito, rimozione manuale della placenta e dei tessuti residui per prevenire le infezioni, somministrazione di antibiotici per curare le infezioni e di farmaci per prevenire o curare emorragie, convulsioni e l'innalzamento della pressione sanguigna.

I servizi avanzati richiedono la presenza di una sala operatoria e solitamente sono forniti in un ospedale del territorio. Essi comprendono tutte le funzioni delle strutture di emergenza di base, più la possibilità di effettuare interventi chirurgici (taglio cesareo) per far fronte all'ostruzione del canale del parto, di effettuare trasfusioni con sangue sicuro e bloccare le emorragie.

Alcuni paesi stanno tentando di aumentare il numero di strutture ostetriche di base e di emergenza, migliorando anche le capacità del personale e la qualità dell'assistenza fornita. Ad esempio, con il sostegno dell'UNFPA la Guinea-Bissau ha valutato il fabbisogno di assistenza ostetrica di emergenza e ha sviluppato un piano per incrementare il numero di strutture che offrono tale servizio sia a livello base che avanzato.⁴²

SERVIZI DI QUALITÀ. La qualità dell'assistenza ostetrica di emergenza è fondamentale per la sua efficacia. I servizi devono essere aperti 24 ore su 24, sette giorni a settimana, essere dotati di personale ben formato e motivato, di materiali e attrezzature fondamentali, sistemi di trasporto e comunicazione funzionanti e devono effettuare un monitoraggio continuo. Alcuni paesi hanno attribuito una priorità all'incremento dell'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza e all'innalzamento dei livelli qualitativi. Libano e Oman hanno migliorato i servizi di segnalazione e trasferimento ad altre strutture sanitarie. Il Salvador ha sviluppato servizi modello per l'assistenza ostetrica negli ospedali e nelle unità sanitarie. In Giamaica l'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza, comprese le strutture speciali di segnalazione e trasferimento a livelli di assistenza più avanzata, è garantito in ogni distretto.⁴³

Dopo la Conferenza del Cairo, molti paesi dell'Africa sub-sahariana hanno introdotto attività di formazione per il personale sanitario delle strutture ostetriche più

importanti. Tra questi troviamo Angola, Benin, Burundi, Camerun, Ciad, Costa d'Avorio, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Mozambico, Namibia, Niger, Senegal, Swaziland e Zambia. In Marocco, gli operatori hanno ricevuto una formazione su come usare i nuovi protocolli di cura per le emergenze ostetriche. Sono stati istituiti servizi avanzati in cinque ospedali delle zone rurali e dieci ospedali provinciali hanno migliorato la qualità dell'assistenza ostetrica di emergenza, determinando un aumento significativo del numero di donne che ricevono cure adeguate.⁴⁴

MIGLIORARE I TRASPORTI E RIDURRE GLI ALTRI OSTACOLI.

Pagare il trasferimento per raggiungere una struttura sanitaria quando una donna entra in travaglio è spesso impossibile per le famiglie povere, che quindi sono riluttanti a cercare un mezzo di trasporto. Il *Mother Friendly Movement* (Movimento amici delle madri) in Indonesia ha aiutato le comunità locali a riconoscere la necessità di istituire sistemi di trasporto di emergenza per le donne in travaglio.⁴⁵

I nuovi approcci tentano di comprendere quali siano gli ostacoli e di promuovere l'uso dei mezzi disponibili. Una partnership tra le associazioni mediche canadesi e ugandesi, che fa parte dell'iniziativa "Salvare le madri" della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), ha lavorato nel distretto rurale di Kiboga in Uganda, per migliorare i servizi ostetrici di emergenza e il loro utilizzo. Il numero degli addetti e le capacità del personale qualificato dell'ospedale locale sono aumentati e gli ambulatori sono diventati disponibili 24 ore al giorno, le strutture sanitarie sono state aggiornate e rifornite e si sono svolti laboratori per migliorare l'atteggiamento degli operatori sanitari nei confronti della comunità. L'UNFPA ha fornito due ambulanze. In seguito a questi interventi, il bisogno di cura soddisfatto per le donne con complicanze ostetriche è salito dal 4 per cento nel 1998, quando il progetto è iniziato, al 47 per cento nel 2000. La mortalità materna delle utenti dei servizi ostetrici di emergenza è crollata dal 9,4 per cento nel 1998 a circa il 2 per cento nel 1999 e nel 2000.⁴⁶

Assistenza post-aborto

Circa 19 milioni dei 45 milioni di aborti procurati stimati annualmente sono a rischio (cioè effettuati da persone non qualificate in circostanze non igieniche). A causa di questi interventi muoiono circa 70.000 donne, pari al 13 per cento delle morti per cause legate alla gravidanza.⁴⁷ Molti servizi sanitari nazionali sono costretti a destinare una larga percentuale di letti nelle

strutture di secondo e terzo livello al gran numero di donne che necessitano di un intervento di emergenza post-aborto. Nell'Africa sub-sahariana fino al 50 per cento dei letti in ginecologia è occupato da pazienti con complicanze dovute a un aborto.⁴⁸

Con un accordo profondamente innovativo, la Conferenza del Cairo ha stabilito che la cura delle complicanze derivanti da un aborto, i servizi di consulenza post-aborto, la formazione e i servizi in materia di pianificazione familiare devono essere accessibili a tutte le donne, a prescindere dallo status giuridico dell'aborto.⁴⁹

L'assistenza post-aborto è economicamente conveniente, riduce gli aborti ripetuti e aiuta le donne a realizzare le proprie scelte in materia di riproduzione.⁵⁰ Molti paesi attualmente riconoscono che tale assistenza può dare un contributo essenziale per salvare la vita delle donne. Ad esempio in Kenya le linee guida per i servizi per la salute riproduttiva del 1997 affermano che "curare tempestivamente le complicanze post-aborto è parte importante dell'assistenza sanitaria e deve avvenire in ogni ospedale del territorio."⁵¹



Un consorzio internazionale ha adottato un modello di assistenza post-aborto che aiuta le donne a evitare ulteriori gravidanze non desiderate e altri problemi di salute riproduttiva, oltre a occuparsi dei loro bisogni di emergenza. Sviluppato per prima dalla ONG Ipas, il modello comprende interventi di emergenza per le complicanze degli aborti spontanei o procurati, consulenza e servizi per la pianificazione familiare, trattamento delle infezioni a trasmissione sessuale, supporto psicologico specificamente adattato ai bisogni emotivi e fisici di ogni singola donna, partnership tra comunità locali e operatori dei servizi.⁵²

Dopo la Conferenza del Cairo almeno 40 paesi hanno avviato programmi di assistenza post-aborto, tra questi Honduras, Malawi, Messico e Zimbabwe.⁵³ Le strutture che offrono assistenza post-aborto in Egitto sono aumentate significativamente tra il 1999 e il 2001⁵⁴ e la cura delle complicanze di aborti incompleti è ora parte integrante dei protocolli ostetrici di base.⁵⁵ Il Dipartimento della Sanità del Myanmar ha integrato l'assistenza post-aborto e i servizi contraccettivi all'interno delle strutture sanitarie esistenti nelle periferie urbane. Le ostetriche adesso fanno visite di controllo a domicilio alle donne che hanno avuto complicanze dovute a un aborto e forniscono metodi di pianificazione familiare se richiesti.⁵⁶

I SERVIZI NON SONO SUFFICIENTI. Ciononostante, il mancato accesso agli interventi terapeutici per gli aborti incompleti resta un problema. Una ricerca in Etiopia ha evidenziato che solo 16 centri sanitari su 120 erano in grado di fornire un'ambulanza alle donne che necessitavano di interventi post-aborto.⁵⁷ Documentare il bisogno di assistenza post-aborto è difficile. Una ricerca ospedaliera in Kenya ha messo in luce che l'aborto era una delle cause principali di ricovero, ma veniva raramente registrata come causa di morte nel registro dei decessi, "un elemento legato probabilmente alla stigmatizzazione della morte per aborto procurato".⁵⁸

I tabù sociali che circondano l'aborto⁵⁹ e le pene previste per le donne che si sottopongono ad aborto e per quelle che lo praticano rappresentano ulteriori difficoltà in molti paesi, anche quando l'assistenza post-aborto è legale. Da una ricerca in Zimbabwe, è emerso che la motivazione più comune che spinge a non rivolgersi tempestivamente ai medici per le complicanze post-aborto è la paura di essere denunciate alla polizia.⁶⁰

Le adolescenti rappresentano una percentuale enorme degli aborti illegali. Per queste giovani la stigmatizzazione, la vergogna e la disapprovazione de-

gli operatori può essere intensa e può scoraggiarle dal rivolgersi alle strutture sanitarie.

Qualità dell'assistenza sanitaria alla maternità

Come per la pianificazione familiare, anche nei programmi per la salute materna la qualità è un fattore importante⁶¹ e può aumentare la probabilità che le donne con complicità ostetriche si rivolgano alle strutture sanitarie per interventi d'emergenza. Una ricerca su 164 nuclei familiari messicani in cui si era verificata una morte materna ha evidenziato che la percezione della qualità dell'assistenza sanitaria era un fattore significativo nel determinare il ritardo nella richiesta di assistenza alle strutture sanitarie da parte di una donna in travaglio.⁶² Altre ricerche si sono imbatute in preoccupazioni analoghe da parte delle potenziali utenti. In Bolivia, le donne affermano di ritenere che un trattamento rispettoso sia fondamentale e che gli atteggiamenti di sufficienza degli operatori sanitari sono il più grande deterrente all'utilizzo dei servizi per la salute materna.⁶³ Una ricerca in Yemen su nuclei familiari selezionati casualmente ha scoperto che le donne delle zone sia rurali che urbane preferivano partorire in casa, pur riconoscendo l'importanza e la necessità dell'assistenza medica, perché temevano esperienze negative o avevano avuto in passato esperienze negative nel partorire all'interno delle strutture sanitarie.⁶⁴

Dopo la Conferenza del Cairo l'attenzione alla qualità dei servizi è aumentata significativamente e molti paesi hanno lanciato iniziative per migliorare l'assistenza sanitaria materna. Ad esempio, con il sostegno di alcuni finanziatori l'Azerbaijan ha avviato il pro-

getto "Per la maternità sicura e l'assistenza neonatale" che prevede il potenziamento delle capacità del personale sanitario, la sensibilizzazione di donne e adolescenti su stili di vita più sani, la promozione di un ambiente a misura di madri e neonati presso i reparti maternità. Un'attenzione speciale è riservata inoltre alle popolazioni più vulnerabili. Molti governi dei Caraibi hanno istituito commissioni per la salute materna e infantile o gruppi di consulenza tecnica, composti da personale medico e infermieristico e da operatori sociali.⁶⁵

La formazione degli operatori è un elemento importante per migliorare i livelli di assistenza fornita e superare le riserve delle utenti a rivolgersi ai servizi esistenti. Inoltre può avere un impatto positivo sui risultati ottenuti nel campo della salute materna.⁶⁶ Grazie a un programma di formazione in Moldavia, ad esempio, le strutture hanno cominciato ad accogliere positivamente i padri o gli altri familiari come figure di sostegno alle donne in travaglio, nei reparti maternità degli ospedali sono state permesse le visite post-parto dei familiari, è stata registrata una diminuzione delle pratiche invasive sulle gestanti e c'è stato un aumento dei genitori che partecipavano ai nuovi corsi di preparazione al parto.⁶⁷ In Ucraina, dopo la formazione di 24 formatori, il parto indotto e il parto cesareo sono diventati meno frequenti e gli operatori hanno riferito di avere l'impressione che le partorienti fossero più contente.⁶⁸ La formazione degli operatori sanitari in Russia ha prodotto un notevole aumento delle utenti che restavano a dormire in ospedale la notte dopo il parto: dallo 0,5 all'86 per cento nel corso di un anno.⁶⁹

Uomini e salute materna

Il sostegno che gli uomini offrono alle donne durante gravidanza, travaglio e parto determina risultati positivi in termini di salute materna.⁷⁰ In Guatemala i mariti spesso forniscono assistenza e sostegno durante la gravidanza, accompagnando le mogli alle visite prenatali, e sono generalmente presenti o nelle vicinanze durante i parti in casa; anche se non possono stare accanto alle mogli che partoriscono in ospedale, si prendono cura dei preparativi legati alla nuova nascita.⁷¹ Una ricerca in Egitto dimostra che coinvolgere i mariti nell'assistenza post-aborto accelera la guarigione delle mogli e porta a un maggiore utilizzo dei contraccettivi in seguito.⁷²

Tuttavia regolamenti ospedalieri, orari di lavoro o scarsi livelli di comunicazione con la partner finiscono

21

RISPONDERE AI BISOGNI DELLE UTENTI IN PERÙ

Nel 2000 i responsabili sanitari di un ambulatorio di base MaxSalud situato in una comunità peri-urbana del Perù erano preoccupati delle basse percentuali di utilizzo dei servizi da parte della loro utenza prevalentemente femminile. Da una valutazione è emerso che le donne erano riluttanti a usufruire dei servizi per la salute riproduttiva offerti da ginecologi maschi dopo che l'ostetrica si era trasferita a un altro ambulatorio. È stato perciò avviato un intervento di riqualificazione dei servizi: i prezzi sono stati ridotti, è stata lanciata una martellante campagna informativa per pubblicizzare le nuove tariffe ed è stata riassunta un'ostetrica qualificata. Le percentuali di utilizzo dei servizi sono aumentate drasticamente. Le utenti hanno riferito di gradire molto i servizi per la salute delle donne e di preferire le operatrici donne.

In seguito alla guerra civile e ai disastri naturali il sistema sanitario della provincia di Sofala in Mozambico era a pezzi, con scarsa capacità di fornire assistenza di emergenza alle donne incinte. L'iniziativa dell'UNFPA/AMDD ha sostenuto la formazione del personale medico e ha fornito farmaci, materiali e apparecchiature all'ospedale provinciale e alle strutture sanitarie periferiche. Così il numero di donne con complicanze che ha ricevuto cure adeguate è quasi raddoppiato. Grazie alla collaborazione finanziaria di altri donatori il progetto sarà esteso ad altre nove province e presto coprirà tutto il paese.

per impedire a molti uomini di contribuire attivamente alla salute delle donne che sono al loro fianco.

Fare in modo che i partner, la famiglia allargata e la comunità diano priorità alla salute delle donne durante la gravidanza e il periodo post parto si è dimostrata una tattica efficace in molti programmi. Ad esempio il progetto Pati Sampark in India fornisce ai mariti informazioni sulla gravidanza e il parto e sottolinea i compiti specifici che possono svolgere, compreso l'aiuto domestico durante la gravidanza e l'organizzazione del trasporto.⁷³

L'UNFPA e la maternità senza rischi

Per ridurre la mortalità e la morbilità materna, l'UNFPA sostiene nei paesi in via di sviluppo⁷⁴ un insieme di attività che prendono in considerazione la riduzione della povertà, la *governance*, lo sviluppo economico e sociale e la riforma del sistema sanitario.

VALUTAZIONE DEI BISOGNI. Insieme al programma "Evitare le morti e le invalidità materne" (*Averting Maternal Death and Disability - AMDD*) gestito dalla Mailman School of Public Health dell'Università di Columbia e dalla Bill & Melinda Gates Foundation, l'UNFPA ha condotto una valutazione dei bisogni in vari paesi tra cui Camerun, Costa d'Avorio, India, Mauritania, Marocco, Mozambico, Nicaragua, Niger e Senegal. In Nicaragua la valutazione di 125 strutture ha portato a un insieme di miglioramenti in tre distretti sanitari: modernizzazione delle strutture, pubblicazione di standard e protocolli per l'assistenza, formazione del personale e impegno per migliorare la qualità dei servizi. Tra il 2000 e il 2003 la percentuale di donne con complicanze che ha ricevuto assistenza di emergenza in queste regioni è aumentato di un terzo.⁷⁵

FORMAZIONE. La formazione del personale medico, infermieristico, ostetrico e anestesista all'assistenza ostetrica di emergenza e all'assistenza post-aborto è in corso in tutte le regioni, insieme alla formazione degli operatori sanitari in materia di compilazione dei registri e raccolta dati. Il personale sanitario è stato preparato a quantificare le morti materne e le complicanze. Il Fondo ha anche sviluppato materiali tecnici, un corso di formazione a distanza e una lista di interventi per l'assistenza in caso di emergenza ostetrica ad uso degli addetti alla programmazione.

SVILUPPO INFRASTRUTTURALE. L'UNFPA ha modernizzato le strutture, ne ha costruite di nuove, ha fornito apparecchiature e materiali e acquistato ambulanze e mezzi di comunicazione via radio. In Rajasthan, India, con il sostegno dell'iniziativa UNFPA/AMDD sono stati ristrutturati 83 centri ostetrici di emergenza che assistono una popolazione di circa 13 milioni di persone. Cinquantanove équipe di operatori sanitari sono state preparate a fornire assistenza ostetrica di emergenza e 12 hanno ricevuto una formazione sulla prevenzione delle infezioni. Sono stati introdotti sistemi di gestione delle informazioni per migliorare il monitoraggio e la valutazione dei servizi. Nel 2003 i canali televisivi e i giornali locali hanno iniziato a mandare in onda programmi che parlavano di maternità senza rischi. A seguito di questo intervento il numero di donne curate per le complicanze ostetriche è aumentato del 50 per cento in quattro anni e l'India ha introdotto interventi simili in altri stati.⁷⁶

POLITICHE E CAMPAGNE. L'UNFPA insieme all'UNICEF e all'OMS ha organizzato "Vision 2010", una campagna per attirare l'attenzione sulla mortalità materna e neonatale nell'Africa centrale e occidentale e ha dato vita in America Latina al "Forum per la riduzione della mortalità materna" con la Pan-American Health Organization. Il Fondo ha lavorato con i ministeri della sanità per sviluppare linee guida e protocolli per l'assistenza ostetrica di emergenza, politiche nazionali per la maternità sicura e un monitoraggio sistematico sulla segnalazione e il trasferimento delle pazienti che necessitano di ulteriori interventi medici.

MOBILITARE LE COMUNITÀ. L'UNFPA forma volontari e operatori sanitari in grado di istruire le comunità locali sui servizi per la maternità sicura e la pianificazione familiare e sostiene la creazione di sistemi di trasporto gestiti dalle comunità locali.



8 Prevenire l'HIV/AIDS

A vent'anni dall'inizio della pandemia di AIDS circa 38 milioni di persone convivono con l'infezione da HIV/AIDS e 20 milioni hanno già perso la vita a causa della malattia.¹ Nonostante l'aumento della prevenzione ogni anno si verificano circa 5 milioni di nuove infezioni. Nei paesi più colpiti la pandemia sta vanificando decenni di politiche per lo sviluppo. Nel 1994 il Programma d'Azione della Conferenza del Cairo ha preso nota della gravità della pandemia e ha previsto che il numero di persone infettate dall'HIV sarebbe "aumentato fino a 30-40 milioni entro la fine del decennio se non verranno perseguite strategie efficaci di prevenzione".²

La Conferenza del Cairo ha invocato un approccio multidisciplinare all'AIDS che comprenda la sensibilizzazione sulle conseguenze disastrose della malattia, la diffusione di informazioni sui mezzi di prevenzione e azioni per affrontare le "disuguaglianze sociali, economiche, di genere e razziali che aumentano la vulnerabilità".³ La conferenza ha inoltre riconosciuto i danni prodotti dalla stigmatizzazione e dalle discriminazioni e la necessità di tutelare i diritti umani delle persone che convivono con l'HIV/AIDS.

Il Programma d'Azione ha anche osservato che "le condizioni di svantaggio sociale ed economico che colpiscono le donne rendono queste ultime particolarmente vulnerabili alle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV".⁴ Oggi in Africa le donne hanno 1,3 probabilità in più di essere infettate dall'HIV rispetto agli uomini. Le giovani donne di 15-24 anni hanno una probabilità di essere infettate due volte e mezza superiore a quella degli uomini.

I programmi per la salute riproduttiva sono stati riconosciuti come essenziali per prevenire l'HIV poiché comprendono la prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni a trasmissione sessuale, attività di informazione, formazione e sostegno psicologico per un comportamento sessuale responsabile e la garanzia di una fornitura continuativa di preservativi.

Nel 1999, in occasione della verifica quinquennale sui risultati della Conferenza del Cairo, le Nazioni Unite hanno preso nota del peggioramento della pandemia e hanno invocato un aumento delle risorse e un'intensificazione degli sforzi per combatterne la diffusione. Sono stati stabiliti dei traguardi per ridurre la diffusione dell'HIV tra i giovani e per espandere l'accesso di questi ultimi alle informazioni e ai servizi di prevenzione.

Dato che più di tre quarti dei casi di HIV sono causati da rapporti sessuali e un ulteriore 10 per cento è frutto della trasmissione madre-bambino durante il travaglio, il parto o l'allattamento al seno,⁵ legare gli interventi sull'HIV ai servizi per la salute riproduttiva è di importanza cruciale. La pandemia ha messo in luce il bisogno urgente di migliorare sia i servizi sanitari primari che i servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Impatto e reazioni

L'HIV/AIDS impone un tributo altissimo ai singoli e alle comunità dei paesi ad alta diffusione. In alcuni paesi dell'Africa sub-sahariana un quarto della forza lavoro è infetta da HIV. Secondo una stima, se il 15 per cento di una

INTEGRARE LA PREVENZIONE DELL'HIV/AIDS CON I SERVIZI PER LA SALUTE RIPRODUTTIVA

I governi devono garantire che la prevenzione e i servizi per le malattie a trasmissione sessuale e l'HIV/AIDS siano parte integrante dei programmi per la salute riproduttiva e sessuale a livello di assistenza sanitaria primaria.

— Azioni chiave per l'ulteriore applicazione del Programma d'Azione della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo, par. 68

popolazione è sieropositivo (livello previsto per nove paesi entro il 2010), il prodotto interno lordo subisce un decremento annuo dell'1 per cento circa.⁶ Secondo questo calcolo il PIL del Sudafrica potrebbe diminuire del 17 per cento entro il 2010.

Un rapporto recente della Banca Mondiale e dell'Università di Heidelberg avverte che l'impatto a lungo termine dell'AIDS potrebbe essere ancora più devastante.⁷ L'AIDS distrugge il capitale umano uccidendo le persone nel fiore degli anni e influisce anche sulla trasmissione delle conoscenze e delle capacità tra le generazioni. Inoltre, la mortalità adulta prematura prodotta dall'AIDS indebolisce gli investimenti nell'istruzione e riduce la percentuale di famiglie che può permettersi di mandare a scuola i propri figli.

Meno di una persona su cinque ad alto rischio di infezione da HIV ha accesso a interventi efficaci di prevenzione, in base al rapporto del 2003 del "Gruppo di lavoro globale per la prevenzione dell'HIV", un panel internazionale di esperti in materia di AIDS. Si potrebbero invece prevenire 29 milioni di nuove infezioni da HIV sui 45 milioni previsti, se si ampliasse notevolmente la portata di quelle strategie di prevenzione che si sono rivelate efficaci, afferma il rapporto.⁸

Le terapie per l'HIV sono migliorate nel corso degli anni '90, ma i loro costi restano proibitivi per tutti i paesi, tranne i più ricchi. Nonostante l'attuale impegno generalizzato per espandere l'accesso alle terapie – ad esempio l'iniziativa 3 by 5 ("3 entro il 5") di OMS e UNAIDS, che si ripropone di fornire assistenza a 3 milioni di persone entro il 2005 e di abbassare il costo dei farmaci – la grande

23

COMBATTERE LE DISUGUAGLIANZE

Per affrontare l'impatto sproporzionato dell'HIV/AIDS sulle donne e le ragazze in una riunione del febbraio 2004, presieduta dalla Direttrice esecutiva dell'UNFPA Thoraya Obaid, l'UNAIDS ha lanciato la "Coalizione globale su donne e AIDS". Questa campagna è finalizzata a prevenire le nuove infezioni da HIV tra le donne e le ragazze, a promuovere un accesso paritario all'assistenza e alla terapia per l'HIV, ad accelerare la ricerca sui microbicidi, a tutelare i diritti delle donne in materia di proprietà e di eredità e a ridurre la violenza contro le donne.

L'UNAIDS, il Fondo di Sviluppo delle Nazioni Unite per le Donne (UNIFEM) e l'UNFPA hanno pubblicato a luglio del 2004 il rapporto "Donne e AIDS, affrontare la crisi", che invita i governi e la comunità mondiale a:

- **Garantire che le adolescenti e le donne abbiano le conoscenze e i mezzi per prevenire l'infezione da HIV** tramite campagne di mobilitazione in cui vengano diffuse informazioni essenziali sulla maggiore vulnerabilità fisiologica delle donne, dissipate leggende dannose e stereotipi su mascolinità e femminilità, affermato che il matrimonio non protegge necessariamente dalla trasmissione dell'HIV

e siano coinvolte sia le giovani che i giovani nella promozione della salute sessuale e riproduttiva.

- **Promuovere un accesso paritario e universale alle terapie** tramite: la verifica che le donne rappresentino il 50 per cento delle persone che accedono alle terapie (di cui va comunque aumentata la diffusione); un maggiore accesso ai servizi di supporto psicologico e test, che devono avere carattere volontario, garantire la riservatezza, tener conto delle disuguaglianze nei rapporti di potere e incoraggiare i partner a sottoporsi al test; l'espansione dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva; la formazione degli operatori sanitari in direzione di attività di cura ed assistenza sensibili alla differenza di genere.
- **Promuovere l'istruzione primaria e secondaria delle ragazze e l'alfabetizzazione delle donne**, tramite l'abolizione delle rette scolastiche, la promozione di un atteggiamento di tolleranza zero verso la violenza di genere e le molestie sessuali, corsi di alfabetizzazione per le donne centrati sull'HIV/AIDS e l'uguaglianza fra i sessi, la formazione sulle competenze necessarie alla vita, sia per chi frequenta la scuola che per chi non la frequenta, programmi scolastici che mettano in discussione gli stereotipi di

genere e promuovano l'autostima delle ragazze.

- **Alleggerire il carico impari di lavoro domestico e di cura di donne e ragazzi nei confronti dei familiari malati e degli orfani** tramite meccanismi di tutela e sostegno sociale a chi svolge la funzione di cura, promuovendo una divisione dei ruoli più paritaria all'interno dei nuclei familiari, distribuendo kit per l'assistenza domiciliare e istituendo mense e cucine comuni per alleviare le responsabilità dei singoli nuclei familiari.
- **Porre fine a tutte le forme di violenza contro le donne e le ragazze** lanciando campagne d'informazione che promuovano la tolleranza zero nei confronti della violenza, la responsabilità maschile, il rispetto per le donne e informino sulla pericolosità di alcune norme comportamentali; e fornendo supporto psicologico e profilassi post-esposizione al rischio a tutte le vittime di violenza sessuale.
- **Promuovere e tutelare i diritti umani di donne e bambine** approvando, rafforzando e facendo rispettare le leggi che ne tutelano i diritti, riferendo le violazioni alla "Commissione ONU sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne", tutelando i diritti delle donne in materia di proprietà ed eredità e sostenendo servizi legali gratuiti o a basso costo per le donne affette da HIV/AIDS.

maggioranza delle persone infette non ha ancora accesso alla terapia anti-retrovirale (ARV), che può trasformare l'AIDS in una malattia cronica.

Un rapporto del giugno 2004⁹ del "Gruppo di lavoro globale per la prevenzione dell'HIV" sottolinea l'importanza di un'integrazione fra prevenzione dell'HIV e ampliamento dei programmi terapeutici. Secondo il rapporto, una maggiore disponibilità di farmaci ARV porterà un maggior numero di persone all'interno di strutture sanitarie dove possono essere raggiunte da messaggi di prevenzione dell'HIV; ma potrebbe anche portare a comportamenti più a rischio, se attività di consulenza e sostegno sulla prevenzione non sono incorporate all'interno dei programmi terapeutici. Il gruppo raccomanda di rendere disponibili i servizi di test e supporto psicologico volontario in tutte le strutture sanitarie che forniscono farmaci ARV.

FEMMINILIZZAZIONE DELLA PANDEMIA. Metà di tutti gli adulti che convivono con l'HIV/AIDS sono donne; nel 1997 le donne erano il 41 per cento. Nell'Africa sub-sahariana, la regione più colpita, questa cifra raggiunge quasi il 60 per cento. L'aumento dei tassi di infezione tra le donne e le adolescenti ne riflette la maggiore vulnerabilità, dovuta a fattori sia biologici che sociali. Le disuguaglianze fra i sessi e il dominio maschile nei rapporti possono aumentare i rischi di infezione per le donne e limitarne la possibilità di negoziare l'uso dei preservativi. La povertà porta molte donne e ragazze ad avere relazioni sessuali non protette, spesso con partner più anziani.

Questa "femminilizzazione" dell'epidemia è ulteriormente esasperata dal ruolo di gestione della casa e dall'attività primaria di cura che le donne svolgono nei confronti dei familiari infetti da HIV. Fra gli altri fattori che contribuiscono a questa sproporzione ci sono le disuguaglianze sul piano giuridico, economico e sociale che le donne si trovano spesso ad affrontare in materia di istruzione, assistenza sanitaria, opportunità di vita, tutele legali e poteri decisionali.

RISPOSTE DEI PAESI. Tre quarti dei paesi che hanno risposto al *Global Survey 2003* dell'UNFPA affermavano di aver adottato una strategia nazionale sull'HIV/AIDS e il 36 per cento ha riferito di avere strategie specifiche per i gruppi ad alto rischio. Molti paesi hanno istituito una commissione nazionale sull'AIDS e hanno sviluppato politiche e programmi per affrontare l'impatto della pandemia. Un numero crescente di paesi sta assumendo un approccio multi-settoriale, che coinvolge un ampio numero di ministeri, con un maggiore coinvolgimento delle ONG. Tuttavia, solo il 16 per cento ha riferito di aver varato norme di legge per sostenere la lotta all'HIV/AIDS.

Collegare la prevenzione dell'HIV ai programmi per la salute riproduttiva

Poiché la trasmissione dell'HIV avviene prevalentemente per via sessuale, le informazioni e i servizi per la salute sessuale e riproduttiva forniscono un punto di accesso importante per la prevenzione dell'HIV/AIDS. Essi costituiscono anche una via di accesso all'assistenza e un luogo per la somministrazione della terapia.

I servizi per la salute riproduttiva possono aiutare a prevenire la trasmissione dell'HIV tramite l'informazione sui rischi, che può portare a modificare il comportamento sessuale; la diagnosi e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale; la promozione dell'uso corretto e costante dei preservativi; l'aiuto a prevenire la trasmissione madre-bambino.¹⁰ Collegare la prevenzione dell'HIV e la prevenzione e cura delle infezioni a trasmissione sessuale con la pianificazione familiare e gli interventi per la salute materna può migliorare la copertura dei servizi, ridurre la stigmatizzazione e far risparmiare fondi, usando risorse e infrastrutture esistenti.

Molte iniziative, soprattutto in Africa, hanno cercato di collegare la prevenzione dell'HIV con i programmi per la salute riproduttiva. "In molte realtà, invece, i due programmi rimangono separati l'uno dall'altro.

APPELLO ALL'IMPEGNO. A giugno del 2004 UNFPA, UNAIDS e *Family Care International* hanno indetto una consultazione globale di alto livello, con la partecipazione di ministri della sanità, parlamentari, ambasciatori, dirigenti delle agenzie ONU, organizzazioni finanziatrici, rappresentanti delle comunità locali e delle ONG, giovani e persone sieropositive. La riunione ha prodotto un "Appello all'impegno" che sottolinea "la necessità urgente di collegamenti molto più stretti tra salute sessuale e riproduttiva e politiche, programmi e servizi in materia di HIV/AIDS".

Secondo l'appello, istituire collegamenti più stretti significa fornire informazioni e servizi per la salute riproduttiva a tutti gli/le utenti dei programmi sull'HIV/AIDS e informazioni e servizi sull'HIV/AIDS a tutti gli/le utenti dei programmi per la salute riproduttiva, una strategia cruciale per il successo in entrambi i settori e per realizzare gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo, che "determinerà programmi più significativi, economicamente efficienti e con maggiore impatto".

EDUCAZIONE SUI RISCHI. A tutt'oggi pochi programmi di pianificazione familiare si sono occupati di mettere i propri operatori in condizione di affrontare le questioni legate alla sessualità. Ad esempio, da una ricerca recente nella Repubblica Unita di Tanzania è emerso che si parlava di HIV/AIDS

con le utenti dei servizi per la pianificazione familiare solo brevemente, durante i colloqui per una scelta informata, quando “alle donne veniva detto che i preservativi preven- gono le infezioni a trasmissione sessuale come l’HIV, mentre altri metodi non lo fanno”.¹²

L’*International Planned Parenthood Federation* ha formato alcune associazioni per la pianificazione familiare in tema di sessualità, differenza di genere e qualità dell’assistenza.¹³ Queste esperienze hanno dimostrato che i colloqui in materia di sessualità possono svolgersi sola- mente se gli operatori hanno ricevuto una formazione adeguata. In ricerche condotte in Kenya e Zambia, tutta- via, la maggior parte degli operatori affermava di dubitare della propria capacità di fornire all’utenza collo- qui adeguati su come gestire il bisogno di contraccezione tenendo conto dell’HIV.¹⁴

I programmi devono insegnare a tutti gli operatori come aiutare le/gli utenti a valutare i rischi di contrarre l’HIV e come fornire consigli rispetto ai modi per evitare sia la ma- lattia che le gravidanze indesiderate. La formazione deve includere anche informazioni corrette sui metodi contrac- cettivi, per contribuire a dissipare luoghi comuni e falsità notevolmente diffuse.



GESTIRE LE INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE. La presenza di una o più infezioni a trasmissione sessuale aumenta si- gnificativamente il rischio di contrarre l’infezione da HIV. Una recente ricerca statunitense ha rilevato che curare un’infezione a trasmissione sessuale in una persona infetta da HIV può ridurre del 27 per cento la trasmissione dell’HIV, senza nessun altro cambiamento dei comportamenti.¹⁵ Una ricerca condotta in Tanzania a metà degli anni ’90 ha dimo- strato che prevenire e curare le infezioni a trasmissione sessuale può prevenire circa il 40 per cento delle nuove infe- zioni da HIV.¹⁶ La ricerca ha anche dimostrato che la pubblicità all’interno delle comunità locali e l’impegno per informare e curare il/la partner possono ridurre la diffusio- ne delle infezioni a trasmissione sessuale.

I programmi per la salute riproduttiva possono educare l’utenza dei servizi in materia di infezioni a trasmissione sessuale, loro sintomi e modalità di trasmissione, promu- vendo nel contempo comportamenti più sani. Tuttavia, diagnosticare e curare le infezioni a trasmissione sessuale si è dimostrato difficile. La maggior parte delle donne con infezioni a trasmissione sessuale non presenta sintomi, quindi gli sforzi per individuarle e curarle nelle strutture per la sa- lute riproduttiva non hanno dato i risultati sperati.¹⁷ Di

conseguenza, le infezioni a tra- smissione sessuale non hanno ricevuto attenzione adeguata sia nei programmi per la salute ripro- duttiva che in quelli per l’HIV¹⁸ e i ministeri della sanità hanno fatto poco per garantire che vengano af- frontate.¹⁹ Il recente sviluppo di test più a basso costo per le infezio- ni a trasmissione sessuale più comuni potrebbe contribuire a col- mare questa carenza.

Preservativi

I preservativi femminili e maschili sono componenti cruciali dell’im- pegno per la prevenzione tra le persone sessualmente attive. I pro- grammi possono incoraggiare l’uso dei preservativi per prevenire gra- vidanze indesiderate, infezioni a trasmissione sessuale e HIV, infor- mando l’utenza sul fatto che i metodi contraccettivi non a barrie- ra non preven- gono la trasmissione dell’HIV. L’uso corretto e costante è cruciale: in una ricerca in Ugan-

da, nessuna delle 350 donne che riferiva un uso costante dei preservativi è diventata sieropositiva, ma l'incidenza era significativa tra le donne che riferivano un uso discontinuo.²⁰

Tuttavia, gli ostacoli che si frappongono a un uso più ampio dei preservativi sono notevoli. Ci sono massicce carenze nelle forniture rispetto al fabbisogno attuale: spesso le scorte si esauriscono e le risorse destinate ai programmi che insistono su comportamenti sessuali più sicuri sono limitate. Luoghi comuni, falsità e paure che circondano i preservativi finiscono per scoraggiarne l'uso.

Garantire una fornitura stabile e a basso costo di preservativi di buona qualità richiede capacità di prevedere la domanda, approvvigionamento, distribuzione e garanzie di qualità. La promozione dell'uso dei preservativi richiede anche una comprensione dei bisogni e delle preferenze delle popolazioni, nonché dell'ambiente socio-culturale di un determinato territorio o paese.

IL PRESERVATIVO FEMMINILE. Introdotto negli anni '90, il preservativo femminile si è aggiunto alle limitate possibilità di scelta di mezzi di protezione di cui dispongono le donne. L'alto prezzo, ben 10 volte superiore a quello del preservativo maschile, ne ha però ostacolato la diffusione.²¹ Anche se sembra dimostrata la possibilità di riutilizzare fino a sette volte il preservativo femminile - se adeguatamente lavato con disinfettante - l'OMS raccomanda attualmente un utilizzo "usa e getta", finché non saranno disponibili nuovi dati sulla sicurezza dell'uso ripetuto.²²

Più di 19 milioni di preservativi femminili sono stati forniti in più di 70 paesi: Brasile, Ghana, Namibia, Sudafrica, Zambia e Zimbabwe hanno tutti vasti programmi in materia. Una ricerca in Costa Rica, Indonesia, Messico e Senegal ha rilevato che il preservativo femminile risulta più accettabile nelle realtà in cui gli uomini già accettano la pianificazione familiare e percepiscono che i propri pari approvverebbero tale metodo, in cui le lavoratrici del sesso hanno già imparato a negoziare rapporti sessuali protetti e laddove l'uso del preservativo femminile è considerato preferibile al preservativo maschile.²³ Ciò suggerisce che "il marketing dovrebbe rivolgersi alle donne che sono in grado di negoziare con successo con il partner l'uso del preservativo femminile, e dovrebbe incoraggiare gli uomini ad accettare questo metodo."²⁴

La ricerca in questo settore continua e sembra che una nuova generazione di preservativi femminili meno costosi sarà disponibile nell'arco di pochi anni.

DIFFICOLTÀ NEL NEGOZIARE L'USO DEI PRESERVATIVI. I dati della Tanzania mostrano che la diffusione dell'HIV/AIDS è maggiore tra le giovani donne sposate e monogame, rispetto

24

LA COMBINAZIONE DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE E PREVENZIONE DELL'HIV IN ZAMBIA

Un progetto a Lusaka, in Zambia, che fornisce preservativi per la prevenzione dell'HIV si è recentemente allargato per offrire altri contraccettivi richiesti dall'utenza dato che i servizi di pianificazione familiare erano inadeguati. L'uso dei preservativi resta alto. In effetti, il personale del programma ha scoperto che coloro che utilizzavano altri tipi di contraccezione avevano maggiori probabilità di usare anche i preservativi, e che coloro che usavano i preservativi avevano il doppio delle probabilità di iniziare a usare altre forme di contraccezione quando queste erano disponibili. "Tutto quello che abbiamo dovuto fare per incrementare l'uso dei preservativi è stato renderli facili da trovare", ha detto il direttore del progetto.

Per pubblicizzare questi nuovi servizi, le coppie che si rivolgevano al centro sono state poi assunte per fare propaganda sul territorio. "Li abbiamo pagati per andare dagli amici e spargere la voce su quello che stavamo facendo", ha spiegato il direttore. "Abbiamo anche distribuito porta a porta gli inviti al centro e un terzo di coloro che li hanno ricevuti è venuto a trovarci".

alle giovani donne sessualmente attive non sposate. Le donne sposate, soprattutto le giovani, spesso non possono negoziare l'uso del preservativo pur sapendo che il marito ha, o ha avuto, molte partner; mentre riescono più facilmente a farlo se l'uso del preservativo è largamente accettato come componente importante di una protezione complessiva.

