



Lo stato della popolazione nel mondo 2005

La promessa dell'uguaglianza
Equità di genere, salute riproduttiva
e Obiettivi di sviluppo del Millennio



lo stato della popolazione nel mondo 2005

La promessa dell'uguaglianza
Equità di genere, salute riproduttiva
e Obiettivi di sviluppo del Millennio

Copyright © UNFPA 2005

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	5	Territorio inesplorato: adolescenti, povertà e differenza di genere	45
	Il dividendo dell'uguaglianza: investimenti strategici, rendimenti importanti	1		Adolescenza: opportunità e rischi	45
	La promessa dei diritti umani	3		La salute riproduttiva nella vita di giovani e adolescenti	48
	Salute riproduttiva: la misura dell'equità	3		Giovani e HIV/AIDS	51
	Adolescenti e giovani: territorio inesplorato	4		Matrimoni precoci	53
	Coinvolgere uomini e ragazzi	4		Giovani e occupazione	55
	Violenza sulle donne: un prezzo troppo alto	5			
	Donne e giovani nelle crisi umanitarie	5	6	Coinvolgere ragazzi e uomini	57
	Povertà: che sia solo un ricordo	5		Il ruolo degli uomini nell'attuazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio	57
2	Investimenti strategici: il dividendo delle parità	9		L'impatto sugli uomini	58
	Povertà di scelte e di opportunità	9		Entrare in contatto con ragazzi e uomini	60
	Conciliare ruoli produttivi e riproduttivi	15		Per una nuova immagine della virilità	60
	Assunzione di responsabilità per la giustizia di genere	17		Gli anni della formazione	61
				Accelerare il processo	63
3	La promessa dei diritti umani	21	7	Violenza contro le donne: un costo troppo alto	65
	Diritti umani e riduzione della povertà	22		Le dimensioni e le molte forme della violenza di genere	65
	I diritti umani di donne e bambine	22		La violenza contro le donne e gli Obiettivi di sviluppo del Millennio	68
	Diritti umani: essenziali per gli MDG	24		Mobilitarsi per una "tolleranza zero"	70
	Diritti riproduttivi in pratica	25		Gli uomini prendono posizione	72
	Diritti, differenza di genere e cultura: alla ricerca di una convergenza	27			
	Sostegno ai gruppi emarginati	28			
4	Salute riproduttiva: unità di misura dell'equità	33			
	Mortalità e patologie materne	34			
	HIV/AIDS: dramma al femminile	37			
	Raccogliere i frutti della pianificazione familiare	41			

8	Le donne e i giovani nelle crisi umanitarie	75	Indicatori	107
	Il dopo-crisi: un'occasione di parità e di pace	75	Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati	107
	Un sistema di diritti umani in evoluzione	76	Indicatori demografici, sociali e economici	111
	Partecipazione delle donne e uguaglianza di genere: il cammino verso il recupero	78	Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati	115
	<i>Empowerment</i> dei giovani dopo un conflitto	78	Note sugli indicatori	117
	Salvaguardare la salute e i diritti riproduttivi nelle emergenze umanitarie	80	Note tecniche	117
	Ricucire una vita a pezzi: come affrontare i casi di violenza sessuale	81		
9	La road map per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio e oltre	85	Grafici e Tabelle	
	<i>Empowerment</i> delle donne: togliere dalla povertà famiglie e nazioni	85	Tabella 1	
	<i>Empowerment</i> dei giovani: gli Obiettivi di sviluppo del Millennio e oltre	85	Il peso globale dei problemi di salute sessuale e riproduttiva	34
	Salute riproduttiva per tutti: attuare il Programma d'azione del Cairo per conseguire gli MDG	85	Tabella 2	
	Diritti e parità: una guida per le politiche finalizzate alla riduzione della povertà	88	Parti assistite da personale formato tra le donne ricche e povere	36
	Risorse: un prezzo modesto per la dignità e la parità degli esseri umani	89	Tabella 3	
			Uso dei contraccettivi secondo la condizione economica di appartenenza	42
			Tabella 4	
			Nascite tra le adolescenti più povere e più ricche	50
			Tabella 5	
			Donne che ritengono che picchiare la moglie sia giustificato da almeno una ragione	68
	Note e indicatori	93		
	Fonti delle citazioni	105	Fotografie	120
	Fonti delle schede	105	Redazione	120



1 Introduzione

“Non sono necessarie nuove promesse – ma soltanto il rispetto degli impegni già presi”

— Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio

Il mondo ha un'opportunità senza precedenti per realizzare la promessa di uguaglianza e di libertà dal bisogno. Durante il prossimo decennio centinaia di milioni di persone potranno essere liberate dalla morsa della povertà. Si potrà salvare la vita di 30 milioni di bambini e di 2 milioni di madri.¹ La diffusione dell'AIDS potrà conoscere un'inversione di tendenza. Milioni di giovani avranno l'opportunità di giocare un ruolo più importante nello sviluppo del proprio paese e creare a loro volta un mondo migliore per se stessi e per le generazioni future.

Uguaglianza di genere e salute riproduttiva sono indispensabili per la realizzazione di questa promessa.

Nel 2000 i leader di 189 paesi si sono incontrati al Vertice del Millennio delle Nazioni Unite e hanno stilato un patto mondiale di portata unica per la riduzione della povertà. Dalla dichiarazione conclusiva del Vertice sono stati tratti otto Obiettivi di sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG) per il cui conseguimento è stata fissata come data di scadenza il 2015. Nel 2002 il Progetto del Millennio per lo sviluppo delle Nazioni Unite ha riunito oltre 250 esperti di fama mondiale per consigliare il Segretario Generale dell'ONU sulla realizzazione degli MDG. Le loro conclusioni si riflettono in tutto il Rapporto sullo stato della popolazione nel mondo di quest'anno.

L'uguaglianza di genere è un diritto umano, uno degli Obiettivi di sviluppo del Millennio e la chiave per conseguire gli altri sette. Nelle conclusioni del Progetto del Millennio delle Nazioni Unite la salute riproduttiva è essenziale per raggiungere gli MDG, compreso quello sull'uguaglianza di genere. I risultati derivanti dagli investimenti nell'uguaglianza di genere e nella salute riproduttiva possono accelerare il progresso sociale ed economico con impatti duraturi sulle generazioni future.

Uguaglianza ed equità di genere: i costi della discriminazione di genere sono più alti per le economie a basso reddito e, all'interno di uno stesso stato, per i poveri. Le donne rappresentano un'ampia percentuale della forza

lavoro e svolgono un ruolo centrale nelle economie rurali e nella produzione alimentare. Sono anche le principali custodi della generazione successiva. La discriminazione di genere sperpera il capitale umano facendo un uso inefficiente delle capacità individuali, poiché limita il contributo che può essere dato dalle donne. Inoltre indebolisce alla base le politiche di sviluppo, riducendone l'efficacia.²

Se si eliminano gli oneri derivanti dalla discriminazione, la capacità e la potenzialità di guadagno delle donne aumentano. Inoltre le donne tendono a reinvestire i loro guadagni nel benessere dei figli e della famiglia, moltiplicando così il proprio contributo allo sviluppo nazionale. L'*empowerment* delle donne è quindi un motore propulsore che spinge i paesi in direzione degli MDG e migliora la vita di tutti.

Salute e diritti riproduttivi: l'onere considerevole, e in larga misura evitabile, di una scarsa salute riproduttiva ricade in gran parte sulle donne più povere e sulle loro famiglie, che sono le meno in grado di sopportarne le conseguenze. La capacità di prendere decisioni libere e informate sulla vita riproduttiva, ivi compresa la decisione su quanti figli avere e quando, è il fondamento dell'autodeterminazione in tutti gli altri settori della vita di una donna. Poiché questi temi coinvolgono tanto profondamente le donne, la salute riproduttiva non si può separare dall'obiettivo più ampio dell'uguaglianza di genere.

Il dividendo dell'uguaglianza: investimenti strategici, rendimenti importanti

I paesi con poche risorse dovranno investire saggiamente se vogliono conseguire gli MDG entro la scadenza del 2015 che si avvicina a grandi passi. Come illustrato nel **Capitolo 2**, l'esperienza dimostra che sono tre i settori in cui gli investimenti si sono dimostrati particolarmente efficaci nel dare impulso al progresso nazionale: istruzione per donne e bambine; informazione e servizi per la salute riproduttiva; diritti economici delle donne.³ Le

donne impegnate in campo politico, sia personalmente che in quanto membri di organizzazioni della società civile, possono contribuire a mantenere prioritari questi temi nei programmi pubblici nazionali e a far sì che i governi e gli altri attori chiave mantengano gli impegni presi.

Allargare l'istruzione per donne e bambine: il divario di genere nell'istruzione ha lasciato quasi il doppio di donne analfabete rispetto agli uomini. Nelle regioni più povere l'abbandono scolastico riguarda molto di più le ragazze che i ragazzi, e il divario si allarga nell'istruzione secondaria, nonostante l'istruzione femminile secondaria e superiore sia particolarmente importante per ridurre la povertà. I risultati positivi nel campo dell'istruzione generano un incremento del reddito potenziale femminile, una riduzione della mortalità materna e infantile e un miglioramento della salute riproduttiva complessiva. L'istruzione si associa a tassi inferiori di contagio da HIV. Le ragazze istruite hanno maggiori probabilità di posticipare il matrimonio e la nascita dei figli e acquisiscono invece le competenze necessarie a migliorare le prospettive economiche proprie e delle loro famiglie. I molteplici benefici dell'educazione delle ragazze comportano anche un miglior livello di salute e di istruzione per la generazione successiva.

Migliorare la salute riproduttiva: i problemi di salute riproduttiva sono una delle principali cause di morte e patologie disabilitanti per le donne di tutto il mondo.⁴ La maggior parte di esse si possono prevenire. L'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva è un impegno internazionale e anche un imperativo nel settore dei diritti umani. È inoltre un investimento estremamente redditizio per combattere la povertà a livello nazionale.

A soffrire maggiormente sono le donne più povere e le adolescenti con un accesso limitato ai servizi per la salute riproduttiva. Queste donne e le loro famiglie sono proprio le persone che meno si possono permettere le conseguenze generate dai problemi di salute riproduttiva: i costi dei servizi sanitari, la perdita del contributo della donna alla sopravvivenza familiare e l'impatto dell'AIDS sono tutti fattori che possono spingere una famiglia povera verso l'indigenza assoluta. Quando una donna non è in grado di stabilire quanti figli avere, quando e con quale intervallo tra le nascite, le sue possibilità di perseguire altre attività produttive e utili alla comunità e di assicurarsi un posto di lavoro stabile e un salario migliore vengono compromesse.

L'impatto sullo sviluppo del paese e sul bilancio pubblico è considerevole. Secondo alcune stime, le patologie legate alla salute riproduttiva provocano ogni anno una perdita di 250 milioni di anni di vita produttiva e riduco-

no la produttività complessiva femminile anche del 20 per cento.⁵ Le gravidanze in età adolescenziale, l'epidemia di AIDS e tassi di fecondità eccessivi dovuti alla mancanza di servizi di pianificazione familiare incidono ulteriormente sui bilanci nazionali, rallentano il progresso sociale ed economico e aggravano la condizione di povertà.

Garantire le opportunità economiche: per quanto le donne abbiano fatto ingresso nel mondo del lavoro retribuito in numero sempre crescente, devono tuttora affrontare molte forme di discriminazione, compresa una scelta ristretta di possibilità occupazionali e salari inferiori. I loro impegni imprenditoriali rischiano di essere frustrati da leggi e usanze tradizionali che si alleano per impedire alle donne di possedere beni immobili, accedere al credito o controllare il proprio reddito. In alcune regioni le donne non possono ereditare nemmeno le proprietà del marito defunto. Molte finiscono per impiegarsi nel settore informale, dove il lavoro non è regolamentato ed è sottopagato, incerto e spesso pericoloso per la salute.⁶

Il lavoro femminile nelle regioni rurali dei paesi in via di sviluppo genera dal 60 all'80 per cento della produzione alimentare,⁷ ma le donne devono affrontare limitazioni al loro diritto di possedere, utilizzare ed ereditare la terra. Ricerche condotte in alcuni paesi dell'Africa sub-Sahariana hanno rilevato che la produzione potrebbe aumentare anche del 20 per cento se un maggior numero

1 PIETRE MILIARI NEL CONTO ALLA ROVESCIA PER GLI MDG

Quest'anno inizia il conto alla rovescia dei dieci anni che mancano al 2015, scadenza stabilita per conseguire gli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Offre anche diverse pietre miliari mediante le quali misurare i progressi compiuti e intensificare le azioni volte a migliorare la condizione umana. L'anno 2005 rappresenta:

- Il decimo anniversario della conferenza di Pechino, quarta Conferenza mondiale sulle donne.
- Il trentesimo anniversario della prima Conferenza mondiale sulle donne.
- Il sessantesimo anniversario della Carta delle Nazioni Unite, 1945, nel cui Preambolo sono contenuti "gli uguali diritti di uomini e donne".
- La revisione decennale del Programma d'azione mondiale per i giovani fino all'anno 2000 e oltre.

Il 2005 inoltre segue immediatamente il decimo anniversario della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994, che ha riaffermato l'uguaglianza di genere e la salute riproduttiva come pietre angolari di uno sviluppo sostenibile.

di donne avesse diritto di accedere e controllare il reddito delle fattorie, i servizi per l'agricoltura e la terra.⁸ In molti di questi paesi l'AIDS limita ulteriormente la produttività femminile, in quanto le donne spesso devono combattere contro la scarsità dei servizi sociali nel provvedere alla famiglia prendendosi contemporaneamente cura degli infermi.

La promessa dei diritti umani

Uno dei successi più luminosi del ventesimo secolo è stato l'affermarsi di un sistema internazionale di tutela dei diritti umani, che stabilisce pari diritti per tutti. Gli MDG si fondano sul rispetto dei diritti umani – della dignità umana, della sicurezza personale e della libertà dal bisogno, dalla paura e dalla discriminazione. La loro attuazione, come ribadisce il **Capitolo 3**, non è una questione di carità: è insieme un obbligo morale e una responsabilità collettiva. Per realizzare gli MDG e promuovere lo sviluppo umano è necessario un *empowerment* dei poveri e in particolare delle donne, dei giovani e delle minoranze emarginate che sono spesso doppiamente o triplamente discriminate.

La struttura per la tutela dei diritti umani delle donne è ormai consolidata. Convenzioni internazionali e regionali, costituzioni nazionali e legislazioni di molti paesi contengono forme di protezione per i diritti delle donne. Ciò nondimeno in pratica la negazione dei diritti umani delle donne è tuttora diffusa e persistente. Laddove esistono leggi che salvaguardano i diritti delle donne, la loro attuazione è spesso debole e minata alla base da finanziamenti ridottissimi. I pregiudizi di genere permeano le istituzioni sociali che dovrebbero avere l'incarico di tutelare i diritti delle donne. In molti paesi le usanze e le tradizioni hanno la precedenza sulla politica ufficiale. Donne e ragazze minorenni sono fatte sposare contro la loro volontà; si tollera la violenza contro donne e bambine; gli stupratori vengono assolti; le donne si vedono negare, all'interno della famiglia e del matrimonio, la parità nei diritti di proprietà e di eredità nonché in altri settori.

I diritti riproduttivi sono centrali per i diritti umani e in particolare per i diritti umani delle donne. Essi derivano dal riconoscimento del diritto basilare di tutti gli individui e di tutte le coppie a prendere decisioni circa la riproduzione in modo libero da discriminazioni, coercizioni e violenza. Includono il diritto al maggior livello conseguibile di salute e quello a stabilire il numero dei figli che si vogliono avere, il momento in cui averli e l'intervallo tra le nascite. Comprendono il diritto a partorire in condizioni di sicurezza e il diritto di tutti gli individui a proteggersi dall'HIV e da altre infezioni trasmesse sessualmente.

I contesti sociali e culturali sono fonte di sfide ma allo stesso tempo anche di opportunità per la promozione dei

diritti umani delle donne. Gli approcci che tengono conto dell'ambiente culturale operano costruendo sui valori positivi e sull'arruolamento dei leader e delle personalità più influenti all'interno delle comunità locali, nonché sulla mobilitazione di una comunità di base che avvii e sostenga iniziative volte a far progredire i diritti umani e l'uguaglianza di genere.

I diritti dei gruppi emarginati meritano un'attenzione prioritaria. Insieme, questi gruppi assommano a un'ampia percentuale della popolazione globale, e molti di essi vivono sotto la soglia della povertà. Le persone disabili rappresentano il 10 per cento della popolazione mondiale (circa 600 milioni).⁹ Si calcola che in una settantina di paesi vivano 370 milioni di individui appartenenti a comunità indigene.¹⁰ Secondo una stima, i migranti internazionali sarebbero 175 milioni.¹¹ La disuguaglianza di genere va a sommarsi alle molteplici forme di discriminazione che le donne appartenenti a questi gruppi sono già costrette ad affrontare.

Salute riproduttiva: la misura dell'equità

La salute riproduttiva si ripercuote direttamente su tre degli MDG — riduzione della mortalità infantile, miglioramento della salute materna e lotta all'HIV/AIDS — e ha conseguenze importanti per tutti gli altri, come illustrato nel **Capitolo 4**. In nessun altro settore della salute sono presenti altrettante disparità tra ricchi e poveri, sia all'interno di uno stesso stato e sia tra uno stato e l'altro.¹² E nessun altro settore della salute dimostra con altrettanta chiarezza l'impatto della disuguaglianza di genere sulla vita delle donne.

Praticamente tutte le morti materne – il 99 per cento – avvengono nei paesi in via di sviluppo. La vita della maggior parte di queste donne – e quella dei loro neonati – si potrebbe salvare con l'assistenza d'emergenza normalmente accessibile a donne più agiate. Ogni minuto una donna muore per le complicazioni del parto o della gravidanza, e altre venti restano gravemente menomate o disabili.¹³ E quando una madre muore di parto, le possibilità di sopravvivenza del bambino precipitano. I neonati senza madre hanno dieci volte più probabilità di morire rispetto agli altri.¹⁴ La prevenzione delle gravidanze non volute mediante l'accesso alla pianificazione familiare potrebbe evitare dal 20 al 35 per cento delle morti materne,¹⁵ salvando la vita di oltre 100.000 madri all'anno.

La rapida diffusione dell'epidemia di AIDS mette ulteriormente in evidenza le conseguenze delle disuguaglianze di genere nel campo della salute riproduttiva: tre quarti di tutte le infezioni da HIV sono trasmesse per via sessuale da uomo a donna — spesso da marito a moglie. Anche se il contagio si può prevenire, la

capacità delle donne di proteggersi contro l'HIV è spesso limitata dagli squilibri nel potere decisionale, dalla violenza di genere, dall'incertezza economica e da pratiche nocive alla salute. Circa la metà delle nuove infezioni avviene tra i giovani. Le donne giovani sono una categoria particolarmente a rischio. Chi è povero, donna e giovane spesso ha meno potere e minori possibilità di proteggersi.

La disuguaglianza di genere alimenta l'epidemia. In molte società le norme di genere e le aspettative sociali che idealizzano l'intraprendenza e la forza maschili legittimano la possibilità per gli uomini di avere più partner e di esercitare autorità e potere decisionale superiori. Le conseguenze – per uomini e donne personalmente, per i bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per l'AIDS e per intere nazioni – sono tragicamente note. Il limitato accesso alla scuola e ai servizi sanitari fanno sì che prevenzione e cura restino fuori dalla portata di milioni di poveri.

Adolescenti e giovani: territorio inesplorato

La metà circa della popolazione mondiale (quasi 3 miliardi) non ha ancora compiuto 25 anni: i giovani sono quindi cruciali per la riduzione della povertà e per lo sviluppo. L'attuale generazione di giovani è la più numerosa della storia. Oltre 500 milioni di giovani (tra i 15 e i 24 anni) vivono con meno di 2 dollari al giorno.¹⁶ Crescono in un mondo diverso da quello dei loro genitori: l'AIDS, le tecnologie informatiche e della comunicazione e la globalizzazione sono potentissimi fattori di trasformazione nella loro vita.

La popolazione giovane costituisce circa la metà dei disoccupati di tutto il mondo. Se il lavoro offre ad alcuni di loro maggiori opportunità di guadagnare, apprendere e sviluppare nuove capacità e competenze, molti altri restano intrappolati in settori poveramente retribuiti e scarsamente qualificati che offrono pochissime possibilità di progredire o di sfuggire alla povertà.¹⁷ Molti di coloro che incominciano a lavorare da adolescenti o addirittura da bambini, ci ricorda il **Capitolo 5**, sono soggetti ad abusi e sfruttamento.

L'adolescenza — qui intesa come l'età compresa tra i 10 e i 19 anni — è un periodo cruciale per imparare e acquisire competenze qualificanti e valori morali che spesso accompagnano la persona per tutta la vita. Per chi vive sotto la soglia della povertà si tratta invece sovente di un periodo di minore libertà e maggiori pericoli. Molte adolescenti sono costrette ad abbandonare gli studi per contribuire al sostentamento della famiglia, perché aspettano un figlio o sono costrette dai genitori a sposarsi. Le ragazze sono particolarmente esposte a gravidanze precoci,

abusi sessuali, matrimoni in età infantile e altre pratiche pericolose per la salute quali le mutilazioni/taglio dei genitali. Si calcola che nell'arco dei prossimi dieci anni le giovani che probabilmente si sposeranno prima di avere compiuto 18 anni saranno circa 100 milioni.¹⁸ Ogni anno partoriscono circa 14 milioni di adolescenti.¹⁹ Le adolescenti hanno poi probabilità da due a cinque volte maggiori di morire a causa di complicazioni derivanti dalla gravidanza rispetto alle donne sopra i vent'anni²⁰ e anche i loro bambini hanno minori possibilità di sopravvivenza. La povertà induce molte ragazze a ricorrere alla commercializzazione del sesso per procurarsi lo stretto necessario per se stesse e per le loro famiglie. Per i 15 milioni di orfani dell'AIDS,²¹ abbandonati a loro stessi e spesso costretti a provvedere ai fratelli più piccoli, e per gli innumerevoli altri ragazzi che in tutto il mondo sono abbandonati e devono vivere per strada, i rischi si moltiplicano a dismisura.

Le nazioni più povere hanno anche la percentuale più alta di popolazione giovane. Ma giovani e adolescenti hanno ricevuto un'attenzione troppo limitata da parte dei politici e negli MDG restano sostanzialmente invisibili. Un numero crescente di personalità politiche incomincia a comprendere l'urgenza di investire di più nell'istruzione, nella salute riproduttiva, nel benessere e nelle prospettive future dei giovani, soprattutto delle adolescenti, in quanto questione che concerne sia i diritti umani che l'interesse nazionale. Avere grandi masse di giovani scarsamente istruiti è una ricetta sicura per il permanere di povertà, disuguaglianza e tensioni nella società civile.²² Una popolazione numerosa di giovani che fanno il loro ingresso negli anni più produttivi dell'esistenza adeguatamente preparati e qualificati può, di contro, dare un potente impulso allo sviluppo, come ha dimostrato la crescita economica delle cosiddette "tigri asiatiche".

Coinvolgere uomini e ragazzi

Poiché norme e stereotipi di genere limitano le potenzialità tanto degli uomini come delle donne, l'uguaglianza di genere può rappresentare per entrambi una proposta vincente: una "doppia felicità", per usare le parole di una campagna che mira a incoraggiare gli uomini ad assumersi maggiori responsabilità all'interno della famiglia.²³ Gli uomini stessi mettono sempre più in discussione quella concezione di "mascolinità" che rappresenta una restrizione alla loro umanità, una limitazione nella partecipazione alla vita dei loro figli e un fattore di rischio per loro stessi e per i propri partner. Molti di loro desiderano essere padri e mariti più capaci di offrire sostegno e collaborazione, ma hanno a loro volta necessità di un aiuto per riuscire a superare una mentalità tanto profondamente radicata in merito ai rapporti tra i sessi.

Inoltre, poiché la responsabilità di molti problemi legati alla salute riproduttiva spetta agli uomini, essi giocano un ruolo indispensabile nella loro soluzione.

In tutto il mondo numerosi programmi innovativi fanno leva sul coinvolgimento positivo degli uomini nella lotta per l'uguaglianza e per la salute riproduttiva. Alcune di tali iniziative incoraggiano la partecipazione congiunta nelle decisioni riguardanti contraccezione, cure d'emergenza per gravidanza e parto e test volontari dell'HIV. Altre sottolineano il ruolo degli uomini in quanto agenti del cambiamento in positivo e li incoraggiano a mettere ampiamente in discussione le norme di genere. Altre ancora operano con gli adolescenti in una fase particolarmente formativa ma anche potenzialmente rischiosa della loro vita. Qualcuna riesce a raggiungere moltissimi uomini sul posto di lavoro, o nelle istituzioni militari e di polizia. La maggior parte però appare esigua a fronte della dimensione della sfida posta dalla necessità di trasformare i rapporti tra uomini e donne. Come mette in evidenza il **Capitolo 6**, è urgente impegnarsi con la massima energia per coinvolgere in modo più completo gli uomini nella salute riproduttiva, nella vita familiare e nell'uguaglianza di genere.

Violenza sulle donne: un prezzo troppo alto

La violenza di genere non conosce confini né economici, né sociali né geografici. Perpetrata in grandissima maggioranza dagli uomini contro le donne, la violenza di genere riflette e insieme rafforza la disparità tra i sessi. Il prezzo da pagare in termini di dignità, autonomia e salute delle donne è sconvolgente: in tutto il mondo una donna su tre è stata picchiata, costretta a subire rapporti sessuali non desiderati o violentata – spesso da un membro della famiglia o da un conoscente.²⁴ Oggi, all'inizio del XXI secolo, tra la popolazione femminile di età compresa tra i 15 e i 44 anni la violenza miete lo stesso numero di vittime - uccise o ferite - del cancro.²⁵ I costi per i paesi – a causa dell'incremento di spese mediche, processuali, di polizia e scolastiche e in termini di perdita di competenze professionali e scolastiche e di produttività – sono enormi. Negli Stati Uniti assommano a circa 12,6 miliardi di dollari l'anno.²⁶

La violenza di genere assume molte forme, dalle liti domestiche che lasciano milioni di donne in preda al terrore, alle molestie sessuali e allo stupro, fino alle pratiche nocive per la salute che vanno dalle mutilazioni/taglio dei genitali femminili fino al "delitto d'onore" e alle violenze legate alle questioni relative alla dote. Tra selezione sessuale prenatale, infanticidio e abbandono "mancano" all'appello in Asia almeno 60 milioni di bambine.²⁷ Ogni anno ben 800 mila sono le vittime di traffici oltre confine

– e l'80 per cento di esse sono donne e bambine, in gran parte oggetto di sfruttamento nell'industria del sesso a pagamento.²⁸ Entro i confini nazionali le cifre sono ancora più alte. Il **Capitolo 7** esplora la prevalenza globale, le cause e le conseguenze della violenza di genere, nonché i passi che si stanno intraprendendo per combattere questa epidemia mondiale.

Donne e giovani nelle crisi umanitarie

Dal 2000, anno del Vertice del Millennio delle Nazioni Unite, sono esplosi conflitti in oltre 40 stati.²⁹ I disastri naturali si fanno più frequenti e coinvolgono molte più persone di quanto accadeva in passato. Lo tsunami del 2004 ha provocato la morte di 280 mila persone e ha lasciato circa un milione di persone senza tetto.³⁰

Il crollo dei sistemi sociali in conseguenza di un conflitto o di un disastro naturale mette donne e giovani in condizioni particolarmente vulnerabili. Nel corso di un conflitto lo stupro viene comunemente usato come arma di guerra e lascia milioni di donne traumatizzate, con gravidanze non volute o contagiate dall'HIV. Durante queste crisi la protezione offerta dalla comunità di appartenenza e dalla famiglia viene meno. La violenza sulle donne è un rischio continuo. La mancanza di servizi sanitari spesso provoca il brusco impennarsi dei tassi di mortalità materna e infantile. Gruppi armati reclutano a forza bambini/e e adolescenti tra i soldati, o li/e costringono alla servitù o alla schiavitù sessuale. Le donne spesso devono arrangiarsi da sole e provvedere a loro stesse, ai figli e ai sopravvissuti. Per queste e altre ragioni le crisi umanitarie sfociano spesso in un lungo periodo di incertezza economica e sociale. Dei 34 stati più lontani dal conseguimento degli MDG, 22 stanno attraversando un conflitto o ne sono usciti da pochissimo.³¹

Costruire la pace e provvedere alla ricostruzione offre l'occasione di correggere le disparità che erano state all'origine del conflitto stesso. Il **Capitolo 8** espone in dettaglio gli sforzi in atto per rispondere alle esigenze di giovani e donne all'indomani di una crisi. La loro partecipazione è essenziale per stabilire piani d'azione equi e ragionevoli per la riduzione della povertà nella fase di transizione che segue a una crisi. Questo capitolo sottolinea inoltre la drammatica condizione dei profughi all'interno dei confini nazionali e descrive l'impegno di alcune nazioni da poco uscite da un conflitto per ripartire da zero nella creazione di società basate sull'uguaglianza di genere.

Povertà: che sia solo un ricordo

Il mondo ha un'occasione senza precedenti di "fare della povertà una cosa del passato".³² Con quasi 3 miliardi di persone³³ che lottano per la sopravvivenza con meno di 2

2 LA CONFERENZA DEL CAIRO E GLI MDG: I COLLEGAMENTI TRA RIDUZIONE DELLA POVERTÀ, UGUAGLIANZA DI GENERE E SALUTE RIPRODUTTIVA

MDG 1: Eliminare la fame e la povertà estrema

- Gli investimenti nei diritti economici delle donne – parità di opportunità occupazionali e di retribuzione, di accesso al credito e ai sussidi per l'agricoltura, di diritti all'eredità e alla proprietà — favoriscono un incremento della produttività, dei raccolti agricoli e del benessere familiare. Quando le donne hanno il controllo delle risorse domestiche si hanno maggiori investimenti per la salute, l'alimentazione e l'istruzione dei bambini.
- Molti dei paesi più poveri del mondo sono quelli che stanno emergendo da un conflitto. Investire nelle donne e nei giovani contribuisce ulteriormente alla ricostruzione delle società e delle economie nazionali, alla riduzione della povertà e a pace e stabilità durature.
- I problemi di salute riproduttiva affliggono in grandissima maggioranza donne e persone povere, e rischiano di far precipitare le famiglie ancora più in basso sotto la soglia di povertà.



- Famiglie meno numerose contribuiscono a ridurre la fame e a incrementare gli investimenti a disposizione di ciascun figlio. Questo porta alla formazione di una forza lavoro più sana e competente, a una crescita demografica più lenta, alla riduzione della spesa pubblica, a maggiori risparmi e investimenti, a uno sviluppo sociale ed economico più rapido.

MDG 2: Raggiungere la scolarizzazione primaria universale

- Quando le donne sono istruite e le famiglie sono più piccole, aumentano le probabilità che tutti i figli frequentino la scuola.
- I pregiudizi di genere tengono molte bambine e ragazze lontano dalla scuola, spesso per aiutare la madre a prendersi cura dei fratelli e nella gestione delle faccende domestiche. In molte famiglie l'istruzione dei figli maschi è prioritaria. Eliminare rette e tasse scolastiche e offrire sussidi alle famiglie povere può garantire che tutti i figli ricevano un'istruzione completa.

MDG 3: Promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne

- La disuguaglianza di genere rallenta lo sviluppo. Per ridurre la povertà sono necessari pari diritti in campo politico, economico, sociale e culturale.
- Le donne devono poter decidere liberamente quanti figli avere e quando: è la chiave per il loro *empowerment* e per avere maggiori e migliori opportunità di lavoro, di istruzione e di partecipazione sociale.
- Gli uomini svolgono un ruolo essenziale e centrale nel conseguimento dell'uguaglianza di genere, della riduzione della povertà e degli obiettivi di sviluppo, ivi compresi il miglioramento della salute materna e infantile, la riduzione del contagio da HIV e della violenza contro le donne.
- La violenza contro donne e bambine si traduce in costi altissimi, sociali ed economici, per i singoli individui, per le famiglie e per i bilanci pubblici.
- Eliminare i matrimoni in età infantile, consentire alle adolescenti di posticipare le gravidanze, porre fine a ogni discriminazione contro le ragazze incinte, fornire sostegni e sussidi alle madri giovanissime, sono tutti fattori che possono contribuire a far sì che le ragazze completino la propria istruzione. Questo risultato a sua volta contribuisce a interrompere il circolo vizioso della povertà intergenerazionale.
- L'istruzione secondaria femminile è un investimento a elevatissimo rendimento in termini di riduzione della povertà, uguaglianza di genere, partecipazione alla forza lavoro e salute riproduttiva, nella quale si comprende anche la prevenzione dell'HIV e il miglioramento delle condizioni complessive di salute e di istruzione delle donne e dei bambini.

MDG 4: Ridurre la mortalità infantile

- La salute riproduttiva può migliorare la sopravvivenza e la salute dei neonati. Distanziare le nascite e garantire la salute della madre spesso contribuisce a prevenire la morte del bambino. La pianificazione familiare previene inoltre le gravidanze indesiderate. I bambini non voluti sono più soggetti a malattie e morti premature.
- Sottoporre le donne incinte ai test per individuare l'HIV e altre infezioni trasmesse sessualmente serve a prevenire malattie, invalidità e morte dei bambini.
- Dare alle adolescenti la possibilità e la forza per rimandare le prime gravidanze può prevenire molte morti neonatali. I bambini nati da madri adolescenti devono affrontare tassi di mortalità più elevati di quelli nati da donne meno giovani.

MDG 5: Migliorare la salute materna

- I fattori chiave della salute riproduttiva — pianificazione familiare, assistenza professionale al parto e cure ostetriche d'emergenza — salvano molte vite.
- La pianificazione familiare può ridurre la mortalità materna dal 20 fino al 35 per cento.
- Una migliore qualità e maggiore accessibilità dei servizi per la salute materna (prenatale, durante il parto e post-partum) portano

miglioramenti alla salute delle donne e alla qualità della vita loro e delle loro famiglie.

MDG 6: Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie

- Fanno parte dei servizi di salute riproduttiva la prevenzione e la cura delle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS.
- La discriminazione di genere alimenta l'epidemia di HIV/AIDS mettendo particolarmente a rischio donne e ragazze, anche all'interno del matrimonio. I programmi di salute riproduttiva offrono a coppie e singoli una consulenza sulla prevenzione dell'infezione, del contagio da madre a figlio e sulle gravidanze indesiderate nelle donne sieropositive, spiegando inoltre quali opzioni sono a loro disposizione se desiderassero avere dei figli.

MDG 7: Garantire la sostenibilità ambientale

- Nei paesi in via di sviluppo le donne sono le principali produttrici di generi alimentari e sono loro che gestiscono le risorse idriche ed energetiche della comunità locale e della loro famiglia. Gli investimenti in acqua potabile, servizi fognari, tecnologie che fanno risparmiare tempo ed energie e formazione professionale servono a migliorare una gestione sostenibile delle risorse, la sicurezza dei prodotti alimentari, la qualità dell'alimentazione e della salute e consentono di sprecare meno tempo nella raccolta di acqua e di legna da ardere. Questo lascia alle ragazze e alle donne più tempo libero da dedicare all'istruzione e ad altre attività produttive.
- Le fonti di energia pulita proteggono donne e bambini dagli effetti nocivi degli agenti inquinanti e dei fuochi accesi per cucinare.
- La pianificazione familiare e la prevenzione delle nascite indesiderate servono a rendere più stabili le regioni a economia rurale, a rallentare l'urbanizzazione e ad alleggerire la pressione sui servizi pubblici, contribuendo in tal modo a trovare un equilibrio tra le risorse naturali e le esigenze della popolazione.

MDG 8: Sviluppare un partenariato globale per lo sviluppo

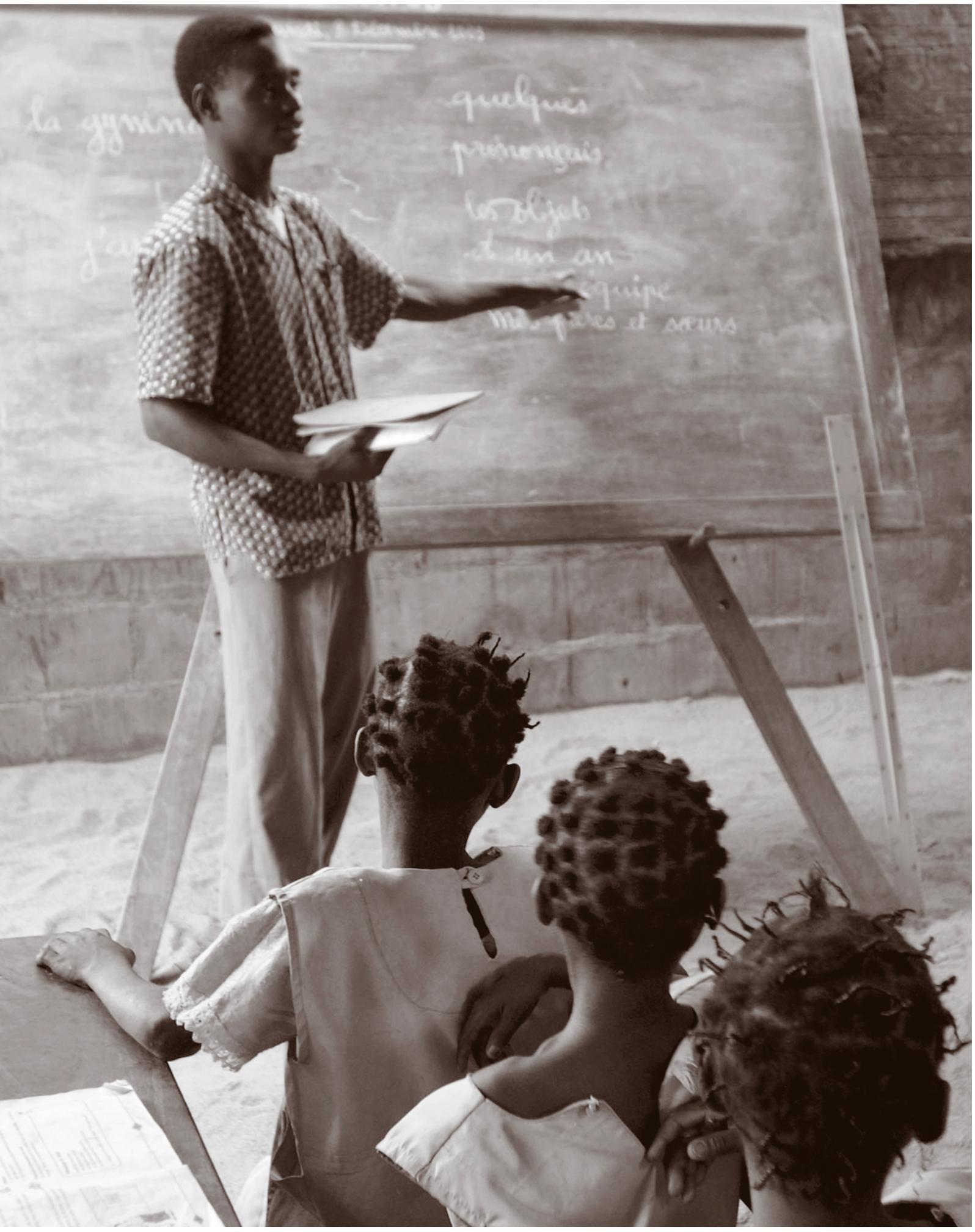
- Garantire ai giovani un lavoro dignitoso — uno dei punti chiave di questo obiettivo — unito a una serie di politiche socio-economiche illuminate può portare a un incremento dei risparmi e della produttività e a un migliore tenore di vita. Di queste politiche fa parte anche la pianificazione familiare, perché consente alle giovani coppie di rimandare la formazione di una nuova famiglia fino al momento in cui avranno acquisito le competenze ed esperienze necessarie per guadagnare un reddito sufficiente.
- L'aumento delle opportunità di guadagno offre alle giovani una valida alternativa al matrimonio in età infantile, alle gravidanze precoci e allo sfruttamento sessuale.
- Una collaborazione a livello globale per assicurare ai paesi più poveri forniture adeguate di farmaci e strumenti essenziali per la salute riproduttiva — compresi contraccettivi, kit per le analisi del sangue e farmaci per l'HIV e per altre infezioni a trasmissione sessuale — è indispensabile per raggiungere gli obiettivi della riduzione della povertà, dell'uguaglianza di genere e della salute per tutti.

dollari al giorno, mezzo milione di donne che muoiono ingiustamente ogni anno per complicazioni legate alla gravidanza, 6 mila giovani contagiati dall'HIV ogni giorno e milioni di donne e bambine che vivono nel terrore o nella violenza, l'unica risposta eticamente accettabile è palese: rispettare quelle promesse di azione globale, uguaglianza ed equità assunte nel corso delle conferenze delle Nazioni Unite degli anni novanta e del Vertice del Millennio del 2000.

Le conclusioni degli esperti sono chiare: investire nell'uguaglianza di genere, nella salute riproduttiva e nello sviluppo dei giovani genera una crescita esponenziale nel breve e nel lungo periodo in termini economici e sociali. Il Progetto del Millennio delle Nazioni Unite ha individuato alcune strategie di grande impatto che possono portare a "guadagni rapidi": lanciare campagne nazionali contro la violenza sulle donne, promuovere i diritti femminili alla proprietà e all'eredità, ampliare l'accesso ai servizi di salute riproduttiva e ridurre il deficit dei finanziamenti destinati a forniture sanitarie e contraccettivi, far sì che le donne siano coinvolte nella formulazione di politiche e strategie per l'attuazione degli MDG.³⁴

Per mettere in atto queste strategie è necessario un impegno a lungo termine che assicuri l'erogazione di risorse a un livello notevolmente più elevato dell'attuale. I costi sono modesti se paragonati ai benefici che offrono. L'investimento richiesto per realizzare le fondamenta indispensabili alla dignità e alla sicurezza umane e per estendere libertà e possibilità di scelta anche alla parte più povera della popolazione mondiale ammonta a una piccola percentuale di quello che il mondo spende a scopi militari.³⁵ Per finanziare l'intero pacchetto degli MDG sarebbe sufficiente che i paesi industrializzati rispettassero un accordo stipulato 35 anni fa: destinare lo 0,7 per cento del reddito nazionale lordo all'aiuto pubblico allo sviluppo. Tra gli elementi del patto globale per porre fine alla povertà si possono contare il miglioramento di governabilità e trasparenza, la riduzione della corruzione, la diminuzione degli oneri del debito dei paesi in via di sviluppo e l'eliminazione dei sussidi all'agricoltura nei paesi maggiormente industrializzati.

Il mondo ha raggiunto un consenso senza precedenti attorno alla volontà di mettere fine alla povertà. Strategie e know-how esistono e sono disponibili. Leadership e risorse si possono mobilitare. Come ha dichiarato al mondo intero Wangari Maathai, premio Nobel per la pace nel 2004, in occasione del discorso d'accettazione, "viene il momento in cui l'umanità è chiamata a una svolta, verso un nuovo livello di consapevolezza, per raggiungere un livello morale superiore. Quel momento è adesso... Non può esserci pace senza uno sviluppo equo".³⁶



vend. 8 Décembre 1953

la gymnase

quelques
prononçais

les objets
et un an

équipe

Mes parents et sœurs

2 Investimenti strategici: il dividendo della parità

“Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, e in particolare l’eliminazione della povertà estrema e della fame, non possono essere conseguiti se non si affrontano seriamente le questioni della popolazione e dell’attenzione per la salute riproduttiva. E questo significa compiere sforzi più decisi per promuovere i diritti delle donne e favorire maggiori investimenti nel campo dell’istruzione e della sanità, ivi compresa la salute riproduttiva e la pianificazione familiare”.

— Kofi Annan, Segretario generale dell’Onu, Bangkok

Ci restano appena dieci anni per ridurre della metà la povertà estrema, rispettando la scadenza del 2015 imposta dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG). Gli MDG sono strettamente intrecciati tra loro: raggiungerli dipenderà dagli sforzi congiunti e meditati di governi, società civile e comunità internazionale per mobilitarsi attorno ad approcci fortemente strategici. Le motivazioni razionali del consenso attorno a questo obiettivo sono chiare: investire sull’eguaglianza tra i sessi offre opportunità inestimabili e sostanziali ritorni economici ai fini della riduzione della povertà. Uno degli otto MDG è l’eguaglianza tra i sessi e l’empowerment delle donne, che è anche un’urgente preoccupazione nel campo dei diritti umani. La realizzazione di questo obiettivo costituirà la base da cui partire per conseguire tutti gli altri. Renderà inoltre disponibili enormi risorse per lo sviluppo di altri settori.

Questo capitolo vuole analizzare le ragioni più generali, sociali ed economiche, della necessità di promuovere la parità tra uomini e donne. Intende dimostrare come, una volta eliminati gli ostacoli rappresentati dalla discriminazione tra uomini e donne, sono famiglie, comunità e interi stati a trarne beneficio. Questo testo tiene conto delle fondamentali raccomandazioni politiche contenute nel Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio¹ per la promozione dell’eguaglianza tra i sessi e per il conseguimento degli MDG. Incrementare le opportunità educative, di salute riproduttiva ed economiche per donne e bambine è, da questo punto di vista, un obiettivo particolarmente strategico. Ugualmente importante sarà eliminare la violenza contro le donne, di cui si parla più avanti, nel Capitolo 7. La crescita della partecipazione politica delle donne e una maggiore assunzione pubblica di responsabilità per la parità tra i sessi contribuiranno a garantire che questi argomenti trovino l’attenzione che meritano.

Molti paesi hanno compiuto progressi significativi verso

la parità tra uomini e donne, soprattutto in campo politico e legislativo, nonché nel campo della salute e dell’istruzione. Sempre più spesso le politiche nazionali di sviluppo collocano l’eguaglianza di genere ai primi posti negli sforzi per la riduzione della povertà. Ma i passi avanti fatti sono impari e il divario tra politica e prassi resta enorme.² Per mettere a disposizione dello sviluppo i profitti ottenuti dalla parità sono indispensabili collaborazioni più strette e forti e la determinazione di governi, società civile e settore privato, nonché la generosità dei donatori e dell’intero sistema delle Nazioni Unite.

Povertà di scelte e di opportunità

Come riferisce la Banca Mondiale, la disuguaglianza tra i sessi non è economicamente utile e indebolisce l’efficacia delle politiche di sviluppo.³ La disuguaglianza tra uomini e donne è spesso endemica e profondamente radicata, per quanto possa variare, per diffusione e intensità, sia da uno stato all’altro che all’interno di uno stesso stato. Inizia prestissimo, può durare tutta la vita, ed è spesso esacerbata dalla povertà. Le famiglie più povere devono affrontare difficili scelte di spesa a beneficio di tutti i loro figli. Ma le bambine, anche in ambienti diversi, finiscono con il ricevere un minor livello di istruzione, cure sanitarie e formazione professionale, rispetto ai loro fratelli maschi. Questo “divario di genere” spesso si allarga ulteriormente nel corso della vita, limitando per le donne le opportunità di ottenere un lavoro sicuro e un salario equo, e di accumulare beni e risorse economiche. Sebbene il matrimonio e la maternità siano decisioni che cambiano la vita, con importanti ripercussioni sociali ed economiche, in molte parti del mondo donne e adolescenti hanno pochissima voce in entrambi i casi.

Le famiglie sono importantissimi trasmettitori di norme socioculturali e di genere, ed è nella famiglia che si definiscono in gran parte i ruoli e le responsabilità di

donne e uomini, bambini e bambine. Le famiglie sono anche le unità basilari di consumo e produzione: le decisioni su istruzione, salute, alimentazione, figli da mettere al mondo, partecipazione politica ed economica, si prendono all'interno della famiglia. Anche con le migliori intenzioni, queste decisioni possono minare alla base i diritti umani e il benessere di donne e bambine, limitando le opzioni e possibilità di scelta a loro disposizione e perpetuando in tal modo la povertà. Comprendere in che modo le famiglie e le comunità prendono tali decisioni può fornire preziose indicazioni per un'azione politica più efficace.⁴

La promozione dell'eguaglianza tra i sessi consente di ampliare le opportunità di sviluppo umano e di eliminare costosi ostacoli sul cammino verso la realizzazione degli MDG. La discriminazione di genere si basa infatti su aspettative predeterminate e spesso rigide riguardo ai ruoli più appropriati per uomini e donne nella vita politica, economica, sociale e familiare, senza tenere conto delle competenze o aspirazioni dei singoli. In questo modo tale discriminazione riduce lo sviluppo personale sia degli uomini che delle donne, e ostacola il progresso verso la riduzione della povertà e verso lo sviluppo.

INVESTIMENTI CRITICI AD ALTO RENDIMENTO. Quegli investimenti che mettono donne e bambine in condizione di sviluppare appieno il loro potenziale offrono un rendimento doppio, in virtù del duplice ruolo, produttivo e riproduttivo, della donna. Oltre al contributo, vitale e spesso non pagato, che portano all'economia della famiglia, della collettività e della nazione, le donne danno alla luce la generazione successiva e se ne prendono cura. Gli investimenti nell'istruzione, nella salute riproduttiva e nelle opportunità economiche per donne e bambine hanno un rendimento immediato, a lungo termine e anche intergenerazionale. Questi settori di investimento rappresentano elementi critici e sinergici nello sviluppo del capitale umano femminile e, per estensione, di quello dei loro figli.⁵

Il "miracolo economico" dell'Est asiatico, con la sua crescita senza precedenti tra il 1965 e il 1990, costituisce un esempio di come questi elementi possano operare insieme. I divari di genere nell'istruzione sono stati colmati, si è ampliato l'accesso alla pianificazione familiare e le donne hanno avuto la possibilità di posticipare matrimonio e nascita dei figli proprio nel momento in cui nuove opportunità occupazionali moltiplicavano la loro partecipazione alla forza lavoro. Il contributo economico portato dalle donne ha contribuito alla riduzione della povertà e ha dato nuovo impulso alla crescita economica.⁶ Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio parla dell'Est e del Sudest dell'Asia come delle sole regioni in cui si sia avuto uno "straordinario progresso" nella riduzione della povertà, della fame e della disuguaglianza di genere.⁷

LA FORZA DELL'ISTRUZIONE FEMMINILE. Bambini e bambine hanno tutti diritto all'istruzione. L'istruzione alimenta la dignità e il senso di autostima. Offre opportunità di acquisire conoscenze e competenze e migliora le prospettive di vita. Accanto all'alimentazione, la sanità e la formazione professionale, l'istruzione è uno dei pilastri del capitale umano. Insieme, questi elementi essenziali consentono a uomini e donne di condurre un'esistenza produttiva e di contribuire alla crescita e allo sviluppo del proprio paese.⁸

Ma la povertà impedisce a milioni di bambini, soprattutto femmine, di frequentare la scuola. Nei paesi meno sviluppati, soltanto la metà dei bambini arriva a terminare la scuola primaria.⁹ Se è vero che il divario tra maschi e femmine nell'istruzione primaria si va colmando a livello globale, restano comunque escluse dalla scuola più bambine che bambini.¹⁰ Il gap è ancora più grande all'interno di alcuni paesi e in alcuni paesi rispetto ad altri. Nel Sudest asiatico e nell'Africa sub-Sahariana, soltanto il 69 e 49 per cento delle bambine, rispettivamente, arriva a completare la scuola elementare.¹¹ A livello secondario le ragazze che frequentano la scuola sono ancora meno: appena il 30 e 47 per cento, rispettivamente, frequenta le superiori nell'Africa sub-Sahariana e nel Sudest asiatico.¹² Questi divari di genere appaiono evidenti nel tasso di alfabetizzazione: le donne analfabete nel mondo sono 500 milioni, a fronte di 280 milioni di uomini.¹³

L'istruzione superiore, secondaria e universitaria, è per le donne una questione particolarmente cruciale. Secondo il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio si tratta dell'elemento che offre "il maggior rendimento in termini di empowerment femminile".¹⁴ L'istruzione secondaria garantisce maggiori vantaggi per le donne rispetto agli uomini, poiché comporta un maggior uso dei servizi per la salute materna e la pianificazione familiare, nonché un diverso atteggiamento nei confronti di pratiche nocive per la salute.¹⁵ Le donne che hanno ricevuto un'istruzione secondaria hanno maggiori probabilità, rispetto alle analfabete, di capire il pericolo rappresentato dall'HIV e i metodi per prevenirne la diffusione. In Egitto le donne fornite di istruzione superiore avevano probabilità quattro volte maggiori di opporsi alle mutilazioni/taglio dei genitali delle loro figlie, rispetto alle donne che non avevano completato nemmeno il grado primario dell'istruzione.¹⁶ L'istruzione secondaria gioca inoltre un ruolo più significativo di quella primaria nella riduzione della violenza contro le donne, in quanto rende le donne più forti e capaci di abbandonare una relazione improntata alla violenza.¹⁷ I benefici sociali ed economici dell'istruzione femminile vengono sintetizzati di seguito:

L'istruzione femminile favorisce la crescita economica. Investire nell'istruzione delle ragazze è uno dei metodi più

efficaci per ridurre la povertà. È stato stimato che i paesi che non raggiungono l'MDG della parità di genere nel settore dell'istruzione rischiano di perdere tra 0,1 e 0,3 punti percentuale nella crescita economica pro capite.¹⁸ I tassi di crescita economica nell'Africa sub-Sahariana e nel Sudest asiatico sarebbero potuti essere più alti di quasi l'1 per cento annuo, se questi paesi fossero partiti dai gap di genere dell'Est asiatico, che erano già inferiori, e avessero progredito nel colmarli secondo lo stesso andamento osservato nell'Est Asiatico tra il 1960 e il 1992.¹⁹

Le madri istruite incrementano il capitale umano perché migliorano le condizioni di salute, istruzione e alimentazione dei figli. Le figlie di madri istruite hanno maggiori probabilità di frequentare la scuola.²⁰ L'istruzione della madre si traduce inoltre in maggiori difese immunitarie e migliore alimentazione dei figli, due elementi che portano a un aumento dell'occupazione e a un miglioramento del rendimento scolastico. Ogni anno di istruzione ricevuta dalla madre corrisponde per i suoi figli a un abbassamento tra il 5 e il 10 per cento del tasso di mortalità sotto i cinque anni.²¹

L'istruzione, rafforzando le qualifiche e capacità professionali delle donne, migliora le prospettive economiche della famiglia. Le donne meglio istruite accedono a lavori retribuiti, e questo si traduce in un reddito superiore a disposizione della famiglia e in un aumento della produttività globale. Nelle economie rurali l'istruzione di donne e bambine spesso comporta una maggior produzione agricola. In Kenya, per esempio, una ricerca ha calcolato che la produttività del raccolto potrebbe aumentare anche del 22 per cento se le contadine ricevessero la stessa istruzione e godessero dello stesso potere decisionale degli uomini.²²

L'istruzione migliora la salute riproduttiva. Le donne istruite hanno maggiori probabilità di chiedere adeguata assistenza prenatale e assistenza professionale al parto, come pure di fare ricorso alla contraccezione. Tendono a posporre l'inizio dell'attività sessuale, l'età del matrimonio e quella del primo parto rispetto alle donne non istruite. Hanno un minor numero di figli: ogni triennio di istruzione scolastica corrisponde a un figlio in meno per donna.²³ E quando le donne hanno meno figli, il benessere e le prospettive di sviluppo di ciascun figlio tendono generalmente a potenziarsi.²⁴

COLMARE IL DIVARIO. Molti paesi hanno compiuto progressi nell'istruzione femminile. Ma nonostante le prove della sua efficacia nella riduzione della povertà e nell'impulso dato allo sviluppo, le stime più recenti fanno pensare che molti paesi non conseguiranno l'Obiettivo dell'eliminazione della

disparità di genere a tutti i livelli dell'istruzione entro il 2015: almeno 21 paesi mancheranno l'Obiettivo per quanto riguarda l'istruzione primaria, e almeno 27 per quella secondaria.²⁵ La scadenza precedente — eliminare le disparità di genere nell'istruzione primaria e secondaria “preferibilmente entro il 2005” — è già stata disattesa da diversi paesi.²⁶

Secondo la *Global Survey* (Rapporto mondiale) dell'UNFPA sui progressi compiuti nell'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, 58 paesi su 142 hanno registrato una crescita nella spesa per la pubblica istruzione, ma soltanto 14 hanno avviato iniziative per promuovere l'istruzione femminile. Su 129 paesi analizzati nel rapporto, 23 hanno approvato legislazioni sulla parità di istruzione per maschi e femmine, ma solo in 16 è aumentato il numero di scuole superiori aperte alle ragazze.²⁷

Le famiglie povere si trovano a dover soppesare attentamente i costi da sostenere per mandare a scuola le bambine, rispetto ai possibili benefici: un'analisi che spesso riflette e rafforza le norme sociali sul genere. Nelle società in cui le opzioni di vita per le donne sono di solito limitate al matrimonio e alla procreazione, per esempio, l'istruzione di una bambina rischia di essere considerata un lusso, soprattutto a fronte del contributo che essa può dare nelle faccende domestiche, nel lavoro agricolo, nel prendersi cura dei bambini o in qualsiasi altra attività venga utilizzata. Inoltre, il matrimonio può essere visto come una cessione dell'investimento fatto sulle figlie a beneficio di un'altra famiglia, con conseguente scarso vantaggio per i genitori della ragazza.

Per rendersi conto appieno dei benefici apportati dall'istruzione femminile, occorre che gli stati abbattano le barriere che impediscono alle bambine di frequentare la scuola. Le strategie più efficaci per colmare i gap di genere nell'istruzione devono concentrarsi sulle comunità più povere e affrontare gli ostacoli specifici. La sicurezza delle ragazze, all'interno della scuola e nel percorso da casa a scuola e viceversa, per esempio, è per i genitori un fattore importantissimo, che può essere affrontato aumentando il numero delle insegnanti, migliorando le misure di sicurezza, riducendo il tempo dei trasferimenti, costruendo un maggior numero di scuole, e più in generale rendendo gli istituti scolastici più “a misura di donna”. Già la semplice aggiunta di bagni riservati alle ragazze può fare una notevole differenza. L'eliminazione delle rette scolastiche e di altri costi può alleviare l'onere economico della famiglia: Bangladesh, Messico, Uganda e Tanzania sono tra i paesi che hanno ottenuto buoni risultati in questo campo offrendo pasti gratuiti nelle mense scolastiche, sussidi e borse di studio.²⁸ Gli sforzi per incrementare le iscrizioni scolastiche ai livelli secondari sono vitali e devono comprendere un impegno specifico per evitare l'abbandono scolastico delle adolescenti sposate e incinte.

A livello mondiale i progetti dell'UNESCO – Istruzione per tutti – e dell'ONU – Iniziativa per l'istruzione delle ragazze – promuovono la scolarità femminile.

Migliorare la qualità dell'istruzione è altrettanto importante che aumentarne la quantità. È essenziale affrontare problemi quali la carenza di personale insegnante, il sovraffollamento delle classi e il contenuto e la pertinenza dei programmi scolastici, se si vuole consentire ai giovani di conseguire le capacità necessarie sia a prevenire l'infezione da HIV che a trovare lavori migliori. Un miglioramento qualitativo esige anche programmi scolastici con un approccio di genere, al fine di eliminare quegli stereotipi che influenzano il modo in cui maschi e femmine sono trattati in classe, nonché le materie che studiano. Ciò consente alle ragazze di ottenere il massimo dalla loro istruzione e fornisce loro gli strumenti migliori per superare quella rigidità delle norme di genere che limita lo sviluppo del loro potenziale. Può incoraggiarle, per esempio, a prendere in considerazione una gamma più vasta di possibilità occupazionali, compresi alcuni lavori non tradizionalmente "da donne".²⁹ Qualificarsi nelle tecnologie dell'informazione e comunicazione può spalancare un intero mondo di opportunità, soprattutto oggi che tutti gli stati stanno incrementando il livello di conoscenza di tali tecnologie e il numero di infrastrutture anche in aree rurali. Diversi paesi hanno avviato programmi riservati a donne e ragazze. La Repubblica Islamica dell'Iran, per esempio, offre corsi di formazione nelle tecnologie informatiche e della comunicazione alle donne delle zone rurali, in particolare alle casalinghe.³⁰

Non si può mettere in dubbio l'efficacia dell'istruzione femminile nella riduzione della povertà, nella promozione dell'eguaglianza di genere e dello sviluppo. Ma l'istruzione non basta se mancano istituzioni e sistemi sociali di supporto, che offrano alle donne un allargamento in termini di opportunità e di libertà, di accesso alle risorse e di controllo sulle decisioni determinanti per la loro stessa esistenza. Gli sforzi congiunti per migliorare la salute riproduttiva delle donne e le loro opportunità economiche possono massimizzare i dividendi sociali ed economici dell'istruzione femminile.

INVESTIMENTI ESSENZIALI NELLA SALUTE RIPRODUTTIVA E NEI DIRITTI. La salute riproduttiva è un diritto umano, una struttura portante del capitale umano e un aspetto fondamentale della parità tra i sessi. È parte integrante del benessere delle donne e delle loro famiglie.³¹ Le donne più povere hanno in questo senso le necessità più pressanti e, come mostra la ricerca presentata più avanti, loro, le loro famiglie e la società in generale hanno tutto da guadagnare dai miglioramenti apportati alla loro salute riproduttiva. I problemi correlati con la sua mancanza spingono spesso intere famiglie ancora

più in basso nella soglia di povertà.³² Le donne veramente povere, che hanno di norma minor accesso alla contraccezione, trovano spesso difficile riuscire a determinare quanti figli avere, e con quale intervallo tra le nascite. Tale difficoltà limita le loro prospettive di salute e di occupazione stabile, nonché quelle di perseguire migliori opportunità economiche in grado di elevare il loro tenore di vita.³³ La condizione di salute riproduttiva di una donna si riflette pesantemente anche sui suoi figli – il futuro capitale umano di ogni nazione – e pertanto ha implicazioni socio-economiche sia a breve che a lungo termine.³⁴ Sebbene l'obiettivo di dare accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015 stabilito alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo non sia stato esplicitamente incluso negli MDG, gli investimenti nella salute riproduttiva sono oggi largamente riconosciuti come essenziali al loro conseguimento.³⁵

I servizi per la salute riproduttiva, attraverso gli strumenti per la pianificazione delle nascite, consentono alle donne di aspettare qualche anno prima di avere figli, in modo da poter completare la propria formazione, inserirsi nel mondo del lavoro e acquisire capacità ed esperienza. Laddove c'è ampia disponibilità di contraccettivi, le donne tendono a rimandare la nascita del primo figlio, ad avere meno gravidanze e ad abbreviare il periodo dell'attività riproduttiva.³⁶ Per le adolescenti sessualmente attive (sposate o meno), la pianificazione familiare può costituire la differenza tra una gravidanza precoce e l'istruzione.

I problemi di salute riproduttiva minano gli sforzi per ridurre la povertà perché fanno calare la produttività. I problemi di salute riproduttiva sono una delle principali cause di malattia e affliggono in modo sproporzionato donne e adolescenti. Riducono la produttività femminile nel mondo del lavoro (in alcuni casi anche del 20 per cento) e costano complessivamente nel mondo, ogni anno, 250 milioni di anni di vita produttiva.³⁷

Dare la libertà e i mezzi per avere il numero di figli che si desidera porta a famiglie meno numerose, tasso di crescita demografica più ridotto e minore pressione sulle risorse naturali. Secondo le previsioni, la popolazione mondiale è destinata ad aumentare – presumendo che la contraccezione continui a diffondersi con il medesimo andamento storico – dai 6,5 miliardi di persone attuali fino a 9,1 miliardi entro il 2050.³⁸ La maggior parte di questa crescita si verificherà in paesi che lottano contro la povertà. Rispondere alla domanda ancora insoddisfatta di contraccettivi da parte di singoli e di coppie è necessario dal punto di vista dei diritti umani. La riduzione della fecondità non desiderata comporta anche importanti implicazioni a livello macro-economico.

La salute riproduttiva può apportare importanti benefici economici, grazie al cosiddetto “dividendo demografico”. Nei paesi che hanno affrontato una transizione demografica, che si traduce in una riduzione dei tassi di mortalità e di fecondità, le strutture della popolazione subiscono dei cambiamenti. Le famiglie diventano meno numerose, con una maggiore percentuale di adulti giovani che entrano nella vita produttiva, ma con meno figli e parenti anziani a loro carico. Una volta avviate le politiche sociali ed economiche appropriate, tutto questo può avere come esito un incremento dei risparmi e una maggior quantità di risorse disponibili da investire per ciascun figlio. A livello nazionale, ciò si traduce in maggiori investimenti per generare nuova produttività e crescita economica.³⁹ Nell’Est asiatico gli economisti accreditano al dividendo demografico ben un terzo della crescita economica senza precedenti nel periodo 1965-1990.⁴⁰ I ricercatori calcolano che tra il 2000 e il 2015 i paesi in via di sviluppo potrebbero utilizzare i loro dividendi demografici per ridurre la povertà di circa il 14 per cento.⁴¹

Accesso ai servizi di salute riproduttiva significa grande risparmio per la sanità pubblica e per altri servizi sociali. I problemi legati alla salute riproduttiva si possono in gran parte prevenire: sistemi sanitari potenziati e miglior accesso ai servizi possono evitare molti di questi problemi e le loro dispendiose conseguenze. In Thailandia e in Egitto è stato stimato che per ogni dollaro investito nella pianificazione familiare se ne risparmiano approssimativamente 16 in termini di sanità, istruzione, edilizia abitativa e 31 in costi per altri servizi sociali.⁴² L’incidenza sui bilanci pubblici dei costi dell’epidemia di AIDS e dell’alto tasso di gravidanze adolescenziali sono ben noti e documentati.⁴³

DIRITTI ECONOMICI DELLE DONNE E LAVORO INVISIBILE. Le donne sono la spina dorsale delle famiglie, pilastri della vita comunitaria, assistenti dei malati e degli anziani e principali educatrici delle generazioni future. Oltre a gestire la casa e la famiglia e a procurare e preparare il cibo, molte lavorano in fattorie, fabbriche, mercati, miniere, aziende di confezioni o uffici. Le donne in media lavorano più ore degli uomini,⁴⁴ e lo fanno quasi sempre senza alcun sostegno di interventi politici, leggi, istituzioni, servizi, organizzazioni familiari e tecnologie *time-saving*. Gran parte del lavoro che svolgono resta non riconosciuto, invisibile e non retribuito. Anche se le donne entrano sempre più numerose nel mondo del lavoro, rischiano il licenziamento se restano incinte e in generale godono di un reddito complessivo inferiore e di un minor grado di sicurezza sul lavoro rispetto agli uomini. A causa della disuguaglianza nei diritti economici, milioni di donne non riescono a

3 LA SICUREZZA UMANA ATTRAVERSO LALENTE DELLA DIFFERENZA DI GENERE

In un mondo sempre più globalizzato, in cui epidemie, HIV/AIDS, problemi ambientali e migrazioni sfidano i confini degli stati, il concetto di sicurezza nazionale ha iniziato a evolversi, superando il concetto di sicurezza incentrata sullo stato per indirizzarsi verso una concezione che ha al suo centro la persona, cioè verso il concetto di sicurezza umana. La Commissione ONU sulla sicurezza umana la definisce in termini di “libertà dall’indigenza, libertà dalla paura e libertà di intraprendere azioni a proprio beneficio”. Si tratta di un ideale ancora lontano per gran parte della popolazione mondiale — soprattutto per quei 2,7 miliardi di persone che vivono sotto la soglia di povertà e per coloro che hanno visto le proprie esistenze sconvolte e devastate dalla violenza dei conflitti o dei disastri naturali. La libertà dalla paura è fuori dalla portata di milioni di donne e bambine che quotidianamente subiscono violenze e abusi, spesso tra le mura domestiche. Milioni di donne non hanno mai potuto godere pienamente della libertà di intraprendere azioni a proprio beneficio perché altri prendono le decisioni che riguardano la loro frequenza a scuola, il loro matrimonio, i figli che devono partorire o il voto che possono esprimere. Molte faticano persino a immaginare una vera sicurezza riproduttiva — il controllo sulla propria fertilità e gli strumenti per individuare, prevenire e gestire i rischi riproduttivi. E non sono nemmeno libere dalla paura di una gravidanza indesiderata, dell’infezione da HIV, della morte o delle sofferenze causate dalle eventuali complicazioni durante la gravidanza o il parto. La sicurezza riproduttiva resta comunque fondamentale per l’*empowerment* delle donne, l’uguaglianza tra i sessi e il benessere delle famiglie, nonché per il conseguimento degli MDG.

migliorare la qualità della vita loro e dei loro figli. Incrementare l’accesso e il controllo delle donne sulle risorse economiche può essere una leva fondamentale per elevare famiglie e collettività al di sopra della soglia di povertà.

I tradizionali approcci macroeconomici e i programmi di sviluppo ignorano quasi totalmente il contributo economico portato dalle donne, in parte perché i dati di solito non distinguono tra i sessi e non tengono conto del lavoro non retribuito. In molte zone rurali, donne e bambine impiegano molte ore al giorno in compiti quali andare a prendere acqua e combustibile, sebbene tale impegno ben di rado compaia nei rendiconti nazionali.⁴⁵ In Zambia una donna impiega 800 ore l’anno nel rifornimento di acqua e legna da ardere; in Ghana e in Tanzania le ore impiegate nella raccolta di legna sono 300.⁴⁶ Miglioramenti nelle infrastrutture, quali l’accesso a risorse idriche e strutture igieniche sicure, comode e a prezzi contenuti, la disponibilità di combustibili da cucina più moderni e un ampliamento della rete stradale e dei mezzi di trasporto, potrebbero alleviare il peso di queste incombenze e lasciare più tempo libero alle ragazze per frequentare la scuola e alle donne adulte per altre attività

produttive e utili alla collettività. Favorirebbero probabilmente anche l'uso di servizi e strutture sanitarie.⁴⁷ Ma queste migliorie rischiano di essere trascurate finché i politici non affronteranno esplicitamente i fattori relativi alle questioni di genere e finché le donne non avranno un ruolo nei processi decisionali riguardanti la collettività.

ACCESSO E CONTROLLO SUI BENI COLLETTIVI. In molte regioni, le restrizioni ai diritti delle donne di possedere, usare ed ereditare beni di proprietà e le difficoltà nell'accesso al credito limitano fortemente il loro contributo alla produzione agricola e allo sviluppo complessivo. Queste restrizioni impediscono inoltre alle donne di investire nella terra che coltivano. Affrontare la mancanza di equità nei diritti di successione e di proprietà è una delle sette priorità strategiche raccomandate dalla Task force su istruzione ed eguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio.

Nelle comunità rurali dei paesi in via di sviluppo le donne sono responsabili della produzione alimentare in misura che va dal 60 all'80 per cento, ma molti paesi continuano a vietare alle donne di comprare o disporre della terra senza il consenso del marito. In gran parte dell'Africa sub-Sahariana, per esempio, le vedove non hanno praticamente diritti terrieri né di successione.⁴⁸ I paesi africani stanno avviando dei processi legislativi per garantire alle donne pari diritti a possedere o utilizzare la terra e a ereditare le proprietà. Ciò è particolarmente determinante nella lotta contro l'AIDS, dal momento che la vulnerabilità economica delle donne riduce la possibilità di proteggersi dall'HIV.⁴⁹ La Liberia, per esempio, ha assicurato a donne e bambine uguali diritti di successione. In Botswana, l'abolizione del *Marital Power Bill* (Decreto sulla potestà maritale) consente ora alle donne un'identica capacità decisionale per quanto riguarda i beni della famiglia. L'Eritrea ha avviato la formazione di assistenti legali pubblici per la promozione dei diritti terrieri delle donne. Anche alcuni paesi dell'America Latina e dei Caraibi, tra cui Barbados, Belize e Costa Rica, hanno garantito alle donne il diritto alla proprietà e alla successione all'interno dei matrimoni contratti secondo la legge consuetudinaria.

Ciò nonostante, l'accesso alle risorse permane diseguale. Le donne rappresentano un terzo, e anche meno, dei proprietari terrieri in America Latina, Africa sub-Sahariana e Asia meridionale.⁵⁰ In queste regioni, le contadine tendono a coltivare appezzamenti più piccoli degli uomini e hanno minore accesso ai servizi per la modernizzazione dell'agricoltura, anche laddove rappresentano la maggioranza dei coltivatori diretti.⁵¹ Nei paesi africani le donne ottengono meno del 10 per cento di tutti i prestiti riservati ai piccoli coltivatori e soltanto l'1 per cento del credito totale erogato per il settore

agricolo.⁵² Quando però le donne riescono a ottenere risorse e agevolazioni economiche, la produttività aumenta. Una ricerca condotta dalla Banca Mondiale in alcuni paesi dell'Africa sub-Sahariana ha rilevato che la produzione potrebbe aumentare anche fino al 20 per cento se un maggior numero di donne avesse parità di accesso e di controllo sul reddito agricolo, sui servizi per l'agricoltura e sulla terra.⁵³

LAVORO DURO, SALARIO BASSO. Nella gran parte delle famiglie le madri sono una fonte di reddito sostanziale, la principale o addirittura l'unica.⁵⁴ In molte famiglie povere, il lavoro femminile è essenziale alla sopravvivenza dei suoi membri. A paragone degli uomini, inoltre, le donne tendono a reinvestire una percentuale più sostanziosa dei loro guadagni nel benessere dei figli e della famiglia nel suo complesso. Per esempio, secondo la Banca Mondiale il controllo della madre sul proprio reddito ha un margine di impatto sulla sopravvivenza dei figli che è maggiore di quasi venti volte rispetto a quello del padre.⁵⁵ Nelle regioni in cui le donne hanno accesso a uno stipendio e al controllo delle risorse, i redditi familiari e lo stile di vita subiscono un incremento, e le loro famiglie generalmente traggono maggiori benefici rispetto a quelle in cui sono gli uomini a detenere in esclusiva il controllo economico.⁵⁶

La partecipazione femminile all'occupazione non-agricola è in costante aumento, ma non dovunque. Su 110 paesi

4 VIETNAM: MIGLIORARE L'ECONOMIA FAMILIARE, UNA DONNA ALLA VOLTA

A Dong Loi, una piccola comunità agricola sulle colline del Vietnam del Nord, un'iniziativa che unisce ai servizi di micro-credito quelli per la salute riproduttiva, introdotta dalla Viet Nam Women's Union (Unione delle donne vietnamite) con il sostegno dell'UNFPA, sta dimostrando che la leadership femminile è in grado di aiutare le famiglie più povere a innalzarsi oltre la soglia di povertà. Qui i membri di una cooperativa di donne hanno visto i loro redditi raddoppiare, in appena due anni, soprattutto grazie all'allevamento e alla vendita di bestiame acquistato grazie a prestiti finanziari. Un fondo speciale consente alle partecipanti di mandare a scuola i figli, acquistare forniture di sementi e fertilizzanti e persino comprare computer e altri beni di consumo.

“Con questo progetto, tutta l'economia del villaggio è migliorata”, afferma la responsabile del gruppo, Dinh Thi Nga. “Un'altra ragione del nostro successo è che quasi tutte le donne del mio gruppo praticano qualche forma di contraccezione”. Il progetto ha insegnato agli abitanti di Dong Loi due cose importantissime, aggiunge Nga: “La prima, che le donne, se ne hanno l'opportunità, possono svolgere un ruolo primario nello sviluppo della comunità; la seconda, che per fare ciò di cui abbiamo bisogno, dobbiamo poter accedere non solo a crediti e formazione, ma anche a servizi di salute riproduttiva e di controllo delle nascite. Si tratta di due fattori intimamente connessi allo sviluppo economico”.

che dispongono di tali dati, in appena 17 le donne rappresentano più della metà di coloro che percepiscono uno stipendio, e si tratta soprattutto dei paesi maggiormente industrializzati, degli stati dell'Est europeo e dei paesi dell'Asia centrale.⁵⁷ Una quota più equa di buoni posti di lavoro sarebbe assegnata alle donne, se un maggior numero di loro avesse un livello di istruzione secondario o universitario. Spesso l'istruzione e la formazione impartite alle donne non sono adeguate ai mercati del lavoro locali, il che limita la loro capacità di partecipazione economica.⁵⁸

Quando lavorano come dipendenti, per le donne molto più che per gli uomini si tratta di un lavoro nel settore informale, che tende a offrire salari più bassi, minore copertura legislativa, meno garanzie e sicurezza.⁵⁹ Le donne gestiscono inoltre circa i due terzi delle imprese individuali nel settore informale.⁶⁰ Le legislazioni di diritto del lavoro offrono scarsissima protezione ai lavoratori informali, che raramente possono accedere a pensioni o programmi di previdenza sociale.

Molti paesi hanno riformato le leggi che discriminavano le donne sul lavoro e consentivano disuguaglianza di salari.⁶¹ Tuttavia, in tutti i settori le donne sono meno pagate degli uomini: secondo la Banca Mondiale, nei paesi più industrializzati per ogni dollaro guadagnato da un uomo, una donna guadagna 77 centesimi, e nei paesi in via di sviluppo soltanto 73. L'anzianità di lavoro, generalmente inferiore, riduce ulteriormente l'accumulo pensionistico, così che le donne più anziane e le vedove restano particolarmente vulnerabili di fronte alle privazioni della vecchiaia.⁶²

Conciliare ruoli produttivi e riproduttivi

Il ruolo produttivo e quello riproduttivo delle donne sono legati in modo inscindibile. Anche se tempo ed energie femminili sono sempre più tirati allo spasimo tra responsabilità familiari e necessità di guadagnare, le donne tendono comunque a impegnarsi in entrambe le cose. Le politiche pubbliche, però, non hanno saputo tenere il passo dei cambiamenti sociali generati da una partecipazione delle donne alla forza lavoro in costante aumento e dalle strutture familiari in continua evoluzione. E non hanno nemmeno saputo assicurare il diritto fondamentale delle donne a determinare il numero dei figli e la distanza tra le gravidanze.

Sono sempre di più gli stati che si rendono conto che le donne hanno bisogno di sostegno per trovare un equilibrio tra lavoro e vita familiare, e che crescere i figli è un diritto e una responsabilità comune a uomini e donne. Forme di sostegno mirato possono consentire alle donne impieghi

migliori e incoraggiare gli uomini ad assumersi una percentuale maggiore di responsabilità per la salute riproduttiva e la cura dei figli. È molto probabile che ciò contribuisca a sua volta alla crescita economica e alla riduzione della povertà.

Le convenzioni dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) vietano ogni discriminazione in caso di gravidanze e maternità, e invocano forme di previdenza per i servizi di maternità.⁶³ Molti paesi hanno risposto adottando

nuove misure. I paesi scandinavi attuano da tempo politiche di sostegno alla famiglia e i paesi europei dedicano un'attenzione sempre maggiore all'importanza del ruolo paterno in ambito familiare, prevedendo licenze di paternità retribuite.⁶⁴ In Kenya si è scoperto che la riduzione dei costi per gli asili nido porta a un incremento della partecipazione femminile alla forza lavoro e dell'istruzione

secondaria ricevuta dalle ragazze.⁶⁵ La metà dei governi che hanno esaminato i progressi compiuti negli ultimi dieci anni per l'attuazione degli impegni assunti alla Conferenza mondiale sulle donne di Pechino, nel 1995, hanno riferito di aver avviato azioni a sostegno di uomini e donne per conciliare le responsabilità familiari e lavorative.⁶⁶ Di solito però queste politiche non affrontano la questione del ruolo del padre e del suo atteggiamento nei confronti del lavoro retribuito della madre, sulla quale continua a gravare quasi per intero la responsabilità per il lavoro di cura nei confronti dei bambini.⁶⁷ Raramente le riforme politiche sono tagliate a misura delle specifiche necessità di gruppi particolari, come le famiglie a basso reddito, le comunità indigene o le minoranze etniche.⁶⁸ Le norme per la socializzazione di uomini e donne rendono comunque difficile per i padri ottenere una licenza di paternità, anche nei paesi in cui è prevista.⁶⁹ In Europa, gli uomini che si sono serviti delle nuove norme a favore della famiglia, hanno riscontato un rallentamento delle loro carriere.⁷⁰ I regolamenti sulle licenze di maternità variano poi moltissimo in termini di diritti e di sostegni economici. In tutti i casi, le politiche nazionali rivolte alla conciliazione tra ruolo riproduttivo e ruolo produttivo dovrebbero puntare a garantire il diritto delle persone e delle coppie a scegliere quanti figli avere e offrire sostegno e flessibilità per trovare un equilibrio tra le esigenze della famiglia e della vita lavorativa.

I programmi per la salute riproduttiva che affrontano i problemi dei rapporti tra i sessi e dell'*empowerment* economico offrono potenzialmente benefici maggiori di quelli che ignorano il contesto in cui si prendono le decisioni sulla procreazione.⁷¹ Se si mettono a disposizione delle ragazze nuove opportunità di istruzione e formazione, e la possibilità di posticipare il matrimonio e la nascita dei figli,

“La perdurante emarginazione delle donne nei processi decisionali è insieme causa ed effetto della lentezza dei progressi in molte aree di sviluppo”.

— Kofi Annan, Segretario generale delle Nazioni Unite

Globalizzazione, urbanizzazione, modernizzazione, migrazione, guerre, disastri naturali e dinamiche demografiche hanno trasformato la vita delle famiglie. Sono sempre meno le famiglie allargate i cui membri abitano tutti insieme. La povertà ha costretto un numero sempre più alto di genitori e di giovani a cercare lavoro lontano dalla famiglia. In alcune regioni, la rapida diffusione dell'AIDS ha costretto a ridefinire il concetto di famiglia — definizione nella quale occorre comprendere anche gruppi di orfani che vivono insieme sotto la responsabilità dei fratelli maggiori o dei nonni. Queste strutture familiari in trasformazione hanno importanti implicazioni politiche. Sia nelle regioni maggiormente industrializzate che in quelle in via di sviluppo, il numero dei nuclei familiari guidati da una donna è in aumento, e in molti paesi arriva a costituire da un quinto fino a un terzo delle unità totali. Una percentuale in costante crescita di tali nuclei è governata da madri che producono anche la maggior parte o la

totalità del reddito familiare. A volte anche i figli sono costretti a lavorare per contribuire alla sopravvivenza della famiglia.

Le lavoratrici possono oggi contare sempre meno su quelle reti di solidarietà un tempo garantite dalle famiglie allargate, ma fino ad ora le misure di previdenza sociale non sono riuscite a colmare il vuoto lasciato da esse. “Non c'è nemmeno uno stato che metta a disposizione quegli investimenti in termini di servizi di assistenza che sarebbero necessari per soddisfare completamente le esigenze delle donne e dei loro figli”, si osserva nel rapporto della Task force su istruzione ed eguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il millennio. In mancanza di strutture per la custodia dei figli, le madri non sposate si trovano ad affrontare particolari difficoltà, tra cui limitazioni nell'orario o nel genere di lavoro che possono svolgere. Un sostegno economico per il mantenimento dei figli erogato in modo irregolare o addirittura assente non

può che complicare ulteriormente i loro sforzi per provvedere ai bambini.

Per tradizione, le donne portano su di sé l'onere di prendersi cura dei più giovani come dei più anziani. Con l'innalzarsi dell'età media e il conseguente invecchiamento della popolazione, il tempo e le risorse necessarie per occuparsi degli anziani rischiano di risultare troppo onerosi per le generazioni più giovani. Per le donne meno giovani le discriminazioni nel mercato del lavoro subite per tutta la vita, le pensioni inadeguate e l'indebolimento dei sistemi di previdenza e solidarietà sociale si traducono spesso in un brusco impoverimento e in un drastico abbassamento del tenore di vita negli anni della vecchiaia. Un'esistenza all'insegna di alimentazione e salute riproduttiva scarse e inadeguate possono portare a malattie croniche — soprattutto per le donne più anziane che vivono nei paesi in via di sviluppo. La distanza geografica dagli altri membri della famiglia spesso aggrava la loro condizione di isolamento e di abbandono.

queste avranno maggiori speranze di realizzare appieno il loro potenziale in quanto attori economici nella collettività.⁷² Poiché sono milioni le lavoratrici che hanno figli, i datori di lavoro possono contribuire adottando politiche che vadano incontro alle esigenze delle famiglie, favorendo la flessibilità, offrendo servizi di custodia dei bambini e facilitando l'accesso alle strutture sanitarie. In Giordania e in Malaysia, i datori di lavoro hanno l'obbligo di fornire un servizio di custodia dei bambini sul luogo di lavoro.⁷³ In molti stati le aziende hanno iniziato a fornire informazioni e servizi riguardanti la salute riproduttiva e la prevenzione dell'HIV, perché hanno compreso che buone condizioni di salute corrispondono a un incremento nella produttività e a una diminuzione dell'assenteismo. L'associazione *Business for Social Responsibility* (Imprese per la responsabilità sociale), una ONG internazionale che raccoglie 80 grandi compagnie multinazionali (come la Coca-Cola e la Sony), ha realizzato una guida che spiega nel dettaglio i benefici economici derivanti dal sostegno alla salute riproduttiva delle dipendenti.⁷⁴

DIRITTI POLITICI, POTERE E PARTECIPAZIONE. La partecipazione delle donne alla vita politica trasforma il processo con cui si stabiliscono le priorità nella gestione della cosa pubblica e contribuisce a rendere le azioni di governo più paritarie e vantaggiose per tutti.⁷⁵ Se esercitassero maggiormente questo diritto, le donne potrebbero rendere ancora

più efficaci gli interventi per la riduzione della povertà. Le ricerche dimostrano che, quando aumenta il numero delle donne che entrano in politica, le priorità nella gestione della cosa pubblica cambiano, cala la corruzione e migliora la capacità di governo.⁷⁶ Cambiamenti di questo tipo conducono a una accelerazione di quegli ampi cambiamenti sociali indispensabili per conseguire gli MDG — una delle ragioni chiave per cui la Task force su istruzione ed eguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio ha individuato nella partecipazione politica delle donne una priorità strategica.⁷⁷

Stereotipi e responsabilità familiare rischiano però di frenare la partecipazione femminile ai processi politici decisionali, e le donne continuano a brillare per la loro assenza dagli organismi decisionali nazionali. In generale, il processo è lento e diseguale.⁷⁸ Le donne detengono appena il 16 per cento di tutti i seggi parlamentari del mondo, con un incremento inferiore ai 4 punti percentuali dal 1990. A oggi sono soltanto 19 i paesi che hanno realizzato l'obiettivo del 30 per cento stabilito dalle Nazioni Unite, che avrebbe dovuto essere raggiunto entro il 1995.⁷⁹ In altri 31 paesi, le donne detengono tra il 20 e il 29 per cento dei seggi. In ogni caso, rispetto al 1990 le donne hanno fatto notevoli progressi nella vita pubblica. Le leggi sulle quote sono state un fattore importantissimo per l'incremento della rappresentatività femminile a livello nazionale, in America Latina e nei Caraibi come nell'Africa sub-Sahariana e nei paesi del-

l'ex Jugoslavia. L'aumentata rappresentanza femminile è il risultato anche del lavoro svolto dai gruppi di pressione femminili, che continuano a mobilitare consenso e a costruire un elettorato più sensibile.⁸⁰

Maggiori possibilità di arrivare al potere le donne le incontrano a livello locale – soprattutto laddove sono in atto processi di decentralizzazione. In India come in Francia, le politiche intraprese per incrementare la partecipazione femminile di base all'attività politica hanno portato all'ingresso delle donne in moltissimi organismi di governo locali. In India sono più di un milione le donne che rivestono cariche nelle amministrazioni locali.⁸¹ Una ricerca condotta sui *panchayats*, i consigli governativi locali indiani, ha rivelato che l'inserimento delle donne ha indotto cambiamenti profondi, compresi consigli comunali più attenti e rispondenti alle esigenze locali riguardanti il potenziamento di infrastrutture, edilizia pubblica, scuole e strutture sanitarie.⁸² Questa ricerca indica che i *panchayats* guidati da donne hanno adottato politiche più sensibili verso le esigenze di donne, bambini e famiglie. Anche Etiopia, Giordania e Namibia registrano un incremento nella partecipazione politica femminile a livello locale.⁸³

L'attivismo politico delle donne non corrisponde necessariamente ai livelli nazionali di povertà: parecchi stati dell'Africa sub-Sahariana, la regione più povera del mondo, sono più avanti di Francia, Giappone e Stati Uniti, dove le donne detengono appena il 15 per cento, e anche meno, dei seggi legislativi.⁸⁴ Il Rwanda ha ormai superato la Svezia ed è il paese al mondo con la più alta percentuale di donne parlamentari (si veda il Capitolo 8).⁸⁵

Assunzione di responsabilità per la giustizia di genere

Nonostante i numerosi impegni sottoscritti — la Conferenza del Cairo del 1994, quella di Pechino del 1995 e il Vertice del Millennio del 2000, tra gli altri — le disuguaglianze tra uomini e donne restano una questione pressante in materia di diritti umani e di sviluppo. Troppo spesso affrontare la discriminazione è il pretesto per fare retorica e adottare misure ad hoc anziché avviare politiche continue e istituzionalizzate. Proseguire con questo approccio stile “gli affari innanzi tutto” nell'affrontare i problemi della disuguaglianza di genere rischia di far fallire gli impegni per conseguire gli MDG. Rimanere sui binari che portano agli MDG richiede una assunzione di responsabilità da parte di governi e parlamenti, datori di lavoro e di tutti gli attori a livello nazionale e internazionale. Una più

stretta collaborazione tra governi e società civile, ivi comprese le organizzazioni femminili e altre associazioni non governative, di base e professionali, è essenziale per dare impulso ai cambiamenti e promuovere la continuità anche nelle transizioni amministrative.

I DATI: DOCUMENTARE UGUAGLIANZA ED EQUITÀ. Occorrono dati certi per definire programmi di valutazione in base ai quali verificare l'impegno per raggiungere la parità e misurare i progressi compiuti. In molti paesi non sono disponibili dati e analisi distinti per sesso, età ed etnie (tra le altre caratteristiche) e questa mancanza limita le politiche e i programmi di sviluppo.⁸⁶ Dal momento che la parità tra uomini e donne è una delle componenti centrali degli MDG, la disponibilità di dati affidabili è essenziale all'efficacia delle azioni politiche e della distribuzione delle risorse: è importante, per esempio, calcolare gli indici di povertà anche in base al sesso, e non solo in base al reddito familiare complessivo come avviene oggi.⁸⁷ Dati più accurati e completi sono un elemento critico nella battaglia per mantenere le questioni di genere sotto i riflettori dell'opinione pubblica e dei media, per favorire la comprensione di tali questioni da parte di comunità e politici, per dare impulso all'azione.

Governi, organizzazioni delle Nazioni Unite, commissioni economiche regionali, Rapporti demografici e sanitari hanno compiuto notevoli passi avanti nella raccolta di dati e analisi improntati a un approccio di genere.⁸⁸ Ma se si sono fatti progressi nello sviluppo di metodologie per la raccolta dei dati in grado di cogliere le differenze di genere, sono ancora pochi i paesi che se ne avvalgono.⁸⁹ Particolarmente innovativo è l'Indice degli impegni conseguiti, sviluppato in Cile da alcune organizzazioni femminili allo scopo di monitorare le risposte dei governi in settori chiave quali la partecipazione politica dei cittadini, i diritti economici e quelli riproduttivi.⁹⁰

Sebbene dati migliori siano essenziali per il conseguimento degli MDG,⁹¹ la sola informazione non basta a generare cambiamenti. Lo scopo di informazioni e analisi è quello di aiutare politici e amministratori a integrare le questioni di genere a tutti i livelli dell'attività politica, specie nella formulazione delle strategie per la riduzione della povertà nazionale.⁹²

Sebbene dati migliori siano essenziali per il conseguimento degli MDG,⁹¹ la sola informazione non basta a generare cambiamenti. Lo scopo di informazioni e analisi è quello di aiutare politici e amministratori a integrare le questioni di genere a tutti i livelli dell'attività politica, specie nella formulazione delle strategie per la riduzione della povertà nazionale.⁹²

GENDER MAINSTREAMING: PROMESSE, PRASSI E PROSPETTIVE.

Il *gender mainstreaming*, ovvero la generalizzazione di un approccio di genere in tutte le politiche e nella gestione della cosa pubblica, è essenziale per la realizzazione e la

“La scarsa presenza femminile nelle strutture decisionali riflette la maturità del processo democratico... ed è uno degli indici di una società meno democratica e meno paritaria”.

— Dichiarazione sulla parità tra i sessi in Africa dei Capi di stato e di governo degli stati membri dell'Unione Africana, Addis Abeba, Etiopia, luglio 2004

Ma se si sono fatti progressi nello sviluppo di metodologie per la raccolta dei dati in grado di cogliere le differenze di genere, sono ancora pochi i paesi che se ne avvalgono.⁸⁹

Sebbene dati migliori siano essenziali per il conseguimento degli MDG,⁹¹ la sola informazione non basta a generare cambiamenti. Lo scopo di informazioni e analisi è quello di aiutare politici e amministratori a integrare le questioni di genere a tutti i livelli dell'attività politica, specie nella formulazione delle strategie per la riduzione della povertà nazionale.⁹²

Sebbene dati migliori siano essenziali per il conseguimento degli MDG,⁹¹ la sola informazione non basta a generare cambiamenti. Lo scopo di informazioni e analisi è quello di aiutare politici e amministratori a integrare le questioni di genere a tutti i livelli dell'attività politica, specie nella formulazione delle strategie per la riduzione della povertà nazionale.⁹²

GENDER MAINSTREAMING: PROMESSE, PRASSI E PROSPETTIVE.

Il *gender mainstreaming*, ovvero la generalizzazione di un approccio di genere in tutte le politiche e nella gestione della cosa pubblica, è essenziale per la realizzazione e la

verifica degli MDG. Significa valutare le implicazioni per uomini e donne di interventi e programmi politici, tenendo conto delle differenze di ruoli, bisogni e prospettive, in modo da non perpetuare le disuguaglianze e affinché entrambi i sessi possano trarne beneficio.⁹³ *Gender mainstreaming* significa anche studiare in che modo le dinamiche di genere possano influire sui processi decisionali all'interno delle famiglie e delle comunità — compresi quelli per stabilire se mandare a scuola le bambine o quale influenza debbano avere le donne sulla destinazione di spesa delle risorse familiari.⁹⁴

Governi, società civile, organizzazioni femminili, donatori privati, banche per lo sviluppo e le organizzazioni delle Nazioni Unite sono al lavoro per incrementare gli sforzi in direzione del *gender mainstreaming*.

Molti governi hanno istituito, a livello nazionale, ministeri o commissioni per le donne.⁹⁵ Ma i progressi non sono omogenei, e nella maggior parte degli stati ci si limita a progetti più piccoli. Le risorse sono quasi sempre inadeguate, e incomprensioni circa la natura e le finalità del *gender mainstreaming* frenano i cambiamenti.⁹⁶ Il *gender mainstreaming* è spesso considerato una questione puramente femminile, e relegato ai ministeri per le donne, che hanno sempre un budget limitatissimo.⁹⁷

D'altra parte ci sono paesi, come il Sudafrica post-apartheid e la Cambogia del dopoguerra (si veda la scheda 33), che hanno approfittato delle transizioni politiche per promuovere il *gender mainstreaming* in modo trasversale, in tutte le strategie di sviluppo. In Sudafrica un forte movimento femminile, un deciso mandato governativo finalizzato alla generalizzazione di un punto di vista di genere, una nuova Costituzione, una struttura legale di supporto e una serie di finanziamenti improntati a un approccio di genere sono tutti fattori che hanno contribuito a una riuscita strategia di *gender mainstreaming*.⁹⁸ Il Malawi ha intrapreso un'attività di formazione con approccio di genere per politici, funzionari e amministratori locali e rappresentanti dei media, come è stato fatto in molti altri paesi nel tentativo di costruire e ampliare le competenze e le capacità in questo settore.⁹⁹ In diversi paesi dell'Africa Occidentale i funzionari governativi impiegati nei ministeri della Programmazione e della Funzione pubblica, i parlamentari, i leader dei partiti politici e dei sindacati hanno seguito corsi di formazione, supportati dall'UNFPA, per imparare a usare un approccio di genere. Sforzi specifici si stanno compiendo per operare con i team responsabili della formulazione delle Strategie nazio-

nali per la riduzione della povertà. Negli stati arabi l'UNFPA ha collaborato con il Centro di formazione e ricerca per le donne arabe per l'integrazione delle questioni di genere nella programmazione e nell'azione politica, promuovendo la formazione dei funzionari governativi e incrementando la raccolta e l'analisi di dati disaggregati per sesso.¹⁰⁰

Nella Repubblica Dominicana, grazie al sostegno dell'UNFPA, il ministero per gli Affari femminili ha instaurato una collaborazione con il ministero della Difesa, la polizia di stato, il parlamento, il movimento delle donne, le Nazioni Unite e i donatori privati. L'impegno di questo governo verso la generalizzazione di un approccio di genere si riflette nella creazione, in tutti i ministeri, di un ufficio per l'Equità e lo sviluppo di genere. Si è anche intrapresa

un'azione contro la violenza sulle donne mediante una riforma legislativa e la formazione di coalizioni trasversali tra partiti politici e tra le 700 donne che rivestono cariche pubbliche nelle amministrazioni locali.

I risultati di questa strategia comprendono la revisione dei programmi scolastici in un'ottica di genere, una nuova legge sulla violenza domestica, la riforma del codice penale, nuove leggi sulla migrazione e il traffico di persone a fini di sfruttamento lavorativo o sessuale, protezioni legali per le donne anziane, un nuovo sistema di

raccolta dati sulla violenza, case di accoglienza per donne sfruttate o abbandonate, e l'acquisto di attrezzature riservate alle Unità di assistenza sanitaria integrale per le donne vittime di violenze sessuali, la cui istituzione si va completando in tutti gli uffici dei pubblici ministeri.

In Nicaragua il FISE, Fondo governativo di emergenza per gli investimenti sociali, che è il canale principale per l'allocatione dei fondi destinati alle politiche nazionali di riduzione della povertà e allo sviluppo, si avvale del sostegno dell'UNFPA per implementare il *gender mainstreaming*. I progetti del FISE, rivolti alle comunità rurali, sono sempre più improntati a una "democratizzazione in un'ottica di genere". Le donne vengono incoraggiate a partecipare ai processi decisionali interni alle organizzazioni e alle imprese che dirigono, possiedono o da cui traggono i loro redditi — compresa la creazione di scuole, mulini, aziende lattiere e casearie, allevamenti di pollame e servizi idrici e sanitari.

DOVE VA IL DENARO: L'APPROCCIO DI GENERE NEI BILANCI PUBBLICI. L'approccio di genere nei bilanci pubblici è un approccio innovativo volto a influenzare le azioni politiche e a migliorare l'assunzione di responsabilità dei governi per

“Questo progetto idrico era prioritario per tutti gli abitanti del villaggio. Lo abbiamo scelto all'interno dell'assemblea generale, a cui sono stati invitati tutti gli adulti, sia uomini che donne. Per la prima volta, le donne hanno avuto l'impressione di avere voce in capitolo nella vita della comunità e io, una donna, sono stata eletta coordinatrice del progetto”.

— Ana Marcia Estrada, Coordinatrice del progetto FISE nel villaggio di Cosiguina, Nicaragua

quanto riguarda gli obiettivi della parità tra i sessi. Tale approccio vuole promuovere l'efficacia economica, l'eguaglianza, la responsabilità e la trasparenza.¹⁰¹ Un'attenta analisi dei bilanci pubblici mediante dati disaggregati per sesso può portare alla luce divari nella destinazione dei fondi: questo consente di riadeguare le priorità al fine di promuovere la riduzione della povertà, la parità tra i sessi e lo sviluppo.

In tutto il mondo, varie organizzazioni civili ed eminenti studiosi di economia hanno consentito notevoli progressi in questo campo. In una trentina di paesi l'UNIFEM, il Fondo delle Nazioni Unite per le donne, ha promosso iniziative per l'approccio di genere nei bilanci pubblici. Più recentemente altre agenzie dell'ONU e alcuni donatori privati si sono uniti nel sostenere questo impegno, e oggi sono oltre 50 i paesi che applicano questo tipo di approccio.¹⁰² Uno dei primi paesi ad adottare, nel 1995, un approccio di genere ai bilanci pubblici, è stato il Sudafrica. Il bilancio governativo del Rwanda elenca tra le sue priorità la promozione dell'uguaglianza tra i sessi, e tutti i bilanci di settore vengono approntati con la partecipazione del ministero per le Pari opportunità.¹⁰³ In Messico, alcune organizzazioni non governative hanno avviato un importante processo di adeguamento dei bilanci pubblici in un'ottica di genere.¹⁰⁴ In Cile, le procedure per analisi di azioni politiche e di bilancio in un'ottica di genere sono state introdotte nel 2001 dal ministero delle Finanze, e oggi le questioni di genere sono uno dei sei settori obbligatori da citare nei rapporti di tutti i ministeri.¹⁰⁵ Nel Botswana si tengono corsi di formazione per funzionari governativi e parlamentari sulla stesura dei bilanci in un'ottica di genere, e lo stesso avviene, per alcuni ministeri, anche in Malesia. La Repubblica Unita di Tanzania ha pubblicato le linee guida per la diffusione dell'approccio di genere in tutti i bilanci dei suoi ministeri.¹⁰⁶ L'UNFPA ha sostenuto gli sforzi di moltissimi stati in questo campo, da Capo Verde al Guatemala alla Malesia.

L'ottica di genere nei bilanci pubblici è stata applicata, con un certo successo, anche ai livelli più decentrati dei governi. A Cuenca, in Ecuador, una sperimentazione sostenuta dall'UNIFEM per la stesura di un bilancio in un'ottica di genere ha condotto all'adozione di un Progetto per le pari opportunità che pone l'accento sulla necessità di affrontare la violenza sulle donne attraverso i servizi sociali, legali e sanitari. Il bilancio cittadino per il 2003 ha deciso di incrementare di 15 volte, rispetto al 2001, le risorse da destinare alla promozione della parità tra i sessi.¹⁰⁷ In Paraguay, un'analisi del bilancio in un'ottica di genere, progetto supportato dall'UNFPA e realizzato dalla Commissione comunale per l'equità sociale e la parità tra i sessi della città di Asunción, ha portato a un incremento

del 300 per cento nelle risorse allocate per i servizi di pianificazione familiare del Policlinico della capitale.

Nel Sud dell'Asia, una delle regioni con la maggior densità di popolazione sotto la soglia di povertà, India, Nepal e Sri Lanka hanno lanciato, con il supporto dell'UNIFEM, iniziative per la stesura di bilanci pubblici in un'ottica di genere. L'India ha quantificato il ruolo economico delle donne, analizzato l'impatto dei programmi di sicurezza alimentare, di sanità e di occupazione femminile e ha riformato i capitoli di spesa pubblica destinati all'istruzione e alla formazione tecnica. In un discorso pronunciato nel 2004, il ministro delle Finanze ha annunciato che il budget del 2005 sarà formulato in una prospettiva che tenga conto della differenza di genere: 18 ministeri saranno tenuti a sottoporre il proprio bilancio consuntivo per il 2005 in modo da dimostrare quali allocazioni e quali capitoli di spesa sono stati destinati alle donne.¹⁰⁸

LA SPINTA VERSO IL CAMBIAMENTO: IL RUOLO CRUCIALE DELLA SOCIETÀ CIVILE.

La promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne necessita dell'intervento di tutti gli attori sociali, che si devono impegnare per modificare lo status quo. La società civile, in particolare le organizzazioni femminili, può svolgere un ruolo centrale nel sostenere la partecipazione della collettività, mettendo a disposizione le proprie competenze in materia di genere e controllando che l'azione politica rimanga concentrata su questo impegno e le istituzioni se ne assumano la piena responsabilità. Questi gruppi sono anche nella posizione migliore per riconoscere e promuovere, all'interno dei processi decisionali, le soluzioni più adeguate dal punto di vista della promozione dell'uguaglianza per contribuire alla riduzione della povertà — dal coinvolgimento nei programmi politici e nell'individuazione delle priorità di bilancio, fino al monitoraggio dei risultati.¹⁰⁹

Un ottimo esempio di tutto questo è la collaborazione ormai decennale tra il Latin America and Caribbean Women's Health Network (Network per la salute delle donne latino-americane e caraibiche) e l'UNFPA. Il Network ha promosso una metodologia innovativa per il monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo e per il rapporto periodico sui progressi in tale direzione. Il database degli indicatori, noto con il nome di Atenea, è diventato uno dei principali punti di riferimento per le informazioni relative alla differenza di genere negli studi sull'impatto della Conferenza del Cairo. Dati e analisi generati da Atenea sono utilizzati da parlamentari e funzionari di governo, stanno alla base del programma di governo del Suriname e costituiscono uno degli elementi essenziali nei rapporti sul rispetto dei diritti delle donne stilati da molte organizzazioni della società civile.



3 La promessa dei diritti umani

“Sessant’anni sono trascorsi da quando i fondatori delle Nazioni Unite incisero sulla prima pagina della nostra Carta gli uguali diritti di uomini e donne. Da quel giorno ci è stato dimostrato, ricerca dopo ricerca, che nessuno strumento per lo sviluppo è più efficace dell’empowerment delle donne. Nessun’altra azione politica ha altrettante probabilità di incrementare la produttività economica, o di ridurre i tassi di mortalità materna e infantile. Nessun’altra azione politica offre le medesime garanzie di migliorare la nutrizione e promuovere la salute – ivi compresa la prevenzione dell’HIV/AIDS. Nessun’altra azione politica ha lo stesso potere di far aumentare le possibilità di istruzione per le generazioni future. E mi spingerei fino a dire che nessun’altra azione politica è più importante nella prevenzione dei conflitti o nel conseguimento di una riconciliazione al termine di un conflitto. Ma quali che siano i pur concretissimi benefici derivanti dagli investimenti sulle donne, il fatto più importante resta questo: le donne hanno di per sé il diritto di vivere con dignità, libere dal bisogno e libere dalla paura”.

— Kofi Annan, Segretario generale dell’ONU, Commissione ONU sulla condizione delle donne

Uno dei risultati più importanti conseguiti nel XX secolo è stato lo sviluppo di un ricchissimo corpus legislativo internazionale volto ad affermare i pari diritti di tutti gli esseri umani. Basandosi sulle fondamenta rappresentate dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948, numerose convenzioni,¹ protocolli² e accordi ne hanno affermato e ampliato i principi. Ma nonostante i molti accordi sottoscritti e i trattati ratificati, la realtà è che all’inizio del XXI secolo le donne e altri gruppi trascurati, e soprattutto coloro le cui esistenze sono fortemente limitate da povertà e discriminazione, non sono in grado di esercitare i propri diritti umani fondamentali. La prossima sfida è dunque quella di realizzare nei fatti la promessa dei diritti umani.

I diritti umani, e tra questi i diritti delle donne, sono fondamentali per ridurre la povertà e incrementare lo sviluppo, eppure la loro importanza spesso non viene compresa fino in fondo. La povertà è fatta anche di esclusione e impossibilità di far valere i propri legittimi diritti.³ Nel 1986 la Dichiarazione ONU sul diritto allo sviluppo riconosceva il diritto a “partecipare, contribuire e godere dello sviluppo economico, sociale, culturale e politico, all’interno del quale si possono realizzare in modo completo i diritti umani e le libertà fondamentali”. Lo sradicamento della povertà estrema, invocato dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG), non può prescindere dall’attuazione dei diritti degli individui attraverso l’ampliamento di opportunità, scelte e potere. Il rapporto tra povertà e diritti umani è stato incorporato nel 2000 nella Dichiarazione delle Nazioni Unite per il Millennio, con la quale 189 nazioni si sono impegnate a sostenere la Dichiarazione universale dei diritti umani e a promuovere i diritti delle donne.

Per mantenere la promessa dei diritti umani occorrono cambiamenti profondi in quei sistemi di valori che permettono la legittimazione delle discriminazioni. Gli standard sui diritti umani accettati a livello internazionale offrono dei criteri chiave per guidare e misurare il progresso in questo senso. Società civile, parlamentari e media hanno il compito – cruciale per mantenere un andamento positivo – di verificare che i governi e gli altri attori principali se ne assumano la responsabilità. E l’idea che tutta l’umanità sia permeata da diritti umani universali ha un potere intrinseco, che può ricevere un forte impulso da un approccio allo sviluppo umano fondato sui diritti (si veda la scheda 6).

L’educazione ai diritti umani, e la partecipazione attiva di quanti sono stati finora ignorati dagli interventi e dalle decisioni in materia di sviluppo, sono fattori centrali per un approccio fondato sui diritti. Armati di informazione sui propri diritti e equipaggiati con le competenze e le risorse necessarie a reclamarli, individui e comunità possono diventare gli agenti del cambiamento e conquistare il controllo sul proprio destino.⁴ L’empowerment conferito da questa percezione del proprio “diritto ad avere diritti” contribuisce alla continuità e alla attuabilità degli interventi fondati sui diritti. È inoltre essenziale sensibilizzare coloro che hanno la responsabilità di garantire i diritti umani, tra cui i funzionari di polizia, i giudici, il personale militare e quello sanitario. Sarà necessario un impegno molto maggiore in questa direzione prima che tutti, e specialmente coloro che a causa della povertà, della differenza di genere o di altre forme di esclusione subiscono una discriminazione doppia o tripla, possano esercitare pienamente i propri diritti fondamentali.

Diritti umani e riduzione della povertà

Ampliare libertà e scelte è l'obiettivo dello sviluppo umano. Povertà e discriminazione limitano la libertà privando gli individui delle opportunità di esercitare i propri diritti umani fondamentali. Un approccio basato sui diritti umani e volto ad eliminare povertà e deprivazione occupa un posto di primo piano nella riforma dell'ONU⁵ e una posizione centrale nella Dichiarazione delle Nazioni Unite per il Millennio.

Poiché i diritti umani sono interdipendenti e si rafforzano a vicenda, possono entrare a far parte di un circolo virtuoso che può permettere alle persone di superare la soglia di povertà. La negazione dei diritti umani può condurre, d'altra parte, a un circolo vizioso che intrappola i singoli in un'esistenza di scelte estremamente ristrette. Una donna cui sia negato il diritto all'istruzione, per esempio, scende più facilmente a compromessi riguardo ai suoi diritti alla salute, al voto, al matrimonio liberamente scelto e alle decisioni relative al numero dei figli e all'intervallo tra le nascite.

L'Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani fornisce agli stati delle linee guida sul modo di applicare un approccio basato sui diritti umani all'elaborazione di strategie politiche mirate alla riduzione della povertà.⁶ In esse si sottolinea come, per una efficace riduzione della povertà, sia necessario garantire l'empowerment delle persone sotto la soglia di povertà. Si sottolinea inoltre come i responsabili delle nazioni abbiano il dovere di garantire e salvaguardare gli standard internazionali sui diritti umani (si veda la scheda 6).⁷

Dal punto di vista dei diritti umani, affrontare il problema della povertà è un obbligo morale. Il diritto internazionale stabilisce che sia i governi nazionali che la comunità internazionale nel suo significato più ampio hanno la responsabilità di affrontare e risolvere le situazioni di povertà estrema e le ingiustizie che le caratterizzano.⁸ I diritti umani sono così diventati uno strumento potentissimo per galvanizzare il sostegno attorno agli MDG.⁹ Persino in quelle situazioni in cui i governi riconoscono esplicitamente i diritti umani, le limitazioni delle risorse — umane, economiche e tecniche — rischiano di impedire la soddisfazione di tutte le esigenze di tutti gli aventi diritto nello stesso momento. In tali circostanze potrebbe rendersi necessario stabilire delle priorità e realizzare i diritti in modo graduale.¹⁰ Comunque, in un approccio basato sui diritti non bisogna risparmiare nessuno sforzo per garantire quei diritti essenziali che si riflettono negli MDG, come il diritto alla sicurezza personale, alla sopravvivenza, al cibo, all'abitazione, all'istruzione e alla salute.

Come negli stessi MDG, in un approccio basato sui diritti la priorità va data ai gruppi più poveri ed emarginati, i cui diritti sono troppo spesso ignorati, e all'esigenza di

6 L'APPROCCIO BASATO SUI DIRITTI: DAL BISOGNO AL DIRITTO

L'approccio basato sui diritti compie una profonda svolta rispetto ai precedenti impegni di sviluppo incentrati sulla risposta ai *bisogni* di base, che contavano essenzialmente sulla carità e sulla buona volontà. Un approccio basato sui diritti, invece, riconosce gli individui come "detentori di diritti", il che implica altre entità come "portatori di doveri". Il bisogno, invece, non ha oggetto: non esistono persone o entità designate a rispondervi.

All'interno di una struttura fondata sui diritti umani sono i governi a essere i principali portatori di doveri. Tra questi doveri troviamo l'elaborazione di leggi e l'istituzione di organismi fondati sull'equità, tali da consentire a tutti gli individui di godere dei propri diritti e di ricorrere alla giustizia in caso di violazioni. In quanto detentori di diritti, tutti possono esigere il proprio legittimo "diritto ai diritti". Questo tipo di approccio enfatizza la partecipazione di singoli e collettività a quei processi decisionali che danno forma alle azioni politiche e ai programmi che incidono sulla loro vita.

una distribuzione più equa delle risorse in loro favore.¹¹ Numerose risoluzioni e rapporti depositati presso la Commissione ONU sui diritti umani (della quale è attesa la riforma, sulla base delle raccomandazioni del Segretario Generale dell'ONU¹²) hanno richiamato in particolare l'attenzione sui bisogni delle donne, specie di quelle a capo di una famiglia e di quelle più anziane, "sulle cui spalle grava spesso l'onere più pesante della povertà estrema".¹³ Il rapporto di un esperto indipendente ha fatto osservare che i programmi per eliminare la povertà estrema "devono focalizzarsi sulle donne" poiché "consentire alle donne di godere di tutti i loro diritti... ha un fortissimo impatto sul godimento di tali diritti da parte della società nel suo insieme".¹⁴

I diritti umani di donne e bambine

Molti paesi hanno introdotto i diritti umani delle donne nella propria legislazione nazionale. Numerosi stati vietano ogni discriminazione nel mondo del lavoro.¹⁵ Parecchi puniscono la violenza sulle donne, compresi gli abusi domestici, e hanno reso illegale il matrimonio in età infantile e le discriminazioni contro le bambine all'interno della famiglia.¹⁶ Circa 25 stati vietano la mutilazione/taglio dei genitali femminili.¹⁷ Alcuni hanno intrapreso azioni per accrescere nelle donne la consapevolezza dei propri diritti legali e per facilitare l'accesso ai servizi legali.¹⁸ Ci sono sempre più donne magistrato.¹⁹ Le donne stesse si sono poste alla testa di tali progressi, mobilitando il supporto in proprio favore e consolidandone l'attuazione.

Nonostante i risultati conseguiti, il progresso non è lo stesso ovunque. Pressoché ovunque nel mondo donne e bambine devono affrontare qualche forma di discrimina-

zione. Hanno meno diritti sociali, economici e legali degli uomini.²⁰ Le disuguaglianze abbondano. Ci sono paesi in cui un uomo può violentare una donna senza essere punito, purché poi la sposi. Può essere assolto per aver picchiato o addirittura ucciso la moglie, se l'ha scoperta in atto di adulterio.²¹ I sistemi legali sono permeati di norme sociali che rafforzano la disuguaglianza di genere, alimentano la sfiducia delle donne nel sistema giudiziario²² e privano molte di esse di un'efficace possibilità di ricorso alla giustizia.