Da una ricerca effettuata in Sudafrica è emerso che le donne che avevano usato il preservativo l'ultima volta che avevano avuto un rapporto sessuale avevano il doppio delle probabilità di sapere che il preservativo previene l'HIV rispetto alle donne che non lo avevano usato.²⁵ Le donne con maggiori probabilità di usare i preservativi sono inoltre giovani, più istruite e vivono nelle aree urbane. La probabilità di aver usato il preservativo per le donne con partner casuali e per le donne con un partner fisso non sposate erano rispettivamente quattro e due volte superiori rispetto alle donne che avevano avuto l'ultimo rapporto sessuale con il marito.

Gli operatori per la pianificazione familiare e l'assistenza prenatale devono aiutare le utenti a sviluppare capacità comunicative e negoziali da usare con i propri partner, al fine di proteggersi adeguatamente dalla trasmissione dell'HIV.

DOPPIA PROTEZIONE. Gli operatori devono conoscere bene il concetto di "doppia protezione": una strategia di prevenzione sia dell'HIV e delle infezioni a trasmissione sessuale che delle gravidanze indesiderate tramite l'uso dei soli preservativi, l'uso di preservativi combinati con altri metodi di

Nazret, Etiopia, si trova su un'affollata via di transito dei camion tra Addis Abeba e Gibuti lungo la quale è comune la presenza di lavoratrici e lavoratori del sesso. Secondo una stima il 18,7 per cento degli adulti della zona è sieropositivo. Per comprendere meglio e affrontare questa alta diffusione dell'HIV, l'associazione *Family Guidance Association of Ethiopia* ha iniziato a offrire servizi di VCT due giorni a settimana presso il suo ambulatorio per la salute riproduttiva di Nazret, che serve circa 100 utenti al giorno.

Lo scambio di idee con le comunità locali e gli operatori ha messo in luce la necessità di integrare i servizi di VCT con gli altri servizi. Alcune utenti hanno affermato di non volersi rivolgere ai centri VCT che funzionavano come servizi separati per via della stigmatizzazione ad essi associata, ma che avrebbe usato i servizi VCT se fossero stati disponibili all'interno dell'ambulatorio per la salute riproduttiva. È stato programmato un servizio per i test, il *counselling* pre e post test, l'educazione sul territorio in materia di prevenzione dell'HIV, la cura delle infezioni più comuni e un sistema di segnalazione per fornire ulteriore assistenza e aiuto.

Il personale dell'ambulatorio ha ricevuto una formazione in materia di HIV/AIDS, mentre le infermiere sono state formate sulla diagnosi e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale. È stato istituito un servizio territoriale per la distribuzione dei preservativi e gli operatori sul campo sono stati formati a promuoverne l'uso. Le istituzioni locali sono state coinvolte nella creazione di una struttura per fornire assistenza medica, sociale ed economica alle e agli utenti che risultavano positivi al test. Sono stati elaborati anche dei sistemi di monitoraggio e valutazione. Più di metà degli utenti del servizio VCT sono uomini e il 43 per cento sono persone giovani. Circa il 20 per cento dei test risulta positivo, un tasso di diffusione simile a quello trovato presso altri servizi VCT della zona.

prevenzione delle gravidanze (uso del doppio metodo) o l'astensione da attività sessuali considerate ad alto rischio. I messaggi sulla doppia protezione possono essere rafforzati includendovi la salvaguardia della fertilità tramite la prevenzione e il controllo delle infezioni a trasmissione sessuale, un messaggio particolarmente significativo per le donne che non hanno ancora iniziato a fare figli.²⁶

MICROBICIDI. I microbicidi per proteggere le donne dalla trasmissione dell'HIV sono in via di sviluppo, ma la ricerca in questo campo è ancora molto arretrata. Per le donne che non riescono a negoziare l'uso dei preservativi l'introduzione dei microbicidi aumenterebbe notevolmente la possibilità di proteggersi dall'infezione. La "Campagna globale per i microbicidi" stima che un prodotto di questo tipo potrà essere disponibile intorno al 2007 e che si po-

trebbero evitare 2,5 milioni di infezioni da HIV nel corso di tre anni se nei paesi in via di sviluppo si utilizzasse un microbicide efficace al 60 per cento.²⁷

Servizi volontari di test e counselling

I programmi VCT (*Voluntary Counselling and Testing*, servizi di test e *counselling* volontari) si occupano di far conoscere a donne e uomini, con riservatezza e tatto, la propria condizione e i rischi che corrono, promuovendo la transizione verso comportamenti più sani. Sono strumenti efficaci per prevenire la trasmissione dell'HIV e un importante punto di accesso per la cura delle malattie legate all'HIV, la prevenzione della trasmissione madre-bambino, il controllo della tubercolosi e il sostegno psico-sociale e legale.

I progetti pilota in Costa d'Avorio e India indicano che, integrando i VCT nei servizi per la salute sessuale e riproduttiva si riduce la stigmatizzazione associata all'HIV/AIDS, si fa un'opera di sensibilizzazione sui comportamenti sessuali sani e si aumenta l'accesso e l'utilizzo dei servizi. Eppure troppo spesso i VCT vengono istituiti isolatamente dagli altri servizi.²⁸

PREVENIRE LA TRASMISSIONE MADRE-BAMBINO. I programmi per la salute riproduttiva possono contribuire a prevenire la trasmissione madre-bambino dell'HIV tramite la prevenzione dell'infezione tra le donne, offrendo a donne e uomini sieropositivi informazioni sulle opzioni e i rischi connessi alla procreazione, al fine di fare scelte informate e fornendo farmaci anti-retrovirali e contraccettivi che li aiutino a realizzare le proprie scelte.

In molti contesti la gravidanza è spesso uno dei pochi momenti in cui le donne hanno accesso ai servizi sanitari, il che rappresenta un'eccellente opportunità per la prevenzione dell'HIV, soprattutto tramite i colloqui con le utenti e i servizi VCT. I servizi integrati per la prevenzione dell'HIV e la salute materna possono promuovere l'uso dei preservativi, curare le infezioni a trasmissione sessuale, fornire assistenza prenatale e post-parto, garantire un parto sicuro e consulenze sull'alimentazione neonatale.

C'è una notevole necessità di allargare la portata delle iniziative di prevenzione della trasmissione madre-bambino, che attualmente toccano solo una piccola percentuale di donne.²⁹

Le sfide più importanti

ESTENDERE L'ACCESSO ALLE TERAPIE. Negli ultimi due anni le dichiarazioni di intenti sull'aumento dei finanziamenti per le terapie e i farmaci anti-retrovirali generici hanno spinto a riorientare i programmi in materia di HIV/AIDS. Con il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), l'OMS e i suoi partner si sono assunti la sfida co-

lossale di curare 3 milioni di persone con i farmaci anti-retrovirali entro il 2005.³⁰ In Africa nel 2003 solo 100.000 persone hanno ricevuto i farmaci ARV, appena il 2 per cento dei 4,4 milioni di persone bisognose di cura secondo le stime. In Asia meridionale e orientale il 7 per cento delle persone bisognose di cura erano coperte da servizi che fornivano farmaci ARV.

Gli Stati Uniti si sono impegnati a fornire finanziamenti a 15 paesi africani e caraibici, per curare 2 milioni di persone nel corso dei prossimi cinque anni, come parte di una nuova iniziativa finalizzata a prevenire 7 milioni di nuove infezioni e a fornire assistenza e sostegno a 10 milioni di persone affette da HIV/AIDS. L'OMS e l'UNAIDS riconoscono che le iniziative terapeutiche sono un impegno a lungo termine. "La disponibilità della terapia deve essere garantita per l'intero arco della vita a tutte le persone che hanno iniziato la terapia anti-retrovirale. Dunque, l'iniziativa "3 entro il 5" è solo l'inizio della costante espansione della terapia anti-retrovirale e del rafforzamento dei sistemi sanitari".³¹

La rapida espansione delle terapie richiederà un immediato rafforzamento dei sistemi sanitari – che potrà migliorare anche i programmi per la salute sessuale e riproduttiva – e un aumento del numero di operatori sanitari (che è uno degli obiettivi dell'iniziativa "3 entro il 5").

La maggiore disponibilità delle terapie contribuirà al-

l'impegno per la prevenzione dell'HIV, perché le persone in cura con farmaci ARV hanno meno probabilità di diffondere il virus e la distribuzione dei farmaci crea opportunità di comunicare i messaggi di prevenzione e fornire preservativi. Ma è imperativo aumentare il sostegno ai programmi di prevenzione e integrare la prevenzione all'interno delle iniziative terapeutiche.

Occorre inoltre assolutamente rafforzare le precauzioni generiche (comprese le procedure di sicurezza e lo smaltimento corretto di guanti e oggetti taglienti). Attualmente anche quando gli operatori dei servizi conoscono le precauzioni da prendere contro la trasmissione dell'HIV, spesso sono privi di guanti protettivi e di farmaci ARV (in caso di punture con aghi o altri incidenti). Una ricerca recente in Zambia ha rivelato che le strutture sanitarie non disponevano di manuali sulla sicurezza o kit per la profilassi post-esposizione al rischio. Quando i guanti scarseggiavano, veniva chiesto ai pazienti di acquistarli. Affrontare i rischi per la salute sul lavoro può innalzare il morale del personale e migliorare l'assistenza fornita.³²

PRIORITÀ NELLA PREVENZIONE. Una ricerca recente sull'incidenza dell'HIV in Cambogia, Honduras, Indonesia, Kenya e Russia suggerisce che le attività di prevenzione devono essere centrate su un'analisi accurata del contesto nel quale

26

RIDURRE I TASSI DI HIV: UNA LEZIONE DALL'UGANDA

La diffusione dell'HIV in Uganda ha raggiunto un picco del 15 per cento circa nel 1991 e poi è crollata fino al 5 per cento nel 2001. Questo calo è stato attribuito agli sforzi per la prevenzione portati avanti su molti fronti, in un approccio che combina gli interventi per la salute pubblica con campagne per cambiare i comportamenti definito "ABC" — promozione dell'astinenza, riduzione del numero di partner (anche detto "*be faithful*" ossia "siate fedeli"), e uso costante e corretto dei preservativi, in inglese *condom*, associato ai servizi di VCT.

Astinenza. I dati indicano un crescente ritardo dell'età in cui i giovani ugandesi iniziano la vita sessuale. Tra il 1989 e il 2000 l'età dei primi rapporti sessuali è salita dai 15,9 ai 16,6 anni tra le giovani donne e dai 17,3 ai 18,5 anni tra i giovani uomini. Hanno contribuito a questo processo sia l'impegno educativo per promuovere l'astinenza

che l'aumento delle conoscenze sulla malattia. Tuttavia la percentuale di persone sessualmente attive è diminuita significativamente solo tra le adolescenti di 15-17 anni e non tra altri gruppi. Circa metà di tutte le donne non sposate era sessualmente attiva nel 2000, la stessa percentuale della fine degli anni '80. Poco più di metà degli uomini non sposati era sessualmente attivo, pari a un terzo in meno.

Siate fedeli (riducete il numero di partner). La monogamia è aumentata tra il 1989 e il 1995, soprattutto tra le giovani donne sessualmente attive non sposate, ma è cambiata poco da allora. La percentuale di donne con diversi partner è stata dimezzata, ma i livelli erano già bassi. Per contro, più del 25 per cento degli uomini sessualmente attivi non sposati aveva molte partner. Gli uomini sposati con molte

partner sono aumentati in alcune fasce d'età, ma diminuiti in altre.

Uso dei preservativi. Negli anni '90 ci sono stati dei cambiamenti drastici per quanto riguarda l'uso dei preservativi, soprattutto tra gli uomini e donne non sposati. Prima del 1989 l'uso da parte di entrambi i sessi era insignificante. Entro il 1995 è salito fino all'8 per cento tra le donne e all'11 per cento tra gli uomini. In seguito gli aumenti sono stati veramente notevoli, soprattutto tra i gruppi d'età più giovani (e più vulnerabili). L'uso dei preservativi da parte delle donne di 15-17 anni sessualmente attive è aumentato dal 6 al 25 per cento e per quelle di 18-19 anni dal 3 al 12 per cento. Tra i giovani uomini di 15-17 anni, l'uso dei preservativi è aumentato dal 16 al 55 per cento, e per quelli di 18-19 anni, dal 20 al 33 per cento. I dati recenti suggeriscono un continuo aumento dell'uso dei preservativi.

avvengono le infezioni e non solo su categorie generiche di gruppi a rischio.³³ Ad esempio in Cambogia sono diminuite le nuove infezioni causate dal sesso a pagamento, mentre la percentuale di nuove infezioni contratte all'interno del matrimonio è aumentata dall'11 al 46 per cento. Tuttavia la trasmissione iniziale dell'HIV è ancora fortemente legata al sesso a pagamento e la maggior parte delle persone che contraggono l'infezione sono quelle i cui partner hanno avuto in passato comportamenti ad alto rischio. L'attività di prevenzione deve perciò rivolgersi non solo al sesso a pagamento, ma anche alle coppie sposate.

PIANIFICAZIONE FAMILIARE. È essenziale che la maggiore enfasi posta sulla prevenzione e la cura dell'HIV/AIDS non avvenga a spese di altre informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva. È quanto è avvenuto in Kenya, ad esempio, stando ai dati dell'Indagine 2003 su demografia e salute: i programmi di pianificazione familiare avevano fatto notevoli passi avanti negli anni '90, la diffusione dei contraccettivi ha avuto un aumento stabile dal 27 per cento nel 1989 al 39 per cento nel 1998, ma da allora non è più aumentata.

In un contesto di alta diffusione dell'HIV è fondamentale continuare a sostenere la pianificazione familiare, che è una componente fondamentale per ridurre la trasmissione madre-bambino. Ricerche recenti in Kenya e Zambia hanno scoperto che gli operatori dei servizi per la pianificazione familiare, le utenti dei servizi per l'assistenza prenatale e la pianificazione familiare e le donne sieropositive percepivano tutti un maggiore bisogno di pianificazione familiare per evitare le gravidanze indesiderate.³⁴

Al contempo gli operatori devono rispettare il diritto di tutte le persone, comprese quelle che hanno contratto il virus, di prendere di scegliere consapevolmente se avere figli: per questo devono avere accesso a informazioni approfondite e essere trattate con umanità. In molti casi invece alle donne sieropositive viene detto che non devono avere figli. Questo trattamento discriminatorio può portarle a non svelare la propria condizione agli operatori sanitari.

BISOGNO DI INTEGRAZIONE. Da una ricerca recente è emerso che "molte riforme del settore sanitario hanno separato tra loro l'educazione sessuale [i servizi per la salute riproduttiva] e i programmi su infezioni a trasmissione sessuale/HIV/AIDS, dando la responsabilità di questi servizi a ministeri o dipartimenti ministeriali diversi, il che crea anche una potenziale rivalità per il controllo del bilancio e dei finanziamenti".³⁵

Una valutazione nella regione senegalese di Kaolack nel 2001 ha trovato pochi dati da cui risultasse un'integrazione fra servizi per la pianificazione familiare o per l'assistenza

Il progetto di mobilitazione e ricerca "Donne sieropositive: voci e scelte" sviluppato dalla Comunità internazionale delle donne sieropositive indaga l'impatto dell'HIV/AIDS sulla vita sessuale e riproduttiva delle donne, contrasta la violazione dei loro diritti e promuove miglioramenti delle politiche e dei servizi.

In Zimbabwe, uno dei tre paesi coinvolti, il progetto è stato portato avanti dal 1998 al 2001. Prima di sottoporsi al test, le donne sieropositive erano quasi sempre inconsapevoli dei rischi cui erano esposte. Le norme sulla divisione dei ruoli fra i sessi e la dipendenza economica dal marito o dal partner limitavano il controllo sulla propria vita sessuale e riproduttiva. A fronte dei pregiudizi sulle donne sieropositive sessualmente attive e con figli, non rivelavano la propria condizione agli operatori sanitari, rendendo difficile rispondere ai loro bisogni. L'uso dei preservativi all'interno del matrimonio era considerato inopportuno.

Le donne più giovani volevano avere figli, mentre le più anziane con molti figli volevano limitare le gravidanze dopo la diagnosi di sieropositività. L'uso dei preservativi e dei contraccettivi aumentava decisamente tra le donne che partecipavano a gruppi di sostegno. Il progetto dimostra che le donne sieropositive hanno bisogno di migliori opportunità economiche, di servizi di assistenza alla gravidanza e al parto, integrati da servizi per la pianificazione familiare e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale.

materno-infantile e servizi per le infezioni a trasmissione sessuale e l'HIV/AIDS. "L'ovvia carenza di servizi per l'HIV/AIDS nei distretti sanitari e nelle strutture del territorio testimonia per l'ennesima volta che non decentrando anche queste attività si impedisce qualsiasi possibilità di parlare di integrazione a questi livelli".³⁶

Le riforme finalizzate a rafforzare i sistemi sanitari, comprese quelle per la creazione di pacchetti minimi di servizi, devono garantire che i servizi di prevenzione e cura dell'HIV/AIDS siano affiancati alla pianificazione familiare.³⁷ I servizi sanitari, che devono sostenere immensi carichi di lavoro e spesso anche riduzioni del personale, devono essere messi in condizione non solo di fornire i contraccettivi all'utenza, ma anche di individuare i relativi problemi di salute riproduttiva. Hanno bisogno di spazi privati per le visite e i colloqui con le/gli utenti e di materiali e attrezzature quali guanti, speculum, sistemi di illuminazione e siringhe per i contraccettivi iniettabili, spesso carenti nelle strutture sanitarie dei paesi in via di sviluppo.

Gli operatori sanitari hanno spesso bisogno di ricevere una formazione in materia di HIV/AIDS per evitare i pregiudizi e devono imparare a comunicare i messaggi di prevenzione e ad aiutare le/gli utenti a valutare i propri rischi di infezione.

CAMBIARE I COMPORAMENTI. Combattere l'HIV/AIDS richiede un cambiamento dei fattori socio-economici, culturali e comportamentali sottostanti e che contribuiscono alla sua diffusione – compresa la mancanza di lavoro retribuito, soprattutto per le donne, le politiche occupazionali e migratorie che costringono molte persone a migrare in cerca di lavoro, la violenza di genere e la tratta delle donne.³⁸ I cambiamenti comportamentali sono gradualmente sfaccettati e devono servire a migliorare la salute e a ridurre i rischi delle fasce di popolazione giovane, sposate e non. Come dimostra l'esperienza di Senegal e Uganda,³⁹ promuovere un comportamento responsabile, volontario e sicuro richiede un impegno completo e multi-settoriale che incoraggi la collaborazione tra amministrazioni centrali e locali, settore privato, partner per lo sviluppo, leader culturali e un ampio spettro di organizzazioni della società civile.

Un progetto in Zimbabwe sta tentando di offrire uno scudo finanziario alle ragazze per resistere alle relazioni con uomini più anziani, soprannominati *sugar daddies*, "paparini", che forniscono un sostegno economico in cambio di rapporti sessuali.⁴⁰ Il programma offre formazione professionale e sulle competenze necessarie alla vita, prestiti e opportunità di occupazione, insieme con educazione su salute riproduttiva e rafforzamento della capacità di negoziare l'uso del preservativo. Una ricerca valuterà l'impatto del programma sull'HIV, le infezioni a trasmissione sessuale, l'inizio dell'attività sessuale e le gravidanze.

ASSISTERE I GRUPPI AD ALTO RISCHIO. L'attenzione verso i gruppi ad alto rischio, fornendo loro informazioni sulla prevenzione, assistenza e cura dell'HIV/AIDS, è aumentata considerevolmente nel corso degli ultimi anni. La maggior parte dei paesi che hanno partecipato al *Global Survey* dell'UNFPA hanno riferito di aver intrapreso programmi per raggiungere gruppi come le lavoratrici e i lavoratori del sesso, chi fa uso di droghe iniettabili, i camionisti sulle lunghe distanze, uomini che hanno relazioni sessuali con altri uomini, ragazze e ragazzi di strada, soldati e migranti, oltre alle e agli adolescenti e giovani.

Spesso le ONG sono promotrici o partner fondamentali di tali programmi. Ad esempio in Kenya un progetto che offre formazione e consulenza psicologica sui comportamenti sessuali responsabili e sull'uso dei preservativi ha assistito 15.000 lavoratrici e lavoratori del sesso e loro clienti, offrendo anche opportunità economiche alternative. In Bangladesh un insieme di organizzazioni fornisce servizi per la salute sessuale alle persone che lavorano nell'industria del sesso.⁴¹ I paesi dell'America Latina hanno puntato molto sulla formazione dei membri delle forze armate per contenere l'infezione e un'ulteriore diffusione dell'HIV.⁴²

La Sierra Leone è emersa recentemente da più di dieci anni di guerra che hanno devastato gravemente tutti i settori della società. Quasi due terzi della popolazione sono stati costretti ad abbandonare il luogo in cui vivevano, stupri e abusi sessuali sono ampiamente diffusi e migliaia di ragazze e donne che hanno perso la famiglia hanno trovato nel sesso a pagamento l'unica fonte di sostentamento. La maggiore vulnerabilità della popolazione all'HIV ormai è diventata un problema prioritario. L'UNFPA ha risposto a questa situazione con un'iniziativa coordinata che si occupa di diversi gruppi e coinvolge una varietà di soggetti nazionali ed enti pubblici. L'obiettivo generale è ridurre il rischio di HIV/AIDS e altre infezioni a trasmissione sessuale, ridurre il bisogno delle donne di ricorrere alla prostituzione, alleviare la povertà e rafforzare la vita familiare e la sicurezza del territorio.

L'approccio integrato dell'UNFPA, in collaborazione con il governo, UNAIDS, il Dipartimento ONU per le operazioni di *peacekeeping*, UNIFEM e altri partner, comprende le seguenti iniziative:

- seminari e altre iniziative per promuovere la prevenzione dell'HIV/AIDS tra le forze di polizia e i militari della Sierra Leone, le forze internazionali di *peacekeeping* e i militari in congedo;
- promuovere la prevenzione dell'HIV/AIDS tra le persone che lavorano nell'industria del sesso, tramite l'educazione sanitaria e la formazione professionale che faciliti la ricerca di altre fonti di reddito;
- potenziare le capacità delle ONG partner;
- promuovere la prevenzione dell'HIV/AIDS nelle popolazioni di profughi e sfollati;
- creare una fornitura di sangue sicuro.

Nel 2003 il Consiglio di Sicurezza dell'ONU ha riconosciuto che questa iniziativa multilaterale e su più fronti rappresenta potenzialmente una svolta nella risposta all'HIV/AIDS nella ricostruzione post-bellica, in quanto riunisce tutti i soggetti – compresi gli ex-combattenti, il personale militare e le forze di pace internazionali – per promuovere un miglioramento della salute e della prevenzione dell'HIV. L'UNFPA e i suoi partner stanno applicando strategie simili anche nella vicina Liberia e nella Repubblica Democratica del Congo.

COMBATTERE LE STIGMATIZZAZIONI E I PREGIUDIZI. Le persone che convivono con l'HIV/AIDS devono ancora affrontare stigmatizzazioni e discriminazioni legali e sociali in tutte le regioni. Ghana, Sudafrica e Uganda sono tra i paesi che hanno lanciato programmi per combattere questo ostacolo fondamentale alla lotta contro l'epidemia. Le Bahamas sono uno dei paesi che hanno dichiarato illegali le discriminazioni contro le persone sieropositive sul posto di lavoro.



9 Adolescenti e giovani

Garantire la salute e il benessere delle e degli adolescenti e giovani, trasmettendo loro le competenze necessarie alla vita e creando per loro opportunità formative e occupazionali è una necessità fondamentale per rispondere alle sfide di sviluppo del 21° secolo. La Conferenza del Cairo ha rivolto un'attenzione senza precedenti ai molteplici bisogni delle e degli adolescenti in materia di salute riproduttiva, sia come priorità per i diritti umani che come necessità pratica.

A partire dal 1994 e soprattutto negli ultimi anni i diversi paesi hanno compiuto progressi significativi nell'affrontare le richieste, spesso delicate, in materia di salute riproduttiva delle e degli adolescenti, compreso il bisogno di informazioni, formazione e servizi che consentano alle persone giovani di prevenire gravidanze indesiderate e infezioni sessuali. Sempre di più questi sforzi vengono intrapresi come parte di un approccio più ampio, globale, finalizzato a entrare in contatto con i giovani di entrambi i sessi in situazioni diverse e a metterli in condizione di decidere il proprio futuro.

Ma le sfide rimangono enormi. Una persona su 5 – 1,3 miliardi in tutto – è adolescente (per definizione tra i 10 e i 19 anni), ossia fa parte della più grande popolazione di giovani della storia. La metà di queste persone sono povere e un quarto di loro vive con meno di un dollaro al giorno. Molte sono sessualmente attive, spesso senza avere il potere decisionale, le conoscenze o i mezzi per proteggersi, né l'opportunità di dirigere le proprie energie verso ambiti più produttivi per la propria vita.

I giovani di entrambi i sessi (15-24 anni) rappresentano metà di tutte le nuove infezioni da HIV, 2,5 milioni ogni anno. Le ragazze e le giovani donne sono particolarmente a rischio. Nonostante la tendenza a ritardare l'età del matrimonio nella maggior parte del mondo, milioni di bambine crescono ancora con la prospettiva di sposarsi e iniziare ad avere figli prima dei 20 anni, spesso prima che i loro corpi siano pronti.

ADOLESCENTI E OBIETTIVI DEL MILLENNIO PER LO SVILUPPO.

Mettere le giovani in condizione di ritardare una gravidanza non è solo un imperativo dal punto di vista della salute e

dei diritti umani, è anche un modo per rallentare la velocità persistente dell'incremento demografico e consentire ai paesi in via di sviluppo di godere dei benefici economici che possono derivare da una fecondità più bassa: dunque deve essere una priorità nell'impegno globale per eliminare la povertà e realizzare gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo (vedi Capitolo 2).

Investire nella salute, nella formazione e nelle capacità dei/le giovani e consentire alle ragazze di restare a scuola e sposarsi più tardi è fondamentale per realizzare gli Obiettivi del Millennio legati all'uguaglianza tra i sessi, alla mortalità infantile, alla salute materna e all'HIV/AIDS.

Applicare gli accordi del Cairo

La Conferenza del Cairo ha affrontato le questioni legate alla salute riproduttiva delle adolescenti, comprese gravidanze indesiderate, aborti non sicuri e infezioni a trasmissione sessuale, HIV/AIDS incluso, tramite la promozione di un comportamento sessuale e riproduttivo sano e responsabile, che comprende l'astinenza volontaria e la disponibilità di servizi adeguati e di attività di supporto psicologico adatte a questa fascia d'età. Ci si è posti inoltre l'obiettivo di ridurre significativamente le gravidanze adolescenziali.¹

Il Programma d'Azione riconosce che le scarse opportunità formative ed economiche, la violenza di genere, le gravidanze precoci e lo sfruttamento sessuale aumentano la vulnerabilità degli adolescenti, soprattutto delle ragazze, ai rischi per la salute riproduttiva. Esso esorta pertanto i governi e la comunità internazionale a garantire che tutte le persone adolescenti abbiano accesso a informazioni, formazione e servizi in materia di salute riproduttiva adatti alla loro età, rispettandone il diritto alla privacy e alla riservatezza e garantendo che tale accesso non venga limitato dall'atteggiamento degli operatori sanitari o da altri ostacoli (leggi, regolamenti o consuetudini sociali). Il Programma d'Azione propone inoltre il coinvolgimento di genitori, famiglie, comunità locali, istituzioni religiose, scuole, mass media e gruppi di coetanei per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute riproduttiva delle persone adolescenti.²

IL BISOGNO DI SALUTE RIPRODUTTIVA DELL'ADOLESCENZA

Il bisogno di salute riproduttiva delle persone adolescenti in quanto gruppo è stato fino a oggi ampiamente ignorato dai servizi per la salute riproduttiva esistenti. La risposta della società al bisogno di salute riproduttiva delle persone adolescenti deve basarsi su informazioni che le aiutino a raggiungere il livello di maturità necessario per assumere decisioni responsabili. In particolari, le persone adolescenti devono poter disporre di informazioni e servizi che le aiutino a comprendere la propria sessualità e a proteggersi da gravidanze indesiderate, malattie a trasmissione sessuale e conseguenti rischi di infertilità. A ciò deve aggiungersi l'educazione dei giovani uomini a rispettare l'autodeterminazione delle donne e a condividere con loro le responsabilità in materia di sessualità e riproduzione.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 7.41

NUOVI TRAGUARDI. Dalla verifica del 1999 sull'applicazione della piattaforma del Cairo è emerso che i diritti e i bisogni di salute riproduttiva dei giovani erano ancora ampiamente trascurati e rappresentavano una preoccupazione sempre più incombente a fronte della crescita dei tassi di infezione da HIV.³ Sono stati definiti nuovi traguardi, compresa una riduzione del 25 per cento della diffusione dell'HIV nella fascia d'età tra i 15 e i 24 anni entro il 2005 nei paesi più colpiti ed entro il 2010 a livello globale. Si è inoltre convenuto che la stragrande maggioranza delle persone tra i 15 e i 24 anni (il 90 per cento entro il 2005 e il 95 per cento entro il 2010) debba avere accesso alle informazioni, alla formazione e ai servizi necessari a sviluppare le competenze di cui hanno bisogno sia per gestire la propria vita che per ridurre la vulnerabilità all'infezione da HIV.⁴

Programmi di seconda generazione

A partire dall'esperienza acquisita dal 1994 in poi, si è delineato un approccio di ampio respiro ai programmi per i giovani, frutto di un accordo raggiunto a livello globale nel corso degli ultimi anni. Tale approccio lega gli interventi per la salute riproduttiva - compresi i programmi che mettono in condizione le persone adolescenti di ritardare l'attività sessuale, rifiutare rapporti indesiderati e proteggersi se sessualmente attive - all'impegno per dare loro scelte e opportunità, investendo nell'istruzione, nella formazione professionale e nello sviluppo del concetto di cittadinanza. Un'altra priorità è far sentire maggiormente la voce delle persone giovani e farle partecipare alle decisioni relative a salute e sviluppo e alla vita d'insieme delle proprie comunità.

Questi programmi di seconda generazione per adolescenti e giovani puntano anche a coinvolgere i gruppi che hanno meno accesso ai servizi, fra i quali le e gli adolescen-

ti sposati, quelli che vivono nelle aree rurali e negli insediamenti urbani poveri e quelli che non frequentano la scuola (la maggioranza della popolazione adolescente di molti paesi). L'impegno in questo ambito è molto promet-

29

INTEGRARE LA FORMAZIONE PROFESSIONALE CON L'EDUCAZIONE IN MATERIA DI SALUTE RIPRODUTTIVA

Il nuovo Centro multimediale di Cotonou, in Benin, è in fervente attività. In ogni stanza, giovani di ogni parte del paese - quasi 300 in totale - stanno imparando a diventare giornalisti per quotidiani e riviste, fotografi, conduttori radio e televisivi, designer, esperti di computer grafica, *web designer*, esperti di grafica video, montatori in digitale e tecnici radio e TV. Lanciato dall'UNFPA in cooperazione con il governo, il centro integra formazione professionale e formazione in materia di prevenzione dell'HIV /AIDS e delle gravidanze indesiderate, così gli studenti possono diventare anche dei promotori attivi di comportamenti più sani all'interno delle proprie comunità. Il canale televisivo e la stazione radio 24 ore su 24 offrono programmi prodotti dalle e dai giovani e per i giovani che hanno indici di ascolto molto alti: un milione di spettatori televisivi e 300.000 ascoltatori radio ogni giorno.

Molti adolescenti che frequentano il centro hanno abbandonato la scuola (in Benin solo il 7 per cento delle ragazze e il 17 per cento dei ragazzi frequentano la scuola secondaria). Senza il centro avrebbero poche opportunità di acquisire competenze necessarie alla vita o informazioni certe in materia di salute riproduttiva.

Il centro è una componente del progetto integrato "Salute e servizi sociali per l'adolescenza" (EAGER - che in inglese significa "desideroso", "impaziente", ma anche "entusiasta", *n.d.t.*), progetto che ha il sostegno della Fondazione delle Nazioni Unite come parte di un'iniziativa multinazionale sulle adolescenti. EAGER sostiene anche centri ricreativi per i giovani, ambulatori e educazione sanitaria "a misura di giovani", con un'attenzione a ridurre l'analfabetismo tra le donne e le ragazze.

tente, ma deve essere ampliato enormemente per riuscire a rispondere in maniera adeguata alle sfide gigantesche che le/i giovani del mondo si trovano ad affrontare.

Risultati del Global Survey dell'UNFPA

LEGGI E POLITICHE. Più del 90 per cento dei paesi che hanno risposto al *Global Survey 2003* dell'UNFPA hanno dichiarato di aver preso misure per rispondere ai bisogni e garantire i diritti dell'adolescenza in materia di salute riproduttiva tramite politiche, leggi o programmi.⁵ Ad esempio, una legge a Panama garantisce il diritto delle adolescenti incinte di restare a scuola e ricevere assistenza sanitaria completa. In Ecuador un nuovo codice per l'infanzia e l'adolescenza sancisce i diritti all'istruzione, all'informazione, alla salute riproduttiva e all'integrità della persona.⁶ La Sierra Leone ha varato una politica nazionale per i giovani finalizzata a integrare le iniziative loro destinate all'interno delle politiche e dei programmi di sviluppo. L'attuale piano di lotta alla povertà del Nepal attribuisce priorità alla salute e alla formazione delle persone adolescenti.⁷

EDUCAZIONE ALLA SALUTE. Quasi tutti i paesi hanno introdotto l'educazione alla salute, comprese le cosiddette competenze necessarie alla vita, all'interno dei curricula scolastici (soprattutto nell'istruzione secondaria) e nei programmi rivolti ai giovani che non vanno a scuola. Alcuni riferiscono anche di fare uso di *peer education* (formazione tra coetanei, n.d.t.) per raggiungere i giovani dentro e fuori le scuole. Molti hanno introdotto programmi per contattare i giovani che non vanno a scuola grazie a circoli giovanili, campi e laboratori, mentre alcuni usano i mass media per comunicare informazioni sulla salute riproduttiva a un pubblico di giovani più vasto e differenziato.

In Bolivia il Ministero della Salute ha istituito con il sostegno dell'UNFPA un programma per le giovani donne indigene che combina l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva, l'alfabetizzazione in spagnolo e nelle lingue indigene e iniziative per migliorare l'autostima. Nel 2000 questo programma ha ricevuto il Premio internazionale per l'alfabetizzazione dell'UNESCO.⁸

SERVIZI. Il 90 per cento dei paesi che hanno risposto all'indagine ha preso iniziative per fornire alle e agli adolescenti l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva. Molti hanno istituito servizi a misura di giovani, concepiti specificamente per loro. La maggior parte di detti servizi è su piccola scala e molti sono gestiti da ONG. I bisogni insoddisfatti sono ancora molti. Anche quando i servizi sono disponibili le e gli adolescenti possono avere difficoltà a servirsene, a causa della mancanza di informazioni, della stigmatizzazione so-

ciale, dell'opposizione delle famiglie, dell'atteggiamento negativo degli operatori, della paura che la riservatezza venga violata e di convinzioni sbagliate sull'affidabilità e gli effetti collaterali dei metodi contraccettivi.

FORMAZIONE, COMPETENZE NECESSARIE ALLA VITA E PARTECIPAZIONE. Alcuni paesi forniscono ai giovani possibilità di occupazione, formazione professionale ed educazione alle competenze necessarie alla vita: la maggior parte di essi riferisce di aver preso iniziative per promuovere la partecipazione delle persone giovani all'elaborazione delle politiche e dei programmi, attraverso comitati consultivi o consultazioni informali condotte tramite seminari e dialoghi con le organizzazioni giovanili. Il Costa Rica ha lanciato un'iniziativa innovativa per coinvolgere i giovani nello sviluppo di una politica giovanile nazionale, tramite la recente istituzione di un Consiglio nazionale giovani creato con il sostegno dell'UNFPA.⁹

LIMITAZIONI. A dieci anni dalla Conferenza del Cairo fornire informazioni e servizi per la salute riproduttiva alle e agli adolescenti è ancora una questione controversa in alcuni paesi. C'è un ampio riconoscimento della necessità di mettere le adolescenti in condizione di astenersi dal sesso come scelta personale, o di proteggersi da gravidanze indesiderate, dall'HIV/AIDS e dalle altre infezioni a trasmissione sessuale se sessualmente attive. La mancata corrispondenza tra bisogni e servizi è aggravata dal fatto che spesso le persone adolescenti non si fidano degli operatori sanitari, soprattutto in ambulatori pubblici affollati, e si sentono giudicate dagli operatori, che percepiscono come privi di attenzione proprio per gli aspetti fondamentali di una buona assistenza, che comprendono riservatezza e privacy.

Ruolo delle ONG

Le ONG stanno svolgendo un ruolo importante per fornire assistenza e informazioni e per far avanzare i diritti riproduttivi delle persone adolescenti. In Indonesia, ad esempio, il governo riconosce che le ONG sono spesso molto più avanti nel fornire servizi per l'adolescenza e riferisce che i centri giovani promossi dall'*Indonesian Planned Parenthood Association* sono gestiti proprio da persone adolescenti e da "altre persone che capiscono davvero i giovani".

In Etiopia le ONG stanno collaborando per fornire servizi per la salute riproduttiva alle persone adolescenti tramite centri giovani e programmi sul territorio. Esse incoraggiano inoltre le e i giovani a intraprendere attività generatrici di reddito autonome, grazie a prestiti su piccola scala.

In Giamaica la *Futures Group International*, una ONG internazionale, sta collaborando con il Ministero della Sanità in

una campagna mass mediatica che promuove l'astinenza tra gli adolescenti ed educa i più grandi al sesso sicuro.

In India, le sette ONG della Rete Kidavri per le capacità delle persone adolescenti (che comprende organizzazioni religiose, di iniziativa sociale, di ricerca sociale e umanitarie) assiste diversi gruppi di adolescenti poveri ed emarginati, compresi i ragazzi di strada, e promuove la partecipazione dei giovani ai processi decisionali.

Principali questioni relative alla salute e allo sviluppo

L'87 per cento dei giovani tra i 15 e i 24 anni vive nei paesi in via di sviluppo.¹⁰ Le persone al di sotto dei 15 anni costituiscono il 31 per cento della popolazione dei paesi in via di sviluppo e il 43 per cento di quelli meno sviluppati di tutti.¹¹ Nel 2000 adolescenti e giovani tra i 10 e i 24 anni rappresentavano il 29 per cento della popolazione nei paesi in via di sviluppo e il 32 per cento dei paesi meno sviluppati, mentre erano il 20 per cento della popolazione nei paesi sviluppati.¹²

POVERTÀ E DIFFERENZA DI GENERE: CICLI E IMPATTI. I giovani rappresentano un quarto del miliardo di persone che vivono al di sotto della soglia di povertà estrema, pari a 1 dollaro al giorno.¹³ Circa 106 milioni di giovani vivono in condizioni di estrema povertà in Asia meridionale, 60 milioni nell'Africa sub-sahariana, 51 milioni in Asia orientale e Pacifico, e 15 milioni in America Latina e Caraibi. La povertà estrema spesso impedisce alle e agli adolescenti di frequentare la scuola, perpetuando il ciclo di povertà e rendendo questo gruppo ancora più difficile da raggiungere con programmi per la salute, l'istruzione o lo sviluppo.

La popolazione giovane continua a crescere nei paesi poveri. Con l'aumentare della povertà di un paese, aumenta la percentuale di giovani nella popolazione nazionale. L'uso dei contraccettivi e l'accesso ai servizi sanitari aumentano in relazione ai livelli di istruzione e allo status economico, e altrettanto vale per l'età del matrimonio e del primo figlio.

Tra il 1990 e il 2000 l'analfabetismo tra i giovani di 15-24 anni è diminuito in tutte le regioni, ma è ancora decisamente più alto tra le femmine che tra i maschi, e sono pochi i progressi compiuti dal 1990 per ridurre questo divario.¹⁴ Le giovani continuano a scontrarsi con un accesso limitato alle opportunità di istruzione, spesso causato da una divisione tradizionale dei ruoli fra uomo e donna che considera prioritaria l'istruzione dei maschi.

ATTIVITÀ SESSUALE PRECOCE. Nella maggior parte del mondo i giovani raggiungono la pubertà in età più precoce e si sposano più tardi che in passato, mentre le relazioni ses-

suali pre-matrimoniali risultano in aumento. I dati della fine degli anni '90 dimostrano che tra le giovani donne sessualmente attive prima dei venti anni il 51 per cento in Africa e il 45 per cento in America Latina e Caraibi ha iniziato l'attività sessuale prima del matrimonio. Per contro, la percentuale maschile corrispondente era del 90 per cento in Africa e del 95 per cento in America Latina e Caraibi.¹⁵ In molti paesi sviluppati l'inizio dell'attività sessuale si svolge prevalentemente prima del matrimonio sia per gli uomini che per le donne.

GRAVIDANZE ADOLESCENZIALI. Il Programma d'Azione del Cairo esorta i governi a "tutelare e promuovere i diritti delle persone adolescenti all'educazione, alle informazioni e all'assistenza in materia di salute riproduttiva, e a ridurre notevolmente il numero di gravidanze adolescenziali".¹⁶ Anche se le gravidanze adolescenziali stanno diminuendo in molti paesi, si tratta ancora di un problema scottante – soprattutto per i rischi che le gravidanze precoci comportano per la salute di madre e bambino nonché per l'impatto sulle prospettive di istruzione e di vita delle ragazze.

Le ragazze al di sotto dei 20 anni rappresentano ancora il 17 per cento di tutte le partorienti nei paesi meno sviluppati,¹⁷ pari a 14 milioni di parti all'anno a livello mondiale. Nei paesi in via di sviluppo una donna su tre partorisce prima dei 20 anni, con una variabilità regionale che va dall'8 per cento in Asia orientale al 55 per cento in Africa occidentale.¹⁸

La gravidanza rappresenta ancora una causa significativa di morte tra le ragazze di 15-19 anni: i fattori principali sono le complicazioni del parto e gli aborti a rischio. Le ragazze tra i 15 e i 19 anni rappresentano almeno un quarto dei 20 milioni di aborti a rischio stimati nel mondo e dei quasi 70.000 decessi annui per cause legate all'aborto.

Per ragioni sia fisiologiche che sociali, le madri tra i 15 e i 19 anni hanno il doppio delle probabilità di morire di parto rispetto a quelle che hanno più di 20 anni. L'ostruzione del canale del parto è particolarmente comune tra le donne fisicamente immature che partoriscono per la prima volta. Quelle che non muoiono a causa di questa patologia possono perdere il bambino o contrarre una fistola ostetrica, che crea un foro nel canale del parto che provoca incontinenza e spesso le condanna all'emarginazione.

RISCHIO DI INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE E HIV/AIDS.

Ogni 14 secondi, una persona giovane viene infetta dall'HIV/AIDS. In molti contesti, il numero di nuove infezioni tra le giovani donne è esponenzialmente superiore a quello degli uomini.¹⁹ Due terzi delle nuove infezioni nell'Africa sub-sahariana riguardano le donne. Solo una piccola per-

centuale di giovani affetti da HIV/AIDS conosce la propria condizione. Sia nei paesi sviluppati che in quelli meno sviluppati la maggior parte delle persone che iniziano la vita sessuale in giovane età non sa come proteggersi dal virus. Le giovani donne spesso non sono in grado di negoziare l'uso del preservativo con il partner e possono temere di subire violenze se cercano di farlo.

Un terzo dei nuovi casi di infezioni a trasmissione sessuale curabili ogni anno – più di 100 milioni – riguarda uomini e donne al di sotto dei 25 anni.²⁰ Essere affetti da un'altra infezione a trasmissione sessuale non curata aumenta il rischio di infezione da HIV.

MAGGIORI RISCHI PER LE ADOLESCENTI SPOSATE. Nonostante una tendenza globale a ritardare l'età del matrimonio (l'età media del primo matrimonio tra le donne è salita da 21,4 anni nel 1970 a 25,2 anni nel 2000²¹), 82 milioni di ragazze nei paesi in via di sviluppo che adesso hanno tra i 10 e i 17 anni saranno sposate prima del diciottesimo compleanno.²²

Le adolescenti sposate spesso sono esposte a maggiori rischi per la salute riproduttiva rispetto a quelle non sposate, dovendo rispondere ad aspettative familiari e sociali che le spingono a iniziare ad avere figli subito dopo il matrimonio. Il loro accesso ai contraccettivi è spesso limitato. Molte sono esposte al rischio di infezioni a trasmissione sessuale o di infezione da HIV da parte di mariti più anziani che possono avere molte partner sessuali: ma convincerli a usare il preservativo non è nemmeno pensabile.

Da una ricerca condotta alla fine degli anni '90 risulta che la diffusione dei contraccettivi tra le persone adolescenti sessualmente attive e non sposate rispetto alle/i coetanee/i sposate/i era superiore al 30 per cento in sette paesi dell'Africa sub-sahariana (Benin, Camerun, Capo Verde, Kenya, Nigeria, Sudafrica e Zambia) e al 60 per cento in sei paesi di America Latina e Caraibi (Bolivia, Brasile, Colombia, Costa Rica, Repubblica Dominicana e Perù): in entrambi i casi, una percentuale molto più alta rispetto alle coppie omologhe sposate.²³ In particolare, l'uso dei preservativi in quei paesi era significativamente superiore tra le persone adolescenti non sposate, rispetto a quelle sposate.²⁴

Rispondere ai bisogni dell'adolescenza

Aiutare adolescenti e giovani a evitare gravidanze indesiderate e infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV, richiede un impegno educativo per promuovere atteggiamenti responsabili e comportamenti sessuali più sani, un accesso più ampio a servizi per la salute riproduttiva a misura di giovani, una formazione sulle competenze necessarie alla vita e iniziative per promuovere i diritti di donne e ragazze.

30

CONSENTIRE ALLE RAGAZZE DI REALIZZARE I PROPRI SOGNI

"Io sono convinta che quando studi, realizzi i tuoi sogni, ma se ti sposi troppo giovane, perdi la possibilità di realizzarli," dice Safa, una quindicenne dello Yemen.

Safa partecipa al programma finanziato dall'UNFPA e realizzato dalle *Girl Guides*: una delle molte partnership tra il Fondo e organizzazioni pubbliche, sociali e religiose che si occupano di sensibilizzare la popolazione sulle conseguenze dei matrimoni precoci per le ragazze, come i rischi sanitari di gravidanze precoci, la perdita di opportunità di sviluppo e la limitazione delle scelte di vita.

Safa e le altre partecipano a molte attività – artigianato, sport, arte e formazione in materia di salute riproduttiva e questioni sociali. Dopo cinque anni di partecipazione al programma è sicura di sé e desiderosa di parlare ai suoi amici e familiari su quanto ha imparato, soprattutto per quanto riguarda il matrimonio precoce. Mentre molte sue coetanee non hanno altra scelta che sposarsi giovani, lei ha altri programmi: "Voglio diventare avvocato – l'avvocato più famoso di tutto lo Yemen".

L'impegno dell'UNFPA è finalizzato a garantire che la salute e i diritti riproduttivi dell'adolescenza siano inclusi nei programmi nazionali e tradotti in politiche e azioni che diano risultati tangibili. Il Fondo lavora per promuovere i diritti umani e l'uguaglianza fra i sessi e per sostenere una transizione ben riuscita all'età adulta. La priorità viene data a contattare le persone più vulnerabili – comprese quelle che vivono in condizioni di povertà o di gravi difficoltà, le giovani sposate, le/i giovani affetti da HIV/AIDS o resi orfani dall'epidemia e i ragazzi e le ragazze di strada. L'UNFPA si occupa anche di diritti e salute dell'adolescenza in termini più ampi, valorizzando programmi olistici che affrontano un vasto insieme di bisogni e tengono conto del contesto sociale, economico e culturale più ampio in cui vivono i giovani.

Promuovere un comportamento più sano

Fornire informazioni adeguate all'età in materia di sessualità e prevenzione di gravidanze e infezioni si è dimostrato utile per incoraggiare un comportamento responsabile (che comprende l'astinenza dai rapporti sessuali, un inizio più tardivo della vita sessuale e la limitazione del numero dei partner). Oltre ai programmi nelle scuole si cerca di raggiungere i giovani che non frequentano la scuola e che spesso sono più vulnerabili e a rischio.

Dopo la Conferenza del Cairo sono stati usati molti metodi e mezzi di comunicazione innovativi, fra cui spettacoli e

concerti, messaggi sui media, eventi sportivi, numeri verdi e attività di *peer counselling* e *peer education* (consulenza e formazione tra coetanei) condotte da giovani appositamente formati. I programmi sono sempre più finalizzati a trasmettere alle e agli adolescenti competenze necessarie alla vita, oltre a impartire informazioni legate alla sessualità.

I programmi di *peer education* possono aiutare le/i giovani a comprendere come le aspettative sulla divisione dei ruoli fra uomo e donna possano minacciarne la salute riproduttiva, dando loro la sicurezza necessaria per resistere a queste norme. Alcune iniziative, ad esempio, hanno lo scopo di mettere le giovani in condizione di rifiutare i rapporti sessuali e di affermare il proprio diritto a dire “no”, oltre a insistere sul sesso sicuro e sull’uso dei preservativi se sessualmente attive. Altre incoraggiano i giovani uomini a mettere in discussione le idee comuni sul dominio maschile nelle relazioni e sull’accettabilità della coercizione e della violenza sessuale.

Anche la partecipazione delle comunità locali è importante. In Cambogia i leader comunitari, gli insegnanti, i genitori e persino i monaci (molti dei quali sono giovani anch’essi) ricevono un’educazione sulle questioni legate alla salute riproduttiva, al fine di incrementarne la comprensione e il sostegno nei confronti delle e degli adolescenti.²⁵

Servizi a misura di giovani

Un insieme di modelli viene utilizzato per fornire servizi per la salute riproduttiva culturalmente adeguati e a misura di giovani che, tra le altre cose, ne rispettano la privacy e la riservatezza, offrono orari e sedi convenienti e mantengono i prezzi alla loro portata. Tra gli approcci incoraggiati troviamo l’intervento sul campo di *peer educator*, gli ambulatori mobili, i programmi nelle scuole e sui luoghi di lavoro e il marketing sociale dei preservativi presso punti di distribuzione non tradizionali e facilmente accessibili ai giovani.

In Senegal il “Progetto per le adolescenti” – sostenuto dalla Fondazione delle Nazioni Unite e realizzato da UNFPA e UNICEF – fornisce a 10.000 ragazze e giovani donne tra i 15 e i 24 anni di famiglia povera informazioni esaustive sulla salute riproduttiva e servizi a misura di giovani, insieme a competenze necessarie alla vita e attività generatrici di reddito. Il progetto si occupa anche di giovani disabili.

Progressi in campo giuridico

Negli ultimi anni, alcuni paesi hanno varato leggi, scritto nuove costituzioni o approvato emendamenti ai codici che promuovono i diritti delle persone adolescenti, compreso il diritto ai servizi per la salute riproduttiva e sono finalizzati

31

AFRICAN YOUTH ALLIANCE

L’*African Youth Alliance* (AYA) è all’avanguardia nel rendere concretamente disponibili ai giovani, in primo luogo quelli tra i 10 e i 19 anni, programmi completi d’informazione e assistenza per la salute riproduttiva. L’obiettivo di AYA è ridurre l’incidenza e la diffusione dell’HIV/AIDS e delle altre infezioni a trasmissione sessuale e migliorare la salute riproduttiva generale delle e degli adolescenti in Botswana, Ghana, Uganda e Tanzania. Finanziata dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*, AYA si fonda sulla collaborazione tra UNFPA, *Program for Appropriate Technology in Health* (PATH), *Pathfinder International* e ONG locali in modo da espandere le iniziative più efficaci.

In Botswana, ad esempio, AYA sta aiutando la *Botswana Family Welfare Association* e il Dipartimento per la salute familiare del Ministero della Sanità a rendere i loro servizi a misura di giovani. Il marketing sociale dei preservativi e gli interventi sul campo sono finalizzati a sensibilizzare i giovani sui nuovi servizi e sulla loro qualità. In Ghana è stato creato un comitato AYA per garantire una partecipazione significativa del governo alle iniziative per la salute riproduttiva delle e degli adolescenti. AYA ha lavorato intensamente con il Ministero della Sanità per formare gli operatori sanitari a fornire servizi a misura di giovani.

Avvicinandosi al quinto e ultimo anno del programma, AYA si sta concentrando sul potenziamento delle capacità dei suoi partner locali e sull’espansione delle attività in corso, al fine di far proseguire il programma oltre la sua scadenza originaria. Alcuni partner nazionali di AYA hanno ricevuto un’assistenza intensiva nell’ambito della gestione finanziaria e della pianificazione strategica.

a eliminare le disparità di trattamento e considerazione fra maschi e femmine, nelle famiglie e da parte della società.

Il Perù ha approvato una legge che garantisce il diritto all’istruzione con pari opportunità per maschi e femmine. Un’altra legge punta a consentire alle ragazze delle zone rurali di completare la scuola secondaria e mira a eliminare le discriminazioni contro le giovani e le adolescenti, istituendo inoltre servizi sanitari separati per le donne all’interno delle strutture scolastiche. Anche la Tunisia ha approvato una legge che garantisce il diritto all’istruzione senza discriminazioni in base al sesso o ad altri fattori. La legislazione di Argentina e Panama garantisce alle adolescenti incinte il diritto di rimanere a scuola. La legge di Panama stabilisce il diritto delle adolescenti di ricevere un’assistenza sanitaria integrale durante la gravidanza, il parto e il periodo post-partum (i servizi sono gratuiti se la giovane non può sostenerne la spesa). Il Ministero della Sanità provvederà alla formazione degli insegnanti su come

rivolgersi alle studenti in tema di salute riproduttiva e su come scoraggiare le discriminazioni.

Il Nicaragua ha varato una legge esaustiva sullo sviluppo giovanile che elenca i diritti dei giovani di entrambi i sessi (definiti come le persone tra i 18 e i 30 anni) alle informazioni in materia di salute riproduttiva, all'educazione sessuale e ai diritti riproduttivi, compreso l'accesso ai servizi per la pianificazione familiare e alle informazioni su infezioni a trasmissione sessuale, gravidanze indesiderate, aborti a rischio e HIV/AIDS.

Le sfide più importanti

ALLARGARE IL RAGGIO D'AZIONE. A livello mondiale in seguito alla Conferenza del Cairo sono stati avviati molti buoni programmi per affrontare i problemi di salute riproduttiva dell'adolescenza, ma la maggior parte opera su una scala relativamente piccola. Una sfida fondamentale è garantire le risorse e l'impegno necessari ad allargare la portata di questi programmi.

Un'organizzazione efficace in questo senso è *Action Health Incorporated* in Nigeria, la cui esperienza ha contribuito all'elaborazione di un programma nazionale per la salute riproduttiva.²⁶ Sono in corso anche iniziative del governo.

Dopo la Conferenza del Cairo il Mozambico si è impegnato a investire nei giovani. Ha adottato una politica nazionale multisettoriale per la gioventù che coinvolge diversi ministeri, ONG e organizzazioni di base, con l'obiettivo di aumentare la partecipazione dei/le giovani allo sviluppo delle politiche e migliorarne la salute riproduttiva. Progettato e sviluppato dai giovani stessi, il progetto nazionale *Geração Biz* promuove il cambiamento dei comportamenti e si occupa di adolescenti ad ampio raggio, compresi studenti e giovani che non frequentano la scuola.

PARTECIPAZIONE E PARTNERSHIP. La partecipazione delle e dei giovani nei processi di elaborazione dei programmi e delle politiche deve essere istituzionalizzata, in modo da rappresentare un'occasione di *empowerment* per le giovani generazioni. Un'iniziativa sviluppata da UNICEF, OMS e UNFPA dal titolo "Realizzare il diritto delle adolescenti allo sviluppo e alla partecipazione" punta a rendere l'adolescenza una priorità nei programmi per lo sviluppo, promuovendo la partecipazione delle giovani ai processi decisionali.

Il Nicaragua, con l'aiuto di UNFPA e UNICEF, ha sviluppato e applicato una politica nazionale per la gioventù che integra la salute riproduttiva in un quadro più ampio di cittadinanza, *peer education* e partecipazione politica. In seguito a una consultazione nazionale con le e gli adolescenti,

32

ASSISTERE LE ADOLESCENTI DEL BANGLADESH RURALE

In Bangladesh più di metà delle ragazze si sposa e inizia a far figli prima dei 20 anni. L'UNFPA e l'UNICEF hanno unito le loro forze per aiutare le adolescenti non sposate a ritardare il matrimonio e le adolescenti sposate a conoscere i propri diritti. L'iniziativa dell'UNICEF *Kishori Abjijan*, realizzata in collaborazione con il governo e con le ONG *Population Council*, *BRAC* e *Centre for Mass Education in Science*, promuove le capacità di leadership e l'assunzione di ruoli positivi per le adolescenti. Le ragazze sono partner attive e partecipano a programmi per acquisire competenze non tradizionali come il giornalismo e la fotografia, in modo da aumentare la fiducia in se stesse e la visibilità all'interno della comunità. L'UNFPA sostiene le attività per sensibilizzare le adolescenti sui loro diritti riproduttivi. Entrambi i progetti sono focalizzati su un processo di *empowerment* delle adolescenti, ma aiutano anche il governo, le famiglie e le comunità locali a sostenere lo sviluppo delle ragazze.

il governo ha esplicitamente integrato i bisogni di salute riproduttiva delle persone adolescenti nel suo "Documento strategico sulla lotta alla povertà": è il primo paese al mondo a fare questa scelta.²⁷

Con il sostegno della Finlandia, l'UNFPA sta istituendo un consiglio consultivo delle giovani e dei giovani per garantire che le sue politiche ne integrino il punto di vista e ne affrontino necessità, problemi e aspirazioni. Questo organismo comprenderà persone dei paesi sviluppati e in via di sviluppo e si concentrerà inizialmente su tre temi: HIV/AIDS, i bisogni delle adolescenti sposate e il ruolo della cultura per la salute riproduttiva delle persone adolescenti.²⁸

APPROCCI STRATEGICI. Da una recente valutazione dell'UNFPA e dai contributi dell'*International Planned Parenthood Federation* per promuovere la salute e i diritti dell'adolescenza con programmi ad hoc in sei paesi è emerso che una maggiore attenzione alle politiche, ai processi decisionali e all'uso strategico di approcci centrati sui diritti e più sensibili alla differenza di genere avrebbe reso più efficaci le iniziative fino ad oggi intraprese.²⁹ Vengono fatti ancora pochi tentativi per entrare efficacemente in contatto con i gruppi più emarginati di giovani e bisogna lavorare di più per rendere disponibili ed accessibili a tutte le persone giovani servizi di qualità per la salute riproduttiva. I risultati della valutazione, che è stata finanziata da alcuni donatori bilaterali, saranno usati nel lavoro dell'UNFPA dei prossimi anni in favore delle giovani e dei giovani di tutto il mondo.



10 La salute riproduttiva per le comunità in crisi

Una delle conquiste più importanti della Conferenza del Cairo è stata la maggiore attenzione ai bisogni legati alla salute riproduttiva delle popolazioni rese vulnerabili da conflitti armati o disastri naturali.

Dieci anni fa l'assistenza umanitaria per le popolazioni colpite da complesse situazioni di emergenza si limitava generalmente alla fornitura di cibo, acqua e servizi igienici, un tetto e assistenza sanitaria di base. I decessi dovuti a complicazioni prevenibili della gravidanza e del parto sono numericamente superiori a livello mondiale rispetto ai decessi per fame, eppure la strumentazione di base per l'assistenza al parto e per gli interventi ostetrici di emergenza era inclusa raramente nei materiali per l'assistenza umanitaria. Il rischio di gravidanze indesiderate e infezioni a trasmissione sessuale aumenta drasticamente nei campi di accoglienza, ma in quei contesti erano poche le agenzie umanitarie che fornivano servizi di pianificazione familiare, terapie e supporto psicologico per le vittime della violenza sessuale o semplicemente preservativi.

Tutto ciò ha iniziato a cambiare con la Conferenza del Cairo del 1994 che ha offerto, per la prima volta su un palcoscenico internazionale, a profughe e rifugiate la possibilità di parlare dei propri bisogni in materia di salute riproduttiva e il cui Programma d'Azione affronta specificamente i bisogni di salute riproduttiva delle persone sfollate.

A metà degli anni '90 l'UNFPA, l'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (ACNUR), l'OMS e altri partner hanno collaborato all'elaborazione di un esauriente "Manuale inter-agenzie di intervento sul campo per la salute riproduttiva nei campi profughi"¹ e hanno concordato un insieme di standard minimi per l'assistenza.

L'UNFPA ha assemblato le risorse materiali necessarie nelle situazioni di emergenza in un "kit per la salute riproduttiva" composto da 12 confezioni che contengono rispettivamente i materiali necessari per un parto igienico e sicuro, per affrontare emergenze ostetriche, per la prevenzione e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS, e per la pianificazione familiare. Dal 1996 in poi, le agenzie ONU, le organizzazioni e i governi hanno ordinato e utilizzato tali kit in più di 50 paesi e aree geografiche.

I DIRITTI VALGONO ANCHE NELLE SITUAZIONI DI EMERGENZA, DOVE I BISOGNI SONO MAGGIORI. Le donne in età riproduttiva sono circa il 25 per cento delle decine di milioni di profughi e sfollati in seguito a guerre, carestie, persecuzioni o disastri naturali. Fra queste donne, è probabile che risulti incinta almeno una su cinque. Negare la salute riproduttiva nelle emergenze ha conseguenze gravi, tra cui gravidanze indesiderate, decessi materni e infantili evitabili,

LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLE PERSONE SFOLLATE

Migranti e persone sfollate di molte parti del mondo hanno un accesso limitato ai servizi per la salute riproduttiva e possono subire gravi minacce alla propria salute riproduttiva e ai propri diritti in materia. I servizi devono essere particolarmente sensibili ai bisogni delle singole donne e adolescenti e devono rispondere positivamente alla loro condizione, spesso di totale impotenza, rivolgendo un'attenzione particolare alle vittime di violenza sessuale.

—Programma d'Azione del Cairo, par. 7.11

diffusione di infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS.

La Conferenza del Cairo afferma che il diritto alla salute riproduttiva si applica a tutte le persone in ogni momento. I programmi efficaci per la salute riproduttiva salvaguardano diritti umani fondamentali come il diritto alla salute, alla libera scelta del numero di figli e dell'intervallo di tempo tra una maternità e l'altra, all'informazione e all'istruzione, e alla libertà dalla violenza e dalla coercizione sessuale.

Maternità senza rischi

La gravidanza e il parto possono essere pericolosi per le donne anche nelle circostanze migliori. I conflitti o i disastri naturali aumentano i rischi per le donne incinte, a causa dell'improvvisa perdita dell'assistenza medica, affiancata in molti casi da traumi, malnutrizione, malattie o esposizione alla violenza.

Quando, a dicembre del 2003, c'è stato un potente terremoto a Bam, in Iran, in meno di dieci minuti sono andate perdute più dell'85 per cento delle infrastrutture sanitarie della zona colpita e più di metà del suo personale sanitario. Il trauma della catastrofe ha causato molti parti prematuri e aborti spontanei.

Quando i recenti scontri in Sudan hanno costretto più di 100.000 profughi a fuggire in Ciad, le donne incinte sono state costrette a partorire sul ciglio della strada e in mezzo al deserto. La mancanza dei più elementari strumenti per un parto sicuro e igienico – il sapone, una lama di rasoio pulita per tagliare il cordone ombelicale e un telo di plastica per sdraiarsi in terra – hanno condannato molte donne a infezioni letali, lasciando i loro figli orfani e a rischio per il futuro.²

Da una ricerca del 2002 è emerso che le complicanze della gravidanza e del parto sono la causa principale di morte tra le donne in età fertile dell'Afghanistan devastato dalla guerra. Solamente il 7 per cento delle donne afgane morte di parto era stata assistita da personale sanitario qualificato.

Come in contesti più stabili, quasi tutte le donne che sviluppano complicazioni legate alla gravidanza possono essere salvate dalla morte e dalla disabilità se vengono curate per tempo. Entro le prime 72 ore dal terremoto di Bam, l'UNFPA ha aiutato il Ministero iraniano della Sanità e dell'Educazione Sanitaria a fornire alle donne incinte i materiali per partorire in casa in condizioni di sicurezza e a istituire strutture temporanee per gli interventi ostetrici di emergenza. In Ciad e in altri insediamenti di profughi l'UNFPA lavora con i partner locali per fornire un'assistenza prenatale e un sistema

33

L'IMPATTO DEI CONFLITTI SU DONNE E BAMBINE

Oltre agli effetti generali in termini di violenza e mancata assistenza sanitaria:

- Le donne sono particolarmente sensibili alla carenza di vitamine e ferro – soffrono soprattutto di anemia, che può essere fatale per le donne incinte e i loro figli.
- Le donne devono affrontare un'incredibile varietà di problemi legati alla salute riproduttiva, dalla mancanza di assorbenti igienici per le mestruazioni a complicazioni potenzialmente fatali della gravidanza.
- Lo stress e la devastazione della guerra portano spesso a un aumento della violenza di genere e della violenza sessuale.
- Le donne hanno la responsabilità primaria della cura dei soggetti resi più vulnerabili dalla guerra – bambini, malati e anziani.
- La vulnerabilità delle donne è ulteriormente accresciuta dalla perdita degli uomini e dei ragazzi, dalla disgregazione della struttura sociale e da altri fattori legati ai conflitti.

per ottenere assistenza medica in caso di emergenze ostetriche. In Afghanistan l'UNFPA ha risposto fornendo interventi e strumentazioni di emergenza durante la fase acuta della crisi, e ha contribuito allo sviluppo a lungo termine ripristinando tra le altre cose un ospedale per la maternità e formando operatori sanitari.

Da una valutazione globale effettuata recentemente dal Gruppo di lavoro inter-agenzia sulla salute riproduttiva nei campi profughi risulta che nella maggior degli insediamenti viene attualmente fornita almeno una qualche combinazione di assistenza prenatale, assistenza al parto, gestione delle emergenze ostetriche e assistenza neonatale e post-partum. I tassi di mortalità materna nei campi profughi in Kenya, Pakistan e Tanzania sono risultati più bassi di quelli complessivi del paese ospitante o del paese di provenienza. Sebbene alcune componenti dell'assistenza sanitaria materna – soprattutto l'assistenza ostetrica di emergenza – richiedano ancora un notevole rafforzamento, i primi passi dopo il 1994 sono stati positivi.

Pianificazione familiare

Spesso la pianificazione familiare viene considerata una preoccupazione secondaria in insediamenti di emergenza o post-bellici. Eppure, in paesi dilaniati dalla guerra come l'Angola o la Sierra Leone, dove non sono disponibili servizi adeguati di assistenza prenatale, assistenza al parto e interventi ostetrici di emergenza, addirittura una

donna su nove è condannata a morire come conseguenza della gravidanza o del parto. Per le donne in contesti di crisi, una gravidanza non pianificata può essere fatale.

Trascurare la pianificazione familiare può avere altre gravi conseguenze, come gli aborti a rischio dovuti a gravidanze indesiderate, intervalli di tempo troppo ristretti tra una gravidanza e l'altra, gravidanze pericolose per donne troppo giovani o troppo anziane, la trasmissione di infezioni sessuali, compreso l'HIV/AIDS.

Assicurare una fornitura stabile di contraccettivi può essere una sfida enorme in una situazione di emergenza. Le vie di trasporto possono essere inaccessibili, le reti di distribuzione dissolte e le strutture sanitarie distrutte. Le forniture esistenti possono non rispondere alla domanda, quando un gran numero di persone si sposta in un nuovo insediamento.

Anche se per molte donne in questi insediamenti restare incinta è una scelta, un gran numero di donne che vorrebbero evitare le difficoltà della gravidanza, del parto e della maternità in un campo profughi non hanno scelta per via del mancato accesso ai preservativi o ad altri metodi contraccettivi.

Anche quando i servizi e i materiali sono disponibili, alcuni fattori possono impedirne l'uso. Una valutazione effettuata nel 2001 dalla Commissione femminile per le donne e i bambini profughi e rifugiati ha trovato che molti profughi angolani in Zambia erano riluttanti a usare i metodi di pianificazione familiare, nonostante la loro disponibilità. Tra gli ostacoli individuati c'erano: la resistenza da parte del marito, le credenze religiose e comunitarie sul fatto che le donne debbano avere il numero maggiore di figli possibile, la mancanza di programmi di distribuzione sul territorio e la difficoltà delle donne a convincere i propri partner a usare il preservativo. Per promuovere l'accettazione dei metodi di pianificazione familiare la Commissione ha raccomandato una campagna d'informazione rivolta agli uomini e la formazione permanente di *peer educator* (o formatori omologhi) e di assistenti sociali³.

Negli insediamenti di emergenza di ogni parte del mondo l'UNFPA fornisce preservativi gratuiti come primo passo per ripristinare i servizi di pianificazione familiare. Quando la situazione di sicurezza lo permette, il Fondo conduce una rapida valutazione per individuare il fabbisogno di pianificazione familiare, ed è spesso in grado di fornire le più rilevanti informazioni di base sulla popolazione, comprese le preferenze in materia di pianificazione familiare. Nel pianificare programmi a medio e lungo termine, l'UNFPA e i suoi partner si sforzano di coinvolgere donne, uomini e ado-

lescenti delle popolazioni colpite, per contribuire a garantire servizi di pianificazione familiare adeguati, sensibili alle differenze culturali ed efficaci.

Violenza sessuale e di genere

Lo stupro è stato per secoli una caratteristica dei conflitti armati, spesso utilizzato sistematicamente per umiliare, dominare o devastare il tessuto sociale del "nemico". Dopo la Conferenza del Cairo ci sono stati alcuni conflitti, ad esempio in Bosnia, Ruanda e Kosovo, in cui le popolazioni civili sono state vittime deliberate della violenza sessuale: un fenomeno su cui si sono soffermati i movimenti per i diritti umani e delle donne e la stampa internazionale.

Meno attenzione è stata invece dedicata alle donne e alle ragazze che durante gli esodi e negli insediamenti profughi possono essere costrette a offrire sesso in cambio di cibo, rifugio o protezione. Anche la violenza domestica e lo stupro coniugale aumentano drasticamente tra le popolazioni sfollate, quando molti uomini che hanno perso il lavoro, lo status sociale e la stabilità sfogano la propria frustrazione sulle proprie partner.

L'impatto della violenza, soprattutto dello stupro, può essere devastante. Le conseguenze fisiche comprendono lesioni, gravidanze indesiderate, disfunzioni sessuali e HIV/AIDS. Le vittime possono subire l'esclusione dalla vita familiare e l'isolamento sociale. Il danno alla salute mentale può portare ad ansia, disturbi da stress post-traumatico, depressione e suicidio. Molte vittime non riferiscono lo stupro subito e altre si sentono impotenti a farlo.

Fino a poco tempo fa i tentativi di prevenire la violenza sessuale e di genere in momenti di conflitto o spostamenti di popolazioni erano scarsi. Eppure, diverse iniziative indirizzate alle popolazioni colpite dalle guerre hanno mostrato che questo fenomeno si può prevenire, tramite:

- una sensibilizzazione in materia, che condanni la violenza sessuale come una violazione dei diritti umani e una minaccia alla salute pubblica;
- un sostegno alle campagne di formazione e informazione;
- la promozione di misure di sicurezza per le donne nei campi profughi, compresa un'illuminazione adeguata, pattugliamenti di sicurezza, la dislocazione sicura di servizi e strutture e la garanzia che sia possibile l'approvvigionamento di acqua, carburante, foraggio e altri beni senza doversi avventurare troppo lontano;

- campagne che promuovano l'adozione e l'applicazione di leggi e politiche contro la violenza sessuale e di genere, nonché attività di formazione per poliziotti e giudici;
- coinvolgimento degli uomini, al fine di promuovere un cambiamento dei comportamenti.

L'UNFPA sostiene questi sforzi, insieme ad attività di cura e supporto psicologico che contribuiscano a creare un senso di sicurezza e a fornire le occasioni per parlare delle esperienze di violenza – tutti fattori fondamentali per riprendersi dalla violenza subita. Il supporto psicologico e la formazione possono aiutare le famiglie e le comunità ad accettare e aiutare le donne che hanno subito uno stupro. La formazione su come aiutare le vittime di violenza sessuale può rendere più attente le risposte degli operatori sanitari. Le terapie mediche e psicologiche comprendono la contraccezione d'emergenza, le attività di supporto psicologico e i servizi per la salute riproduttiva.

HIV/AIDS e altre infezioni a trasmissione sessuale

Tutte le malattie a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS, si diffondono drasticamente in condizioni di crisi che coincidono con un limitato accesso ai mezzi di prevenzione, assistenza e terapia. Tra le altre condizioni che aumentano l'esposizione ai rischi in situazioni di emergenza troviamo:

- grandi spostamenti di persone;
- la rottura di relazioni stabili e la disintegrazione della vita comunitaria e familiare;
- il crollo delle norme sociali che governano il comportamento sessuale;
- l'avvio più precoce della vita sessuale delle/degli adolescenti;
- donne e adolescenti di entrambi i sessi costrette/i a prestazioni sessuali in cambio di cibo, un tetto, soldi e protezione;
- la mescolanza fra popolazioni con tassi più alti di infezione da HIV;
- maggiori rischi di violenza sessuale, compreso lo stupro.

Lo stupro da parte di uomini infetti espone le donne all'HIV. Le abrasioni o lacerazioni del tessuto vaginale dovute alla violenza possono aumentare drammaticamente il rischio di infezione.

In alcuni conflitti, l'infezione pianificata e deliberata delle donne con l'HIV è stata usata come strumento di pulizia etnica. Un'associazione di vedove del genocidio ruandese ha scoperto che due terzi delle sue associate era stata violentata da militanti Hutu sieropositivi.

Anche se i dati sulla diffusione dell'HIV negli insediamenti profughi sono scarsi, si ritiene che durante e dopo un esodo il rischio di contrarre il virus sia più alto.⁴ Gli interventi per infezioni a trasmissione sessuale e HIV/AIDS necessari negli insediamenti di profughi quando la situazione si stabilizza corrispondono in larga misura a quelli necessari presso le popolazioni stabili: informazioni e formazione, promozione e distribuzione di preservativi, gestione sindromica dei casi di infezioni a trasmissione sessuale, servizi di supporto psicologico e test volontari per l'HIV, precauzioni per garantire una fornitura di sangue non infetto e prevenzione della trasmissione madre-bambino.

In insediamenti post-bellici, tuttavia, come in Liberia e Sierra Leone, in cui anni di guerra e di continui esodi hanno fatto sì che la diffusione crescente dell'HIV/AIDS rappresenti una grave minaccia per la riconciliazione e la ricostruzione post-bellica, l'UNFPA e i suoi partner hanno sviluppato un approccio più integrato (vedi Scheda 28, pag. 71).

La salute riproduttiva nell'adolescenza

I giovani separati dalle famiglie e dalla comunità sono particolarmente esposti allo sfruttamento sessuale e hanno maggiori probabilità di intraprendere comportamenti sessuali a rischio. Gli adolescenti colpiti dalla guerra possono subire pesantemente lo sfaldamento dei sistemi sociali e culturali, il mancato accesso all'istruzione e ai servizi sanitari, la disgregazione della scuola e delle amicizie, l'esposizione alla violenza e la perdita di familiari.

In Colombia, la violenza e gli esodi di popolazione sono accompagnati da un netto aumento delle gravidanze adolescenziali e degli aborti a rischio. Da una ricerca è emerso che le ragazze sfollate avevano una probabilità di rimanere incinte prima dei 15 anni tre volte superiore rispetto alle altre.⁵ In Liberia, dove sono comuni le gravidanze tra le bambine anche di 11, 12 anni, un rappresentante dell'OMS ha stimato che nel 2002 fino all'80 per cento delle adolescenti entro i 15 anni sfollate era ricorsa all'aborto volontario.⁶

Mentre nell'ultimo decennio è migliorata la copertura dei servizi sanitari per i profughi internazionali, c'è un arretramento per quanto riguarda la fornitura di servizi alle persone sfollate all'interno del proprio paese, che a livello mondiale sono il doppio dei profughi.

In Angola, dove centinaia di migliaia di persone restano sfollate dopo quasi trent'anni di guerra, la grave carenza di servizi di base per la maternità ha determinato uno dei tassi di mortalità materna più alti del mondo. È difficile che la situazione possa migliorare senza un impegno enorme, a lungo termine, che comprenda la ricostruzione e il ripristino delle strutture sanitarie, la formazione di operatori sanitari e l'istituzione di sistemi di base per la segnalazione e il trasporto in caso di complicazioni che richiedano un intervento ostetrico di emergenza.

Anche gli sfollati all'interno della Liberia sono privi di servizi sanitari minimi da più di dieci anni.

Gli sfollati all'interno del proprio paese rappresentano una sfida particolare per gli operatori umanitari, soprattutto per quanto riguarda la fornitura di servizi per la salute riproduttiva. Le autorità nazionali spesso trascurano gli sfollati, e a volte sono ostili nei loro confronti. Le agenzie come l'ACNUR e l'UNFPA hanno esteso i propri mandati nel corso degli ultimi dieci anni al fine di includervi gli sfollati all'interno del proprio paese e hanno fatto alcuni progressi nell'inserire questi soggetti nei sistemi sanitari nazionali. Eppure milioni di persone rimangono inaccessibili per queste organizzazioni.

I governi dei paesi in cui vivono persone sfollate devono fare di più per riconoscerne i diritti, mentre i paesi donatori devono aumentare i finanziamenti e la pressione politica per garantire che i bisogni di queste persone non vengano ignorati.

Le gravidanze precoci possono avere implicazioni gravi per la salute e il benessere di ragazze i cui corpi non sono ancora sufficientemente sviluppati per sostenere la gravidanza e il parto. La probabilità di morire di gravidanza e parto per le ragazze tra i 10 e i 14 anni è cinque volte superiore rispetto alle donne tra i 20 e i 24 anni. Anche gli aborti a rischio presentano rischi tremendi per la salute.⁷ In molti insediamenti in zone di conflitto le ragazze sono anche estremamente vulnerabili all'HIV e alle altre infezioni a trasmissione sessuale.

Uno dei modi più efficaci per proteggere la salute delle adolescenti colpite da disastri umanitari è garantire loro l'accesso a informazioni e servizi in materia di salute sessuale e riproduttiva. Ciò comprende la disponibilità di informazioni e servizi "a misura di giovani" e di attività di supporto psicologico, che possono essere

particolarmente importanti per le vittime di violenza sessuale.

Con il sostegno del Belgio l'UNFPA sta lavorando con i partner locali per espandere i servizi e il sostegno ai/le giovani sfollati/e all'interno del proprio paese in Burundi, Colombia, Repubblica Democratica del Congo, Liberia, Territori Palestinesi Occupati, Ruanda e Sierra Leone.

Nella Repubblica Democratica del Congo, ad esempio, l'UNFPA e le ONG locali hanno istituito dei centri per le/i giovani sfollati che vivono al di fuori dei campi o nelle grandi città. I centri offrono servizi per la salute riproduttiva, compresi i servizi di supporto psicologico e test volontari per le infezioni a trasmissione sessuale. Il progetto ha anche preparato dieci ONG a fornire servizi e informazioni per la salute riproduttiva alle e agli adolescenti. Con l'aumento della domanda di questi servizi, saranno necessari più fondi, risorse e partner.

Progressi e lacune

Sebbene i finanziamenti internazionali per i bisogni legati alla salute riproduttiva in situazioni di emergenza siano aumentati dal 1994 in poi, il numero di persone che necessitano di questi servizi è cresciuto più in fretta della relativa assistenza. Più di metà dei paesi dell'Africa sub-sahariana sono stati colpiti da una crisi nel corso degli ultimi dieci anni — sia direttamente, come nel caso del Ruanda o della Liberia, che indirettamente, come per la Repubblica Unita di Tanzania e la Guinea, che sono stati investiti da un gran numero di profughi provenienti dai paesi vicini.