Le leggi dettate dal costume e dalla prassi hanno talvolta la precedenza sulle norme costituzionali e legali che impongono l'uguaglianza. Ciò è soprattutto vero nei settori del diritto di famiglia, del diritto all'eredità e alla proprietà terriera e immobiliare, delle leggi sulla nazionalità e sullo stato civile e personale.²³ Persino laddove è in vigore una legislazione progressista, la debolezza dei meccanismi di attuazione e di controllo e la mancanza di fondi minano l'efficacia dei provvedimenti legali. In molti stati le donne — specialmente le più povere — non hanno coscienza dei propri diritti e delle leggi che dovrebbero tutelarli.²⁴

UNA STRUTTURA PER I DIRITTI UMANI DELLE DONNE. Tutti gli strumenti dei diritti umani si applicano in uguale misura a tutte le persone, ma le due Convenzioni che garantiscono la difesa più esplicita dei diritti di donne e bambine sono la Convenzione del 1979 per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW), e la Convenzione ONU del 1989 sui diritti dell'infanzia. Le Conferenze ONU degli anni 90 hanno potenziato la struttura in cui inserire i diritti umani delle donne. Nel 1993 a Vienna, con una dichiarazione storica, la Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani affermò per la prima volta i diritti delle donne in quanto diritti umani.²⁵ Le piattaforme emerse dalla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994 e dalla quarta Conferenza mondiale sulle donne (Pechino, 1995) offrono concreti piani d'azione sui diritti umani delle donne.²⁶ Queste piattaforme costituiscono la base di molti programmi politici e di numerose riforme legislative a livello nazionale.

Nell'atto di ratifica della CEDAW i 180 paesi sottoscrittori hanno accettato di promuovere l'uguaglianza di genere e di combattere le discriminazioni contro le donne. La Convenzione, che è ormai vicina alla ratifica universale, obbliga gli stati aderenti ad abolire ogni norma — dettata da leggi, tradizioni o prassi — che risulti discriminatoria nei confronti delle donne, a istituire organismi

pubblici e a intraprendere misure per la difesa dei pari diritti. Ma è proprio la necessità di inserire la parità di genere negli MDG a ricordarci che molte promesse non sono ancora state mantenute. Molti stati non hanno rispettato l'obiettivo del 2005 fissato a Pechino di abolire qualunque legge discriminatoria basata sul sesso.²⁷ La scarsa determinazione in questo senso è suggerita anche dalle molte riserve avanzate dai governi nei confronti di alcuni articoli della CEDAW, che non sono riconosciuti come vincolanti. Le difficoltà più problematiche sono quelle che sorgono attorno all'articolo 2 — ovvero la norma centrale sulla discriminazione di genere — perché le riserve su questi punti negano di fatto il principale obiettivo della Convenzione.

Anche gli strumenti legislativi regionali dovrebbero garantire la difesa dei diritti umani delle donne. È particolarmente degna di nota la Convenzione inter-americana del 1994 su Prevenzione, punizione ed eliminazione della violenza contro le donne, che è il solo trattato di questo tipo incentrato esclusivamente sulla violenza di genere.²⁸ Un altro strumento

importante è il Protocollo 2003 alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli, che ha stilato una carta dei diritti per le donne del continente.²⁹

La traduzione di questi potenti strumenti di difesa dei diritti umani in cambiamenti concreti nell'esistenza di donne e bambine dipende dalle azioni decise e concertate a livello nazionale. Gli attori della società civile, e soprattutto le organizzazioni di donne, giocano un ruolo cruciale nella promozione del loro rispetto e nel monitoraggio della loro attuazione e messa in pratica. Molti gruppi femminili hanno esercitato pressioni in favore dell'attuazione della CEDAW lavorando con agenzie governative, stilando rapporti "ombra" e pubblicizzando le loro raccomandazioni sulla sua attuazione. Il programma "Dal globale al locale" della International Women's Rights Action Watch organizza per le ONG corsi di formazione sull'attuazione della CEDAW. In Kenya, Tanzania e Uganda le associazioni femminili si sono servite della Convenzione per istituire un pool di magistrati che facciano rispettare i diritti di proprietà e di eredità.³⁰ Negli Stati Arabi l'UNFPA promuove corsi di formazione sulla CEDAW e opera per la diffusione di strategie politiche in un'ottica di genere, che rispettino lo spirito e la lettera della Convenzione.³¹ Anche i membri dei parlamenti giocano un ruolo chiave. In Messico, nei Paesi Bassi e in Uruguay, per esempio, alcune sessioni parlamentari sono dedicate a verificare i progressi compiuti nell'attuazione della CEDAW e a stabilire azioni di monitoraggio dell'applicazione della Convenzione.³²

"A nessun individuo e a nessuna nazione deve essere negata l'opportunità di beneficiare dello sviluppo. Occorre garantire uguali diritti e opportunità a uomini e donne".

— Dichiarazione ONU per il Millennio, 2000

7 LA FORMAZIONE DI DONNE LEADER NEI DIRITTI UMANI

Il Latin American e Caribbean youth network on sexual e reproductive rights (Rete della gioventù latino-americana e caraibica sui diritti sessuali e riproduttivi), fondata nel 1999, è un'organizzazione di giovani che conta membri in 17 stati. Essa vuole promuovere una visione dello sviluppo basata sulle prospettive dei giovani, sulla uguaglianza di genere e sui diritti umani. In collaborazione con il Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (Istituto latino-americano per la prevenzione del crimine e la punizione dei colpevoli) delle Nazioni Unite, il Network ha sviluppato un manuale pionieristico sui trattati in tema di diritti umani e sulla parità tra uomini e donne. Con il sostegno dell'UNFPA, ha provveduto alla formazione di 100 giovani donne leader sui diritti umani, preparandole a svolgere un ruolo più importante in politica, a livello locale e nazionale.

Diritti umani: essenziali per gli MDG

Tra i diritti fondamentali identificati dal Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio vi sono uguali diritti per donne e bambine, ivi compresi i diritti riproduttivi e il diritto alla libertà dalla violenza (si veda il capitolo 7).³³ Cruciali sono inoltre il diritto alla salute e i diritti delle persone affette da HIV. Un approccio agli MDG basato sulla difesa dei diritti può contribuire a superare il divario che impedisce a individui e gruppi emarginati di godere dei propri diritti fondamentali.

DIRITTO ALLA SALUTE. Tutti gli esseri umani hanno diritto a una vita sana e produttiva.³⁴ Il diritto alla salute³⁵ è di importanza vitale per diversi MDG, tra cui la riduzione della mortalità infantile e materna e la lotta contro le principali malattie. Poiché la salute — intesa, secondo la definizione dell'OMS, come “condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia o infermità”³⁶ — incide sulla produttività, il diritto alla salute è alla base di tutti gli obiettivi di riduzione della povertà e di sviluppo. Acqua potabile sicura, servizi fognari e igienici di base, sicurezza del cibo e alimentazione adeguata sono tutte precondizioni indispensabili a garantire la salute. La possibilità di raggiungere il livello più elevato possibile di salute dipende anche dalla disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità dei servizi sanitari.³⁷ Nelle regioni più povere e nelle aree rurali i servizi sanitari sono scarsi e i trasposti da e per essi sono spesso costosi, se non proprio inesistenti. Donne e adolescenti che vivono in povertà sono di solito le persone meno in grado di pagare servizi o medicine. Le strutture a disposizione dei poveri sono spesso sotto i livelli minimi, mentre atteggiamenti discriminatori e cure di bassa qualità rischiano

di scoraggiare le persone a farvi ritorno. Eliminare i pregiudizi, migliorare la qualità delle cure, istituire nuove strutture sanitarie e allocare le risorse in modo da garantire a un maggior numero di persone la possibilità di godere del proprio diritto alla salute — compreso il diritto alla salute riproduttiva — sono azioni che devono rappresentare il cuore degli interventi per conseguire gli MDG.

DIRITTI UMANI E HIV/AIDS. Nell'ultimo decennio la comunità internazionale ha richiamato l'attenzione sul diritto delle persone affette da HIV a vivere con dignità e non essere discriminate. Poiché l'epidemia colpisce sempre di più le donne (si veda il capitolo 4), i diritti delle donne che hanno contratto l'HIV e i diritti riproduttivi in particolare sono divenuti ancora più critici per frenarne la diffusione. A questo fine anche i diritti all'informazione e alla controccezione volontaria, come pure il diritto alla libertà dalla coercizione, sono di importanza critica.

Il Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS) ha elaborato delle linee guida internazionali per il sostegno ai paesi che programmano strategie e politiche nazionali per combattere l'epidemia.³⁸ Alcuni stati hanno approvato leggi volte a proteggere i diritti delle persone colpite da HIV/AIDS, come, per esempio, il diritto a essere curati e a non subire

8 RIDURRE I PREGIUDIZI E PROMUOVERE L'EMPOWERMENT DELLE PERSONE COLPITE DA HIV/AIDS

In America Centrale sempre più persone affette da HIV/AIDS sono oggi consapevoli delle leggi che tutelano i loro diritti umani grazie a istituzioni nazionali *ad hoc*. A partire dal 2003, l'UNFPA ha avviato contatti con l'Inter-American institute of human rights (Istituto inter-americano per i diritti umani), il Central American council of human rights lawyers (Consiglio centro-americano degli avvocati per la tutela dei diritti umani) e con i membri dei parlamenti per consolidare un approccio a HIV/AIDS basato sui diritti umani. L'analisi delle legislazioni vigenti nella regione ha mostrato che bisogni, ruoli e risposte differenziati per genere non sono affrontati in modo adeguato. L'iniziativa, finanziata congiuntamente dall'UNFPA e dall'ILO, ha anche elaborato leggi contrarie alle discriminazioni sul posto di lavoro in cui si agevola il ricorso alla giustizia da parte delle persone colpite da HIV/AIDS. A Panama, il Consiglio del popolo (Defensoría del Pueblo) è stato incluso nel programma nazionale anti HIV/AIDS. Per combattere le ingiustizie in Honduras sono stati creati un network per i diritti umani e una rete di avvocati specializzati nella tutela dei malati di HIV/AIDS. In questi due paesi le persone colpite da HIV/AIDS che si rivolgono a consulenti legali sono sempre più numerose. In Costa Rica, le campagne sulla prevenzione dell'HIV e sui diritti umani stanno modificando la mentalità e contribuendo a mettere fine a pregiudizi e discriminazione.

discriminazioni sul posto di lavoro. Molti altri paesi devono ancora emanare leggi in tal senso: quasi metà degli stati dell'Africa sub-Sahariana e quasi il 40 per cento del resto del mondo non si erano dotati, entro la fine del 2003, di alcuna norma per impedire la discriminazione contro le persone affette da HIV/AIDS.³⁹ Tra le leggi esistenti, pochissime affrontano l'epidemia in un'ottica di genere.⁴⁰

DIRITTI RIPRODUTTIVI. I diritti riproduttivi, e la loro centralità per lo sviluppo, sono stati per la prima volta definiti e approvati a livello internazionale nel 1994, alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo.⁴¹ Questa costellazione di diritti, che comprende alcuni fondamentali diritti umani stabiliti da trattati precedenti, è stata da allora riaffermata nella Conferenza di Pechino e in numerosi accordi internazionali e regionali, nonché in molte legislazioni nazionali. L'importanza dei diritti riproduttivi è stata affrontata sempre più spesso dagli organismi internazionali di difesa dei diritti umani. I diritti riproduttivi sono riconosciuti come fini preziosi in sé e come essenziali al godimento di altri diritti fondamentali.

Un'enfasi particolare è stata posta sui diritti riproduttivi di donne e ragazze adolescenti, nonché sull'importanza dell'educazione sessuale e dei programmi di salute riproduttiva.⁴²

Se tutti, singoli e coppie, fossero in grado di esercitare i propri diritti riproduttivi, il progresso verso gli MDG subirebbe un'accelerazione. La possibilità di prendere decisioni informate riguardo alla propria salute riproduttiva, al matrimonio e alla nascita dei figli, in assenza di ogni forma di discriminazione o di coercizione è strettamente correlata alle prospettive di ogni nazione circa la riduzione della povertà, il miglioramento della salute e dell'istruzione, il miglioramento degli standard produttivi e del tenore di vita e il conseguimento della sostenibilità ambientale. Per esempio, ridurre le gravidanze non desiderate mediante l'accesso alla pianificazione familiare volontaria contribuisce alla riduzione della mortalità infantile e materna e della trasmissione del virus dell'HIV da madre a figlio. La scheda 9 mostra alcuni esempi dei molti altri modi in cui l'affermazione dei diritti riproduttivi permette di compiere passi in avanti verso l'attuazione piena degli MDG.

Nel *Global Survey* dell'UNFPA del 2004 sull'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, 131 paesi hanno riferito di aver adottato misure sui diritti riproduttivi a livello nazionale.⁴³ In molti stati però la legislazione nazionale tace ancora su questi temi e mancano misure specifiche per salvaguardare i diritti riproduttivi in maniera efficace, sia pure con alcune lodevoli eccezioni.⁴⁴ Tra gli esempi più recenti di azioni politiche e legislative, alcune delle quali meritevoli di nota per la completezza del loro approccio, contiamo Albania, Argentina, Benin, Ciad, Colombia, Guinea, Mali e Messico.⁴⁵ Però e Slovacchia hanno approvato leggi sull'accesso alla contraccezione volontaria e garantito il diritto al consenso informato riguardo alla contraccezione chirurgica.⁴⁶ Nel 2004 il Salvador ha emendato il proprio Diritto del lavoro, vietando i test di gravidanza come condizione preliminare per l'assunzione. La legge su Occupazione e rapporti di lavoro approvata nel 2004 nella Repubblica Unita di Tanzania proibisce ogni discriminazione basata sul genere,

sullo stato di gravidanza, sulla condizione di disabilità, sullo stato civile o sulla positività all'HIV, stabilisce specifiche garanzie per la licenza di maternità e di paternità retribuita e prevede permessi orari per l'allattamento.⁴⁷

I mandati dei parlamenti nazionali e delle commissioni per i diritti umani sono stati ampliati in molti stati fino a monitorare anche i diritti riproduttivi, e sono stati stabiliti meccanismi per presentare reclami in merito. Nel 2003, gli *ombudsmen* dei paesi Caraibici hanno frequentato corsi di formazione su come i diritti

umani si applichino ai diritti riproduttivi, nel quadro di una iniziativa realizzata in collaborazione con l'UNFPA.

Anche i parlamentari hanno giocato un ruolo chiave nel mantenere desta l'attenzione sui temi della salute e dei diritti nella riproduzione, attraverso dichiarazioni di supporto e conferenze parlamentari internazionali realizzate con la collaborazione dell'UNFPA a Ottawa (2002) e Strasburgo (2004).⁴⁸

I diritti riproduttivi in pratica

Il mancato rispetto e le violazioni dei diritti riproduttivi delle donne si attuano spesso dietro porte chiuse. Donne e ragazze adolescenti spesso non hanno alcuna possibilità di prendere decisioni sulla riproduzione insieme al partner e

“I diritti riproduttivi... si basano sul riconoscimento dei diritti fondamentali di tutte le coppie e di tutti i singoli individui di decidere liberamente quanti figli avere, quando e con quale intervallo, e di possedere le informazioni e i mezzi per farlo, nonché sul diritto di conseguire il massimo livello possibile di salute sessuale e riproduttiva. Comprendono anche il diritto di prendere tutte le decisioni riguardanti la riproduzione, liberi da ogni discriminazione, coercizione e violenza”.

— Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, paragrafo 7.3

9 DIRITTI RIPRODUTTIVI E MDG

Elementi dei Diritti Riproduttivi	Esempi di azioni basate su tali diritti	Rilevanza per MDG specifici
Diritto alla vita e alla sopravvivenza	<p>Impedire le morti materne e infantili che siano evitabili.</p> <p>Eliminare le condizioni di abbandono e discriminazione contro le bambine che possono condurre a morti premature</p> <p>Garantire l'accesso all'informazione e ai metodi di prevenzione per le infezioni sessualmente trasmesse, compreso l'HIV.</p>	<p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Ridurre la mortalità infantile (MDG 4)</p> <p>Migliorare la salute materna (MDG 5)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto alla libertà e alla sicurezza della persona	<p>Adottare misure per prevenire, punire e eliminare ogni forma di violenza contro le donne</p> <p>Mettere donne, uomini e adolescenti in grado di prendere le proprie decisioni riproduttive liberi da coercizioni, violenze e discriminazioni</p> <p>Eliminare le mutilazioni/taglio dei genitali femminili</p> <p>Bloccare il traffico di esseri umani</p>	<p>Eliminare la fame e la povertà estrema (MDG 1)</p> <p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Ridurre la mortalità infantile (MDG 4)</p> <p>Migliorare la salute materna (MDG 5)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto di cercare, ricevere e fornire informazioni	<p>Rendere ampiamente e liberamente disponibili tutte le informazioni sulla salute riproduttiva, sulle questioni relative ai diritti, sulle politiche e le leggi ad essi correlati</p> <p>Fornire informazioni complete perché ciascuno possa prendere decisioni informate circa la propria salute riproduttiva</p> <p>Sostenere l'educazione sessuale e alla vita familiare, sia nella scuola che fuori di essa</p>	<p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto di decidere quanti figli avere, quando e con quale intervallo tra le nascite	<p>Fornire informazioni complete affinché ciascuno sia in grado di scegliere e utilizzare correttamente un metodo di pianificazione familiare</p> <p>Garantire l'accesso a una gamma completa di metodi contraccettivi moderni</p> <p>Mettere le adolescenti in condizione di posticipare la prima gravidanza.</p>	<p>Eliminare la fame e la povertà estrema (MDG 1)</p> <p>Raggiungere l'accesso universale all'istruzione primaria (MDG 2)</p> <p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Garantire la sostenibilità ambientale (MDG 7)</p>
Diritto a sposarsi liberamente e a formare una famiglia	<p>Impedire, anche mediante leggi apposite, i matrimoni forzati e quelli in età infantile</p> <p>Prevenire e curare quelle infezioni trasmesse sessualmente che provocano infertilità</p> <p>Fornire alle adolescenti sposate e ai loro mariti servizi per la salute riproduttiva che comprendano anche la prevenzione dell'HIV</p>	<p>Raggiungere l'accesso universale all'istruzione primaria (MDG 2)</p> <p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Ridurre la mortalità infantile (MDG 4)</p> <p>Migliorare la salute materna (MDG 5)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto ai massimi livelli possibili di salute fisica	<p>Garantire l'accesso a servizi di informazione e cura per la salute riproduttiva che siano accettabili, completi, di buona qualità e a costi contenuti</p> <p>Allocare in modo equo le risorse disponibili, dando priorità a chi ha meno accesso ai servizi di informazione e cura per la salute riproduttiva</p>	<p>Eliminare la fame e la povertà estrema (MDG 1)</p> <p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Ridurre la mortalità infantile (MDG 4)</p> <p>Migliorare la salute materna (MDG 5)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto ai benefici del progresso scientifico	<p>Finanziare la ricerca sulla contraccezione, compresi i metodi a controllo femminile, i microbiodici e i metodi a controllo maschile</p> <p>Offrire la massima varietà di opzioni contraccettive</p> <p>Garantire l'accesso alle cure ostetriche e ginecologiche che possono ridurre il tasso di mortalità materna e le fistole ostetriche</p>	<p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Ridurre la mortalità infantile (MDG 4)</p> <p>Migliorare la salute materna (MDG 5)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>
Diritto alla non-discriminazione e alla parità nell'istruzione e nell'occupazione	<p>Vietare qualsiasi discriminazione sul posto di lavoro basata su gravidanza, prove dell'uso di contraccettivi o maternità</p> <p>Stabilire programmi per prolungare la frequenza scolastica delle ragazze</p> <p>Garantire che le adolescenti incinte e coniugate e le madri giovanissime siano in grado di completare la propria istruzione</p>	<p>Eliminare la fame e la povertà estrema (MDG 1)</p> <p>Raggiungere l'accesso universale all'istruzione primaria (MDG 2)</p> <p>Promuovere l'uguaglianza di genere e l'<i>empowerment</i> delle donne (MDG 3)</p> <p>Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie (MDG 6)</p>

all'interno della famiglia, né di ricorrere di propria iniziativa ai servizi sanitari e legali. L'ambiente socio-culturale ed economico influisce sulle opportunità e sulle possibilità di scelta che uomini e donne hanno nel campo della salute e dei diritti riproduttivi. Gli approcci basati sui diritti devono prendere in considerazione questi fattori. I programmi di salute riproduttiva basati sui diritti possono per esempio incoraggiare una condivisione di responsabilità per quanto riguarda la salute riproduttiva, mediante servizi di *counseling* per le coppie. Possono mobilitare le comunità locali affinché capiscano i rischi dei matrimoni in età infantile e delle gravidanze eccessivamente precoci o non sufficientemente distanziate, favorendo l'instaurarsi di un sentimento di solidarietà e di sostegno nell'ambiente all'interno del quale si prendono queste decisioni. Anziché limitarsi a mettere a disposizione i profilattici, un approccio basato sui diritti cerca di favorire l'empowerment delle donne, sensibilizzare i loro compagni, promuovere la collaborazione reciproca e l'accordo circa l'uso dei profilattici.⁴⁹

Un autentico progresso nel diritto alla salute e nei diritti riproduttivi si ha di solito quando gli "aventi diritto" (gli utenti) e gli "aventi dovere" (gli operatori dei servizi sanitari) lavorano insieme alla ricerca delle soluzioni migliori. Un esempio tra i primi si è avuto quando la International Planned Parenthood Federation (Federazione internazionale per la pianificazione familiare, IPPF) ha diffuso pressoché universalmente la Carta dei diritti del paziente (1992), che prendeva in esame la qualità dell'assistenza secondo il punto di vista dei pazienti e li rendeva consapevoli dei loro diritti all'informazione e alla riservatezza. Informare dei loro obblighi gli operatori dei servizi è altrettanto importante. La Carta dei diritti sessuali e riproduttivi, emanata dall'IPPF qualche anno dopo, esortava i propri membri a garantire il rispetto dei diritti riproduttivi e a spingere i governi ad assumersene la responsabilità.⁵⁰

Un altro buon esempio è l'impegno dell'Ecuador, con il sostegno dell'UNFPA, nell'attuazione della legge del 1998 sull'Assistenza per la libera maternità. Questo codice fornisce, come fa un'analoga misura adottata in Bolivia, libero accesso a un pacchetto di servizi relativi a gravidanza, contraccezione e assistenza medica per i bambini sotto i cinque anni. Anche se il governo ha allocato i finanziamenti necessari alla sua copertura, questa legge resta sempre a

rischio. L'amministrazione pubblica ha pertanto istituito delle commissioni locali incaricate di gestire i fondi locali destinati alla salute in collaborazione con il ministero della Sanità, con le autorità comunali, il Consiglio nazionale femminile e altre organizzazioni della società civile. Sono stati istituiti anche dei comitati degli utenti, che si incontrano con le donne delle altre commissioni allo scopo di incrementare la conoscenza della legge e di discuterne e monitorarne l'attuazione.

Diritti, differenza di genere e cultura: alla ricerca di una convergenza

Il concetto di diritti umani lega gli abitanti della terra in un'unica, comune umanità. Gli standard universalmente accettati per tali diritti chiariscono la distinzione tra rispetto per la ricchezza costituita dalla diversità delle culture e delle usanze del mondo e rifiuto delle pratiche nocive per la salute che mettono a repentaglio donne, ragazze e bambine. La CEDAW e la Convenzione sui diritti dell'infanzia, tra i vari accordi internazionali, esplicitano tale distinzione,

chiarendo che i governi si devono astenere dall'invocare usanze, tradizioni o fedi religiose per giustificare quelle pratiche dannose per la salute che interferiscono con i diritti umani e costituiscono anche forme di violenza e di violazione dei diritti riproduttivi delle donne.⁵¹ Ciononostante, il relativismo culturale e l'etichetta di "occidentali" attribuita ai diritti umani internazionali sono stati usati per legittimare pratiche dannose per la salute e leggi che perpetuano le disparità di genere.⁵² Gli standard

"La possibilità per la donna di controllare la propria fecondità è assolutamente fondamentale per l'empowerment e l'uguaglianza delle donne. Quando una donna è in grado di pianificare la propria famiglia, è in grado di pianificare il resto della sua vita. E quando i suoi diritti riproduttivi... sono promossi e tutelati, ha la libertà di partecipare in modo più completo e più equo alla vita della società. I diritti riproduttivi sono essenziali per il progresso delle donne".

— Thoraya A. Obaid, Direttrice esecutiva dell'UNFPA

attuali riflettono però un chiaro consenso internazionale attorno alla necessità di indirizzare le azioni politiche e la responsabilità dei governi nazionali.

Un gran numero di pratiche nocive per la salute è profondamente radicato nella tradizione. Anche se molte di esse sottendono un pregiudizio di genere, sono state attuate da genitori e nonni e trasmesse da una generazione a quella successiva. Sono pertanto aspetti comunemente accettati della vita della comunità. Ma la cultura non è statica: è dinamica, frutto di un processo di apprendimento.⁵³ Le persone non sono prodotti passivi delle culture di appartenenza, ma partecipano attivamente alla loro interpretazione e costante ridefinizione. Come dimostrano le esperienze fatte in tutto il mondo, le comunità che comprendono i pericoli posti da talune pratiche e le mettono in discussione dall'interno della propria ottica culturale,

riescono a mobilitare il consenso necessario a modificarle o eliminarle.

Gli approcci improntati a una sensibilità culturale sono spesso più efficaci nella promozione dei diritti umani e della eguaglianza di genere nei diversi contesti nazionali e locali.⁵⁴ Tali approcci sottolineano l'importanza di comprendere le complessità del contesto socioculturale in cui operano i processi di sviluppo. Sanno tenere conto dei ruoli e dei punti di vista di un'ampia gamma di attori, e valutare in che modo sia possibile effettuare i cambiamenti, tanto a livello politico come a livello della società civile. Ciò significa anche analizzare le strutture di potere locali, e ascoltare le opinioni dei leader comunitari e dei custodi delle norme e credenze dominanti nel territorio. E significa saper identificare le sottoculture e assicurare la partecipazione di coloro la cui voce non è tradizionalmente ascoltata, come le donne, gli adolescenti, le minoranze etniche e altri soggetti ancora. Gli approcci improntati a una sensibilità culturale sono incentrati sul dialogo con la comunità e sulla promozione di una consapevolezza maggiore riguardo ai diritti umani e alle questioni di genere, servendosi di quel linguaggio e di quei simboli sociali che la comunità è in grado di interiorizzare.

L'impegno per rendere illegali pratiche discriminatorie come, ad esempio, i matrimoni in età infantile, i delitti d'onore, le bruciature con l'acido, la possibilità di "ereditare" le mogli (del fratello morto) o la "purificazione" delle vedove, non ha grandi probabilità di successo se non è accompagnato da iniziative pratiche per promuovere norme improntate all'uguaglianza di genere e rispettose dei diritti di donne e bambine. Per esempio, alcuni paesi dell'Africa sub-Sahariana e dell'Asia hanno dichiarato fuori legge la mutilazione/taglio dei genitali femminili, la selezione sessuale prenatale o il matrimonio in età infantile, ma incontrano difficoltà nel far rispettare tali divieti. Fintanto che le figlie femmine vanno incontro a discriminazioni e valgono meno dei maschi, soprattutto a fronte delle limitate opportunità di cui godono le famiglie povere, vietare semplicemente i matrimoni precoci non può bastare. Allo stesso modo, può risultare difficile eliminare le mutilazioni/taglio dei genitali femminili laddove tale pratica è strettamente legata alle prospettive di matrimonio della donna e alla sua identità sociale. La mutilazione è spesso incoraggiata dai parenti della bambina, e indica il suo passaggio a una posizione di maggior rispetto da parte della società e di migliore condizione al suo interno.

Le trasformazioni negli atteggiamenti di genere sono però possibili, soprattutto se si prendono in considerazione

il modo di vedere e le priorità della comunità. I tentativi più riusciti di eliminare la pratica delle mutilazioni/taglio dei genitali femminili, per esempio, sono stati accompagnati dall'accettazione di rituali alternativi, che assolvono alla medesima funzione sociale preservando in tal modo i valori più importanti per la comunità.⁵⁵ La partecipazione di personaggi che godono di grande prestigio sociale, compresi i leader religiosi, è spesso cruciale per promuovere il cambiamento di norme di questo tipo. Un elemento chiave nello straordinario successo ottenuto nella Repubblica islamica dell'Iran riguardo alla diffusione dell'accesso alla pianificazione familiare (il tasso globale di fecondità della nazione è crollato, negli ultimi due decenni, da una media di oltre 7

figli per donna a 2,3⁵⁶) è stato il totale sostegno accordato dagli imam. Sono stati loro a incoraggiare la formazione di nuclei familiari più piccoli e a emanare editti religiosi che approvavano una vasta gamma di metodi contraccettivi, compresa la sterilizzazione maschile.⁵⁷ Nello

Yemen è stata pubblicata una guida per gli imam e per gli altri leader religiosi che mette in relazione la pianificazione familiare e la salute riproduttiva con il Corano, e sottolinea gli insegnamenti del Profeta sull'uguaglianza di uomini e donne. La collaborazione con i monaci e le monache buddisti in Cambogia sta contribuendo alla battaglia per affrontare la minaccia del virus HIV per i giovani.⁵⁸

Mettendo in evidenza gli aspetti positivi di determinati sistemi di valori religiosi e culturali delle comunità locali e diffondendo la consapevolezza dei danni provocati dagli stereotipi di genere e dalle pratiche da essi derivanti, gli approcci improntati a una sensibilità culturale creano le condizioni per la difesa dei diritti umani delle donne e l'affermazione dell'uguaglianza di genere.

Sostegno ai gruppi emarginati

Dagli anni novanta in poi si è posto sempre di più l'accento sul dovere di garantire i diritti dei gruppi storicamente trascurati ed emarginati. Tali gruppi comprendono i disabili, i lavoratori migranti, le minoranze etniche, razziali e religiose, le caste come i *Dalit* o "intoccabili" in India, i Rom in Europa e le comunità indigene in America Latina e altrove. I diritti di donne e bambini/e nelle crisi umanitarie, e quelli degli/lle adolescenti — due gruppi che rappresentano una parte numerosa e importantissima della popolazione di qualsiasi paese — saranno trattati nei capitoli successivi.

Presi tutti insieme, questi gruppi emarginati rappresentano una percentuale non trascurabile della popolazione mondiale: i disabili assommano al 10 per cento (pari a 600

“Non sapevamo che esistesse questa legge. Il Comitato degli utenti ci aiuta a capire che abbiamo dei diritti”.

— Una donna della provincia di Manabí, Ecuador

10 SU CON LA VOCE IN DIFESA DI DIRITTI E SALUTE RIPRODUTTIVA: EMPOWERMENT PER LE DONNE, EMPOWERMENT PER LE COMUNITÀ

La qualità dell'assistenza è una questione che riguarda i diritti, oltre che i servizi. Una volta compresi i propri diritti, singoli e comunità possono pretendere assistenza adeguata. Tale richiesta può, a sua volta, influenzare gli operatori di servizi sociali e sanitari portandoli a comprendere meglio come fornire servizi più adeguati. È questa la premessa che sta dietro l'iniziativa Stronger Voices for Reproductive Health (Su con la voce per la salute riproduttiva) lanciata nel 2001 dall'UNFPA in collaborazione con ILO, UNICEF e OMS, e finanziata dalla Fondazione delle Nazioni Unite. L'iniziativa, che fornisce informazioni alla popolazione circa i propri diritti, ha mobilitato gli abitanti di numerose comunità in India, Kirgikistan, Mauritania, Nepal, Perù e Tanzania, spingendoli a lavorare insieme per migliorare la loro qualità di vita.

In quattro province rurali, o *oblast*, del Kirgikistan l'iniziativa ha diffuso la conoscenza della Legge sui diritti riproduttivi approvata nel 2000. Cittadinanza, operatori dei servizi e funzionari delle amministrazioni locali si sono incontrati regolarmente per discutere della legge, e funzionari di polizia, insegnanti e avvocati del posto hanno ricevuto una specifica formazione riguardo ai diritti riproduttivi. Uno dei principali cambiamenti verificatisi è il fatto che oggi la comunità locale fa sentire la propria voce contro la pratica tradizionale del "rapimento della moglie". Le famiglie si schierano al fianco delle figlie che erano state costrette a sposarsi contro la loro volontà e i leader tribali stanno riesaminando i casi di rapimento a scopo di matrimonio.

"A causa dei problemi sessuali e riproduttivi e della violenza domestica alcune famiglie avevano dei problemi che sono stati affrontati a livello del villaggio. Non c'era una visione comune su questi temi. Non conoscevamo la legge sui diritti riproduttivi. Pensavamo che fosse proibito scrivere di argomenti riguardanti la sessualità e la salute riproduttiva. Oggi conosciamo la legge e i nostri diritti".

— Aldayarova, 37, Kirgikistan

"Non avremmo mai pensato che potesse accadere a nostra figlia. Zarema era uscita con quel ragazzo una volta sola. Dopo qualche giorno... fummo informati che era stata rapita per il matrimonio. Il nostro primo pensiero fu di riportarla a casa. Ma poiché rispettiamo le tradizioni decidemmo invece di lasciarla in quella famiglia, per il momento. In seguito incontrammo Zarema diverse volte. Ero sempre più sicura che in quella famiglia non fosse felice. Perciò dopo due settimane la riprendemmo con noi. Tutti i partecipanti al gruppo di lavoro giunsero alla stessa conclusione: è necessario proteggere gli interessi e i diritti degli individui prima di quelli della società... Altre quattro famiglie hanno preso la stessa decisione: non hanno sacrificato le loro figlie."

— Madre di Zarema, Kirgikistan

Le poverissime comunità indigene del Perù, e soprattutto le ragazze adolescenti, devono superare ostacoli di tipo economico, socio-culturale e di genere per accedere ai servizi di salute riproduttiva. Su con la voce opera nel quartiere più densamente popolato di Lima, San Juan de Lurigacho, dove un terzo della popolazione è giovane e vive in condizioni di povertà estrema, e anche nella regione di Pucallpa, nella giungla amazzonica. Lavorando con giovani, operatori dei servizi sanitari e genitori, l'iniziativa sta riducendo i pregiudizi che limitano l'accesso degli adolescenti ai servizi di salute riproduttiva.

I giovani prendono attivamente la parola negli incontri pubblici della loro comunità. Adolescenti e operatori dei servizi si ritrovano in seminari intesi a costruire un rapporto di fiducia e a stabilire come rendere tali servizi più aperti ai giovani. La manifestazione DiscoAIDS, svoltasi a Pucallpa e arricchita da luci, musica e video, ha portato oltre 600 giovani e 23 insegnanti a discutere di prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale e dell'HIV, di uso dei profilattici e della pressione psicologica esercitata dai coetanei. Grazie a un processo di partecipazione dei giovani e di varie organizzazioni della società civile, il governo ha sviluppato una serie di Linee guida per una politica sanitaria per gli adolescenti.

"Dobbiamo prenderci cura di noi stessi, prendere le decisioni che ci riguardano, avere le nostre idee ed essere maggiormente responsabili, perché solo noi siamo in grado di proteggere noi stessi, noi dovremo badare a noi stessi. Siamo responsabili del nostro futuro".

— Un'adolescente, San Juan de Lurigacho

"Molti pazienti vengono una volta, e se non sono trattati bene, la prossima volta non vengono più".

— Un operatore dei servizi sanitari, Pucallpa

In India le donne dei gruppi di auto-aiuto nello stato di Haryana oggi siedono al tavolo dei negoziati insieme alle autorità distrettuali, nel corso di incontri di pianificazione per i servizi sanitari, e discutono della propria salute e dei propri diritti riproduttivi con gli operatori e con i *panchayat* (consigli di villaggio). Operando come "osservatori" controllano la qualità dell'assistenza e salvaguardano i diritti delle donne. Gli operatori ricevono una formazione che li prepara a considerare il punto di vista degli utenti circa la qualità dell'assistenza. Si tratta di un processo di partecipazione che ha spezzato quella "cultura del silenzio", dominante nella comunità, riguardo a pratiche nocive per la salute come la selezione sessuale prenatale, la violenza e i matrimoni precoci. Le donne della comunità sono meno intimidite nelle loro comunicazioni sulle questioni dei diritti umani.

"Dopo il corso ho parlato di salute sessuale e riproduttiva con le mie due figlie adolescenti, e anche con mio marito e con i vicini. Abbiamo discusso i nostri diritti nei minimi particolari. Adesso in caso di qualche violenza contro le donne nel vicinato non siamo più disposte a tollerare in silenzio come facevamo prima".

— Una donna che partecipa alle attività di un villaggio nello Stato di Haryana, India

milioni);⁵⁹ le popolazioni indigene a 370 milioni, residenti in circa 70 paesi;⁶⁰ i migranti internazionali costituiscono un gruppo stimato attorno ai 175 milioni di unità.⁶¹ Le persone che appartengono a questi gruppi tendono a occupare le posizioni più basse, in termini di indicatori per gli MDG, e questo è particolarmente vero nel caso degli indigeni, che sono quasi sempre i più poveri tra i poveri: l'accesso all'acqua potabile e ad altre risorse vitali è spesso insufficiente, e vengono facilmente sospinti verso ecosistemi fragili o degradati. Paragonati alla popolazione generale dei rispettivi paesi, hanno i tassi più elevati di mortalità infantile e materna, una maggior vulnerabilità all'HIV, minor accesso all'istruzione e /o partecipazione limitata a quei sistemi governativi e sociali che maggiormente incidono sulle loro esistenze.⁶² Tutti questi gruppi restano in larga parte invisibili e senza voce, ignorati dalle politiche e dalle legislazioni nazionali, benché debbano affrontare molteplici forme di discriminazione, povertà strutturale ed esclusione sociale.

La discriminazione di genere non fa che esacerbare le disuguaglianze. Le adolescenti e le donne disabili corrono

un rischio particolarmente elevato di abusi sessuali e la loro autonomia e il loro accesso all'istruzione e al lavoro sono ancora più limitati. Rischiamo più spesso di veder violati i loro diritti riproduttivi attraverso l'imposizione della sterilizzazione forzata e di molte restrizioni al loro diritto di sposarsi e formare una famiglia.⁶³ Le donne indigene sono il bersaglio di due tipi di violenza: quella specifica contro le donne e quella con motivazioni razziali. Povertà e limitato accesso alle risorse non fanno che erodere ulteriormente i loro diritti economici e sociali, mentre le tradizioni patriarcali frappongono ulteriori ostacoli alla loro capacità decisionale e alla partecipazione alla vita della comunità.⁶⁴ Le donne migranti che cercano lavoro nelle grandi città o all'estero rischiano di diventare vittime del traffico di esseri umani a fini di sfruttamento e spesso finiscono per vivere in condizioni di semi-schiavitù come collaboratrici domestiche.⁶⁵

Fortunatamente, a partire dagli anni novanta è andato strutturandosi un sistema internazionale di difesa dei diritti umani che offre una maggior protezione a questi



11 **DONNE INDIGENE: RICONQUISTARE L'ORGOGGIO E PRETENDERE I PROPRI DIRITTI**

L'UNFPA opera da oltre un decennio con le comunità indigene dell'Ecuador e di altri paesi dell'America Latina affrontando l'impotenza, la discriminazione e la bassissima auto-stima di cui le donne fanno quotidianamente esperienza, sia all'interno delle proprie famiglie che quando si rivolgono a servizi di assistenza. La formazione sui temi inerenti ai diritti umani e sulle nuove opportunità di dialogo e riflessione sull'uguaglianza di genere hanno aiutato le donne indigene a recuperare l'orgoglio per la propria eredità culturale. Hanno trovato la forza e le capacità per affrontare la violenza domestica e per esigere pari diritti nella partecipazione politica e nelle decisioni riproduttive — campi nei quali le voci delle donne indigene non si erano quasi mai sentite.

gruppi vulnerabili, e che sempre più frequentemente riconosce la dimensione aggiunta della discriminazione di genere. Nell'ultimo decennio numerose convenzioni legalmente vincolanti,⁶⁶ programmi mondiali d'azione,⁶⁷ comitati di controllo dei trattati e relatori speciali⁶⁸ hanno portato a una maggiore attenzione e tutela dei diritti umani, contribuendo alla loro affermazione. Sono state sviluppate linee guida per azioni pratiche e criteri di salvaguardia dei diritti umani nell'attuazione delle politiche e dei programmi a ogni livello.⁶⁹ In alcune regioni del mondo, come in Africa, Asia e nelle Americhe, convenzioni e forum dedicati specificamente ai diritti delle persone indigene e di quelle disabili hanno messo in evidenza le discriminazioni esistenti contro tali gruppi.⁷⁰ Le reti della società civile si sono mobilitate e hanno dato vita a numerose organizzazioni per la tutela dei diritti. L'International Indigenous Women's Forum (Forum internazionale delle donne indigene), per esempio, è una piattaforma internazionale per la tutela e la mobilitazione delle donne sui loro diritti.⁷¹ Alcuni stati riconoscono oggi esplicitamente i diritti di questi gruppi, talvolta con un'attenzione specifica all'uguaglianza di genere. I piani d'azione nazionale del

Messico e del Nepal comprendono un approccio di genere. Il Perù ha stabilito garanzie costituzionali per la partecipazione delle donne indigene alle elezioni.⁷²

L'aumento senza precedenti nei tassi di migrazione e di traffico illegale di esseri umani ha suscitato particolare preoccupazione circa i diritti delle donne migranti. Molti paesi stanno prendendo misure a favore delle donne che siano state vittime di forme di traffico, e alcuni governi hanno istituito degli uffici immigrazione, linee verdi telefoniche e meccanismi di diffusione delle informazioni sui loro diritti.⁷³ Con il sostegno dell'UNIFEM, Giordania e Filippine hanno stabilito degli standard minimi e dei contratti ad hoc per i lavoratori domestici.⁷⁴ Le Filippine hanno sottoscritto accordi bilaterali per promuovere i diritti delle loro connazionali che lavorano all'estero come collaboratrici domestiche. Il Pakistan ha regolamentato le agenzie di collocamento per impedire gli abusi e l'India offre dei sussidi ai lavoratori domestici che fanno ritorno in patria per sottrarsi ad abusi sul luogo di lavoro.⁷⁵

Nonostante questi progressi, il divario tra il dire e il fare resta amplissimo. La convenzione che protegge i diritti delle popolazioni indigene, benché adottata fin dal 1989, è stata ratificata da appena 17 paesi.⁷⁶ Il Decennio internazionale delle popolazioni indigene del mondo si è concluso nel 2004 senza aver raggiunto uno degli obiettivi chiave: l'adozione di una bozza di dichiarazione sulla tutela dei loro diritti.⁷⁷ Analogamente, la Convenzione per la protezione dei diritti dei migranti del 1990 non è entrata in vigore fino al 2003, quando è stata ratificata dal numero minimo di stati.⁷⁸

La Dichiarazione del Millennio (2000) richiama esplicitamente l'attenzione sui diritti delle minoranze e dei migranti, come pure su processi politici che non li escludano.⁷⁹ Essa offre una rinnovata opportunità di attuare un approccio basato sui diritti, volto a mettere fine a discriminazioni ed esclusione dei gruppi minoritari — fattori che sono il fondamento della povertà e che riducono le prospettive di conseguimento degli MDG.



4 Salute riproduttiva: unità di misura dell'equità

“Le differenze tra ricchi e poveri nel campo della salute riproduttiva – all’interno di uno stesso stato e tra uno stato e un altro – sono più ampie che in qualsiasi altro settore della sanità”.

— Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio

I problemi legati alla salute riproduttiva sono, in tutto il mondo, la causa principale di malattie e mortalità femminile. Se si considerano uomini e donne insieme, le condizioni di salute riproduttiva sono la seconda causa di malattia a livello mondiale dopo le malattie infettive (si veda la tabella 1). Questi dati mascherano enormi disparità, sia tra gli stati che all’interno di uno stesso stato. Poiché la salute riproduttiva dipende in così larga misura da reddito e differenza di genere, affrontare questo tema diventa una questione di giustizia, di etica e di equità sociale.

Salute e diritti in campo riproduttivo sono obiettivi importanti di per sé: stanno alla base di rapporti interpersonali soddisfacenti, di una vita familiare armoniosa e del sogno di un futuro migliore. Salute e diritti riproduttivi sono anche la pietra angolare per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG): offrono infatti a giovani e donne un maggior controllo sul proprio destino, e concedono loro l’opportunità di superare la soglia di povertà. Eppure, povertà e discriminazione di genere impediscono a milioni di persone in tutto il mondo di esercitare i propri diritti riproduttivi e di salvaguardare la propria salute riproduttiva. Il prezzo più alto lo pagano le donne e le adolescenti indigenti. Moltiplicato per le loro famiglie, comunità e stati, tale prezzo è esorbitante.

L’accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva è un obiettivo raggiungibile, potrebbe prevenire la gran parte dei problemi di salute riproduttiva e potrebbe anche stimolare la crescita e il progresso in diverse aree dello sviluppo sociale ed economico, come spiegato in precedenza in questo stesso rapporto. Alcuni stati, persino quelli con elevati livelli di povertà, hanno già dimostrato quali risultati si possono conseguire se la leadership politica ha a disposizione competenze tecniche e risorse adeguate. Tra i paesi che sono riusciti a ridurre la mortalità materna troviamo oggi Bangladesh, Bolivia, Cina, Cuba, Egitto, Honduras, Indonesia, Giamaica, Malesia, Sri Lanka, Thailandia e Tunisia.¹ Il Bangladesh, uno dei paesi meno industrializzati del pianeta, ha compiuto passi avanti eccezionali nell’incre-

mentare l’accesso agli strumenti di pianificazione familiare.² Mentre i pochi paesi che sono riusciti a ridurre la diffusione dell’HIV – in particolare Brasile, Cambogia, Senegal, Thailandia e Uganda – hanno ottenuto questo risultato grazie a una chiara assunzione di responsabilità politica sostenuta da una vasta mobilitazione sociale.

I bisogni e i problemi inerenti la salute riproduttiva sono in realtà connessi a diversi aspetti della vita sociale ed economica, e la loro soluzione non può essere affidata solo al settore sanitario. Ma molti problemi, e le loro costose conseguenze, si potrebbero evitare se la salute riproduttiva fosse inserita regolarmente tra i servizi forniti dall’assistenza sanitaria primaria, come un servizio essenziale di prevenzione e cura. Per questo sarebbe necessario potenziare i sistemi sanitari, costruire un rapporto di fiducia con le comunità che essi servono e allargare l’accesso a programmi di salute riproduttiva in grado di rispondere ai fattori sociali, culturali, economici e di genere.

CONSEGUENZE COSTOSE PER LA RIDUZIONE DELLA POVERTÀ.

La vittoria nella lotta alla povertà passa per una popolazione sana e libera da problemi legati alla riproduzione. Benché siano, nella quasi totalità dei casi, perfettamente prevenibili, i problemi di salute riproduttiva restano diffusissimi in gran parte del mondo in via di sviluppo. Rovinano vite, affliggono famiglie, gravano sui sistemi sanitari e indeboliscono gli stati. I costi vanno dal dolore di un figlio rimasto orfano alla diminuzione di energie e produttività di milioni di donne. Comprendono morti per parto, gravidanze indesiderate, elevati tassi di fecondità, bambini abbandonati, aborti a rischio e AIDS, oltre a varie infezioni a trasmissione sessuale, tumori, sterilità e malattie neonatali associate a tali patologie.

Alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 1994, 179 governi si sono impegnati a garantire l’accesso universale ai servizi di salute riproduttiva “il più presto possibile e comunque non oltre il 2015”.³ Tutti i governi riuniti in tale Conferenza riconobbero che i diritti ripro-

duttivi sono essenziali per i diritti umani, per uno sviluppo sostenibile, per l'uguaglianza di genere e per l'empowerment delle donne. Sebbene l'obiettivo dell'accesso universale all'assistenza sanitaria per la riproduzione non sia stato esplicitamente inserito negli MDG, esiste un diffuso consenso internazionale sul fatto che gli MDG si possano raggiungere soltanto raddoppiando gli sforzi e le risorse in favore di salute e diritti riproduttivi. Anzi il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio afferma che la salute riproduttiva è un fattore "critico per il successo complessivo nella crescita economica e nella riduzione della povertà" e resta uno degli "elementi chiave di un adeguato capitale umano", essenziale per il conseguimento degli MDG.⁴

Riduzione della povertà, uguaglianza di genere e salute riproduttiva vanno a braccetto. Sono strettamente correlati e si rafforzano a vicenda, e producono tutti effetti positivi in grado di durare per più generazioni. Le norme che regolano i ruoli sociali e culturali di uomini e donne influenzano profondamente le decisioni riguardanti la riproduzione e il comportamento sessuale, che a loro volta incidono sulle prospettive dello sviluppo sociale ed economico. Quando si trasmettono ai figli norme e stereotipi restrittivi, si perpetua il ciclo della discriminazione di genere, della salute precaria e della povertà. Gli effetti si manifestano in modo diretto e indiretto: le conseguenze più drammatiche sono

"Miglior salute e miglior istruzione, e libertà di programmare il futuro della propria famiglia, amplieranno le possibilità di scelta delle donne; ma renderanno anche la loro mente e il loro spirito liberi".

— Nafis Sadik, Segretario generale della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo

l'incidenza della mortalità e morbilità materne e le infezioni da HIV.

Mortalità e patologie materne

I tassi di mortalità e morbilità materne mettono violentemente in risalto l'impatto della povertà e della disuguaglianza di genere sulla salute riproduttiva. Ogni minuto assistiamo alla morte, inutile perché evitabile, di una donna per cause correlate alla gravidanza. In un anno il totale assomma a circa mezzo milione – una cifra moltiplicata di ben poco negli ultimi decenni.⁵ Altri otto milioni e

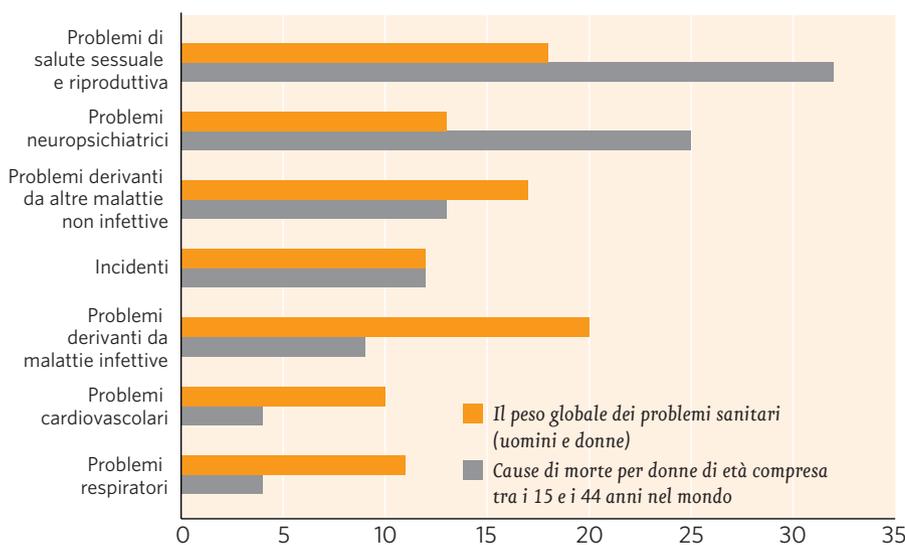
più soffrono a vita per le conseguenze di qualche complicazione legata alla gravidanza.⁶ Ogni donna del mondo, ricca o povera che sia, affronta un 15 per cento di rischi nel periodo del parto, ma la mortalità materna è praticamente debellata nelle regioni più industrializzate.⁷ L'assenza in molti paesi di progressi nella riduzione della mortalità materna fa capire quanto sia basso il valore attribuito alla vita delle donne e testimonia quanto fievole sia la loro voce quando si tratta di stabilire le priorità pubbliche. La vita di molte donne

nei paesi in via di sviluppo si potrebbe salvare grazie a interventi per la salute riproduttiva che gli abitanti dei paesi più ricchi danno perfettamente per scontati.

POVERTÀ, DISCRIMINAZIONE E SOPRAVVIVENZA DELLA MADRE.

La povertà accresce i rischi connessi alla gravidanza e al parto. Viceversa, la mortalità e le patologie correlate alla maternità aggravano la povertà. Nell'Africa sub-Sahariana, dove gli elevati tassi di fecondità moltiplicano i pericoli che le donne devono affrontare nel corso della vita, una donna su 16 ha elevatissime probabilità di morire in conseguenza di una gravidanza. In alcune delle regioni più povere del continente, addirittura una donna su 6 affronta questo rischio. Al confronto, nei paesi industrializzati il rischio nell'arco della vita è appena di una su 2.800.⁸ Il 99 per cento delle morti materne avviene nei paesi in via di sviluppo, e quasi tutte — il 95 per cento — in Africa e Asia.⁹ La ricchezza fa la differenza: due terzi delle morti materne verificatesi nel 2000 sono avvenute in 13 dei paesi

Tabella 1: Il peso globale dei problemi di salute sessuale e riproduttiva



Fonte: WHO, 2002. Citati in *Adding it up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare*, Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003

più poveri del mondo, e un quarto di queste nella sola India.¹⁰ All'interno di uno stesso stato, le donne benestanti hanno molto più facilmente accesso all'assistenza professionale al parto rispetto alle più povere (si veda la Tabella 2).

Povertà e discriminazione di genere non fanno che esacerbare i problemi di salute riproduttiva in tutto l'arco della vita di una donna. Le basi di una futura buona salute riproduttiva si costruiscono nei primi anni di vita. Per esempio, la crescita stentata delle bambine denutrite fa aumentare il rischio di difficoltà durante il parto in età adulta. Le madri malnutrite e i loro bambini sono più vulnerabili a morti premature e patologie croniche.

L'anemia, che può portare a emorragie post-partum, affligge dal 50 al 70 per cento delle donne incinte nei paesi in via di sviluppo.¹¹

La discriminazione di genere nell'istruzione, nell'assistenza sanitaria e nel controllo delle risorse economiche e delle decisioni in campo riproduttivo incrementa ulteriormente i rischi legati alla gravidanza. I livelli più elevati di mortalità materna sono associati alla disuguaglianza di genere.¹² Sebbene l'uso di contraccettivi possa prevenire dal 20 al 35 per cento di morti materne,¹³ le carenze nelle forniture e nei servizi di contraccezione, oltre alle norme sociali, spesso impediscono alle donne di utilizzarli. Un'istruzione inadeguata lascia spesso le donne nell'impossibilità parziale o totale di comprendere i rischi connessi alla gravidanza e al parto, di informarsi su altre questioni inerenti la salute, compreso il funzionamento del sistema sanitario, o di trattare con la famiglia per ottenere quell'assistenza tempestiva che potrebbe salvarle la vita. Informare le donne sul loro diritto all'assistenza gratuita (laddove esiste) è spesso un punto cruciale. I costi elevati delle cure mediche spingono talvolta le famiglie sotto la soglia di povertà o peggiorano ulteriormente tale condizione. Gli onorari rischiano quindi di essere un forte deterrente al ricorso ai servizi, soprattutto quando la qualità dell'assistenza fornita non è ritenuta migliore di quella delle levatrici tradizionali di cui la gente si fida.

IL PREZZO DA PAGARE: GRAVIDANZE INDESIDERATE E ABORTI A RISCHIO. Gli aborti mal praticati sono una delle principali cause di mortalità materna e possono portare a lesioni permanenti. Dal mancato accesso ai servizi di pianificazione familiare derivano circa 76 milioni di gravidanze indesiderate ogni anno, nei soli paesi in via di sviluppo.¹⁴ Ogni anno vengono praticati 19 milioni di aborti in condizioni non igieniche e senza alcuna competenza medica. La conseguenza sono circa 68.000 decessi.¹⁵ Molte delle donne che ricorrono all'aborto sono sposate. Di solito sono povere e lottano per provvedere ai figli che già hanno.¹⁶ Le ricerche suggeriscono che una gravidanza su 10 è destinata a finire

12 STALE MADRE, TALE FIGLIO

Un buon livello di assistenza alla salute riproduttiva e l'esercizio dei diritti riproduttivi delle donne possono contribuire a garantire che ogni bambino nasca desiderato, amato e abbia una possibilità di farcela. Per contro, uno scarso livello di salute riproduttiva della madre può minare la salute e il benessere dei suoi figli.

Mortalità materna e infantile sono strettamente legate. Quando la madre muore di parto, spesso muore anche il neonato. I neonati senza madre hanno probabilità da tre a dieci volte maggiori di morire di quelli la cui madre sopravvive. Anche i figli che sopravvivono comunque soffrono: le madri sono di solito le principali custodi della salute, dell'istruzione e dell'alimentazione dei bambini e in molti casi sono anche una delle fonti, spesso la principale, di sostentamento. Ogni anno sono ben 2 milioni i bambini che perdono la madre per mancanza di servizi che nelle nazioni più ricche sono a disposizione di tutti.

Anche distanziare le nascite riduce in modo significativo la mortalità infantile. Un intervallo di due o tre anni tra le nascite riduce i rischi di parto prematuro e di peso insufficiente alla nascita. Si valuta che una giusta distanza tra le nascite possa ridurre la mortalità infantile di circa il 20 per cento in India e del 10 per cento in Nigeria. I bambini non voluti in generale sono più vulnerabili degli altri a malattie e morti premature.

Anche le analisi eseguite di routine sulle donne incinte per verificare la presenza di malattie a trasmissione sessuale possono moltiplicare le possibilità di sopravvivenza dei bambini, perché tali infezioni possono provocare aborti spontanei, morte del feto, parti prematuri, cecità e insufficienza respiratoria. La sifilide porta alla morte o a gravi patologie nel 40 per cento dei neonati. Sottoporsi volontariamente ai test per le infezioni sessualmente trasmesse e per l'HIV spinge le future madri a sottoporsi a quelle cure che possono proteggere loro e i loro figli.

con un aborto a rischio, e le cifre più alte riguardano Asia, Africa e America Latina.¹⁷

L'aborto a rischio è uno dei principali motivi per cui donne e ragazze si rivolgono ai servizi di pronto soccorso: nell'Africa sub-Sahariana, l'assistenza per le conseguenze di aborti copre da un quinto alla metà di tutti i posti letto ospedalieri nei reparti di ginecologia.¹⁸ Il timore della vergogna e gli atteggiamenti inquisitori degli operatori spingono molte donne a rimandare la richiesta di cure che potrebbero salvare loro la vita, fino a quando non è troppo tardi. I costi degli aborti a rischio superano di gran lunga il costo dei contraccettivi che potrebbero prevenire tali sofferenze.

Riconoscendo l'impatto dell'aborto a rischio come "problema prioritario per la sanità pubblica", il Programma d'azione della Conferenza del Cairo esorta i governi a non risparmiare gli sforzi per evitare le gravidanze indesiderate e ridurre "il ricorso all'aborto attraverso servizi di pianificazione familiare ampliati e migliorati".¹⁹ L'efficacia di questa strategia è già provata: l'accesso a una contraccezione sicura ed efficace riduce l'incidenza dell'aborto procurato.²⁰ In

numerosi paesi dell'Europa centrale e orientale il tasso di abortività decresce rapidamente con l'instaurarsi di informazioni e servizi di contraccezione, con una maggior fornitura di anticoncezionali e con il coinvolgimento attivo di società civile e gruppi religiosi.²¹ La diminuzione più evidente è stata registrata in Romania, dove il tasso di abortività, dal 1995 al 1999, è crollato dal 52 all'11 per mille nelle donne in età compresa tra i 15 e i 44 anni.²²

UOMINI E GRAVIDANZA. Se la gravidanza viene definita una “questione femminile”, la partecipazione degli uomini alle decisioni e alle responsabilità che essa comporta può essere limitata. Invece aiutare gli uomini e le comunità locali a comprendere i rischi della gravidanza può incrementare le possibilità che la donna ottenga quell'assistenza che può salvarle la vita.²³ In Uganda informare i padri sulla sicurezza nel parto scoraggia i rischiosissimi parti casalinghi.²⁴ In India la formazione dei medici insegna a coinvolgere gli uomini nei servizi sanitari legati alla maternità e sono sempre più numerosi i mariti che accompagnano in ospedale la moglie perché riceva assistenza prenatale.²⁵ I risultati di una ricerca condotta nelle regioni più rurali della Cina rivelano che, laddove i mariti collaborano nelle faccende domestiche e nelle responsabilità genitoriali, le donne hanno maggiori probabilità di ricevere assistenza prenatale, di ridurre il carico di lavoro prima del parto e di partorire in condizioni più igieniche e sicure.²⁶ In Indonesia il Mother Friendly Movement (Movimento amico

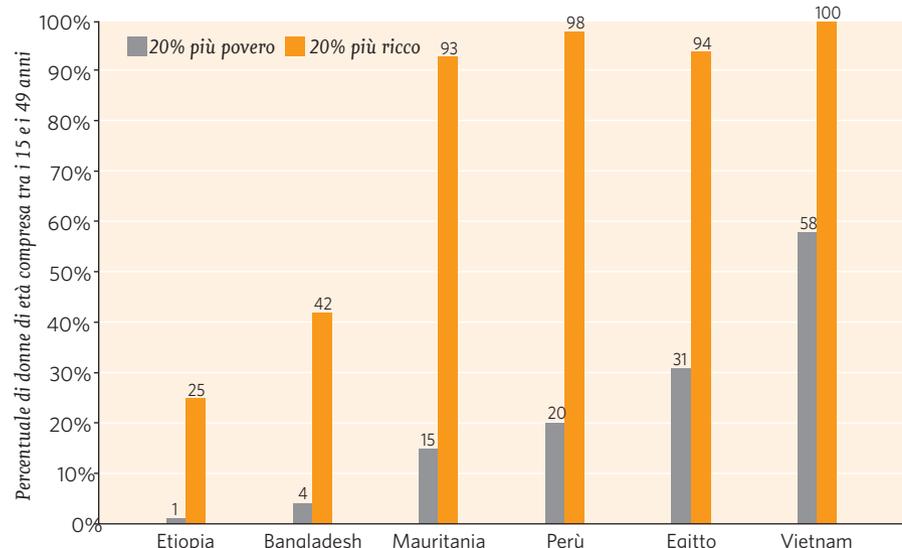
delle madri) — insieme al programma Alert Husband (Marito avvisato) — ha aiutato le comunità a riconoscere la necessità di sostegno alle madri e a istituire un servizio di trasporto d'emergenza per le donne in travaglio.²⁷

SALVARE LA VITA DELLE DONNE. Sebbene la maternità sicura sia ai primi posti delle agende internazionali già da quasi due decenni, i progressi sono discontinui e in qualche paese i tassi di mortalità materna sono stimati addirittura in crescita.²⁸ Oggi sappiamo bene quali siano le strategie più efficaci per evitare i decessi e le patologie collegate alle maternità: pianificazione familiare per ridurre le gravidanze indesiderate, assistenza professionale per tutti i parti, assistenza ostetrico-ginecologica d'emergenza adeguata e tempestiva per tutte le donne che presentino complicazioni.²⁹ Sistemi sanitari deboli, sistemi di trasporto limitati nelle aree meno popolate e nelle regioni rurali, penuria di operatori sanitari professionali e disponibilità limitata di metodi contraccettivi sono tra le sfide principali. La discriminazione di genere inoltre rende spesso difficile mobilitare la volontà politica e le risorse necessarie ad attuare cambiamenti.

Una delle iniziative più eminenti in questo settore è il programma Averting Maternal Death and Disability (Evitare mortalità e patologie materne) volto a migliorare l'assistenza ostetrica nei paesi in via di sviluppo. UNFPA, OMS, UNICEF e molte organizzazioni non governative hanno avviato collaborazioni con i governi in tutto il

mondo in via di sviluppo, per ristrutturare i sistemi sanitari e costruire competenze. L'UNFPA sostiene programmi per ampliare l'accesso a parti professionalmente assistiti e alle cure ostetriche d'emergenza nelle aree povere e rurali, compresa la formazione degli operatori sanitari che si sta svolgendo oggi in 76 paesi.³⁰ L'Uganda sta affrontando gran parte delle sfide che solitamente consentono di ridurre la mortalità materna, tra cui dotare i centri sanitari di attrezzature, medici e infermieri con formazione specifica, e stabilire procedure e mezzi di trasporto per gestire le emergenze. In alcune aree del paese è stato introdotto un sistema di comunicazione radio ('RESCUER') e un servizio di ambulanze.³¹ In tre regioni del Nicaragua la percentuale di donne che ha rice-

Tabella 2. Parti assistiti da personale formato tra le donne ricche e povere*



*Il personale formato comprende medico, infermiera e ostetrica professionale.

Fonte: Banca mondiale, *Round II Country Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*, Banca mondiale, 2004

vuto assistenza ostetrica d'emergenza è salita dal 37 per cento nel 2000 al 50 nel 2003.³² Grazie al sostegno dell'UNFPA a un centro sanitario in una zona rurale, 100 donne sono state salvate in un anno in Senegal.³³ Nello Yemen il numero delle operatrici sanitarie è aumentato: 12.000 levatrici comunitarie hanno ricevuto una formazione professionale adeguata.³⁴

Alcuni paesi suppliscono alla grave carenza di medici delegando le cure ostetriche ad altri operatori sanitari con adeguata formazione professionale. Per esempio, le infermiere del Mozambico imparano a praticare i parti cesarei.³⁵ In Nepal e in Afghanistan — paese con uno dei più alti tassi di mortalità materna — le levatrici ricevono una formazione professionale per garantire un'assistenza competente al parto.³⁶

Le comunità locali giocano un ruolo chiave nella riduzione della mortalità materna. Gli operatori sanitari locali che godono della fiducia della popolazione possono convincere le donne a rivolgersi ai servizi medici ufficiali e incoraggiarle a partorire in un ambiente sicuro e igienico. Anche nei paesi più poveri le comunità possono trovare le risorse per organizzare il trasporto d'emergenza per donne che vanno incontro a complicazioni, per esempio collaborando con autisti di taxi, autobus o camion, e con i loro sindacati. In Honduras gli sforzi delle comunità locali hanno contribuito a una riduzione del 37 per cento della mortalità materna tra il 1990 e il 1997, e incrementato del 33 per cento il numero di parti assistiti professionalmente nelle aree rurali.³⁷ In Senegal sono stati mobilitati gli imam per promuovere la maternità sicura.³⁸

HIV/AIDS: dramma al femminile

Sempre più spesso “il volto dell'HIV/AIDS è un volto di donna”.³⁹ Le donne sono più vulnerabili degli uomini all'infezione per ragioni sociali, culturali e fisiologiche, e oggi contraggono il virus in numero più elevato rispetto agli uomini. Sebbene all'inizio l'epidemia riguardasse soprattutto gli uomini, oggi circa la metà dei 40 milioni di persone che vivono con l'HIV sono donne. I tassi più elevati di contagio femminile si verificano in paesi in cui l'epidemia è ormai generalizzata, e dove la trasmissione è principalmente eterosessuale, spesso nel contesto del matrimonio.⁴⁰ Il 57 per cento di tutte le persone che vivono con l'HIV nell'Africa sub-Sahariana e il 49 per cento di quelle dei Caraibi sono donne, e le donne giovani sono quelle che affrontano il rischio maggiore (si veda il capitolo 5).⁴¹ È

africano il 77 per cento delle donne sieropositive nel mondo.⁴²

ALLA RADICE DELL'EPIDEMIA: POVERTÀ, VIOLENZA E DISCRIMINAZIONE DI GENERE.

Discriminazione di genere, povertà e violenza sono al centro dell'epidemia di AIDS (si veda la scheda 13). Rispetto agli uomini, le donne hanno per conformazione fisica almeno il doppio di probabilità di contrarre l'HIV durante il rapporto sessuale.⁴³ Donne e ragazze sono generalmente informate poco e male sulle questioni sessuali e riproduttive, e hanno maggiori probabilità di essere analfabete. Spesso sono prive di ogni potere negoziale e di qualsiasi supporto sociale, e non possono insistere per avere rapporti sicuri, né respingere proposte sessuali indesiderate. La violenza contro le donne è uno dei

principali fattori di rischio nella contrazione dell'HIV (si veda il capitolo 7).

Inoltre la povertà costringe molte donne a prostituirsi per sopravvivere o a rapporti occasionali che precludono la possibilità di negoziare l'uso del preservativo. Spesso le donne non sono in grado, per motivi economici, di mettere fine a una relazione, anche quando sanno che il loro compagno è stato contagiato dall'HIV o ha buone probabilità di esserlo.⁴⁴ Alcune pratiche nocive per la salute — come le mutilazioni/taglio dei genitali femminili, i matrimoni pre-

coci e la “ereditarietà delle vedove” (cioè il matrimonio della vedova con un parente del marito defunto) non fanno che moltiplicare i rischi per le donne.

Molte persone non sanno ancora come proteggersi dall'HIV. Solo l'8 per cento delle donne incinte e il 16 per cento delle prostitute in tutto il mondo è stato raggiunto nel 2003 da campagne di prevenzione.⁴⁵ Benché la maggior parte degli stati, anche nell'Africa sub-Sahariana, abbia adottato strategie nazionali per combattere l'epidemia, sono milioni — anzi, sono la stragrande maggioranza — le donne e gli uomini tuttora privi di servizi e di cure.

QUESTIONI DI GENERE. L'approccio di genere nella prevenzione dell'HIV è fondamentale per bloccare l'epidemia e contribuisce a promuovere una trasformazione sociale più ampia. Con il sostegno e la collaborazione dei loro compagni, degli operatori sanitari, delle comunità e dei governi, le donne potrebbero ottenere un maggior controllo sulle decisioni che condizionano la loro vita. I giovani che imparano a rispettare le donne e comprendono le proprie responsabilità nel limitare la diffusione dell'HIV/AIDS sono più disposti a far uso del profilattico. Anche i mariti

“Il prezzo da pagare per donne e ragazze... costringe l'Africa e il mondo a raccogliere una sfida pratica e morale, che mette la differenza di genere al centro della condizione umana. La prassi di ignorare l'analisi di genere si è rivelata letale”.

— Stephen Lewis, Ambasciatore del Segretario Generale delle Nazioni Unite in Africa, Conferenza internazionale sull'AIDS di Barcellona

devono essere coinvolti nel proteggere le loro mogli e i futuri figli dall'HIV e da altre infezioni a trasmissione sessuale.

La prevenzione dell'HIV tra le donne in età feconda è un punto cruciale. La contraccezione volontaria dovrebbe essere parte integrante di qualsiasi strategia per bloccare l'epidemia. L'etica e i diritti umani esigono che le donne sieropositive possano prendere decisioni informate di pianificazione familiare, compresa la decisione di evitare gravidanze indesiderate. L'accesso alle cure antiretrovirali può servire a salvaguardare il benessere della donna e impedire la tragedia della trasmissione dell'HIV ai suoi figli.

Programmi di prevenzione, assistenza e cura vanno gradualmente aprendosi alle discussioni su questioni di genere, sessualità e riproduzione. Nel 2004, l'UNAIDS ha lanciato la Global Coalition on Women and AIDS (Coalizione globale su donne e AIDS), un'alleanza mondiale tra organismi della società civile, reti di donne che hanno contratto l'HIV/AIDS, governi e organizzazioni delle Nazioni Unite.

La sua piattaforma chiede istruzione, alfabetizzazione e diritti economici per le donne; pari accesso ai farmaci anti-retrovirali; accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva; cambiamenti negli stereotipi di genere nocivi per la salute; tolleranza zero per la violenza contro le donne.⁴⁶

SALUTE E DIRITTI RIPRODUTTIVI DELLE DONNE SIEROPOSITIVE.

La maggior parte delle donne sieropositive nei paesi in via di sviluppo non ha accesso a farmaci antiretrovirali, né per se stesse né per impedire il contagio dei figli. Per di più molti danno per scontato che le donne sieropositive non abbiano rapporti sessuali e non dovrebbero avere figli.⁴⁷ Di conseguenza, a queste donne è spesso negato ogni servizio di informazione e assistenza per prevenire la gravidanza e la trasmissione dell'HIV da madre a figlio, nonché ogni accesso a un'assistenza prenatale e ostetrica qualificata. Nelle società in cui ci si aspetta dalle donne che abbiano molti figli, le

13 | HIV/AIDS: CHE COSA C'ENTRA LA DIFFERENZA DI GENERE?

Circa tre quarti dei nuovi contagi da HIV sono trasmessi attraverso rapporti sessuali tra uomini e donne. Atteggiamenti e comportamenti maschili sono essenziali per ogni impegno di prevenzione. Gli uomini hanno un potere immensamente superiore rispetto alle donne nella gestione dei rapporti sessuali, compreso l'utilizzo o meno del preservativo. In molte società ci si aspetta dalle donne un'ignoranza pressoché totale su queste faccende, e quelle che sollevano la questione dell'uso del profilattico rischiano di essere accusate di infedeltà o promiscuità. La violenza contro donne e ragazze adolescenti, e il timore di essa, non fanno che indebolire ulteriormente la posizione negoziale delle donne.

- L'AIDS è emerso negli anni ottanta come una patologia che contagiava soprattutto gli uomini, ma la percentuale delle donne infette continua a salire stabilmente, dal 35 per cento nel 1990 al 41 nel 1997, fino al 48 nel 2004.
- Tra le donne sieropositive, molte sono sposate e hanno avuto un solo partner sessuale: il marito.
- In alcune parti dell'Africa e dei Caraibi, le due aree del mondo con la più elevata incidenza di HIV, le donne giovani (tra i 15 e i 24 anni) hanno una probabilità fino a sei volte maggiore di essere contagiate rispetto ai maschi della stessa età.
- Le donne giovani sono la fascia della popolazione più colpita nel mondo. Nei paesi in via di sviluppo rappresentano il 67 per cento di tutti i nuovi casi di HIV nella popolazione compresa tra i 15 e i 24 anni. Nell'Africa sub-Sahariana le donne rappresentano il 76 per cento della popolazione giovane colpita dall'HIV. In alcuni dei paesi dell'Africa sub-Sahariana in cui l'AIDS ha un andamento endemico, una percentuale elevata, fino al 38 per cento, delle adolescenti nubili tra i 15 e i 19 anni, ha avuto rapporti sessuali in cambio di denaro o beni di consumo.

Matrimonio: sicurezza o rischio di HIV?

La maggior parte delle persone ritiene che il matrimonio sia "sicuro", ma in molte regioni del mondo comporta per le donne notevoli rischi di contagio da HIV. Le cifre che seguono, tratte da ricerche a livello nazionale o da sondaggi di scala ridotta sulla popolazione femminile, fanno riflettere:

- Oltre quattro quinti di tutte le nuove infezioni da HIV che colpiscono le donne si verificano all'interno del matrimonio o di una relazione stabile e duratura con il partner.
- Nell'Africa sub-Sahariana si stima che dal 60 all'80 per cento delle donne sieropositive sia stato contagiato dal marito - il loro unico partner sessuale.
- Almeno il 50 per cento delle donne senegalesi affette da HIV ha riferito un unico fattore di rischio: una unione "monogama".
- In Messico oltre il 30 per cento delle donne cui è stato diagnosticato il contagio da HIV ha scoperto la propria condizione dopo una diagnosi analoga fatta al marito.
- In India circa il 90 per cento delle donne affette da HIV ha dichiarato di essere arrivata vergine al matrimonio e di essere sempre stata fedele al marito.
- In Cambogia il 42 per cento di tutte le nuove infezioni da HIV avviene mediante trasmissione dal marito alla moglie. Un terzo delle nuove infezioni riguarda i figli di tali donne.
- In Thailandia il 75 per cento delle donne affette da HIV è stato probabilmente contagiato dal marito.
- In Marocco circa il 55 per cento delle donne sieropositive è stato contagiato dai mariti.
- Le ricerche dimostrano che le donne sposate preferiscono correre il rischio di un'infezione da HIV piuttosto che chiedere al

donne sieropositive che decidono di non averne devono affrontare sia la disapprovazione sociale verso chi non genera figli, sia i sospetti e i pregiudizi che circondano la loro condizione. Proteggere i diritti riproduttivi delle donne sieropositive, inclusa la prevenzione di aborti o sterilizzazioni forzate, è una questione di diritti umani fondamentale.

La Comunità internazionale delle donne affette da HIV/AIDS, creata per affrontare la mancanza di assistenza alle donne sieropositive, ha portato alla nascita dell'iniziativa Voices and Choices (Voci e scelte) in America Centrale, Africa Occidentale, Tailandia e Zimbabwe, mirata a promuovere i diritti delle donne in materia di salute sessuale e riproduttiva.⁴⁸ In Argentina il FEIM, una ONG femminile di primaria importanza, diffonde la Carta dei diritti delle donne elaborata nel corso della Conferenza internazionale sull'AIDS del 2002, e forma personale qualificato per operare a tutela dei diritti umani e del diritto alla contraccezione per le donne sieropositive.⁴⁹

marito di usare il profilattico e dover perciò affrontare la questione della propria presunta infedeltà. In due regioni dell'Uganda soltanto il 26 per cento delle donne ha dichiarato di considerare accettabile che una donna sposata chieda al proprio marito di usare il profilattico.

"Non capivo come mai io, una donna sottomessa, avessi potuto contagiarmi, pur essendo stata fedele tutta la vita a un solo uomo."

— Una donna sieropositiva del Burkina Faso

Non è semplice come l'"ABC"

L'approccio "ABC" alla prevenzione dell'HIV è quello che consiglia: **A**bstain from sex (Astieniti dal sesso), **B**e faithful to one partner (Sii fedele a un solo partner), o usa i **C**ondoms (preservativi). I programmi basati sull'ABC in effetti hanno ampliato la consapevolezza dell'infezione. Ma fino a quando uomini e donne non potranno prendere decisioni libere e informate, i messaggi di tipo "ABC" rischiano di trascurare fattori critici, che milioni di donne devono invece affrontare.

- Come fa un'adolescente a insistere perché il marito, più vecchio di lei, usi il profilattico o sia fedele?
- Come fa una donna che viene regolarmente picchiata dal marito o dal compagno e che da lui dipende per il sostentamento suo e dei suoi figli, a sollevare l'argomento della fedeltà o dell'uso del profilattico?
- Come fa una giovane moglie a insistere sull'uso del preservativo, quando riceve pressioni perché faccia dei figli se vuole essere accettata da marito e suoceri?
- Come fa una donna che si prostituisce per dar da mangiare ai suoi figli, a rifiutare un cliente che non vuole usare il profilattico, specie se questi paga il doppio e anche di più del solito prezzo?

Il progetto "Mothers 2 Mothers 2 Be" (Mamme per le future mamme) avviato in Kenya e in Sudafrica mette in contatto neo-mamme e donne incinte, tutte sieropositive, per consigliare queste ultime su questioni che vanno dalla pianificazione familiare alle attività generatrici di reddito.⁵⁰ Questa attività di "peer counselling" o "consulenza tra pari" ha aiutato molte donne sieropositive a riconoscere le opportunità di scelta in materia di salute riproduttiva e a convivere con le sfide che devono affrontare.

L'ACCESSO DELLE DONNE ALLE CURE PER L'HIV/AIDS. I programmi per la prevenzione della trasmissione dell'HIV di madre in figlio rappresentano per molte donne sieropositive l'unica fonte di accesso a farmaci antiretrovirali. Nei paesi in via di sviluppo tali programmi sono incentrati in gran parte sulla prevenzione della trasmissione al figlio, e non offrono alcun beneficio alle madri. Nel 2003 soltanto al 2 per cento delle donne incinte risultate sieropositive in

- Come fa un'adolescente costretta a un rapporto sessuale o violentata a proteggersi dall'infezione?
- Il consiglio dell'astinenza fino al matrimonio serve davvero alla sicurezza dei ragazzi, quando la maggior parte di loro ha una vita sessuale attiva prima dei 20 anni?

Rischi sproporzionati, oneri spropositati

Donne e adolescenti corrono rischi altissimi dal punto di vista dell'infezione da HIV. Inoltre, sono loro a fornire gran parte dell'assistenza a coloro che hanno contratto il virus o sono già in fase di malattia conclamata, soprattutto quando si tratta di mariti e figli orfani. Donne e ragazze rappresentano il 75 per cento della popolazione che si occupa dell'assistenza ai malati di AIDS. Prendersi cura dei malati riduce la capacità delle donne di produrre reddito, limitando le loro opportunità di partecipazione economica. L'impatto è particolarmente violento nel caso di paesi nei quali le donne rappresentano la maggioranza dei lavoratori agricoli e producono la maggior parte delle risorse alimentari. In Tanzania le donne che si occupano dei mariti malati hanno trascorso nei campi la metà del tempo che vi dedicavano in precedenza. La perdita del reddito del marito, i costi dell'assistenza medica per i parenti malati e le responsabilità aggiuntive sono tutti fattori che spesso spingono le donne e i loro figli ancora di più sotto la soglia della povertà.

Le donne che hanno contratto l'AIDS sono inoltre le ultime a ricevere assistenza, e le peggio curate. Prima che sopraggiunga la morte del marito, le risorse familiari hanno di solito raggiunto il punto in cui le donne hanno perduto la capacità o la volontà di chiedere assistenza medica per se stesse. Le leggi sulla successione, e le usanze e tradizioni che favoriscono i parenti del marito, lasciano spesso le vedove e i loro figli ancora più poveri di prima. L'ulteriore pressione economica spesso costringe donne e ragazze a farsi sfruttare sessualmente, lavorando o facendosi mantenere, accettando rapporti sessuali a rischio e alimentando così ulteriormente l'epidemia.

14 TRASFORMARE LA VITA NELLO SWAZILAND

Nella regione devastata dalla siccità del Lumombo, nello Swaziland, il ruolo attivo delle donne nella distribuzione del cibo ha portato benefici all'intera comunità. Le organizzazioni non governative supportate dall'UNFPA e dal World Food Programme hanno realizzato corsi di formazione per le donne che dirigono progetti di distribuzione alimentare per affrontare i problemi dei più poveri nelle aree rurali: abusi sessuali, sfruttamento, AIDS e pianificazione familiare. I Community Relief Committees (Comitati di solidarietà della comunità), costituiti per l'80 per cento da donne, hanno saputo farsi ascoltare dagli uomini attraverso la discussione di questi argomenti durante le assemblee della comunità, nei giorni di distribuzione del cibo, in chiesa, nel corso di visite nelle case, andando a trovare gli ammalati.

Il risultato del progetto è stato che un numero molto maggiore di donne e bambini ha denunciato situazioni di abuso sessuale, è salita la richiesta di test per l'HIV ed è aumentato di dieci volte in un anno il numero di persone che ricevono farmaci antiretrovirali. Uno dei successi più importanti è che oggi i capi dei villaggi riconoscono alle donne l'autorità di parlare nelle assemblee pubbliche - evento senza precedenti - perché le donne non vengono più viste soltanto come distributrici di cibo, ma anche come fonti di conoscenza e informazione.

"Non mi ero mai sentita così importante all'interno della comunità. Prima di essere scelta a far parte del comitato per la distribuzione del cibo non ero nessuno, e adesso la gente viene da me a chiedere consiglio e aiuto", ha detto una donna che oggi è uno dei leader riconosciuti della sua comunità.

tutto il mondo sono stati somministrati farmaci per migliorare il loro stato di salute.⁵¹ In Africa i servizi di prevenzione dell'HIV sono offerti al massimo a un 5 per cento di tutte le donne incinte.⁵² Solo oggi stanno finalmente nascendo programmi che pongono l'accento sulla salute e il benessere di entrambi, madre e figlio.⁵³

Per le persone benestanti che vivono nei paesi più ricchi, i farmaci antiretrovirali hanno sostanzialmente trasformato l'HIV in una patologia cronica abbastanza gestibile. Ma soltanto il 12 per cento della popolazione che vive in paesi a medio o basso reddito aveva accesso, alla fine del 2004, allo stesso tipo di cure.⁵⁴ Preoccupati che alle donne, soprattutto quelle che non sono incinte, possa essere negato l'accesso alle cure anche quando sono disponibili, le organizzazioni femminili, l'OMS e l'UNAIDS hanno esortato i governi a stabilire obiettivi nazionali per garantire un accesso uguale per tutti.⁵⁵

VERGOGNA, COLPA E AIDS. I pregiudizi uccidono. La vergogna comunemente associata all'AIDS è uno dei principali ostacoli alla sua prevenzione, e il preconcetto disonorevole che circonda le persone affette da HIV è moltiplicato dalla discriminazione contro le donne. Centinaia di migliaia di

donne sieropositive evitano i servizi di analisi e cura per paura di essere abbandonate o di altre ripercussioni da parte di mariti, famiglie, comunità e operatori sanitari.⁵⁶ La mancanza di fiducia nei servizi di analisi nasce da motivazioni fondate. Le donne a volte sono le ultime a scoprire di essere state contagiate dall'HIV — dopo i mariti o i suoceri.⁵⁷ Appena il 5 per cento delle persone sieropositive è consapevole della propria situazione,⁵⁸ e spesso le analisi effettuate durante la gravidanza sono l'unico mezzo tramite il quale la famiglia apprende di avere al suo interno un problema di HIV. Anche quando contraggono l'HIV dai mariti, le donne a volte vengono accusate di "aver portato a casa l'AIDS" e spesso ne pagano le conseguenze in termini di violenza o emarginazione.⁵⁹ Succede anche che gli operatori sanitari neghino alle donne sieropositive un adeguato trattamento medico durante la gravidanza e dopo il parto. Le donne poi spesso rifiutano o interrompono le cure a causa delle relazioni difficili con il personale sanitario.⁶⁰

In molti paesi in via di sviluppo si cerca di combattere i pregiudizi aprendo discussioni sul morbo, un passo chiave per incoraggiare la gente a chiedere analisi e cure. Uno di questi programmi sostenuti dall'UNFPA è una iniziativa regionale avviata in sette stati arabi e volta a diffondere una corretta informazione sull'HIV. In Uzbekistan va in onda dal 2003 una soap opera televisiva molto popolare imperniata su problemi della vita quotidiana, compreso l'abuso di droga, la prevenzione dell'HIV e le discriminazioni contro le persone affette da HIV/AIDS. In otto paesi africani e sei stati asiatici l'UNFPA sostiene forme di collaborazione tra emittenti radiofoniche e organizzazioni sanitarie locali di base per la produzione di sceneggiati in cui si affronta il tema dell'HIV e dell'AIDS.⁶¹ Numerosi altri partner sostengono molte iniziative simili in tutto il mondo industrializzato e in via di sviluppo, utilizzando i mass-media e il dialogo con le comunità di base per superare la vergogna e le discriminazioni che contribuiscono a propagare l'epidemia.

LE ALTRE EPIDEMIE: LE INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE.

Le infezioni a trasmissione sessuale (STI) e le infezioni all'apparato riproduttivo sono tra le più comuni cause di malattia in tutto il mondo. Si calcola che nel mondo vi siano ogni anno 340 milioni di nuovi casi di STI curabili.⁶² Se vi si aggiungono le infezioni incurabili (compreso l'HIV) il numero di fatto si triplica. Le donne sono più vulnerabili degli uomini a tali infezioni, per ragioni socioculturali e fisiologiche, e ne subiscono in modo assolutamente sproporzionato gravissime conseguenze, tra le quali il cancro della cervice dell'utero e la sterilità. Circa il 70 per cento delle donne affette da STI non presenta sintomi (a fronte di un 10 per cento tra gli uomini),⁶³ il che rende la diagnosi più

difficile. Quando poi i sintomi effettivamente compaiono, le donne tendono ad accettarli come privi di importanza.⁶⁴ La presenza di STI fa anche salire il rischio di contagio da HIV, in una misura che va dalle due alle nove volte.⁶⁵ Eppure nell'arco di tutto il 2003 nell'Africa sub-Sahariana soltanto il 14 per cento delle persone affette da malattie a trasmissione sessuale ha avuto accesso a cure mediche.⁶⁶ Per di più, dal momento che le infezioni trasmesse sessualmente, HIV compreso, affliggono soprattutto i giovani, la prevenzione di tali patologie comporta benefici a lungo termine per la forza lavoro, e conduce a un incremento della produttività.⁶⁷

Raccogliere i frutti della pianificazione familiare

La libertà di scegliere quanti figli avere e quando è un diritto umano fondamentale. Un miglior accesso a metodi contraccettivi sicuri ed economici è una delle chiavi per il conseguimento degli MDG. La pianificazione familiare ha dimostrato i propri benefici in termini di uguaglianza di genere, salute materna, sopravvivenza infantile e prevenzione dell'HIV. Essa può inoltre ridurre la povertà e promuovere la crescita economica, migliorando il benessere delle famiglie, incrementando la produttività femminile e abbassando il tasso di fecondità (si veda il capitolo 2).⁶⁸ Si tratta di uno degli investimenti più saggi e con un miglior rapporto costi/benefici che uno stato possa fare per migliorare la qualità della vita. Un accesso limitato ai metodi di contraccezione, invece, inficia la possibilità che le donne e le loro famiglie riescano a superare la soglia della povertà.

Richiamandosi a precedenti convenzioni in tema di diritti umani, la Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 1994 e la quinta Conferenza mondiale sulle donne del 1995 hanno collocato la salute riproduttiva – che comprende la pianificazione familiare libera e volontaria – al centro delle iniziative per la promozione dei diritti umani delle donne. Si tratta di una innovazione rispetto ai precedenti tentativi finalizzati soprattutto a limitare la rapida crescita della popolazione, in alcuni casi a spese dei diritti delle donne. Citando valori etici e principi di diritti umani, entrambe le conferenze hanno asserito che la libertà di prendere decisioni riproduttive è essenziale per conseguire l'uguaglianza di genere e uno sviluppo sostenibile.

BARRIERE ALL'ACCESSO: POVERTÀ E DISCRIMINAZIONE DI GENERE. A partire dagli anni sessanta, data in cui si sono resi disponibili i primi metodi affidabili, l'uso della con-

traccezione moderna è andato regolarmente crescendo fino a raggiungere il 54 per cento di tutte le donne attualmente coniugate o legate a un compagno. La cifra sale al 61 per cento se si tiene conto anche dei metodi tradizionali.⁶⁹ Il risultato è una costante diminuzione dei tassi di fecondità. Nel mondo industrializzato il tasso di fecondità totale — cioè il numero medio di figli per donna — è sceso da oltre sei negli anni sessanta a meno di tre oggi. Ma nei paesi in via di sviluppo il tasso di fecondità rimane elevato, e si aggira attorno ai 5 figli per donna.⁷⁰

In questi paesi la miscela di fecondità elevata e povertà endemica non fa che intensificare quest'ultima, rallentando la crescita economica e

incrementando i costi per sanità, istruzione e altre necessità essenziali, facendo crollare la produttività femminile e riducendo redditi e risparmi. Un decremento della fecondità, al contrario, può accelerare la riduzione della povertà, soprattutto quando si combina con politiche sociali ed economiche di supporto.⁷¹ Alcuni dei paesi più poveri del mondo hanno fatto, negli ultimi 30 anni, progressi lenti o incostanti nell'incrementare l'accesso ai metodi di contraccezione. In 21 degli stati più poveri dell'Africa sub-

“La disuguaglianza di genere e i ruoli di uomini e donne rappresentano in molti ambienti la condizione più determinante per quanto riguarda il rischio di contrarre l'HIV. In effetti, non si può capire l'epidemia di AIDS, né sviluppare risposte efficaci, senza tener conto di come la differenza di genere influenzi in modo fondamentale la diffusione della malattia, la sua incidenza e il successo degli interventi di prevenzione.”

— Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio, Combattere l'AIDS nel mondo in via di sviluppo.

Sahariana, il tasso totale di fecondità è rimasto costantemente elevato, o è diminuito di pochissimo, dagli anni settanta a oggi.⁷²

L'uso dei contraccettivi non è costante né da un paese all'altro né all'interno di uno stesso paese. Varia a seconda del reddito, del livello di istruzione, dell'etnia, della vicinanza alle strutture sanitarie e della forza dei programmi di pianificazione familiare. In Africa, soltanto il 27 per cento delle donne sposate usa qualche metodo di contraccezione, e solo il 20 ricorre ai più efficaci metodi moderni. Nell'uso di questi ultimi, poi, in alcune parti del continente la percentuale crolla sotto il 5 per cento.⁷³ Le donne più agiate hanno quattro volte più probabilità di ricorrere alla contraccezione rispetto alle più povere. In alcuni paesi, il tasso sale a 12 volte (si veda la Tabella 3). In tutto il mondo vi sono circa 201 milioni di donne che non hanno accesso a contraccettivi efficaci, eppure molte di esse, potendo scegliere, praticerebbero qualche forma di pianificazione familiare.⁷⁴

Oltre ai benefici sociali ed economici a macrolivello della pianificazione familiare, alcuni studi rivelano che le

15 LE PIÙ COMUNI BARRIERE DI GENERE ALL'USO DEI CONTRACCETTIVI

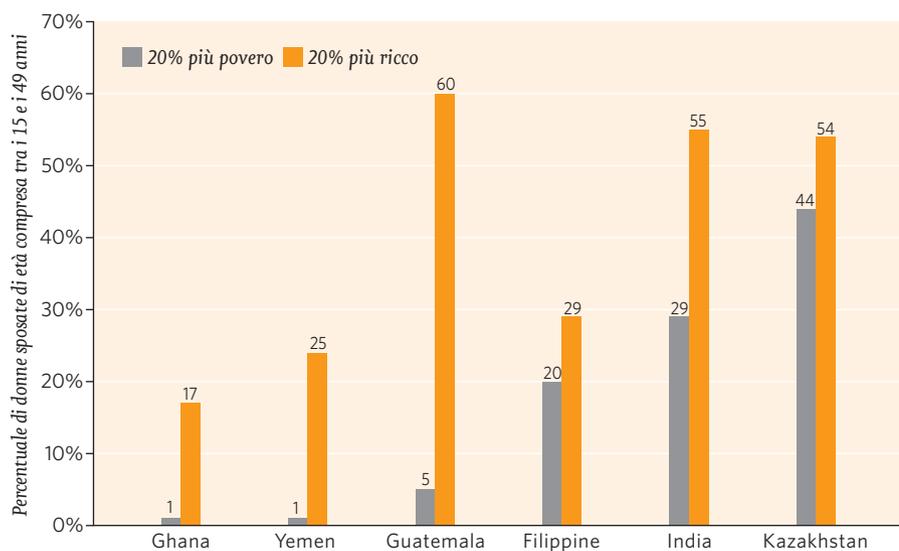
- A livello *politico e legislativo*, chi prende le decisioni spesso non considera prioritario il finanziamento dei servizi di contraccezione perché considera la pianificazione familiare un "programma per le donne". Alcuni stati pongono restrizioni su taluni metodi contraccettivi. Vi sono leggi che impongono alla donna il consenso del marito per l'utilizzo di alcuni metodi, e le adolescenti sotto una certa età hanno a volte bisogno del consenso dei genitori.
 - Nei *servizi sanitari* gli operatori che hanno dei pregiudizi spesso non offrono una gamma completa di metodi contraccettivi, perché convinti che la donna non capirebbe come funzionano o sceglierebbe "nel modo sbagliato". Alcuni operatori sono erroneamente convinti che certi metodi di contraccezione possano provocare sterilità, e li somministrano solo alle donne che hanno già avuto figli.
- "[L'infermiera] mi ha detto che se non volevo la pillola, non mi poteva consigliare nient'altro".*
- Una donna dello Zambia
- A livello di comunità locali molti storcono il naso all'idea dei contraccettivi, che contribuirebbero alla promiscuità femminile, preoccupazione che però non viene espressa riguardo agli uomini.
 - A livello di singoli e coppie, alcune donne possono aver paura della disapprovazione, o addirittura di ritorsioni da parte dei mariti sull'uso dei contraccettivi. Molte coppie incontrano difficoltà a parlare dell'argomento.
- "Mio marito sapeva della pillola. Gliel'ho detto io, e lui è sempre stato contrario. Abbiamo quasi rotto per questo".*
- Una donna del Guatemala
- Alle donne giovani, se sono sposate, viene spesso chiesto dai mariti e dalle loro famiglie di "dimostrare" di essere fertili: se non riescono ad avere figli, ci si aspetta che pratichino l'astinenza.
- "Ho cercato di farmi dare delle pillole, ma sono stata cacciata dall'ospedale. Penso che sia perché sembravo troppo giovane".*
- Una studentessa delle superiori dello Zimbabwe
- Gli uomini sono spesso esclusi dai programmi di pianificazione familiare perché questi ultimi sono pensati per le donne e operano all'interno dei reparti di maternità e pediatria.

donne che la adottano ne traggono riscontri positivi in termini personali, psicologici ed economici. In Bolivia, l'uso dei contraccettivi è associato alla possibilità di trovare un lavoro retribuito fuori casa. Nel Cebu, uno stato delle Filippine, la crescita media del reddito tra le donne che hanno avuto da una a tre gravidanze è doppia rispetto a

quelle che ne hanno avute più di sette.⁷⁵ I programmi di pianificazione familiare generano inoltre risparmi tangibili e considerevoli per i governi che li mettono in pratica.

I fattori che incidono sulla domanda di contraccezione sono diversi. Ostacoli sociali, culturali e di genere possono impedire alla donna di rendersi conto esattamente di quali siano i suoi desideri in materia di riproduzione (si veda la scheda 15). Le donne che non sanno leggere o che hanno ricevuto un'istruzione limitata spesso sanno ben poco di come funziona il proprio corpo, e ancor meno di pianificazione familiare. Idee sbagliate e miti infondati attorno alla gravidanza e ai metodi contraccettivi abbondano ovunque.⁷⁶ Gli uomini hanno la tendenza a volere più figli e prima rispetto alle donne, e in molti casi sono loro ad avere il maggior potere decisionale nel determinare le dimensioni del nucleo familiare.⁷⁷ Le norme sociali riguardanti fecondità e virilità, oltre alla generale condizione inferiore delle donne, impediscono a molte donne e a molti uomini di ricorrere a qualche forma di contraccezione.

Tabella 3. Uso dei contraccettivi secondo la condizione economica di appartenenza



Source: Banca mondiale, *Round II Country Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*, Banca mondiale, 2004

16 DOVE SONO I PRESERVATIVI?

Nel 2003 sono stati distribuiti approssimativamente cinque miliardi di profilattici per la prevenzione dell'HIV. Ma sono molti di più – si calcola 13 miliardi – quelli necessari per contribuire a bloccare la diffusione dell'HIV e di altre infezioni a trasmissione sessuale. Nel 2003 i finanziamenti da parte dei donatori sono serviti a pagare l'equivalente di un profilattico all'anno per ogni uomo in età fertile che vive nei paesi in via di sviluppo. Nell'Africa sub-Sahariana, la regione che riceve la quota più importante di questo tipo di sostegno, i contributi dei donatori sono serviti a pagare sei profilattici l'anno per ciascun uomo.

La carenza di profilattici è allarmante. Sono il solo mezzo efficace per proteggere le persone con una vita sessuale attiva dall'infezione di HIV. Se usati in modo continuativo e corretto, i profilattici servono anche come metodo di contraccezione per quelle persone che hanno un accesso limitato alle strutture sanitarie e ad altri metodi efficaci. Si prevede che il costo della quantità di profilattici necessari a ridurre l'epidemia di AIDS dovrebbe raggiungere i 590 milioni di dollari entro il 2015. Si tratta di circa tre volte la spesa attuale. Brasile, Cina e India sono autosufficienti per quanto riguarda i preservativi, ma altri paesi in via di sviluppo sono costretti a importarli, e devono pagarli con la preziosa valuta straniera che dovrebbero usare per cibo, medicine e altre necessità primarie.

DOMANDA IN AUMENTO, RISORSE IN CALO. Molti paesi in via di sviluppo devono affrontare una drammatica penuria di contraccettivi e profilattici. Tra i motivi, l'incremento nel numero degli utenti (a causa della crescita demografica), l'aumento della domanda (motivata dal desiderio di avere famiglie meno numerose), la diffusione dell'HIV/AIDS (che esige risorse considerevoli), e la riduzione dei finanziamenti da parte di donatori esterni.⁷⁸

Un certo numero di paesi in via di sviluppo è in grado di coprire i costi dei contraccettivi, ma la maggior parte non dispone, senza il sostegno di donazioni esterne, della valuta straniera e della capacità produttiva per rispondere ai bisogni della propria popolazione. Si stima che il costo di contraccettivi e profilattici passerà, tra il 2004 e il 2005, da 1 a 1,6 miliardi di dollari, e già esiste un profondo divario tra i costi previsti e i sussidi dei donatori. Nel frattempo l'epidemia di AIDS implica che la carenza di scorte – non solo per quanto riguarda i profilattici maschili e femminili, ma anche le forniture di sostanze e materiali per la tutela della salute riproduttiva, come i farmaci per le malattie a trasmissione sessuale e i kit per il test dell'HIV – è diventata un problema ancora più pressante.

AMPLIARE LA SCELTA CONTRACCETTIVA. La Conferenza del Cairo ha esortato a rendere universale l'accesso a una "gamma completa" di metodi di pianificazione familiare. Ma nella maggior parte dei paesi i metodi dominanti sono

17 CAMBIARE VITA NEI VILLAGGI DELLO ZIMBABWE

Lo Zimbabwe ha uno dei tassi più elevati di diffusione dell'HIV del mondo: 25 per cento della popolazione. Quasi un milione di donne sono sieropositive. Le giovani donne rappresentano due terzi di tutte le nuove infezioni tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni. L'UNFPA dello Zimbabwe sta lavorando per migliorare la condizione sociale ed economica delle donne, al fine di dare loro maggior potere e capacità di proteggersi.

Nel distretto di Ruheri le donne hanno partecipato a corsi di formazione in tecniche di comunicazione e negoziato e hanno imparato come diffondere messaggi sull'uguaglianza di genere ai matrimoni, nei partiti, nelle scuole, nei punti di distribuzione alimentare e nelle assemblee pubbliche. L'iniziale resistenza degli uomini, basata sulla preoccupazione che tali cambiamenti avrebbero favorito la promiscuità, è stata superata grazie al dialogo con i gruppi chiave e con i capi tradizionali. Nel 2004 il progetto ha superato le aspettative, portando a un incremento del 50 e 20 per cento, rispettivamente, nella distribuzione di profilattici maschili e femminili e raggiungendo un totale di 47.423 persone.

Nel distretto di Mutare la prostituzione è considerato uno dei fatti della vita. Le autorità hanno deciso 13 anni fa di promuovere una campagna di "formazione tra pari" tra le prostitute, per una miglior educazione sulla prevenzione dell'HIV e delle malattie a trasmissione sessuale. Le "lavoratrici del sesso" sono invitate a usare e distribuire i preservativi ai loro clienti e alle loro colleghe, a informare la comunità in generale sulle attività di prevenzione, e a incoraggiare le persone contagiate a farsi curare. Nel 2003 il progetto ha raggiunto 1.177.128 donne e 736.981 uomini. Negli ospedali le infermiere riferiscono di una costante diminuzione nelle malattie a trasmissione sessuale – diminuzione compresa tra il 6 e il 50 per cento, a seconda dei quartieri – con oltre 5,7 milioni di profilattici distribuiti. Questa iniziativa ha trasformato molte vite: la maggior parte delle donne scelte per la formazione delle colleghe ha lasciato la prostituzione per intraprendere un'attività in proprio. Come ha dichiarato Caroline, un'ex prostituta, "Non fosse stato per questo progetto, sarei morta di AIDS già da molto tempo".

uno o due. Tre metodi – sterilizzazione femminile, strumenti intra-uterini e contraccettivi orali — costituiscono la grande maggioranza dei metodi contraccettivi in tutto il mondo.⁷⁹ Sono attualmente allo studio nuovi metodi contraccettivi, tra cui un metodo ormonale maschile, che potranno presto aggiungersi all'insieme delle opzioni disponibili nelle nazioni più ricche. Ma occorreranno anni prima che siano accessibili nei paesi in via di sviluppo.⁸⁰ Fino a quando non saranno disponibili farmaci microbicidi e il vaccino per l'HIV, ampliare l'accesso ai preservativi femminili resta l'unico modo per offrire una prevenzione dell'HIV alternativa, controllata dalla donna. Poiché la collaborazione dell'uomo è comunque indispensabile, anche gli uomini devono essere informati e sensibilizzati circa il loro utilizzo.⁸¹



5 Territorio inesplorato: adolescenti, povertà e differenza di genere

“Alcuni gruppi pensano che siamo troppo giovani per sapere. Dovrebbero sapere che siamo troppo giovani per morire”.

— Hector, 20 anni, Honduras, membro del programma dell'UNFPA Global Youth Partners

L'attuale generazione di giovani è la più numerosa della storia. Quasi la metà della popolazione mondiale — oltre 3 miliardi di persone — ha meno di 25 anni. L'85 per cento dei giovani vive nei paesi in via di sviluppo.¹ Molti di loro raggiungono la maturità stretti nella morsa della povertà e esposti al rischio di contrarre HIV e AIDS. Quasi il 45 per cento di tutti i giovani — 515 milioni — sopravvive con meno di 2 dollari al giorno.²

All'interno del pianeta giovane, gli adolescenti sono in uno stadio particolarmente formativo. Questi 1,2 miliardi di adolescenti tra i 10 e i 19 anni³ scoppiano di energie e di possibilità. La loro mente è aperta alla conoscenza, pronta ad apprendere competenze e capacità e ad assimilare valori. I loro atteggiamenti sono ancora in formazione. Hanno bisogno di imparare le cose della vita, oltre che una professione, e di poter accedere a informazioni e servizi per la salute riproduttiva, sia per il loro benessere personale che per partecipare in modo più completo allo sviluppo del loro paese.

Gli adolescenti non vengono citati nella Dichiarazione delle Nazioni Unite per il Millennio, e restano in gran parte invisibili negli Obiettivi di sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, MDG). Ciò nonostante, dal momento che rappresentano una percentuale così importante dei poveri del mondo, tutti gli obiettivi incidono sulla loro vita e la loro vita incide su tutti gli obiettivi.

Nel corso dei prossimi dieci anni gli adolescenti di oggi parteciperanno al conseguimento degli MDG. Entro la scadenza del 2015 i ragazzi che oggi hanno dieci anni ne avranno venti e saranno pronti ad assumere appieno il loro ruolo di attori dello sviluppo. Le decisioni politiche riguardanti l'istruzione, la salute, il mondo del lavoro e i diritti umani dei giovani di oggi influenzeranno anche la successiva ondata di 1,2 miliardi di bambini che saranno gli adolescenti del 2015.⁴ Le decisioni prese — o le occasioni perdute — oggi si rifletteranno sulle prossime generazioni.⁵

Adolescenza: opportunità e rischi

Le esperienze dell'adolescenza variano e dipendono da molti fattori, tra cui il sesso, il luogo di residenza, il contesto socio-culturale, le circostanze economiche e lo stato civile. Una delle variabili più decisive è se l'adolescente ha una famiglia che gli offre protezione e riparo, o se deve arrangiarsi a sopravvivere con scarso o nessun aiuto, come molti orfani dell'AIDS. Questa generazione inoltre sta crescendo in un mondo sempre più globalizzato, il che la pone di fronte a una nuova serie di sfide e di opportunità.⁶

Mentre milioni di adolescenti si godono ambienti amovoli che li sostengono e beneficiano dell'allargamento delle opportunità e della libertà di scelta, milioni di altri vedono il loro passaggio all'età adulta contrassegnato da insicurezza e malattia. La povertà moltiplica le sfide e i rischi dell'adolescenza: obbliga molti genitori a mandare i figli a lavorare, spesso in posti pericolosi. Molte ragazze e ragazzi non hanno modo di ricevere un'istruzione.

Nelle aree urbane i ragazzi sono spesso costretti dalla miseria a sopravvivere in strada. Nelle situazioni di conflitto, ragazzi e ragazze adolescenti sono spesso reclutati come soldati o in forme di schiavitù domestica o sessuale dalle milizie dei ribelli (si veda il capitolo 8). Anche le adolescenti devono affrontare i rischi dello sfruttamento e degli abusi e sono vittime del traffico di persone e della

18 DEFINIRE I TERMINI

Uso e significato dei termini “giovani”, “gioventù” e “adolescenza” variano nelle diverse società del mondo e dipendono dal contesto politico, economico e socio-culturale. Questo rapporto utilizza le seguenti definizioni delle Nazioni Unite:

- Adolescenti: 10-19 anni (prima adolescenza: 10-14; tarda adolescenza, 15-19)
- Giovani: 15-24 anni
- Popolazione giovane: tutta quella compresa tra i 10 e i 24 anni

schiavitù sessuale in una misura che non ha precedenti (si veda il capitolo 7).⁷

PER LE RAGAZZE, MENO OPPORTUNITÀ E PIÙ RISCHI.

L'esperienza dell'adolescenza è fortemente influenzata dalle aspettative basate sulla differenza di genere.⁸ Le ragazze si trovano spesso in posizione di svantaggio. Al loro ingresso nella pubertà, i pregiudizi su di esse le mettono in una situazione molto più rischiosa dei ragazzi dal punto di vista dell'abbandono scolastico, della violenza sessuale e dei matrimoni precoci. Le libertà e le opportunità dei ragazzi si allargano, mentre le ragazze fanno spesso l'esperienza contraria.⁹ Durante questo periodo la diversità di trattamento si fa a volte ancora più pronunciata: le ragazze studiano per diventare mogli e madri, i ragazzi per procurare il sostentamento della famiglia. Di norma ci si aspetta dalle femmine che siano accomodanti, mentre i ragazzi sono incoraggiati a manifestare forza e capacità di controllo. Le aspettative nei confronti dei ragazzi favoriscono a volte comportamenti aggressivi o avventati, con effetti nocivi per loro stessi e per gli altri (si veda il capitolo 6).

Per molte ragazze, soprattutto quelle che vivono in situazioni di povertà, l'adolescenza significa più rischi e meno libertà. Un recente studio condotto nella provincia più densamente popolata del Sudafrica, il KwaZulu-Natal, rivela che, se è vero che la povertà esercita un'influenza negativa sulla salute e sul comportamento di tutti i giovani, il suo impatto è però molto più violento sulle giovani donne, che hanno minor accesso alle informazioni e meno potere negoziale per incidere sulle decisioni che le riguardano, comprese quelle per proteggersi dall'HIV.¹⁰ Le ragazze hanno maggiori probabilità di abbandonare la scuola: a causa di una gravidanza o perché devono dare una mano nella gestione della casa o nella cura dei bambini più piccoli, o ancora perché devono assistere parenti infermi.¹¹ Ciò si riflette in tassi di analfabetismo più alti per le giovani: dei 137 milioni di ragazzi analfabeti nel mondo, il 63 per cento sono donne.¹² Le adolescenti corrono poi molti più rischi di subire pratiche nocive per la salute e di godere di una scarsa salute riproduttiva, e sono particolarmente a rischio di contrarre l'HIV. In alcune società, alle ragazze è vietato socializzare con i ragazzi e sono fortemente limitate nel gioco e nel movimento al di fuori delle mura domestiche. Per i milioni di ragazze che si sposano giovanissime, poi, l'infanzia si interrompe in modo davvero brusco.

La percezione che un adolescente ha del proprio valore e del proprio potenziale è fortemente influenzata dai membri della sua famiglia, oltre che da amici, scuola, comunità locale e mass media. I genitori e gli altri adulti della sua comunità possono offrirgli guida e sostegno, e stimolare

19 COME VIVONO LE RAGAZZE NELL'AFRICA RURALE

Le ricerche con metodologia partecipativa condotte in Burkina Faso, Mali e Senegal sono alla base degli sforzi di Family Care International e dell'UNFPA per rispondere alle esigenze e tutelare i diritti delle adolescenti nelle regioni rurali. Le ricerche hanno rivelato particolari significativi sulla loro vita:

Istruzione: Nel Mali le ragazze credono nell'istruzione, ma il 72 per cento di quelle che vivono nelle zone rurali non ha mai frequentato una scuola. L'istruzione è spesso bruscamente interrotta da un matrimonio precoce e forzato, dal costo e dalla distanza delle scuole superiori, e dall'abitudine delle ragazze di campagna di passare un anno in città a lavorare come domestiche, per guadagnare il necessario a comprare il corredo nuziale. "Il nostro villaggio non ha mai prodotto una ragazza con un diploma. Per noi l'istruzione è un sogno lontano", dichiara una diciottenne del Mali. "Una ragazza non ha bisogno di istruzione, visto che dovrà comunque andare a mettere su famiglia altrove, e quindi i vantaggi della sua istruzione se li godrebbe qualcun altro", dice un genitore. Questa opinione trova larga eco in tutta la comunità locale.

Salute riproduttiva: Le ragazze dei tre paesi ricevono spesso informazioni che le confondono e le spaventano riguardo alla pubertà e alle mestruazioni. I servizi per la salute riproduttiva e di informazione sulla pubertà e sulla pianificazione familiare sono estremamente rudimentali. Meno del 30 per cento delle ragazze e delle donne delle zone rurali partorisce con un'assistenza professionale e molte hanno paura di ricorrere ai servizi medici locali. "Non andiamo nei reparti maternità per far nascere i nostri bambini," spiega una ragazza sposata del Mali, "perché la levatrice è villana e strilla durante il travaglio. E poi non ci sono mai medicine e i letti sono sporchi. Preferiamo avere i nostri bambini a casa".

Qualità della vita: Le ragazze delle campagne lavorano duramente per contribuire all'economia familiare, ma le loro prospettive di sicurezza economica sono limitate dalla mancanza di istruzione, dai matrimoni e dai parti precoci, dalla mancanza di mobilità e dalla povertà degli ambienti rurali in cui vivono.

dialogo e comprensione inter-generazionale mentre l'adolescente esplora le nuove sfide che la vita gli pone. Far crescere ragazze e ragazzi insegnando loro a rispettarsi a vicenda, a coltivare pari opportunità di istruzione o di lavoro, ad aspettarsi ed esigere un trattamento equo nei rapporti interpersonali e nel matrimonio, è ciò che aiuta a costruire famiglie più forti e a progredire in direzione degli obiettivi di sviluppo.

L'ANELLO MANCANTE NELLE AZIONI POLITICHE E NEI BILANCI.

Molti programmi pubblici concentrano la loro attenzione sulla salute dei bambini e sull'istruzione primaria, mentre le esigenze degli adolescenti ottengono poca attenzione. I vuoti che ne derivano nella programmazione politica pri-

vano gli adolescenti di quel sostegno di cui avrebbero così bisogno. Nello stesso tempo, molti stati rischiano di perdere il ritorno economico derivante dai precedenti investimenti sui bambini. Per esempio, mentre l'istruzione primaria è stata al centro di un grande impegno internazionale, è l'istruzione secondaria o superiore – soprattutto per le ragazze – quella che fornirebbe il ritorno economico più elevato in termini di riduzione della povertà, crescita economica, salute riproduttiva e raggiungimento degli MDG in generale.¹³

Gli adolescenti sono spesso rimasti esclusi dalle politiche di riduzione della povertà, anche se oggi le cose stanno cambiando: 17 paesi sui 31 che hanno completato il Documento strategico per la riduzione della povertà (Poverty Reduction Strategy Paper, PRSP) tra il 2002 e il 2003 hanno dedicato un'attenzione considerevole ai giovani.¹⁴ Soltanto sei, però, hanno riconosciuto i giovani come gruppo specifico tra le persone che vivono in povertà.¹⁵

Sebbene molti paesi abbiano sviluppato politiche o programmi per i giovani, sono pochi quelli che dedicano ai problemi di questa generazione l'attenzione organizzata e costante che meritano. I bilanci sono limitati, e raramente prevedono finanziamenti specificamente destinati ai giovani. Gli stati non dispongono di dati attendibili disaggregati per sesso riguardanti giovani e adolescenti, né di ricerche sulla povertà e informazioni che documentino i benefici a livello economico e di sviluppo degli investimenti sugli adolescenti.¹⁶

Un'indagine condotta in nove paesi e sovvenzionata dall'UNFPA ha rilevato che, laddove i governi hanno raccolto dati attendibili sui giovani, ne è seguita ben presto una nuova attenzione in campo politico.¹⁷

PIÙ RESPONSABILITÀ AI GIOVANI. Per tradizione, gli adolescenti restano esclusi dalle decisioni che li riguardano direttamente. Oggi però sono in aumento i governi nazionali, le ONG e le agenzie delle Nazioni Unite che inseriscono giovani nei gruppi di consulenti, sia a livello globale che nazionale. L'UNFPA, per esempio, ha istituito nel 2004 un Youth Advisory Panel (Comitato di consulenza giovanile) inteso come assemblea per la partecipazione dei giovani. Il Comitato consiglia il Fondo sul modo di affrontare i bisogni e i diritti dei giovani all'interno dei piani e dei programmi di sviluppo nazionale che essa sostiene.¹⁸ La International Planned Parenthood Federation (Federazione internazionale per la pianificazione familiare) conta, tra i membri del suo consiglio direttivo, anche alcuni giovani.¹⁹

In Nicaragua la consultazione di adolescenti in tutto il paese, all'interno di un programma sovvenzionato da UNFPA e UNICEF, ha indotto il governo ad adottare una politica seria e completa.²⁰ Il Patto giovanile nazionale stila-

to a Panama nel 1999 ha promosso una serie di impegni pubblici da parte dei candidati presidenziali, e ha contribuito allo sviluppo di un piano nazionale per i giovani sostenuto dall'UNFPA.²¹ Una serie di consultazioni nazionali in Tunisia, svolte ogni cinque anni sotto la guida del presidente della repubblica, ha coinvolto decine di migliaia di giovani. In India l'UNFPA ha collaborato con il parlamento nazionale e con l'UNAIDS per dar vita a una speciale sessione parlamentare giovanile dedicata ad HIV e AIDS che nel 2004 ha visto la partecipazione di circa 3000 studenti. Nel corso di tale sessione speciale, i rappresentanti dei giovani hanno potuto deliberare o avanzare proposte legislative alla presenza dei leader politici più anziani.