La mancata risposta ai bisogni di salute riproduttiva delle popolazioni colpite da una crisi, soprattutto nell'epoca dell'AIDS, può avere conseguenze tragiche che non investono solamente le singole donne, uomini e bambini. Può anche indebolire la stabilità di un'intera nazione e le prospettive di riconciliazione, ricostruzione e sviluppo nazionale post-bellico.

Una nuova valutazione globale effettuata dal "Gruppo di lavoro inter-agenzia sulla salute riproduttiva nei campi profughi" lancia un segnale d'allarme sul fatto che i progressi recenti in questo ambito sono attualmente minacciati dalla stagnazione o dal calo dei finanziamenti esterni, cui si aggiunge l'opposizione politica dell'amministrazione USA nei confronti di alcuni aspetti della salute riproduttiva. L'intensificarsi della mobilitazione e dei finanziamenti è oggi di importanza più critica che mai, in una fase in cui l'instabilità geopolitica e la crescente vulnerabilità ai disastri naturali minacciano di aumentare il numero di persone in condizioni di necessità nel corso dei prossimi anni.



11 Priorità d'azione

Con l'adozione del Programma d'Azione del Cairo nel 1994 i governi di tutto il mondo hanno riconosciuto che il fattore chiave per uno sviluppo economico sostenuto e sostenibile è l'investimento nelle persone, ampliandone le opportunità e mettendole in condizione di realizzare le proprie potenzialità di esseri umani. Il successo delle iniziative di attuazione della piattaforma del Cairo e di lotta alla povertà dipende dalla messa in opera di finanziamenti adeguati e di partnership efficaci.

Nel presente capitolo viene esaminato il ruolo delle partnership nella promozione della salute riproduttiva e nelle iniziative di realizzazione degli obiettivi del Cairo e degli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo e le risorse necessarie. In conclusione, una sintesi delle priorità d'azione.

Partnership con la società civile

Le organizzazioni non governative sono la spina dorsale di molti programmi in diverse parti del mondo e hanno avuto un ruolo cruciale nella costruzione dell'accordo del Cairo, con livelli mai visti prima di partecipazione al dibattito intergovernativo. Le raccomandazioni del Programma d'Azione sulla promozione di partnership con le ONG, con altri soggetti della società civile e con il settore privato sono molto avanzate.

Oggi le ONG di molti paesi sono impegnate nell'erogazione di servizi per la salute riproduttiva e nella promozione della piattaforma del Cairo in molti modi, ad esempio attraverso campagne di mobilitazione.

Prima del 1994 la partnership fra governi e ONG riguardava principalmente le associazioni per la pianificazione familiare, principali fornitori di questi servizi in molti paesi in via di sviluppo. Nell'ultimo decennio questo tipo di collaborazione è continuato e le ONG hanno spesso ricevuto consistenti finanziamenti esterni per fornire servizi indipendentemente dai governi. Dopo la Conferenza del Cairo e la verifica del 1999 sui suoi risultati le partnership fra governi e società civile hanno coinvolto una gamma più ampia di soggetti, quali associazioni professionali, gruppi di volontariato e altri.

Nel *Global Survey 2003* dell'UNFPA, il 90 per cento dei governi di tutte le parti del mondo riferiscono di aver avviato iniziative di partnership in materia di popolazione e salute riproduttiva. Entrambe le parti riconoscono che le ONG spesso riescono a contattare con più facilità determinate fasce della popolazione e a realizzare alcuni programmi con maggiore efficacia dei governi.

ONG E SERVIZI PER LA SALUTE RIPRODUTTIVA. Alcuni governi non forniscono parte dei servizi per la salute riproduttiva perché mancano loro le risorse finanziarie o le strutture per farlo. In alcune realtà, in cui c'è bisogno di flessibilità e di maggiore rapidità di intervento sul campo, le ONG sono in una posizione migliore, rispetto ai governi, per promuovere l'uguaglianza fra i sessi e la responsabilizzazione degli uomini, combattere la violenza di genere, fornire agli/alle adolescenti informazioni e servizi per la salute riproduttiva, avviare programmi per migliorare la condizione giovanile, contattare i gruppi più soggetti a rischio di infezione da HIV.

In Messico il governo riconosce il ruolo delle ONG nell'erogazione di servizi sanitari, quali Pap test, visite ginecologiche, assistenza pre-natale e ai neonati.

Nell'ultimo decennio l'avvio delle riforme della sanità, i Documenti strategici sulla lotta alla povertà (*Poverty Reduction Strategy Papers*) e vari interventi settoriali hanno spinto molti donatori a erogare finanziamenti direttamente ai governi. I governi dei paesi in via di sviluppo si trovano quindi in condizioni migliori per costruire partnership con ONG, altri soggetti della società civile e con il settore privato per la realizzazione di iniziative a complemento dei programmi gestiti direttamente dallo stato.

In Bangladesh, dove il grosso dell'assistenza sanitaria viene fornita dalle ONG e dal settore privato, il governo ha coinvolto ONG e organizzazioni di base in un "Comitato consultivo nazionale sulla partecipazione dei soggetti interessati alle iniziative su sanità, nutrizione e popolazione" per garantire servizi a misura di utenti, assistenza di qualità, equità sociale e fra i sessi, decentramento. L'intento di questa iniziativa è coinvolgere i partner sia

nella programmazione che nell'attuazione delle politiche e dei programmi.

In altri paesi invece ONG e altri soggetti sono stati coinvolti nell'elaborazione delle strategie di lotta alla povertà e nella riforma sanitaria, ma sono stati poi esclusi dalla fase attuativa. Le ONG e altri soggetti della società civile, comprese le associazioni professionali, intervengono oggi in settori tradizionalmente considerati prerogativa esclusiva dello stato, quali la definizione di standard e la verifica degli interventi, con un ruolo che a volte è complementare rispetto all'intervento pubblico e a volte colma i vuoti lasciati da quest'ultimo. Le ONG possono anche avere un ruolo di monitoraggio sul rispetto, da parte dei governi, dei trattati sui diritti umani e degli impegni di realizzazione del Programma d'Azione.

Le associazioni e gli ordini professionali di medici, paramedici, ostetriche e altri operatori sanitari possono avere un ruolo cruciale nel fissare gli standard, anche sul piano etico, e nel fornire formazione professionale permanente ai propri iscritti in materie quali la salute sessuale e riproduttiva, i diritti relativi e la qualità dell'assistenza. Alcune ONG internazionali, ad esempio il Commonwealth Medical Trust, hanno realizzato iniziative con questo fine.

SETTORE PRIVATO. Un altro nuovo sviluppo di quest'ultimo decennio è rappresentato dalla partnership fra ONG e settore privato nella promozione della salute riproduttiva, in seguito al riconoscimento reciproco dei vantaggi comparati su cui poteva far conto ciascuno dei due soggetti. Le imprese private forniscono opportunità di marketing sociale dei preservativi e di altri prodotti per la salute riproduttiva in supermercati, negozi e farmacie. Alcuni imprenditori privati riconoscono ormai i vantaggi di un miglioramento della salute sessuale e riproduttiva sia fra i propri dipendenti che nelle comunità in cui operano.

PARLAMENTARI. Le assemblee elettive hanno un ruolo importante nel fissare le priorità, allocare le risorse e definire le responsabilità istituzionali in materia di servizi per la salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti. In molti paesi esistono gruppi di parlamentari impegnati a promuovere l'applicazione e il finanziamento della piattaforma del Cairo.

Il primo di questi gruppi, la "Federazione dei parlamentari giapponesi per la popolazione", da tre decenni ha un ruolo trainante nel movimento globale dei parlamentari su questi temi. Il "Gruppo dei parlamentari di tutti i partiti del Regno Unito su popolazione, sviluppo e salute riproduttiva" ha ispirato la nascita di gruppi nazionali di parlamentari anche in altri paesi europei. Fra i gruppi esi-

stenti nei paesi in via di sviluppo troviamo l'"Associazione indiana dei parlamentari su popolazione e sviluppo", e le Commissioni popolazione e sviluppo delle due camere del parlamento nigeriano.

Le reti regionali e globali dei parlamentari sono attive anche nelle campagne di mobilitazione e sensibilizzazione. Sia i Forum regionali su popolazione e sviluppo dei parlamentari asiatici, africani e arabi che il Gruppo parlamentare inter-americano su popolazione e sviluppo hanno organizzato nel corso del 2004 varie iniziative per celebrare il decimo anniversario della Conferenza del Cairo.

Il 18-19 ottobre 2004 si aprirà a Strasburgo, in Francia, la seconda Conferenza internazionale dei parlamentari sull'applicazione del Programma d'Azione del Cairo, organizzata congiuntamente dal Forum parlamentare inter-europeo su popolazione e sviluppo e dall'UNFPA, in collaborazione con il Consiglio d'Europa.

Nella prima conferenza, tenutasi a Ottawa, in Canada, nel 2002, 103 parlamentari di 72 paesi firmarono una "Dichiarazione di impegni" in cui venivano definite le azioni specifiche che si impegnavano a intraprendere per tutelare i diritti riproduttivi delle donne, migliorare l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva, pianificazione familiare compresa, ridurre la mortalità materna e prevenire la diffusione dell'HIV/AIDS. La dichiarazione conteneva anche l'impegno a battersi perché il 10 per cento dei fondi nazionali per lo sviluppo fossero destinati a programmi su popolazione e salute riproduttiva.

UNIVERSITÀ. Per la raccolta e l'analisi dei dati e per la ricerca sui temi della salute sessuale e riproduttiva, i governi spesso si rivolgono alle università. In India, ad esempio, è stata affidata a 18 centri universitari di ricerca sui temi della popolazione la ricerca sulle tendenze e le dinamiche demografiche, sulle conoscenze e atteggiamenti delle/gli utenti dei servizi, sui problemi operativi e su altri aspetti del rapporto popolazione/sviluppo. L'Istituto di ricerca sociale, statistica ed economica dell'Università del Ghana gestisce attività di formazione sui temi della salute riproduttiva, della differenza di genere, della povertà e delle interconnessioni fra popolazione e sviluppo.

COOPERAZIONE SUD/SUD. La promozione dello scambio di know-how ed esperienze fra paesi in via di sviluppo è un altro aspetto significativo dell'importanza assegnata dalla Conferenza del Cairo alla costruzione di partnership. Il coordinamento Partners in Population and Development, creato nel 1994 grazie al contributo di UNFPA, Rockefeller Foundation e altri donatori, comprende oggi 20 paesi in

via di sviluppo (Bangladesh, Benin, Cina, Colombia, Egitto, Gambia, India, Indonesia, Giordania, Kenya, Mali, Messico, Marocco, Nigeria, Pakistan, Tailandia, Tunisia, Uganda, Yemen e Zimbabwe) impegnati a incrementare e potenziare la cooperazione Sud/Sud in materia di pianificazione familiare e salute riproduttiva.²

Risorse per l'attuazione del Programma d'Azione

Il Programma d'Azione del Cairo è stato il primo documento internazionale unanimemente concordato a contenere una stima dei costi di realizzazione degli interventi proposti.³ Esso individua un programma minimo di azioni prioritarie da includere nel sistema di assistenza sanitaria primaria, quali ad esempio:

- Pianificazione familiare e infrastrutture per l'erogazione del servizio.
- Aumento dei servizi per la salute riproduttiva (che comprendano: assistenza prenatale, parto naturale e senza rischi, informazioni, formazione e comunicazione sulla salute riproduttiva – anche su temi quali le infezioni a trasmissione sessuale, la sessualità umana e la paternità e maternità responsabili, prevenzione di pratiche nocive quali le mutilazioni dei genitali femminili, prevenzione dell'infertilità, diagnosi e terapia delle infezioni a trasmissione sessuale, accompagnate da *counselling*; educazione sanitaria, consulenze e strutture specialistiche di riferimento in caso di complicanze della gravidanza e del parto).
- Prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS.
- Dati, ricerca ed elaborazione di politiche in materia di popolazione e salute riproduttiva.

Il costo annuo di questo pacchetto di interventi è stato stimato a 17,1 miliardi di dollari nel 2000, 18,5 miliardi nel 2005, 20,5 miliardi nel 2010 e 21,7 miliardi nel 2015. L'accordo raggiunto prevedeva che i paesi in via di sviluppo reperissero i due terzi del fabbisogno utilizzando risorse interne, mentre il rimanente terzo doveva essere fornito dagli aiuti internazionali dei paesi donatori.

Il Programma d'Azione afferma che tali stime sarebbero state riviste nel corso del tempo⁴ e che sarebbero state necessarie risorse ulteriori a vari livelli dei sistemi sanitari, nonché per interventi di sostegno in campi quali la formazione, la riduzione della mortalità, l'*empowerment* delle donne e la partecipazione sociale.

NUOVE PROIEZIONI. Dopo la Conferenza del Cairo sono state elaborate nuove stime sui costi delle iniziative più generali sullo sviluppo. L'Iniziativa 20/20 per far fronte ai bisogni primari in materia di servizi sociali, lanciata dal Vertice mondiale per lo sviluppo sociale del 1995, esortava i paesi in via di sviluppo a destinare il 20 per cento dei loro bilanci a sanità, istruzione e altri aspetti sociali dello sviluppo e i paesi donatori a destinare a questi settori il 20 per cento dei loro aiuti allo sviluppo. Secondo le stime della "Commissione su macro-economia e salute", la spesa totale per realizzare un pacchetto prioritario di interventi sanitari nei paesi a basso reddito era di 66 miliardi di dollari l'anno.⁵

Nell'ambito degli interventi per la salute riproduttiva, la stima dei costi per un pacchetto complessivo di interventi (di prevenzione, terapia e assistenza) proposto alla Sessione Speciale dell'Assemblea generale ONU sull'HIV/AIDS nel 2001 era di 7-10 miliardi di dollari all'anno. Questa proiezione è stata poi ulteriormente aumentata dalle analisi effettuate negli anni seguenti,⁶ giungendo a una stima di 9,2 miliardi di dollari l'anno necessari per realizzare interventi chiavi e creare infrastrutture entro il 2005. Le voci relative alla prevenzione contenute in queste stime risultavano solo di poco superiori alle stime elaborate alla Conferenza del Cairo.⁷

Sono attualmente in corso nuove stime delle risorse necessarie per finanziare l'intero pacchetto di interventi anti-HIV/AIDS: esse dovranno tener conto sia della perdurante diffusione della pandemia che della necessità di nuovi finanziamenti per potenziare le infrastrutture sanitarie e metterle in grado di fornire i servizi richiesti.

Questo esempio dimostra la natura dinamica delle proiezioni sul fabbisogno finanziario, man mano che le priorità di intervento vengono tarate in base alle condizioni locali e ai costi di realizzazione e si affina la comprensione delle esigenze di sistema. I costi della transizione verso nuovi sistemi di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi sono sempre difficili da prevedere.

Integrare la prevenzione dell'HIV/AIDS nei programmi per la salute riproduttiva rappresenta un impegno politico prioritario.⁸ Avviare nuove iniziative "verticali" che si occupano solo di HIV/AIDS comporta notevoli costi di avvio per la creazione di appositi sistemi di gestione, oltre ad altre esigenze di tipo istituzionale.⁹ Certo è più facile verificare i flussi finanziari destinati a iniziative verticali ad hoc, piuttosto che dover spulciare tutto il bilancio del sistema sanitario alla ricerca dei costi specifici per la lotta all'HIV/AIDS, ma la programmazione integrata è in grado di rispondere a esigenze molteplici e di capitalizzare le sinergie fra componenti diverse, oltre che di fornire i vantaggi delle economie di scala.¹⁰

Nonostante le difficoltà di individuare i flussi finanziari, l'UNFPA fornisce periodicamente informazioni aggiornate sui fondi erogati per finanziare il pacchetto di interventi proposti dalla Conferenza del Cairo in materia di popolazione e salute riproduttiva. Nel 2003 i contributi dei donatori sono stati di circa 3,1 miliardi di dollari, cioè solo il 54 per cento degli impegni dei donatori per finanziare il Programma d'Azione entro il 2000 e il 51 per cento del fabbisogno entro il 2005.

Gli stanziamenti nazionali per finanziare il pacchetto degli interventi nel 2003 sono stati, secondo le stime, 11,7 miliardi di dollari. Gran parte di questi stanziamenti, però, sono concentrati in alcuni grandi paesi: Brasile, Cina, India, Indonesia e Messico. Molti paesi — soprattutto i più poveri, la cui spesa sanitaria pro-capite è bassa — dipendono in larga misura dai finanziamenti dei donatori per la pianificazione familiare, i servizi per la salute riproduttiva, la lotta all'HIV/AIDS, la documentazione statistica sulla popolazione, la ricerca e la definizione delle politiche.¹¹ Gli ostacoli non sono solo di natura finanziaria. Per utilizzare al meglio le risorse occorre potenziare lo scambio di informazioni, di tecnologia e di altre forme di assistenza tecnica.

FABBISOGNO DI RISORSE UMANE. Non è possibile accelerare i progressi e migliorare la qualità se i programmi non sono in grado di assumere, formare e mantenere nel tempo il personale. Per le diverse mansioni sono necessarie professionalità diverse: preparazione sul piano tecnico e medico, capacità di sostegno psicologico, di dialogo, di lavoro sul territorio, competenze gestionali e di supervisione, ecc. Spesso queste professionalità sono difficili da reperire e le retribuzioni del settore pubblico sono troppo basse per attrarre le persone più capaci.

Ampliare il raggio di copertura dei programmi richiede anche la capacità di garantire che ci siano persone disponibili là dove le necessità sono maggiori — spesso in località isolate, o poco accoglienti. Ciascuna di queste difficoltà nel reperimento di risorse umane va affrontata in modo sistematico, di norma nell'ambito di una riforma complessiva del sistema.

FABBISOGNO DI BENI E PRODOTTI. Non è possibile compiere ulteriori passi avanti senza una fornitura dei prodotti essenziali per la realizzazione dei programmi. L'UNFPA, in collaborazione con altri grandi donatori, ha operato per garantire un approvvigionamento sicuro e di buona qualità di farmaci, apparecchiature e prodotti per la salute riproduttiva. Secondo le stime, i donatori forniscono attualmente una quantità di prodotti contraccettivi molto inferiore agli

stanziamenti precedenti: all'inizio degli anni '90 era coperto da finanziamenti dei donatori il 41 per cento del fabbisogno di anticoncezionali, cioè circa il doppio della percentuale attuale. A causa di questo calo dei finanziamenti è stato necessario creare sistemi di gestione delle richieste di emergenza presentate dai paesi in cui rischiano di verificarsi carenze o esaurimento delle scorte.

GLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO. Il Millennium Project delle Nazioni Unite¹² considera prioritaria, per realizzare nei prossimi 11 anni gli Obiettivi per lo sviluppo del Millennio, una definizione del fabbisogno di risorse e capacità fondata sulla valutazione dei bisogni. Secondo la valutazione degli esperti, la disponibilità di servizi per la salute riproduttiva (compresi quelli per la maternità senza rischi, la pianificazione familiare e la prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale) è essenziale per la realizzazione degli Obiettivi del Millennio.¹³ Saranno pertanto necessari, per raggiungere questo fine, investimenti trasversali in molti settori, compresi quelli della popolazione e della salute riproduttiva.

È necessario un notevole incremento delle risorse (sia quelle stanziare dai donatori che quelle nazionali) destinate alla realizzazione del Programma d'Azione del Cairo e

35

DINAMICHE DEMOGRAFICHE ED ELABORAZIONE DI POLITICHE

Il Piano nazionale per lo sviluppo varato dal Nicaragua nel 2003 rappresenta un esempio positivo di come un paese può integrare le dinamiche demografiche nei processi nazionali di pianificazione ed elaborazione delle politiche. Il piano, che è stato definito con l'assistenza tecnica dell'UNFPA, riconosce che l'incremento demografico e le migrazioni interne ed esterne hanno implicazioni importanti dal punto di vista della lotta alla povertà e propone un miglioramento dei sistemi di rilevazione dei dati sull'andamento demografico, la creazione di nuovi posti di lavoro e un'attenzione particolare alle esigenze dei giovani in materia di servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Il Piano ha inciso anche su altre iniziative per lo sviluppo avviate dal governo, o cui esso ha partecipato, fra cui la stesura di un "Documento strategico sulla lotta alla povertà", la formulazione del *UN Development Assistance Framework* (Accordo quadro delle Nazioni Unite per l'assistenza allo sviluppo), l'individuazione delle azioni necessarie per realizzare gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo e l'elaborazione di piani nazionali su popolazione, giovani e sviluppo. Da ciò è anche nato un dialogo positivo fra dirigenti nazionali dei diversi settori di intervento sullo sviluppo e una collaborazione a livello locale fra diversi settori, in particolare nella creazione di servizi per le/gli adolescenti.

Priorità d'azione

Una chiara direzione politica e finanziamenti adeguati saranno essenziali per realizzare sia gli obiettivi del Cairo che gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo. Le priorità d'azione per i prossimi 10 anni comprendono le seguenti aree:

COORDINAMENTO DELLE POLITICHE

- **Integrare le priorità della piattaforma del Cairo nella concertazione sulle politiche per lo sviluppo in materia di** eliminazione della povertà, empowerment delle donne, politiche sociali, diritti umani, sostenibilità ambientale, politiche macroeconomiche, nonché nelle politiche settoriali, nei Documenti strategici sulla lotta alla povertà (e in altri processi di programmazione).
- **Espandere le politiche e i programmi di risposta ai bisogni delle popolazioni più povere** e garantire che le iniziative di attuazione della piattaforma del Cairo abbiano un orientamento a favore dei più poveri. Considerare prioritari l'aumento della scolarizzazione e delle professionalità dei poveri e l'erogazione di servizi alle comunità povere delle zone rurali e urbane.
- Rendere **la partecipazione della società civile** una costante di tutte le pratiche istituzionali, a livello nazionale, regionale e locale.
- **Riformare le leggi, le politiche e le istituzioni, per promuovere l'equità e l'uguaglianza fra i sessi.** Combattere la violenza di genere e le pratiche tradizionali dannose; estendere l'accesso delle donne alla terra e al credito; aumentare la partecipazione delle donne ai processi decisionali; superare le disuguaglianze nella famiglia, nel lavoro e nella società.
- **Creare un collegamento tra iniziative nazionali di rafforzamento delle capacità** e sistemi di realizzazione degli Obiettivi del Millennio, con un monitoraggio dei progressi compiuti nella realizzazione del Programma d'Azione del Cairo, per massimizzare le sinergie e l'efficacia dei programmi.

POPOLAZIONE E SVILUPPO

- **Integrare le dinamiche demografiche nella programmazione nazionale** e nella concertazione delle politiche. Di fronte a mutamenti di dimensioni, composizione e densità della popolazione, chi elabora i piani nazionali deve prevedere i bisogni in termini di infrastrutture e servizi, per riuscire a farvi fronte.
- **Far fronte alla rapidità dei processi di urbanizzazione**, anche nei paesi meno sviluppati di tutti. Ampliare i servizi sanitari primari - compresi quelli per la salute riproduttiva - e altri servizi sociali nelle comunità povere che vivono ai margini delle città. Facilitare il decentramento dei processi decisionali, fornendo al personale locale una formazione sulla gestione dei bilanci, l'erogazione dei servizi e il monitoraggio.
- **Dedicare più attenzione allo sviluppo rurale** per: affrontare le carenze in materia di assistenza sanitaria, istruzione e occupazione; arrestare il degrado ambientale; rallentare l'emigrazione delle persone più istruite e con capacità professionali; ridurre l'impatto dell'HIV/AIDS.

SALUTE RIPRODUTTIVA

- **Destinare più attenzione e maggiori risorse all'erogazione di servizi qualificati e completi per la salute riproduttiva.**
- **Dare priorità alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare nelle iniziative di potenziamento e riforma dei sistemi sanitari**, nelle politiche di settore, nei Documenti strategici sulla lotta alla povertà e nelle strategie di realizzazione degli Obiettivi del Millennio.
- **Potenziare la capacità** di erogare servizi per la salute riproduttiva a tutti i livelli, garantendo un finanziamento sostenibile e personale adeguato, migliorando la qualità dei servizi e aumentandone l'utilizzo.
- **Garantire la sostenibilità e la sicurezza della catena di approvvigionamento** di tutte le forniture, le apparecchiature e i prodotti necessari per

servizi integrati per la salute riproduttiva, anticoncezionali compresi.

- **Orientare le capacità e le risorse in direzione degli interventi notoriamente più efficaci**, comprese le nuove iniziative per ridurre la mortalità materna e garantire la salute riproduttiva delle persone adolescenti.
- **Migliorare la qualità dell'assistenza**, facendo tesoro dei progressi dell'ultimo decennio.
- **Costruire sistemi efficaci di monitoraggio e valutazione** per affrontare gli ostacoli nella realizzazione dei programmi e valutare i risultati.
- **Potenziare i sistemi di raccolta, analisi, diffusione ed utilizzo dei dati** tramite la formazione e il sostegno delle istituzioni.

SALUTE MATERNA

- **Incrementare ed estendere l'accesso delle donne agli interventi più efficaci per la prevenzione della mortalità materna:** assistenza qualificata al parto e accesso all'assistenza ostetrica di emergenza.
- **Potenziare i servizi di pianificazione familiare** per mettere le donne in condizioni di rinviare, distanziare e limitare le gravidanze.
- **Incrementare l'utilizzo dei servizi per la maternità sicura**, in particolare fra le famiglie povere, con un lavoro di sensibilizzazione, di superamento delle barriere economiche e sociali e di miglioramento delle infrastrutture.
- **Rimuovere gli ostacoli finanziari all'erogazione di assistenza prenatale e post-parto**, rendendo gratuita ogni forma di assistenza di questo genere, o coprendone le spese attraverso sistemi assicurativi nazionali.

HIV/AIDS

- **Creare un raccordo più efficace fra interventi sull'HIV/AIDS e servizi per la salute riproduttiva**, come parte di una risposta multisettoriale all'epidemia.
- **Estendere il sostegno ai programmi per la pianificazione familiare e la salute riproduttiva** - punti di accesso rilevanti per la prevenzione, assistenza e terapia anti-HIV.
- Aumentare gli sforzi per **integrare la prevenzione e la terapia dell'HIV/AIDS all'interno di servizi ad ampio raggio per la salute riproduttiva.**
- **Incrementare i programmi attuali**, usando un approccio multisettoriale.
- **Affrontare i fattori socio-economici che facilitano la diffusione dell'HIV/AIDS**, compresi i rapporti fra i sessi, con programmi per la modifica dei comportamenti che tengano conto delle differenze culturali.

SALUTE RIPRODUTTIVA NELL'ADOLESCENZA

- Intensificare gli sforzi per **arrivare a tutte le persone adolescenti bisognose di assistenza**, comprese quelle sposate e quelle che non frequentano la scuola.
- **Aumentare la partecipazione delle persone giovani** all'elaborazione, realizzazione e monitoraggio dei programmi, e ai processi politici.
- **Ampliare l'approccio complessivo alla programmazione e allo sviluppo di iniziative per i giovani.**
- **Incrementare le iniziative in corso.**

RISORSE

- **Incrementare i finanziamenti dei donatori** per l'attuazione della piattaforma del Cairo.
- **Condividere le informazioni** sull'efficacia delle iniziative, in modo da combinare finanziamenti e capacità amministrative per ottenere il massimo impatto.
- **Dare sostegno ai governi perché prendano le decisioni giuste**, in un'atmosfera di trasparenza e verifica del rispetto degli impegni presi.

degli Obiettivi del Millennio. Queste risorse devono però essere usate in modo efficace. In un quadro istituzionale in mutamento, con il decentramento e la devolution dei poteri decisionali sulle politiche sociali, sarà dunque necessario uno sviluppo di competenze e capacità sia a livello nazionale che ai livelli più bassi dell'amministrazione. Molti paesi, e in particolare i più poveri, non hanno sufficienti risorse umane e finanziarie per farlo: occorre pianificare accuratamente come superare questi limiti.

Nel 2002 alla Conferenza internazionale sui finanziamenti per lo sviluppo tenutasi a Monterrey, in Messico, i paesi donatori hanno ribadito la loro intenzione di erogare aiuti internazionali corrispondenti allo 0,7 per cento del proprio prodotto nazionale lordo. Solo cinque paesi hanno raggiunto la percentuale indicata.¹⁴

Per realizzare gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo e quelli, di importanza cruciale, indicati alla Conferenza del Cairo, e per compiere passi avanti decisivi nella lotta alle molte dimensioni della povertà umana, gli impegni a fornire aiuti allo sviluppo assunti nel passato devono trasformarsi da dichiarazioni di buone intenzioni a investimenti operativi e partnership concrete.

Conclusioni

La Conferenza del Cairo del 1994 ha dato un significato pratico al concetto di sviluppo centrato sulla persona umana. Il Programma d'Azione riconosce che investire nelle persone e ampliarne le opportunità e capacità è indispensabile per ottenere una crescita economica sostenuta e alleviare la povertà.

L'accordo del Cairo ha sollecitato una risposta globale in quanto:

- ha facilitato una comprensione più avanzata a livello internazionale dei temi della salute e dell'*empowerment* delle donne, poi approfonditi ulteriormente nella quarta Conferenza mondiale sulle donne, tenutasi a Pechino nel 1995;
- ha promosso una maggiore attenzione, nell'ambito del dialogo sullo sviluppo, alle opportunità degli individui, poste al centro delle politiche e delle strategie in materia di popolazione;
- ha agito da catalizzatore di un maggiore ruolo delle organizzazioni della società civile nel dialogo sullo sviluppo;
- ha legittimato gli accordi internazionali sulle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo.

Con questi risultati, la Conferenza del Cairo ha aiutato ad aprire la strada agli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo.

In questi dieci anni nelle politiche nazionali, regionali e internazionali si sono registrati progressi coerenti con l'impostazione della Conferenza del Cairo. All'interno delle politiche e delle istituzioni sono stati fatti passi avanti sul tema della salute riproduttiva. È stata riconosciuta la multiformità delle condizioni demografiche nelle diverse parti del mondo e le diverse nazioni hanno lavorato per costruire politiche e programmi per affrontare i bisogni più urgenti.

Temi precedentemente ignorati nel dibattito politico – quali le pratiche tradizionali nocive, la violenza di genere, la salute riproduttiva nell'adolescenza, l'assistenza post-aborto, i bisogni sanitari delle popolazioni rifugiate e di quelle che vivono in situazioni di emergenza, la sicurezza degli approvvigionamenti di prodotti per la salute riproduttiva e la pianificazione familiare e il ruolo della cultura come canale per promuovere i diritti umani fondamentali – sono stati ormai assunti all'interno del dibattito e degli interventi ordinari.

Molte cose sono cambiate nel mondo dal 1994 a oggi. Il contesto ideologico e istituzionale in cui si collocano le iniziative per lo sviluppo è radicalmente mutato.

Il decentramento dei processi decisionali, il mutato equilibrio fra responsabilità pubbliche e private, i nuovi sistemi di finanziamento e vincoli di bilancio, le iniziative di riforma a livello settoriale, i programmi verticali di intervento su specifiche malattie e la priorità crescente attribuita alla riduzione della povertà hanno trasformato i termini di riferimento sia del dibattito che delle azioni.

Eppure l'impostazione delle iniziative nazionali – centrata sulla persona umana e sulla partecipazione – che è al cuore del Programma d'Azione del Cairo è oggi più che mai rilevante. In un mondo impegnato a raggiungere gli obiettivi ambiziosi del Vertice del Millennio, l'impegno politico e l'investimento di risorse umane e finanziarie adeguate per applicare il Programma d'Azione del Cairo rimane di importanza cruciale.

Miglioramento della salute infantile e materna, uguaglianza fra i sessi, progresso dell'istruzione, riduzione della povertà, qualità dell'ambiente e più efficaci partnership per lo sviluppo sono tutti obiettivi che dipendono dalla mobilitazione di volontà politica e dalla disponibilità dei finanziamenti necessari per la realizzazione della piattaforma del Cairo. Accesso universale alla salute riproduttiva, istruzione e partecipazione sociale sono essenziali per la dignità nazionale e delle persone, per la sicurezza e per il progresso nella lotta alla povertà.

Note e indicatori

Note 94

Fonti delle schede 100

Indicatori

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo
su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati 102

Indicatori demografici, sociali e economici 106

Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati 110

Note sugli indicatori 112

Note tecniche 113

Note

CAPITOLO 1

- 1 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, UNFPA, New York, 2004.
- 2 Questa sessione si basa sull'analisi contenuta in *The Road to Global Reproductive Health: Reproductive Health and Rights on the International Agenda: 1968-2003*, New York, 2003. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "To Better Communication", coordinato dal Gruppo di lavoro media/advocacy della rete EuroNGOS e finanziato da UNFPA. Sito internet: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/199_filename_eurongo.pdf, consultato il 9 giugno 2004.
- 3 Vedi UNFPA, "Reproductive Health and Human Rights", cap. 1, in *The State of World Population 1997: The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*, UNFPA, New York, 1997. Edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma.
- 4 UNFPA, 2004, pp. 34-35.
- 5 Viene definito aborto a rischio una procedura di interruzione di una gravidanza indesiderata effettuata da persone prive delle competenze necessarie e/o in un ambiente privo degli standard sanitari minimi (definizione tratta da: OMS, *Health, Population and Development, 1994* [WHO/FHE/94.1]). Documento dell'OMS in preparazione della Conferenza del Cairo del 5-13 settembre 1994, OMS, Ginevra.
- 6 WHO, UNICEF, e UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*, WHO, Ginevra, 2003. WHO, *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB13/15 Add.1)*, WHO, Ginevra, 2003.
- 7 UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report (UNAIDS/04.16E)*, UNAIDS, Ginevra, 2004.
- 8 Non è peraltro sicuro che tale aumento verrà mantenuto; probabilmente esso rappresenta soprattutto investimenti in programmi sull'HIV/AIDS, piuttosto che in iniziative di ampio respiro sulla salute riproduttiva.

CAPITOLO 2

- 1 UN Millennium Project, "Task Force 3 Interim Report on Primary Education", UN Millennium Project, New York, 2004a. Sito internet: www.unmillenniumproject.org/documents/tf3gendereinterim.pdf, consultato il 2 giugno 2004. UN Millennium Project, "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health", UN Millennium Project, New York,

2004b. Sito internet: www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf, consultato il 2 giugno 2004.

- 2 Hakkert, R., e G. Martine, "Population, Poverty and Inequality: A Latin American Perspective", cap. 6, in *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, a cura di UNFPA, Population and Development Strategies Series, n. 8, UNFPA, New York, 2003.
- 3 Eastwood, R., e M. Lipton, "Demographic Transition and Poverty: Effects Via Economic Growth, Distribution and Conversion", cap. 9, in *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, a cura di N. Birdsall, A. C. Kelley, e S. W. Sinding, Oxford University Press, Oxford, 2001.
- 4 National Research Council, *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*, National Academy Press, Washington D.C., 1986.
- 5 RAND Corporation, "Banking the 'Demographic Dividend': How Population Dynamics Can Affect Economic Growth", in *Population Matters Policy Brief*, n. RB-5065-WFHF/DLPF/RF, RAND Corporation, Santa Monica, California, 2002. Bloom, D. E., D. Canning, e J. Sevilla, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, RAND Population Matters Monograph Series, RAND Corporation, Santa Monica, California 2003. Paes de Barros, R., et al., "Demographic Changes and Poverty in Brazil", cap. 11, in *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, a cura di N. Birdsall, A. C. Kelley, e S. W. Sinding, Oxford University Press, Oxford, 2001. Bloom, D. E., D. Canning, e J. Sevilla, *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*, RAND Corporation, Santa Monica, California, 2002. Seltzer, J., *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*, RAND Corporation, Santa Monica, California, 2002. Cassen, R., *Population and Development: Old Debates, New Conclusion*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey, e Oxford, 1994; Lassonde, L., *Coping with Population Challenges*, Earthscan Publications, Londra, 1996.
- 6 The World Bank, Global Poverty Monitoring. Sito internet www.worldbank.org/research/pov-monitor/index.htm, consultato il 18 maggio 2004.
- 7 Questo paragrafo e i seguenti si riferiscono a UNFPA, *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*, UNFPA, New York, 2002. Edizione italiana a cura di

AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma.

- 8 Nazioni Unite, *The HIV/AIDS Epidemic and Its Social and Economic Implications (UN/POP/MORT/2003/12)*, Divisione per la popolazione, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2003.
- 9 National Research Council, *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*, National Academy Press, Washington, D.C., 2001.
- 10 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, UNFPA, New York, 2004.

CAPITOLO 3

- 1 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1, *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 3.14, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 2 Gardner, G., E. Assadourian, e R. Sarin, "The State of Consumption Today", cap. 1, in *State of the World 2004*, Worldwatch Institute, W. W. Norton, New York, 2004.
- 3 WHO, *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, p. 51, WHO, Ginevra, 2002.
- 4 Gardner, Assadourian, e Sarin, 2004.
- 5 Knickerbocker, B., "If the Poor Get Richer, Does the World See Progress?", in *The Christian Science Monitor*, 22 gennaio 2004.
- 6 Gardner, Assadourian, e Sarin, 2004.
- 7 Ibid., p. 5.
- 8 MacDonald, M., e D. Nierenberg, "Linking Population, Women, and Biodiversity", p. 42, cap. 3, in *State of the World 2003*, Worldwatch Institute, W. W. Norton, New York, 2003.
- 9 UNFPA, *The State of World Population 2001: Footprints and Milestones: Population and Environmental Change*, pp. 38-39, 2001 e note ivi citate. Edizione italiana a cura di AIDOS. Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma. Nierenberg, D., *Correcting Gender Myopia, Gender Equity, Women's Welfare, and the Environment*, pp. 29-35, Worldwatch Paper, n. 161, Worldwatch Institute, Washington, D.C., 2002.
- 10 Nierenberg, 2002.
- 11 Simpson-Hebert, M., "Water, Sanitation, and Women's Health: The Health Burden of Carrying Water", in *The Environmental Health Newsletter* 25, WHO, Ginevra, 1995, citato in *Women, Men, and Environmental Change: The Gender Dimension of*

Environmental Policies and Programs, p. 4, di Justine Sass, Emerging Policy Issues in Population, Health, and the Environment Series, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 2002.

- 12 Nierenberg, 2002, p. 45.
- 13 Women's Environment and Development Organization, *Common Ground: Women's Access to Natural Resources and the Nazioni Unite Millennium Development Goals*, p. 5, Women's Environment and Development Organization, New York, 2003.
- 14 MacDonald e Nierenberg, 2003, p. 52; e "Final Conclusions: Meeting of Women Leaders on the Environment: 7-8 March 2002: Helsinki, Finland". Sito internet: www.mtnforum.org/resources/librariy/mwlen02a.htm, consultato il 4 maggio 2004.

CAPITOLO 4

- 1 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1, *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, cap. 9, parte B., Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 2 Ibid., par. 9.1, e 9.12.
- 3 Queste riflessioni e quelle che seguono hanno preso spunto dalle opere di Mark R. Montgomery e dei suoi colleghi, quali ad esempio: Montgomery, M. R. 2004. "Urbanization, Poverty and Health in the Developing World", relazione presentata al Dipartimento popolazione delle Nazioni Unite, New York, 8 aprile 2004; e Montgomery, M., e Hewett, P., "Urban Poverty and Health in Developing Countries: Household and Neighborhood Effects", *Policy Research Division Working Papers* n.184, The Population Council, New York, 2004.
- 4 Stime prese da Nazioni Unite, "Executive Summary", in *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, DDivisione popolazione, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2004.
- 5 Vedi Dyson, T., "HIV/AIDS and Urbanization", in *Population and Development Review* 29(3): 427-442, 2003.
- 6 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, UNFPA, New York, 2004. I risultati di questo rapporto sulle iniziative più recenti sono in linea con quanto appurato dal Dipartimento popolazione delle Nazioni Unite, e cioè che circa tre quarti dei paesi in via di sviluppo hanno adottato (recentemente o negli anni passati) politiche di ridu-

zione dei flussi migratori in direzione delle aree metropolitane. (Vedi: Nazioni Unite 2004).