Un approccio alla riduzione della povertà fondato sui diritti esige che si presti attenzione alle esigenze dei più vulnerabili e dei più emarginati. Ma la voce dei gruppi di adolescenti emarginati ben di rado riesce a farsi sentire nel corso delle deliberazioni politiche. Con il sostegno dell'UNICEF, alcuni gruppi di giovani vittime di abusi e del traffico di esseri umani, provenienti da baraccopoli e bordelli del Bangladesh, hanno potuto contribuire alla formulazione di un piano nazionale d'azione contro gli abusi sessuali e lo sfruttamento dei minori.²² L'UNFPA ha inoltre sostenuto un'azione pionieristica per dar voce a gruppi particolarmente trascurati ed esclusi, ed estendere anche a loro i programmi di formazione e i servizi riguardanti la salute riproduttiva. Di tali gruppi fanno parte anche i giovani disabili della Giamaica,²³ i giovani rom in Bulgaria, i ragazzi delle minoranze etniche del Laos²⁴ e gli adolescenti indigeni di Panama.²⁵

Eliminare le barriere legislative che impediscono la partecipazione dei gruppi di difesa giovanili, e istituzionalizzare alcuni meccanismi importanti possono essere passi chiave. In Bulgaria, per esempio, alle amministrazioni locali si affiancano dei parlamenti di giovani. In Costa Rica la legge quadro del 2002 sui giovani autorizza l'Assemblea nazionale dei giovani (una rete di comitati locali di giovani) a disegnare una piattaforma nazionale per le politiche giovanili. L'UNFPA ha garantito un forte sostegno alle ampie consultazioni condotte dal sottosegretario per la Gioventù tra i ragazzi di tutto il paese, le quali hanno a loro volta condotto a un intervento politico organico e basato sui diritti avviato dal Costa Rica nel 2003.²⁶ Tra i frutti della Politica giovanile del Mozambico, stilata nel 1996, contiamo il riconoscimento legale delle organizzazioni di giovani e la creazione del Consiglio nazionale per i giovani che ha dato voce, all'interno dei dibattiti governativi, alle 120 organizzazioni giovanili che vi sono rappresentate. Il Kenya ha istituito ufficialmente il Parlamento dei minori, i cui rappresentanti, tutti sotto i 21 anni, fungono da ministri-ombra in ciascun settore governativo.²⁷

Il 65 per cento della popolazione del Nicaragua è sotto i 25 anni e il paese vanta uno dei più elevati tassi di fecondità adolescenziale del continente americano. Appena 6 adolescenti su 10 frequentano la scuola e solo la metà arriva alla scuola superiore. A partire dal 1998 l'UNFPA ha lavorato con partner locali per istituire delle Case (Casas) per adolescenti e giovani in 21 comuni, coprendo il 25 per cento della popolazione adolescente del paese.

Le Casas promuovono i diritti, la coscienza civile e la partecipazione dei giovani, oltre a contribuire all'empowerment delle comunità e al dialogo inter-genera-

zionale. Gli adolescenti ricevono informazioni e formazione su salute riproduttiva, violenza, tossicodipendenza, oltre a formazione professionale, e imparano a discutere dei loro diritti e di salute riproduttiva con la comunità e con i media.

Aver consentito ai giovani di prendere in mano il proprio destino sta dando i suoi frutti. I ragazzi che hanno imparato le tecniche del *peer counselling* (consulenza tra coetanei) e della gestione della *leadership* stanno svolgendo un ruolo più attivo all'interno delle loro comunità. I giovani hanno modificato i loro atteggiamenti nei riguardi di stereotipi di genere e di ruolo, compren-

dendone la dannosità. Tra il 1999 e il 2003 il numero di quanti ricorrono a sistemi per evitare una gravidanza indesiderata è aumentato, passando dal 66 all'83 per cento, e l'uso dei contraccettivi è balzato dal 52 all'80 per cento.

“La Casa del comune per gli adolescenti è un posto in cui mi sento importante, e dove imparo a far sentire importanti anche gli altri... è un posto in cui imparo a organizzare le attività e dove non finisco mai di imparare. In poche parole, è un'opportunità.”

— Michael, adolescente del comune di Estelí

INVESTIRE NEI GIOVANI. Quanti dei giovani di oggi cresceranno fino a diventare cittadini sani e produttivi? Quanti scivoleranno ancora più in basso, nella malattia e nell'indigenza? Trascurare di investire il necessario sui giovani di oggi avrà ripercussioni a lungo termine sulla vita dei singoli, sulla sanità pubblica, sulla sicurezza, sull'andamento demografico, sull'economia e sullo sviluppo.²⁸ Invece, un'azione che affronti oggi le disuguaglianze di genere, la povertà e la mancanza di potere può garantire il futuro. La Task force su Istruzione e uguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio raccomanda di considerare prioritarie, per questi investimenti, le adolescenti che vivono sotto la soglia di povertà.

Quel miliardo e mezzo di giovani che rappresenta il 29 per cento della popolazione nelle regioni in via di sviluppo ha diritto a una quota equa delle risorse.²⁹ Questo argomento assume un peso ancora maggiore nei paesi più poveri, dove maggiore è la percentuale di popolazione giovane;³⁰ nei paesi con elevate disparità strutturali di tipo socio-economico; nei paesi usciti da poco da un conflitto, in cui molti giovani hanno combattuto o hanno perso i genitori.

Investire nei giovani non è soltanto una priorità per avanzare nei settori dei diritti umani e della riduzione della povertà, ma può fruttare anche un “bonus demografico”. Secondo le attuali previsioni, la popolazione dei 50 paesi più poveri del mondo sarà più che raddoppiata entro il 2050, passando dagli 800 milioni del 2005 a 1,7 miliardi di persone.³¹ Grazie a migliori investimenti nella loro istruzione, salute riproduttiva, competenze professionali e opportunità di lavoro, questi giovani potrebbero diventare una fonte di incremento produttivo.³² Permettere alle giovani coppie di decidere quando sposarsi e avere figli significa concedere loro un maggior controllo sulla propria vita e pro-

babilmente avere in futuro famiglie meno numerose con un tasso di crescita demografico a crescita più lenta. Una forza lavoro più numerosa con un minor numero di persone, anziani e giovanissimi che dipendono da altri, costituisce una opportunità unica di investimento e di crescita economica, come hanno scoperto gli stati dell'Est Asiatico (si veda il capitolo 2). Per contro, non rispondere alle esigenze dei giovani rischia di approfondire ancora di più il baratro della povertà e di bloccare per decenni lo sviluppo.

Adeguati investimenti sui giovani possono ridurre il rischio di violenze e disordini civili. La criminalità violenta coinvolge una percentuale spropositata di giovani.³³ Una ricerca basata su dati provenienti da 145 paesi rivela che la presenza di una folta popolazione giovanile maschile, con poche possibilità di studiare e di trovare un lavoro dignitoso, è un fattore che aumenta il rischio di turbative civili e di conflitti armati.³⁴ Investire nell'istruzione può ridurre tale rischio, ma solo quando si creino parallelamente nuovi posti di lavoro in grado di assorbire un gran numero di giovani istruiti.³⁵

Gli investimenti sui giovani non solo portano a una diminuzione dei rischi personali ma fanno risparmiare miliardi di dollari sulla produttività perduta e sulle spese pubbliche dirette – per le conseguenze di abbandoni scolastici, gravidanze precoci, abuso di droghe e alcool, criminalità e HIV/AIDS. Per di più, sono destinati a produrre dividendi a lungo termine per le società e le economie che li adottano.³⁶

La salute riproduttiva nella vita di giovani e adolescenti

Gli accordi internazionali sui diritti umani adottati negli ultimi quindici anni tutelano i diritti e la salute riproduttivi

va degli adolescenti. La Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989, lo strumento sui diritti umani più universalmente accettato, garantisce i diritti di bambini e adolescenti, compresa la libertà dalla discriminazione, dagli abusi e dallo sfruttamento; la partecipazione alle decisioni che li riguardano direttamente; la privacy; la possibilità di accedere a istruzione, informazioni sanitarie e servizi per il loro benessere. Tutti questi diritti hanno implicazioni dirette sulla salute riproduttiva degli adolescenti. Nel 1994, alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, per la prima volta i governi si sono impegnati ad affrontare le esigenze e i diritti degli adolescenti in tema di salute riproduttiva. Nel 1995, alla quarta Conferenza mondiale sulle donne di Pechino, questo impegno è stato ribadito, con un'enfasi particolare sulle ragazze. Il Programma mondiale d'azione per i giovani fino all'anno 2000 e oltre, approntato nel 1995, ha stilato la lista degli interventi prioritari in settori critici che incidono direttamente sul progresso verso gli MDG. I comitati di controllo che verificano il rispetto dei trattati internazionali hanno poi emanato una serie di raccomandazioni sulla salute riproduttiva e sui diritti riproduttivi degli adolescenti, in cui si esprime particolare preoccupazione per la situazione delle adolescenti.³⁷

Diversi stati hanno adottato leggi e azioni politiche riguardanti la salute riproduttiva degli adolescenti. In Albania, i servizi di informazione e assistenza sanitaria per la salute riproduttiva dei minori sono gratuiti.³⁸ Il Kirgizistan tutela il diritto dei giovani all'assistenza sanitaria in campo riproduttivo.³⁹ La legislazione del Benin impone la creazione di servizi per la salute riproduttiva riservati agli adolescenti.⁴⁰ Panama riconosce alle adolescenti incinte il diritto all'assistenza sanitaria, all'informazione sui loro diritti e al proseguimento degli studi.⁴¹ La Colombia tutela oggi in modo specifico il diritto degli adolescenti alla contraccezione – anche per i rifugiati costretti a spostarsi a causa del conflitto nel paese.⁴² Molti paesi prevedono un'età minima per il matrimonio, come richiesto nel 1962 dalla Convenzione sul consenso al matrimonio, l'età minima per contrarre matrimonio e la registrazione dei matrimoni.⁴³ Anche varie leggi e politiche per contrastare il traffico di esseri umani e la violenza di genere, come quelle di Bangladesh, Niger e Filippine, proibiscono i matrimoni in età infantile e il matrimonio forzato per donne e ragazze in cambio di denaro o beni materiali.⁴⁴

Nell'ultimo decennio, l'affermarsi di un movimento mondiale dei giovani e l'epidemia di AIDS hanno contribuito a moltiplicare gli impegni per garantire l'educazione e i servizi necessari alla salute riproduttiva dei giovani. La pressante necessità di far sì che i servizi per la salute riproduttiva siano più accessibili ai giovani e siano in parte gestiti da essi è ampiamente riconosciuta. Le comunità

oggi si impegnano in modo più efficace, per esempio, per eliminare i pregiudizi che tengono gli adolescenti lontani dai servizi per la salute riproduttiva. L'importantissimo ruolo dei genitori viene valorizzato istruendoli sui rischi che potrebbero correre i loro figli, sulle loro esigenze e su quel diritto all'informazione da cui può dipendere il loro benessere e, nel caso dell'HIV, la loro stessa sopravvivenza. "Time with Grandma" (Tempo con la nonna) è un'iniziativa che opera in una regione del Ghana, all'interno della struttura culturale locale, per raggiungere le adolescenti mediante le "regine madri" della loro tradizione. Queste donne, che sono leader nelle loro comunità e modelli per le giovani, ricevono una formazione che insegna loro a educare le generazioni più giovani sulle questioni di salute riproduttiva.⁴⁵

Sono numerosi i governi, le organizzazioni della società civile, i gruppi giovani e le organizzazioni internazionali che lavorano per ampliare l'accesso dei giovani all'assistenza sanitaria riproduttiva. L'UNFPA ha contribuito ad avviare i primi servizi di salute riproduttiva dedicati ai giovani in paesi che vanno dalla Bosnia-Erzegovina alla Repubblica democratica popolare del Laos.⁴⁶ Il programma Reproductive Health Initiative for Youth in Asia (Iniziativa per la salute riproduttiva per i giovani dell'Asia), sostenuto dall'Unione Europea, è volto a promuovere l'empowerment di gruppi di norma trascurati, in un continente che ospita il 70 per cento della popolazione giovane di tutto il mondo in via di sviluppo.⁴⁷ Utilizzando teatro, fumetti, *peer education* (formazione tra pari), giochi e *talk show*, l'iniziativa ha raggiunto i giovani che vivono nelle regioni rurali, gli operatori sessuali commerciali, i bambini e i ragazzi di strada e gli operai delle fabbriche. Gli adulti più influenti, come genitori, capi delle comunità e operatori sanitari, sono stati arruolati per moltiplicare l'impatto dei messaggi. In Cambogia, l'iniziativa raggiunge personalmente oltre 250

21 SALVARE LA VITA DELLE GIOVANI MADRI IN BANGLADESH

A Manikganj, una comunità agricola a 70 km dalla capitale del Bangladesh, l'UNFPA sostiene il ministero della Sanità nel suo piano per rendere accessibili alle donne più povere i Centri di previdenza per madre e figlio. La 25enne Hamida ha dato alla luce l'anno scorso il suo secondogenito nel centro locale finanziato dall'UNFPA: "Prima che questo centro ristrutturasse i suoi servizi, le donne con gravidanze difficili dovevano andare in un ospedale di Dhaka. Qualcuna non faceva in tempo". Racconta di una sua compagna di scuola, sposatasi a 15 anni e rimasta incinta a 16, morta dissanguata sul carro a cavalli che la portava all'ospedale. "Se avesse potuto ricorrere a questi servizi, oggi sarebbe ancora viva".

mila giovani e 1,2 milioni ascoltano il programma radiofonico che essa sponsorizza.⁴⁸

Il programma Y-PEER ha coordinato e moltiplicato l'impatto di quasi 200 progetti di *peer education*, che insieme raggiungono circa 1,7 milioni di giovani in 27 stati dell'Europa orientale e dell'Asia centrale. Y-PEER utilizza comunicazioni via Internet per condividere informazioni, risorse e lezioni apprese, e il suo manuale di formazione alla *peer education* è già stato tradotto in 15 lingue locali.⁴⁹

Negli stati Arabi l'UNFPA ha appoggiato un'iniziativa locale di grande successo, in collaborazione con l'associazione dei Boy Scout e delle Guide (la sezione femminile degli scout), per ampliare l'educazione sanitaria in materia di riproduzione attraverso i loro programmi comunitari di sviluppo. Oltre 4.000 tra guide e boy scout hanno ricevuto una formazione specifica, e la collaborazione con i ministeri della Sanità e dell'Istruzione ha catalizzato ulteriormente l'attenzione verso i bisogni di salute riproduttiva dei giovani.⁵⁰

I programmi su vasta scala, a livello nazionale e regionale, restano però un'eccezione. La maggior parte dei progetti è su piccola scala, e spesso trascura le esigenze di salute riproduttiva della maggioranza degli adolescenti – e in particolare dei più poveri e dei più emarginati.⁵¹

GRAVIDANZE PRECOCI: COSTI E RISCHI. Si calcola che ogni anno siano circa 14 milioni le adolescenti tra i 15 e i 19 anni che danno alla luce un bambino.⁵² Molte altre, mai contate, hanno un figlio quando sono ancora più giovani. Tra le adolescenti nei paesi in via di sviluppo una per-

22 GRAVIDANZA PRECOCE E SOPRAVVIVENZA NEONATALE

Permettere alle adolescenti di posticipare il primo parto salva molte vite. Ogni anno 4 milioni di neonati muoiono entro il primo mese di vita. Molti di loro non ce la fanno perché le loro madri erano semplicemente troppo giovani per partorire: i figli di madri adolescenti hanno una probabilità 1,5 volte maggiore di morire prima di compiere l'anno di vita, rispetto a chi ha una madre meno giovane. Le adolescenti corrono altissimi rischi di partorire prima del termine. Poiché il loro corpo non è di solito ancora perfettamente sviluppato e pronto per il parto, hanno anche maggiori probabilità di un parto complicato da una dilatazione insufficiente. Ancora maggiori sono i rischi per le ragazze più povere, che la malnutrizione condanna a una crescita stentata. Senza un intervento medico, il bambino spesso muore. La possibilità di ricorrere a cure d'emergenza nel caso di complicazioni è fondamentale per la sopravvivenza sia delle giovani madri che dei neonati – e per il conseguimento degli MDG sulla mortalità infantile e materna.

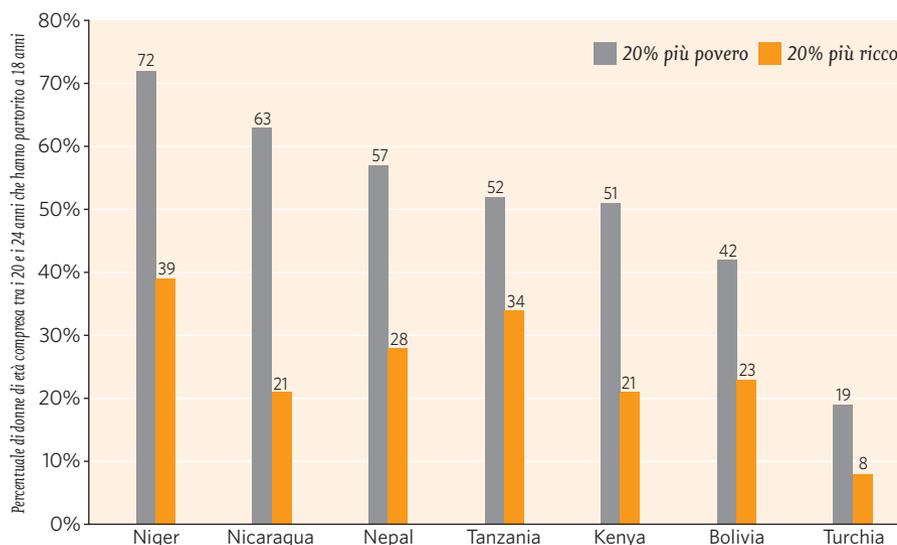
tuale che va da un quarto alla metà diventa madre prima di compiere i 18 anni.⁵³ Il tasso più elevato di fecondità adolescenziale si riscontra nell'Africa sub-Sahariana e nel Sud-Est asiatico.⁵⁴ In base ai dati raccolti in 56 paesi, le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni che provengono dai gruppi più poveri hanno una probabilità tre volte superiore rispetto alle loro coetanee più agiate di partorire durante l'adolescenza e di avere il doppio dei figli nell'arco della vita⁵⁵ (si veda la Tabella 4). Elevati tassi di gravidanze precoci in molti paesi in via di sviluppo sono essenzialmente la conseguenza della pratica dei matrimoni in età infantile.⁵⁶

Le adolescenti tra i 15 e i 19 anni hanno una probabilità doppia di morire durante la gravidanza o il parto rispetto alle donne dopo i 20. Per quelle che non arrivano ai 15 anni, poi, il rischio è cinque volte maggiore.⁵⁷ E per ogni ragazza morta di parto ce ne sono moltissime altre che soffriranno di patologie, infezioni e disabilità latenti, come la fistola ostetrica.⁵⁸ Le fistole si possono curare, se ci sono i servizi medici, e l'UNFPA ha lanciato una campagna mondiale per dare speranza a queste ragazze (si veda la scheda 23).

GRAVIDANZE NON PROGRAMMATE.

Troppe adolescenti affrontano le conseguenze di una gravidanza non pianificata, che cambia per sempre

Tabella 4: Nascite tra le adolescenti più povere e più ricche



Source: Rani M. e E. Lule, "Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis", in *International Family Planning Perspectives*, n. 30 (3):112.

la loro vita. In America Latina e nei Caraibi, per esempio, dal 35 al 52 per cento delle gravidanze in età adolescenziale non sono programmate.⁵⁹ Le ragioni sono le più varie. Tra queste, l'ignoranza sui meccanismi basilari della riproduzione e la mancanza di informazione sui contraccettivi, che contribuisce poi al loro mancato funzionamento. Alcune gravidanze non programmate sono conseguenza di stupri, abusi sessuali e incesto, anche se tale evenienza viene spesso ignorata anche quando in ospedale si presentano ragazzine incinte davvero giovanissime.

Le gravidanze non desiderate si traducono in un numero di aborti a rischio che si valuta attorno ai 5 milioni di casi, ogni anno, tra le adolescenti.⁶⁰ Nell'Africa sub-Sahariana, dove si pratica il 40 per cento di tutti gli aborti a rischio su adolescenti dei paesi in via di sviluppo, i dati raccolti in sette stati mostrano che, di tutte le donne curate per complicazioni conseguenti all'aborto, la percentuale delle adolescenti va dal 39 al 79 per cento.⁶¹ La metà delle 10.000 donne nigeriane che muoiono ogni anno in conseguenza di aborti sarebbero adolescenti.⁶² In Argentina e in Cile, un terzo delle morti materne tra le ragazze tra i 15 e i 19 anni avviene in conseguenza di un aborto mal praticato.⁶³

Proprio come le donne adulte, e come abbiamo visto nel capitolo 4, anche le adolescenti incontrano numerosi ostacoli legati alla differenza di genere nel loro percorso verso l'esercizio di scelte informate nel campo della salute riproduttiva. Tali ostacoli sono aggravati dalla bassa condizione sociale che occupano in quanto giovani. Le adolescenti sono più soggette alla violenza sessuale e alla coercizione. Spesso

esitano a rivolgersi ai servizi sanitari a causa dei pregiudizi o di mancanza di fiducia, finché non si trovano ad affrontare una gravidanza non voluta o le complicazioni, che potrebbero essere mortali, di un aborto praticato in condizioni non sicure. Per di più, hanno pochissimo denaro da spendere per pagare i servizi e i trasporti. Per conseguire gli MDG occorre prestare particolare attenzione alle esigenze di salute riproduttiva specifiche delle adolescenti.⁶⁴

Giovani e HIV/AIDS

Quasi un quarto delle persone che hanno contratto l'HIV ha meno di 25 anni.⁶⁵ Oggi i giovani rappresentano la metà di tutti i nuovi casi. Si calcola che ogni giorno 6000 giovani siano contagiati: uno ogni 14 minuti. La maggioranza di essi sono donne e bambine.⁶⁶ Nell'Africa sub-Sahariana, il 63 per cento delle persone sieropositive nel 2003 aveva un'età compresa tra i 15 e i 24 anni.⁶⁷ Nella Federazione Russa e in altri paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale oltre l'80 per cento dei colpiti da HIV ha meno di 30 anni, e sono in maggioranza uomini giovanissimi.⁶⁸ In queste regioni, così come nel Sud-Est asiatico e in Cina, l'HIV si diffonde principalmente mediante l'assunzione di droga endovena e il sesso a pagamento. Un terzo di tutti i nuovi casi annuali di infezioni curabili a trasmissione sessuale riguarda giovani sotto i 25 anni.⁶⁹

DONNE GIOVANI, MASSIMO RISCHIO. Negli anni ottanta il problema dell'HIV/AIDS riguardava in larghissima misura gli uomini. Ora il volto dell'epidemia è sempre più quello di

23 LA CAMPAGNA SULLA FISTOLA OSTETRICA: RESTITUIRE ALLE ADOLESCENTI VITA E DIGNITÀ

Fatima si è sposata a 14 anni. Poco dopo è rimasta incinta. Dopo sei terribili giorni di travaglio, la giovane nigeriana ha partorito un bambino nato morto. Nei successivi dieci anni, spiega Fatima, "tutta la comunità mi ha rifiutato. Ovunque andassi, ridevano di me".

Fatima è sopravvissuta a una devastante conseguenza del parto nota con il nome di fistola ostetrica: una patologia che si può prevenire e curare con facilità, ma che affligge almeno 2 milioni di donne e ragazze in tutto il mondo. Causata da un travaglio prolungato e difficile, la fistola è una ferita che si forma tra la vagina e la vescica e/o il retto, condannando la donna all'incontinenza cronica. In quasi tutti i casi, il bambino muore. A causa della loro incontinenza, le donne sofferenti di fistola vengono spesso abbandonate dal marito e dalla famiglia, incolpate della loro condizione e ostracizzate dalla comunità. La fistola è un

problema che affligge di solito le ragazze e le donne giovani che vivono nelle regioni rurali più povere e remote, con servizi sanitari inadeguati o semplicemente inesistenti, e le donne che partoriscono a casa senza assistenza specializzata.

Fatima è una delle centinaia di donne giovani e giovanissime che hanno ricevuto cure mediche e chirurgiche grazie alla Campagna globale per eliminare la fistola lanciata dall'UNPFA nel 2003 insieme a un gran numero di partner. La campagna opera in oltre 30 paesi dell'Africa sub-Sahariana, dell'Asia meridionale e degli Stati Arabi, per prevenire il suo insorgere e per la cura di donne e ragazze che ne sono afflitte. Inoltre contribuisce a restituire loro il giusto posto nella società favorendo il loro accesso, durante il decorso post-operatorio e la convalescenza, a corsi di formazione profes-

sionale, alfabetizzazione e *counselling* socio-psicologico. Dopo l'operazione Fatima sorride soddisfatta perché ora "amici e vicini mi invitano ai matrimoni e alle cerimonie per dare il nome ai bambini".

In Nigeria la campagna ha sostenuto nel febbraio 2005 un progetto bisettimanale durante il quale sono state curate 545 donne, e ha tenuto corsi di formazione per decine di medici, infermieri e operatori sociali sull'intervento chirurgico e il decorso post-operatorio. Dopo aver partecipato a una sessione di educazione sanitaria, molti uomini che avevano accompagnato mogli o figlie per essere operate si sono poi impegnati per aiutare altre donne e ragazze: "Anche se dovrò usare i miei soldi, ho intenzione di aiutare altre donne a venire in ospedale". ha detto il nigeriano Muhammadu Abubakar dopo aver accompagnato sua nipote.

una giovane donna. Le donne tra i 15 e i 24 anni sono 1,6 volte più soggette dei loro coetanei all'infezione da HIV. Nell'Africa sub-Sahariana, le giovani che vivono con l'infezione superano i loro coetanei maschi in ragione di 3,6 a 1.⁷⁰ Nei Caraibi, in Medio Oriente e in Nord Africa circa il 70 per cento di tutti i giovani con HIV sono donne.⁷¹

Le donne sono più vulnerabili degli uomini alle infezioni, per motivi biologici, socioculturali ed economici (si veda il capitolo 4), ma le adolescenti e le donne giovani devono affrontare anche altri rischi. L'apparato riproduttivo delle ragazze sotto i 14 anni, per esempio, è più soggetto a lacerazioni perché non ha ancora raggiunto la piena maturità. Questo fa aumentare il rischio di infezioni da HIV e di altre patologie a trasmissione sessuale. Donne e ragazze giovanissime sono particolarmente vulnerabili alla violenza e allo sfruttamento sessuale, e non hanno praticamente alcun potere negoziale nei rapporti sessuali, compreso il diritto di dire "no" e di pretendere l'uso del profilattico. Le pratiche nocive per la salute, come i matrimoni in età infantile e le mutilazioni/taglio dei genitali con strumenti non sterili, le espongono a ulteriori pericoli.

GIOVANI. IL RUOLO DEGLI UOMINI. Una trattazione della vulnerabilità femminile all'HIV non può essere completa senza chiamare in causa gli uomini, il cui comportamento amplifica l'epidemia. Perché gli interventi per prevenire l'epidemia tra le donne abbiano successo, occorre coinvolgere gli uomini. In molti paesi, avere rapporti sessuali con molte donne è indice della virilità di un giovane. Molti giovani sono ad alto rischio di HIV per una quantità di altre ragioni, tra cui l'uso di droga, i periodi di detenzione in carcere e la loro stessa occupazione. Per esempio, la maggior parte dei soldati e dei migranti in cerca di lavoro sono uomini giovani, la cui condizione li strappa alle famiglie e alla partner abituale e spesso li induce a ricorrere al sesso a pagamento. Sono quindi di importanza critica quei programmi, discussi nel Capitolo 6, che consentono ai ragazzi e agli uomini molto giovani di parlare della loro situazione in un ambiente simpatetico, che non li giudichi e che incoraggi invece un senso di parità con le donne.

PREVENZIONE: PIÙ INFORMAZIONE, MEZZI E COMPETENZE. In molti dei paesi più colpiti, una discussione schietta su uguaglianza di genere, prevenzione dell'HIV e argomenti correlati è ancora tabù. Molti studi condotti in tutto il mondo testimoniano un livello allarmante di disinformazione o di assoluta ignoranza sulla malattia, in particolare tra le donne giovani e giovanissime.⁷² Convinzioni errate possono dare ai ragazzi un senso di falsa sicurezza e indurli a sottovalutare i rischi di infezione. Dare ai giovani gli

24 'SUGAR DADDIES' E SOPRAVVIVENZA

La povertà spinge molte donne giovani e giovanissime a prostituirsi per sopravvivere, accettando rapporti sessuali in cambio di denaro o per pagare gli studi o per aiutare la famiglia: avviano, cioè, un rapporto con uno "sugar daddy" (i cosiddetti "paparini"), pratica particolarmente diffusa nei Caraibi e nell'Africa sub-Sahariana. Si tratta in genere di uomini non giovanissimi, sposati e agiati, che mantengono donne più giovani in cambio di prestazioni sessuali. Sempre più spesso cercano ragazze adolescenti, convinti che abbiano meno probabilità di aver contratto l'HIV. Maggiore è la differenza di età e di condizione economica, tanto più improbabile è che si usino i profilattici. Più l'uomo è vecchio, e più tende ad aver avuto molte partner e ad essere quindi più esposto all'HIV.

Gli studi condotti sulle adolescenti incinte nei paesi dell'Africa sub-Sahariana rivelano che il 73 per cento delle ragazze intervistate aveva partner sessuali di oltre trent'anni. Da una ricerca condotta ad Haiti è emerso che un terzo delle adolescenti ha riferito di aver iniziato ad avere rapporti sessuali per necessità economica. Il 95 per cento di loro ha avuto figli da padri diversi, un fatto che aumenta l'esposizione al rischio di HIV per se stesse e per i loro figli. In Kenya, secondo un altro studio, il 47 per cento delle partner degli *sugar daddies* sono adolescenti. Per rispondere a questo problema, alcuni paesi come il Gambia, l'Uganda e lo Zimbabwe hanno lanciato delle campagne per avvertire le ragazze dei rischi che corrono.

strumenti perché siano in grado di optare liberamente per l'astinenza, posticipare il primo rapporto sessuale, respingere proposte sessuali indesiderate, nonché garantire loro accesso ai profilattici e insegnare loro a usarli correttamente e a negoziare rapporti sessuali sicuri possono, tutti insieme, fare la differenza tra la vita e la morte. Anche se la maggior parte delle persone è sessualmente attiva durante l'adolescenza,⁷³ i minori di ambo i sessi incontrano grandi difficoltà per ottenere i profilattici e molti di loro non li sanno usare in modo corretto.⁷⁴ La maggior parte dei giovani non ha accesso a efficaci programmi di protezione.⁷⁵ Sono poi indispensabili programmi di miglior qualità, compresi quelli che affrontano il problema della povertà e di quegli stereotipi di genere che contribuiscono pericolosamente alla diffusione dell'epidemia.

LAVORARE CON I GIOVANI PER ARRESTARE L'EPIDEMIA.

L'importanza di un'azione di prevenzione dell'HIV tra i giovani è stata messa meglio a fuoco dopo la Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo del Cairo. Durante la Sessione Speciale su HIV/AIDS dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 2001, per esempio, i giovani sono stati riconosciuti come gruppo prioritario per la prevenzione.⁷⁶ Lavorare con i giovani può essere altrettanto importante che lavorare per loro. L'UNFPA e il Programma

congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS) sponsorizzano la Coalizione mondiale dei giovani su HIV/AIDS, una rete di circa 600 leader giovanili di 66 paesi diversi.⁷⁷ Nel 2003 l'UNFPA ha lanciato l'iniziativa Global Youth Partners per conferire ai giovani delle regioni in via di sviluppo l'empowerment necessario a migliorare la prevenzione dell'HIV attraverso la tutela legale e il dialogo con i detentori del potere decisionale.⁷⁸

Esempi di attivismo giovanile, e di comunità, organizzazioni e governi che operano perché questa epidemia cessi di nuocere ai giovani, abbondano ovunque. Nella Federazione Russa l'UNFPA sostiene *Juventa*, un innovativo programma per le amministrazioni locali, con 12 ospedali nella sola San Pietroburgo. Grazie a una linea verde telefonica riservata, a servizi medici e formativi, e a legami con i programmi di occupazione per la gioventù emarginata, questi ospedali dedicati ai giovani, inaugurati per la prima volta nel 1993, oggi raggiungono 240.000 ragazzi all'anno. I loro "medici di fiducia" forniscono consulenza socio-psicologica e servizi anche alle persone che svolgono attività di prostituzione.

Mass media e mondo dello spettacolo sanno benissimo come catturare l'attenzione dei giovani e come inserire i messaggi che vogliono in un *format* attraente. In Sudafrica, il programma *Lovelife* ha avviato una innovativa campagna multimediale volta a raggiungere i ragazzi dai 12 ai 17 anni prima che inizino una vita sessuale attiva.⁷⁹

Un'iniziativa multimediale del Nicaragua, nota come "Sesto senso", si serve della radio, di una *soap opera* televisiva con protagonisti giovanissimi e di materiale stampato sui diritti dei ragazzi. Ascolti e diffusione sono ai primi posti delle classifiche tra il pubblico sia giovane che adulto.⁸⁰ Il programma di MTV "Staying Alive" è l'iniziativa mediatica mondiale anti-HIV/AIDS più grande del mondo, con 166 paesi e territori raggiunti. La campagna del 2004, dedicata a donne e ragazze, è stata sostenuta da UNFPA, UNAIDS, Banca mondiale, Family Health International e Kaiser Family Foundation.⁸¹

OCUPAZIONE E REDDITO: CHIAVI DELLA PREVENZIONE.

Povertà e discriminazione di genere sono alla radice di molti contagi da HIV perché limitano le possibilità di scelta dei giovani. Quando una persona ha poche alternative e ancor meno speranze per il futuro, le sue possibilità e motivazioni per intraprendere azioni che possano proteggerla contro l'HIV, al di là dell'autoconservazione e della sopravvivenza quotidiana, sono estremamente limitate. Fornire agli adolescenti le competenze e le risorse di cui necessitano per mettere insieme un reddito dignitoso e migliorare le proprie prospettive, è un importante contributo per porre un freno all'epidemia.

Esistono iniziative innovative che affrontano le dimensioni della povertà e della differenza di genere nella diffusione dell'HIV. Save the Children UK ha introdotto in Mali una forma di microcredito riservato alle adolescenti delle aree rurali per impedire la loro migrazione nelle aree urbane alla ricerca di posti di lavoro come domestiche. Con il sostegno del Consiglio per la popolazione e di CARE, molte adolescenti che vivono nelle baraccopoli dell'India hanno potuto acquisire valide competenze per inserirsi nel mercato del lavoro, hanno iniziato a mettere da parte un po' di denaro e hanno guadagnato molta stima di sé.⁸² Un programma governativo in Benin unisce la formazione professionale a corsi sulla prevenzione dell'HIV e delle gravidanze indesiderate.

In Senegal UNFPA, UNICEF e Organizzazione mondiale della sanità (OMS) hanno contribuito all'educazione di circa 10.000 donne giovani e giovanissime, ponendo l'accento sull'alfabetizzazione, la discriminazione di genere e i diritti umani, i servizi per la salute riproduttiva, le attività generatrici di reddito, l'alfabetizzazione informatica e l'uso dei computer.⁸³ In Mozambico un programma su larga scala noto come *Geração Biz* ha messo insieme ministeri, agenzie delle Nazioni Unite e donatori privati per consentire ai giovani senza casa un miglior accesso alla salute riproduttiva, ai programmi di prevenzione dell'HIV e a migliori opportunità di formazione e di occupazione.⁸⁴

L'UNESCO finanzia programmi integrati per le adolescenti più povere del Sud dell'Asia che coprono alfabetizzazione, salute riproduttiva e HIV/AIDS, educazione legale, formazione imprenditoriale e microeconomia. Un programma scientifico imperniato su sanità di base, acqua potabile e sicura, agricoltura e fonti di energia rinnovabile ha curato la formazione di 4250 ragazze adolescenti in 176 villaggi: il 10 per cento di esse oggi ha trovato lavoro o ha avviato una micro-attività in proprio.⁸⁵

Matrimoni precoci

La maggior parte degli stati fissa a 18 anni l'età minima per sposarsi, ma il consenso dei genitori e le tradizioni locali spesso consentono di aggirare la legge.⁸⁶ Nonostante le sanzioni contro i matrimoni precoci, nei prossimi dieci anni si calcola che si sposteranno oltre 100 milioni di ragazze minorenni.⁸⁷ Per quanto globalmente diminuita nel corso degli ultimi 30 anni, questa pratica è tuttora comune tra i più poveri tra i poveri e nelle regioni rurali.⁸⁸ È presente soprattutto in Asia meridionale e in Africa occidentale e centrale.⁸⁹ Laddove le ragazze sono percepite come un problema economico, il loro matrimonio può diventare parte della strategia di sopravvivenza di una famiglia. Oltre due terzi delle adolescenti si sposano in Bangladesh, Niger e nella Repubblica Democratica del

A partire dal 2000 i giovani sono stati particolarmente attivi nella battaglia per la prevenzione dell'HIV in quattro paesi gravemente colpiti dal flagello, grazie alla African Youth Alliance (AYA) guidata insieme da UNFPA, Pathfinder International e PATH e sostenuta da un generoso finanziamento della Bill and Melinda Gates Foundation. Il programma impegna le comunità locali e i leader culturali e religiosi nella costruzione di un ambiente favorevole all'uguaglianza di genere e alla salute riproduttiva. Le valutazioni condotte hanno dimostrato che l'AYA ha incrementato la conoscenza dell'AIDS, delle infezioni a trasmissione sessuale e dei problemi della salute riproduttiva tra i giovani, e ha conferito loro una maggior sicurezza nel pretendere l'uso del profilattico. L'enfasi del programma su un'impostazione dei servizi sanitari più aperta ai giovani ha portato a uno straordinario incremento nel loro utilizzo, con due milioni di giovani utenti tra il 2003 e il 2004, 17.000 dei quali hanno chiesto *counselling* e test per l'HIV.

L'iniziativa ha stimolato cambiamenti a diversi livelli, in particolare nei rapporti di genere. In Botswana 36 organizzazioni religiose hanno riconosciuto nella salute riproduttiva degli adolescenti la strategia centrale di una più ampia risposta delle chie-

se alla tragedia dell'HIV/AIDS. Il ministero dell'Istruzione pubblica sta rivedendo i regolamenti che prevedono l'espulsione dalla scuola delle ragazze incinte. L'AYA ha poi promosso una campagna contro la violenza sessuale con i circoli scolastici, "War Against Rape" (Guerra allo stupro). In Ghana una innovativa iniziativa paralegale dell'AYA basata sulle comunità locali ha risolto casi di stupro, violenza domestica, traffico di minori, matrimoni precoci e sequestro di ragazze adolescenti. Grazie al Pregnant and Parenting Teen Centre (Centro per futuri genitori e genitori adolescenti) oltre 300 ragazze hanno ricevuto una formazione pratica per affrontare i problemi della vita.

Nella Repubblica Unità di Tanzania l'AYA ha portato a un incremento nel numero delle giovani che ricorrono ai servizi per la salute riproduttiva, organizzando partite di calcio femminile: prima della gara si svolgevano sessioni informative sulla prevenzione dell'HIV. Grazie alle campagne nazionali condotte dalla stazione radio Clouds FM è stato assunto uno studio legale che si occupa di portare i casi di abuso sui minori in tribunale. Una serie di dibattiti ampiamente pubblicizzati sull'impatto dei matrimoni precoci ha ottenuto dal governo un'ordinanza che impone alle scuole di consentire il rientro delle

ragazze non ancora diciottenni dopo il parto. A Zanzibar i parlamentari hanno preteso la revoca di un decreto che mandava in carcere le ragazze incinte.

In Uganda, leader anglicani e musulmani hanno dichiarato pubblicamente il loro appoggio a test e consulenze volontarie sull'HIV e all'uso dei profilattici per le giovani coppie sposate. L'enfasi posta sulla disponibilità e la confidenzialità dei servizi ha incoraggiato i giovani a chiedere di sottoporsi ai test. Le comunità cristiane e musulmane ora stanno costringendo al rispetto dell'età minima di 18 anni per contrarre matrimonio, con l'obbligo per le ragazze di presentare il certificato di nascita. Il re di Busoga ha imposto il reintegro delle giovani madri nel sistema scolastico.

"Non avevo mai avuto l'opportunità di essere ascoltata, compresa e apprezzata prima dell'AYA. Quando vivi in un ambiente che ti priva dei tuoi diritti fondamentali e ti discrimina perché sei troppo giovane, ti occorre una piattaforma per dar voce ai tuoi pensieri, e l'AYA è più di questo. Mi ha insegnato a difendere i miei diritti ma soprattutto i diritti degli altri giovani, soprattutto delle ragazze..."

— Ngasuma Kanyeka, giovane donna della Repubblica Unità di Tanzania

Congo, e più della metà in Afghanistan, India e Nigeria.⁹⁰ In sei stati dell'Africa occidentale circa il 44 per cento delle donne si è sposata prima di compiere 15 anni.⁹¹

UN'ESPERIENZA DI PAURA E INCERTEZZA. Se i genitori sperano di proteggere la sicurezza economica e personale delle ragazze attraverso il matrimonio, spesso questo produce invece l'effetto contrario. Il matrimonio segna spesso la fine della loro istruzione. Un'analisi globale ha dimostrato che le ragazze dotate solo di istruzione elementare, o anche meno, hanno più probabilità di sposarsi entro l'adolescenza.⁹² Per molte ragazze il matrimonio è costellato di paura e incertezza. La decisione è presa per loro conto e spesso ne vengono informate poco prima del giorno delle nozze. Dopo la cerimonia, la ragazza deve di norma trasferirsi a casa del marito, a volte in un altro villaggio, lontano dai genitori e dall'ambiente familiare, dove riceve forti pressioni perché abbia dei figli. Queste donne descrivono di solito la loro prima esperienza coniugale come disgustosa o dolorosa e frequentemente parlano di uso della forza.⁹³

RAGAZZE RIFUGIATE: CRESCE IL RISCHIO DI MORTALITÀ MATERNA E DI HIV/AIDS. Nonostante il gran numero di adolescenti sposate, le politiche e i programmi sanitari spesso trascurano di affrontare la loro vulnerabilità all'HIV o le loro altre esigenze di salute riproduttiva. Gli studi condotti in Kenya, Uganda e Zambia confermano che tra le adolescenti sposate i tassi di infezione da HIV sono più alti rispetto alle loro coetanee non sposate, ma sessualmente attive.⁹⁴ A questi problemi si aggiungono isolamento e senso di impotenza. Le mogli giovanissime hanno spesso un'autonomia e una libertà di movimento estremamente limitate. Talvolta non sono in grado di ricorrere all'assistenza sanitaria per la distanza dai servizi, il costo eccessivo o perché hanno bisogno del permesso del marito o dei suoceri. Queste barriere possono aggravare i rischi di mortalità materna e di patologie nelle adolescenti incinte.

Mettere fine ai matrimoni precoci è strettamente correlato al conseguimento degli MDG. I matrimoni precoci negano alle ragazze l'istruzione e l'opportunità di realizzare appieno il loro potenziale. Le adolescenti sposate

hanno scarsissimo potere di influire sulle decisioni riguardanti la nascita dei figli o la contraccezione, con le implicazioni che tali decisioni hanno per il miglioramento della salute e la sopravvivenza neonatale, e per la riduzione di mortalità materna, HIV, elevati tassi di fecondità e povertà. Se in Bangladesh si innalzasse di cinque anni l'età media del primo parto, la crescita demografica scenderebbe del 40 per cento,⁹⁵ il che incrementerebbe le possibilità del paese di ridurre la povertà e avviare uno sviluppo sostenibile.

Riconoscendo i diritti delle adolescenti e le implicazioni per la riduzione della povertà, l'UNFPA e i suoi partner hanno lanciato nel 2004 un'iniziativa globale per porre fine ai matrimoni precoci.

Giovani e occupazione

Tra gli obiettivi specifici inclusi negli MDG c'è quello di ampliare l'accesso dei giovani a "un lavoro dignitoso e produttivo".⁹⁶ Considerato che metà della popolazione mondiale tra i 15 e i 24 anni è disoccupata, la sfida è imponente,⁹⁷ soprattutto nei paesi più poveri dell'Asia, dell'Africa sub-Sahariana e del Medio Oriente dove la popolazione giovane è in continuo aumento.⁹⁸ I tassi più alti di disoccupazione giovanile si riscontrano nell'Africa sub-Sahariana, la regione più povera del mondo.⁹⁹ Inoltre, quando riescono a trovare un lavoro, i giovani sono spesso intrappolati in impieghi a basso reddito con pochissime opportunità di migliorare le proprie competenze. La maggior parte di questi posti di lavoro appartiene all'economia informale, dove lo stipendio è troppo basso per permettere di superare la soglia della povertà.¹⁰⁰ Nonostante il massiccio ingresso delle donne giovani nella forza lavoro nel corso degli ultimi trenta anni, il tasso di disoccupazione supera nel loro caso quello degli uomini in tutte le regioni in via di sviluppo – con l'eccezione dell'Asia orientale e dell'Africa sub-Sahariana.¹⁰¹

BAMBINI E ADOLESCENTI AL LAVORO: FATICA E SFRUTTAMENTO. L'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) raccomanda un'età minima di 16 anni per entrare nel mondo del lavoro, ma ammette che questo limite non si può sempre imporre negli ambienti rurali, dove la sopravvivenza economica della famiglia dipende anche dal lavoro dei membri più giovani.¹⁰² Sono circa 352 milioni i bambini e adolescenti, tra i 5 e i 17 anni, che nel 2000 erano economi-

camente attivi, e 171 di loro lavoravano in situazioni pericolose.¹⁰³ In Etiopia la metà circa dei ragazzi tra i 10 e i 14 anni sono economicamente attivi, in Bangladesh oltre un terzo.¹⁰⁴ L'AIDS è una delle principali cause dell'aumento del lavoro minorile nell'Africa sub-Sahariana, dove il 29 per cento – la percentuale più alta del mondo – dei bambini tra 5 e 14 anni già lavora. La maggioranza di questi giovani lavoratori ha visto morire di AIDS uno o entrambi i genitori.¹⁰⁵

In molti paesi in via di sviluppo ragazze e donne giovanissime vengono mandate a servizio presso famiglie più agiate per contribuire al reddito familiare. La maggior parte di loro è costretta a rinunciare all'istruzione, a uno stipen-

dio equo e a condizioni di lavoro dignitoso. Molte rischiano abusi sessuali e fisici, di cadere vittima di traffici all'interno del loro paese o all'estero.¹⁰⁶ L'UNICEF ha calcolato che vi siano 5 milioni di collaboratrici domestiche che lavorano nell'Asia meridionale, e la maggior parte sono praticamente bambine. Circa una bambina su 5 sotto i 14 anni lavora come domestica in India; solo a Dhaka, in Bangladesh, sono 300.000.¹⁰⁷

AUMENTARE I POSTI DI LAVORO

DIGNITOSI. Il lavoro giovanile è oggetto di sempre maggiori attenzioni. Nel 2002 è stata lanciata la

Campagna del Summit per l'occupazione giovanile (Youth Employment Summit, YES), sostenuta dall'UNFPA insieme ad altri partner. YES è imperniata sul potenziamento delle capacità imprenditoriali e sulle opportunità di lavoro in proprio per i giovani. In 60 paesi sono state realizzate reti nazionali con il compito di individuare strategie in questo senso grazie al supporto internazionale: il Youth Employment Network (Rete per l'occupazione giovanile), una collaborazione tra Banca Mondiale, ILO e ONU, sta aiutando 10 stati pilota a sviluppare piani d'azione per lo sviluppo dell'occupazione giovanile.¹⁰⁸

Coltivare le energie, il potenziale e la responsabilità civile dei giovani costituisce un'opportunità inestimabile per favorire la diffusione dell'uguaglianza di genere e lo sviluppo economico. Non investire adesso sui giovani rischia di incidere negativamente nel tempo, sia sulle condizioni socio-economiche che sulla sicurezza nazionale e sul controllo demografico. Le politiche sviluppate dagli stati nazionali e dalla comunità internazionale porteranno benefici non soltanto a questa generazione, ma anche alla prossima ondata di bambini che entreranno nell'adolescenza nel 2015.

“Mi sono sposata a 12 anni e ho avuto un figlio due anni dopo. Ho avuto molti problemi perché ero troppo giovane. Non volevo sposarmi”.

— Bangladesh

“Prima dei dieci anni sono stata promessa a un uomo... Quando venne il momento sono stata consegnata alla famiglia di mio marito e quando l'ho visto mi sono accorta che era più vecchio di mio padre”.

— Burkina Faso

Da “Bambine per troppo poco tempo: voci di adolescenti sposate” (video), UNFPA



6 Coinvolgere ragazzi e uomini

“Per realizzare un rapporto armonioso tra uomini e donne servono dei cambiamenti nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nel comportamento, sia degli uni che delle altre. Gli uomini hanno un ruolo determinante per il raggiungimento della parità di genere poiché, nella maggioranza delle società, gli uomini esercitano un potere preponderante in quasi ogni sfera della vita, dalle decisioni personali in merito alle dimensioni della famiglia alle decisioni politiche e programmatiche che vengono prese a tutti i livelli di governo. È essenziale migliorare la comunicazione tra uomini e donne in tema di sessualità e di diritti riproduttivi e la comprensione delle loro responsabilità condivise, in maniera che uomini e donne siano partners paritari sia nella vita pubblica che in quella privata”.

— Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo - paragrafo 4.24

In passato le strategie di sviluppo tendevano a mettere l'accento solo sugli uomini o solo sulle donne, raramente su entrambi. Per decenni l'assistenza allo sviluppo ha preso la forma di forniture di tecnologie, finanziamenti e corsi di formazione destinati agli uomini. Dall'inizio degli anni settanta gli analisti hanno però messo in evidenza la necessità di rivolgere una maggiore attenzione alle donne come agenti di sviluppo.¹ L'effetto iniziale è stato di convogliare una maggiore quantità di risorse verso le donne e, in un secondo tempo, di concentrare l'attenzione, in un senso più lato, sulle dinamiche e sulle disparità di genere. Nel corso del tempo lo stesso movimento per la parità di genere ha a sua volta subito un'evoluzione simile, da un iniziale accento sulle sole donne fino al riconoscimento della necessità di coinvolgere nel processo gli uomini.

Nel 1994 la Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo è stata la prima a lanciare un appello a tutti i paesi perché promuovessero la partecipazione degli uomini alla battaglia per la parità di genere e ne incoraggiassero il coinvolgimento e la condivisione della responsabilità in tutti gli aspetti della vita familiare e della salute riproduttiva. Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, MDG) riservano una scarsa attenzione esplicita al ruolo degli uomini, anche se emerge la necessità di coinvolgerli nella realizzazione di detti obiettivi. In teoria gli uomini, soprattutto quelli emarginati a causa della povertà o di altre circostanze, hanno bisogni e diritti che meritano una maggiore attenzione. In pratica, gli uomini esercitano un potere preponderante in tutti i settori della vita pubblica e privata. La loro collaborazione è essenziale non solo nella sfera della vita domestica e comunitaria, ma anche sul più ampio terreno della politica, della finanza e del governo nazionali. La parità di genere, e le trasformazioni sociali che ne derivano, sono più facilmente

raggiungibili laddove gli uomini riconoscono che le vite di uomini e donne sono interdipendenti e che l'empowerment delle donne comporta vantaggi per tutti.

Il ruolo degli uomini nell'attuazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio

La partecipazione degli uomini è determinante per il raggiungimento della parità di genere e può influenzare tutti gli altri Obiettivi di sviluppo del Millennio sia direttamente che indirettamente. Il coinvolgimento degli uomini costituisce una strategia importante per far avanzare la salute e i diritti riproduttivi delle donne, che sono così strettamente legati agli MDG. L'epidemia di AIDS mette chiaramente in evidenza il ruolo determinante degli uomini: in mancanza di un vaccino o di una cura, i cambiamenti nel comportamento dei maschi sono essenziali per impedire la diffusione dell'HIV. Gli uomini svolgono un ruolo decisivo in molti altri sensi. Spesso sono i mariti che prendono le decisioni in fatto di pianificazione della famiglia, in merito alle attività economiche della moglie e all'impiego delle risorse familiari, tra cui le spese mediche e scolastiche. Queste decisioni influenzano il benessere e le prospettive dell'intera famiglia. L'attenzione e il sostegno di un marito informato contribuiscono a ridurre i rischi connessi a gravidanza e parto e possono determinare la differenza tra vita e morte in caso di complicazioni, laddove una donna necessiti di cure mediche immediate.

Padri partecipi possono svolgere un ruolo importante nell'affetto, la cura e l'accudimento dei figli. Spesso sono la principale fonte di sostentamento della famiglia. I ricercatori hanno incominciato ad analizzare i legami che esistono tra assenza del padre e povertà. Lo sviluppo psicologico, sociale e cognitivo dei bambini può risultare danneggiato dall'abbandono del padre e dalla mancanza di sostegno affettivo e materiale.² I padri che trascurano le

proprie responsabilità finanziarie lasciano le donne con bambini più esposte al rischio di povertà.³A volte le madri sono costrette a portare, o a mandare, i propri figli a lavorare invece che a scuola.⁴ Ricerche condotte in Centro America e negli Stati Uniti hanno messo in evidenza che le ripercussioni per l'abbandono o la trascuratezza del padre vanno da scarse prestazioni scolastiche all'interruzione degli studi - per consentire l'ingresso precoce nella forza lavoro per aiutare la famiglia a sbarcare il lunario - a gravidanze in adolescenza, all'abuso di alcool e droghe. Negli Stati Uniti i bambini senza padre sono più inclini al suicidio.⁵

I molti vantaggi di un coinvolgimento partecipe del padre nella vita familiare rendono ancora più urgente l'attuazione di politiche mirate ed efficaci in questo campo. Le norme e le istituzioni sociali che attribuiscono alle donne la responsabilità principale del benessere e dell'accudimento dei figli possono scoraggiare gli uomini dall'assumere un ruolo attivo nella gravidanza e nel parto. Invece questo coinvolgimento precoce contribuisce al ruolo e alle responsabilità successivi del padre.⁶

Le aspettative di genere possono anche impedire agli uomini di arricchire la vita dei loro figli e la propria: alcuni studi confermano che a molti uomini la paternità dà un maggiore benessere e un senso di utilità e di realizzazione. Alcuni studi hanno evidenziato che la paternità può determinare negli uomini una riduzione del comportamento delittuoso e di altri tipi di comportamenti a rischio.⁷ Inoltre, i padri con un atteggiamento più attento alla parità di genere e con comportamenti più responsabili per quanto riguarda l'allevamento dei figli hanno maggiori probabilità di tramandare quei valori ai propri figli e alle proprie figlie e di passare un tempo maggiore con loro.⁸

L'impatto sugli uomini

Anche se la vita di uomini e donne è condivisa, le loro aspettative, opportunità e comportamenti spesso differiscono notevolmente. La comprensione di queste differenze è essenziale al momento di concepire politiche e programmi efficaci. Gli uomini non possono essere considerati un gruppo omogeneo: le norme di genere variano a seconda di un'ampia gamma di fattori socio-economici, culturali, etnici e di altro tipo, sia tra una società e l'altra che all'interno dello stesso contesto sociale.⁹ Ciononostante, l'ideale di virilità è perlopiù associato al coraggio, alla forza, all'indipendenza e all'attività sessuale.¹⁰

Fin dalla più tenera età ai maschi si insegna, in modi sia taciti che espliciti, il comportamento ideale che le loro madri, i loro padri, i loro coetanei e la società si aspettano da loro in quanto futuri uomini. Questo ideale di come "essere un uomo" finisce per condizionare gli atteggiamenti e il comportamento di ragazzi e uomini. L'idea societaria di virilità è legata all'identità, al senso di appartenenza e alla stima di sé. Dove un certo ideale di virilità è dominante, è probabile che venga trasmesso innanzitutto in seno alla famiglia e poi rafforzato dalla comunità, dagli altri uomini e donne, dall'opinione dei leader e dai mezzi di informazione. Di conseguenza, ragazzi e uomini subiscono pressioni che li spingono a identificarsi con quell'ideale. Spesso interiorizzano le aspettative e i comportamenti che si associano a quell'ideale, a costo di arrecare un danno a sé stessi e ad altri. Le aspettative della società possono anche condizionare la capacità degli uomini di immaginarsi compagni affettuosi, non violenti e responsabili.¹¹

Il modello maschile dominante, che pretende che gli uomini abbiano successo economico e siano in grado di esercitare controllo e autorità, condiziona il modo in cui questi ultimi si rapportano alla moglie, ai figli e agli altri uomini e donne. Ad esempio, la disoccupazione può penalizzare la capacità di un uomo di dimostrare che è in grado "di guadagnarsi il pane". Alcuni uomini scelgono perciò di emigrare alla ricerca di lavoro, anche se questo significa lasciare il proprio ambiente, la famiglia e gli amici. Quando le loro aspirazioni sono frustrate da una mancanza di opportunità o quando si ritrovano lontani dalla famiglia in posti a loro estranei, alcuni possono cercare gratificazione nell'alcool, nelle droghe o in incontri sessuali a rischio. Nell'Europa Orientale il calo dell'aspettativa di vita degli uomini è stato attribuito allo stress e alla depressione provocati dalla mancanza di lavoro nelle economie di transizione. Il loro disagio si è manifestato in un alto tasso di alcoolismo, in violenza domestica, suicidi e malattie cardiovascolari.¹²

Molte società giustificano tacitamente gli uomini che hanno comportamenti a rischio o ricorrono alla violenza per esercitare la loro autorità. Spesso ragazzi e uomini crescono con un'idea di accettazione della violenza come normale comportamento maschile, come strumento per mostrare la loro virilità e per difendere il loro "onore". Questo risulta in alti livelli di violenza, sia tra gli uomini che contro le donne. Può capitare che i ragazzi si familiarizzino con la violenza in seno alla propria famiglia, nella forma di abusi domestici.