- 7 Fonte: Nazioni Unite, *International Migration Report 2002* (Sales n. E.03.XIII.4), DDivisione popolazione, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2002.
- 8 Stimare il numero dei migranti è difficile, a causa di una carenza di dati comparabili. Anche se molti paesi effettuano periodicamente il censimento della popolazione, la diffusione delle informazioni raccolte è stata lenta o limitata, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. In alcuni paesi la pubblicazione delle statistiche sui flussi migratori è a volte influenzata da considerazioni politiche.
- 9 Viene definita migrante a lungo termine una persona che si trasferisce in un paese diverso da quello in cui abitualmente risiede per un periodo di almeno un anno (12 mesi), per cui nei fatti il paese di destinazione diviene il suo nuovo domicilio abituale. Dal punto di vista del paese d'origine, la persona viene considerata emigrante a lungo termine, mentre sarà immigrante a lungo termine nel paese di destinazione. È invece migrante a breve termine una persona che si trasferisce in un paese diverso da quello in cui abitualmente risiede per un periodo di almeno tre mesi, ma inferiore a un anno (12 mesi), tranne nei casi in cui il trasferimento nel nuovo paese avviene con finalità ricreative, per andare in vacanza o far visita ad amici e parenti, per motivi professionali, per effettuare cure mediche o pellegrinaggi religiosi. Ai fini delle statistiche sulle migrazioni internazionali, durante il periodo di permanenza nel paese di destinazione esso viene considerato domicilio abituale del migrante a breve termine. (Vedi: Nazioni Unite, *Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1* [ST/ESA/STAT/SER.M/58/Rev.1], Statistical Papers, Serie M., N. 58. Rev. 1, Statistics Division, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 1998). Secondo il Rapporto dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Rifugiati, presentato all'Assemblea generale ONU il 20 agosto 2003, , mentre è opportuno continuare a fare una distinzione chiara fra migrazione volontaria e forzata, dovranno essere affrontati nel contesto più ampio delle migrazioni internazionali anche i problemi dei rifugiati e richiedenti asilo (che sono migranti per costrizione e non per scelta). (Vedi: Nazioni Unite, *Report by the High Commissioner to the General Assembly on Strengthening the Capacity of the Office of the High Commissioner for Refugees to Carry Out Its Mandate* [A/AC.96/980], Nazioni Unite, New York, 2003).
- 10 Anche se in genere si fa riferimento ai "paesi", l'espressione "aree" è qui

riferita sia ai paesi (per le migrazioni internazionali) che alle città/villaggi di provenienza all'interno dello stesso paese (per le migrazioni interne).

- 11 The World Bank, *Global Development Finance 2003: Striving for Stability in Development Finance*, The World Bank, Washington, D.C., 2003.
- 12 Nazioni Unite, 1995, par. 10.2.
- 13 Ibid., par. 10.3-10.8.
- 14 Ogata, S., e A. Sen., "People on the Move", cap. 3, in *Human Security Now: Commission on Human Security, Final Report of the Commission on Human Security*, Commission on Human Security, New York, 2003.
- 15 L'Assemblea generale ONU con la risoluzione 54/212 del 22 dicembre 1999 ha richiesto al Segretario Generale di presentare alla 56ma sessione dell'assemblea stessa "...un rapporto che, fra le altre cose, presenti una sintesi delle buone pratiche di politiche e gestione dei movimenti migratori, nonché delle lezioni apprese dalle varie attività in materia di migrazioni internazionali e sviluppo portate avanti a livello regionale e interregionale..." (Vedi: Nazioni Unite, *Resolution adopted by the General Assembly: 54/212: International Migration and Development* [A/RES/54/212], Nazioni Unite, New York, 2000).

CAPITOLO 5

- 1 Nazioni Unite, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/5/Add.1), par. 48, Nazioni Unite, New York, 1999.
- 2 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, UNFPA, New York, 2004.
- 3 Centre for Development and Population Activities, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*, Centre for Development and Population Activities, Washington, D.C., 2001.
- 4 Barnett, B., et al., *Case Study of the Women's Center of Jamaica Foundation Programme for Adolescent Mothers*, Research Triangle Park, Women's Studies Project, Family Health International, North Carolina, 1996; Gayle, H., "Jamaican Fathers and their Sons: A Tracer Study of the Baby-fathers and Sons of Female Participants of the Women's Centre Foundation of Jamaica in Westmoreland and St. Catherine, with a Focus on Father-son Relationships and Reproductive Health", Rapporto del Youth now Project, University of the West Indies and the Futures Group, Kingston, Jamaica, 2002; e McNeil, P., "Women's Centre: Jamaica: Preventing Second Adolescent Pregnancies by Supporting Young

Mothers", FOCUS on Young Adults Project Highlights. 1999. Sito internet: www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/ProjectHighlights/womenscentrejamaica.htm, consultato il 6 Maggio 2004.

- 5 Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), *Salud y Empoderamiento para Las Mujeres del Medio Rural y Sus Familias*, IMIFAP sintesi della ricerca-azione, Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, Mexico City, 2002. Sito internet: www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen13.pdf, consultato il 6 maggio 2004. Pick, S., "Si Yo Estoy Bien, Mi Familia Tambien (If I Am OK, My Family Is Too)", presentato al PsychoSocial Workshop, Atlanta, Georgia, il 7 maggio 2002.
- 6 Boland, R., *Population and Law database*. Compendio speciale disponibile su richiesta, 2004.
- 7 UNFPA, 2004, p. 26.
- 8 Ibid., p. xiii, Cap. 3, 4 e 9.
- 9 Ibid., p. xxiii.
- 10 UN Millennium Project, "Task Force 3 Interim Report on Gender Equality", UN Millennium Project, New York, 2004.
- 11 UNDP, *Millennium Development Goals: National Reports: A Look through a Gender Lens*, p. 22, UNDP, New York, 2003.
- 12 UN Millennium Project, 2004.
- 13 Commonwealth Secretariat, *GMS Series of Reference Manuals on Gender Mainstreaming in Various Sectors and Development Issues for Policy Makers and Other Stakeholders*, Commonwealth Secretariat, Londra, 1999-2004. Sito internet: www.the-commonwealth.org/gender, consultato il 21 giugno 2004.

CAPITOLO 6

- 1 Singh, S., et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, The Alan Guttmacher Institute e UNFPA, Washington, D.C., e New York, 2004.
- 2 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, UNFPA, New York, 2004a; WHO, *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1), WHO, Ginevra, 2003.
- 3 Nazioni Unite, *Review and Appraisal of the Progress made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/3), Nazioni Unite, New York, 2004.

- 4 In Bangladesh, la percentuale d'uso della pianificazione familiare è cresciuta in media dell'1,8 per cento. Ma per i 3 quinti del fabbisogno soddisfatto, in larga maggioranza rappresentato da esponenti del quinto più povero della popolazione, la percentuale di uso dei metodi moderni di contraccezione si è in realtà ridotta.
- 5 Maggiori dettagli sui metodi di calcolo e un'estesa discussione sull'affidabilità, sulla validità e sulle implicazioni del concetto possono essere trovati in: Casterline, J. B. e Sinding, S. W., "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy" in *Population and Development Review* 26(4): 691-723, 2000.
- 6 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 7.16, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 7 Nazioni Unite, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/5/Add.1), par. 58, Nazioni Unite, New York, 1999.
- 8 I dati sulla fecondità totale e desiderata nelle indagini più recenti sono ricavati da: *Demographic and Health Surveys' StatCompiler*, sito Web: www.orcmacro.org, consultato l'8 marzo 2004.
- 9 Le dinamiche di questa relazione e il corrispettivo impatto sul ricorso all'aborto sono analizzate in: Bongaarts, J., *Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World*, Policy Research Division Working Paper, n. 98, The Population Council, New York, 1997. Bongaarts, J., e C. F. Westoff, "The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion", in *Studies in Family Planning* 31(3): 193-202, 2000.
- 10 Singh, S., et al., 2004.
- 11 Le tecniche anticoncezionali moderne comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i contraccettivi per bocca, per impianto o per iniezione e i metodi-barriera (condom maschili e femminili e diaframmi). I metodi tradizionali comprendono l'astinenza periodica, il coito interrotto e l'amenorrea da allattamento (allattamento prolungato).
- 12 Se alle donne con un bisogno insoddisfatto di moderni metodi contraccettivi si aggiungono quelle che usano i metodi tradizionali, il 63 per cento delle donne e delle coppie dell'Africa sub-sahariana non trova

- risposta ai propri desideri di limitare e distanziare le nascite.
- 13 Ciò può comprendere insufficienze nel sostenere e assicurare metodi temporanei per il distanziamento delle nascite, oppure la necessità di affrontare particolari sensibilità culturali (si pensi ad esempio agli effetti collaterali di sanguinamento o spotting laddove esistano tabù legati al sangue).
- 14 Rudy, S., et al., "Improving Client-Provider Interaction", in *Population Reports*, Series Q, n. 1, The INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 2003. Sito internet: <http://www.info-forhealth.org/pr/q01/q01.pdf>, consultato il 27 aprile 2004.
- 15 Vedi il dibattito relativo a "Youth Friendly Services" in UNFPA, *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investments in Adolescents' Health and Rights*, UNFPA, New York, 2003. Edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma.
- 16 Calcoli effettuati sulla base dei dati forniti da John Ross e tratti dalla Family Planning Program Strength Survey del 1999 (vedi: Ross, J. e Stover, J., *Effort Indices for National Family Planning Programs: 1999 Cycle*. Measure Evaluation Working Paper. No. WP-00-20, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina, 2000. Vedi anche: Ross, J., Stover, J. e Willard, A., *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, cap. 5, The Futures Group International, Glastonbury, Connecticut, 1999). Questa indagine è stata condotta periodicamente a partire dal 1982. Un aggiornamento è previsto per la fine del 2004. Dati sulle donne non sposate che non hanno accesso agli anticoncezionali sono più difficili da reperire, ma aggiungerebbero cifre significative a questa stima.
- 17 Bongaarts, J., e S. C. Watkins, "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions", in *Population and Development Review* 22(4): 639-682, 1996. Merrick, T. W., "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy", in *International Family Planning Perspectives* 28(1): 41-46, 2002.
- 18 Merrick, 2002.
- 19 L'espressione è qui usata per indicare coloro che usano un metodo quando desiderano evitare una gravidanza. Definizioni più complete considerano anche se gli utenti possono accedere a diverse opzioni o no e se hanno scelto un metodo adeguato ai loro desideri (vedi: Casterline e Sinding, cit., 2000; Jain, A. K., "Family Planning Programs: Quality of Care", in: *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, a cura di Smelser, N. J. e Baltes, P. B., Elsevier, Amsterdam, 2001; RamaRao, S., e Mohanam, R., "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects", in *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248, 2003). Un importante contributo storico, focalizzato sulla corrispondenza tra intenzioni e risultati, può essere trovato in: Jain, A., Bruce, J., "A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs", pagg. 192-208, in: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, a cura di Sen, G., Germain, A. e Chen, L., Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1994.
- 20 Merrick, T., "Maternal-Newborn Health and Poverty", bozza, The World Bank, Washington, D.C., 2004, citato in UNFPA, 2004a.
- 21 UNFPA, 2004a.
- 22 WHO, *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (WHO/FRH/FPP/98.19), Family Planning and Population, Reproductive Health Technical Support, Family and Reproductive Health, WHO, Ginevra, 1998.
- 23 WHO, "Sexually Transmitted Infections: A Persistent Public Health Burden", Department of Reproductive Health and Research, WHO, Ginevra, n.d.
- 24 WHO, 2003.
- 25 WHO, n.d.
- 26 UNFPA, "Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission," p. 16, bozza, Settore salute riproduttiva, Divisione per il supporto tecnico, UNFPA, New York, 2004b.
- 27 Nazioni Unite, 1995, par. 7.32.
- 28 WHO n.d.
- 29 Coggins, C., e A. Heimbarger, "Sexual Risk, Sexually Transmitted Infections, and Contraceptive Options: Empowering Women in Mexico with Information and Choice," pp. 274-275, cap. 15, in: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, a cura di N. Haberland e D. Measham, The Population Council, New York, 2002.
- 30 WHO n.d.
- 31 WHO, 2003.
- 32 UNFPA, 2004b, pp. 25-26.
- 33 Ibid., pp. 26-27.
- 34 UNFPA, 2004a, p. 37.
- 35 Ibid.
- 36 The World Bank, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, pp. 1-5, Oxford University Press, New York, 2004.
- 37 Bruce, J. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", in *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91, 1990.
- 38 Huezo, C., e S. Diaz, "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs", in *Advances in Contraception* 9(2): 129-139, 1993.
- 39 John Snow, Inc., *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Service Delivery: Context and Case Studies*, Family Planning Expansion and Technical Support (SEATS II) Project, John Snow Arlington, Virginia, 2000; Lynam, P., L. M. Rabinowitz, e M. Shobowale, "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services", in *Studies in Family Planning* 24(4): 252-260, 1993. Hardee, K., e B. Gould, "A Process for Service Quality Improvement in Family Planning", in *International Family Planning Perspectives* 19(4): 147-152, 1993.
- 40 Hardee, K., "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala", Interagency Gender Working Group and the POLICY Project, Washington, D.C., di prossima pubblicazione.
- 41 Mensch, B., M. Arends-Kuenning, e A. Jain., "The Impact of the Quality of Family Planning Services on Contraceptive Use in Peru", in *Studies in Family Planning* 27(2): 59-75, 1996.
- 42 Mroz, T. A., et al., "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania", in *Demography* 36(1): 23-40, 1999.
- 43 Pariani, S., D. M. Heer, e M. D. Van Arsdol, Jr., "Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use: Evidence from East Java", in *Studies in Family Planning* 22(6): 384-390, 1991.
- 44 Cotton, N., et al., "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia", in *International Family Planning Perspectives* 18(4): 145-149, 1992.
- 45 La qualità dell'assistenza era così definita: un operatore sempre o quasi sempre pronto a rispondere alle domande dell'utente, che riconosce il suo bisogno di privacy, che è considerato affidabile nell'aiutare a risolvere i problemi, che comprende le necessità dell'utente, che fornisce informazioni sufficienti, che ha trascorso almeno dieci minuti con l'utente nell'ultima visita e che ha offerto la scelta fra più metodi.
- 46 Koenig, M., *The Impact of Quality of Care On Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh*, Department of Population and Family Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, 2003.
- 47 Rudy, S., et al., 2003.
- 48 John Snow, Inc., 2000; Nguyen, M. T., et al., "Improving Quality and Use of Family Planning in Three Sites in Vietnam", presentato all'incontro annuale dell'American Public Health Association, Washington, D.C., 15-19 novembre 1998. Bradley, J., et al., *Quality of Care in Family Planning Services: An Assessment of Change in Tanzania 1995/6 to 1996/7*, AVSC International, New York, 1998. Citato in RamaRao, S., e R. Mohanam, "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects", in *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248, 2003.
- 49 RamaRao e Mohanam, 2003.
- 50 Schuler, S. R., L. M. Bates, e M. D. K. Islam, "Paying for Reproductive Health Services in Bangladesh: Intersections between Cost, Quality and Culture", in *Health Policy and Planning*, 17(3): 273-280, 2002.
- 51 UNFPA, "Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2002", bozza, UNFPA, New York, 2004c.
- 52 Il costo medio per utente dei contraccettivi è stato calcolato in 1,52 dollari l'anno. Si presume che l'indisponibilità di anticoncezionali avrebbe un effetto negativo sulla salute riproduttiva delle donne, anche laddove esistano altri servizi per la salute riproduttiva. Per stimare le conseguenze, abbiamo usato le formule impiegate in: UNFPA, *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls up to the Year 2000: Report of the Executive Director* (DP/FPA/1997/12), UNFPA, New York, 1997.
- 53 UNFPA, *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*, cap. 1, UNFPA, New York, 2002.
- 54 Vedi UNFPA, *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*, UNFPA, New York, 2001. Sito internet: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, consultato il 17 giugno 2004.
- 55 WHO e UNFPA, "Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services", bozza, WHO e UNFPA, Ginevra e New York, 2002.
- 56 Nazioni Unite, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, DDivisione popolazione, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2003; e Nazioni Unite, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, Divisione popolazione, Dipartimento per gli

- affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2002.
- 57 Malhotra, A., e R. Mehra, *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1999.
- 58 Greene, M. E., e A. E. Biddlecom, "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", in *Population and Development Review* 26(1): 81-115, 2000.
- 59 Ezeh, A. C., M. Seroussi, e H. Raggars, *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences*, in *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, n. 18, Macro International, Calverton, Maryland, 1996.
- 60 Ricerche in questo ambito includono: Mason, K. O., e A. M. Taj, "Differences Between Women's and Men's Reproductive Goals in Developing Countries", in *Population and Development Review* 13(4): 611-638, 1987; e Coombs, L. C., e M. C. Chang, "Do Husbands and Wives Agree: Fertility Attitudes and Later Behaviour", in *Population and Environment* 4(2): 109-127, 1981.
- 61 The Alan Guttmacher Institute, *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 2003.
- 62 Ibid.
- 63 Esempi di tale orientamento si possono trovare nel contesto specifico di programmi e ricerca in America Latina (Loaiza, E., "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience", preparato per il seminario, "Men, Family Formation and Reproduction", organizzato dal Comitato su genere e popolazione dell'International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP] e il Centro de Estudios de Poblacion [CENEP], Buenos Aires, Argentina, 13-15 maggio 1998, IUSSP Liege, Belgium, 1998) e in Ghana (Lamprey, P. et al., "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana", in *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226, 1978.).
- 64 Basu, A. M., "Women's Education, Marriage And Fertility: Do Men Really Not Matter?", in *Population and Development Program Working Paper Series*, n. 96.03, Cornell University, Ithaca, New York, 1996; Hull, T. H., "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?", presentato a Psychosocial Workshop, New York, 23-24 marzo 1999; e Hawkes, S., "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh", in *Sexual Health Exchange* 3: 14-15, 1998.
- 65 White, V., M. Greene, e E. Murphy, "Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms", The Synergy Project, Washington, D.C., 2003. Sito internet www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf, consultato il 5 marzo 2004.
- 66 Rivers, K., e P. Aggleton, *Working with Young Men to Promote Sexual and Reproductive Health, Safe Passages to Adulthood*, University of Londra Londra, 2001.
- 67 Brady, M., e A. B. Khan, *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*, The Population Council, New York, 2002.
- 68 Vedi: Estudos e Comunicao em Sexualidade e Reproducao Humana (ECOS) sito internet: www.ecos.org.br/, consultato il 3 marzo 2004.
- 8 Liljestrand, 2000.
- 9 UNFPA, *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*, Brochure, UNFPA, New York, 2004a.
- 10 Nazioni Unite, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, par. 62(a) e 62(b), Nazioni Unite, New York, 1999.
- 11 Nazioni Unite, *Review and Appraisal of the Progress Made In Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*, Nazioni Unite, New York, 2004.
- 12 WHO, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, WHO, 10° rev. Ginevra, 2003a.
- 13 Maine, D., e T. McGinn, "Maternal Mortality and Morbidity", cap. 31, in *Women and Health*, a cura di M. Goldman e M. Hatch, Academic Press, San Diego California, 1999.
- 14 WHO, UNICEF, e UNFPA, 2003.
- 15 Graham, W., et al., "The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty", in *The Lancet* 363(9402): 23-27, 2004.
- 16 Kunst, A. E., e T. Houweling, "A Global Picture of Poor-rich Differences in the Utilisation of Delivery Care", pp. 297-315, in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, di V. De Brouwere e W. Van Lerberghe, Studies in Health Services Organisation and Policy Series, n. 17. Antwerp: ITG Press, 2001.
- 17 WHO, comunicazione personale sulle pubblicazioni in uscita, 2004.
- 18 Maine e McGinn, 1999.
- 19 Fortney, J., e J. Smith, J., *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. Research Triangle Park, Maternal and Neonatal Health Center, Family Health International, North Carolina, 1996.
- 20 Donnay, F., e L. Weil, "Obstetric Fistula: The International Response", in *The Lancet* 363(9402): 71-72, 2004.
- 21 Gay, J., et al., *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 1: Safe Motherhood*, The POLICY Project, Washington, D.C., 2003.
- 22 *Saving Mother's Lives: What Works: Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood*, The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India, Washington, D.C., 2002.
- 23 Global Health Council, *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*, Global Health Council, Washington, D.C., 2002.
- 24 WHO, UNICEF, e UNFPA, 2003.
- 25 Ibid.
- 26 Fortney, J., and J. Smith., "Measuring Maternal Morbidity", pp. 43-50 in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, a cura di M. Berer e T. K. S. Ravindran, Blackwell Science for Reproductive Health Matters Oxford, Regno Unito, 1999.
- 27 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, p. 46, UNFPA, New York, 2004b.
- 28 Pathmanathan, I., et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, Human Development Network, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, The World Bank, Washington D.C., 2003.
- 29 Ibid.
- 30 UNFPA, 2004b, p. 45.
- 31 Materiali messi a disposizione da UNFPA - Divisione America Latina e Caraibi.
- 32 WHO e UNICEF, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*, WHO e UNICEF, Ginevra e New York, 2003.
- 33 Liljestrand, J., "Commentary: Reducing Perinatal and Maternal Mortality in the World: The Major Challenges", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106(9): 877-880, 1999.
- 34 UNFPA, 2004b, p. 46.
- 35 Graham, W., J. S. Bell, e H. W. Bullough, "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?", pp. 97-129 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, di V. De Brouwere e W. Van Lerberghe, Studies in Health Services Organisation and Policy Series, n. 17, ITG Press, Antwerp, 2001.
- 36 La valutazione dell'impatto dell'assistenza professionale al parto è complicata dal fatto che in diversi paesi si usano definizioni diverse nella formazione e nell'inquadramento professionale delle ostetriche.
- 37 WHO, UNFPA, UNICEF, e World Bank, *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*, WHO, Ginevra, 1999.

CAPITOLO 7

- 1 Save the Children, *Behind Every Healthy Child is a Healthy Mother*, rapporto del Symposium on the Linkages Between Maternal Health, Family Planning, and Child Survival, Washington, D.C., 24 luglio 2001. Sito internet: www.savethechildren.org/publications/reproductive_health.pdf, consultato il 7 maggio 2004.
- 2 WHO, UNICEF, e UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*, WHO, Ginevra, 2003.
- 3 Safe Motherhood Initiative, 2003. Sito web: <http://www.safemotherhood.org>, consultato il 22 febbraio 2004. L'ampia oscillazione tra 30 e 50 riflette le difficoltà nel misurare la morbidità materna. Rilevamenti insufficienti, classificazioni errate e incapacità di riconoscere i sintomi sono comuni a causa di fattori sociali e culturali, della natura stessa del fenomeno e della mancanza di risorse adeguate per valutarlo.
- 4 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 8.22, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 5 Freedman, L., et al., "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health," p. 54, UN Millennium Project, New York, 2004.
- 6 Liljestrand, J., "Strategies to Reduce Maternal Mortality Worldwide", in *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12(6): 513-517, 2000.
- 7 Starrs, A., *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*, p. 9, in *Family Care International*, New York, 1998.

- 38 Cunningham, F. G., et al., *Williams Obstetrics*, 19ª edizione, Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1993. Citato in "Background Paper of the Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health," di L. Freedman, et al., United Nations Millennium Project, New York, 2003.
- 39 Graham, Bell, e Bullough, 2001.
- 40 UNFPA, 2004b, p. 45.
- 41 UNICEF, WHO, e UNPFA, *Guidelines for Monitoring and Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York, 1997.
- 42 Averting Maternal Death and Disability (AMDD), *AMDD Notebook*, p. 7, n. 8, Averting Maternal Death and Disability, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, 2003.
- 43 UNFPA, 2004b, p. 46.
- 44 UNFPA, 2004a.
- 45 Cholil, A., M. B. Iskandar, e R. Sciortino, *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*, Ministero per il ruolo delle donne e Ford Foundation, Jakarta, Indonesia, 1998.
- 46 Lalonde, A. B., et al., "Averting Maternal Death and Disability: The FIGO Save the Mothers Initiative: The Uganda-Canada Collaboration", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80(2): 204-212, 2003.
- 47 WHO, 2003b.
- 48 UNICEF, WHO, e UNPFA, 1997.
- 49 Nazioni Unite, 1995, par. 8.25.
- 50 Vedi: Hardee, K., et al., *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 2: Postabortion Care*, POLICY Project, the Futures Group Washington, D.C., e Baltimore, Maryland, di prossima pubblicazione; FRONTIERS Program, the Population Council; e INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 51 "Appendix E: Postabortion Care in Kenya: Case Study", p. 12, in *Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program*, di L. Cobb, et al., Poptech, Washington, D.C., 2001.
- 52 Postabortion Care Consortium Community Task Force, "Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model", in *PAC in Action*, n. 2. Special Supplement, 2002.
- 53 Billings, D., J. Fuentes Velásquez, e R. Pérez-Cuevas, "Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City", in *International Family Planning Perspectives* 29(3): 112-120, 2003; Johnson, B., et al., "Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception", in *Studies in Family Planning* 33(2): 195-202, 2002; Medina, R., et al. *Expansion of Postpartum/Postabortion Contraception in Honduras*, FRONTIERS Program Final Report, The Population Council Washington, D.C., 2001. Lema, V., e V. Mpanga, "Post-abortion Contraceptive Acceptability in Blantyre, Malawi", in *East African Medical Journal* 77(9): 488-493, 2000.
- 54 Huntington, D., e L. Nawar, "Moving from Research to Program: The Egyptian Postabortion Care Initiative", in *International Family Planning Perspectives* 29(3): 121-125, 2003.
- 55 Megied, A., e A. Hassan, "Decentralization of Post-abortion Care to District Hospitals and Rural Health Units", presentato al 17º Congresso mondiale della Federazione Internazionale di Ostetricia e Ginecologia (FIGO), Santiago, Chile, 2-7 novembre, 2003.
- 56 Htay, T. T., J. Sauvarin, e S. Khan, "Integration of Post-Abortion Care: The Role of Township Medical Officers and Midwives in Myanmar", in *Reproductive Health Matters*, 11(21): 27-36, 2003.
- 57 Gebreselassie, H., e T. Fetters, *Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Ethiopia*, Ipas, Chapel Hill, North Carolina, 2002.
- 58 Solo, J., et al., "Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best?", Operations Research Technical Assistance Africa Project II, presentato al Meeting mondiale su Progressi e sfide per la ricerca sugli interventi nelle cure postaborto, The Population Council, New York, 1998.
- 59 The Population Council, *Meeting Women's Health Care Needs After Abortion*, Frontiers in Reproductive Health Program Brief, n.1, Frontiers in Reproductive Health, the Population Council, Washington, D.C., 2000.
- 60 Settergren, S., et al., *Community Perspectives on Unsafe Abortion and Postabortion Care: Bulawayo and Hwange Districts, Zimbabwe*, POLICY Project, the Futures Group International, Washington, D.C., 1999.
- 61 Vedi: Gay, J., et al., 2003.
- 62 Castro, R., et al., "A Study of Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach", in *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(6): 679-690, 2000.
- 63 Seone, G., V. Kaune, e V. Cordova, *Diagnostico: Barreras y Viabilizadores en la Atencion de Complicaciones Obstetricas y Neonatales*, MotherCare Bolivia, John Snow, Inc., and Marketing S.R.C., La Paz, Bolivia, 1996.
- 64 Kempe, E., et al., *The Quality of Maternal and Neonatal Services in Yemen: Seen Through Women's Eyes*, Save the Children Sweden, Stockholm, 1994.
- 65 UNFPA, 2004b, p. 46.
- 66 JHPIEGO, Save the Children, and Family Care International, *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies*, Maternal and Neonatal Health Project, JHPIEGO Baltimore, Maryland, 2003; e Gay, J., et al., 2003.
- 67 Mercer, J., "Family-Centered Maternity Care in Moldova", in *MotherCarEs Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, a cura di S. Jessop, et al., John Snow International, Arlington, Virginia, 2000.
- 68 Glatleider, P., P. Paluzzi, e C. Conroy, "Changing the Way Maternity Care Is Delivered in the Ukraine", in *MotherCarEs Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, a cura di S. Jessop, et al., John Snow International, Arlington, Virginia, 2000.
- 69 MotherCare/SEATS, "MotherCare/SEATS, JSI Collaborative Project in Novosibirsk and Primorsky Krai, Russia", in *MotherCarEs Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, a cura di S. Jessop, et al., John Snow International, Arlington, Virginia, 2000.
- 70 Campero, L., et al., "Alone I Wouldn't Have Known What To Do: A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico", in *Social Science and Medicine* 47(3): 395-403, 1998; and Langer, A., et al., "The Latin American Trial of Psychosocial Support During Pregnancy: A Social Intervention Evaluated Through an Experimental Design", in *Social Science and Medicine* 36(4): 495-507, 1993.
- 71 Carter, M. W. "Because He Loves ME: Husbands' Involvement in Maternal Health in Rural Guatemala", in *Culture, Health, and Sexuality* 4(3): 259-279, 2002.
- 72 Abdel-Tawab, N., et al., "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?", cap. 10 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, a cura di N. Haberland e D. Measham, The Population Council, New York, 2002.
- 73 Program for Appropriate Technology in Health, "Men and Reproductive Health Programme Examples: India: Nandesari", in *Reproductive Health Outlook*, 2002. Sito internet: www.rho.org/html/menrh_proge-xamples.htm#india-nandesari, consultato il 3 maggio 2004; e Raju, S., e A. Leonard, *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, pp. 46-47, 52, the Population Council, South and East Asia Regional Office, New Delhi, 2000.
- 74 UNFPA, *Maternal Mortality Update 2002: A Focus on Emergency Obstetric Care*, pp. 17-34, UNFPA, New York, 2003.
- 75 UNFPA, 2004a.
- 76 UNFPA, 2004b, p. 46; e UNFPA, 2004a.
- 77 UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4ª Global Report (UNAIDS/04.16E), UNAIDS, Ginevra, 2004.

CAPITOLO 8

- 1 UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4ª Global Report* (UNAIDS/04.16E), UNAIDS, Ginevra, 2004.
- 2 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1, *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 8.28, Nazioni Unite, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, New York, 1995.
- 3 Ibid., par. 8.29.
- 4 Ibid., par. 7.28.
- 5 Askew, I., e M. Berer, "The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to Fight Against HIV/AIDS: A Review", in *Reproductive Health Matters* 11(22): 51-73, 2003.
- 6 Berkley, S., P. Piot, e A. Whiteside, "Scenarios: The Global Health Crisis," p. 1, Produced for the World Economic Forum Annual Meeting, Davos, Svizzera, 23-28 gennaio 2003.
- 7 Bell, C., S. Devarajan, e H. Gersbach, *The Long-run Economic Cost of AIDS: Theory and an Application to South Africa*. Policy Research Working Paper, n. 155, The World Bank, Washington, D.C., 2003.
- 8 Global HIV Prevention Working Group. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Sito: <http://www.kff.org/hiv/aids/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14225>, consultato il 30 giugno 2004.
- 9 Ibid.

- 10 Askew e Berer, p. 57, 2003.
- 11 Vedi giugno 2002, speciale sull'integrazione: *International Family Planning Perspectives* 28(2).
- 12 Richey, L. A., "HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions," p. 31, in *Reproductive Health Matters* 11(22): 30-35, 2003.
- 13 International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region, *Opening Windows to Gender: A Case Study of a Major International Population Agency*. IPPF/WHR Working Paper, n. 1, International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region, Londra, 2000; Becker, J., e E. Leitman, "Introducing Sexuality within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean", in *Quality/Calidad/Qualité*, n. 8, The Population Council, New York, 1997; e Hardee, K., "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala", bozza, Interagency Gender Working Group e POLICY Project, the Futures Group, Washington, D.C., 2004.
- 14 Banda, H. N., S. Bradley, and K. Hardee, *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients and HIV-Positive Women*, Rapporto finale, POLICY Project, The Futures Group, e Support for Analysis and Research (SARA) Project; Washington, D.C., 2004. Gichuhi, W., e S. Bradley, *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women*, Rapporto finale, The Futures Group, POLICY Project and SARA Project, Academy for Educational Development Washington, D.C., 2004.
- 15 Rothenberg, R. B., et al., "The Effect of Treating Sexually Transmitted Diseases on the Transmission of HIV in Dually Infected Persons: A Clinic-based Estimate: Ad Hoc STD/HIV Transmission Group", in *Sexually Transmitted Diseases* 27(7): 411-416, 2000. Citato in: Askew e Berer, 2003.
- 16 Grosskurth, H., et al., "Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial", in *The Lancet*, 346(8974): 530-536, 1995.
- 17 Sloan, N. L., et al., "Screening and Syndromic Approaches to Identify Gonorrhoea and Chlamydia Infection Among Women", in *Studies in Family Planning* 31(1): 55-68, 2000.
- 18 Lush, L., G. Walt, e J. Ogdan, "Transferring Policies for Treating Sexually Transmitted Infections: What's Wrong with Global Guidelines?", in *Health Policy and Planning* 18(1): 18-30, 2003.
- 19 Askew e Berer, pp. 53-54, 2003.
- 20 Gray, R. H., "Guest Commentary: Contraception and HIV Acquisition in Rakai, Uganda", in *The Pop Reporter* 3(7), INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 2003.
- 21 Chaya, N., K-H. Amen, e M. Fox., *Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS: The PAI Report Card 2002*, Population Action International, Washington, D.C., 2002.
- 22 WHO, *WHO Information Update regarding Reuse of the Female Condom*, WHO, Ginevra, 2002. Sito internet www.who.int/reproductive-health/rtis/reuse.en.html, consultato il 20 febbraio 2004.
- 23 Rivers, K., et al., "Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom", in *Critical Public Health* 8(4): 273-290, 1998. Citato in "Programming for the Female Condom: Why is the Jury Still Out," di T. Hatzell, Presentation at the Forum, Technical Update on the Female Condom, Washington, D.C., 18 dicembre 2001.
- 24 Finger, W. R., "Zimbabwe Project Promotes Female Condom Use", in *Network* 20(2): 20, 2000.
- 25 Camlin, C., e C. Chimbwete, "Does Knowing Someone with AIDS Affect Condom Use: An Analysis from South Africa", in *AIDS Education and Prevention* 15(3): 231-244, 2003.
- 26 Brady, M., "Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women," p. 137, in *Reproductive Health Matters* 11(22): 134-141, 2003.
- 27 The Microbicide Initiative, *Mobilization for Microbicides: The Decision Decade*, The Rockefeller Foundation, New York, 2002. Citato in: Chaya, Amen, e Fox 2002.
- 28 International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office e UNFPA, *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*, International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office e UNFPA, Londra e New York, 2004.
- 29 "The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children: 3-5 May 2004", WHO, Ginevra.
- 30 WHO e UNAIDS, *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy*, WHO e UNAIDS, Ginevra, 2003.
- 31 Ibid., p. 31.
- 32 Banda, Bradley, e Hardee, 2004.
- 33 Pisani, E., et al., "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure", in *British Medical Journal* 326(7403):1384-1387, 2003.
- 34 Banda, Bradley, e Hardee, 2004.
- 35 Askew e Berer 2003, p. 55.
- 36 Office of Health, Ministry of Health and Prevention, Government of Senegal, *Mapping Integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS Services in Senegal's Kaolack Region*, p. 40, Advance Africa, Arlington, Virginia, 2002.
- 37 Hardee, K., e J. Smith, "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform", in POLICY Occasional Paper, n. 5, The Futures Group International, Washington D.C., 2000.
- 38 Berer, M., "HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related," p. 9, in *Reproductive Health Matters* 11(22): 6-11, 2003.
- 39 Scillia, A., "Senegal: Ray of Hope as Transmission Rates Slow", in *The Courier ACP-EU*, pp. 16-17, settembre-ottobre 2001; e UN Office of the Coordination of Humanitarian Affairs, "Senegal: Country Profile", in *IRIN PlusNews*, n.d. Sito internet: www.irinnews.org/AIDS/senegal.asp, consultato il 23 febbraio 2004.
- 40 Chase, M., "Saying No to 'Sugar Daddies': Can a Financial Prophylactic Shield Girls From Liaisons That Spread AIDS in Africa?", *The Wall Street Journal*, pp. B1-2, 25 febbraio 2004.
- 41 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 128, UNFPA, New York, 2004.
- 42 Ibid., p. 130.

CAPITOLO 9

- 1 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 7.44, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 2 Ibid., par. 7.45-7.48.
- 3 Price, N., "Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD: The Contribution of UNFPA and IPPF: Synthesis Report", Rapporto inedito, Options, Euro Health Group, Università di Heidelberg, Londra, Söborg, Danimarca, e Heidelberg, 2004.
- 4 Nazioni Unite, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, par. 70, Nazioni Unite, New York, 1999.
- 5 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 60, UNFPA, New York, 2004.
- 6 UNFPA, "UNFPA Global Population Policy Update", n.3, UNFPA, New York, 9 maggio 2003; e UNFPA, "UNFPA Global Population Policy Update", n.1, UNFPA, New York, 21 aprile 2003.
- 7 UNFPA, "UNFPA Global Population Policy Update", n.5, UNFPA, New York, 5 aprile 2004; e UNFPA, "UNFPA Global Population Policy Update", n.6, UNFPA, New York, 18 luglio 2004.
- 8 UNFPA, "UNFPA and Young People: Imagine", UNFPA, New York, 2003a.
- 9 Ibid.
- 10 UNFPA, "Fast Facts on Adolescents and Youth", 2003b. Sito internet: www.unfpa.org/adolescents/facts.htm, consultato il 16 febbraio 2004.
- 11 Nazioni Unite, *Review and Appraisal of the Progress made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*, Nazioni Unite, New York, 2004.
- 12 Nazioni Unite, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, DDivisione popolazione, Dipartimento per gli affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2003.
- 13 Nazioni Unite, 2004.
- 14 UNESCO, *EFA Global Monitoring Report 2002: Education for All: Is the World on Track?*, UNESCO, Paris, 2002. Sito internet: www.unesco.org, consultato il 2 febbraio 2004.
- 15 Nazioni Unite, 2004.
- 16 Nazioni Unite, 1995, par. 7.46.
- 17 Curtain, R., "The Case for Investing More in Young People as an Integral part of a Poverty Eradication Strategy", inedito, Curtain Consulting, Melbourne, Australia, 2003.
- 18 A Mother's Promise, "Keeping Young People Healthy", Fact sheet. A *Mother's Promise* Washington, D.C., n.d. Sito internet: www.ppf.org/promise/learn_more.asp, consultato il 13 maggio 2004.

- 19 UNFPA, *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*, UNFPA, New York, 2003c. Edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma.
- 20 UNFPA, 2003a.
- 21 UNICEF, *Early Marriage: Child Spouses*, Innocenti Digest, n. 7, UNICEF, Innocenti Research Center, Firenze, Italia, 2001. Sito internet: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7_e.pdf, consultato il 29 giugno 2004.
- 22 Ibid.
- 23 Nazioni Unite, 2004.
- 24 Nazioni Unite, *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*, Nazioni Unite, New York, 2002.
- 25 UNFPA, 2003a.
- 26 Haberland, N., e D. Measham (editori), *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, The Population Council, New York, 2002.
- 27 UNFPA, 2003a.
- 28 UNFPA, "Youth Leaders Advise UNFPA on their Generation's Rights and Needs", comunicato stampa. UNFPA, New York, 20 aprile 2004.
- 29 Price, 2004.

CAPITOLO 10

- 1 WHO, UNFPA, e UNHCR, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*, UNHCR, Ginevra, 1999.
- 2 Dopo la morte della madre, la probabilità che i figli rimasti in vita muoiano anch'essi nell'arco di due anni è da tre a dieci volte più alta delle probabilità che si riscontrano fra i bambini che vivono con entrambi i genitori. Vedi: UNICEF, *The State of the World's Children 2001: Early Childhood*, UNICEF, New York, 2001.
- 3 Krause, S., et al., *Assessment of Reproductive Health for Refugees in Zambia*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, 2001.
- 4 UNAIDS e WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2003*, UNAIDS, Ginevra, 2003.
- 5 PROFAMILIA, "Sexual and Reproductive Health in Under-served Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia", PROFAMILIA, Bogotá, Colombia, 2001.
- 6 Rehn, E., e E. Johnson Sirlleaf, *Women, War and Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-building*:

Progress of the World's Women 2002, vol. 2, UNIFEM, New York, 2002.

- 7 UNFPA, *Population Issues Briefing Kit 2001*, p. 17, UNFPA, New York, 2001.

CAPITOLO 11

- 1 La Dichiarazione di impegni è disponibile al sito: www.unfpa.org/ipci/index.htm.
- 2 Vedi sito internet: www.south-south-ppd.org/, consultato il 4 giugno 2004.
- 3 L'Agenda 21, elaborata nel 1992 alla Conferenza ONU su ambiente e sviluppo, conteneva l'indicazione di alcuni costi nominali, ma sulla loro entità non fu raggiunto un accordo: le stime vennero dunque presentate come provvisorie.
- 4 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 13.14-13.16, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995.
- 5 Questa stima non teneva adeguatamente conto dei prodotti per la pianificazione familiare (e di altri prodotti per la salute riproduttiva) o del loro costo di distribuzione. Questi costi e altre componenti delle infrastrutture per la salute riproduttiva sono stati inseriti in un totale aggregato che riguarda le infrastrutture per l'erogazione dei servizi.
- 6 Per il rapporto sulla metodologia, vedi: Schwartlander, B., et al. "Resource Needs for HIV/AIDS", in *Science* 292(5526): 2434-2436, 2001. Vedi anche: Stover, J., et al., "Can We Reverse the HIV/AIDS Pandemic with an Expanded Response?", in *The Lancet* 360(9326): 73-77, 2002.
- 7 Le stime per le componenti del Programma d'Azione del Cairo relative a mass media e programmi di formazione e all'aumentato fabbisogno di preservativi per la prevenzione dell'HIV/AIDS erano di 1,7 miliardi di dollari: circa 200 milioni in più rispetto alle proiezioni del 1994.
- 8 Nel maggio del 2004 nella sede dell'UNFPA si è tenuta una consultazione tecnica sull'integrazione fra i programmi per la salute riproduttiva e quelli sull'HIV/AIDS. Il rapporto e la documentazione della riunione saranno consultabili fra breve sul sito internet: www.unfpa.org.
- 9 L'avvio di nuovi programmi verticali potrebbe anche distogliere risorse e personale qualificato dai sistemi sanitari esistenti. Sono facilmente reperibili dati aneddotici sull'impatto negativo di larghi flussi di risorse per l'HIV/AIDS. Sono invece ancora nella fase iniziale studi

più seri sull'impatto delle politiche e dei programmi.

- 10 L'aumento nell'uso dei finanziamenti settoriali e della programmazione integrata rende difficile individuare i flussi di risorse per attività specifiche. Stimare la percentuale di uno stanziamento trasversale destinata a voci specifiche presenta difficoltà intrinseche. Dai dati risulta che il sostegno alla pianificazione familiare rappresenta una percentuale decrescente nel totale degli stanziamenti. Vedi Nazioni Unite, *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A 10-year Review: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/4)*, Nazioni Unite, New York, 2004.
- 11 È necessaria una certa cautela nell'interpretare gli alti livelli di spesa interna riferiti dai paesi che hanno elaborato rapporti. Infatti le stime del Programma d'Azione in materia di erogazione di servizi riguardavano gli interventi a livello di assistenza sanitaria primaria e, nel campo dell'HIV/AIDS, esclusivamente per interventi di prevenzione specifici. I dati riferiti sulla spesa interna, invece, utilizzano le categorie funzionali generali del pacchetto a costi base, ma comprendono spesso un livello più alto di erogazione dei servizi (compresa l'assistenza ospedaliera e l'assistenza base erogata presso strutture più costose). Dal 1999 in poi i rapporti sia dei donatori che dei paesi sull'HIV/AIDS non riguardano più solo le attività di prevenzione specificate dal Programma d'Azione del Cairo.
- 12 Il progetto è diretto da Jeffrey Sachs, Consulente Speciale del Segretario Generale, e da Mark Malloch Brown, Amministratore dell'UNDP, utilizza il contributo di un'équipe di esperti internazionali. Questi ultimi analizzano gli interventi prioritari per accelerare i progressi e cercano di garantire che le strategie di lotta alla povertà nei paesi in via di sviluppo diano priorità alla realizzazione degli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo. Ulteriori informazioni sono reperibili su: www.unmillenniumproject.org.
- 13 I rapporti intermedi delle due Task force su "Mortalità infantile e materna" e su "Istruzione primaria e uguaglianza fra i sessi" sottolineano entrambi che un accesso generalizzato ai servizi per la salute riproduttiva (uno degli obiettivi della Conferenza del Cairo) è fondamentale per la realizzazione degli Obiettivi del Millennio per lo Sviluppo (dati accessibili sul sito del progetto: vedi nota precedente).
- 14 Alcuni paesi, soprattutto paesi scandinavi, hanno raggiunto questo livello di sostegno; per contro, gli Stati Uniti forniscono la percentuale relativamente più bassa del PIL dei grandi paesi donatori.

Fonti delle schede

CAPITOLO 1

- 1 UNFPA, *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, UNFPA, New York, 2004.
- 2 Nazioni Unite, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Divisione per la popolazione, Dipartimento affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2003; e Nazioni Unite, *The Impact of AIDS (ESA/P/WP.185)*, Divisione per la popolazione, Dipartimento affari economici e sociali, Nazioni Unite, New York, 2003.

CAPITOLO 2

- 3 Nazioni Unite, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, Dipartimento per l'informazione economica e sociale e l'analisi politica, Nazioni Unite, New York, 1995; e Nazioni Unite, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, Nazioni Unite, New York, 1999.
- 4 WHO e World Bank, *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*, The Voices of the Poor Study, WHO, Ginevra, 2002; Gwatkin, D., et al., *Initial Country-level Information about Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, seconda edizione, The World Bank, Washington, D.C., 2003. UNFPA, *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*, UNFPA, New York, 2002. Edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma. Nazioni Unite, *Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*, Commissione su popolazione e sviluppo, Consiglio economico e sociale, Nazioni Unite, New York, 2004.

CAPITOLO 3

- 5 French, H., "Greening Globalization", in *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25, 2001; French, H., "Linking Globalization, Consumption, and Governance", p. 145, cap. 7, in *State of the World 2004*, Worldwatch Institute, W.W. Norton, New York, 2004; FAO, *State of the World's Forest*, p. 1, FAO, Roma, 2003a; FAO, *Fisheries Commodities Production and Trade 1976-2000*, database elettronico, sito internet: [100 NOTE](http://www.fao.org/fi/statist/fisoft/FISH-

</div>
<div data-bbox=)

PLUS.asp, consultato il 24 febbraio 2004; e FAO, *World Agriculture: Towards 2015/2030*, p.197, FAO, Roma, 2003b; Myers, R., e B. Worm, "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities", in *Nature* 423: 280-283, 2003; Revkin, A., "Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent, Study Says", in *The New York Times*, p. A16, 15 maggio 2003; e SeaWeb, "Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean", comunicato stampa, SeaWeb, Washington, D.C., 2003. SeaWeb, Myers, R., e B. Worm, "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities", in *Nature* 423: 280-283, 2003; Revkin, A., "Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent, Study Says", *The New York Times*, p. A16, 15 maggio 2003; SeaWeb, "Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean", comunicato stampa, SeaWeb, Washington, D.C., 2003. Engelman, R., et al., *People in the Balance: Population and Natural Resources at the Turn of the Millennium*, Population Action International, Washington, D.C., 2000. Gardner, G., E. Assadourian, e R. Sarin, "The State of Consumption Today," p. 17, cap. 1, in *State of the World 2004*, Worldwatch Institute, W. W. Norton, New York, 2004.

6 Bradsher, K., "China Set to Act on Fuel Economy", in *The New York Times*, p. A1, 18 novembre 2003. French, H., "Greening Globalization", in *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25, 2001.

CAPITOLO 4

8 Balk, D., et al., "Methodologies to Improve Global Population Estimates in Urban and Rural Areas", documento presentato all'incontro annuale di Population Association of America, Boston, Massachusetts, 2 aprile, 2004; testo disponibile nel sito internet: <http://paa2004.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=41835>, consultato il 19 maggio 2004; Balk, D., et al., *Spatial Analysis of Childhood Mortality in West Africa*, DHS Geographic Series 1, ORC Macro e Center for International Earth Science Information Network (CIESIN), Columbia University, Calverton, Maryland, 2003. Hugo, G., A. Champion, e A. Lattes, "Toward a New Conceptualization of Settlements for Demography", in *Population and Development Review* 29(2): 277-297, 2003.

CAPITOLO 5

9 UNFPA e Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS), "Final Summary Report: The UNFPA Conference on Gender-Based Violence," Roma, Italia, 15-19 settem-

bre 2003, ivisione supporto tecnico, UNFPA, New York, 2003. Donnay, F., Capo del Reparto salute riproduttiva, Divisione supporto tecnico, UNFPA, 2003, comunicazione personale.

- 10 WHO, "En-gendering the Millennium Development Goals (MDGs) on Health, Department of Gender and Women's Health, WHO, Ginevra, 2003.
- 11 Grown, C., G. R. Gupta, e Z. Khan, "Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality: Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women", UN Millennium Project, New York, 2003. McPhedran, M., et al., "The First CEDAW Impact Study: Final Report", Centre for Feminist Research, York University, e International Women's Rights Project, Toronto, 2000.

CAPITOLO 6

- 12 WHO, *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1), WHO, Ginevra, 2003.
- 13 Singh, S., et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, Alan Guttmacher Institute e UNFPA, New York, 2004.
- 14 Dati forniti da UNFPA Strategic Planning Office, comprendenti i risultati del sondaggio annuale Multi-year Funding Framework (MYFF).
- 15 Kols, A. J., e J. E. Sherman, "Family Planning Programs: Improving Quality", in *Population Reports*, Serie J., n. 47, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, Maryland, 1998.
- 16 POLICY Project, *Health Reform, Decentralization and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health*, POLICY Project, the Futures Group, Washington, D.C., 2000. Vedi anche: UNFPA, "Partnership and Empowerment", cap. 4, in UNFPA, *The State of World Population 1999: 6 Billion: A Time for Choices*, UNFPA, New York, 1999, edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma. Vedi anche le note ivi citate. Huezo, C., "Strengthening the Quality of Reproductive Health Care: IPPF's Quality Improvement Programme", in *IPPF Medical Bulletin* 37(5): 1-3, 2003.
- 17 UNFPA, *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*, UNFPA, New York, 2001. Sito internet: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, consultato il 17 giugno 2004.

CAPITOLO 7

- 18 UNFPA e EngenderHealth, *Obstetric Fistula: Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*, UNFPA e EngenderHealth, New York, 2003. Sito internet: www.unfpa.org/fistula/docs/fistula-needs-assessment.pdf, consultato il 27 maggio 2004.
- 19 Freedman, L., et al., "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health", UN Millennium Project, New York, 2004. Wardlaw, T., e D. Maine, "Process Indicators for Maternal Mortality Programs", in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, a cura di M. Berer e T. K. S. Ravindran, Blackwell Science for Reproductive Health Matters, Oxford, Regno Unito, 1999.
- 20 UNFPA, "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal", in *News Feature*, 5 febbraio 2004. Sito internet: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=389&Language=1, consultato il 17 Giugno 2004.
- 21 Santillan, D., e M. E. Figueroa, *Implementing a Client Feedback System to Improve NGO Healthcare Services in Peru*, QA Operations Research Results Series, n. 2 (2), Quality Assurance Project for the US Agency for International Development (USAID), Bethesda, MD, 2001.
- 22 UNFPA, *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*, brochure, UNFPA, New York, 2004.

CAPITOLO 8

- 23 UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis: A Joint Report by UNAIDS, UNFPA and UNIFEM*, UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM, Ginevra e New York, 2004. Sito internet: <http://womenaids.unaids.org/default.html>, consultato il 17 giugno 2004.
- 24 The Population Council e UNFPA, *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Setting*, p. 18, Population Council e UNFPA, New York, 2002.
- 25 International Planned Parenthood Federation e UNFPA, *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing into Reproductive Health Services. Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*, UNFPA e London International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office, New York, 2004.
- 26 The Alan Guttmacher Institute, A, B and C in Uganda: *Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline: Executive Summary*, Alan Guttmacher Institute, New York, 2003.

27 Feldman, R., e C. Maposhere, "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings From 'Positive Women: Voices and Choices' in Zimbabwe", in *Reproductive Health Matters* 11(22): 162-173, 2003.

CAPITOLO 9

- 29 UNFPA, "Multi-Media Centre Provides Hands on Training for Youth in Benin", 19 aprile 2004. Sito internet: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=444&Language=1, consultato il 17 giugno 2004.
- 30 UNFPA, "Global Health Council Child Marriage: Advancing the Global Agenda", dichiarazione di Thoraya Ahmed Obaid, Direttore Esecutivo, UNFPA, New York, 4 giugno 2004. UNFPA, "Married Adolescents Ignored in Global Agenda, Says UNFPA", comunicato stampa, UNFPA, New York, 4 giugno 2004; UNFPA, "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents", Video prodotto per UNFPA da Spark Media, UNFPA, New York, 2004.
- 31 African Youth Alliance, *Profilo paese 2003 per Botswana, Ghana, Uganda, e Repubblica di Tanzania*, African Youth Alliance, New York, 2003.
- 32 UNFPA, WHO, e UNICEF, *Adolescents: Profiles in Empowerment*, UNICEF, New York, 2003.

CAPITOLO 10

- 33 UNFPA, *The Impact of Conflict on Women and Girls*, UNFPA, New York, 2001.
- 34 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Settings, *Reproductive Health in Refugee and IDP Situations: Evaluation Report*, Gruppo di lavoro inter-agenzie su salute riproduttiva dei/le rifugiati/e (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Settings), Ginevra, di prossima pubblicazione.

CAPITOLO 11

35 UNFPA, "El caso de Nicaragua: 1998-2003", presentazione in PowerPoint in occasione del Meeting per la pianificazione regionale, Divisione per l'America Latina e i Caraibi, UNFPA, New York, 19-24 gennaio 2004.

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

| | Indicatori di mortalità | | | Indicatori d'istruzione | | | | Indicatori della salute riproduttiva | | | |
|---|---|----------------------|-----------------------------|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|----------------|---------------------------------|
| | Mortalità infantile per 1.000 nati vivi | Speranza di vita M/F | Indice di mortalità materna | Iscritti scuole elementari (lordo) M/F | Studenti che completano le elementari M/F | Iscritti scuole superiori (lordo) M/F | % Tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F | Nascite ogni 1.000 donne età 15-19 | Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo | Metodi moderni | Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F |
| Totale mondiale | 56 | 63.3 / 67.6 | | | | | | 50 | 61 | 54 | |
| Regioni sviluppate (*) | 8 | 72.1 / 79.4 | | | | | | 27 | 69 | 55 | |
| Regioni in via di sviluppo (+) | 61 | 61.7 / 65.1 | | | | | | 53 | 59 | 54 | |
| Paesi meno avanzati di tutti (‡) | 97 | 48.8 / 50.5 | | | | | | 124 | | | |
| AFRICA (1) | 89 | 47.9 / 50.0 | | | | | | 107 | 27 | 20 | |
| AFRICA ORIENTALE | 97 | 42.4 / 43.8 | | | | | | 117 | 22 | 17 | |
| Burundi | 107 | 40.4 / 41.4 | 1,000 | 80 / 62 | 68 / 59 | 12 / 9 | 42 / 56 | 50 | 16 | 10 | 5.2 / 6.8 |
| Eritrea | 73 | 51.2 / 54.2 | 630 | 67 / 54 | | 33 / 22 | | 115 | 8 | 5 | 2.3 / 3.0 |
| Etiopia | 100 | 44.6 / 46.3 | 850 | 75 / 53 | 63 / 59 | 23 / 15 | 51 / 66 | 100 | 8 | 6 | 3.8 / 5.0 |
| Kenya | 69 | 43.5 / 45.6 | 1,000 | 97 / 95 | | 34 / 30 | 10 / 21 | 78 | 39 | 32 | 4.6 / 8.9 |
| Madagascar | 91 | 52.5 / 54.8 | 550 | 106 / 102 | 33 / 34 | | | 137 | 19 | 12 | 1.4 / 1.9 |
| Malawi | 115 | 37.3 / 37.7 | 1,800 | 149 / 143 | 61 / 47 | 39 / 29 | 24 / 51 | 163 | 31 | 26 | 12.4 / 16.0 |
| Mauritius (2) | 16 | 68.4 / 75.8 | 24 | 106 / 106 | 99 / 99 | 81 / 78 | 12 / 19 | 33 | 75 | 49 | |
| Mozambico | 122 | 36.6 / 39.6 | 1,000 | 110 / 87 | 56 / 47 | 16 / 10 | 38 / 69 | 105 | 6 | 5 | 10.6 / 13.8 |
| Ruanda | 112 | 38.8 / 39.7 | 1,400 | 118 / 116 | 39 / 41 | 15 / 14 | 25 / 37 | 50 | 13 | 4 | 4.4 / 5.7 |
| Somalia | 118 | 46.4 / 49.5 | 1,100 | | | | | 213 | | | |
| Tanzania, Repubblica Unita di | 100 | 42.5 / 44.1 | 1,500 | 70 / 69 | 76 / 80 | | 15 / 31 | 120 | 25 | 17 | 7.6 / 9.9 |
| Uganda | 86 | 45.4 / 46.9 | 880 | 139 / 134 | | 19 / 15 | 21 / 41 | 211 | 23 | 18 | 3.7 / 4.9 |
| Zambia | 105 | 32.7 / 32.1 | 750 | 81 / 76 | 79 / 75 | 27 / 21 | 14 / 26 | 145 | 34 | 23 | 14.1 / 18.9 |
| Zimbabwe | 58 | 33.7 / 32.6 | 1,100 | 100 / 98 | | 45 / 40 | 6 / 14 | 92 | 54 | 50 | 21.0 / 28.4 |
| AFRICA CENTRALE (3) | 116 | 41.6 / 43.8 | | | | | | 200 | 23 | 5 | |
| Angola | 140 | 38.8 / 41.5 | 1,700 | | | 21 / 17 | | 229 | 6 | 5 | 3.4 / 4.4 |
| Camerun | 88 | 45.1 / 47.4 | 730 | 115 / 99 | | 36 / 29 | 23 / 40 | 121 | 19 | 7 | 6.0 / 7.9 |
| Centrafricana, Repubblica | 100 | 38.5 / 40.6 | 1,100 | 79 / 53 | | | 35 / 67 | 132 | 28 | 7 | 11.9 / 15.1 |
| Ciad | 115 | 43.7 / 45.7 | 1,100 | 90 / 57 | 58 / 48 | 17 / 5 | 46 / 63 | 195 | 8 | 2 | 4.2 / 5.4 |
| Congo, Repubblica del | 84 | 46.6 / 49.7 | 510 | 88 / 83 | | 37 / 27 | 11 / 23 | 146 | | | 4.3 / 5.6 |
| Congo, Repubblica Democratica del (4) | 120 | 40.8 / 42.8 | 990 | | | | | 230 | 31 | 4 | 3.7 / 4.8 |
| Gabon | 57 | 55.8 / 57.5 | 420 | 135 / 134 | | | | 113 | 33 | 12 | 7.1 / 9.1 |
| AFRICA DEL NORD (5) | 49 | 64.5 / 68.2 | | | | | | 36 | 47 | 42 | |
| Algeria | 44 | 68.1 / 71.3 | 140 | 112 / 104 | 95 / 97 | 69 / 74 | 22 / 40 | 16 | 64 | 50 | 0.1 / <0.1 |
| Egitto | 41 | 66.7 / 71.0 | 84 | 100 / 94 | 99 / 99 | 91 / 85 | 33 / 56 | 47 | 56 | 54 | 0.1 / <0.1 |
| Libia, Jamahiriya Araba di | 21 | 70.8 / 75.4 | 97 | 114 / 114 | | 102 / 108 | 8 / 29 | 7 | 40 | 26 | |
| Marocco | 42 | 66.8 / 70.5 | 220 | 113 / 101 | 84 / 83 | 45 / 36 | 37 / 62 | 25 | 50 | 42 | |
| Sudan | 77 | 54.1 / 57.1 | 590 | 63 / 54 | | 34 / 30 | 29 / 51 | 55 | 8 | 7 | 1.9 / 2.6 |
| Tunisia | 23 | 70.8 / 74.9 | 120 | 114 / 109 | 95 / 96 | 78 / 81 | 17 / 37 | 7 | 60 | 51 | <0.1 / <0.1 |
| AFRICA AUSTRALE | 52 | 43.9 / 49.1 | | | | | | 66 | 53 | 51 | |
| Botswana | 57 | 38.9 / 40.5 | 100 | 103 / 103 | 87 / 92 | 70 / 75 | 24 / 18 | 91 | 40 | 39 | 31.7 / 43.1 |
| Lesotho | 92 | 32.3 / 37.7 | 550 | 123 / 125 | 60 / 74 | 30 / 38 | 26 / 10 | 53 | 30 | 30 | 25.4 / 32.4 |
| Namibia | 60 | 42.9 / 45.6 | 300 | 106 / 106 | 94 / 94 | 57 / 65 | 16 / 17 | 78 | 29 | 26 | 18.4 / 24.2 |
| Sud Africa | 48 | 45.1 / 50.7 | 230 | 107 / 103 | 65 / 64 | 83 / 90 | 13 / 15 | 66 | 56 | 55 | 18.1 / 23.5 |
| Swaziland | 78 | 33.3 / 35.4 | 370 | 103 / 98 | 69 / 79 | 45 / 45 | 18 / 20 | 45 | 28 | 26 | 35.7 / 41.7 |
| AFRICA OCCIDENTALE (6) | 90 | 49.0 / 50.3 | | | | | | 119 | 15 | 8 | |
| Benin | 93 | 48.4 / 53.0 | 850 | 122 / 86 | 89 / 78 | 35 / 16 | 45 / 74 | 107 | 19 | 7 | 1.7 / 2.1 |
| Burkina Faso | 93 | 45.2 / 46.2 | 1,000 | 51 / 36 | 68 / 71 | 12 / 8 | 82 / 92 | 136 | 12 | 5 | 3.6 / 4.8 |
| Costa d'Avorio | 101 | 40.8 / 41.2 | 690 | 92 / 68 | | | | 116 | 15 | 7 | 6.0 / 8.1 |
| Gambia | 81 | 52.7 / 55.5 | 540 | 82 / 75 | | 40 / 28 | | 125 | 10 | 9 | 1.0 / 1.3 |

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

| | Indicatori di mortalità | | | Indicatori d'istruzione | | | | Indicatori della salute riproduttiva | | | |
|---|---|----------------------|-----------------------------|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|----------------|---------------------------------|
| | Mortalità infantile per 1.000 nati vivi | Speranza di vita M/F | Indice di mortalità materna | Iscritti scuole elementari (lordo) M/F | Studenti che completano le elementari M/F | Iscritti scuole superiori (lordo) M/F | % Tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F | Nascite ogni 1.000 donne età 15-19 | Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo | Metodi moderni | Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F |
| Ghana | 58 | 56.5 / 59.3 | 540 | 85 / 78 | 67 / 65 | 41 / 34 | 18 / 34 | 76 | 22 | 13 | 2.6 / 3.5 |
| Guinea | 102 | 48.8 / 49.5 | 740 | 88 / 66 | 90 / 77 | | | 163 | 6 | 4 | 2.7 / 3.7 |
| Guinea-Bissau | 120 | 43.8 / 46.9 | 1,100 | | | | | 197 | 8 | 4 | |
| Liberia | 147 | 40.7 / 42.2 | 760 | | | | 28 / 61 | 227 | 6 | 6 | 5.1 / 6.7 |
| Mali | 119 | 48.0 / 49.1 | 1,200 | 65 / 49 | 88 / 79 | | 73 / 88 | 191 | 8 | 6 | 1.6 / 2.2 |
| Mauritania | 97 | 50.9 / 54.1 | 1,000 | 88 / 85 | 54 / 56 | 25 / 19 | 49 / 69 | 104 | 8 | 5 | 0.6 / 0.7 |
| Niger | 126 | 45.9 / 46.5 | 1,600 | 47 / 32 | 73 / 68 | 8 / 5 | 75 / 91 | 233 | 14 | 4 | 1.0 / 1.4 |
| Nigeria | 79 | 51.1 / 51.8 | 800 | 107 / 86 | | | 26 / 41 | 103 | 15 | 9 | 4.6 / 6.2 |
| Senegal | 61 | 50.8 / 55.1 | 690 | 79 / 72 | 70 / 65 | 22 / 15 | 51 / 70 | 86 | 13 | 8 | 0.7 / 0.9 |
| Sierra Leone | 177 | 33.1 / 35.5 | 2,000 | 93 / 65 | | 31 / 22 | | 212 | 4 | 4 | |
| Togo | 81 | 48.2 / 51.1 | 570 | 136 / 112 | 88 / 80 | | 26 / 55 | 81 | 26 | 9 | 3.6 / 4.7 |
| ASIA | 53 | 65.5 / 69.0 | | | | | | 35 | 64 | 58 | |
| ASIA ORIENTALE (7) | 34 | 69.7 / 74.7 | | | | | | 5 | 82 | 81 | |
| Cina | 37 | 68.9 / 73.3 | 56 | 114 / 114 | | | 5 / 13 | 5 | 84 | 83 | 0.2 / 0.1 |
| Corea, Repubblica di | 5 | 71.8 / 79.3 | 20 | 102 / 102 | 100 / 100 | 91 / 91 | | 3 | 81 | 67 | 0.1 / <0.1 |
| Corea, Repubblica popolare democratica di | 45 | 60.5 / 66.0 | 67 | | | | | 2 | 62 | 53 | |
| Giappone | 3 | 77.9 / 85.1 | 10* | 101 / 101 | | 102 / 103 | | 4 | 56 | 51 | <0.1 / <0.1 |
| Hong Kong, Reg. Amm. Spec., Cina (8) | 4 | 77.3 / 82.8 | | 108 / 108 | | 78 / 78 | | 6 | 86 | 80 | 0.1 / 0.1 |
| Mongolia | 58 | 61.9 / 65.9 | 110 | 97 / 100 | 87 / 90 | 69 / 83 | 2 / 3 | 54 | 67 | 54 | <0.1 / <0.1 |
| ASIA SUDORIENTALE | 41 | 64.4 / 69.1 | | | | | | 42 | 57 | 49 | |
| Cambogia | 73 | 55.2 / 59.5 | 450 | 130 / 116 | 71 / 70 | 27 / 16 | 19 / 41 | 60 | 24 | 19 | 3.7 / 1.6 |
| Filippine | 29 | 68.0 / 72.0 | 200 | 113 / 111 | 76 / 83 | 78 / 86 | 7 / 7 | 38 | 47 | 28 | <0.1 / <0.1 |
| Indonesia | 42 | 64.8 / 68.8 | 230 | 112 / 110 | 87 / 92 | 58 / 58 | 8 / 17 | 55 | 57 | 55 | 0.2 / <0.1 |
| Laos, Repubblica popolare democratica | 88 | 53.3 / 55.8 | 650 | 123 / 106 | 62 / 63 | 47 / 34 | 23 / 45 | 91 | 32 | 29 | 0.1 / <0.1 |
| Malesia | 10 | 70.8 / 75.7 | 41 | 95 / 95 | 98 / 96 | 66 / 73 | 8 / 15 | 18 | 55 | 30 | 0.7 / 0.1 |
| Myanmar | 83 | 54.6 / 60.2 | 360 | 90 / 90 | 59 / 61 | 41 / 38 | 11 / 19 | 24 | 33 | 28 | 1.6 / 0.7 |
| Singapore | 3 | 75.9 / 80.3 | 30 | | | | 3 / 11 | 6 | 62 | 53 | 0.4 / 0.1 |
| Tailandia | 20 | 65.3 / 73.5 | 44 | 100 / 96 | | 85 / 81 | 5 / 9 | 49 | 72 | 70 | 2.0 / 1.1 |
| Vietnam | 34 | 66.9 / 71.6 | 130 | 107 / 100 | 90 / 88 | 72 / 67 | 6 / 13 | 21 | 78 | 57 | 0.7 / 0.3 |
| ASIA CENTRO-MERIDIONALE | 68 | 62.5 / 63.9 | | | | | | 54 | 48 | 41 | |
| Afghanistan | 162 | 43.0 / 43.3 | 1,900 | 44 / - | | 24 / - | | 111 | 5 | 4 | |
| Bangladesh | 64 | 61.0 / 61.8 | 380 | 97 / 98 | 63 / 68 | 45 / 49 | 50 / 69 | 117 | 54 | 43 | |
| Bhutan | 54 | 62.0 / 64.5 | 420 | | 89 / 93 | | | 54 | 19 | 19 | |
| India | 64 | 63.2 / 64.6 | 540 | 107 / 90 | 59 / 59 | 56 / 40 | | 45 | 48 | 43 | |
| Iran, Repubblica islamica di | 33 | 68.9 / 71.9 | 76 | 94 / 90 | 94 / 94 | 79 / 75 | 17 / 30 | 33 | 73 | 56 | 0.1 / <0.1 |
| Nepal | 71 | 60.1 / 59.6 | 740 | 130 / 113 | 75 / 81 | 50 / 37 | 38 / 74 | 117 | 39 | 35 | 0.1 / <0.1 |
| Pakistan | 87 | 61.2 / 60.9 | 500 | 84 / 62 | | 29 / 19 | 47 / 71 | 50 | 28 | 20 | 0.2 / <0.1 |
| Sri Lanka | 20 | 69.9 / 75.9 | 92 | 111 / 110 | | | 5 / 10 | 22 | 66 | 44 | 0.0 / <0.1 |
| ASIA OCCIDENTALE | 44 | 67.1 / 71.3 | | | | | | 47 | 47 | 28 | |
| Arabia Saudita | 21 | 71.1 / 73.7 | 23 | 68 / 66 | 94 / 94 | 73 / 65 | 16 / 31 | 38 | 32 | 29 | |
| Emirati Arabi Uniti | 14 | 73.3 / 77.4 | 54 | 94 / 90 | 97 / 98 | 77 / 82 | 24 / 19 | 51 | 28 | 24 | |
| Giordania | 24 | 69.7 / 72.5 | 41 | 98 / 99 | | 85 / 87 | 5 / 14 | 27 | 56 | 39 | |
| Iraq | 83 | 59.2 / 62.3 | 250 | | | | | 38 | 14 | 10 | |
| Israele | 6 | 77.1 / 81.0 | 17 | 114 / 113 | 100 / 99 | 95 / 94 | 3 / 7 | 17 | 68 | 52 | |
| Kuwait | 11 | 74.9 / 79.0 | 5 | 95 / 94 | 99 / 98 | 83 / 88 | 15 / 19 | 31 | 50 | 41 | |
| Libano | 17 | 71.9 / 75.1 | 150 | 105 / 101 | 92 / 96 | 74 / 81 | | 25 | 61 | 37 | 0.2 / 0.0 |

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

| | Indicatori di mortalità | | | Indicatori d'istruzione | | | | Indicatori della salute riproduttiva | | | |
|--|---|----------------------|-----------------------------|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|----------------|---------------------------------|
| | Mortalità infantile per 1.000 nati vivi | Speranza di vita M/F | Indice di mortalità materna | Iscritti scuole elementari (lordo) M/F | Studenti che completano le elementari M/F | Iscritti scuole superiori (lordo) M/F | % Tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F | Nascite ogni 1.000 donne età 15-19 | Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo | Metodi moderni | Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F |
| Oman | 20 | 71.0 / 74.4 | 87 | 84 / 82 | 96 / 96 | 79 / 78 | 18 / 35 | 66 | 24 | 18 | 0.2 / 0.1 |
| Siria, Repubblica Araba di | 22 | 70.6 / 73.1 | 160 | 115 / 108 | 93 / 92 | 47 / 42 | 9 / 26 | 34 | 36 | 28 | <0.1 / <0.1 |
| Territori occupati di Palestina/Autorità Palestinese | 21 | 70.8 / 74.0 | 100 | 104 / 105 | 97 / 98 | 82 / 88 | | 94 | | | |
| Turchia (10) | 40 | 68.0 / 73.2 | 70 | 98 / 91 | | 86 / 66 | 6 / 22 | 43 | 64 | 38 | |
| Yemen | 71 | 58.9 / 61.1 | 570 | 97 / 64 | 82 / 94 | 65 / 27 | 31 / 71 | 111 | 21 | 10 | |
| STATI ARABI (11) | 53 | 63.9 / 67.1 | 252 | 96 / 88 | 93 / 94 | 68 / 62 | 26 / 48 | 48 | 40 | 34 | 0.43 / 0.55 |
| EUROPA | 9 | 70.1 / 78.2 | | | | | | 20 | 67 | 49 | |
| EUROPA ORIENTALE | 14 | 64.0 / 74.4 | | | | | | 29 | 61 | 36 | |
| Bulgaria | 15 | 67.4 / 74.6 | 32 | 103 / 100 | 95 / 95 | 94 / 91 | 1 / 2 | 41 | 42 | 25 | |
| Polonia | 9 | 69.8 / 78.0 | 13 | 100 / 99 | 99 / 98 | 105 / 101 | | 16 | 49 | 19 | |
| Repubblica Ceca | 6 | 72.1 / 78.7 | 9 | 104 / 103 | 96 / 97 | 95 / 97 | | 17 | 72 | 63 | 0.1 / <0.1 |
| Romania | 20 | 67.0 / 74.2 | 49 | 100 / 98 | 94 / 95 | 82 / 83 | 2 / 4 | 37 | 64 | 30 | |
| Slovacchia | 8 | 69.8 / 77.6 | 3 | 102 / 101 | 98 / 99 | 89 / 90 | 0 / 0 | 24 | 74 | 41 | |
| Ungheria | 9 | 67.7 / 76.0 | 16 | 102 / 100 | 98 / 99 | 103 / 104 | | 21 | 77 | 68 | |
| EUROPA DEL NORD (12) | 5 | 74.9 / 80.5 | | | | | | 17 | 79 | 75 | |
| Danimarca | 5 | 74.2 / 79.1 | 5 | 102 / 102 | 100 / 100 | | | 7 | 78 | 72 | 0.3 / 0.1 |
| Estonia | 9 | 66.5 / 76.8 | 63 | 105 / 101 | 100 / 99 | 109 / 111 | 0 / 0 | 26 | 70 | 56 | 1.4 / 0.7 |
| Finlandia | 4 | 74.4 / 81.5 | 6 | 102 / 101 | 100 / 100 | 120 / 133 | | 8 | 77 | 75 | 0.1 / <0.1 |
| Irlanda | 6 | 74.4 / 79.6 | 5 | 104 / 104 | 98 / 99 | 100 / 109 | | 15 | | | 0.2 / 0.1 |
| Lettonia | 14 | 65.6 / 76.2 | 42 | 99 / 98 | 98 / 98 | 92 / 93 | 0 / 0 | 24 | 48 | 39 | 0.8 / 0.4 |
| Lituania | 9 | 67.5 / 77.6 | 13 | 105 / 104 | 100 / 98 | 99 / 98 | 0 / 0 | 26 | 47 | 31 | 0.1 / 0.0 |
| Norvegia | 5 | 76.0 / 81.9 | 16 | 101 / 102 | | 113 / 116 | | 11 | 74 | 69 | 0.1 / 0.0 |
| Regno Unito | 5 | 75.7 / 80.7 | 13 | 101 / 101 | | 146 / 170 | | 20 | 84 | 81 | 0.2 / 0.0 |
| Svezia | 3 | 77.6 / 82.6 | 2 | 109 / 112 | | 132 / 160 | | 7 | 78 | 72 | 0.1 / 0.0 |
| EUROPA DEL SUD (13) | 7 | 74.6 / 81.0 | | | | | | 11 | 67 | 46 | |
| Albania | 25 | 70.9 / 76.7 | 55 | 107 / 107 | 86 / 94 | 77 / 80 | 1 / 2 | 16 | 58 | 15 | |
| Bosnia e Herzegovina | 14 | 71.3 / 76.7 | 31 | | | | 2 / 9 | 23 | 48 | 16 | |
| Croazia | 8 | 70.3 / 78.1 | 8 | 96 / 95 | 100 / 100 | 88 / 89 | 1 / 3 | 19 | | | |
| Grecia | 6 | 75.7 / 80.9 | 9 | 97 / 96 | | 95 / 97 | | 10 | | | 0.3 / 0.1 |
| Italia | 5 | 75.5 / 81.9 | 5 | 101 / 100 | 96 / 97 | 97 / 95 | | 6 | 60 | 39 | 0.7 / 0.3 |
| Macedonia, ex Repubblica di Jugoslavia | 16 | 71.4 / 75.8 | 23 | 99 / 99 | 96 / 97 | 86 / 83 | | 34 | | | |
| Portogallo | 6 | 72.6 / 79.6 | 5 | 122 / 120 | | 111 / 117 | | 17 | 66 | 33 | 0.7 / 0.2 |
| Serbia e Montenegro | 13 | 70.9 / 75.6 | 11 | 99 / 99 | | 88 / 89 | | 26 | 58 | 33 | 0.3 / 0.1 |
| Slovenia | 6 | 72.6 / 79.8 | 17 | 101 / 100 | | 105 / 107 | 0 / 0 | 8 | 74 | 59 | |
| Spagna | 5 | 75.9 / 82.8 | 4 | 108 / 106 | | 112 / 119 | | 6 | 81 | 67 | 1.0 / 0.3 |
| EUROPA OCCIDENTALE (14) | 5 | 75.3 / 81.7 | | | | | | 10 | 74 | 71 | |
| Austria | 5 | 75.4 / 81.5 | 4 | 104 / 103 | 93 / 95 | 100 / 97 | | 12 | 51 | 47 | 0.4 / 0.1 |
| Belgio | 4 | 75.7 / 81.9 | 10 | 106 / 105 | | 146 / 163 | | 9 | 78 | 74 | 0.3 / 0.1 |
| Francia | 5 | 75.2 / 82.8 | 17 | 106 / 104 | | 107 / 108 | | 9 | 75 | 69 | 0.6 / 0.2 |
| Germania | 5 | 75.2 / 81.2 | 8 | 101 / 100 | 99 / 100 | 100 / 99 | | 11 | 75 | 72 | 0.2 / 0.0 |
| Paesi Bassi | 5 | 75.6 / 81.0 | 16 | 109 / 107 | 100 / 100 | 126 / 122 | | 5 | 79 | 76 | 0.4 / 0.1 |
| Svizzera | 5 | 75.9 / 82.3 | 7 | 108 / 107 | 100 / 99 | 103 / 96 | | 5 | 82 | 78 | 0.5 / 0.2 |
| AMERICA LATINA E CARAIBI | 32 | 67.1 / 73.9 | | | | | | 72 | 71 | 62 | |
| CARAIBI (15) | 35 | 64.9 / 69.0 | | | | | | 71 | 61 | 57 | |
| Cuba | 7 | 74.8 / 78.7 | 33 | 102 / 98 | 95 / 96 | 90 / 89 | 3 / 3 | 65 | 73 | 72 | 0.1 / <0.1 |
| Giamaica | 20 | 73.7 / 77.8 | 87 | 101 / 100 | 88 / 93 | 82 / 85 | 16 / 9 | 79 | 66 | 63 | 1.2 / 1.2 |