"Ora capisco quanto sia importante che noi padri insegniamo ai nostri figli maschi a rispettare le loro madri e le loro sorelle e che dobbiamo fornire uguali opportunità alle nostre figlie."

— Uomo anziano del Laos, che ha partecipato a un corso di formazione sulla differenza di genere, finanziato da Unione Europea/UNFPA, Iniziativa a favore della salute riproduttiva per i giovani in Asia (RHIYA) a Luang Namtha

I giovani uomini che spesso perpetrano violenza, ne sono anche le vittime principali: in alcuni paesi latinoamericani, i maschi adolescenti (tra i 15 e i 19 anni) rappresentano il 69 per cento delle vittime di omicidi.¹³ Ricerche condotte in diversi paesi indicano che almeno il 10 per cento dei giovani uomini è stato oggetto di approcci sessuali indesiderati e di abusi sessuali in giovane età. Inoltre, i giovani uomini spesso hanno rapporti sessuali forzati con amiche, fidanzate o partner sessuali occasionali, stando a quanto emerge da alcune ricerche svolte in Messico, Nigeria, Perù e Sudafrica. Una percentuale significativa di giovani maschi in Cambogia, Perù e Sudafrica ha ammesso di aver partecipato attivamente a stupri di gruppo.¹⁴ Per aiutare i giovani uomini ad evitare comportamenti dannosi di questo genere è innanzitutto necessario capire i fattori sociali, culturali ed economici correlati che li spingono a comportarsi così.

LA VITA SESSUALE E RIPRODUTTIVA DEGLI UOMINI. Per molto tempo gli studi sulla popolazione e la salute riproduttiva, a differenza di altri settori dello sviluppo, sono stati incentrati quasi esclusivamente sulle donne, in particolare sulla loro fecondità e sulla loro vita riproduttiva.¹⁵ Pochissime sono state le informazioni raccolte sugli uomini. Il risultato è che pochi sono i servizi e i programmi di salute riproduttiva che tengono conto delle specifiche esigenze e prospettive degli uomini. Ciononostante, i risultati dei sondaggi nazionali su uomini tra i 15 e i 54 anni effettuati negli ultimi dieci anni in 39 paesi in via di sviluppo permettono ora una migliore comprensione del comportamento sessuale maschile e delle modalità con cui si differenzia da quello delle donne.¹⁶

I dati rivelano che l'età dell'iniziazione sessuale degli uomini tende a essere più precoce di quella delle donne e che hanno un maggior numero di partner sessuali, sia al di fuori che all'interno del matrimonio.¹⁷ Il matrimonio è relativamente raro tra gli uomini che hanno poco più di vent'anni o ancora più giovani. Ciononostante, i giovani uomini tendono ad avere un maggior numero di partner sessuali degli uomini più adulti, il che indica l'esigenza di destinare una particolare attenzione a questa fascia della popolazione per la prevenzione dell'HIV. In quasi tutti i paesi in via di sviluppo in cui è stato condotto il sondaggio, la maggioranza degli uomini tra i 20 e i 24 anni indica una data di inizio dell'attività sessuale anteriore al compimento dei 20 anni. Anche se questo dato varia in maniera significativa da regione a regione, in alcuni paesi fino a un 35 per cento indica una data di inizio dell'attività sessuale anteriore al compimento dei 15 anni.¹⁸

La salute riproduttiva e la contraccezione restano una responsabilità principalmente femminile. Una grande per-

26 UOMINI IN TRANSIZIONE IN CENTRO AMERICA

Una ricerca sulla paternità condotta dall'Università del Centro Americana col sostegno dell'UNFPA ha identificato i fattori che influenzano il ruolo degli uomini come padri. Sono stati presi in esame 4.790 tra padri, altri uomini e donne in Costa Rica, Salvador, Honduras e Nicaragua. Tre le tipologie emerse.

"Gli uomini tradizionali" (51 per cento degli uomini intervistati): ritengono che gli uomini si situano "per natura" in cima alla scala gerarchica familiare. Si vedono come chi procura il denaro e dispensa la disciplina, se necessario con la forza. Pensano che l'affetto e la comprensione nei confronti dei figli possa intaccare la loro autorità e il rispetto a loro dovuto, e considerano accettabili i rapporti sessuali al di fuori del matrimonio (da parte del marito). Tendenzialmente, si tratta di uomini di 50 o più anni, poveri, analfabeti o con un'istruzione minima, residenti in zone rurali.

"Gli uomini moderni" (39 per cento): sono affettuosi con i propri figli e condividono la responsabilità di allevarli, anche in caso di separazione della coppia. Respingono l'uso della violenza, considerano la contraccezione come una responsabilità da condividere e sostengono il ruolo delle donne al di fuori della sfera domestica. La maggior parte ha tra i 20 e i 49 anni, istruzione secondaria o superiore ed è residente in città. Molti degli uomini "moderni" o "in transizione" sono padri in età più giovane, al corrente di idee e norme nuove in fatto di parità di genere, condivisione delle responsabilità familiari e partecipazione alla salute e ai diritti riproduttivi delle donne.

"Uomini in transizione": il restante 10 per cento si situa all'incirca nel mezzo. Esprimono concetti di identità maschile incerti e a volte conflittuali.

Gli atteggiamenti più rispettosi della parità di genere sono strettamente legati a più alti livelli di istruzione. Questo conferma la ricerca condotta dalla Commissione economica per l'America Latina e i Caraibi, la quale indica che il completamento di studi secondari è determinante per la riduzione della povertà e per le trasformazioni sociali ed economiche necessarie per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio.

centuale di uomini sposati tra i 25 e i 39 anni, soprattutto nell'Africa sub-sahariana, dichiara di non avere discusso la pianificazione familiare con le loro partner. I metodi maschili - i preservativi e la vasectomia - rappresentano solo una piccola percentuale dei contraccettivi utilizzati a livello mondiale, tranne che in alcuni paesi industrializzati e in Cina.¹⁹

La percentuale di uomini tra i 15 e i 49 anni che sa che l'uso del preservativo previene l'HIV varia enormemente: dal 9 per cento in Bangladesh all'82 per cento in Brasile. L'uso del preservativo è in aumento in molti paesi, soprattutto tra gli uomini sessualmente attivi che hanno un livello d'istruzione più alto e quelli che vivono nelle zone urbane. Questo dato può avere a che fare con la reperibilità: meno della metà degli uomini che vivono nelle zone rurali

di Chad, Guinea, Mozambico e Niger erano al corrente di una fonte per procurarsi dei preservativi.²⁰

Un'inquietante percentuale di uomini affetti da infezioni sessualmente trasmissibili non ne informano le proprie partner sessuali. In alcuni paesi in via di sviluppo almeno 3 uomini su 10 di età compresa tra i 15 e i 54 anni non ne avevano informato le proprie partner, in Benin e in Perù non lo avevano fatto 6 uomini su 10. Tra i giovani uomini sessualmente attivi tra i 15 e i 24 anni in Benin, Mali, Niger e Uganda che avevano sofferto di un'infezione sessualmente trasmissibile negli ultimi 12 mesi, solo la metà o meno ne aveva informato le partners.²¹

Entrare in contatto con ragazzi e uomini

Incoraggiati inizialmente dall'appello della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo a coinvolgere gli uomini e poi dall'emergenza dell'epidemia di AIDS, alcuni progetti innovativi hanno stabilito un contatto con gli uomini nei bar e nei bordelli, nei negozi di barbiere e nelle stazioni di camion, nei campi sportivi e nei centri giovanili, nelle caserme e nelle accademie di polizia, nelle moschee e nelle chiese, nelle scuole e negli ambulatori.

Si sono rivolti agli uomini in quanto figli, padri, mariti, partner sessuali, anziani, educatori, operatori della salute, giornalisti e responsabili delle decisioni politiche. Sono ricorsi ai fumetti e alla musica rap, ai siti Internet e ai telefoni erotici, alla formazione tra coetanei e alla terapia di gruppo, alla produzione di giochi e di spettacoli teatrali, ai dibattiti televisivi e radiofonici.

Numerosi paesi puntano sempre di più sul ruolo genitoriale degli uomini.²² Siccome è probabile che gli uomini siano più disposti ad ascoltare altri uomini, i progetti hanno fatto ricorso a delle figure autorevoli nelle varie comunità, da politici di alto livello ai capi religiosi. I religiosi in Arabia Saudita hanno proibito ai padri di costringere le figlie ai matrimoni forzati, i monaci tradizionali in Cambogia sono intervenuti pubblicamente a favore della prevenzione dell'HIV e le autorità nazionali e statali in Brasile hanno rivolto un appello agli uomini affinché contribuiscano a mettere fine alla violenza contro le donne.²³ Nel 2005 l'UNFPA ha organizzato una conferenza regionale delle associazioni islamiche di 17 paesi africani. Gli imam e gli altri capi religiosi hanno adottato una dichiarazione che raccomanda l'urgente promozione dei diritti e della salute riproduttiva delle donne in quanto "indispensabile per salvare la vita delle nostre sorelle e delle nostre figlie e per ridurre la povertà in Africa".²⁴

Tutti questi diversi tentativi riflettono approcci diversi nel lavoro con gli uomini.²⁵ Il primo approccio e il più diffuso si rivolge agli **uomini in quanto clienti** e punta a rendere più accessibili e più accettabili per gli uomini i servizi e le informazioni sulla salute riproduttiva.²⁶ Questo include il superamento dell'idea che la salute riproduttiva sia un problema delle donne e del fatto che i servizi siano spesso previsti per, o anche essenzialmente usati da, donne. Gli uomini spesso dicono di vergognarsi a ricorrere ai servizi sanitari e tendenzialmente vi fanno ricorso solo come ultima possibilità.²⁷

L'approccio che si rivolge agli **uomini in quanto partner** tiene conto dell'influenza degli uomini sulle scelte e sulle decisioni relative alla salute riproduttiva²⁸ e incoraggia uomini e donne ad affrontare insieme i problemi relativi alla contraccezione, ai servizi di emergenza per il travaglio e il parto, alle visite mediche e ai test volontari per l'HIV, ai servizi di consulenza dopo un aborto. Questo approccio può spingersi al di là della salute riproduttiva e coinvolgere gli

uomini su tematiche più ampie, come la violenza di genere e le mutilazioni/taglio dei genitali femminili.

Un terzo approccio, che sottolinea il ruolo degli **uomini come fautori di cambiamenti positivi**, coinvolge più ampiamente gli uomini nella promozione della parità di genere e del cambiamento sociale. Offre agli uomini l'opportunità di riflettere sulla propria storia e sulle proprie esperienze, di mettere in discussione certi aspetti dell'identità di genere e di riconoscere come le disparità di genere

danneggino le loro partner e sé stessi.

I programmi che agiscono su un più concreto coinvolgimento degli uomini devono affrontare un dilemma che solleva problemi di carattere etico e di diritti umani. I programmi che non tengono conto dello squilibrio di potere esistente tra uomini e donne possono avere l'effetto indesiderato di rafforzare le disparità e il controllo maschile sulle donne. La cosa è particolarmente difficile nel campo della salute riproduttiva. Per questa ragione, è necessario un approccio che esiga un coinvolgimento sulle questioni di genere chiaro ed esplicito, al fine di attuare politiche e programmi.

Per una nuova immagine della virilità

I codici d'onore e le pressioni sociali a mostrarsi all'altezza del modello con cui ragazzi e uomini crescono li spingono alla competizione, alla violenza e ad avere rapporti sessuali a rischio pur di dimostrare di "essere uomini veri".²⁹ Avendo imparato a nascondere paure ed emozioni, possono

"Se presenti l'immagine di un servizio di salute come centro di cura per maternità e infanzia, ovviamente un uomo non ci andrà. Si dirà, perché dovrei andare in un centro previsto per le donne? Non sono mica in gravidanza. Quindi non ci vanno".

— Uomo intervistato nel corso di uno studio sui punti di vista degli uomini sponsorizzato dall'UNFPA in Nicaragua

trovare difficile manifestare i loro veri sentimenti e le loro inquietudini. Anche se tali norme di genere sono spesso rigide e limitative, non sono tuttavia statiche. Promuovere alternative migliori è possibile.³⁰ Il concetto di forza, ad esempio, può portare a un comportamento violento, ma può anche esprimersi nell'opporre resistenza alle pressioni dell'ambiente e nel proteggere sé stessi e le persone cui si vuole bene. A volte il modo in cui è formulato il messaggio può fare una grande differenza: in diversi paesi latinoamericani il fatto di dire agli uomini che avevano il diritto di essere coinvolti nella vita dei figli ha avuto un impatto positivo, mentre presentare loro la cosa come un dovere ha avuto l'effetto contrario.³¹

Delle ricerche indicano che gli uomini in tutti i paesi del mondo sono interessati ad appoggiare e ad avere un maggiore coinvolgimento nella salute riproduttiva delle loro partner. Ma l'esempio negativo che viene loro dagli altri uomini, dai membri della famiglia, dai datori di lavoro nonché la resistenza manifestata dagli operatori della salute, possono essere di impedimento a mettere in pratica questo loro interesse.³² Pur provando disagio nei confronti delle rigide norme di genere, non riescono a sfidarle da soli, senza il sostegno dei loro simili e un ambiente sociale incoraggiante.

Alcuni programmi hanno mostrato che con le dovute opportunità e incoraggiamenti, gli uomini sono motivati ad adottare atteggiamenti e comportamenti più corretti ed equilibrati.³³ Ad esempio in Uganda dei giovani uomini hanno formato di propria iniziativa gruppi di pressione per opporsi alle mutilazioni/taglio dei genitali femminili in seguito al Reproductive, Educative and Community Health Project (Progetto per la salute riproduttiva, educativa e comunitaria), svoltosi col sostegno dell'UNFPA e in collaborazione con l'Associazione degli anziani Sabiny.³⁴ In Malawi, nell'Associazione delle persone che vivono con l'HIV/AIDS, 9 maschi su 10 hanno confessato di non essere capaci di rivelare alle proprie mogli la loro condizione di positività all'HIV. In seguito alla creazione di gruppi di sostegno per giovani coppie, l'intero 65 per cento di uomini che prima era stato incapace di ammettere la propria condizione di positività all'HIV, ha coinvolto le mogli.³⁵ Sempre in Malawi, il gruppo Uomini per la rete di parità di genere sponsorizza la creazione di associazioni di uomini che lavorano sulla presa di coscienza dei problemi di parità di genere. Il Viet Nam ha affrontato il tema delle responsabilità domestiche condivise con una campagna il cui slogan è: "Condividere con le donne il lavoro domestico, raddoppia la felicità".³⁶

"Sarò un marito diverso (da come è stato mio padre). Parteciperò ai lavori di casa, la sosterrò al di fuori della casa, le darò libertà. Non limiterò i suoi movimenti".

— Victor, 25 anni, partecipante al progetto *Consentizing Male Adolescents* (Rendere consapevoli i maschi adolescenti) in Nigeria

Il progetto *ReproSalud* realizzato dal *Movimiento Manuela Ramos* in Perù ha formato degli educatori maschi al fine di aiutare gli uomini nelle comunità povere e indigene a sviluppare un pensiero critico sulle norme di genere e sulla salute riproduttiva. I loro seminari hanno mostrato che gli uomini apprezzano l'opportunità di poter discutere di violenza, alcoolismo, sessualità e paternità e della possibilità di vivere diversamente.³⁷ Sono anche stati registrati dei significativi cambiamenti comportamentali. Le strutture sanitarie locali hanno segnalato un consistente aumento nell'utenza dei servizi. Un ospedale della zona, ad esempio, ha riportato un aumento del 400 per cento del ricorso al servizio di pianificazione familiare nell'arco di un anno. I membri della comunità hanno espresso entusiasmo per i cambiamenti risultati da questa iniziativa.

Il programma "Uomini come partners", messo in atto in Sudafrica da *EngenderHealth* (Per una salute di genere), cerca di contenere la diffusione dell'HIV ricorrendo a laboratori e a dibattiti radiofonici e su Internet, che implicano delle discussioni aperte tra uomini e donne sui rapporti e le norme di genere. I laboratori sono spesso condotti da formatori maschi motivati dal fatto di essere loro stessi vittime di violenza domestica e AIDS e convinti della necessità di un cambiamento. *EngenderHealth*, che ha dato inizio al programma, lo ha ora esteso, attraverso la collaborazione con altri gruppi, come il *South Africa Men's Forum* (Forum degli uomini del Sudafrica), e con un'altra componente che punta sui giovani uomini.³⁸

Gli anni della formazione

Riuscire a coinvolgere fin da giovani uomini e ragazzi offre migliori opportunità di instillare in loro valori più corretti. I ragazzi che crescono in presenza di modelli maschili positivi hanno più possibilità di mettere in discussione le disparità di genere e gli stereotipi nocivi.³⁹ C'è anche un altro motivo che rende urgente rivolgersi ai giovani maschi: gli uomini tra i 15 e i 24 anni sono quelli che hanno un comportamento a maggiore rischio di contagio HIV, tra cui un gran numero di partner sessuali e l'uso di droghe iniettabili.⁴⁰ Purtroppo, il normale programma scolastico non prevede per i giovani la possibilità di imparare a relazionarsi con gli altri, a mettere in discussione le norme e le pressioni dell'ambiente o a sollevare dubbi e domande.⁴¹ In ogni caso, per riuscire a raggiungere gli adolescenti maschi impoveriti o emarginati che possono aver lasciato la scuola, ma sono a rischio di HIV, abuso di droghe e violenza, è necessario operare al di fuori del contesto scolastico.

Nel contesto degli Obiettivi di sviluppo del Millennio i programmi politici nazionali offrono un'importante, ma perlopiù trascurata opportunità di prendere in considerazione ruoli e punti di vista maschili. Alcuni paesi hanno iniziato a intervenire sul ruolo degli uomini nella riduzione della povertà, nella parità di genere e nella salute riproduttiva attraverso strumenti politici e legislativi.

La politica della Cambogia per le donne, le ragazze e le malattie sessualmente trasmissibili/HIV/AIDS chiede di tenere conto del ruolo degli uomini. Stabilisce che "la diffusione dell'HIV/AIDS tra le donne e le ragazze può essere rallentata solo se si ottengono dei cambiamenti concreti nel comportamento sessuale degli uomini" e mette esplicitamente in programma questo obiettivo per i politici e gli operatori dei servizi.

Il Documento strategico per la riduzione della povertà adottato dal Vietnam per il 2002 osserva quanti pochi uomini siano consapevoli del loro ruolo e delle loro responsabilità per quanto riguarda la pianificazione familiare e propone delle misure politiche che incoraggino l'uso della con-

traccezione maschile. In Botswana la politica di pianificazione familiare mette gli uomini al primo posto in una lista di "gruppi speciali" e fornisce le linee guida per trattare con loro come utenti.

In molti paesi le politiche per la gioventù stanno rivolgendo una maggiore attenzione ai giovani uomini. Le preoccupazioni in merito al futuro dei giovani maschi giamaicani, ad esempio, hanno portato a una maggiore enfasi, a livello politico, nei confronti dell'istruzione dei ragazzi, del loro modello di ruolo e della paternità. Il Programma politico nazionale per la gioventù della Giamaica del 1994 auspica la promozione della "parità di genere e la trasformazione delle norme sociali e delle pratiche culturali che sostanziano virilità e femmilità".

In generale, sia i paesi sviluppati che quelli in via di sviluppo hanno rivolto una scarsa attenzione al sostegno del ruolo paterno degli uomini. Negli ultimi vent'anni, tuttavia, in paesi dell'Europa occidentale, dell'America del Nord e in Australia sono stati adottati programmi e politiche che incoraggiano gli uomini a svolgere il ruolo di padri, tra cui il congedo per paternità.

Diversi paesi latinoamericani hanno adottato leggi che obbligano i padri a fornire cura e sostegno finanziario per i figli, anche se gli scarsi finanziamenti e le insufficienti misure di applicazione ne hanno penalizzato l'efficacia.

In Costa Rica l'innovativa Legge per la paternità responsabile, approvata nel 2001, stabilisce gli obblighi del padre in base al diritto dei figli di sapere chi sono i loro genitori e di essere da loro mantenuti e, con questa misura, cancella almeno in parte la macchia che grava sui figli nati fuori del vincolo matrimoniale. La legge, che stabilisce delle procedure che permettono alle madri di presentare delle richieste legali ed impone il ricorso alla prova genetica laddove la paternità sia in dubbio, ha avuto il merito di provocare un calo del numero dei bambini che non sono stati riconosciuti dal padre: dal 29,3 per cento nel 1999 al 7,8 per cento nel 2003. La legge promuove anche campagne di sensibilizzazione e prevede lo stanziamento annuale della cifra necessaria per coprire le spese dei test del DNA e la formulazione di una politica nazionale per la promozione della paternità responsabile.

Il programma *Climbing to Manhood* (Scalata alla virilità) dell'ospedale Chogoria in Kenya si avvale dei riti tradizionali di passaggio all'età adulta per i maschi e della maggiore ricettività dei ragazzi durante quel periodo di isolamento per affrontare il tema dei comportamenti sessuali, della droga e dei rapporti interpersonali.⁴² *Masculinity at Play* (La virilità in gioco), un programma pilota avviato dall'Organizzazione panamericana per la salute, punta sull'entusiasmo dei ragazzi per lo sport. Gli allenatori di calcio in diversi paesi latinoamericani sono stati formati ad includere negli allenamenti di calcio per i ragazzi dagli 8 ai 12 anni delle lezioni sulla parità di genere, i diritti e le responsabilità degli adolescenti e le abitudini di vita salutari.⁴³ In Uganda tra il 2003 e il 2004 l'Alleanza della gioventù africana ha coinvolto circa 500 mila giovani in programmi di informazione e servizi per la salute riproduttiva e la prevenzione dell'HIV. Il suo operato a largo raggio si è rivelato particolarmente efficace per i ragazzi tra i 10 e i 14 anni, che altrimenti non sono soliti frequentare i servizi sanitari. Il progetto *Conscientizing Male Adolescents project* (Rendere consapevoli i maschi adolescenti) in Nigeria, condotto da maschi della comunità, fa uso di

dialoghi strutturati per incoraggiare il pensiero critico nei giovani uomini tra i 14 e i 20 anni che hanno mostrato di avere qualità di leader. Gli argomenti in discussione includono l'oppressione e la violenza di genere, le dinamiche di potere all'interno della famiglia, i rapporti intimi, la salute sessuale e riproduttiva, i diritti umani e la democrazia.⁴⁴

In Egitto e in India, il *Centre for Development and Population Activities*, (Centro di attività per lo sviluppo e la popolazione), una ONG internazionale, dà ai giovani uomini la possibilità di sfidare le disparità di genere ampliando nel contempo le proprie opportunità. Il loro programma lavora con giovani uomini tramite dei corsi di formazione professionale, corsi di recupero scolastico, palestre, club e altre organizzazioni comunitarie.⁴⁵

Sperimentato in Brasile, il *Programme H* (Programma H) forma professionisti della salute e dell'insegnamento a lavorare con gruppi di giovani uomini sulla prevenzione della violenza, la paternità e la salute sessuale e riproduttiva. I seminari incoraggiano la riflessione sulle nozioni tradizionalmente definite di virilità e l'adozione di atteggiamenti e pratiche più paritari nelle questioni di genere. Lo stesso

Programme H viene applicato con il sostegno dell'UNFPA anche in Costa Rica, Honduras, Nicaragua e Panama e si sta estendendo anche ad altri paesi in Africa e in Asia.⁴⁶

Accelerare il processo

Quando si tratta di riduzione della povertà, di parità di genere, di salute riproduttiva, di azione per fermare l'epidemia di AIDS e la violenza contro le donne (vedi capitolo 7), i vantaggi di coinvolgere gli uomini sono evidenti. Le recenti iniziative come pure l'adozione di misure politiche e leggi indicano un certo successo.

Tuttavia, le restrizioni finanziarie sono un grosso freno e le resistenze socioculturali a una maggiore parità persistono. Benché negli ultimi dieci anni siano emersi numerosi programmi innovativi, si tratta tuttavia di interventi su scala ridotta.

Per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio sarà necessario coinvolgere gli uomini più direttamente e su più vasta scala. I programmi sulla salute riproduttiva e la differenza di genere nelle forze armate e nella polizia ne sono un esempio. I paesi di diverse regioni hanno lavorato con l'UNFPA per approfittare delle infrastrutture sanitarie ed educative militari esistenti, al fine di raggiungere più ampie fasce di popolazione, soprattutto di giovani uomini, che rappresentano la maggioranza delle reclute nelle forze armate e sono un gruppo di importanza fondamentale per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV.⁴⁷ Un progetto con le forze armate del Botswana ha fatto leva sull'urgenza della prevenzione dell'HIV come punto di entrata per una presa di coscienza su altri aspetti della salute e dei diritti riproduttivi. Nella Namibia nord-occidentale, componenti dell'esercito e della polizia, oltre ad allenatori di calcio e a manager, hanno ricevuto una formazione su diversi aspetti della salute riproduttiva. Il progetto, che si è servito delle birrerie locali per diffondere il proprio messaggio, ha il merito di avere ottenuto una riduzione della violenza di genere e un aumento delle richieste volontarie di analisi e visite mediche, oltre che di preservativi.⁴⁸

In America Latina negli ultimi dieci anni l'UNFPA ha contribuito a istituzionalizzare i programmi per la salute riproduttiva, la parità di genere e la prevenzione dell'HIV nelle forze armate di nove paesi. In Ecuador l'istruzione sulla salute riproduttiva nelle scuole e nelle strutture militari è stata allargata a includere le famiglie dei militari. Gli stereotipi di genere hanno mostrato segni di cambiamento, e il rapporto dei padri con i propri figli adolescenti è migliorato.

In Nicaragua i programmi per la salute riproduttiva sono ora ufficialmente obbligatori a tutti i livelli dei servizi sanitari delle forze armate e dei corsi di addestramento militari. Un migliaio di reclute ha ricevuto una formazione per lavorare nelle Brigate per la salute sessuale e riproduttiva e svolgere un lavoro di sensibilizzazione nelle loro comunità una volta congedate dal servizio militare. Le donne militari hanno detto di ottenere un maggiore rispetto da parte dei loro colleghi, nonché un maggiore sostegno e una migliore conoscenza dei diritti riproduttivi delle donne. Anche la richiesta di preservativi è aumentata.⁴⁹

Tra gli altri modi per far aumentare la partecipazione degli uomini c'è quello di coinvolgere i dipendenti nei luoghi di lavoro e di avvalersi delle infrastrutture sanitarie nazionali. Ad Haiti, la ONG *Group in Struggle Against AIDS* (Gruppo in lotta contro l'AIDS) ha coinvolto 20 mila uomini nelle compagnie di servizi e negli impianti di

imbottigliamento.⁵⁰ Il Bangladesh ha provato a includere servizi per gli uomini nei centri rurali per la Salute e l'assistenza alle donne. Se l'estensione del progetto pilota dovesse produrre miglioramenti significativi, il ministero della Sanità ha intenzione di estendere il programma a tutto il territorio nazionale, in 3.700 centri sanitari.⁵¹

Sia i rapporti del Segretario Generale dell'ONU per il 2005 sui progressi realizzati dopo la Conferenza di Pechino che la Dichiarazione di intenti delle Nazioni Unite su HIV/AIDS ribadiscono l'esigenza di trasformare le norme sociali che condizionano ragazzi e uomini e di coinvolgerli in qualità di partner per promuovere i diritti umani delle donne, per fermare l'epidemia e per assistere i membri della famiglia sieropositivi.⁵² Una maggiore enfasi sugli uomini solleva alcune questioni importanti. Poiché le donne portano un peso sproporzionato per quanto riguarda la salute riproduttiva e la gravidanza, gli sforzi diretti unicamente agli uomini non devono andare a discapito delle donne o dirottare sugli uomini le scarse risorse per programmi di cui le donne hanno un disperato bisogno. Una soluzione è quella di coinvolgere gli uomini con modalità che vadano a vantaggio di entrambi i sessi e promuovere la parità di genere come obiettivo specifico. I risultati di varie iniziative suggeriscono che gli sforzi messi in atto per coinvolgere sia gli uomini che le donne potrebbero ulteriormente evolvere verso obiettivi di sviluppo internazionali. Ciò implica la mobilitazione di risorse sufficienti e di volontà politica per accelerare la spinta verso un mondo più attento alla parità di genere, come auspicato dal Progetto del Millennio per lo sviluppo.

“Ho imparato a parlare di più con la mia ragazza. Ora mi preoccupo maggiormente di lei... è importante sapere quello che vuole l'altra persona, ascoltarla. Prima (dei seminari) pensavo solo a me stesso”.

— Giovane brasiliano che ha partecipato al Programme H (Programma H)



7 Violenza contro le donne: un costo troppo alto

“(Una) donna che vive nell’ombra della violenza quotidiana... non è veramente libera”.

— Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite, In Larger Freedom (“Per una libertà più ampia”)

La violenza di genere è forse la più diffusa e socialmente tollerata tra le violazioni dei diritti umani. Il costo per le donne, per i loro figli, le famiglie e le comunità è un notevole ostacolo alla riduzione della povertà, alla realizzazione della parità di genere e al conseguimento di tutti gli altri Obiettivi di sviluppo del Millennio. La violenza è un’esperienza traumatica per qualunque uomo o donna, ma la violenza di genere è inflitta principalmente da uomini a donne, ragazze e bambine. Riflette, e nel contempo rafforza, le disparità tra uomini e donne e compromette la salute, la dignità, la sicurezza e l’autonomia di coloro che ne sono vittime.

A livello mondiale le stime indicano che una donna su 5 sarà vittima di uno stupro o di un tentativo di stupro nel corso della sua vita. ¹Una su tre sarà percossa, costretta ad avere rapporti sessuali o sottoposta ad altri abusi, solitamente da un membro della famiglia o da un conoscente. ²In gran parte dei casi, i responsabili di tali atti restano impuniti. Ogni anno centinaia di migliaia di donne e bambini sono oggetto di traffico e ridotti in schiavitù, altri milioni subiscono pratiche nocive. La violenza uccide e rende invalide tante donne tra i 15 e i 44 anni quanto il cancro. E il prezzo in termini di salute delle donne supera quello degli incidenti stradali e della malaria messi insieme. ³

Le conseguenze della violenza di genere sono devastanti. Coloro che sopravvivono spesso soffrono di disturbi emotivi per il resto della loro vita, di problemi di salute mentale e di cattiva salute riproduttiva. Le donne che subiscono violenza sono anche a maggiore rischio di contrarre l’HIV. ⁴Le donne che sono state aggredite sessualmente o fisicamente tendono a diventare utenti abituali e a lungo termine dei servizi sanitari. ⁵L’impatto della violenza può anche estendersi alle generazioni successive: i bambini che sono stati testimoni di violenze, o ne sono stati essi stessi vittime, spesso soffrono di danni psicologici duraturi. ⁶

Il costo è alto anche per i paesi: maggiori spese per cure mediche, coinvolgimento di tribunali, polizia e scuole, oltre a un calo della resa scolastica e della produttività. In Cile nel 1996 la violenza domestica è costata alle donne 1,56 miliardi di dollari in mancati guadagni, cioè oltre il 2 per

cento del PIL. ⁷In India un sondaggio ha dimostrato che le donne perdevano una media di 7 giorni lavorativi dopo un episodio di violenza. ⁸La sola violenza domestica costituisce il più grosso rischio di salute per le donne australiane in età riproduttiva e risulta in una perdita economica di 6,3 miliardi di dollari all’anno. ⁹Negli Stati Uniti la cifra raggiunge i 12,6 miliardi di dollari all’anno. ¹⁰Le istituzioni finanziarie internazionali hanno anch’esse incominciato a tenerne conto. La Banca di sviluppo inter-americana, ad esempio, sta tenendo conto della violenza di genere nelle sue pratiche per la concessione di prestiti. ¹¹

Le dimensioni e le molte forme della violenza di genere

La violenza di genere può essere perpetrata nella coppia, da membri della famiglia, da conoscenti o estranei. Anche se per molto tempo è stata considerata una faccenda privata, attualmente è riconosciuta dalla comunità internazionale come una violazione dei diritti umani che affonda le sue radici nella condizione subordinata delle donne (vedi scheda 28). I piani d’azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 1994 e della Conferenza di Pechino sulle donne del 1995 hanno riconosciuto nell’eliminazione della violenza contro le donne un requisito fondamentale per la parità di genere e l’empowerment delle donne. La definizione include la violenza domestica, le varie forme di abusi sessuali e psicologici oltre che le pratiche dannose come le mutilazioni/taglio dei genitali femminili. Include anche la selezione prenatale del sesso e l’infanticidio delle bambine, manifestazioni estreme dello scarso valore sociale attribuito alle bambine (vedi scheda 29). Lo stupro sistematico, a cui si ricorre sempre più frequentemente come strumento di terrore durante i conflitti armati, ha portato all’adozione di importanti accordi internazionali per proteggere le donne e punire i colpevoli (vedi capitolo 8).

La violenza domestica è di gran lunga la forma più comune di violenza di genere. Secondo i dati emersi dai sondaggi, una percentuale di donne che va dal 10 per cento in alcuni paesi al 69 per cento in altri è vittima di violenza

Nel 1993 nella Dichiarazione delle Nazioni Unite per l'eliminazione della violenza contro le donne è apparsa per la prima volta la definizione di violenza di genere.

Articolo 1. Qualunque atto di violenza di genere che si traduce in, o potrebbe tradursi in, danno fisico, sessuale o psicologico o sofferenza per le donne, ivi compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che avvenga nella vita pubblica che in quella privata.

Articolo 2. Questo articolo della Dichiarazione stabilisce che la definizione dovrebbe essere comprensiva di, ma non limitata a, atti di violenza fisica, sessuale e

psicologica nella famiglia, nella comunità o perpetrati o condonati dallo stato, ovunque ciò accada. Tali atti includono: le percosse da parte del coniuge, gli abusi sessuali, tra cui quelli a danno delle figlie femmine, la violenza legata a questioni di dote, lo stupro, tra cui lo stupro da parte del coniuge, le mutilazioni/taglio dei genitali femminili e altre pratiche tradizionali nocive per le donne, la violenza non coniugale, la violenza sessuale legata allo sfruttamento, le molestie e le intimidazioni sessuali sul lavoro, a scuola e in qualunque altro luogo, il traffico di donne a fini di sfruttamento lavorativo o sessuale e la prostituzione forzata.

La Piattaforma d'azione della Conferenza di Pechino del 1995 ha allargato questa definizione, specificando che include: le violazioni dei diritti delle donne in situazioni di conflitto armato, tra cui lo stupro sistematico, la schiavitù sessuale e la gravidanza forzata, la sterilizzazione forzata, l'aborto forzato, l'uso coercitivo o forzato dei contraccettivi, la selezione prenatale del sesso e l'infanticidio delle bambine. Riconosce inoltre le particolari vulnerabilità delle donne appartenenti alle seguenti minoranze: le anziane e le rifugiate interne, le indigene, le rifugiate e le appartenenti alle comunità migranti, le donne che vivono in zone rurali impoverite o remote, le detenute.

domestica.¹² In circa un quarto dei casi si verificano anche abusi sessuali.¹³ La violenza sessuale può comportare intimidazioni fisiche e psicologiche, approcci o atti sessuali indesiderati, stupro da parte del marito o del fidanzato, ricatti. Può anche fare leva sull'insicurezza finanziaria della donna, col ricorso a minacce di licenziamento o a sfruttamento, come l'offerta cibo o alloggio in cambio di sesso. Anche il rifiuto della protezione contraccettiva è considerato una forma di violenza sessuale.¹⁴ Nonostante le donne che subiscono abusi spesso vivano nel terrore, molte non riescono a reagire per paura della disapprovazione o della condanna da parte della comunità. Tali paure possono essere giustificate: studi svolti in paesi sviluppati indicano che un numero significativo di omicidi da parte del partner si verifica quando la donna cerca di lasciare un partner che abusa di lei o poco tempo dopo che lo ha fatto. In Australia, Canada, Israele, Sudafrica e negli Stati Uniti tra il 40 e il 70 per cento delle donne vittime di omicidio vengono uccise dal partner.¹⁵ Il traffico di persone a fini di sfruttamento lavorativo o sessuale, a volte definito "il più grande mercato degli schiavi della storia", sta superando il traffico di droga come una delle imprese illegali a più rapida crescita del mondo.¹⁶ Il *Trafficking in Persons Report* (Rapporto sul traffico di persone) del Dipartimento di Stato degli Stati Uniti per il 2005 valuta che sono tra 600 mila e 800 mila gli individui che ogni anno sono oggetto di traffico per lavoro forzato, la maggior parte dei quali destinati al mercato del sesso. Circa l'80 per cento sono donne e ragazze, e fino al 50 per cento sono minorenni.¹⁷ Si ritiene

"Tutti i santi giorni vengo verbalmente e fisicamente maltrattata da mio marito e dalla sua famiglia per non aver portato in dote abbastanza... io non posso farci niente".

— Jamna, 19 anni, sposata da sei mesi, India

che circa 2 milioni di bambini, soprattutto bambine, siano schiavi di un'industria che gestisce un commercio del sesso per diversi miliardi di dollari.¹⁸ Le cifre sul traffico di persone all'interno dei vari paesi sono ancora più alte.¹⁹ Nel 2000 l'allarmante aumento del traffico di persone a fini di sfruttamento sessuale ha indotto l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ad adottare un protocollo alla Convenzione delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale allo scopo di proteggere donne e bambini.²⁰ Nel 2005 anche il Consiglio d'Europa ha adottato una Convenzione sul traffico di persone.²¹ Un numero sempre maggiore di paesi sviluppati e in via di sviluppo ha adottato leggi e programmi politici contro il traffico di persone.²²

ADOLESCENTI E GIOVANI DONNE: A RISCHIO DI AGGRESSIONE SESSUALE. Le donne più giovani e le adolescenti sono particolarmente vulnerabili alla violenza di genere. Circa il 50 per cento di tutte le aggressioni sessuali in tutto il mondo è a danno di ragazze dai 15 anni in giù.²³ Un gran numero di giovani donne dichiara che la prima esperienza sessuale è stata loro imposta con la forza.²⁴ Nei Caraibi la cifra è valutata intorno al 48 per cento delle giovani donne.²⁵ Studi realizzati in Giamaica, Mali, Tanzania e Zimbabwe rivelano che tra il 20 e il 30 per cento delle adolescenti ha vissuto un'esperienza di violenza sessuale.²⁶ I rapporti sessuali forzati si verificano in particolar modo nel contesto dei matrimoni precoci.²⁷ In Burundi i centri delle ONG appoggiate dall'UNFPA che offrono aiuto alle vittime di violenza

sessuale hanno appurato che l'88 per cento delle donne che si sono rivolte a loro per cure nel 2004 era costituito da giovani. In Thailandia la violenza nella coppia è una delle principali cause di morte per le donne e le ragazze tra i 15 e i 24 anni.²⁸

Le donne che hanno subito un primo abuso sessuale sono soggette a subirne altri: il 60 per cento delle donne la cui prima esperienza sessuale è stata con la forza hanno avuto esperienze di violenza sessuale più tardi nel corso della loro vita.²⁹ L'abuso sessuale e l'incesto nell'infanzia possono avere degli effetti permanenti sul comportamento sessuale e la salute riproduttiva.³⁰ Le adolescenti che hanno subito abusi hanno più probabilità di avere gravidanze precoci e numerose, nonché aborti, e di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV. Le adolescenti e le giovani donne sono anche le vittime preferite dei trafficanti di persone e dei gruppi armati durante i conflitti e

sono soggette a pratiche dannose come i matrimoni precoci e le mutilazioni/taglio dei genitali femminili.

OCCULTATA DA UNA CULTURA DEL SILENZIO. La violenza contro le donne è rimasta a lungo occultata sotto la coltre di una cultura del silenzio. È difficile ottenere statistiche attendibili sul fenomeno, dato che di violenza si parla poco per evitare la vergogna, la condanna sociale e per il timore di ripercussioni.³¹ Non è infrequente che le donne vengano ritenute responsabili dello stupro che hanno subito e di aver così causato disonore alla famiglia. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha appurato che una percentuale compresa tra il 20 e il 70 per cento delle donne intervistate nel corso di una ricerca condotta in diversi paesi, parlava degli abusi subiti per la prima volta.³²

Una delle ragioni per cui le donne non parlano è che in molte società la violenza contro le donne è accettata come

“La gente di quella zona si prenderebbe qualunque ragazza come me. Non hanno molte femmine lì. Io sono stata venduta e costretta a vivere con lui... è stata un'esperienza terrificante. Non potevo scappare e non avevo soldi, nemmeno per una telefonata. Volevo solo tornare a casa”.

— Ragazza cinese di 19 anni, venduta a un uomo anziano dal fratello

29 | LE BAMBINE SCOMPARE

La discriminazione contro le bambine può iniziare nel ventre materno. In alcuni paesi una forte preferenza per i figli maschi ha portato all'eliminazione di milioni di bambine col ricorso alla selezione prenatale del sesso. Le neonate muoiono anche per la mancanza deliberata di cure e di cibo. In Asia almeno 60 milioni di bambine sono “scomparse”. In alcuni paesi la selezione del sesso è più diffusa nelle città, dove tecnologie come l'amniocentesi e gli ultrasuoni sono più facilmente accessibili e si prestano a un uso illecito. In altri paesi succede più spesso nelle zone rurali, dove esiste una spiccata preferenza per i maschi. I governi hanno proibito questa pratica e hanno adottato delle leggi contro la discriminazione e l'abbandono delle bambine, ma si tratta di una pratica profondamente radicata. In molti posti è rafforzata dalla convinzione che le figlie siano un impegno economico, o dai pregiudizi sullo scarso contributo che ci si aspetta possano dare al bilancio familiare e sugli alti costi della dote. La selezione del sesso è diventata un affare lucrativo per dottori e fabbricanti di strumentazione sanitaria.

La proporzione tra i sessi alla nascita è leggermente sbilanciata a favore dei maschi per ragioni biologiche. Per ogni 100 femmine, nascono tra i 103 e i 107 maschi. Ciononostante, siccome i bambini e gli uomini hanno un tasso di mortalità più alto delle bambine e delle donne nel corso della vita, nella maggior parte dei paesi del mondo le donne sono in numero maggiore degli uomini. L'equilibrio tra i sessi di un paese può essere un indicatore significativo del suo benessere sociale. La mancanza di donne e ragazze in alcuni paesi asiatici ha delle ripercussioni sociali potenzialmente allarmanti, tra cui un'augmentata richiesta nel traffico di donne, sia a fini di matrimonio che di prestazioni sessuali, e un peggioramento della condizione femminile nel suo insieme.

Eliminare questa pratica richiede dei cambiamenti nel valore che la società attribuisce alle ragazze e alle donne. In India l'UNFPA sostiene un vasto programma governativo che punta a suscitare l'interesse dei mezzi d'informazione, creare reti a base comunitaria che si impegnino contro la pratica, sensibilizzare gli operatori sanitari e coinvolgere giovani e altri attori sociali di

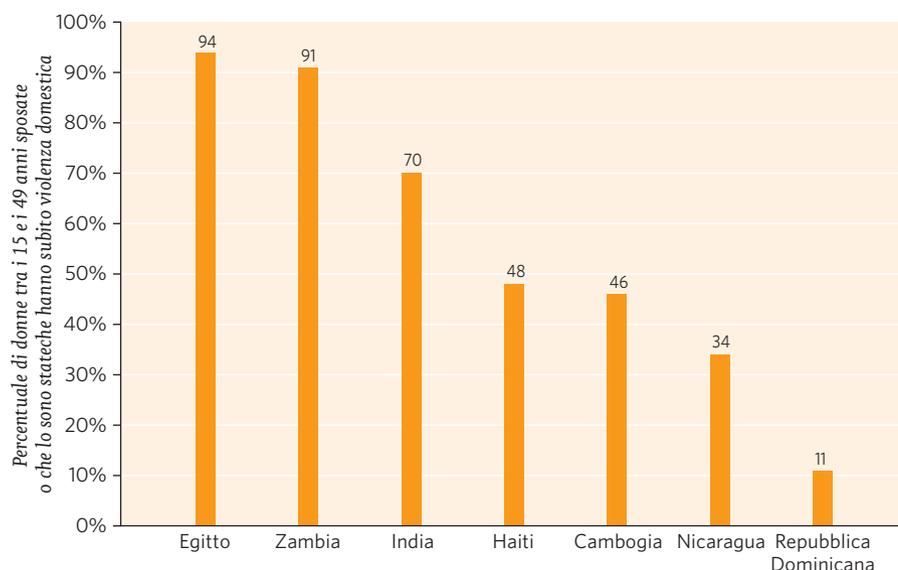
importanza fondamentale. Nello Stato dell'Haryana, dove lo squilibrio di percentuale fra i sessi è tra i più forti, dei *Jagriti mandalis* (forum di presa di coscienza) funzionano come gruppi di azione sociale di donne che promuovono i diritti delle figlie. Questi gruppi hanno convinto le famiglie e i medici a non praticare la selezione del sesso. In Cina, dove il governo punta a normalizzare gli attuali squilibri tra i sessi entro il 2010, l'UNFPA ha collaborato con il governo, le istituzioni accademiche e i mezzi d'informazione per creare consapevolezza e aumentare la capacità d'azione. La Commissione nazionale per la popolazione e la pianificazione familiare ha creato un'iniziativa denominata *Girl Care* (Dalla parte delle bambine) nelle comunità povere di 13 paesi. Ai genitori di bambine vengono offerti incentivi come piani di pensionamento e contributi economici per compensare i costi della scuola. Nel 2004 l'UNFPA e la Fondazione Ford hanno organizzato una conferenza internazionale sulla selezione prenatale del sesso, attirando l'attenzione dei media e della classe politica sulle strategie necessarie per eliminare questa pratica.

30 VITE IN SALVO: LA LOTTA CONTRO IL TRAFFICO DI PERSONE IN NEPAL

Attirata dalle false promesse di un parente, Maya (non è il suo vero nome), che ora ha 35 anni, ha lasciato il Nepal per un bordello di Calcutta, in India, quando era una ragazza. Per 14 anni è stata costretta ad avere rapporti sessuali con 10 uomini al giorno. Quando ha contratto l'HIV è stata rispedita nel suo paese, depressa e con pulsioni suicide. Ha trascorso 35 giorni in terapia in un centro di donne a Nuwakot, Nepal, gestito da *Beyond Trafficking: the Joint Initiative in the Millennium Against Trafficking in Girls and Women* (AI di là del traffico di esseri umani: iniziativa congiunta del Millennio contro il traffico di donne e ragazze (JIT)). Mano a mano che recuperava fiducia, Maya ha iniziato a formare altre donne sulla prevenzione del traffico di persone e dell'HIV. Il JIT, un'iniziativa congiunta tra il governo nepalese e la *Task Force Against Trafficking* (Task force contro il traffico di persone) del sistema ONU, opera per aiutare donne come Maya a recuperare e a partecipare in maniera più completa alla vita sociale, non solo come sopravvissute, ma anche con un ruolo utile alla comunità.

un "normale" aspetto dei rapporti di genere.³³ In alcuni paesi un'alta percentuale di donne ritiene che picchiare la moglie possa essere giustificato da ragioni come il rifiuto di avere rapporti sessuali o il non aver preparato il cibo in tempo (vedi Tabella 5). Ricerche condotte in Perù e in Sudafrica hanno dimostrato che sia le ragazze che i ragazzi

Tabella 5. Donne che ritengono che picchiare la moglie sia giustificato da almeno una ragione*



* Le ragioni adottate comprendono aver trascurato i figli, essere uscita senza aver chiesto al partner, discutere con il partner, non aver preparato il pasto bene/in tempo, parlare con altri uomini.

Fonte: Kishor S. e K. Johnson, *Profiling Domestic Violence: A Multicountry Study*, pag. 66, ORC Macro, Measure DHS+, Calverton, MD.

consideravano che le vittime di un'aggressione sessuale erano da ritenere colpevoli e che potevano addirittura avere provocato l'aggressione.³⁴

La dipendenza finanziaria, la condizione di subordinazione sociale e una mancanza di diritti riconosciuti e di servizi di consulenza legale in molte società limitano la possibilità delle donne di proteggersi o di uscire dalle situazioni in cui subiscono abusi. Le donne abusate tendono a essere isolate e vengono tenute lontane dall'interazione sociale o dalle attività generatrici di reddito che potrebbero dare loro la possibilità di mettere fine agli abusi. A volte basta la minaccia di privazioni a tenerle intrappolate, insieme ai loro figli, in situazioni di violenza. Negare i mezzi che assicurano il sostentamento della famiglia o la sicurezza finanziaria, danneggiare una proprietà o un'attività di lavoro, sono forme di violenza. Ciononostante, tali intimidazioni sono raramente riconosciute dal punto di vista legale, con alcune eccezioni, come in Costa Rica, nella Repubblica Dominicana, in Guatemala e in Honduras.³⁵

Anche laddove le leggi contro la violenza di genere esistono, possono essere l'applicazione della legge e il sistema legale a non funzionare.³⁶ A volte, provocano alla donna un danno ulteriore. Tali leggi spesso non dispongono del finanziamento necessario, lasciando così delle gravi lacune tra intenzioni e realtà. In America Latina e nei Caraibi, dove la maggior parte dei paesi ha adottato delle leggi contro la violenza domestica, un'analisi delle scelte di bilancio ministeriali rivela un finanziamento insufficiente perché tali leggi possano essere adeguatamente applicate.³⁷

La violenza contro le donne e gli Obiettivi di sviluppo del Millennio

Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio afferma che: "La libertà dalla violenza, soprattutto per le bambine, le ragazze e le donne" è un diritto fondamentale ed è un requisito essenziale per poter condurre un'esistenza produttiva.³⁸ La violenza di genere mette direttamente a repentaglio il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio inerenti alla parità di genere e all'empowerment delle donne, alla salute e la mortalità infantile e materna e alla lotta contro l'HIV/AIDS. Può anche avere delle conseguenze sul rendimento scolasti-

co. Uno studio in Nicaragua ha provato che il 63 per cento dei figli di donne vittime di abusi avevano dovuto ripetere un anno scolastico e in genere lasciavano la scuola in media 4 anni prima degli altri.³⁹ La violenza di genere frapponde degli ostacoli alla piena partecipazione delle donne alla vita politica, sociale ed economica. Dall'esigenza di illustrare l'importanza di questo problema nasce l'appello rivolto dalla Task per l'istruzione e uguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio affinché si lanci una campagna globale sulla violenza contro le donne sotto la guida del Segretario Generale delle Nazioni Unite.⁴⁰

CONSEGUENZE PER LA SALUTE RIPRODUTTIVA. La violenza contro le donne compromette la salute riproduttiva e il risultato delle gravidanze. Le conseguenze includono: gravidanze indesiderate, aborti in condizioni poco sicure e mortalità materna, aborti spontanei e bambini nati morti, cure prenatali in ritardo, travaglio e parto prematuri,⁴¹ lesioni al feto e neonati sottopeso.⁴² Le donne vittime di abusi hanno anche maggiori probabilità di contrarre l'HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili. Il rischio aumenta direttamente in caso di stupro e indirettamente per la paura di pretendere l'uso del preservativo. Il fatto che gli uomini violenti tendono ad avere più partner al di fuori del matrimonio aumenta ulteriormente il rischio.⁴³ La coercizione sessuale viene ora considerata un fattore importante nel continuo aumento dei casi di HIV tra le giovani donne (vedi capitolo 5).⁴⁴ Gli stupri brutali che vengono riportati nelle situazioni di conflitto armato possono avere come conseguenze fistole, lesioni agli organi genitali e altre ferite.⁴⁵ Tra le conseguenze fisiche delle mutilazioni/taglio dei genitali femminili ci sono: grandi dolori, metrorragie, shock, rapporti sessuali dolorosi, rischio di HIV e altre infezioni dovute all'uso di strumenti non sterilizzati, infiammazione pelvica cronica e anche la morte. Tra gli effetti psicologici, ansia e depressione.⁴⁶

Circa una donna su 4 subisce abusi durante la gravidanza, il che mette a repentaglio sia la madre che il bambino.⁴⁷ In alcune regioni dell'India il 16 per cento dei decessi che si verificano durante la gravidanza è da attribuire a violenza domestica.⁴⁸ Le violenze durante la gravidanza moltiplicano per quattro il rischio di neonati sottopeso e raddoppiano il rischio di aborti spontanei.⁴⁹ In Nicaragua gli abusi inflitti a donne in gravidanza sono responsabili del 16 per cento dei neonati che nascono sottopeso.⁵⁰ Alcuni studi clinici realizzati ad Hong Kong, Cina⁵¹ e in Uganda⁵² hanno rivelato che

il 30 per cento delle donne che avevano fatto ricorso all'aborto indicavano negli abusi subito la ragione principale della loro decisione di interrompere la gravidanza.

AFFRONTARE IL PROBLEMA DEGLI ABUSI ATTRAVERSO I PROGRAMMI DI SALUTE RIPRODUTTIVA. I servizi di salute riproduttiva rappresentano uno strumento essenziale di sostegno alle donne che hanno subito violenza. Il ricorso ai servizi per la salute riproduttiva può rappresentare l'unica opportunità per una donna di ottenere aiuto. Perfino nell'Africa sub-Sahariana, dove le infrastrutture di salute pubblica sono molto limitate, la stragrande maggioranza delle donne riceve un qualche tipo di cure prenatali o di informazione sulla pianificazione familiare.⁵³

Affrontare il problema della violenza contro le donne attraverso le strutture per la salute riproduttiva può anche risultare conveniente dal punto di vista dei costi. La violenza è tra le cause di problemi di salute ricorrenti e non permette alle donne di proteggersi da gravidanze indesiderate e infezioni sessualmente trasmissibili. Lo screening periodico di donne nei centri per la salute riproduttiva può contribuire a ridurre i rischi, sia per le donne che per i neonati.

Alla Conferenza di Pechino nel 1995 i governi hanno promesso di "integrare i servizi di igiene mentale nel sistema sanitario di base... e formare gli operatori del sistema sanitario di base a individuare e curare le ragazze e le donne di tutte le età che abbiano subito una qualunque forma di violenza".⁵⁴ Nel corso degli anni novanta un maggior numero di paesi ha incominciato a fornire servizi integrati per affrontare il problema della violenza di genere. La Malesia è stata tra i primi paesi a istituire "centri di emergenza polivalenti" per fornire prestazioni mediche e legali contemporaneamente.⁵⁵ Alcune organizzazioni affiliate all'IPPF, *International Planned Parenthood Federation* (Federazione internazionale per la pianificazione familiare), in Brasile, Colombia, Repubblica Dominicana e Perù hanno esteso le proprie prestazioni di salute riproduttiva fino a includere una componente sulla violenza di genere. La valutazione emersa da un progetto dell'IPPF realizzato in diversi paesi ha indicato che i tassi di denuncia e di assistenza dei casi di violenza alle donne erano nettamente aumentati nel corso del primo anno.⁵⁶ L'UNFPA ha sperimentato alcuni interventi pilota simili nelle strutture per la salute riproduttiva di 10 paesi. In alcuni di quei paesi, gli interventi hanno portato a un aumento della disponibilità di strut-

"Odio il matrimonio precoce. Sono stata data in matrimonio in età precoce e la famiglia di mio marito mi ha obbligata ad andare a letto con lui, che mi faceva soffrire tutta la notte. Dopo di che, ogni volta che il giorno diventa notte, sto male pensando che succederà lo stesso. È questo che odio di più".

— Ragazza etiopica di 11 anni, sposata all'età di 5 anni

3I UNA VITA LIBERA DALLA VIOLENZA È UN NOSTRO DIRITTO

Un'iniziativa lanciata nel 1998 da otto agenzie delle Nazioni Unite, tra cui l'UNFPA, dimostra come le campagne possono contribuire a tenere in piedi una collaborazione a lungo termine tra governi, società civile, gruppi di donne e organizzazioni delle Nazioni Unite. La Campagna inter-agenzie delle Nazioni Unite per i diritti umani delle donne in America Latina e nei Caraibi, intitolata "Una vita libera dalla violenza è un nostro diritto", ha ricevuto l'adesione di 22 governi e ha mantenuto vivo il tema nei piani programmatici dei politici e nell'attenzione del pubblico.

La campagna si è avvalsa dei mezzi di comunicazione di massa, tra cui una rivista che si chiama "Maria Maria", di un concorso fotografico itinerante e di annunci del governo per stimolare un'azione a livello nazionale e regionale in tema di violenza contro le donne. Nel 2001 un simposio sui diritti, la salute e la violenza di genere nelle Americhe ha riunito i rappresentanti dei ministeri della Sanità, delle organizzazioni di donne e della società civile di 30 paesi per cercare di definire delle strategie in grado di affrontare il problema di salute pubblica costituito dalla violenza contro le donne. L'appello all'azione del simposio ha inserito il diritto delle donne alla sicurezza personale direttamente nel programma dei sistemi sanitari e ha chiesto con forza ai governi e alla società civile di definire un pacchetto di misure legislative, finanziarie e sociali. Diversi enti regionali portano avanti questa collaborazione con le agenzie delle Nazioni Unite, appoggiando e verificando l'andamento dei progressi a livello regionale e dei singoli paesi.

ture sanitarie in grado di fornire screening e assistenza sul posto per le donne vittime di violenza. Tali strutture hanno anche esteso la rete delle prestazioni a disposizione delle donne oltre il settore sanitario.⁵⁷ In misura sempre maggiore i governi stanno mettendo a disposizione la controccezione di emergenza nel quadro dell'assistenza medica successiva ad uno stupro.

ISTRUZIONE, SICUREZZA E STRUMENTI ECONOMICI. Anche se la violenza di genere colpisce le donne di tutte le classi, la povertà e la mancanza di istruzione sono dei fattori di rischio aggiuntivi.⁵⁸ Aumentare i livelli di istruzione, in maniera da permettere l'*empowerment* delle giovani donne, può contribuire a prevenire la violenza. Programmi scolastici di qualità possono anche essere uno strumento per sensibilizzare i giovani uomini a rispettare i diritti delle donne.

Rendere le scuole sicure per le ragazze è un passo essenziale per il conseguimento degli scopi che gli Obiettivi di sviluppo del Millennio si sono prefissi nel campo dell'istruzione. In alcuni paesi i genitori non mandano le figlie a scuola per il timore di molestie sessuali o stupri. Alcuni paesi stanno prendendo delle misure: il governo di

Panama, per esempio, ha messo in atto con il sostegno dell'UNFPA un programma nazionale per impedire le molestie sessuali nei confronti delle ragazze nelle scuole.⁵⁹ Le donne e le ragazze che vivono in povertà sono spesso più vulnerabili allo stupro, probabilmente perché i loro quartieri e i loro spostamenti verso il lavoro o la scuola sono più pericolosi. Tra le iniziative di maggiore successo per affrontare questo problema troviamo la campagna "Tra due fermate" a Montréal, che durante la notte permette alle donne di scendere dall'autobus il più vicino possibile alla propria destinazione, e il "Lady Bus" di Bangkok.⁶⁰

Anche gli strumenti economici sembrano avere un effetto di protezione. Nello stato indiano del Kerala un sondaggio ha rivelato che il 49 per cento di donne nullatene ha dichiarato di aver subito violenze fisiche, a fronte di un 7 per cento di donne titolari di qualche proprietà.⁶¹ In alcuni casi, gli sforzi messi in atto contro la violenza puntano sull'*empowerment* economico delle donne. In Algeria e in Marocco l'UNFPA sostiene dei tentativi per includere iniziative in questo senso nei servizi di assistenza alle vittime di violenza esistenti.⁶² In Venezuela l'UNFPA ha appoggiato la banca nazionale delle donne, la *Banmujer*, affinché la prevenzione della violenza venisse inserita nei suoi servizi di credito. L'Istituto nazionale delle donne, che fa parte delle reti di organizzazioni governative e non governative creata per fornire le prestazioni necessarie alle vittime di abusi, ha creato un telefono amico per la denuncia dei casi di violenza. I dipendenti bancari seguono periodicamente dei corsi di aggiornamento sulla violenza di genere e sulla salute riproduttiva per meglio trattare le esigenze di carattere non finanziario delle clienti. Promuovere i diritti economici delle donne, inclusi i loro diritti alla proprietà e all'eredità, come raccomandato dal Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio, può aiutare le donne a evitare e a mettere fine ai rapporti di violenza.⁶³

Mobilarsi per una "tolleranza zero"

Da decenni, i promotori dei diritti delle donne e le agenzie internazionali come il Fondo delle Nazioni Unite per le donne si impegnano per creare una cultura di "tolleranza zero" nei confronti della violenza contro le donne. Un numero sempre crescente di comunità, coalizioni e paesi si sta mobilitando per questa causa.

Ben 25 paesi hanno dimostrato il loro impegno mettendo in atto dei piani d'azione nazionali intesi a eliminare la violenza contro le donne.⁶⁴ Molti paesi stanno anche adottando delle leggi sulle varie forme di violenza di genere. Ad esempio, la Tunisia nel 2004 ha reso punibili per legge le molestie sessuali. In Niger una legge del 2003 dà una definizione dello stupro e delle molestie sessuali e proibisce

32 **CAMPAGNA CONTRO IL TURISMO SESSUALE E LO SFRUTTAMENTO SESSUALE A PANAMA**

Grazie al sostegno dell'UNFPA, il 25 novembre 2004, il Giorno internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, il Direttorato nazionale panamense per le donne ha lanciato una campagna sui mezzi di comunicazione di massa contro lo sfruttamento sessuale. La campagna era diretta al pubblico in generale, ai rappresentanti del governo, ai mezzi d'informazione e ai turisti e divulgava una legge sul turismo sessuale che era stata approvata nel 2000. Sono stati messi in onda comunicati radiofonici letti da persone famose, distribuiti manifesti nei negozi dei diversi quartieri, nei cybercafé, negli alberghi e nei casinò, e sono stati distribuiti opuscoli informativi alle autorità e ai giornalisti. All'aeroporto nazionale, in presenza dei mezzi d'informazione, la moglie del presidente e alcuni alti rappresentanti del governo hanno distribuito ai turisti delle cartoline con le quali si promuoveva il turismo sicuro anziché il turismo sessuale.

qualunque forma di schiavitù di donne e bambini.⁶⁵ Nel 2003 il Kirghizistan ha approvato una legge che era stata promossa da organizzazioni non governative che avevano raccolto 30 mila firme in un'iniziativa popolare senza precedenti per l'adozione di una legge contro la violenza. La Giordania ha abolito l'impunità per i delitti d'onore. Un numero maggiore di paesi ha reso punibile lo stupro all'interno del matrimonio.⁶⁶

La violenza di genere è un problema dalle molte sfaccettature che richiede una risposta che tenga conto dei suoi diversi aspetti. In India i consulenti familiari, creati dal dipartimento di polizia del Madhya Pradesh col sostegno dall'UNFPA, forniscono assistenza e consulenza legale in caso di violenze collegate a problemi di dote, molestie da parte della famiglia del marito, matrimoni precoci, stupro e abusi.⁶⁷ L'UNFPA ha anche operato in stretta collaborazione con il *Network of African Women Ministers and Parliamentarians* (Rete delle ministre e parlamentari africane) affinché intensificassero gli sforzi volti a promuovere nei loro paesi leggi più severe e la loro applicazione.⁶⁸ In Kenya esistono dei servizi di consulenza per aiutare le ragazze che scappano di casa per evitare le mutilazioni/taglio dei genitali o i matrimoni forzati, a far ritorno in famiglia senza rischi.⁶⁹ La Cina ha pubblicato un manuale sulla violenza domestica ad uso degli assistenti sociali.⁷⁰ La divulgazione di informazioni legali in un linguaggio di facile comprensione è di importanza essenziale per fare in modo che le comunità, le

donne e i potenziali aggressori, soprattutto se analfabeti, quelli che vivono in povertà o che appartengono a gruppi linguistici diversi, siano informati dei diritti e delle pene previsti dalla legge.

In Honduras una donna su 6 di età superiore ai 14 anni dichiara di aver subito violenza fisica. Un'iniziativa che offre nuovi sbocchi è quella di formare gli agenti di polizia ad avere una maggiore attenzione alle questioni di genere quando sono chiamati a intervenire in casi di violenza domestica. Un'azione congiunta del ministero della Sicurezza, della Polizia nazionale, l'Istituto nazionale per gli affari delle donne e l'UNFPA ha raggiunto l'obiettivo di formare tutti i diplomati di tutte le accademie di polizia della nazione, cioè circa 1.500 l'anno. Un corso sulla violenza di genere fa ora parte integrante dei normali programmi di formazione della polizia. Nel 2004 la Conferenza regionale sul buon governo e sulla parità di genere organizzata dalla Commissione Economica per l'America Latina e i Caraibi ha riconosciuto all'iniziativa il merito di essere "la pratica migliore" e l'ha elogiata come seconda migliore realizzazione dell'amministrazione del presidente nel suo rapporto annuale. Da quando il progetto è iniziato, nel 2002, il numero dei casi di violenza

domestica denunciati alle autorità è notevolmente calato. Questo è risultato dagli sforzi di collaborazione di molte altre organizzazioni e delle istituzioni che si sono mobilitate per affrontare il problema. A livello regionale, il Consiglio sulla differenza di genere della Commissione dei capi di polizia del Centro America e dei Caraibi, con il sostegno dell'UNFPA, continua il suo operato per migliorare la sensibilizzazione sulla violenza contro le donne attraverso corsi di formazioni e diffusione di protocolli che tengono conto dell'approccio di genere.

"Prima della formazione, ero molto depressa e pensavo sempre alla violenza che avevo subito. Vivevo nella paura. Temevo di condividere la mia esperienza con altri. Ora mi sento più sicura di me stessa. Come agente polizia, posso capire meglio e aiutare una donna che è stata vittima di violenza domestica grazie all'esperienza che ho vissuto in prima persona".

— Donna agente di polizia che ha avuto un'esperienza personale di abusi, Centro di addestramento della polizia, Dipartimento di La Paz, Honduras

CAMPAGNE NAZIONALI: EFFETTI RAPIDI. Le campagne nazionali contro la violenza di genere rappresentano una delle soluzioni modello "a effetto rapido" raccomandate dal Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio. Si tratta di iniziative abbastanza contenute nei costi e molto efficaci, dalle quali ci si aspettano grandi risultati di sviluppo nel giro di tre anni.⁷¹ In alcuni paesi sono già in atto tentativi in questo senso, ad esempio la campagna "Basta con la violenza contro le donne", lanciata in Turchia nel 2004 col sostegno dell'UNFPA. Il governo ha fatto ricorso a celebrità e atleti, che hanno partecipato a una serie di spot pubblici-



tari mandati in onda in 15 diversi canali televisivi. Sono state realizzate delle magliette della Federazione del calcio turca con slogan contro la violenza, e i capi religiosi hanno pronunciato dei discorsi durante la preghiera del venerdì in tutte le moschee. Il settore privato è stato coinvolto nella campagna sia come sponsor che come sostenitore.⁷² In America Latina e nei Caraibi una campagna condotta da diverse agenzie delle Nazioni Unite ha ottenuto notevoli progressi in materia (vedi scheda 31) e ha innescato altre iniziative. La Thailandia ha lanciato una sua campagna intitolata "Amore e pace in casa"⁷³. In Burundi l'UNFPA ha svolto un ruolo importante nella conduzione di una campagna nazionale per affrontare il problema della violenza contro le donne, tra cui la sponsorizzazione di una ricerca sulle cifre della violenza sessuale tra le popolazioni rifugiate interne. Nel 2004 la campagna ha registrato un aumento del 53 per cento del numero di donne vittime di violenza sessuale che hanno fatto ricorso alle prestazioni messe a loro disposizione nei centri delle ONG sostenute dall'UNFPA. I centri forniscono anche assistenza legale per le donne stuprate attraverso l'Associazione delle avvocate del Burundi e la Lega dei diritti umani ITEKA.

Gli uomini prendono posizione

Alcune iniziative stanno acquisendo importanza grazie al coinvolgimento di gruppi di uomini per promuovere una cultura della "tolleranza zero" nei confronti della violenza di genere. La Campagna del nastro bianco, ad esempio, che è stata lanciata in Canada ed è la più grande iniziativa di questo genere nel mondo, si basa sull'idea che tutti gli uomini e i ragazzi devono assumersi una responsabilità nel compito di mettere fine alla violenza contro le donne. Può parteciparvi qualunque uomo contrario alla violenza contro le donne. Il fatto di indossare un nastro bianco indica l'impegno personale a non commettere, permettere o tacere mai nessuna violenza contro una donna. L'organizzazione incoraggia tra gli uomini una riflessione che porta ad un'azione personale e collettiva, divulga kit di informazione e fa interventi nelle scuole, affronta temi di politica sociale e collabora con le organizzazioni di donne.⁷⁴ Nel 2004 una campagna nazionale per fermare la violenza contro le donne è stata lanciata in Brasile da gruppi di donne e di uomini col sostegno dell'ECOS, un'organizzazione di ricerca specializzata in tematiche di genere e sessualità. Alla campagna hanno partecipato attori comici

famosi con dei video nei quali dicono che la violenza contro le donne “non fa ridere”.⁷⁵

Nelle Filippine, la ONG *Harnessing Self-Reliant Initiatives and Knowledge* (Collegamento autonomo di saperi e iniziative), ha messo in atto un modello di formazione sugli stereotipi di genere, la violenza contro le donne e altri problemi correlati. Alcuni dei partecipanti hanno formato dei gruppi con l'obiettivo di entrare in contatto con altri uomini e intervenire in caso di partner che ricorrono alla violenza.⁷⁶ In Cambogia *Men Against Violence Against Women* (Uomini contrari alla violenza contro le donne) appoggia delle campagne annuali contro la violenza di genere e si adopera per fornire ai giovani uomini dei nuovi modelli di ruolo.⁷⁷

Nonostante una sempre più diffusa consapevolezza del prezzo della violenza di genere, la risposta al problema resta inadeguata. Diverse iniziative hanno avuto un impatto limitato per mancanza di misure politiche e piani d'azione approfonditi, oltre che per insufficienza di dati e ricerche su cui basarli e seguirne l'andamento. Meccanismi di applicazione inefficaci e scarse risorse per renderli operanti sono anch'essi frequenti. È necessario realizzare, migliorare e applicare pienamente misure politiche e legali per affrontare la violenza contro le donne come problema di diritti umani e di salute pubblica. Poiché la violenza di genere è così diffusamente tollerata, riuscire a eliminarla presuppone, in ultima analisi, dei cambiamenti sociali. Tra gli elementi costitutivi di un approccio di successo e di vasto impatto ci sono il consolidamento del sistema legale, investimenti nella sicurezza,

nell'istruzione, nei diritti e nella salute riproduttiva e nell'*empowerment* economico delle donne, un'istruzione attenta ai problemi di genere fin dalla tenera età, un sistema sanitario pubblico che preveda assistenza e sostegno adeguati per le vittime, la mobilitazione di rappresentanti autorevoli della comunità, dell'opinione pubblica e delle autorità religiose, l'interessamento dei mezzi d'informazione e, infine, il coinvolgimento degli uomini, giovani e adulti, affinché prendano una posizione decisa sull'argomento.

Finanziamenti inadeguati nei bilanci pubblici⁷⁸ e la tendenza a privilegiare altre priorità hanno contribuito a una mancanza di azione in questo senso. Invece i costi di misure efficaci per ridurre la violenza sono insignificanti rispetto all'impatto umano, sociale ed economico sulle generazioni attuali e future. In Tagikistan, ad esempio, il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio ha valutato che basterebbe una semplice quota di 1,30 dollari pro-capite per cambiare le cose nell'applicazione di una serie di interventi specifici di genere, tra i quali quelli destinati a lottare contro la violenza di genere.⁷⁹ Negli Stati Uniti, nel 1994, la Legge sulla violenza contro le donne ha realizzato un beneficio netto che è stato valutato in 16,4 miliardi di dollari, provando così che prevenire costa meno che non fare nulla.⁸⁰ Gli investimenti per la tutela delle donne e la prevenzione danno degli ottimi risultati in termini di rapporto tra costi e guadagni e sono di fondamentale importanza per l'appello contenuto nella Dichiarazione del Millennio a “creare un contesto... che possa portare allo sviluppo e all'eliminazione della povertà”.⁸¹



8 Le donne e i giovani nelle crisi umanitarie

“La transizione alla pace offre un’opportunità pressoché unica di creare un quadro strutturale che tenga conto dell’approccio di genere nella ricostruzione del paese. Il coinvolgimento delle donne nella costruzione e nella ricostruzione della pace è di fatto una parte fondamentale del processo di inclusione e di democrazia che può contribuire a una pace duratura”.

— Noeleen Heyzer, Direttrice esecutiva del Fondo delle Nazioni Unite per le donne (UNIFEM)

Dal Vertice delle Nazioni Unite del Millennio, nel 2000, in ben 40 paesi sono scoppiati dei conflitti.¹ Nel 2004 un unico disastro naturale, lo tsunami in Asia Orientale, ha ucciso più di 280 mila persone e ne ha costretto più di un milione a lasciare la propria casa.² Le guerre o i disastri naturali lasciano dietro di sé delle situazioni in cui i sistemi scolastici e sanitari collassano, la violenza di genere aumenta, l’HIV e le altre infezioni sessualmente trasmissibili si diffondono e la mortalità infantile e materna aumenta vertiginosamente.

Il gran numero di queste crisi umanitarie ostacola la realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Tra i 34 paesi poveri che sono più lontani dalla possibilità di conseguire gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, 22 si trovano ancora o sono appena usciti da una situazione di conflitto.³ Le crisi ambientali, che stanno aumentando di frequenza e di gravità, colpiscono anch’esse in maniera sproporzionata i poveri. Quasi due miliardi di persone hanno subito le conseguenze di disastri naturali negli ultimi dieci anni del ventesimo secolo, di cui l’86 per cento in seguito a inondazioni e siccità.⁴

La natura e gli scopi dei conflitti sono cambiati, con un numero sempre maggiore di conflitti armati interni, piuttosto che con altri paesi. Durante gli anni novanta, su 118 conflitti armati, la maggior parte sono stati interni.⁵ Questi ultimi tendono a durare più a lungo delle guerre con altri paesi e hanno costi altissimi per i civili, tra cui rapimenti, stupri, mutilazioni, torture e massacri. Molti civili sono costretti a lasciare le proprie case e comunità, e la violenza sessuale è spesso molto diffusa. Durante il conflitto e nel periodo successivo le donne e le giovani sono particolarmente vulnerabili: l’80 per cento dei 35 milioni di profughi nel mondo e di rifugiati interni sono donne e bambini.⁶

La ripresa da un conflitto armato è un processo che dura decenni e la pace che ne consegue può essere fragile. All’incirca la metà dei paesi che escono dalla guerra, ricadono nella violenza nel giro di 5 anni.⁷ Investire a lungo

termine sulle donne e sui giovani durante e dopo le crisi può contribuire a ridurre la povertà e a favorire le prospettive di sviluppo sostenibile e di pace duratura.

Soprattutto grazie agli sforzi delle organizzazioni della società civile, la comunità internazionale sta riconoscendo in misura sempre maggiore le esigenze e i diritti dei giovani e delle donne nelle crisi umanitarie. Una maggiore attenzione viene ora riservata a quei gruppi che possono contribuire, attraverso un processo di *empowerment*, al processo di costruzione della pace e di risanamento e trasformazione delle loro società andate in frantumi.

Il dopo-crisi: un’occasione di parità e di pace

Quando un conflitto o un disastro naturale colpisce, sono soprattutto le sopravvissute a portare il peso maggiore degli aiuti e della ricostruzione. Sono quelle a cui spetta il principale ruolo di accudire gli altri sopravvissuti, tra cui i bambini, i feriti, i malati e gli anziani. La vulnerabilità e la responsabilità delle donne sono ulteriormente aggravate dalla perdita del marito e del sostentamento, nonché dalla necessità di procurarsi l’essenziale per la sopravvivenza della famiglia.⁸

Le esigenze specifiche di genere spesso sono state trascurate al momento della pianificazione degli aiuti e della ricostruzione. La vulnerabilità delle ragazze e delle donne allo sfruttamento, al traffico di persone e agli abusi è stata largamente trascurata, così come lo è stato il bisogno di cure inerenti alla gravidanza, di forniture sanitarie e di indumenti adeguati. La distribuzione degli aiuti di emergenza è spesso affidata agli uomini e da loro gestita, senza curarsi di appurare se saranno anche le donne e coloro che da esse dipendono a beneficiarne.

I periodi di transizione dopo le crisi offrono un’opportunità eccellente per mettere in atto misure politiche e processi che accelerino la ripresa, per formulare piani d’azione utili alla realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, e per definire un ampio programma per lo svi-

luppo e la sicurezza. Ma ogni volta che sono in corso dei negoziati di pace, le donne sono in genere escluse. E quando un nuovo governo entra in carica, prende decisioni e prepara bilanci, le donne vengono spesso lasciate da parte.

Donne e ragazze nelle situazioni di conflitto e post-conflitto sono uno dei tre gruppi fondamentali di cui è necessario avere l'appoggio, secondo il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio. La politica interna e gli aiuti esterni che forniscono quel tipo di appoggio permettono alle comunità di riconciliarsi, di spezzare la catena del conflitto e di accelerare la transizione a uno sviluppo sostenibile, e possono trarre grande vantaggio dalla capacità delle donne di ricucire il tessuto sociale e ricostruire la vita economica delle comunità distrutte.⁹

Un sistema di diritti umani in evoluzione

Nel 2000 il Consiglio di Sicurezza della Nazioni Unite ha approvato la risoluzione 1325, una decisione che segna una svolta imponendo l'inclusione delle donne nel processo di pace. Rivolge un appello a tutte le parti a proteggere le donne nei conflitti armati e a integrare l'approccio di genere nelle operazioni di *peacekeeping*, nei meccanismi di monitoraggio delle Nazioni Unite e nei programmi di costruzione della pace.¹⁰

La risoluzione trae fondamento da precedenti conquiste per i diritti umani delle donne durante i conflitti armati. Nel 1998, lo Statuto di Roma della Corte penale internazionale, il primo tribunale permanente con il compito di perseguire gli individui per crimini contro l'umanità, definisce in maniera specifica "lo stupro, la schiavitù sessuale, la prostituzione forzata, la gravidanza imposta, la sterilizzazione forzata e qualunque altra forma di violenza sessuale" come crimini contro l'umanità.¹¹ Precedentemente alla creazione della Corte penale internazionale, i tribunali speciali appositamente istituiti per giudicare i crimini contro l'umanità in Ruanda e nella ex Jugoslavia avevano creato un precedente legale perseguendo i colpevoli di stupro in tempo di guerra.¹² La Corte speciale della Sierra Leone, per la prima volta nella storia del diritto internazionale, ha stabilito che il matrimonio forzato è "un atto inumano" e un crimine contro l'umanità.¹³

Nel dicembre del 2004, il rapporto del Gruppo di esperti di alto livello del Segretariato delle Nazioni Unite per le minacce, le sfide e i cambiamenti ha ribadito l'importanza di mettere fine alla violenza sessuale contro le donne

durante le guerre e ha raccomandato agli stati membri e alle agenzie delle Nazioni Unite la piena applicazione della risoluzione 1325.¹⁴ Se portata a compimento, la Commissione per la costruzione della pace proposta dal Gruppo di esperti e approvata nella relazione del Segretario generale delle Nazioni Unite, *In larger freedom* ("Per una libertà più ampia")¹⁵, offrirebbe un'ulteriore opportunità di applicare tali raccomandazioni.

Le Convenzioni di Ginevra del 1949 e i relativi Protocolli opzionali proteggono i civili in tempo di guerra e proibiscono l'aggressione, lo stupro, la deportazione e l'impiego dei bambini come soldati. La Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 e i suoi protocolli opzionali proteggono bambini e adolescenti durante i conflitti armati e proibiscono l'arruolamento di ragazzi al di sotto dei 18 anni. Quattro risoluzioni del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni

Unite, approvate tra il 1999 e il 2003, ribadiscono l'importanza di proteggere i bambini e gli adolescenti durante e subito dopo un conflitto. Sollecitano anche la loro inclusione nel processo di pace, segnalano i bisogni specifici e la vulnerabilità di bambine e ragazze e condannano la violenza sessuale durante le operazioni di *peacekeeping*.¹⁶

Il quadro legale internazionale per la protezione di donne e bambini durante i conflitti si è rivelato inadeguato allo scopo, soprattutto per i 25 milioni di rifugiati interni che esistono nel mondo. La maggioranza sono donne e bambini, spesso appartenenti a minoranze etniche e indigene.¹⁷ Costretti a fuggire dalle loro case da un conflitto o da un disastro naturale, i rifugiati interni sono a forte rischio di impoverimento, malattie, violenza e di finire "dispersi". Inoltre, durante la fuga, possono anche subire la persecuzione di qualche gruppo armato. Le loro condizioni di vita possono mettere a dura prova i limiti della resistenza umana. Possono ritrovarsi senza cibo, acqua, sanitari, alloggio, intimità o accesso all'istruzione e ai servizi sanitari. Senza terra da coltivare, senza possibilità di lavoro e con le loro proprietà sequestrate, i rifugiati interni possono rapidamente sprofondare nella povertà più completa. Nei campi possono essere bersaglio di aggressioni. I bambini e gli adolescenti possono essere arruolati come soldati o costretti alla schiavitù sessuale. E spesso sono trascurati i bisogni di anziani e disabili.¹⁸

I rifugiati interni, che includono più dei due terzi di coloro che sono stati sradicati a causa di una situazione di crisi, mancano della protezione legale internazionale a cui

"Le donne devono partecipare pienamente e su un piano di parità alla costruzione della pace e alla creazione di strutture legislative, giudiziarie e costituzionali dopo la fine di un conflitto. Perché è solo in questo modo che tali strutture saranno pienamente rappresentative della società del dopo-conflitto e quindi atte a rispondere pienamente ai bisogni e alle esigenze di tutti. La pace sostenibile è questa".

— Sir Emyr Jones Parry, presidente del Consiglio di Sicurezza della Nazioni Unite

Le conseguenze di un conflitto possono offrire l'opportunità di promuovere la partecipazione delle donne come parte integrante della ricostruzione e dello sviluppo nazionali. In Cambogia, un paese che si è lasciato alle spalle 30 anni di conflitto, le donne e le vedove di guerra sono capofamiglia di un nucleo familiare su quattro, nuclei che sono anche tra i più poveri. Oggi, l'80 per cento della popolazione femminile del paese è in età lavorativa e svolge un'attività economica, la più alta partecipazione di forza lavoro femminile di tutti i paesi della regione. Ignorare il loro contributo significherebbe mancare un'occasione per ridurre la povertà.

A promuovere con convinzione l'uguaglianza di genere sono stati il ministero per la Questione femminile e un certo numero di organizzazioni internazionali e non governative. La Costituzione del 1993 sancisce la parità tra uomini e donne. Il governo della Cambogia ha appoggiato la creazione di un quadro legale in evoluzione che garantisce la parità di genere nel matrimonio, nella famiglia, nel lavoro e nella proprietà della terra. Il governo ha anche esteso l'approccio di genere a tutte le principali iniziative politiche, tra le quali la strategia nazionale per la riduzione della povertà approvata nel 2002, gli Obiettivi di sviluppo del Millennio cambogiani nel 2003, la politica nazionale per la popolazione, sempre nel 2003, e il Piano in quattro punti per crescita, occupazione, efficienza e parità nel 2004. Quest'ultima iniziativa riconosce nelle donne "la spina

dorsale della nostra economia e della nostra società" e punta "a garantire il diritto delle donne a una partecipazione attiva e paritaria nella costruzione della nazione". Il piano nazionale di sviluppo strategico del 2005 definisce chiaramente il *mainstreaming* di un approccio di genere e dei diritti umani come essenziale in tutti i settori. Si sta pianificando di dare la priorità alle donne sposate nelle politiche per lo sviluppo, in riconoscimento dell'alto rischio di infezione da HIV che corrono. La stesura di proposte di legge sulla violenza domestica e sul traffico di persone a fini di sfruttamento è stata inclusa nel piano programmatico del 2005 per la realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio della Cambogia, che diventa così il primo paese del mondo a fare una cosa del genere.

Il ministero per la Questione femminile ha stabilito accordi con altri ministeri, organizzazioni della società civile e donatori internazionali per sviluppare un'esaustiva strategia per il *mainstreaming* dell'approccio di genere. Attualmente sono in atto dei piani quinquennali, con personale a livello centrale, provinciale e comunale, l'istituzione di osservatori per i problemi di genere e di gruppi di lavoro tecnici dislocati presso tutti i ministeri. Il ministro ha dato inizio a una formazione di genere per tutti i suoi dipendenti e ha promosso delle misure politiche per la sensibilizzazione alle tematiche di genere per i dipendenti pubblici. Il bilancio, che tiene conto dell'approccio di genere, ha previsto finanziamenti sempre

maggiori per borse di studio per le ragazze, allo scopo di aumentare la presenza femminile nelle scuole senza gravare sulle famiglie. Gli sforzi messi in atto per migliorare un'analisi, in un'ottica di genere, dei dati relativi al piano nazionale per la realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio si sono tradotti nell'aggiunta di nuovi indicatori che possano evidenziare i progressi realizzati dalle donne per quanto riguarda la partecipazione politica, l'istruzione, la salute, l'occupazione, nonché dati sulla violenza contro le donne.

Tutte queste misure hanno permesso alla Cambogia di promuovere l'uguaglianza di genere e anche di fare dei passi avanti verso la realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. La mortalità materna, il tasso di fecondità e la prevalenza di HIV sono diminuiti in alcuni gruppi. Nelle zone rurali e in quelle remote, è aumentato il tasso di scolarizzazione nel primo e secondo ciclo di studi, ed è aumentato il numero di donne che frequentano il liceo e l'università. Le donne che hanno dei ruoli dirigenziali stanno contribuendo al buon governo e alla riduzione della povertà attraverso la creazione di iniziative congiunte del governo e della società civile, la promozione di una soluzione pacifica delle dispute a livello locale e una cooperazione trasversale tra i partiti politici. Anche se molti sono i problemi che restano da risolvere, la Cambogia offre un esempio eccellente di quanto una completa e continua generalizzazione dell'approccio di genere possa migliorare la vita dei cittadini.

hanno diritto i rifugiati che abbiano attraversato una frontiera.¹⁹ Poiché ricadono sotto la giurisdizione e la sovranità nazionali, la condizione dei rifugiati interni è considerata una questione di politica interna, limitando così le possibilità di intervento della comunità internazionale.

Il problema ha suscitato un'attenzione sempre maggiore da parte della comunità internazionale. Nel 1992 il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha nominato per la prima volta un suo rappresentante per i diritti umani dei rifugiati interni²⁰ e nel 1998 la Commissione per i diritti umani ha adottato dei principi guida che hanno stabilito dei parametri per la protezione dei diritti delle popolazioni rifugiate nel loro paese.²¹ Il rapporto per il 2005 del rappresentante alla Commissione metteva l'ac-

cento sullo "sproporzionato peso dello spostamento" che grava sulle spalle di donne e ragazze e sottolineava la loro vulnerabilità a stupri e violenze domestiche. Leggi e pratiche ereditarie discriminatorie fanno sì che sia difficile per le donne, una volta tornate a casa, reclamare la terra e le proprietà dei mariti defunti.²² Quello di procurarsi un lavoro è un altro ostacolo considerevole. Il Segretario generale delle Nazioni Unite, nel suo rapporto principale, *In a larger Freedom* ("Per una libertà più ampia"), ha chiesto ai governi di adottare con urgenza dei principi guida e di intensificare gli sforzi per andare incontro ai bisogni delle persone rifugiate internamente. Come ha detto: "(S)e le autorità nazionali non sono in grado o non vogliono proteggere i loro cittadini, allora spetta alla comunità

34 RUANDA: IL POTERE ATTRAVERSO LE URNE

Nelle elezioni parlamentari del 2003 le donne hanno vinto il 49 per cento dei seggi nella camera bassa e il 34 per cento nella camera alta. Il Ruanda ora ha la più alta percentuale di deputate del mondo. Una tecnica di triplo ballottaggio era stata messa in atto dal governo alle elezioni distrettuali del 2001. Ogni votante sceglieva un candidato generale, un candidato donna e un candidato giovane. "Non solo questo sistema ha reso disponibili dei seggi per le donne e per i giovani", ha notato un esperto, "ma ha anche fatto sì che tutto l'elettorato abbia dovuto votare per le donne". Il Forum delle donne parlamentari, composto di donne di etnia hutu e tutsi, è stato il primo gruppo parlamentare trasversale del parlamento ruandese. Le donne elette hanno messo in atto dei programmi di riconciliazione nazionali e locali, hanno redatto una nuova costituzione e hanno attivamente promosso la trasparenza e la gestione responsabile a tutti i livelli di governo.

internazionale ricorrere a metodi diplomatici, umanitari o altri per contribuire a proteggere i diritti umani e il benessere delle popolazioni civili".²³

Partecipazione delle donne e uguaglianza di genere: il cammino verso il recupero

Nella situazione che fa seguito a un conflitto la piena partecipazione politica delle donne può migliorare la sicurezza e la capacità di governo, oltre a promuovere la riconciliazione e lo sviluppo socio-economico. Come mostra il modello della Cambogia (vedi scheda 34), le donne attive in politica, in collaborazione con i ministeri e con le associazioni femminili, possono effettivamente richiamare l'attenzione sull'uguaglianza di genere e sulle questioni di sviluppo, facendo avanzare le strategie per la riduzione della povertà. In Sudafrica, per esempio, le parlamentari e le rappresentanti della società civile organizzata hanno contribuito alla riforma dell'apparato militare del dopo-apartheid.²⁴ Il governo ha nominato delle donne a cariche di alto livello del ministero della Difesa, ha avviato una formazione di genere per tutto il personale dei ministeri e ha istituito delle politiche del personale più paritarie, tra cui il congedo di maternità. Il Fondo delle Nazioni Unite per le donne (UNIFEM) ha lavorato in paesi che emergevano da conflitti per sviluppare le capacità delle donne leader e incoraggiare le elettrici a partecipare attivamente al processo politico. In Afghanistan, nella campagna per le elezioni del 2004, l'UNIFEM ha organizzato il primo forum pubblico sui diritti delle donne, riunendo attiviste per i diritti delle donne, giornaliste e candidate presidenziali.²⁵ Il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) ha appoggiato l'iniziativa formando sulle questioni di genere le donne con ruoli dirigenziali.²⁶

Le donne hanno anche un ruolo importante da svolgere nel promuovere la giustizia e la riconciliazione. A livello internazionale, la nomina di giudici donne ha portato a dei significativi passi in avanti. Ad esempio, in ogni caso giudicato dal Tribunale penale internazionale per la ex Jugoslavia che si è tradotto in condanne importanti per crimini sessuali (contro uomini, oltre che contro donne), tra i giudici c'era una donna.²⁷ In Sierra Leone una task force di donne ha partecipato alla creazione della Commissione per la verità e la riconciliazione e a un'unità speciale per investigare sui crimini di guerra.²⁸ In Ruanda il Fondo delle Nazioni Unite per le donne dà il suo appoggio al sistema *gacaca* di giustizia comunitaria del dopo-genocidio e ha formato 100 giudici sulla differenza di genere, la giustizia, la riconciliazione e la costruzione della pace.²⁹

Molte organizzazioni internazionali riconoscono che sostenere le donne è un modo efficace per aiutare le loro comunità a riprendersi dalle crisi. Nelle zone di guerra e in quelle colpite da disastri della Repubblica Islamica d'Iran, il governo ha messo in piedi, col supporto tecnico dell'UNFPA, un vasto programma per aiutare le donne capofamiglia. Include il sostegno all'avvio di attività generatrici di reddito e a diversi tipi di formazione (alfabetizzazione, strumenti per la vita quotidiana, salute riproduttiva).³⁰ In Sierra Leone il Movimento donne nelle crisi assiste le giovani donne sfruttate sessualmente o a rischio di praticare "sesso per la sopravvivenza", cioè rapporti sessuali in cambio di generi di prima necessità. Offre formazione professionale, consulenza psicologica e sociale, cure mediche e servizi per la prevenzione di infezioni sessualmente trasmissibili.³¹

Empowerment dei giovani dopo un conflitto

Nonostante il fatto che i processi di costruzione della pace spesso li trascurino, i giovani che sopravvivono a un conflitto armato sono un elemento importante per la pace e la ricostruzione. Già solo per il numero, i giovani costituiscono una forza con cui fare i conti: circa i due terzi della popolazione in Ruanda e in Cambogia ha meno di 25 anni.³² I paesi che, nel processo per risollevarsi dopo una guerra, non investono in quello che i giovani sanno fare e nelle loro capacità produttive, perdono un'opportunità importante per ridurre la povertà e costruire una pace duratura.

Ma i giovani sopravvissuti innanzitutto hanno bisogno di essere aiutati. Gli ex-bambini soldato spesso hanno bisogno di riabilitazione e di servizi di ricongiungimento familiare, di cure mediche e psicologiche, di istruzione, di formazione e di opportunità per procurarsi un reddito. Le giovani donne che hanno subito violenze sessuali e sono state ridotte in schiavitù hanno bisogno di assistenza e cure con un approccio di genere. Quelle che hanno subito

gravidezze forzate durante un conflitto hanno bisogno di un sostegno specifico quando rientrano nella loro comunità: devono essere protette dall'esclusione sociale di cui possono essere vittima insieme ai loro figli, dalla povertà e dal rischio di ulteriore violenza e sfruttamento sessuale.

Storicamente, gli ex-bambini soldato sono sempre stati lasciati fuori dai programmi ufficiali di disarmo, smobilitazione e reintegrazione, anche se il loro numero è significativo. In Liberia, ad esempio, si calcola che 15 mila bambini abbiano combattuto durante la guerra.³³ In Sierra Leone, in alcune delle fazioni armate i bambini costituivano quasi il 37 per cento delle forze combattenti.³⁴ Anche se il ruolo di bambine e ragazze nei conflitti è spesso ignorato, esse rappresentano quasi la metà di tutti i bambini che hanno a che fare con i gruppi armati.³⁵ Circa 12 mila tra bambine e ragazze costituivano il 25 per cento dei combattenti in Sierra Leone.³⁶ Bambine e ragazze vengono arruolate come soldati, cuoche, per fare le pulizie e spesso come partner sessuali forzate, le cosiddette "moglie della selva". Quando fanno ritorno alle loro comunità, le loro famiglie possono respingerle.³⁷ Nel lavoro di ricostruzione con ex-bambini e bambine soldato, l'UNICEF e altre agenzie hanno realizzato dei programmi di smobilitazione con un approccio di genere destinati a bambine e ragazze, come quelli attuati nella Repubblica Democratica del Congo e in Liberia.³⁸ Nello Sri Lanka, il lavoro dell'UNICEF con le Tigri per la liberazione del Tamil Eelam hanno portato a un notevole calo nell'arruolamento di bambini e bambine.³⁹

Sia che si tratti di ex combattenti o che siano vittime di guerra, i giovani sono importanti per la giustizia e la riconciliazione nel dopo-conflitto. In Sudafrica, delle audizioni speciali e dei seminari sono stati tenuti per permettere ai bambini di testimoniare per la Commissione per la verità e la riconciliazione.⁴⁰ In molti paesi i leader comunitari e religiosi ricorrono a metodi terapeutici tradizionali per reintegrare bambini e adolescenti nella società.⁴¹

La crescente consapevolezza che i diritti e i bisogni dei giovani, così come il loro ruolo fondamentale nelle situazioni post-crisi, sono trascurati sta inducendo i paesi a reagire. Alcuni hanno nominato dei rappresentanti speciali per i bambini o creato dei ministeri della gioventù. La Politica nazionale per la gioventù in Sierra Leone, elaborata con la partecipazione dei giovani, ha individuato i loro diritti e le loro responsabilità e ha delineato un piano per un ministero della Gioventù, istituito degli osservatori sulle questioni di genere in altri ministeri e dei comitati per la gioventù a livello distrettuale.⁴²

Come nota la Banca Mondiale, i giovani sono una "voce sotto-utilizzata" per affrontare i problemi del periodo post-

conflitto, che invece possono essere "disponibili, pieni di risorse e pronti a coinvolgersi per affrontare il problema della corruzione e quindi migliorare la gestione della cosa pubblica dei loro paesi". Il Programma di formazione a distanza per i giovani sul buon governo è stato ideato dalla Banca Mondiale per formare dei giovani in Uganda, Ucraina e nella ex-Jugoslavia, tra altri paesi, sulla gestione efficace della cosa pubblica. In Bosnia Erzegovina, dei gruppi di giovani hanno organizzato con successo campagne anti-corruzione e hanno formato un partito di giovani per chiedere migliore istruzione e un maggiore garantismo.⁴³ Nel 1993, la Repubblica Democratica del Congo ha formato, con il sostegno dell'UNICEF, un parlamento nazionale di bambini, composto di 36 membri, incaricato di promuovere i diritti dei bambini e di trovare soluzioni ai loro problemi.⁴⁴

IMBOCCARE LA BUONA STRADA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO: ISTRUZIONE, SALUTE E MEZZI DI SOSTENTAMENTO.

I giovani hanno bisogno di istruzione, sanità, cure e assistenza, avviamento professionale e posti di lavoro per potersi rifare una vita dopo una crisi. Se non sono in grado di guadagnarsi da vivere, possono trovarsi costretti a praticare sesso per sopravvivere, o cadere nella rete del traffico di esseri umani o in altre forme di sfruttamento. Questo mette a repentaglio le loro prospettive per una vita migliore e le possibilità del loro paese di raggiungere gli scopi fissati dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio per quanto concerne l'istruzione, l'HIV/AIDS e un lavoro decoroso e produttivo per i giovani.

L'istruzione è essenziale, sia per dare ai giovani il senso di una vita quotidiana strutturata che per gettare le basi sulle quali la loro società possa crescere. La metà dei bambini che hanno abbandonato gli studi in tutto il mondo vive in paesi che hanno una situazione di conflitto o che ne sono da poco usciti. Le bambine e le ragazze possono essere tenute a casa per occuparsi dei più piccoli mentre le loro madri impoverite o vedove si adoperano per trovare un modo di mantenere la famiglia. Bambine e ragazze possono anche essere scoraggiate dal frequentare la scuola per timore di stupri o rapimenti.⁴⁵ In Sierra Leone una ricerca partecipativa condotta con adolescenti ha rivelato che l'istruzione era la loro priorità assoluta.⁴⁶

Le agenzie delle Nazioni Unite e le organizzazioni della società civile hanno messo a punto e sviluppato congiuntamente dei parametri per i livelli minimi d'istruzione nelle situazioni di crisi.⁴⁷ Il programma politico di Istruzione per il rimpatrio del Burundi, appoggiato dall'UNICEF e da altre organizzazioni internazionali, impone alle scuole nei campi profughi di seguire un piano di studi che sia ricono-

sciuto dai diversi paesi di appartenenza dei bambini.⁴⁸ In Sierra Leone i gruppi di donne forniscono istruzione e formazione professionale per i giovani, soprattutto per ragazze e bambine ex-combattenti.⁴⁹

Salvaguardare la salute e i diritti riproduttivi nelle emergenze umanitarie

La guerra, i disastri naturali e gli spostamenti forzati hanno delle gravi conseguenze sulla salute riproduttiva delle adolescenti e delle donne. Le donne sudanesi in fuga dalle zone di guerra erano costrette a partorire prive dei più elementari strumenti per un parto in buone condizioni igieniche, come una semplice lametta nuova o una saponetta. Questo ha condannato molte di loro a infezioni che sono risultate fatali⁵⁰ e i loro figli a una vita senza l'amore e il sostegno della madre. Si calcola che nel 2003, di queste donne, una su 9 sia morta durante la gravidanza o il parto.⁵¹ La morte di una vedova priva inoltre i suoi figli della loro unica fonte di cibo, riparo e cure per la salute.

Salvaguardare la salute e i diritti riproduttivi nelle emergenze umanitarie è fondamentale per salvare delle vite e gettare le basi per l'uguaglianza di genere e uno svi-

luppo sostenibile una volta che sia tornata la stabilità. Fino a non molto tempo fa, tuttavia, l'assistenza alla salute riproduttiva era raramente disponibile durante le emergenze. Nel 1995 una coalizione di agenzie delle Nazioni Unite, di governi e di organizzazioni non governative ha creato l'*Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations* (Gruppo di lavoro inter-agenzia per la salute riproduttiva dei rifugiati). Il gruppo ha stilato un manuale da campo per le operazioni umanitarie nel quale figura una lista di interventi essenziali per impedire la mortalità delle madri e l'infezione da HIV, nonché garantire l'accesso a un servizio di pianificazione familiare.⁵² Il *Reproductive Health Response in Conflict Consortium* (Consortio per l'intervento a tutela della salute riproduttiva nei conflitti), una rete di organizzazioni non governative umanitarie internazionali, è a sua volta impegnata per migliorare l'assistenza alla salute riproduttiva durante le emergenze.⁵³

Al momento attuale, la protezione di madri e neonati sta diventando un elemento essenziale nelle operazioni di soccorso. Nel corso degli ultimi cinque anni l'UNFPA e i suoi partner hanno fornito dei kit per un parto in buone



condizioni igieniche in più di 30 paesi, dalla Liberia a Timor-Leste. Dal 2003 l'UNFPA si è adoperato per potenziare i centri di assistenza sanitaria di base e ha messo a disposizione del materiale di emergenza per la salute riproduttiva in Iraq.⁵⁴ Nel 2005 l'UNFPA ha distribuito dei kit per il parto in buone condizioni igieniche e l'igiene personale alle donne rifugiate interne in quelle parti dell'Indonesia, delle Maldive e dello Sri Lanka che sono state maggiormente colpite dallo tsunami. È stato fornito anche un aiuto per rimettere in piedi l'assistenza ostetrica negli ospedali di tutta la regione.⁵⁵

Le crisi umanitarie interrompono i servizi di pianificazione familiare a cui le donne possono rivolgersi, esponendole così al rischio di gravidanze indesiderate, aborti in condizioni non sicure e infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV. Sempre di più, nelle situazioni di emergenza, le organizzazioni di soccorso distribuiscono gratuitamente preservativi, come misura basilare contro il rischio di gravidanze indesiderate e la diffusione di infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV. In 22 paesi in situazione di guerra, l'UNFPA e l'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR) stanno operando congiuntamente per fornire preservativi maschili e femminili nei campi dei rifugiati interni.

Una volta superato il momento più grave dell'emergenza, l'UNFPA e i suoi partner continuano a dare il loro appoggio ai governi affinché continuino a portare avanti programmi di assistenza alla salute riproduttiva. In Burundi, ad esempio, il ministero della Sanità ha stabilito dei parametri per i servizi di salute riproduttiva, tra cui figura l'assistenza ostetrica di emergenza. È stato fornito un sostegno per la formazione di ostetriche e medici, per equipaggiare gli ospedali che prestano assistenza alle popolazioni rifugiate internamente e per sensibilizzare la comunità sull'assistenza specializzata durante il parto.⁵⁶ Dopo il terremoto in Turchia nel 1999 e a Bam, nella Repubblica Islamica d'Iran, nel 2003, sono state impiegate delle squadre mediche mobili per fornire assistenza alla salute riproduttiva.

Tra le priorità dell'UNFPA c'è stata quella di trovare una soluzione ai problemi particolari che vivono le donne palestinesi a Gaza e nella West Bank. Anche prima dell'intensificarsi del conflitto nel 2000 si calcola che un quinto delle donne in gravidanza non poteva ricevere assistenza prenatale a causa delle difficoltà di raggiungere le strutture sanitarie attraversando i checkpoint. Le attese ai checkpoint hanno costretto le donne a partorire senza

alcuna assistenza sul ciglio della strada, e in alcuni casi sia la madre che il neonato hanno perso la vita. L'UNFPA si sta adoperando per fornire l'accesso a interventi di pronto soccorso che possono salvare delle vite.⁵⁷ Come parte di un'iniziativa più ampia per migliorare il benessere delle donne in zone dove scarseggiano i servizi di assistenza, l'UNFPA si è impegnato per creare dei centri di salute per le donne che possano offrire anche prestazioni di salute riproduttiva oltre ad altri servizi essenziali, tra cui assistenza psicologica e sociale, assistenza legale in materia di diritti riproduttivi e il sostegno ai diritti delle donne nel contesto della famiglia.

Ricucire una vita a pezzi: come affrontare i casi di violenza sessuale

Milioni di donne sono state violentate e torturate sessualmente durante i conflitti. Tra tutte le cose accadute nei recenti conflitti, ci sono campi di stupro, schiavitù sessuale, gravidanze forzate o contagi intenzionali con l'HIV.⁵⁸ In Ruanda la violenza sessuale durante il genocidio ha fatto esplodere l'epidemia di HIV/AIDS in atto nel paese. Si calcola che mezzo milione tra ragazze e donne sono state violentate e che il 67 per cento di loro è stato infettato con l'HIV.⁵⁹ In Sierra Leone, durante il conflitto che è durato dal 1991 al 2001, le

bambine erano particolarmente prese di mira per gli stupri. Molte, soprattutto le più piccole, non sono sopravvissute.⁶⁰ Nello stesso paese si calcola che dal 70 al 90 per cento delle vittime di stupro ha contratto delle infezioni sessualmente trasmissibili.⁶¹

Anche quando le donne che fuggono dalle zone di conflitto riescono a trovare un campo profughi, non è detto che lì siano sicure. In un campo della Tanzania il 26 per cento delle profughe del Burundi sono state violentate.⁶² Non è raro che i membri della famiglia e della comunità nel suo insieme emarginino le vittime di stupri, a volte costringendole addirittura ad abbandonare la casa e lasciandole in balia di se stesse. Le donne che sono sopravvissute a uno stupro spesso si ritrovano ad affrontare problemi che si porteranno dietro per tutta la vita, tra cui uno stress post-traumatico cronico e depressioni debilitanti.⁶³

Le organizzazioni umanitarie appoggiano delle campagne di sensibilizzazione per ridurre la violenza contro le donne, che prevedono, tra l'altro, la creazione di misure di sicurezza, la formazione di capi delle comunità, poliziotti e giudici e una più efficace applicazione della legge. Si riconosce anche l'importanza di entrare in contatto con gli uomini. L'*International Rescue Committee* (IRC, Comitato

“A casa dei miei genitori sette uomini hanno violentato una vedova che abitava con noi. Gli uomini hanno detto: “Almeno uno di noi deve avere l'HIV”. La vedova ha preso l'AIDS e adesso ormai è morta”.

— Una sopravvissuta del genocidio in Ruanda

35 MOBILITAZIONE PER FERMARE LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE A TIMOR-LESTE

Fin dalla conquista dell'indipendenza nel 2002 Timor-Leste, pur essendo uno di paesi più poveri dell'Asia, sta prendendo posizione a favore dell'uguaglianza di genere. Le donne leader che avevano partecipato attivamente alla lotta per l'indipendenza hanno esercitato pressioni per ottenere misure politiche che ne tenessero conto e per una pari partecipazione alle istituzioni politiche che sono state create al momento dell'indipendenza. Ora le donne hanno il 27 per cento dei seggi parlamentari ed è stato istituito un Ufficio di consulenza presso il primo ministro per la promozione della parità.

Il movimento delle donne ha individuato la violenza di genere tra le priorità più urgenti. L'UNFPA ha sponsorizzato il primo studio affidabile condotto nel paese, che ha permesso di appurare che il 50 per cento delle donne aveva subito qualche forma di violenza. Un rapporto della polizia nazionale indica che la violenza contro le donne costituisce il 68 per cento di tutti i casi trattati. Attualmente, la polizia riceve una formazione per proteggere e appoggiare le vittime. Campagne e iniziative di massa intese a suscitare una presa di coscienza in tal senso, attraverso testi teatrali, programmi radiofonici e serial televisivi, hanno creato un ampio dibattito su temi che fino ad allora erano tabù, e una nuova legge sulla violenza domestica ha portato il problema all'attenzione di tutti.

Con il sostegno dell'UNFPA Timor-Leste ha creato i suoi primi servizi di assistenza legale per donne che hanno subito violenza e il primo ospedale con "stanze di sicurezza", dove le donne possono ricevere cure e assistenza coperte dal riserbo. L'Associazione degli uomini contro la violenza ha tenuto dei seminari di educazione sociale con uomini che vivono in zone remote e rurali e fornisce dei corsi sul controllo della rabbia per i detenuti che scontano condanne per violenza a donne nel carcere nazionale.

internazionale di soccorso) forma regolarmente dei comitati di uomini perché si incarichino della sensibilizzazione e del sostegno alle vittime di violenza.⁶⁴ Nonostante un'iniziale resistenza da parte della comunità, l'iniziativa dell'IRC nei campi per i profughi del Burundi in Tanzania ha portato al ricorso a tribunali itineranti incaricati di applicare le leggi contro la violenza di genere. Il programma ora è portato avanti con l'appoggio delle comunità e offre anche seminari di sensibilizzazione, un sistema di informazione e di trasferimento a servizi specialistici, servizi di *counselling* e di salute e un centro di accoglienza aperto 24 ore su 24.⁶⁵ In Sudan, nella regione del Darfur, l'UNFPA sostiene le organizzazioni di donne che assistono le vittime, forniscono materiale medico, si adoperano per rendere sicuri gli insediamenti dei profughi e formano il personale medico a gestire i casi di violenza sessuale.⁶⁶ Denunce di violenze e sfruttamento a danno di ragazze e donne, come ne sono state segnalate nella Repubblica

Democratica del Congo e in Liberia,⁶⁷ hanno ulteriormente contribuito a far sì che il Dipartimento delle Nazioni Unite per le operazioni di peacekeeping elaborasse nuove linee guida per ridurre la possibilità di violenze e sfruttamento da parte del personale impegnato in queste operazioni e del personale militare che opera nelle situazioni di soccorsi umanitari.⁶⁸

FERMARE LA DIFFUSIONE DELL'HIV. I conflitti, gli spostamenti e la conseguente perdita di accesso ai servizi e alle informazioni per la salute possono aumentare le possibilità di trasmissione dell'HIV. Nella Repubblica Democratica del Congo, per esempio, il 5 per cento della popolazione era positivo all'HIV prima che scoppiasse la guerra nel 1997. Nel 2002 nella parte orientale del paese dove era iniziato il conflitto la percentuale è salita al 20 per cento.⁶⁹ Il crollo quasi totale dei sistemi di sicurezza e di protezione sociale, l'alta incidenza di stupri e la mancanza di forniture di sangue sicuro hanno indubbiamente contribuito all'aumento. Nelle situazioni in cui c'è una forte presenza di militari o di miliziani che si mescolano quotidianamente alla popolazione civile i rischi aumentano, perché i militari tendono ad avere percentuali più alte di malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV, di quanto non accada tra i civili.⁷⁰ Se la prevalenza di HIV è già in aumento, un conflitto può essere la scintilla che fa scoppiare una vera e propria epidemia. La fine del conflitto non significa la fine del rischio. I conflitti lasciano dietro di sé durature lacerazioni sociali, la perdita di protezione da parte della famiglia e della comunità contro lo sfruttamento sessuale e la violenza, nonché la disgregazione dei servizi di prevenzione. Molte donne, ragazze e bambine sono costrette a rapporti sessuali solo per poter sopravvivere.

Man a mano che, a livello internazionale, aumenta la consapevolezza delle conseguenze dei conflitti armati sull'epidemia di AIDS, le iniziative di soccorso umanitario integrano la prevenzione e la cura fin dai primi momenti del loro intervento. Il sistema ONU e le reti di salute riproduttiva che operano nelle emergenze stanno divulgando delle linee guida per il personale umanitario.⁷¹ Molte organizzazioni puntano in maniera specifica sugli uomini, soprattutto con i programmi di disarmo, di smobilitazione e di reintegrazione. In Eritrea e in Etiopia, ad esempio, l'UNFPA ha appoggiato la formazione di soldati smobilitati sulla prevenzione e la consulenza in materia di HIV, in maniera che, una volta tornati a casa, possono sensibilizzare altri membri nella comunità.⁷²

In Liberia l'UNFPA sostiene un'ampia coalizione di organizzazioni non governative nell'attuazione di campagne di sensibilizzazione di massa, destinate ai rifugiati

IL POTERE TERAPEUTICO DELL'ARTE: UN'INIZIATIVA CON GLI ADOLESCENTI RIFUGIATI INTERNI IN COLOMBIA

In Colombia, dove almeno 2 milioni di persone sono state costrette a lasciare le loro case a causa del conflitto interno che dura da 30 anni, l'UNFPA, con l'aiuto del Belgio, ha avviato una iniziativa innovativa: l'espressione artistica come sfogo e terapia della violenza nella vita degli adolescenti. Dal 2003 il progetto lavora con adolescenti rifugiati interni nelle città della costa caraibica, dove la violenza sessuale è dilagante e l'impunità è la norma. Le ragazze rifugiate hanno una probabilità 3 volte maggiore delle loro coetanee locali di restare incinte prima dei 15 anni. Facendo appello all'energia creativa dei giovani, il programma fa ricorso al teatro, alla recitazione, alla musica e alla danza per incoraggiarli a esternare il trauma che hanno vissuto. Gli operatori sanitari li incontrano due volte a settimana per parlare di salute riproduttiva e di prevenzione e mettere loro a disposizione le proprie prestazioni. I partecipanti al programma acquisiscono gli strumenti per far fronte agli aspetti controversi dei rapporti di genere, per resistere alle pressioni dell'ambiente circostante, per affrontare i problemi di violenza sessuale e aumentare la stima di sé.

interni che vivono nei campi profughi, soprattutto dove un alto numero di donne e di ragazze ha fatto ricorso al commercio del sesso per sopravvivere. Le organizzazioni comunitarie che operano lungo le frontiere con la Sierra Leone e la Guinea hanno ormai formato 60 mila tra rifugiati interni e rimpatriati sulla prevenzione e la cura delle infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV, e sono stati distribuiti 3,2 milioni di preservativi maschili. Circa 5 mila giovani educatori sono andati nelle scuole, nei campi e nelle comunità a divulgare nozioni sulla prevenzione dell'HIV. Vengono anche reclutate persone che vivono con l'HIV e l'AIDS col ruolo di "ambasciatori della prevenzione". Si tengono incontri settimanali di formazione per il personale ONU di *peacekeeping* sulla violenza sessuale e sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e dell'HIV. Tutti questi sforzi approfonditi hanno rotto il silenzio, il rifiuto e la condanna sociale che circondano l'epidemia di AIDS. Un numero sempre maggiore di persone cerca consigli e cure.