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

| | Indicatori di mortalità | | | Indicatori d'istruzione | | | | Indicatori della salute riproduttiva | | | |
|--|---|----------------------|-----------------------------|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|----------------|---------------------------------|
| | Mortalità infantile per 1.000 nati vivi | Speranza di vita M/F | Indice di mortalità materna | Iscritti scuole elementari (lordo) M/F | Studenti che completano le elementari M/F | Iscritti scuole superiori (lordo) M/F | % Tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F | Nascite ogni 1.000 donne età 15-19 | Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo | Metodi moderni | Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F |
| Haiti | 63 | 49.0 / 50.0 | 680 | | | | 46 / 50 | 64 | 27 | 21 | 4.8 / 6.4 |
| Porto Rico | 10 | 71.2 / 80.1 | 25 | | | | 6 / 6 | 63 | 78 | 68 | |
| Repubblica Dominicana | 36 | 64.4 / 69.2 | 150 | 125 / 127 | 54 / 80 | 60 / 75 | 16 / 16 | 93 | 65 | 63 | 2.5 / 0.9 |
| Trinidad e Tobago | 14 | 68.4 / 74.4 | 160 | 106 / 104 | 97 / 100 | 69 / 73 | 1 / 2 | 36 | 38 | 33 | 3.2 / 3.2 |
| AMERICA CENTRALE | 30 | 69.5 / 75.4 | | | | | | 76 | 64 | 55 | |
| Costa Rica | 10 | 75.8 / 80.6 | 43 | 108 / 108 | 93 / 95 | 66 / 68 | 4 / 4 | 78 | 75 | 65 | 0.8 / 0.4 |
| El Salvador | 26 | 67.7 / 73.7 | 150 | 114 / 109 | 65 / 70 | 56 / 56 | 18 / 23 | 87 | 60 | 54 | 0.9 / 0.5 |
| Guatemala | 41 | 63.0 / 68.9 | 240 | 107 / 99 | 57 / 54 | 34 / 32 | 23 / 38 | 111 | 38 | 31 | 1.3 / 1.0 |
| Honduras | 32 | 66.5 / 71.4 | 110 | 105 / 107 | | | 20 / 20 | 103 | 62 | 51 | 1.7 / 2.0 |
| Messico | 28 | 70.4 / 76.4 | 83 | 111 / 110 | 90 / 91 | 73 / 78 | 7 / 11 | 64 | 67 | 58 | 0.3 / 0.2 |
| Nicaragua | 36 | 67.2 / 71.9 | 230 | 104 / 105 | 51 / 58 | 52 / 61 | 23 / 23 | 135 | 69 | 66 | 0.3 / 0.1 |
| Panama | 21 | 72.3 / 77.4 | 160 | 112 / 108 | 88 / 89 | 67 / 72 | 7 / 8 | 89 | 58 | 54 | 1.1 / 0.8 |
| AMERICA DEL SUD (16) | 32 | 66.5 / 73.9 | | | | | | 71 | 74 | 65 | |
| Argentina | 20 | 70.6 / 77.7 | 82 | 120 / 119 | 91 / 95 | 97 / 103 | 3 / 3 | 61 | | | 1.1 / 0.3 |
| Bolivia | 56 | 61.8 / 66.0 | 420 | 114 / 113 | 79 / 77 | 86 / 83 | 7 / 19 | 81 | 53 | 27 | 0.1 / 0.1 |
| Brasile | 38 | 64.0 / 72.6 | 260 | 153 / 144 | 76 / 84 | 102 / 113 | 14 / 13 | 73 | 77 | 70 | 0.8 / 0.5 |
| Cile | 12 | 73.0 / 79.0 | 31 | 101 / 99 | 100 / 100 | 88 / 90 | 4 / 4 | 44 | | | 0.4 / 0.2 |
| Colombia | 26 | 69.2 / 75.3 | 130 | 110 / 109 | 59 / 63 | 62 / 69 | 8 / 8 | 80 | 77 | 64 | 1.0 / 0.5 |
| Ecuador | 41 | 68.3 / 73.5 | 130 | 117 / 117 | 77 / 79 | 59 / 59 | 8 / 10 | 66 | 66 | 50 | 0.4 / 0.2 |
| Paraguay | 37 | 68.6 / 73.1 | 170 | 114 / 110 | 76 / 78 | 63 / 64 | 7 / 10 | 75 | 57 | 48 | 0.7 / 0.3 |
| Perù | 33 | 67.3 / 72.4 | 410 | 120 / 120 | 86 / 86 | 92 / 86 | 9 / 20 | 55 | 69 | 50 | 0.7 / 0.4 |
| Uruguay | 13 | 71.6 / 78.9 | 27 | 109 / 107 | 87 / 90 | 95 / 108 | 3 / 2 | 70 | | | 0.4 / 0.2 |
| Venezuela | 19 | 70.9 / 76.7 | 96 | 107 / 105 | 92 / 100 | 64 / 74 | 6 / 7 | 95 | | | 0.9 / 0.5 |
| AMERICA DEL NORD (17) | 7 | 74.5 / 80.1 | | | | | | 50 | 76 | 71 | |
| Canada | 5 | 76.7 / 81.9 | 6 | 99 / 100 | | 107 / 106 | | 16 | 75 | 73 | 0.5 / 0.2 |
| Stati Uniti d'America | 7 | 74.3 / 79.9 | 17 | 98 / 99 | | 94 / 92 | | 53 | 76 | 71 | 1.0 / 0.3 |
| OCEANIA | 26 | 71.8 / 76.6 | | | | | | 32 | 62 | 57 | |
| AUSTRALIA-NUOVA ZELANDA | 6 | 76.3 / 81.8 | | | | | | 17 | 76 | 72 | |
| Australia (18) | 6 | 76.4 / 82.0 | 8 | 102 / 102 | | 155 / 153 | | 16 | 76 | 72 | 0.2 / <0.1 |
| Melanesia (19) | 53 | 59.3 / 61.7 | | | | | | 63 | | | |
| Nuova Zelanda | 6 | 75.8 / 80.7 | 7 | 99 / 99 | | 109 / 118 | | 27 | 75 | 72 | 0.1 / <0.1 |
| Papua Nuova Guinea | 62 | 56.8 / 58.7 | 300 | 77 / 78 | 61 / 58 | 25 / 20 | | 67 | 26 | 20 | 0.8 / 0.4 |
| PAESI IN TRANSIZIONE (EX USSR) (20) | | | | | | | | | | | |
| Armenia | 17 | 69.0 / 75.6 | 55 | 97 / 95 | | 84 / 89 | 0 / 1 | 34 | 61 | 22 | 0.1 / 0.1 |
| Azerbaigian | 29 | 68.7 / 75.5 | 94 | 93 / 92 | 96 / 99 | 81 / 79 | | 36 | 55 | 12 | |
| Bielorussia | 11 | 64.9 / 75.3 | 35 | 111 / 109 | | 82 / 86 | 0 / 0 | 27 | 50 | 42 | |
| Federazione Russa | 16 | 60.8 / 73.1 | 67 | 114 / 113 | | 92 / 92 | 0 / 1 | 30 | | | 1.5 / 0.8 |
| Georgia | 18 | 69.5 / 77.6 | 32 | 92 / 92 | 94 / 94 | 76 / 82 | | 33 | 41 | 20 | 0.3 / 0.1 |
| Kazakhstan | 52 | 60.9 / 71.9 | 210 | 100 / 99 | 95 / 95 | 90 / 88 | 0 / 1 | 45 | 66 | 53 | 0.2 / 0.1 |
| Kirghizistan | 37 | 64.8 / 72.3 | 110 | 102 / 99 | 91 / 91 | 86 / 87 | | 33 | 60 | 49 | 0.1 / <0.1 |
| Moldava, Repubblica | 18 | 65.5 / 72.2 | 36 | 86 / 85 | 90 / 91 | 71 / 73 | 0 / 1 | 43 | 62 | 43 | |
| Tagikistan | 50 | 66.2 / 71.4 | 100 | 109 / 104 | 93 / 100 | 90 / 74 | 0 / 1 | 25 | 34 | 27 | |
| Turkmenistan | 49 | 63.9 / 70.4 | 31 | | | | 1 / 2 | 17 | 62 | 53 | |
| Ucraina | 14 | 64.7 / 74.7 | 35 | 91 / 90 | 30 / 30 | 97 / 97 | 0 / 0 | 38 | 68 | 38 | 1.8 / 0.9 |
| Uzbekistan | 37 | 66.8 / 72.5 | 24 | 103 / 102 | | 100 / 97 | 0 / 1 | 54 | 67 | 63 | 0.1 / 0.1 |

Indicatori demografici, sociali e economici

| | Totale popolazione (milioni) (2004) | Popolazione prevista (milioni) (2050) | Tasso medio accr. Pop (%) (2000-2005) | % accr. Pop urbano (2003) | Tasso crescita non urbana (2000-2005) | Popolazione per ettaro di terra coltivabile | N. medio di figli per donna (2000-2005) | % nascite con personale qualificato | Reddito nazionale lordo pro capite (2002) | Spesa pubblica pro capite per istruzione primaria (% del PNL) | Spesa sanitaria pubblica pro capite (% del PNL) | Finanziamenti per progetti destinati alla popolazione (US\$,000) | Mortalità sotto i 5 anni M/F | Consumo energetico pro capite | Accesso all'acqua potabile sicura |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|---|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Totale mondiale | 6,377.6 | 8,918.7 | 1.2 | 48 | 2.1 | | 2.69 | | | | | (2,521,000) | 81 / 81 | | |
| Regioni sviluppate (*) | 1,206.1 | 1,219.7 | 0.2 | 75 | 0.5 | | 1.56 | | | | | | 10 / 9 | | |
| Regioni in via di sviluppo (+) | 5,171.5 | 7,699.1 | 1.5 | 42 | 2.8 | | 2.92 | | | | | | 89 / 89 | | |
| Paesi meno avanzati di tutti (#) | 735.6 | 1,674.5 | 2.4 | 27 | 4.3 | | 5.13 | | | | | | 165 / 156 | | |
| AFRICA (1) | 869.2 | 1,803.3 | 2.2 | 39 | 3.6 | | 4.91 | | | | | 605,466²¹ | 154 / 143 | | |
| AFRICA ORIENTALE | 276.2 | 614.5 | 2.2 | 26 | 4.3 | | 5.61 | | | | | | 171 / 156 | | |
| Burundi | 7.1 | 19.5 | 3.1 | 10 | 6.5 | 4.6 | 6.80 | 25 | 610 | 11.6 | 2.1 | 2,255 | 198 / 178 | | 78 |
| Eritrea | 4.3 | 10.5 | 3.7 | 20 | 5.8 | 5.9 | 5.43 | 28 | 950 | | 3.7 | 6,774 | 108 / 104 | | 46 |
| Etiopia | 72.4 | 171.0 | 2.5 | 16 | 4.1 | 4.8 | 6.14 | 6 | 720 | | 1.4 | 43,125 | 181 / 165 | 291 | 24 |
| Kenya | 32.4 | 44.0 | 1.5 | 39 | 4.4 | 4.5 | 4.00 | 41 | 990 | 0.9 | 1.7 | 38,134 | 125 / 110 | 500 | 57 |
| Madagascar | 17.9 | 46.3 | 2.8 | 27 | 3.6 | 3.4 | 5.70 | 46 | 720 | 10.7 | 1.2 | 10,208 | 150 / 144 | | 47 |
| Malawi | 12.3 | 25.9 | 2.0 | 16 | 4.6 | 3.8 | 6.10 | 56 | 570 | | 2.7 | 22,230 | 192 / 181 | | 57 |
| Mauritius (2) | 1.2 | 1.5 | 1.0 | 43 | 1.5 | 1.3 | 1.95 | 99 | 10,530 | 9.0 | 2.0 | 193 | 21 / 15 | | 100 |
| Mozambico | 19.2 | 31.3 | 1.8 | 36 | 5.1 | 3.3 | 5.63 | 44 | | | 4.0 | 29,800 | 223 / 207 | 425 | 57 |
| Ruanda | 8.5 | 17.0 | 2.2 | 18 | 11.6 | 5.6 | 5.74 | 31 | 1,210 | 6.9 | 3.1 | 14,044 | 189 / 168 | | 41 |
| Somalia | 10.3 | 39.7 | 4.2 | 35 | 5.7 | 6.0 | 7.25 | 34 | | | 1.2 | | 203 / 187 | | |
| Tanzania, Repubblica Unita di | 37.7 | 69.1 | 1.9 | 35 | 4.9 | 5.6 | 5.11 | 36 | 550 | | 2.0 | 31,019 | 170 / 153 | 404 | 68 |
| Uganda | 26.7 | 103.2 | 3.2 | 12 | 3.9 | 2.6 | 7.10 | 39 | 1,320 | | 3.4 | 42,399 | 154 / 139 | | 52 |
| Zambia | 10.9 | 18.5 | 1.2 | 36 | 1.9 | 1.4 | 5.64 | 43 | 770 | | 3.0 | 29,312 | 194 / 177 | 638 | 64 |
| Zimbabwe | 12.9 | 12.7 | 0.5 | 35 | 1.8 | 2.4 | 3.90 | 73 | 2,120 | 16.2 | 2.8 | 17,364 | 118 / 109 | 769 | 83 |
| AFRICA CENTRALE (3) | 103.4 | 266.3 | 2.7 | 37 | 4.1 | | 6.28 | | | | | | 218 / 196 | | |
| Angola | 14.1 | 43.1 | 3.2 | 36 | 5.4 | 2.8 | 7.20 | 45 | 1,730 | | 2.8 | 8,057 | 259 / 234 | 663 | 38 |
| Camerun | 16.3 | 24.9 | 1.8 | 51 | 3.4 | 1.1 | 4.61 | 60 | 1,640 | 8.5 | 1.2 | 3,343 | 155 / 142 | 417 | 58 |
| Centrafricana, Repubblica | 3.9 | 6.6 | 1.3 | 43 | 2.5 | 1.3 | 4.92 | 44 | 1,190 | | 2.3 | 982 | 189 / 157 | | 70 |
| Ciad | 8.9 | 25.4 | 3.0 | 25 | 4.6 | 1.7 | 6.65 | 16 | 1,000 | 9.5 | 2.0 | 2,675 | 209 / 192 | | 27 |
| Congo, Repubblica del | 3.8 | 10.6 | 2.6 | 54 | 3.4 | 6.4 | 6.29 | | 700 | 0.4 | 1.4 | 928 | 137 / 113 | 262 | 51 |
| Congo, Repubblica Democratica del (4) | 54.4 | 151.6 | 2.9 | 32 | 4.4 | 4.0 | 6.70 | 61 | 580 | | 1.5 | 8,783 | 230 / 208 | 300 | 45 |
| Gabon | 1.4 | 2.5 | 1.8 | 84 | 2.7 | 0.9 | 3.99 | 86 | 5,320 | 4.7 | 1.7 | 3,069 | 97 / 87 | 1,322 | 86 |
| AFRICA DEL NORD (5) | 187.0 | 306.0 | 1.9 | 50 | 2.7 | | 3.21 | | | | | 79,135²² | 70 / 61 | | |
| Algeria | 32.3 | 48.7 | 1.7 | 59 | 2.6 | 0.9 | 2.80 | 92 | 5,330 | | 3.1 | 3,492 | 52 / 45 | 955 | 89 |
| Egitto | 73.4 | 127.4 | 2.0 | 42 | 2.1 | 7.5 | 3.29 | 61 | 3,710 | | 1.9 | 58,689 | 52 / 44 | 737 | 97 |
| Libia, Jamahiriya Araba di | 5.7 | 9.2 | 1.9 | 86 | 2.3 | 0.1 | 3.02 | 94 | | | 1.6 | 0 | 23 / 23 | 2,994 | 72 |
| Marocco | 31.1 | 47.1 | 1.6 | 58 | 2.8 | 1.1 | 2.75 | 40 | 3,690 | 17.9 | 2.0 | 9,699 | 58 / 46 | 377 | 80 |
| Sudan | 34.3 | 60.1 | 2.2 | 39 | 4.6 | 1.2 | 4.39 | | 1,690 | | 0.6 | 5,261 | 131 / 123 | 421 | 75 |
| Tunisia | 9.9 | 12.9 | 1.1 | 64 | 1.6 | 0.5 | 2.01 | 90 | 6,280 | 15.8 | 4.9 | 1,069 | 29 / 24 | 852 | 80 |
| AFRICA AUSTRALE | 51.9 | 46.6 | 0.6 | 54 | 1.5 | | 2.79 | | | | | | 93 / 83 | | |
| Botswana | 1.8 | 1.4 | 0.9 | 52 | 1.8 | 2.1 | 3.70 | 94 | 7,770 | 6.0 | 4.4 | 2,692 | 108 / 100 | | 95 |
| Lesotho | 1.8 | 1.4 | 0.1 | 18 | 0.9 | 2.1 | 3.84 | 60 | 2,710 | 21.4 | 4.3 | 967 | 158 / 146 | | 78 |
| Namibia | 2.0 | 2.7 | 1.4 | 32 | 3.0 | 1.1 | 4.56 | 78 | 6,650 | 22.1 | 4.7 | 4,080 | 113 / 102 | 596 | 77 |
| Sudafricana, Repubblica | 45.2 | 40.2 | 0.6 | 57 | 1.4 | 0.4 | 2.61 | 84 | 9,870 | 14.3 | 3.6 | 29,267 | 85 / 75 | 2,404 | 86 |
| Swaziland | 1.1 | 0.9 | 0.8 | 24 | 1.4 | 1.9 | 4.54 | 70 | 4,530 | 10.4 | 2.3 | 635 | 155 / 138 | | |
| AFRICA OCCIDENTALE (6) | 250.6 | 569.9 | 2.6 | 42 | 4.2 | | 5.56 | | | | | | 153 / 148 | | |
| Benin | 6.9 | 15.6 | 2.6 | 45 | 4.4 | 1.5 | 5.66 | 66 | 1,020 | 10.1 | 2.1 | 7,766 | 166 / 146 | 318 | 63 |
| Burkina Faso | 13.4 | 42.4 | 3.0 | 18 | 5.0 | 2.8 | 6.68 | 31 | 1,010 | | 1.5 | 6,691 | 165 / 155 | | 42 |
| Costa d'Avorio | 16.9 | 27.6 | 1.6 | 45 | 2.6 | 1.0 | 4.73 | 63 | 1,430 | 14.9 | 1.0 | 4,014 | 182 / 164 | 402 | 81 |
| Gambia | 1.5 | 2.9 | 2.7 | 26 | 2.6 | 4.2 | 4.70 | 55 | 1,680 | | 3.2 | 690 | 140 / 128 | | 62 |

Indicatori demografici, sociali e economici

| | Totale popolazione (milioni) (2004) | Popolazione prevista (milioni) (2050) | Tasso medio accr. Pop (%) (2000-2005) | % accr. Pop urbano (2003) | Tasso crescita non urbana (2000-2005) | Popolazione per ettaro di terra coltivabile | N. medio di figli per donna (2000-2005) | % nascite con personale qualificato | Reddito nazionale lordo pro capite (2002) | Spesa pubblica pro capite per istruzione primaria (% del PNL) | Spesa sanitaria pubblica pro capite (% del PNL) | Finanziamenti per progetti destinati alla popolazione (US\$,000) | Mortalità sotto i 5 anni M/F | Consumo energetico pro capite | Accesso all'acqua potabile sicura |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|---|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Ghana | 21.4 | 39.5 | 2.2 | 45 | 3.2 | 1.9 | 4.11 | 44 | 2,000 | | 2.8 | 21,753 | 99 / 88 | 410 | 73 |
| Guinea | 8.6 | 19.6 | 1.6 | 35 | 3.8 | 4.5 | 5.82 | 35 | 1,990 | 9.2 | 1.9 | 6,176 | 175 / 176 | | 48 |
| Guinea-Bissau | 1.5 | 4.7 | 2.9 | 34 | 5.4 | 2.1 | 7.10 | 35 | 750 | | 3.2 | 562 | 221 / 198 | | 56 |
| Liberia | 3.5 | 9.8 | 4.0 | 47 | 5.3 | 3.5 | 6.80 | 51 | | | 3.3 | 1,626 | 238 / 221 | | |
| Mali | 13.4 | 46.0 | 3.0 | 32 | 5.2 | 2.1 | 7.00 | 41 | 840 | 14.4 | 1.7 | 14,171 | 184 / 178 | | 65 |
| Mauritania | 3.0 | 7.5 | 3.0 | 62 | 5.1 | 2.9 | 5.79 | 57 | 1,740 | 14.0 | 2.6 | 2,061 | 163 / 150 | | 37 |
| Niger | 12.4 | 53.0 | 3.6 | 22 | 6.1 | 2.2 | 8.00 | 16 | 770 | 16.8 | 1.4 | 3,979 | 207 / 213 | | 59 |
| Nigeria | 127.1 | 258.5 | 2.5 | 47 | 4.4 | 1.2 | 5.42 | 35 | 780 | | 0.8 | 35,933 | 133 / 133 | 735 | 62 |
| Senegal | 10.3 | 21.6 | 2.4 | 50 | 3.9 | 2.8 | 4.97 | 58 | 1,510 | 13.8 | 2.8 | 17,082 | 116 / 108 | 325 | 78 |
| Sierra Leone | 5.2 | 10.3 | 3.8 | 39 | 5.6 | 5.0 | 6.50 | 42 | 490 | | 2.6 | 889 | 321 / 293 | | 57 |
| Togo | 5.0 | 10.0 | 2.3 | 35 | 4.0 | 1.1 | 5.33 | 49 | 1,430 | 11.0 | 1.5 | 2,695 | 145 / 128 | 305 | 54 |
| ASIA | 3,870.5 | 5,222.1 | 1.3 | 39 | 2.7 | | 2.55 | | | | | 396,994 | 68 / 73 | | |
| ASIA ORIENTALE (7) | 1,522.0 | 1,590.1 | 0.7 | 43 | 2.6 | | 1.78 | | | | | | 36 / 44 | | |
| Cina | 1,313.3 | 1,395.2 | 0.7 | 39 | 3.2 | 5.5 | 1.83 | 76 | 4,390 | 6.6 | 2.0 | 22,176 | 39 / 47 | 896 | 75 |
| Corea, Repubblica di | 48.0 | 46.4 | 0.6 | 80 | 0.9 | 2.1 | 1.41 | 100 | 16,480 | 18.4 | 2.6 | 0 | 8 / 6 | 4,114 | 92 |
| Corea, Repubblica popolare democratica di | 22.8 | 25.0 | 0.5 | 61 | 1.0 | 2.4 | 2.02 | 97 | | | 1.9 | 1,198 | 61 / 55 | 914 | 100 |
| Giappone | 127.8 | 109.7 | 0.1 | 65 | 0.3 | 1.0 | 1.32 | 100 | 26,070 | 21.4 | 6.2 | (115,346) ²³ | 5 / 4 | 4,099 | |
| Hong Kong, Reg. Amm. Spec., Cina (8) | 7.1 | 9.4 | 1.1 | 100 | 1.1 | | 1.00 | | 26,810 | | | | 5 / 5 | 2,421 | |
| Mongolia | 2.6 | 3.8 | 1.3 | 57 | 1.4 | 0.5 | 2.42 | 97 | 1,650 | | 4.6 | 3,989 | 88 / 83 | | 60 |
| ASIA SUDORIENTALE | 550.7 | 767.2 | 1.4 | 42 | 3.3 | | 2.55 | | | | | | 61 / 49 | | |
| Cambogia | 14.5 | 29.6 | 2.4 | 19 | 5.5 | 2.5 | 4.77 | 32 | 1,590 | 7.4 | 1.7 | 24,787 | 115 / 99 | | 30 |
| Filippine | 81.4 | 127.0 | 1.8 | 61 | 3.1 | 2.8 | 3.18 | 58 | 4,280 | 11.8 | 1.5 | 46,523 | 40 / 30 | 538 | 86 |
| Indonesia | 222.6 | 293.8 | 1.3 | 46 | 3.9 | 2.8 | 2.35 | 66 | 2,990 | 3.7 | 0.6 | 34,244 | 59 / 46 | 729 | 78 |
| Laos, Repubblica popolare democratica | 5.8 | 11.4 | 2.3 | 21 | 4.6 | 4.3 | 4.78 | 19 | 1,610 | 9.1 | 1.7 | 2,244 | 144 / 137 | | 37 |
| Malesia | 24.9 | 39.6 | 1.9 | 64 | 3.0 | 0.5 | 2.90 | 97 | 8,280 | 17.0 | 2.0 | 156 | 15 / 11 | 2,168 | |
| Myanmar | 50.1 | 64.5 | 1.3 | 29 | 3.1 | 3.2 | 2.86 | 56 | | 5.8 | 0.4 | 4,688 | 137 / 118 | 252 | 72 |
| Singapore | 4.3 | 4.5 | 1.7 | 100 | 1.7 | 5.9 | 1.36 | 100 | 23,090 | | 1.3 | 0 | 4 / 4 | 7,058 | 100 |
| Tailandia | 63.5 | 77.1 | 1.0 | 32 | 1.9 | 1.6 | 1.93 | 99 | 6,680 | 15.9 | 2.1 | 2,466 | 31 / 19 | 1,235 | 84 |
| Vietnam | 82.5 | 117.7 | 1.3 | 26 | 3.2 | 6.3 | 2.30 | 85 | 2,240 | | 1.5 | 16,392 | 52 / 37 | 495 | 77 |
| ASIA CENTRO-MERIDIONALE | 1,588.8 | 2,463.9 | 1.7 | 30 | 2.5 | | 3.25 | | | | | | 89 / 98 | | |
| Afghanistan | 24.9 | 69.5 | 3.9 | 23 | 6.0 | 1.8 | 6.80 | 12 | | | 2.7 | 1,491 | 278 / 283 | | 13 |
| Bangladesh | 149.7 | 254.6 | 2.0 | 24 | 3.5 | 9.1 | 3.46 | 12 | 1,720 | 8.3 | 1.5 | 75,909 | 85 / 90 | 153 | 97 |
| Bhutan | 2.3 | 5.3 | 3.0 | 9 | 6.3 | 12.1 | 5.02 | 24 | | | 3.6 | 632 | 82 / 78 | | 62 |
| India | 1,081.2 | 1,531.4 | 1.5 | 28 | 2.3 | 3.2 | 3.01 | 43 | 2,570 | 13.7 | 0.9 | 57,199 | 78 / 90 | 515 | 84 |
| Iran, Repubblica islamica di | 69.8 | 105.5 | 1.2 | 67 | 2.3 | 1.1 | 2.33 | 90 | 6,340 | 11.6 | 2.7 | 2,276 | 39 / 39 | 1,860 | 92 |
| Nepal | 25.7 | 50.8 | 2.2 | 15 | 5.2 | 7.0 | 4.26 | 11 | 1,350 | 12.5 | 1.5 | 19,820 | 91 / 106 | 357 | 88 |
| Pakistan | 157.3 | 348.7 | 2.4 | 34 | 3.4 | 3.3 | 5.08 | 20 | 1,940 | | 1.0 | 13,415 | 121 / 135 | 456 | 90 |
| Sri Lanka | 19.2 | 21.2 | 0.8 | 21 | 0.7 | 4.5 | 2.01 | 97 | 3,390 | 10.0 | 1.8 | 2,074 | 30 / 16 | 423 | 77 |
| ASIA OCCIDENTALE | 208.9 | 400.8 | 2.1 | 65 | 2.4 | | 3.45 | | | | | 30,221²² | 60 / 53 | | |
| Arabia Saudita | 24.9 | 54.7 | 2.9 | 88 | 3.4 | 0.6 | 4.53 | 91 | | 34.9 | 3.4 | 4 | 26 / 23 | 5,195 | 95 |
| Emirati Arabi Uniti | 3.1 | 4.1 | 1.9 | 85 | 2.1 | 0.6 | 2.82 | 96 | | 9.2 | 2.6 | 0 | 17 / 14 | 10,860 | |
| Giordania | 5.6 | 10.2 | 2.7 | 79 | 2.8 | 1.4 | 3.57 | 100 | 4,070 | 16.0 | 4.5 | 14,233 | 28 / 26 | 1,017 | 96 |
| Iraq | 25.9 | 57.9 | 2.7 | 67 | 2.4 | 0.4 | 4.77 | 72 | | | 1.0 | 268 | 112 / 103 | 1,202 | 85 |
| Israele | 6.6 | 10.0 | 2.0 | 92 | 2.1 | 0.4 | 2.70 | | | 21.0 | 6.0 | 0 | 9 / 9 | 3,291 | |
| Kuwait | 2.6 | 4.9 | 3.5 | 96 | 3.5 | 1.7 | 2.66 | 98 | | | 3.5 | 0 | 13 / 13 | 7,195 | |
| Libano | 3.7 | 4.9 | 1.6 | 88 | 1.9 | 0.4 | 2.18 | 89 | 4,470 | 8.3 | 2.2 | 1,885 | 22 / 17 | 1,239 | 100 |

Indicatori demografici, sociali e economici

| | Totale popolazione (milioni) (2004) | Popolazione prevista (milioni) (2050) | Tasso medio accr. Pop (%) (2000-2005) | % accr. Pop urbano (2003) | Tasso crescita non urbana (2000-2005) | Popolazione per ettaro di terra coltivabile | N. medio di figli per donna (2000-2005) | % nascite con personale qualificato | Reddito nazionale lordo pro capite (2002) | Spesa pubblica pro capite per istruzione primaria (% del PNL) | Spesa sanitaria pubblica pro capite (% del PNL) | Finanziamenti per progetti destinati alla popolazione (US\$,000) | Mortalità sotto i 5 anni M/F | Consumo energetico pro capite | Accesso all'acqua potabile sicura |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|---|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Oman | 2.9 | 6.8 | 2.9 | 78 | 3.6 | 12.0 | 4.96 | 95 | 12,910 | 12.6 | 2.4 | 77 | 26 / 20 | 4,029 | 39 |
| Siria, Repubblica Araba di | 18.2 | 34.2 | 2.4 | 50 | 2.5 | 0.9 | 3.32 | | 3,250 | 12.8 | 1.7 | 3,063 | 28 / 25 | 841 | 80 |
| Territori occupati di Palestina/Autorità Palestinese | 3.7 | 11.1 | 3.6 | 71 | 4.1 | | 5.57 | 97 | | | | 2,385 | 27 / 21 | | 86 |
| Turchia (10) | 72.3 | 97.8 | 1.4 | 66 | 2.2 | 0.8 | 2.43 | 81 | 6,120 | 11.6 | 4.4 | 2,650 | 56 / 43 | 1,057 | 82 |
| Yemen | 20.7 | 84.4 | 3.5 | 26 | 4.8 | 5.8 | 7.01 | 22 | 750 | | 1.5 | 5,647 | 100 / 95 | 197 | 69 |
| STATI ARABI (11) | 314.2 | 631.2 | 2.3 | 55 | 2.9 | 1.1 | 3.81 | 67 | 3,547 | 23.9 | 2.7 | 109,243 | 77 / 70 | 1,400 | 85 |
| EUROPA | 725.6 | 631.9 | -0.1 | 73 | 0.1 | | 1.38 | | | | | | 12 / 10 | | |
| EUROPA ORIENTALE | 298.8 | 221.7 | -0.5 | 68 | -0.4 | | 1.18 | | | | | 35,259^{22, 24} | 20 / 16 | | |
| Bulgaria | 7.8 | 5.3 | -0.8 | 70 | -0.3 | 0.1 | 1.10 | | 6,840 | 14.8 | 3.9 | 155 | 21 / 17 | 2,428 | 100 |
| Polonia | 38.6 | 33.0 | -0.1 | 62 | 0.0 | 0.5 | 1.26 | | 10,130 | 28.8 | 4.6 | 109 | 11 / 10 | 2,344 | |
| Repubblica Ceca | 10.2 | 8.6 | -0.1 | 74 | 0.0 | 0.2 | 1.16 | 99 | 14,500 | 13.0 | 6.7 | 197 | 6 / 6 | 4,049 | |
| Romania | 22.3 | 18.1 | -0.2 | 55 | -0.2 | 0.3 | 1.32 | 98 | 6,290 | | 5.2 | 4,414 | 28 / 22 | 1,644 | 58 |
| Slovacchia | 5.4 | 4.9 | 0.1 | 57 | 0.5 | 0.3 | 1.28 | | 12,190 | 11.4 | 5.1 | 17 | 10 / 10 | 3,480 | 100 |
| Ungheria | 9.8 | 7.6 | -0.5 | 65 | 0.1 | 0.2 | 1.20 | | 12,810 | 19.2 | 5.1 | 0 | 12 / 10 | 2,487 | 99 |
| EUROPA DEL NORD (12) | 95.0 | 100.1 | 0.2 | 83 | 0.4 | | 1.61 | | | | | | 7 / 6 | | |
| Danimarca | 5.4 | 5.3 | 0.2 | 85 | 0.3 | 0.1 | 1.77 | | 29,450 | 23.4 | 7.0 | (48,852) | 7 / 6 | 3,692 | 100 |
| Estonia | 1.3 | 0.7 | -1.1 | 69 | -1.0 | 0.2 | 1.22 | | 11,120 | 23.6 | 4.3 | 50 | 13 / 9 | 3,444 | |
| Finlandia | 5.2 | 4.9 | 0.2 | 61 | 0.1 | 0.1 | 1.73 | | 25,440 | | 5.3 | (23,730) | 5 / 4 | 6,518 | 100 |
| Irlanda | 4.0 | 5.0 | 1.1 | 60 | 1.5 | 0.4 | 1.90 | 100 | 28,040 | | 4.9 | (6,255) | 7 / 7 | 3,876 | |
| Lettonia | 2.3 | 1.3 | -0.9 | 66 | -1.2 | 0.1 | 1.10 | 100 | 8,940 | 23.1 | 3.4 | 93 | 19 / 16 | 1,822 | |
| Lituania | 3.4 | 2.5 | -0.6 | 67 | -0.7 | 0.2 | 1.25 | | 9,880 | | 4.2 | 85 | 13 / 10 | 2,304 | |
| Norvegia | 4.6 | 4.9 | 0.4 | 79 | 1.6 | 0.3 | 1.80 | | 35,840 | 26.8 | 6.8 | (42,960) | 6 / 5 | 5,896 | 100 |
| Regno Unito | 59.4 | 66.2 | 0.3 | 89 | 0.4 | 0.2 | 1.60 | 99 | 25,870 | 13.6 | 6.3 | (80,971) | 7 / 6 | 3,982 | 100 |
| Svezia | 8.9 | 8.7 | 0.1 | 83 | 0.1 | 0.1 | 1.64 | | 25,080 | 24.3 | 7.4 | (56,270) | 5 / 4 | 5,740 | 100 |
| EUROPA DEL SUD (13) | 146.4 | 125.6 | 0.1 | 66 | 0.3 | | 1.32 | | | | | | 10 / 9 | | |
| Albania | 3.2 | 3.7 | 0.7 | 44 | 2.1 | 2.1 | 2.28 | 99 | 4,040 | | 2.4 | 1,928 | 37 / 31 | 548 | 97 |
| Bosnia e Herzegovina | 4.2 | 3.6 | 1.1 | 44 | 2.2 | 0.2 | 1.30 | 100 | 5,800 | | 2.8 | 175 | 17 / 14 | 1,074 | |
| Croazia | 4.4 | 3.6 | -0.2 | 59 | 0.5 | 0.2 | 1.65 | 100 | 9,760 | | 7.3 | 0 | 10 / 8 | 1,771 | |
| Grecia | 11.0 | 9.8 | 0.1 | 61 | 0.6 | 0.4 | 1.27 | | 18,240 | | 5.2 | | 8 / 7 | 2,710 | |
| Italia | 57.3 | 44.9 | -0.1 | 67 | 0.0 | 0.3 | 1.23 | | 25,320 | | 6.3 | (25,038) | 7 / 6 | 2,981 | |
| Macedonia, Ex. Repubblica di Jugoslavia | 2.1 | 2.2 | 0.5 | 60 | 0.6 | 0.4 | 1.90 | 97 | 6,210 | 16.6 | 5.8 | | 19 / 18 | | |
| Portogallo | 10.1 | 9.0 | 0.1 | 55 | 1.1 | 0.5 | 1.45 | 100 | 17,350 | | 6.3 | (689) | 9 / 8 | 2,435 | |
| Serbia e Montenegro | 10.5 | 9.4 | -0.1 | 52 | 0.2 | 0.5 | 1.65 | 99 | | | 6.5 | 1,780 | 17 / 14 | 1,508 | 98 |
| Slovenia | 2.0 | 1.6 | -0.1 | 51 | -0.1 | 0.2 | 1.14 | | 17,690 | | 6.3 | 0 | 8 / 7 | 3,459 | 100 |
| Spagna | 41.1 | 37.3 | 0.2 | 77 | 0.3 | 0.2 | 1.15 | | 20,460 | | 5.4 | (14,380) | 7 / 6 | 3,127 | |
| EUROPA OCCIDENTALE (14) | 185.3 | 184.5 | 0.2 | 81 | 0.5 | | 1.58 | | | | | | 6 / 6 | | |
| Austria | 8.1 | 7.4 | 0.0 | 66 | 0.0 | 0.3 | 1.28 | | 28,240 | | 5.5 | (979) | 6 / 5 | 3,825 | 100 |
| Belgio | 10.3 | 10.2 | 0.2 | 97 | 0.2 | | 1.66 | | 27,350 | | 6.4 | (19,066) | 6 / 6 | 5,735 | |
| Francia | 60.4 | 64.2 | 0.5 | 76 | 0.7 | 0.1 | 1.89 | | 26,180 | | 7.3 | (8,242) | 6 / 6 | 4,487 | |
| Germania | 82.5 | 79.1 | 0.1 | 88 | 0.3 | 0.2 | 1.35 | | 26,220 | | 8.1 | (108,660) ²⁵ | 6 / 6 | 4,264 | |
| Paesi Bassi | 16.2 | 17.0 | 0.5 | 66 | 1.3 | 0.6 | 1.72 | 100 | 27,470 | | 5.7 | (132,032) | 7 / 6 | 4,814 | 100 |
| Svizzera | 7.2 | 5.8 | 0.0 | 68 | -0.1 | 1.0 | 1.41 | | 31,250 | 22.8 | 6.4 | (23,534) | 7 / 5 | 3,875 | 100 |
| AMERICA LATINA E CARAIBI | 550.8 | 767.7 | 1.4 | 77 | 1.9 | | 2.53 | | | | | 188,603 | 45 / 36 | | |
| CARAIBI (15) | 39.0 | 45.8 | 0.9 | 64 | 1.3 | | 2.39 | | | | | | 62 / 53 | | |
| Cuba | 11.3 | 10.1 | 0.3 | 76 | 0.5 | 0.4 | 1.55 | 100 | | 32.7 | 6.2 | 1,469 | 12 / 8 | 1,216 | 91 |
| Giamaica | 2.7 | 3.7 | 0.9 | 52 | 1.0 | 1.9 | 2.36 | 95 | 3,550 | 15.7 | 2.9 | 3,534 | 28 / 21 | 1,545 | 92 |

Indicatori demografici, sociali e economici

| | Totale popolazione (milioni) (2004) | Popolazione prevista (milioni) (2050) | Tasso medio accr. Pop (%) (2000-2005) | % accr. Pop urbano (2003) | Tasso crescita non urbana (2000-2005) | Popolazione per ettaro di terra coltivabile | N. medio di figli per donna (2000-2005) | % nascite con personale qualificato | Reddito nazionale lordo pro capite (2002) | Spesa pubblica pro capite per istruzione primaria (% del PNL) | Spesa sanitaria pubblica pro capite (% del PNL) | Finanziamenti per progetti destinati alla popolazione (US\$,000) | Mortalità sotto i 5 anni M/F | Consumo energetico pro capite | Accesso all'acqua potabile sicura |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|---|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Haiti | 8.4 | 12.4 | 1.3 | 38 | 3.0 | 4.6 | 3.98 | 24 | 1,580 | | 2.7 | 16,621 | 119 / 104 | 257 | 46 |
| Porto Rico | 3.9 | 3.7 | 0.5 | 97 | 1.1 | 1.3 | 1.89 | | | | | 0 | 14 / 11 | | |
| Repubblica Dominicana | 8.9 | 11.9 | 1.5 | 59 | 2.1 | 0.9 | 2.71 | 98 | 5,870 | 6.6 | 2.2 | 8,135 | 58 / 48 | 921 | 86 |
| Trinidad e Tobago | 1.3 | 1.2 | 0.3 | 75 | 0.9 | 0.9 | 1.55 | 96 | 8,680 | 14.2 | 1.7 | 530 | 21 / 16 | 6,708 | 90 |
| AMERICA CENTRALE | 144.6 | 211.8 | 1.7 | 69 | 2.0 | | 2.76 | | | | | | 41 / 34 | | |
| Costa Rica | 4.3 | 6.5 | 1.9 | 61 | 2.8 | 1.6 | 2.28 | 98 | 8,260 | 14.6 | 4.9 | 344 | 14 / 11 | 899 | 95 |
| El Salvador | 6.6 | 9.8 | 1.6 | 60 | 2.1 | 2.2 | 2.88 | 90 | 4,570 | | 3.7 | 7,760 | 38 / 31 | 677 | 77 |
| Guatemala | 12.7 | 26.2 | 2.6 | 46 | 3.4 | 3.0 | 4.41 | 41 | 3,880 | 7.7 | 2.3 | 12,474 | 58 / 51 | 626 | 92 |
| Honduras | 7.1 | 12.6 | 2.3 | 46 | 3.3 | 1.6 | 3.72 | 56 | 2,450 | | 3.2 | 13,853 | 53 / 43 | 488 | 88 |
| Messico | 104.9 | 140.2 | 1.5 | 76 | 1.8 | 0.8 | 2.50 | 86 | 8,540 | 11.8 | 2.7 | 9,849 | 37 / 31 | 1,532 | 88 |
| Nicaragua | 5.6 | 10.9 | 2.4 | 57 | 3.1 | 0.5 | 3.75 | 67 | | 20.5 | 3.8 | 16,685 | 50 / 40 | 536 | 77 |
| Panama | 3.2 | 5.1 | 1.8 | 57 | 2.4 | 1.0 | 2.70 | 90 | 5,870 | 10.5 | 4.8 | 474 | 31 / 23 | 1,098 | 90 |
| AMERICA DEL SUD (16) | 367.2 | 510.1 | 1.4 | 81 | 2.0 | | 2.45 | | | | | | 45 / 35 | | |
| Argentina | 38.9 | 52.8 | 1.2 | 90 | 1.4 | 0.1 | 2.44 | 98 | 9,930 | 12.4 | 5.1 | 865 | 26 / 21 | 1,537 | |
| Bolivia | 9.0 | 15.7 | 1.9 | 63 | 2.7 | 1.2 | 3.82 | 69 | 2,300 | 12.0 | 3.5 | 25,576 | 77 / 67 | 496 | 83 |
| Brasile | 180.7 | 233.1 | 1.2 | 83 | 2.0 | 0.4 | 2.21 | 88 | 7,250 | 10.7 | 3.2 | 7,545 | 52 / 39 | 1,074 | 87 |
| Cile | 16.0 | 21.8 | 1.2 | 87 | 1.6 | 1.0 | 2.35 | 100 | 9,180 | 14.3 | 3.1 | 112 | 15 / 12 | 1,545 | 93 |
| Colombia | 44.9 | 67.5 | 1.6 | 77 | 2.2 | 2.0 | 2.62 | 86 | 5,870 | 16.4 | 3.6 | 1,427 | 35 / 30 | 680 | 91 |
| Ecuador | 13.2 | 18.7 | 1.5 | 62 | 2.3 | 1.1 | 2.76 | 69 | 3,222 | | 2.3 | 9,697 | 60 / 49 | 692 | 85 |
| Paraguay | 6.0 | 12.1 | 2.4 | 57 | 3.5 | 0.7 | 3.84 | 71 | 4,450 | 12.9 | 3.0 | 3,761 | 51 / 39 | 697 | 78 |
| Perù | 27.6 | 41.1 | 1.5 | 74 | 2.0 | 1.9 | 2.86 | 59 | 4,800 | 7.5 | 2.6 | 23,635 | 57 / 47 | 460 | 80 |
| Uruguay | 3.4 | 4.1 | 0.7 | 93 | 0.9 | 0.3 | 2.30 | 100 | 12,010 | 7.2 | 5.1 | 193 | 18 / 13 | 809 | 98 |
| Venezuela | 26.2 | 41.7 | 1.9 | 88 | 2.1 | 0.7 | 2.72 | 94 | 5,080 | | 3.7 | 879 | 25 / 20 | 2,227 | 83 |
| AMERICA DEL NORD (17) | 328.9 | 447.9 | 1.0 | 80 | 1.4 | | 2.05 | | | | | | 8 / 8 | | |
| Canada | 31.7 | 39.1 | 0.8 | 80 | 1.2 | 0.0 | 1.48 | 98 | 28,070 | | 6.8 | (12,689) | 7 / 6 | 7,985 | 100 |
| Stati Uniti d'America | 297.0 | 408.7 | 1.0 | 80 | 1.4 | 0.0 | 2.11 | 99 | 35,060 | 18.0 | 6.2 | (951,012) | 8 / 9 | 7,996 | 100 |
| OCEANIA | 32.6 | 45.8 | 1.2 | 73 | 1.4 | | 2.34 | | | | | | 34 / 35 | | |
| AUSTRALIA-NUOVA ZELANDA | 23.8 | 30.1 | 0.9 | 91 | 1.3 | | 1.75 | | | | | | 8 / 6 | | |
| Australia (18) | 19.9 | 25.6 | 1.0 | 92 | 1.4 | 0.0 | 1.70 | 100 | 26,960 | 16.0 | 6.2 | (13,088) | 8 / 6 | 5,956 | 100 |
| Melanesia (19) | 7.6 | 14.0 | 2.1 | 20 | 2.5 | | 3.91 | | | | | | 70 / 75 | | |
| Nuova Zelanda | 3.9 | 4.5 | 0.8 | 86 | 0.8 | 0.1 | 2.01 | 100 | 20,020 | 19.6 | 6.4 | (2,150) | 8 / 6 | 4,714 | |
| Papua Nuova Guinea | 5.8 | 11.1 | 2.2 | 13 | 2.3 | 4.9 | 4.09 | 53 | 2,080 | 12.4 | 3.9 | 6,157 | 81 / 88 | | 42 |
| PAESI IN TRANSIZIONE (EX USSR) (20) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Armenia | 3.1 | 2.3 | -0.5 | 64 | -0.8 | 0.7 | 1.15 | 97 | 3,060 | | 3.2 | 3,721 | 22 / 17 | 744 | |
| Azerbaijan | 8.4 | 10.9 | 0.9 | 50 | 0.6 | 1.1 | 2.10 | 84 | 2,920 | | 0.7 | 1,887 | 41 / 38 | 1,428 | 78 |
| Bielorussia | 9.9 | 7.5 | -0.5 | 71 | 0.1 | 0.2 | 1.20 | 100 | 5,330 | | 4.8 | 148 | 17 / 12 | 2,449 | 100 |
| Federazione Russa | 142.4 | 101.5 | -0.6 | 73 | -0.6 | 0.1 | 1.14 | 99 | 7,820 | | 3.7 | 12,226 | 23 / 18 | 4,293 | 99 |
| Georgia | 5.1 | 3.5 | -0.9 | 52 | -1.4 | 1.0 | 1.40 | 96 | 2,210 | | 1.4 | 2,991 | 25 / 18 | 462 | 79 |
| Kazakhstan | 15.4 | 13.9 | -0.4 | 56 | -0.3 | 0.1 | 1.95 | 99 | 5,480 | | 1.9 | 6,169 | 68 / 48 | 2,705 | 91 |
| Kirghizistan | 5.2 | 7.2 | 1.4 | 34 | 1.0 | 0.9 | 2.64 | 98 | 1,520 | | 1.9 | 2,593 | 50 / 42 | 451 | 77 |
| Moldava, Repubblica | 4.3 | 3.6 | -0.1 | 46 | 0.1 | 0.4 | 1.40 | 99 | 1,560 | | 2.8 | 768 | 26 / 21 | 735 | 92 |
| Tagikistan | 6.3 | 9.6 | 0.9 | 25 | -0.4 | 1.9 | 3.06 | 71 | 900 | | 1.0 | 805 | 78 / 67 | 487 | 60 |
| Turkmenistan | 4.9 | 7.5 | 1.5 | 45 | 2.0 | 0.9 | 2.70 | 97 | 4,570 | | 3.0 | 1,027 | 74 / 61 | 3,244 | |
| Ucraina | 48.2 | 31.7 | -0.8 | 67 | -0.7 | 0.2 | 1.15 | 100 | 4,650 | | 2.9 | 4,658 | 20 / 15 | 2,884 | 98 |
| Uzbekistan | 26.5 | 37.8 | 1.5 | 37 | 1.0 | 1.4 | 2.44 | 96 | 1,590 | | 2.7 | 4,624 | 56 / 48 | 2,029 | 85 |

Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

| | Indicatori di mortalità | | | Indicatori d'istruzione | | Indicatori della salute riproduttiva | | | |
|--------------------|--|----------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---|----------------|---------------------------------|
| | Mortalità infantile totale per 1.000 nati vivi | Speranza di vita M/F | Indice di mortalità materna | Iscritti scuole elementari (lordo) M/F | Iscritti scuole superiori (lordo) M/F | Nascite ogni 1.000 donne età 15-19 | Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo | Metodi moderni | Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F |
| Antille Olandesi | 13 | 73.3 / 79.2 | 20 | 104 / 104 | 69 / 77 | 44 | | | |
| Bahamas | 18 | 63.9 / 70.3 | 60 | 92 / 93 | 90 / 93 | 60 | 62 | 60 | 3.0 / 3.0 |
| Bahrain | 14 | 72.5 / 75.9 | 28 | 98 / 98 | 91 / 99 | 18 | 62 | 31 | 0.1 / 0.2 |
| Barbados | 11 | 74.5 / 79.5 | 95 | 108 / 108 | 103 / 103 | 43 | 55 | 53 | 2.0 / 1.0 |
| Belize | 31 | 69.9 / 73.0 | 140 | 119 / 116 | 68 / 74 | 86 | 47 | 42 | 3.0 / 1.8 |
| Brunei Darussalam | 6 | 74.2 / 78.9 | 37 | 107 / 106 | 85 / 91 | 26 | | | <0.1 / <0.1 |
| Capo Verde | 30 | 67.0 / 72.8 | 150 | 125 / 120 | 64 / 67 | 82 | 53 | 46 | |
| Cipro | 8 | 76.0 / 80.5 | 47 | 97 / 97 | 93 / 94 | 10 | | | |
| Comore, Isole | 67 | 59.4 / 62.2 | 480 | 98 / 81 | 30 / 25 | 59 | 26 | 19 | |
| Figi | 18 | 68.1 / 71.5 | 75 | 109 / 109 | 78 / 83 | 54 | | | 0.2 / <0.1 |
| Gibuti | 102 | 44.7 / 46.8 | 730 | 46 / 35 | 24 / 15 | 64 | | | 0.3 / 0.3 |
| Guadalupe | 7 | 74.8 / 81.7 | 5 | | | 19 | | | |
| Guam | 10 | 72.4 / 77.0 | 12 | | | 70 | | | |
| Guinea Equatoriale | 101 | 47.8 / 50.5 | 880 | 132 / 120 | 38 / 22 | 192 | | | |
| Guyana | 51 | 60.1 / 66.3 | 170 | | | 67 | 37 | 36 | 2.2 / 2.8 |
| Islanda | 3 | 77.6 / 81.9 | 0 | 101 / 101 | 104 / 111 | 19 | | | 0.2 / 0.2 |
| Lussemburgo | 5 | 75.1 / 81.4 | 28 | 101 / 100 | 93 / 99 | 9 | | | |
| Maldive | 38 | 67.8 / 67.0 | 110 | 125 / 124 | 64 / 68 | 53 | | | |
| Malta | 7 | 75.9 / 80.7 | 21 | 106 / 106 | 91 / 89 | 12 | | | |
| Martinica | 7 | 75.8 / 82.3 | 4 | | | 30 | | | |
| Micronesia (26) | 21 | 70.3 / 74.0 | | | | 53 | | | |
| Nuova Caledonia | 7 | 72.5 / 77.7 | 10 | | | 31 | | | |
| Polinesia (27) | 21 | 68.9 / 73.4 | | | | 39 | | | |
| Polinesia Francese | 9 | 70.7 / 75.8 | 20 | | | 45 | | | |
| Qatar | 12 | 70.5 / 75.4 | 7 | 108 / 104 | 88 / 93 | 20 | 43 | 32 | |
| Reunione | 8 | 71.2 / 79.3 | 41 | | | 32 | 67 | 62 | |
| Samoa | 26 | 66.9 / 73.4 | 130 | 104 / 101 | 71 / 79 | 44 | | | |
| Salomone, Isole di | 21 | 67.9 / 70.7 | 130 | | | 52 | | | |
| Suriname | 26 | 68.5 / 73.7 | 110 | 127 / 125 | 62 / 86 | 42 | 42 | 41 | 2.2 / 1.1 |
| Timor Est | 124 | 48.7 / 50.4 | 660 | | | 27 | | | |
| Vanuatu | 29 | 67.5 / 70.5 | 130 | 112 / 111 | 28 / 29 | 52 | | | |

Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati

Indicatori demografici, sociali ed economici

| | Popolazione totale (migliaia) 2004 | Popolazione prevista (migliaia) 2050 | % popolazione urbana (2001) | Tasso crescita popolazione urbana (2000-2005) | Popolazione per ettaro di terra coltivabile & perm. crop land | Tasso di fecondità totale (2000-2005) | % nascite assistite da personale qualificato | Reddito nazionale loro pro capite in \$ PPP (2002) | Mortalità sotto i 5 anni M/F |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|---|---------------------------------------|--|--|------------------------------|
| Antille Olandesi | 223 | 249 | 69.7 | 1.1 | 0.1 | 2.05 | | | 17 / 11 |
| Bahamas | 317 | 395 | 89.5 | 1.5 | 0.9 | 2.29 | | | 27 / 21 |
| Bahrain | 739 | 1,270 | 90.0 | 2.3 | 1.2 | 2.66 | 98 | | 20 / 16 |
| Barbados | 271 | 258 | 51.7 | 1.5 | 0.6 | 1.50 | 91 | | 13 / 11 |
| Belize | 261 | 421 | 48.3 | 2.3 | 0.7 | 3.15 | 83 | 5,340 | 43 / 42 |
| Brunei Darussalam | 366 | 685 | 76.2 | 3.2 | 0.3 | 2.48 | 99 | | 8 / 6 |
| Capo Verde | 473 | 812 | 55.9 | 3.5 | 2.4 | 3.30 | 89 | 4,720 | 45 / 26 |
| Cipro | 808 | 892 | 69.2 | 1.0 | 0.6 | 1.90 | 100 | 18,040 | 8 / 8 |
| Comore, Isole | 790 | 1,816 | 35.0 | 4.6 | 4.0 | 4.90 | 62 | 1,640 | 96 / 87 |
| Figi | 847 | 969 | 51.7 | 2.5 | 1.1 | 2.88 | 100 | 5,310 | 21 / 23 |
| Gibuti | 712 | 1,395 | 83.7 | 2.1 | | 5.70 | | 2,070 | 185 / 168 |
| Guadalupe | 443 | 467 | 99.7 | 0.9 | 0.5 | 2.10 | | | 11 / 8 |
| Guam | 165 | 248 | 93.7 | 1.7 | | 2.88 | | | 13 / 10 |
| Guinea Equatoriale | 507 | 1,177 | 48.1 | 4.7 | 1.4 | 5.89 | 65 | 5,590 | 181 / 164 |
| Guyana | 767 | 507 | 37.6 | 1.4 | 0.3 | 2.31 | 86 | 3,780 | 81 / 60 |
| Islanda | 292 | 330 | 92.8 | 0.9 | 3.3 | 1.95 | | 28,590 | 5 / 4 |
| Lussemburgo | 459 | 716 | 91.9 | 1.6 | | 1.73 | | 51,060 | 7 / 7 |
| Maldive | 328 | 819 | 28.8 | 4.5 | 8.7 | 5.33 | 70 | | 41 / 56 |
| Malta | 396 | 402 | 91.7 | 0.7 | 0.6 | 1.77 | | | 9 / 8 |
| Martinica | 395 | 413 | 95.7 | 0.8 | 0.7 | 1.90 | | | 9 / 8 |
| Micronesia (26) | 535 | 863 | 69.1 | 2.6 | | 3.40 | | | 26 / 25 |
| Nuova Caledonia | 233 | 382 | 61.2 | 2.2 | | 2.45 | | | 9 / 10 |
| Polinesia (27) | 643 | 912 | 43.6 | 1.7 | | 3.16 | | | 26 / 26 |
| Polinesia Francese | 248 | 355 | 52.1 | 1.2 | | 2.44 | | | 11 / 11 |
| Qatar | 619 | 874 | 92.0 | 1.7 | 0.3 | 3.22 | 98 | | 17 / 13 |
| Reunione | 767 | 1,014 | 91.5 | 2.0 | 0.6 | 2.30 | | | 11 / 9 |
| Samoa | 180 | 254 | 22.3 | 1.3 | | 4.12 | 100 | 5,350 | 34 / 29 |
| Salomone, Isole di | 491 | 1,071 | 16.5 | 4.5 | 4.4 | 4.42 | 85 | 1,520 | 31 / 30 |
| Suriname | 439 | 459 | 76.1 | 1.6 | 1.2 | 2.45 | 85 | | 35 / 23 |
| Timor Est | 820 | 1,433 | 7.6 | 4.8 | 7.2 | 3.85 | 24 | | 186 / 179 |
| Vanuatu | 217 | 435 | 22.8 | 4.1 | | 4.13 | 89 | 2,770 | 32 / 39 |

Note sugli indicatori

La terminologia impiegata in questa pubblicazione non implica l'espressione di alcuna opinione da parte del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione relativamente allo status legale di un paese, territorio, o area geografica, o delle sue autorità, o relativamente alla demarcazione dei suoi confini o frontiere.

I dati per i paesi o le aree più piccole, solitamente quelli con una popolazione pari o inferiore ai 200.000 abitanti nel 1990, non vengono forniti separatamente in questa tabella. Sono stati inclusi nei dati regionali sulla popolazione.

- (*) Le regioni più sviluppate comprendono: Nord America, Giappone, Europa ed Australia e Nuova Zelanda.
- (+) Le regioni in via di sviluppo comprendono tutte le regioni dell'Africa, dell'America Latina e dei Caraibi, dell'Asia (escluso il Giappone) e della Melanesia, Micronesia e Polinesia.
- (?) I paesi meno avanzati di tutti, secondo la classificazione standard delle Nazioni Unite.
- (1) Comprende l'arcipelago britannico dell'Oceano Indiano e le Seychelles.
- (2) Comprende Agalesa, Rodrigues e St. Brandon.
- (3) Comprende Sao Tome e Principe.
- (4) Ex Zaire.
- (5) Compreso il Sahara occidentale.
- (6) Comprende St. Elena, Ascension e Trinidad de Cunha.
- (7) Compresa Macau.
- (8) Il primo luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione ad Amministrazione Speciale (SAR) della Cina.
- (9) Questa voce è inclusa nell'insieme delle regioni più sviluppate ma non nelle stime per l'area geografica.
- (10) La Turchia è inclusa nell'Asia occidentale per regioni geografiche. Altre classificazioni la inseriscono in Europa.
- (11) Comprende Algeria, Bahrain, Comoros, Djibouti, Egitto, Iraq, Giordania, Kuwait, Libano, Gran Giamahiria Araba Libica Popolare Socialista, Mauritania, Marocco, Territori Palestinesi Occupati, Oman, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudan, Siria, Tunisia, Emirati Arabi e Yemen. Le aggregazioni regionali per gli indicatori demografici sono fornite dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite.
- (12) Comprende le isole del Canale, Faeroe e l'Isola di Man.
- (13) Comprende Andorra, Gibilterra, Santa Sede e San Marino.
- (14) Compresi Liechtenstein e Monaco
- (15) Comprende Anguilla, Antigua e Barbuda, Aruba, Isole Vergini Britanniche, Isole Cayman, Dominica, Grenada, Monserrat, Antille Olandesi, Saint Kitts e Nevis, Santa Lucia, Saint Vincent e le Grenadines, Isole Turks e Caicos, e le Isole Vergini Statunitensi.
- (16) Comprende le isole Falklands (Malvinas) e la Guiana Francese.
- (17) Comprende Bermuda, Groenlandia, St. Pierre e Miquelon.
- (18) Comprende le isole Christmas, le isole Cocos (Keeling) e le isole Norfolk.
- (19) Comprende la Nuova Caledonia e Vanuatu.
- (20) Gli stati eredi dell'ex URSS sono raggruppati all'interno delle regioni esistenti. L'Europa orientale comprende la Bielorussia, la Repubblica Moldava, la Federazione Russa e l'Ucraina. L'Asia occidentale comprende l'Armenia, l'Azerbaijan e la Georgia. L'Asia sud-orientale comprende il Kazakistan, il Tajikistan, il Turkmenistan e l'Uzbekistan. Totale regionale, escluse le sub-regioni, riportate separatamente in seguito.
- (21) Totale regionale, escluse le sub-regioni, riportate separatamente in seguito.
- (22) Queste sub-regioni sono comprese nella regione dell'UNFPA Stati Arabi ed Europa.
- (23) Stime basate sui rapporti degli anni precedenti. Sono attesi dati aggiornati.
- (24) Il totale per l'Europa orientale comprende alcuni Stati Balcanici dell'Europa meridionale ed alcuni Stati Balcanici dell'Europa settentrionale.
- (25) I rapporti più recenti suggeriscono che questo dato avrebbe potuto essere più alto. Le prossime pubblicazioni rifletteranno una valutazione di tale informazione.
- (26) Compresa la Federazione di Stati della Micronesia, Guam, Kiribati, Isole Marshall, Nauru, Isole Marianne del Nord, e Isole del Pacifico (Palau).
- (27) Compresa Samoa Americana, Isole Cook, Isola di Johnston, Pitcairn, Samoa, Tokelau, Tonga, Isole Midway, Tuvalu, e Wallis e Isole Futuna.

Note tecniche

Anche quest'anno, le tabelle statistiche contenute nel rapporto su "Lo stato della popolazione nel mondo" dedicano particolare attenzione agli indicatori che contribuiscono a seguire i progressi compiuti verso gli obiettivi quantitativi e qualitativi sanciti dalla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, e gli Obiettivi di sviluppo per il millennio in materia di riduzione dei tassi di mortalità, accesso all'istruzione, accesso ai servizi per la salute riproduttiva (compresa la pianificazione familiare) e incidenza dell'HIV/AIDS tra le persone giovani. Sono state apportate diverse modifiche ad altri indicatori, come riportato in seguito. I rapporti futuri comprenderanno altre misure dei diversi processi, grazie alle attività per dar seguito alla Conferenza del Cairo e per realizzare gli Obiettivi di sviluppo per il millennio, che consentiranno di migliorare i sistemi di monitoraggio. Un monitoraggio più adeguato dei contributi finanziari di governi, organizzazioni non governative e soggetti privati dovrebbe inoltre consentire in futuro un rendiconto più accurato delle spese e delle risorse mobilitate per l'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo e degli Obiettivi di sviluppo per il millennio. Seguono, suddivise per categorie, le fonti degli indicatori con le relative motivazioni

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo

INDICATORI DI MORTALITÀ

Mortalità infantile, aspettativa di vita maschile e femminile alla nascita. Fonte: United Nations Population Division (2003), *World Population Prospects: The 2002 Revision*, United Nations, New York. Tabulati forniti dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. Questi indicatori misurano i tassi di mortalità, rispettivamente nel 1° anno di vita (quello che più risente dei livelli di sviluppo) e nell'intero arco della vita. Le stime si riferiscono al periodo 2000-2005.

Tasso di mortalità materna. Fonte: WHO, UNICEF, e UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF e UNFPA*, Ginevra, WHO, 2003. Questo indicatore misura il numero di donne decedute – per cause legate alla gravidanza, al parto e alle relative complicanze - su 100 mila nati vivi. Sebbene sia difficile ottenere dati esatti, gli ordini di grandezza sono molto indicativi. Le stime al di sotto di 50 non sono arrotondate, quelle fra 50 e 100 sono arrotondate alla cinquina superiore, quelle fra 100 e 1.000 alla decina superiore, quelle al di sopra di 1.000 al centinaio superiore. Parecchie stime differiscono dai dati ufficiali forniti dai governi. Ove possibile, le stime si basano su dati pubblicati, e sono stati usati vari metodi per aumentare la

comparabilità dei dati provenienti da fonti diverse. Per i particolari riguardanti la provenienza di certe stime nazionali, cfr. la fonte. Stime e metodologie vengono regolarmente riesaminate da OMS, UNICEF, UNFPA, istituzioni accademiche e altre agenzie, e ove necessario vengono riviste nel quadro del continuo processo di perfezionamento dei dati sulla mortalità materna. In virtù dei cambiamenti metodologici apportati, le precedenti stime per i livelli del 1995 potrebbero non essere direttamente comparabili con le stime qui fornite.

Indicatori di istruzione

Tassi complessivi di iscrizione maschile e femminile alla scuola elementare, tassi complessivi di iscrizione maschile e femminile alla scuola secondaria. Fonte: tabulati forniti dall'Istituto di Statistica dell'UNESCO, Montreal, marzo 2004. I dati per i paesi tratti dal database OECD sono provvisori (per ulteriori dettagli vedere www.oecd.org/els/education/ei/eag/wei.htm, ultimo accesso giugno 1, 2004). I dati sulla popolazione si basano su 'United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision*'. I tassi complessivi d'iscrizione indicano il numero di studenti iscritti a un determinato livello del sistema scolastico su 100 individui del relativo gruppo d'età. Non contengono correzioni per gli individui di età più alta di quella prevista per ciascun livello, a causa di iscrizioni ritardate, abbandoni scolastici e ripetizioni di una o più classi. I dati si riferiscono all'anno 2001/2002 o all'anno 2000/2001 se non ci sono dati più recenti disponibili.

Analfabetismo tra gli adulti, maschi e femmine. Fonte: si vedano i tassi complessivi d'iscrizione sopra citati; i dati per l'analfabetismo sono rettificati da quelli per l'alfabetismo. Le definizioni di analfabetismo sono soggette a variazioni da un paese all'altro; attualmente si usano 3 definizioni largamente accettate. Nella misura del possibile, i dati si riferiscono alla percentuale di persone che non sono in grado di leggere e scrivere una semplice frase sulla vita quotidiana, comprendendone il significato.

L'analfabetismo negli adulti (tassi relativi ai maggiori di 15 anni) rispecchia sia i livelli recenti di iscrizione scolastica che i livelli di scolarizzazione raggiunti in passato. I suddetti indicatori sono stati aggiornati usando le stime della Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite tratte da, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Nazioni Unite, New York. I dati sull'istruzione sono le stime più recenti disponibili per il periodo 2000-2004.

Percentuale di alunni che raggiungono la quinta classe della scuola elementare. Fonte: si vedano i tassi complessivi d'iscrizione sopra citati. I dati sono i più recenti disponibili per gli

anni scolastici 1999, 2000, o 2001. Ventitré paesi hanno fornito dati fino alla quarta classe (si veda la fonte originaria).

Indicatori di salute riproduttiva

Parti per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni d'età. Fonte: tabulati forniti dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. È un indicatore del carico di fecondità che grava sulle donne giovani. Dal momento che si tratta di un livello annuale che si calcola su tutte le donne appartenenti alla stessa coorte di età, non rispecchia appieno il livello di fecondità delle donne durante la giovinezza. Visto che indica il numero annuo medio di nascite per donna, si potrebbe moltiplicarlo per 5 per approssimare il numero di nascite ogni 1.000 giovani donne durante gli anni della tarda adolescenza. Questo indice non rispecchia appieno le dimensioni del fenomeno delle gravidanze adolescenziali poiché comprende solo i nati vivi, ma non i nati morti né gli aborti, spontanei o procurati.

Prevalenza dei contraccettivi. Fonte: tabulati sulla 'percentuale di donne di età riproduttiva sposate o in unione che usano contraccettivi', forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, *Database on Contraceptive Use* (2003), aggiornato dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione del Segretariato delle Nazioni Unite, New York. Questi dati sono tratti da rapporti su indagini a campione e stimano la percentuale di donne sposate (comprese le donne nelle coppie di fatto) che attualmente usano, rispettivamente, qualsiasi metodo contraccettivo o i metodi moderni. I metodi moderni, ossia medici o acquistabili in farmacia, comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, la spirale, la pillola, le sostanze iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi-barriera femminili. I dati dei vari paesi sono comparabili solo approssimativamente, ma non appieno, a causa delle differenze nei tempi delle ricerche e nei dettagli delle domande poste. A differenza degli anni precedenti, tutti i dati nazionali e regionali si riferiscono a donne tra i 15 e i 49 anni. I dati usati sono quelli delle indagini più recenti disponibili e vengono citati. Essi spaziano dal 1980 al 2002.

Tasso di prevalenza dell'HIV, M/F, 15-49 anni. Fonte: dati forniti da UNAIDS: UNAIDS 2004, UNAIDS, Ginevra. Questi dati provengono da rapporti di sistemi di monitoraggio e da stime elaborate sulla base di diversi modelli. I dati forniti per donne e uomini tra i 15 e i 49 anni esprimono, rispettivamente, i valori medi della stima superiore e inferiore per ciascun paese. L'anno di riferimento è il 2003. Le differenze tra maschi e femmine riflettono la vulnerabilità psicologica e sociale nei confronti della malattia, e sono influenzate dalle differenze di età tra i partner sessuali

Indicatori demografici, sociali ed economici

Popolazione totale 2003, popolazione in base alle proiezioni 2050, tasso di crescita media della popolazione 2000-2005.

Fonte: tabulati forniti della Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. Questi indicatori esprimono le dimensioni attuali e previste, e il tasso attuale di crescita media della popolazione dei diversi paesi.

Percentuale urbana, tassi di crescita urbana. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, Nazioni Unite, New York, 2004, disponibile su CR-ROM (POP/DP/WUP/Rev. 2003) e *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP.190). Questi indicatori misurano la percentuale di popolazione nazionale che vive nelle aree urbane e il tasso di crescita previsto.

Popolazione agricola per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti. Fonte: dati forniti dall'Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura - FAO - (Servizio Statistico della FAO), usando dati sulla popolazione agricola basati sui totali delle popolazioni tratti da: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione (2003), *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Nazioni Unite, New York. Questo indicatore pone in relazione le dimensioni della popolazione agricola con la superficie delle terre idonee alla produzione agricola. Risente dei cambiamenti sia nella struttura delle economie nazionali (percentuale della forza lavoro occupata in agricoltura), sia nelle tecnologie per lo sfruttamento agricolo. Valori alti possono essere correlati a interventi finalizzati a incrementare la produttività agricola e alla ripartizione della proprietà terriera. In ogni caso la misura risente anche dei diversi livelli di sviluppo e delle diverse politiche concernenti l'uso delle terre. I dati si riferiscono al 2001.

Tasso totale di fecondità (periodo: 2000-2005). Fonte: Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Nazioni Unite, New York, 2003. La misura indica il numero di figli che una donna avrebbe negli anni dell'età riproduttiva se avesse figli al tasso stimato per i vari gruppi d'età nel periodo specificato. I vari paesi possono raggiungere il livello indicato in momenti diversi all'interno del periodo di riferimento.

Parti con assistenza qualificata. Fonte: tabulati forniti da UNICEF, con dati tratti da *State of the World's Children 2004* e dagli aggiornamenti del 2004 del monitoraggio degli Obiettivi per lo Sviluppo del Millennio. I dati per i paesi più sviluppati non sono disponibili. L'indicatore è basato su rapporti nazionali riguardanti la percentuale di parti assistiti da «personale sanitario qualificato o assistenti qualificati: medici (specialisti o non specialisti) e/o persone con competenze ostetriche in grado di diagnosticare e gestire complicanze ostetriche oltre che parti normali». I dati per i paesi più sviluppati riflettono il maggiore livello di competenze in materia di assistenza al parto. Poiché si afferma che i dati coprono il paese considerato nella sua

interezza, le stime ufficiali potrebbero non rivelare la carenza di dati (e di copertura) relativa a popolazioni marginali, come pure gli effetti dovuti al caso e ai ritardi nel trasporto delle pazienti. I dati si riferiscono alle stime più recenti a disposizione dopo il 1994.

Reddito nazionale lordo pro capite. Fonte: i dati più recenti (2001 o 2002) tratti da: The World Bank, *World Development Indicators Online*, disponibili in rete con sottoscrizione (devdata.worldbank.org/dataonline). Questo indicatore (precedentemente indicato come prodotto nazionale lordo pro capite) misura il valore totale di beni e servizi finiti prodotti da residenti e non residenti, indipendentemente dall'attribuzione a voci nazionali ed estere, in rapporto alle dimensioni della popolazione. In quanto tale, è un indicatore della produttività economica di un paese. Differisce dal prodotto interno lordo perché incorpora un ulteriore aggiustamento per i redditi provenienti dall'estero e derivati da lavoro e capitale dei residenti, per emolumenti analoghi fatti a non residenti, e perché incorpora vari aggiustamenti tecnici, fra cui quelli relativi alle variazioni nel tempo dei tassi di cambio. Questo indicatore tiene conto inoltre delle differenze nel potere d'acquisto delle valute, includendo aggiustamenti del «RNL reale» a parità di potere d'acquisto. Alcune cifre relative alla parità di potere d'acquisto si basano su modelli regressivi, altre sono estrapolate dalle ultime stime planimetriche dell'*International Comparison Programme*. Per ulteriori dettagli vedi la fonte originaria.

Spesa pubblica del governo centrale per istruzione e sanità. Fonte: i dati più recenti degli ultimi sei anni tratti da The World Bank, *World Development Indicators Online*, consultabili in rete con sottoscrizione (devdata.worldbank.org/dataonline). Questi indicatori rispecchiano la priorità che i vari paesi attribuiscono al settore sanitario e scolastico, espressa dalla percentuale di spesa pubblica assegnata. Non risentono delle differenze di stanziamento all'interno dei vari settori, ad es. istruzione primaria o servizi sanitari, in rapporto ad altri livelli che subiscono notevoli variazioni. La comparabilità diretta è complicata dalle diverse competenze amministrative e di bilancio assegnate ai governi centrali rispetto ai governi locali e dal diverso ruolo svolto di volta in volta dal settore pubblico e da quello privato. Le stime riportano i dati in percentuale sul prodotto interno lordo pro capite (per il settore scolastico) o totale (per il settore sanitario). Si raccomanda inoltre grande cautela nell'effettuare comparazioni tra un paese e l'altro, in virtù delle variazioni nei costi di immissione tra le diverse collocazioni e i diversi settori.

Assistenza esterna per la popolazione. Fonte: UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2001*, UNFPA, New York, 2003. Questo indice misura l'entità

degli aiuti allo sviluppo spesi nel 2001 da ciascun paese per attività relative alla popolazione. I fondi esterni sono erogati tramite agenzie multilaterali e bilaterali di assistenza e organizzazioni non governative. I paesi donatori sono indicati mettendo il loro contributo fra parentesi. I totali per regione includono sia i progetti a livello nazionale che le attività regionali (altrimenti non riportate nella tabella). I dati per il 2002 saranno disponibili dopo la loro pubblicazione.

Mortalità al di sotto dei 5 anni. Fonte: Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite, tabulato speciale basato su: Nazioni Unite, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Nazioni Unite, New York, 2003. Questo indicatore si riferisce all'incidenza della mortalità tra neonati e bambini piccoli. Di conseguenza, rispecchia le conseguenze di malattie e di altre cause di morte su neonati e bambini piccoli. Due misure demografiche più comuni sono il tasso di mortalità neonatale e il tasso mortalità infantile tra 1 e 4 anni, che rispecchiano diverse cause e frequenze di mortalità in queste fasce di età. Rispetto alla mortalità infantile, questa misura risente maggiormente dell'incidenza delle malattie infantili, comprese quelle che si possono prevenire migliorando l'alimentazione e attraverso programmi di vaccinazione. Qui la mortalità al di sotto dei 5 anni è espressa sotto forma di decessi di bambini fino a 5 anni per 1.000 nati vivi in un anno. La stima si riferisce al periodo 2000-2005.

Consumo energetico pro-capite. Fonte: The World Bank, *World Development Indicators*, consultabile in rete, The World Bank, Washington, D.C., 2003. Questo indicatore rispecchia il consumo annuo di energia primaria commerciale (carbone, lignite, petrolio, gas naturale ed elettricità prodotta da centrali idroelettriche, nucleari e geotermiche) in equivalenti kg. di petrolio pro-capite. Rispecchia i livelli di sviluppo industriale, la struttura dell'economia e i modelli di consumo. I cambiamenti che si verificano nel tempo possono essere legati a variazioni di livello e di equilibrio tra diverse attività economiche e a variazioni nell'efficienza del consumo energetico (compresi aumenti o riduzioni degli sprechi). I dati si riferiscono al 2000.

Accesso ad acqua sicura. Fonte: calcoli derivati dall'aggiornamento dei dati relativi alle risorse idriche rurali e urbane, fornite dalla banca dati dell'UNICEF di fine decennio: dati sull'acqua e sulle percentuali urbane tratti dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite (vedi sopra). Questo indicatore misura la percentuale di popolazione che ha accesso a un quantitativo adeguato di acqua potabile sicura ubicato a ragionevole distanza dall'abitazione. Le parole in corsivo sono definizioni a livello di paese. La misura è collegata all'esposizione ai rischi per la salute, compresi quelli derivanti da una potabilizzazione impropria. I dati forniti sono stime per l'anno 2000.

Redazione

Lo stato della popolazione nel mondo 2004

A cura di: William A. Ryan

Ricercatore senior/Consulente strategico: Stan Bernstein

Assistente editoriale: Phyllis Brachman

Coautori: David Del Vecchio, Lucille Pilling de Lucena, Patrick Friel, Margaret E. Greene, Karen Hardee, Marianne Haslegrave, Erin Hasselberg, Don Hinrichsen, Mia MacDonald, Alex Marshall, Kourtoum Nacro, Danielle Nierenberg, Rabbi Royan, Gita Sen, Michael Vlassoff

Stagista: Katherine McCarthy

Progetto grafico e produzione: Prographics Inc., Annapolis, Maryland, USA

Edizione italiana

Versione italiana a cura di:

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo
via dei Giubbonari 30 - 00186 Roma

Traduzione: Chiara Ingrao, Celeste Ingrao, Marta Gilmore

Editing: AIDOS

Impaginazione e stampa: Informatica e Printing Srl.

Fotografie

Copertina

© Ron Giling/Still Pictures
Madri e bambini in Ghana.

Capitolo 1

© Dominic Sansoni/Panos Pictures
Famiglia contadina in India.

Capitolo 2

© Mark Edwards/Still Pictures
Famiglia di migranti nelle Filippine.

Capitolo 3

© Mark Edwards/Still Pictures
Contadine scavano un canale per irrigare i campi a Wollo, Etiopia, nell'ambito di un progetto di Concern Food for Work.

Capitolo 4

© Hans Blossey/Still Pictures
Persone e automobili affollano Nathan Road a Hong Kong, Cina.

Capitolo 5

© Roger LeMoyné/UNICEF
Kabul, Afghanistan. Insegnanti a un corso di aggiornamento del ministero per l'Istruzione.

Capitolo 6

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Un'assistente socio-sanitaria fornisce informazioni sulla pianificazione familiare a una donna nel Bangladesh rurale.

Capitolo 7

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Auscultazione prenatale in India.

Capitolo 8

© Mark Edwards/Still Pictures
Distribuzione dei preservativi a una prostituta a Bangkok, Thailandia.

Capitolo 9

© Jorgen Schytte/Still Pictures
Giovane madre con il suo bambino in Guatemala.

Capitolo 10

© Mark Edwards/Still Pictures
Padre e figlia in India.

Capitolo 11

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Madre e figlia in Bangladesh.

Pagina 24

© Mark Edwards/Still Pictures
Una famiglia di immigrati lavora per trasformare la foresta alluvionale in campi da dedicare all'agricoltura di sussistenza nell'isola di Java, Indonesia.

Pagina 69

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures
Un'infermiera visita una donna incinta a Capo Verde.

Pagina 76

© Marie Dorigny
Una paziente malata di AIDS è curata nell'ospedale di Bukoba, in Tanzania.



Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

220 East 42nd Street, 23rd Fl.

New York, NY 10017

Stati Uniti d'America

www.unfpa.org



Edizione italiana a cura di
AIDOS

Associazione italiana donne per lo sviluppo

via dei Giubbonari 30 - 00186 Roma

aidos@aidos.it

www.donne.vitedasalvare.aidos.it