Le operazioni di *peacekeeping* possono contribuire a sensibilizzare le società in fase di recupero in merito ai rischi dell'HIV e svolgere un ruolo positivo nella prevenzione. Il Dipartimento delle Nazioni Unite per le operazioni di *peacekeeping* (DPKO) sta attualmente operando in stretta collaborazione con il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'AIDS (UNAIDS) per includere in ogni missione dei consulenti sulla prevenzione dell'AIDS e ha istituito un Fondo fiduciario sull'HIV/AIDS (*HIV/AIDS Trust Fund*) per finanziare i suoi programmi.⁷³ In Sierra Leone e nella

Repubblica Democratica del Congo il DPKO, l'UNAIDS, l'UNIFEM e l'UNFPA lavorano insieme per la prevenzione dell'HIV e la sensibilizzazione di genere del personale di *peacekeeping* e delle forze armate e di polizia appena create.⁷⁴ Avendo constatato l'aumento delle operazioni di *peacekeeping* regionali, il Dipartimento della difesa americano ha stanziato nel 2002 14 milioni di dollari per programmi di prevenzione dell'HIV specifici per le forze armate degli Stati Uniti.⁷⁵

INIZIATIVE PER I GIOVANI. Dopo una crisi, coinvolgere i giovani in programmi di salute riproduttiva è essenziale per rallentare la diffusione dell'HIV e ridurre il numero delle gravidanze indesiderate. La *Women's Commission for Refugee Women and Children* (Commissione femminile per le donne e i bambini rifugiati) sostiene dei programmi condotti da giovani nelle zone colpite da conflitti.⁷⁶ Nella Repubblica Unita di Tanzania l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) ha istituito dei centri di accoglienza per la gioventù nei campi profughi, gestiti da comitati di giovani, per affrontare i problemi di salute riproduttiva e fornire assistenza, svolgere campagne informative nonché mettere a disposizione formazione professionale e informazioni su come accudire i membri della famiglia affetti da HIV.⁷⁷

L'UNFPA, con l'appoggio del Belgio, lavora con dei partner locali per fornire servizi di salute riproduttiva ai giovani di alcuni paesi (vedi scheda 36). In Ruanda l'UNFPA ha dato il suo appoggio alla creazione di centri per la salute dei giovani, dove i/le ragazzi/e imparano la prevenzione dell'HIV e affrontano altre questioni di salute riproduttiva. I centri offrono anche una formazione su attività generatrici di reddito, come la fabbricazione del sapone, l'artigianato e il ricamo, nonché la possibilità di partecipare ad attività culturali e sportive.⁷⁸

In Egitto, Uganda e Zambia il progetto *Health of Adolescent Refugees* (Salute dei profughi adolescenti) ha operato in collaborazione con *Girl Guides* (l'associazione delle Guide, versione femminile degli scout), per la realizzazione di attività di formazione tra coetanei, arruolandole come consulenti degli operatori sanitari per i bisogni degli adolescenti. Gli operatori vengono formati da personale medico sugli aspetti fondamentali della salute riproduttiva. L'iniziativa ha incrementato l'autostima dei ragazzi e il loro senso di solidarietà.⁷⁹

Iniziative come queste sono per lo più ai primi passi e rare. Ma racchiudono la promessa di permettere l'*empowerment* dei giovani affinché possano contribuire al cammino verso la ricostruzione, la pace e la prosperità del loro paese, fino al conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio e oltre.



9 La road map per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio e oltre

“L’empowerment delle donne può diventare il più efficace impulso allo sviluppo”.

— Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite, *In Larger Freedom* (“Per una libertà più ampia”)

Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG) possono essere raggiunti solo mettendo l’uguaglianza di genere e la salute riproduttiva in cima alla lista degli impegni programmatici e finanziari. Le disparità di potere e le ineguaglianze tra poveri e ricchi, donne e uomini, giovani e vecchi, maggioranze e gruppi emarginati, dilapidano capitale umano e limitano le possibilità di uscire dalla povertà. Le donne e i giovani rappresentano una riserva enorme di potenziale umano, ma non hanno potere e non hanno voce.

Liberare le famiglie e i paesi impoveriti dalla morsa della disuguaglianza di genere e della cattiva salute riproduttiva non è solo un obiettivo in quanto tale, ma è anche un imperativo etico. L’uguaglianza permette a tutti gli esseri umani di far scaturire tutto il proprio potenziale. Questa era la visione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 1994 e della Conferenza mondiale sulle donne di Pechino del 1995.

Questo capitolo intende ricordare le opportunità strategiche a disposizione dei paesi e della comunità internazionale mentre si avvicina la scadenza degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Considerate nel loro insieme, possono far avanzare la comunità globale verso un più vasto piano programmatico di “sviluppo, sicurezza e diritti umani per tutti”, come auspicato nel rapporto del Segretario generale della Nazioni Unite *In larger freedom* (Per una libertà più ampia) del 2005.

Empowerment delle donne: togliere dalla povertà famiglie e nazioni

Esistono ampie prove dei molteplici effetti di un investimento sull’uguaglianza di genere e sull’empowerment delle donne. Più di 1,7 miliardi di donne in tutto il mondo¹ sono in età produttiva e riproduttiva, cioè hanno tra i 15 e i 49 anni. Danno già un enorme contributo alle proprie famiglie, comunità e paesi. Nella maggior parte delle famiglie le donne sono la principale fonte di sostentamento oppure vi contribuiscono significativamente. Sono le custodi del prezioso capitale umano dei propri paesi, cioè i propri figli. Investimenti mirati nell’istruzione, nella salute riproduttiva, nei diritti economici e politici delle donne possono innescare dei meccanismi di progresso per la riduzione della povertà, lo sviluppo sostenibile e una pace duratura.

L’uguaglianza di genere porta vantaggi alle famiglie, alle comunità e ai paesi oltre che alle donne stesse. Rapporti di maggiore collaborazione tra donne e uomini, oltre che diritti e responsabilità condivisi, sono la risposta a molti dei problemi che ostacolano lo sviluppo umano. Alcuni dei progetti illustrati in questo rapporto mostrano che è possibile trasformare stereotipi e comportamenti di genere dannosi. Ma l’esecuzione di tali progetti in misura da conseguire gli Obiettivi di sviluppo del Millennio richiede una conduzione politica e comunitaria concertata a tutti i livelli, come pure risorse per promuovere l’uguaglianza di genere attraverso programmi politici e stanziamenti di bilancio.

Empowerment dei giovani: gli Obiettivi di sviluppo del Millennio e oltre

Investire negli adolescenti e nei giovani è una questione di diritti umani. Può anche produrre il “migliore strumento contro la povertà”.² Investire oculatamente nei giovani ora contribuirà alla transizione verso adulti istruiti e sani, agenti di cambiamento preparati per portare avanti la visione di uno sviluppo equo. Questo richiederà un maggiore impegno da parte di politici e donatori. Richiederà di garantire ai giovani l’accesso a una giusta fetta di risorse per l’istruzione, la salute riproduttiva, lo sviluppo di capacità lavorative, opportunità di lavoro e di vita. E richiederà di farlo con modalità che determinino il superamento degli stereotipi di genere e amplino le prospettive delle giovani donne.

Salute riproduttiva per tutti: attuare il Programma d’azione del Cairo per conseguire gli MDG

Il Progetto della Nazioni Unite per il Millennio ha stabilito in maniera univoca che la salute riproduttiva è una strategia fondamentale nonché conveniente in termini di costi per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio.³ La salute riproduttiva è un diritto umano, affermato e riaffermato come una priorità di sviluppo negli accordi internazionali fin dal 1994, anche in occasione delle celebrazioni per l’anniversario dei dieci anni dalla Conferenza del Cairo e da quella di Pechino. Una preponderante adesione al piano programmatico della Conferenza del Cairo e al riconoscimento dei forti legami esistenti tra salute riproduttiva e

sviluppo è stata reiterata nel 2005, in numerosi incontri ad alto livello sugli Obiettivi di sviluppo del Millennio con ministri della salute, delle finanze e della pianificazione, oltre che con rappresentanti delle banche per lo sviluppo, della società civile e delle agenzie della Nazioni Unite.⁴

La maggior parte dei problemi di salute riproduttiva sono evitabili con interventi di comprovata efficacia. La salute e i diritti riproduttivi fanno parte integrante delle strategie di riduzione della povertà, dell'uguaglianza di genere e dell'empowerment delle donne, dell'impegno per ridurre la mortalità infantile e materna e combattere l'HIV/AIDS. Una migliore salute riproduttiva migliora la qualità della vita delle famiglie. La capacità per gli individui e le coppie di scegliere le dimensioni della famiglia e di distanziare le nascite, nonché una generale tendenza a dar vita a famiglie di dimensioni più ridotte, possono aiutare i paesi a basso reddito a sfuggire alla "trappola demografica della povertà".⁵

I programmi per la salute riproduttiva possono offrire un accesso comodo, una sorta di "centro acquisti", a tutta una gamma di servizi per i poveri. I servizi per la salute riproduttiva includono la pianificazione familiare, la prevenzione e la cura della malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV, nonché le cure materne e pediatriche.⁶ Possono anche includere corsi di formazione su alimentazione corretta, fornitura di vitamine, vaccinazioni e prevenzione della malaria. Come hanno dimostrato alcuni progetti, l'ideale sarebbe che i servizi per la salute riproduttiva includessero anche informazioni su altri servizi e la possibilità di parteciparvi, ad esempio programmi che si occupano di analfabetismo delle donne, violenza di genere, diritti legali, accesso al micro-credito e creazione di attività generatrici di reddito. Collegare i programmi per la salute

riproduttiva a ulteriori opportunità di scelta per le donne e per i giovani può aiutare entrambi a superare gli altri condizionamenti che compromettono le scelte riproduttive e alimentano l'epidemia di AIDS.

STABILIRE UN COLLEGAMENTO TRA I PROGRAMMI DI SALUTE RIPRODUTTIVA E QUELLI PER L'HIV/AIDS. La gestione del problema dell'HIV è una componente della salute riproduttiva. Ciononostante, mano a mano che i finanziamenti per lottare contro l'epidemia hanno incominciato ad affluire copiosamente, si sono creati dei servizi paralleli, con personale, strutture amministrative e finanziamenti a parte. Le risorse che continuano ad affluire offrono la possibilità di una maggiore efficienza, di avanzare verso i traguardi di salute fissati dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio e di rendere possibile un'assistenza universale alla salute riproduttiva, così come era stata proposta dalla Conferenza del Cairo, per quei milioni di persone che vivono in povertà e la cui qualità della vita e addirittura la sopravvivenza ne dipendono.

Tuttavia, se questi programmi portano a una proliferazione di cliniche specializzate, i fondi destinati alla prevenzione e cura dell'HIV/AIDS hanno l'effetto di portare via personale e risorse da altri bisogni di salute prioritari dei poveri, nonché dagli altri obiettivi di salute fissati dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio.⁷ Questo potrebbe minare gli sforzi per potenziare e ottimizzare i sistemi sanitari. Sarebbe anche un grave disservizio per gli utenti: è tipico che ai poveri tocchino solo le briciole dell'informazione e dell'assistenza, anche se possono avere dei pressanti bisogni sia per quanto riguarda l'HIV che per altri problemi di salute riproduttiva. Inoltre, la trasmissione dell'HIV per via sessuale e molti altri problemi di salute riproduttiva affondano le radici negli stessi atteggiamenti e comportamenti.

Collegare e integrare la cura e la prevenzione dell'HIV con i servizi per la salute riproduttiva in generale può potenziare entrambi. I due servizi di assistenza condividono gli stessi problemi sanitari: carenza di personale specializzato, forniture e attrezzature indispensabili, strutture adeguate e capacità di gestione. Entrambi si scontrano con ostacoli simili, dovendo far fronte a una domanda in crescita rispetto ai servizi disponibili e dovendo superare il problema della vergogna sociale che trattiene gli utenti dal fare ricorso all'assistenza, una questione questa in cui gli operatori della salute riproduttiva hanno una notevole esperienza. Entrambi necessitano di forniture simili e di uno stesso tipo di specializzazione da parte del personale sanitario. In alcune regioni l'integrazione è un obbligo morale: nell'Africa sub-sahariana, dove l'epidemia di AIDS è diffusa, il 63 per cento delle donne ha bisogno di una contraccezione efficace⁸ che invece non riesce ad avere e, di conseguenza, ha un alto numero di gravidanze indesiderate. Molte donne

37 LA CAMPAGNA GLOBALE SUI GIOVANI E SUGLI MDG

Consapevole del ruolo che spetta ai giovani nel conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, l'UNFPA coordina la campagna *Faces of Young People and the MDGs* (Facce di giovani e MDG) lanciata in collaborazione con altre agenzie dell'ONU, la Banca Mondiale e le commissioni economiche regionali. L'intento è quello di sensibilizzare e di ottenere attenzione politica. Il messaggio è semplice: investire nei giovani. Nel 2005 l'iniziativa ha incluso una mostra fotografica alla sede delle Nazioni Unite a New York che documenta la vita dei giovani in Africa, nei paesi arabi, in Asia, Europa orientale, America Latina e nei Caraibi. Ogni serie di fotografie racconta la storia della vita di un giovane in relazione agli MDG. Tra le altre attività c'è l'elaborazione di una guida strategica per i politici, di opuscoli, un sito web e un concerto per una raccolta di fondi da realizzare nel 2006 con la partecipazione di celebrità della musica e giovani artisti che si occupano di giovani, di AIDS e di povertà.

ignorano di essere affette da HIV e rischiano così di trasmettere il virus ai figli. In queste condizioni, l'accesso a un pacchetto integrato, seppur minimo, di pianificazione familiare, prevenzione dell'HIV e servizi di salute materna può permettere alle donne di proteggersi sia dalle gravidanze indesiderate che dall'HIV e anche di proteggere i propri figli dal rischio di trasmissione del contagio.

Integrare un pacchetto minimo di servizi per la salute riproduttiva e l'HIV/AIDS può essere vantaggioso dal punto di vista dei costi. Ad esempio, uno studio ha rivelato che l'integrazione dei servizi di pianificazione familiare e di quelli per le malattie sessualmente trasmissibili nei servizi sanitari di base permetteva un risparmio del 31 per cento rispetto al costo di una gestione separata dei servizi, permettendo un risparmio sui costi del personale, dei materiali di consumo e delle spese d'amministrazione.⁹ Altri studi pilota, condotti dall'IPPF, *International Planned Parenthood Federation* (Federazione internazionale per la pianificazione familiare), e dall'UNFPA, hanno indicato risparmi notevoli e un aumento delle/gli utenti dei servizi laddove analisi e visite mediche volontarie per l'HIV sono stati integrati nei servizi per la salute sessuale e riproduttiva esistenti.¹⁰

La comunità internazionale ne sta prendendo atto: in un certo numero di accordi e di risoluzioni delle Nazioni Unite si auspica l'adozione di un pacchetto di servizi di base completo, in cui l'assistenza per la salute riproduttiva e per l'HIV/AIDS sia messa a disposizione di tutte/i le/gli utenti dei servizi sanitari.¹¹ La raccomandazione è stata accolta dalla Task force per la lotta all'AIDS del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio.¹² Fornire un pacchetto integrato di servizi di base è sia giusto che etico. È anche un modo strategico di garantire che i sistemi sanitari vengano potenziati piuttosto che indeboliti da un approccio frammentario e da priorità in competizione fra loro.

POTENZIARE I SISTEMI SANITARI. Gli esperti concordano nell'affermare che il conseguimento dei tre Obiettivi di sviluppo del Millennio sulla salute dipenderà dall'eventualità o meno che sufficienti investimenti vadano a sostegno dei sistemi sanitari per permettere che i servizi siano estesi a quei gruppi che ne sono ancora privi, soprattutto nelle zone rurali e nelle baraccopoli urbane.¹³ Sia la Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo che il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio auspicano un approccio che punti sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base, che sono il primo punto di contatto con le persone che vivono nelle comunità povere.

La maggior parte dei paesi ha intrapreso delle riforme per migliorare la qualità, l'efficienza e l'imparzialità dei propri sistemi di assistenza sanitaria. Ma secondo l'avviso

espresso da molti esperti, il risultato è quello di maggiori disparità nell'accesso e di un'assistenza sanitaria più costosa per i poveri.¹⁴ In vari paesi fattori macroeconomici, come il pagamento del debito e i tetti di spesa per la sanità, hanno scaricato sulle famiglie il costo della salute. Sussidi ed esenzioni non sono sempre mirati agli utenti giusti e a volte vanno a beneficio di gruppi con un reddito più alto piuttosto che alle persone più povere che ne hanno maggiore bisogno.¹⁵

Il costo dell'assistenza sanitaria continua a costituire una grossa barriera all'accesso e all'utenza dei servizi. Ad esempio, degli studi condotti da alcuni paesi hanno rivelato che i ticket per gli utenti introdotti dalle riforme del settore sanitario provocano dei cali vertiginosi nel ricorso ai servizi di salute materna.¹⁶ Coloro che dovrebbero beneficiare delle esenzioni non sempre sono al corrente di questa possibilità, né tali esenzioni vengono applicate in maniera coerente. Alcuni sistemi sanitari dispongono di finanziamenti talmente insufficienti che spesso si instaurano delle pratiche di pagamento sottobanco in cambio di servizi medici. Oppure i pazienti sono costretti a comperare farmaci e prodotti sanitari essenziali. Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio ha auspicato l'eliminazione dei ticket a carico degli utenti per i servizi sanitari di base come strategia a "effetto rapido"¹⁷ che può far diminuire le disparità di salute frutto della povertà e della discriminazione di genere.

Nonostante i problemi, le riforme sanitarie di largo raggio costituiscono delle eccellenti occasioni per stabilire precedenze e cercare di rettificare quegli ingranaggi che impediscono una corretta distribuzione di servizi di qualità. Il fatto di investire di più negli ospedali e meno nella prevenzione ha avuto come risultato che l'assistenza sanitaria di base non ha saputo rispondere ai bisogni dei più poveri fra i poveri oppure è rimasta fuori dalla loro portata. Nell'Africa sub-sahariana e in Asia il 75 per cento dei poveri vive in zone rurali.¹⁸ Dei servizi di prevenzione efficienti potrebbero contribuire a evitare milioni di casi di HIV, di morti di madri e neonati e di decessi causati dalla malaria e da altre malattie del tutto sconosciute nei paesi industrializzati.

La mancanza di personale specializzato è tra i principali problemi. Nei paesi africani la proporzione di un medico ogni 10 mila abitanti non è cosa insolita, in confronto a un medico ogni 500 negli Stati Uniti.¹⁹ Riformare leggi e politiche per restituire a levatrici tradizionali e infermieri un ruolo importante, in tutti i casi in cui ciò sia possibile e sicuro da un punto di vista medico, può essere una soluzione, come dimostrano i successi ottenuti dalle iniziative per ridurre la mortalità infantile e materna.²⁰ Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio ha auspicato l'immediata formazione di personale sanitario a livello comunitario in maniera tale che possano diventare disponibili a livello locale servizi e informazioni essenziali per la salute.²¹

Tra le priorità c'è anche quella di arginare la “fuga di cervelli” tra il personale medico qualificato, che va all'estero in cerca di maggiori retribuzioni e migliori condizioni di lavoro. Per questo occorre un impegno congiunto dei governi del Nord e del Sud e una maggiore attenzione nei confronti dei diritti e delle condizioni di lavoro del personale sanitario.²²

I ricercatori valutano che nel 1999 è emigrato dal Ghana lo stesso numero di ostetriche che era stato formato in quel paese nel corso di quello stesso anno.²³ Fughe dello stesso genere si stanno verificando in tutto il mondo in via di sviluppo. Solo circa la metà dei paesi in via di sviluppo ha dei centri di formazione per ostetriche, anche se questo è un settore della sanità prioritario per raggiungere gli MDG.²⁴ L'Africa sub-Sahariana avrà bisogno, secondo le stime, di un milione di operatori sanitari in più per raggiungere gli MDG relativi alla salute.²⁵ Questo divario si può colmare incrementando gli incentivi, la formazione e le assunzioni, e cercando di recuperare coloro che hanno abbandonato il settore della sanità per dedicarsi ad altri tipi di lavoro nel proprio paese.²⁶ Servono urgentemente anche degli amministratori competenti.²⁷

RIFORMARE I SISTEMI SANITARI CON UN'OTTICA DI GENERE. La qualità dell'assistenza resta una delle principali sfide per il miglioramento dei sistemi sanitari e poter così realizzare gli Obiettivi di sviluppo del Millennio. La qualità dell'assistenza va al di là del semplice rispetto dei parametri medici e scientifici, di una fornitura sicura e ininterrotta di farmaci essenziali e di altri prodotti sanitari, nonché dell'applicazione di procedure sicure. Include anche l'interazione del personale con le/gli utenti degli ambulatori. Il che richiede una trasformazione degli atteggiamenti e delle capacità di comunicazione del personale sanitario e degli amministratori, con particolare attenzione a garantire un'assistenza non discriminatoria e che tenga conto delle differenze culturali e di genere. Tutti questi aspetti dell'assistenza degenerano quando un servizio sanitario è sovraccarico o non dispone di finanziamenti sufficienti. Gli operatori sanitari possono essere un elemento prezioso per la propria comunità, ma spesso mancano delle risorse necessarie per offrire agli utenti la migliore assistenza possibile. Una gestione carente, delle politiche inefficaci e la mancanza di forniture e di strumentazioni mediche essenziali rendono ancora più complicata la soluzione dei problemi.

I poveri spesso riferiscono di sentirsi maltrattati o non rispettati dal personale sanitario.²⁸ Per questo molte donne, ma anche uomini e adolescenti, preferiscono rivolgersi a membri della comunità che godono della loro fiducia. Questi guaritori e levatrici, tuttavia, mancano delle formazione medica per far fronte a problemi di salute gravi. Integrare nei corsi di formazione per operatori sanitari dei programmi di studio che tengano conto dei problemi culturali e di gene-

re, soprattutto per quanto riguarda la salute riproduttiva, l'HIV/AIDS e la salute degli adolescenti, è un investimento a medio termine con vantaggi a lungo termine. È fondamentale per un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza e può contribuire a ottimizzare l'efficienza e l'efficacia degli investimenti nel settore della salute.

Come ha sottolineato la Task force su salute infantile e materna del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio, i sistemi sanitari fanno parte integrante del tessuto sociale. La loro riuscita dipende dalla fiducia che gli viene accordata dalla comunità cui sono destinati. Una fiducia che, a sua volta, può essere costruita sulla base di approcci che tengano conto del rispetto dei diritti, che siano partecipativi, attenti ai problemi di genere e solidali con i giovani, contribuendo così a un migliore dialogo tra utenti e amministratori della salute. I diritti umani, e gli obblighi che ne derivano, possono servire come punto di riferimento per il funzionamento dei servizi sanitari, e possono aiutare governi e amministratori a trovare una soluzione a quei fattori che intralciano il raggiungimento dei traguardi di salute fissati dagli MDG. Ad esempio, il fatto di tenere conto in maniera prioritaria del diritto delle donne alla vita comporta l'obbligo legale per i sistemi sanitari di fornire un'assistenza specializzata al parto e di rendere disponibili prestazioni ostetriche 24 ore su 24.²⁹

I diritti fondamentali di esercitare il controllo sulla propria fertilità e di proteggersi dall'HIV devono costituire i principi guida di qualunque politica e per tutti coloro che lavorano nel campo della salute. La discriminazione basata sulla differenza di genere, sull'appartenenza etnica, l'età o altri criteri selettivi può avere conseguenze gravi e irreversibili per gli utenti.

Diritti e parità: una guida per le politiche finalizzate alla riduzione della povertà

Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio raccomanda un'immediata revisione di tutte le strategie e le politiche nazionali finalizzate alla riduzione della povertà, cominciando a identificare i gruppi più emarginati, con meno potere e meno capacità di esercitare i propri diritti, e coinvolgendoli nella ricerca e definizione delle soluzioni ai problemi che vivono in prima persona. Questo è nel contempo un diritto umano fondamentale di questi gruppi, come pure un solido principio di programmazione sostenibile. Integrare i principi dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere nell'elaborazione dei programmi politici può contribuire a generare strategie efficaci per la progressiva realizzazione dei diritti dei più poveri fra i poveri.³⁰

Ciononostante, anche se elaborare i programmi politici nel quadro dei diritti umani è “un requisito fondamentale per conseguire tutti gli obiettivi”, come afferma il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio, nella pratica “non c'è

stato un impegno sistematico in questo senso”.³¹ Ciò è confermato dalle valutazioni dei *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP, Documenti strategici per la riduzione della povertà), fin dal 1999 richiesti ai paesi pesantemente indebitati che stanno cercando di ottenere la cancellazione del debito. Le organizzazioni della società civile, tra cui i gruppi di donne e di giovani, sono state coinvolte in maniera molto limitata o inefficace nell’elaborazione di questi accordi quadro,³² anche se i meccanismi partecipativi sono alla base di un approccio basato sui diritti ed è stato appurato che essi hanno costituito l’elemento più importante per arrivare a dei PRSP “pro-poveri” che tengano conto dei problemi di genere.³³

Le strutture politiche nazionali e regionali, come il *New Partnership for Africa’s Development* (NEPAD, Nuovo partenariato per lo sviluppo dell’Africa) costituiscono altre occasioni per integrare l’uguaglianza di genere, lo sviluppo dei giovani e la salute riproduttiva nelle strategie per la riduzione della povertà. Ma queste strutture hanno spesso ignorato i fattori di genere nelle politiche macroeconomiche e del lavoro.³⁴

Nel 2002 una valutazione della Banca Mondiale riscontrò che la qualità dell’analisi di genere nei PRSP fosse generalmente un po’ scarsa,³⁵ seppur in via di miglioramento. La valutazione che l’UNFPA ha fatto dei PRSP conferma l’incoerente e spesso limitata attenzione ai problemi di genere, dei giovani, della salute riproduttiva e dei diritti umani.³⁶ La metà non prendeva in considerazione il rapporto tra povertà e diritti umani, e solo pochi paesi hanno consacrato alla questione un’attenzione più che superficiale.³⁷ I paesi stanno ora dando a questi temi maggiore priorità nella definizione delle strategie per la riduzione della povertà, anche se qualità e finalità variano.³⁸ Ciò avrà comunque implicazioni positive per la valutazione dei risultati in occasione del Vertice Mondiale del 2005.

Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio raccomanda che gli organismi nazionali per i diritti umani preparino delle “valutazioni dell’impatto sui diritti umani” per monitorare l’attuazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio.³⁹ Raccomanda, inoltre, la formazione di agenti di sviluppo nelle comunità per promuovere la partecipazione locale, l’uguaglianza di genere e i diritti delle minoranze.⁴⁰ Facendo uso dei saperi tradizionali, questi agenti possono contribuire a mettere a punto degli approcci più attenti alle differenze culturali e assicurarne l’applicazione. Il PRSP del Ruanda, considerato un esempio da seguire per l’integrazione dell’u-

guaglianza di genere, ha coinvolto attivamente dei gruppi di donne fin dall’inizio del processo di elaborazione.⁴¹ Il successo di questa strategia viene ora riconosciuto: il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio propone tra gli interventi a “effetto rapido” che “l’empowerment delle donne svolga un ruolo centrale nella formulazione e nel monitoraggio delle strategie di riduzione della povertà e di altri importanti processi di riforma politica basati sugli Obiettivi di sviluppo del Millennio, soprattutto a livello dei governi locali”.⁴²

I politici non dedicano sufficiente attenzione ai giovani, poiché questi non hanno alcun potere politico o economico. Anche se rappresentano una grossa percentuale della popolazione in tutti i paesi in via di sviluppo, e ancora di più in quelli più poveri, le risorse stanziare per loro sono spesso limitate e occasionali. Le misure politiche raramente affrontano i problemi dei giovani come gruppo specifico che vive in povertà. Anche nei casi in cui i PRSP hanno incluso i giovani come gruppo specifico, pochi sono i paesi che mettono a loro disposizione dei finanziamenti pubblici.⁴³

Così come strutturare il bilancio pubblico tenendo conto di un approccio di genere può condizionare l’elaborazione dei programmi politici nazionali per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, allo stesso modo uno sforzo per analizzare i bilanci anche dal punto di vista dei bisogni dei giovani e dell’uguaglianza di genere può fare luce su priorità e investimenti strategici trascurati. Il Costa Rica rappresenta un modello in questo senso: tiene sotto controllo la percentuale di PIL spesa per bambini e adolescenti in istruzione, salute, acqua, alloggio, cibo, protezione e svaghi.⁴⁴ Il ministero

dell’Istruzione, della Gioventù e dello Sport della Cambogia offre un altro buon esempio di impegno nazionale sui problemi di genere. Il ministero ricorre a dati disaggregati per sesso per far emergere le disparità di genere nel bilancio pubblico, soprattutto per quanto concerne l’istruzione delle bambine e delle ragazze. Ha messo in atto una strategia di *mainstreaming* dell’approccio di genere e si sforza di applicarla tramite un comitato nel quale sono rappresentati i poteri provinciali, regionali e comunali.⁴⁵

Risorse: un prezzo modesto per la dignità e la parità degli esseri umani

La spesa militare globale è di circa mille miliardi di dollari all’anno.⁴⁶ L’aiuto allo sviluppo nel 2003 è stato di 69 miliardi di dollari.⁴⁷ In presenza di tale disparità, il prezzo da pagare per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio è chiaramente una

“Un sistema sanitario dovrebbe anche essere considerato e gestito come un’istituzione sociale fondamentale. Se è caratterizzato da trascuratezza, abusi o dall’esclusione di alcuni individui o gruppi, il sistema sanitario contribuisce gravemente all’ingiustizia sociale. Al contrario, il consolidamento dei sistemi sanitari aumenta il capitale sociale della comunità e realizza i diritti degli individui”.

— Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio

questione di impegno e di volontà politica globali. Il costo per il conseguimento degli MDG, valutato a 135 miliardi di dollari nel 2006 fino a raggiungere i 195 miliardi di dollari nel 2015,⁴⁸ sembra una cifra modesta e accettabile, in considerazione dei risultati che potrebbe dare. Migliaia di vite potrebbero essere salvate ogni giorno. Milioni di persone in tutto il mondo potrebbero sfuggire alla morsa della povertà. Tutte le bambine e tutti i bambini potrebbero ricevere istruzione. La diffusione dell'AIDS potrebbe essere contenuta. Tutte queste cose sono anche i requisiti per un mondo più sicuro. Tutto potrebbe essere ottenuto con una frazione delle risorse mondiali destinate alle spese militari.

Diverse proposte, tra cui quella della Commissione Europea e dei capi di stato europei, sono state avanzate dopo il Vertice del Millennio del 2000 per destinare risorse aggiuntive per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Tra le proposte c'è la creazione di una *International Finance Facility* (Struttura di finanziamento internazionale)⁴⁹ e l'imposizione di tasse sul carburante aereo, sulle transazio-

ni finanziarie e sulle emissioni di carbonio.⁵⁰ Il rapporto del 2005 della Commissione per l'Africa ha elaborato un piano con gli interventi più efficaci per mettere fine alla povertà nella regione. Chiede di raddoppiare la cifra dell'aiuto allo sviluppo nel continente nel corso dei prossimi tre-cinque anni, la cancellazione del debito, l'eliminazione delle misure protezionistiche in campo agricolo e dei sussidi commerciali da parte dei paesi industrializzati (che ammontano a 350 miliardi di dollari all'anno, cioè 16 volte di più delle attuali cifre degli aiuti destinati all'Africa), nonché la restituzione dei miliardi di dollari frutto della corruzione versati su conti bancari all'estero.⁵¹ Chiede anche ai paesi africani di ristrutturare l'amministrazione pubblica, assicurare l'inclusione delle donne e dei giovani, nonché di mantenere l'impegno assunto nel 2001 di stanziare il 15 per cento del bilancio pubblico annuale per l'assistenza sanitaria e per estendere l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva.⁵² Gli Stati Uniti hanno creato nel 2002 il *Millennium Challenge Account* (Conto per la sfida del Millennio) destinato a un elenco di paesi prioritari con buoni precedenti di gestione della cosa pubblica.⁵³

Mantenere gli impegni presi ormai molto tempo fa a livello internazionale per quanto concerne l'aiuto allo sviluppo è il solo passo che conta. Trentacinque anni fa, all'Assemblea Generale dell'ONU, i paesi donatori si sono accordati per devolvere lo 0,7 per cento del proprio reddito nazionale lordo all'aiuto pubblico allo sviluppo. Nonostante i numerosi e ripetuti appelli, tra cui quello della Conferenza internazionale di alto livello sul finanziamento per lo sviluppo che si è tenuta a Monterrey, in Messico, nel 2002,⁵⁴ solo 5 paesi donatori hanno tenuto fede al loro impegno: Danimarca, Lussemburgo, Olanda, Norvegia e Svezia.⁵⁵ Altri 6 paesi si sono fissati un calendario per raggiungere questo obiettivo.⁵⁶ Sviluppi promettenti sono stati resi noti proprio mentre questo rapporto andava in stampa: l'Unione Europea, con tutti i suoi 25 paesi membri, ha preso all'unanimità nel maggio del 2005 la storica decisione di quasi raddoppiare la cifra destinata agli aiuti nel corso dei prossimi cinque anni, la metà della quale per l'Africa, e ha fissato delle scadenze obbligate per la realizzazione dell'obiettivo dello 0,7 per cento.⁵⁷ Nello stesso mese il Giappone ha annunciato il raddoppio degli aiuti all'Africa in tre anni.⁵⁸

La comunità internazionale può riflettere sui costi di un fallimento dell'impegno a reperire le risorse considerando il caso della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo e quello che è accaduto dopo. Il Programma d'azione del 1994 era uno dei pochi accordi internazionali che forniva una valutazione dei costi per far fronte all'impegno di garantire l'accesso universale ai servizi di salute riproduttiva entro il 2015 preso in quella occasione. La comunità internazionale, sia i donatori che i paesi in via di sviluppo, non ha mante-

38

I VANTAGGI DEL MAINSTREAMING DELL'APPROCCIO DI GENERE

Gli scettici hanno a lungo sottovalutato l'importanza del *mainstreaming* dell'approccio di genere. Il rapporto "So what?" ("E allora?") ha preso in esame 400 progetti sulla salute riproduttiva e l'HIV/AIDS in tutto il mondo. I risultati che ne sono scaturiti scalfano l'idea imperante che il *mainstreaming* dell'approccio di genere sia ininfluenza. Il rapporto mostra che l'integrazione dell'approccio di genere migliora i risultati sia per quanto riguarda la salute riproduttiva che l'uguaglianza di genere e da prova del contributo che il *mainstreaming* può apportare al conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. I progetti che includevano un'impostazione di genere hanno ottenuto i seguenti risultati, tutti inerenti agli MDG:

- cambiamenti positivi nelle relazioni di genere e atteggiamenti della società più rispettosi nei confronti delle donne;
- una maggiore partecipazione delle donne alla politica e ai processi decisionali nella comunità;
- una maggiore conoscenza da parte delle donne dei propri diritti legali;
- una maggiore probabilità per bambine e ragazze di non abbandonare la scuola;
- meno violenza contro le donne;
- comunicazione e appoggio reciproco migliori tra uomini e donne per quanto concerne la pianificazione familiare, l'HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili;
- una maggiore conoscenza da parte degli uomini delle questioni relative alla salute delle donne;
- un cambio negli atteggiamenti relativi alla condivisione di ruoli e responsabilità tra uomini e donne in merito all'allevamento dei figli, al lavoro e alle questioni di salute riproduttiva.

nuto l'impegno di reperire 17 miliardi di dollari entro il 2000. Erano ancora molto lontani dal traguardo nel 2003 ed è ancora incerto se l'obiettivo di 18,5 miliardi di dollari sarà raggiunto entro il 2005. I dati preliminari per il 2003 indicano che i donatori hanno reperito 4,7 miliardi di dollari, cioè il 77 per cento della loro quota, pari a un terzo della cifra concordata per il 2005. I paesi in via di sviluppo hanno reperito all'incirca 11 miliardi di dollari, cioè l'88 per cento della quota spettante.⁵⁹ Se il flusso dei finanziamenti fosse stato più continuo, si sarebbero potute salvare e migliorare milioni di vite negli ultimi dieci anni.

Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio individua tra le "soluzioni a effetto rapido" il finanziamento adeguato per coprire i costi di materiali di consumo e attrezzature mediche per la salute sessuale e riproduttiva, compresi i preservativi. Il sostegno dei donatori per la pianificazione familiare è diminuito dal 1995, anno in cui a questo settore andava il 55 per cento di tutta l'assistenza globale alla popolazione. La quota è crollata all'11 per cento nel 2003.⁶⁰ Nel contempo, la domanda è in aumento, soprattutto nel momento in cui la più grande generazione di adolescenti della storia sta facendo il suo ingresso nell'età riproduttiva.

I parlamentari impegnati alla realizzazione degli obiettivi del Cairo continuano a svolgere un ruolo essenziale nel mantenere viva l'attenzione politica e nell'esercitare pressioni per ottenere stanziamenti di bilancio. In Paraguay il sostegno dell'UNFPA alla Commissione del senato per la parità, il genere e lo sviluppo sociale ha avuto come risultato un aumento del 300 per cento nel finanziamento per il 2005 delle forniture per la pianificazione familiare. I parlamentari possono anche esercitare la loro influenza per reperire ulteriori fondi: in Guatemala nel 2004 il parlamento ha approvato una legge in base alla quale il 15 per cento della tassa sugli alcolici e i prodotti del tabacco viene destinata ai programmi di salute riproduttiva.

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo resta di importanza fondamentale sia per i paesi sviluppati che per quelli in via di sviluppo. L'UNFPA, che è il più grande fornitore multilaterale di assistenza alla popolazione e alla salute riproduttiva, ha ricevuto nel corso del 2004 una quantità mai registrata prima di contributi volontari da parte di 166 paesi. Alcuni paesi europei, gli Stati Uniti e il Giappone sono stati tra i maggiori donatori per l'assistenza internazionale alla popolazione.⁶¹

La cooperazione internazionale allo sviluppo non è una questione di beneficenza, ma una responsabilità collettiva

della comunità globale. Si tratta di un principio contenuto nella Carta delle Nazioni Unite, nella Dichiarazione universale dei diritti umani e nei trattati internazionali come la Convenzione sui diritti dell'infanzia.⁶² L'affermazione dei diritti umani sta alla base della Dichiarazione del Millennio del 2000, un impegno globale per lo sviluppo che punta a eliminare la povertà.⁶³ Rivolge un appello ai paesi donatori e alle istituzioni finanziarie, al settore privato e alle multinazionali⁶⁴ affinché stabiliscano dei parametri che tengano conto dei diritti umani per ridurre la povertà, facendo ricorso al commercio equo, a facilitazioni per l'accesso al credito e la restituzione del debito e, non meno importanti, alla gestione dei flussi migratori e al rispetto dei diritti dei lavoratori. Gli scandalosi livelli di corruzione, quantificati in mille miliardi di dollari l'anno,⁶⁵ sono un costo che grava soprattutto sui poveri, lasciati senza i servizi basilari, e sottolineano l'importanza della legalità e della trasparenza nella gestione della cosa pubblica. È necessario riesaminare le

incompatibilità che la restituzione del debito e le politiche macroeconomiche delle istituzioni finanziarie internazionali hanno con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Tali politiche hanno spesso avuto come risultato un taglio alle spese nel settore sociale. Apportarvi delle modifiche potrebbe permettere di ristabilire il finanziamento dei settori

dell'istruzione e della sanità.⁶⁶ Alcuni paesi africani, ad esempio, hanno usato le risorse recuperate dalla cancellazione del debito per incrementare il numero degli operatori sanitari laddove era più necessario. La Mauritania se ne è servita per fornire incentivi alle ostetriche, allo scopo di aumentarne il numero nelle zone rurali remote.⁶⁷

L'emergenza dell'epidemia di AIDS ha portato a una rapida mobilitazione di impegni e risorse, anche se restano al di sotto dei livelli necessari. Due tra le maggiori iniziative di finanziamento degli ultimi tempi sono il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria e il *United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Piano di emergenza del presidente degli Stati Uniti per il soccorso all'AIDS). Anche la Banca Mondiale ha aumentato i finanziamenti per un accesso più ampio alle cure per l'AIDS.⁶⁸ Tuttavia, mentre aumenta sia pure con grande ritardo il sostegno alle cure, le risorse destinate alla prevenzione dell'HIV, che costituisce la strategia di prima linea per contenere sia i costi che le conseguenze dell'epidemia, devono ancora essere incrementate.⁶⁹

SAPERI E COLLABORAZIONI. Sapere esattamente ciò che funziona meglio per raggiungere gli obiettivi è una risorsa preziosa. Come è stato messo in risalto dal Progetto delle

"Le politiche e le azioni per lo sviluppo che non tengono conto della disuguaglianza di genere avranno un'efficacia limitata e costi sociali molto alti".

— Task force per l'istruzione e l'uguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio

dell'istruzione e della sanità.⁶⁶ Alcuni paesi africani, ad esempio, hanno usato le risorse recuperate dalla cancellazione del debito per incrementare il numero degli operatori sanitari laddove era più necessario. La Mauritania se ne è servita per fornire incentivi alle ostetriche, allo scopo di aumentarne il numero nelle zone rurali remote.⁶⁷

L'emergenza dell'epidemia di AIDS ha portato a una rapida mobilitazione di impegni e risorse, anche se restano al di sotto dei livelli necessari. Due tra le maggiori iniziative di finanziamento degli ultimi tempi sono il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria e il *United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Piano di emergenza del presidente degli Stati Uniti per il soccorso all'AIDS). Anche la Banca Mondiale ha aumentato i finanziamenti per un accesso più ampio alle cure per l'AIDS.⁶⁸ Tuttavia, mentre aumenta sia pure con grande ritardo il sostegno alle cure, le risorse destinate alla prevenzione dell'HIV, che costituisce la strategia di prima linea per contenere sia i costi che le conseguenze dell'epidemia, devono ancora essere incrementate.⁶⁹

SAPERI E COLLABORAZIONI. Sapere esattamente ciò che funziona meglio per raggiungere gli obiettivi è una risorsa preziosa. Come è stato messo in risalto dal Progetto delle

Nazioni Unite per il Millennio, per far sì che gli investimenti negli Obiettivi di sviluppo del Millennio siano sicuri, è necessario un più rapido trasferimento di conoscenze attraverso la cooperazione tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo. Questo include scambi tra partner governativi e non governativi, reti della società civile, gruppi di donne e di giovani, istituti di ricerca e di formazione. Richiede il trasferimento dei progressi realizzati in campo medico e dei farmaci, la condivisione delle conoscenze sui mezzi semplici e le strategie efficaci che possono salvare la vita.

La società civile organizzata, con le sue vaste reti mondiali e l'infrastruttura dei servizi che gestisce, la sue notevoli conoscenze, flessibilità ed esperienza, e il suo collegamento con le diverse realtà sul territorio, è un attore essenziale per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio.⁷⁰ Per l'attuazione dei programmi su più vasta scala di cui gli MDG hanno bisogno, oltre a fornire direttamente i servizi, sarà necessario consolidare la collaborazione e il partenariato tra governi e società civile nell'ambito delle strategie nazionali per lo sviluppo e la riduzione della povertà.

Il controllo diretto da parte della comunità è uno dei "requisiti per il successo", come ha giustamente fatto notare il Progetto della Nazioni Unite per il Millennio,⁷¹ essenziale per l'elaborazione, l'affidabilità e la sostenibilità degli interventi. Nessuno meglio delle comunità può valutare ciò che funziona e ciò che invece non risponde alle aspettative, poiché i programmi per attuare gli MDG sono in genere elaborati a loro beneficio.

Un consolidamento del partenariato tra settore pubblico e privato può fornire ulteriori risorse. Il settore privato può contribuire con un sostegno sia finanziario che in beni materiali. Le imprese possono fornire informazioni e servizi sanitari ai propri dipendenti, nonché trasferire capacità e formazione alle comunità in cui operano. Il *Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work* (Codice di pratica per l'HIV/AIDS e il mondo del lavoro) dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) ha spinto un numero sempre maggiore di imprese all'adozione di politiche per far fronte alla malattia. Ciononostante, un sondaggio tra i più importanti uomini d'affari condotto in 104 paesi ha rivelato che il 71 per cento delle compagnie non aveva messo in atto alcuna misura relativa all'HIV/AIDS. Alcune compagnie nell'Africa sub-Sahariana hanno dato l'esempio, fornendo servizi ai loro dipendenti.⁷² Le compagnie multinazionali e le grandi imprese pubbliche che riconoscono il legame tra la produttività e la salute riproduttiva dei loro dipendenti costituiscono dei punti di partenza naturali per l'ampliamento dei servizi e la diffusione dell'informazione.

Coalizioni e reti sempre più ampie hanno dato vita a campagne mirate su tematiche essenziali per il conseguimento degli MDG. La campagna "3 x 5" dell'OMS e del

Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'AIDS (UNAIDS) per rendere accessibili a 3 milioni di persone con l'HIV le cure entro il 2005 è uno degli esempi migliori. Diversi altri attori nel campo della salute si sono mobilitati per affrontare i problemi della mortalità infantile, per una maternità senza rischi, per i giovani, per l'uguaglianza di genere e la prevenzione dell'HIV/AIDS.

Tra gli altri strumenti utilizzati troviamo un più ampio ricorso ai mezzi di informazione e agli incentivi, come tagli alle tasse. Questi mezzi possono aumentare l'impegno pubblico per raggiungere gli MDG e le donazioni da parte di fondazioni e di individui privati che sono tra i maggiori contribuenti negli Stati Uniti e in alcuni dei paesi sviluppati. Bill Gates e Ted Turner sono tra i più importanti esempi di individui che hanno devoluto enormi risorse, creando fondazioni mondiali che forniscono finanziamenti finalizzati all'attuazione degli MDG. Donazioni e contributi in beni materiali, grandi e piccoli, possono fare una differenza enorme nel salvare e rendere migliori delle vite. La campagna *34 Million Friends of UNFPA* (34 milioni di amici dell'UNFPA) ad esempio, ha raccolto più di 2,6 milioni di dollari a sostegno del Fondo, soprattutto con piccoli contributi da parte di 100 mila singoli individui, principalmente negli Stati Uniti. I mezzi d'informazione e i parlamentari possono avvalersi del loro potere per mantenere alta l'attenzione sugli MDG nella programmazione pubblica e nelle politiche per sollecitare l'impegno a realizzarli in vista della scadenza del 2015.

TEMPO DI AGIRE. Il mondo ha un'occasione senza precedenti per "fare della povertà una cosa del passato".⁷³ Con quasi 3 miliardi di persone⁷⁴ che lottano per vivere con meno di 2 dollari al giorno, una donna che muore inutilmente ogni minuto dando alla luce suo figlio, 6 mila giovani che contraggono l'HIV ogni giorno e milioni di donne e di ragazze che ogni giorno vivono nella paura della violenza, la risposta eticamente accettabile salta agli occhi: realizzare le promesse di un'azione globale per la povertà, la giustizia e l'uguaglianza fatte in occasione delle conferenze delle Nazioni Unite degli anni novanta e del Vertice delle Nazioni Unite per il Millennio. Per il diritto internazionale, questi accordi sono qualcosa di più che semplice retorica: sono obblighi collettivi. Racchiudono i principi che hanno portato alla formazione della comunità di paesi che è nota come Nazioni Unite. Asseriscono che il diritto a vivere nella dignità, liberi dalla paura e dalla vergogna, liberi dall'oppressione e dalla violenza e liberi dal bisogno, è il requisito minimo a cui ogni essere umano ha diritto.

Il mondo ha un'occasione senza precedenti per permettere alle persone emarginate di superare le condizioni che le affliggono e di reclamare pienamente i propri diritti. Le strategie sono chiare. Un piano è in atto. Le risorse necessarie si possono trovare. È adesso che bisogna agire.

CAPITOLO 1

- 1 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Rapporto del Segretario generale. Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 2 The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, e Voice*, pagg. 33, 35, 74, e 99, Oxford University Press e The World Bank, New York e Washington, D.C., 2001.
- 3 Malhotra, A., e R. Mehra, *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic e Social Options for Better Reproductive Health*, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1999.
- 4 Basato sul calcolo dei DALY, *disability-adjusted life years*, (anni di vita persi a causa del decesso prematuro o degli anni vissuti in stato di invalidità, n.d.t.). Si veda: WHO, "Estimates of DALYs by Sex, Cause e WHO Mortality Sub-region: Estimates for 2001", WHO, Ginevra, 2002. Sito web: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english, consultato il 9 luglio 2003. Citato in: Singh, S., et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual e Reproductive Health Care*, The Alan Guttmacher Institute e UNFPA, New York, 2004.
- 5 The Alan Guttmacher Institute, "The Benefits of Investing in Sexual e Reproductive Health" in *Issues in Brief*, Serie 2004, n. 4, The Alan Guttmacher Institute, New York, 2004.
- 6 The World Bank, 2001.
- 7 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality e Empowering Women*, pag. 77, Task Force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 8 The World Bank, *Gender Equality e the Millennium Development Goals*, The World Bank, Washington, D.C., 2003a; The World Bank, 2001, pag. 11; e The World Bank, "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia" in *Promising Approaches to Engendering Development*, The World Bank, Washington, D.C., 2003b.
- 9 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pag. 120. Rapporto del Segretario generale, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 10 Ibid., pag. 120; e Shenker, S., e E. Shields, "Mixed Views on UN Indigenous Decade", in BBC News Online, 22 dicembre 2004, consultato il 18 aprile 2005.
- 11 United Nations, *2004 World Survey on the Role of Women in Development: Women and International Migration (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294)*: Division for the Advancement of Women, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2005a.
- 12 UN Millennium Project, 2005b.
- 13 UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women e Children*. Task Force sulla salute infantile e materna, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005c.
- 14 Starrs, A., e P. Ten Hoope-Bender, "Dying for Life", in *Countdown 2015: Sexual e Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now*, pagg. 78-81, per la campagna Countdown 2015, Family Care International, International Planned Parenthood Federation, e Population Action International, New York, Londra, e Washington, D.C., 2004.; e Sein, T., e U. M. Rafei, "No More Cradles in the Graveyards" in *Regional Health Forum* 6(2), WHO South-East Asia Region, New Delhi, 2002.
- 15 UN Millennium Project, 2005c.
- 16 United Nations, *World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General (A/60/61 - E/2005/7)*, pag. 1, United Nations, New York, 2004.
- 17 ILO, *Global Employment Trends for Youth*, ILO, Ginevra, 2004.
- 18 The Population Council, "Transitions to Adulthood: Married Adolescents/ First-Time Parents: Child Marriage", The Population Council, New York, n.d. Sito web: www.popcouncil.org/ta/childmar.html#2, consultato il 1 luglio 2005.
- 19 UNFPA, *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, pag. 76, UNFPA, New York, 2004. Edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo.
- 20 United Nations, *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General (A/S-27/3)*, United Nations, New York, 2001.
- 21 UNICEF, *The State of the World's Children 2005: Childhood under Threat*, UNICEF, New York, 2004.
- 22 UNFPA, *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, UNFPA, New York, 2005.
- 23 "A Role for Men in Gender Equality Fight", 13 settembre 2004, *IPS UN Journal* 11(165): 6.
- 24 Heise, L., M. Ellsberg, e M. Gottemoeller, "Ending Violence against Women" in *Population Reports*, Serie L. n. 11, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, Maryland, 1999.
- 25 UN Millennium Project, 2005a, pagg. 15 e 110.
- 26 Il dato rappresenta la stima dei costi della violenza tra partner intimi. Si veda Waters, H., e al., *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, Department of Injuries and Violence Prevention, WHO, Ginevra, 2004.
- 27 UNFPA, "Population Issues: Culture: India: Restoring the Sex Ratio Balance", UNFPA, New York, n.d. Sito web www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, consultato il 18 giugno 2005.
- 28 United States Department of State, *Trafficking in Persons Report: giugno 2005*, United States Department of State, Washington, D.C., 2005.
- 29 United Nations, 2005b.
- 30 United Nations, *Summary of the Economic e Social Survey of Asia e the Pacific: 2005 (E/2005/18)*, United Nations, New York, 2005c.
- 31 UN Millennium Project, 2005b.
- 32 United Nations, 2005b, par. 8.
- 33 UN Millennium Project, "Fast Facts. Faces of Poverty", n.d. Sito web www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, consultato il 3 giugno 2005.
- 34 UN Millennium Project, 2005b.
- 35 Mentre quasi mille miliardi di dollari sono destinati ogni anno alle spese militari, l'assistenza allo sviluppo complessiva nel 2003 è stata di appena 69 miliardi di dollari. Confronta: Skoens, E., C. Perdomo, e P. Stalenheim, "Military Expenditure" Ch. 10 in *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, a cura del Stockholm International Peace Research Institute, Oxford University Press, Oxford, 2004. Si veda anche: Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica, "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge", 11 aprile 2005, Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica, Parigi. Sito web: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, consultato l'ultima volta il 5 luglio 2005.
- 36 Maathai, W., discorso di accettazione del Premio Nobel, 10 dicembre 2004, Fondazione Nobel, Oslo, Norvegia.
- 6 UNFPA, *Population e Poverty: Achieving Equity, Equality e Sustainability*, pag. 46, Population e Development Strategies Series. n. 8, UNFPA, New York, 2003a.
- 7 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, Box 5, pag. 32, rapporto al Segretario generale, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 8 Ibid., Box 3, pag. 13.
- 9 UNESCO Institute for Statistics, *Global Education Digest 2004: Comparing Education Statistics Across the World*, UNESCO Institute for Statistics, Montreal, Canada, 2004. I dati si riferiscono agli anni 2001/2002.
- 10 Si stima che una percentuale oscillante tra il 54 e il 57 per cento dei 104 milioni di ragazzi che non vanno a scuola siano bambine. Si veda: UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality e Empowering Women*, pag. 42, a cura della Task Force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 11 United Nations, "Millennium Indicators Database", Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 27 aprile 2005. Sito web: <http://millenniumindicators.un.org>, consultato l'ultima volta il 14 giugno 2005.
- 12 UN Millennium Project, 2005b, pag. 44.
- 13 UNFPA, *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, pag. 5, UNFPA, New York, 2005a.
- 14 UN Millennium Project, 2005b, pag. 5.
- 15 Schultz, T. P., "Returns to Women's Schooling", Cap. 2, in *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policy*, a cura di E. King e M. A. Hill, A World Bank Book, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1993; e UN Millennium Project 2005b, pag. 38.
- 16 UN Millennium Project 2005b, pag. 39, 40 e 41.
- 17 Grown, C., G. R. Gupta, e R. Pande, "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment", in *The Lancet* 365(9458): 541-543, 2005.
- 18 Abu-Ghaida, D., e S. Klasen, "The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity" in *World Development* 32(7): 1075-1107, 2004.
- 19 Klasen, S., "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development: Evidence from Cross-Country Regressions", Policy Research Report on Gender and Development, Working Paper Series, n. 7, pag. 11, The World Bank, Washington, D.C., 1999. Citato anche in: The World Bank 2001.
- 20 Filmer, D., "If You Build It, Will They Come: School Availability and School Enrollment in 21 Poor Countries", World Bank Policy Research Working Paper, n. 3340, The World Bank, Washington, D.C., 2004; Lloyd, C. B., e A. K. Blanc, "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others" in *Population and Development Review* 22(2): 265-298, 1996; e Thomas, 6

CAPITOLO 2

- 1 Il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio è un progetto biennale che ha riunito oltre 250 grandi esperti di sviluppo provenienti da tutto il mondo in un comitato di consulenti a disposizione del Segretario generale delle Nazioni Unite, con il compito di individuare strategie efficaci, sperimentate ed economicamente convenienti per raggiungere gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo. Si veda il sito web www.unmillenniumproject.org.
- 2 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General (E/CN.6/2005/2)*, par. 47, 50, e 93, United Nations, New York, 2005a; e The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, e Voice*, pag. 7, Oxford University Press e The World Bank, New York e Washington, D.C., 2001.
- 3 Questa sezione si basa su: The World Bank, 2001.
- 4 Ibid., pagg. 14, 19, 37, e 99.
- 5 Malhotra, A., w R. Mehra, *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic e Social Options for Better Reproductive Health*. International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1999; e The World Bank 2001, pag. 83.

- D., et al., "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil", RAND Labor and Population Program Working Papers, n. 96-02, RAND Corporation, Santa Monica, California, 1996; e UN Millennium Project 2005b, pag. 41.
- 21 The World Bank, 2001; Smith, L. C., e L. Haddad., *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*, Research Report, n. 111, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2000; e Schultz 1993.
- 22 Quisumbing, A., "Male-female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues e Empirical Evidence" in *World Development*. 24(10): 1579-1595, 1996.
- 23 The World Bank 2001, pag. 83.
- 24 Toure, Aminata, "Strengthening Families Through the Implementation of ICPD Programme of Action: UNFPA's Perspective", presentazione al convegno in occasione del 10. Anniversario dell'Anno internazionale della famiglia, Nazioni Unite, 6 dicembre 2004. Sito web: www.unicef.org/childfamily/files/Strengthening_families_through_the_implementation_of_ICPD_PA.doc, consultato il 29 giugno 2005; e Seligman, B., et al., *Reproductive Health e Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue*, POLICY Occasional Paper Series, n. 1. POLICY Project, the Futures Group International, Washington, D.C., 1997.
- 25 UN Millennium Project 2005b, pagg. 4, 5, 42, e 44.
- 26 Si veda: Target 4 degli MDG; e UN Millennium Project 2005a, pag. 10.
- 27 UNFPA 2005a.
- 28 Teicher, S. A., "Gains for Girls, but Many Still Shut Out" in *The Christian Science Monitor*, 4 maggio 2005; Herz, B., e G. B. Sperling., *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*, Council on Foreign Relations, New York, 2004; e UN Millennium Project 2005b, pagg. 48-49.
- 29 UN Millennium Project 2005b, pag. 51; Grown, Gupta, e Pande, 2005; e Commission for Africa, *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*, Commission for Africa, Londra, 2005.
- 30 United Nations 2005a, par. 603.
- 31 UNFPA, *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*, Population and Development Strategies Series, n. 10, UNFPA, New York, 2003b.
- 32 Narayan, D., et al., *Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries*. Voices of the Poor: Volume 1, Oxford University Press for the World Bank, New York, 1999.
- 33 McCauley, A. P., et al., "Opportunities for Women Through Reproductive Choice", in *Population Reports*, Serie M, n. 12, Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland, 1994.
- 34 Seligman, et al. 1997.
- 35 UN Millennium Project 2005c.
- 36 McCauley, et al. 1994.
- 37 The Alan Guttmacher Institute, "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health", in *Issues in Brief*, Serie No.4, The Alan Guttmacher Institute, New York, 2004.
- 38 United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2005b.
- 39 Bloom, D. E., et al., *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, RAND, Santa Monica, California, 2002; e Birdsall, N., et al. (a cura di), *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, Oxford University Press, New York, 2001; e Singh, S., et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, The Alan Guttmacher Institute e UNFPA, New York, 2004.
- 40 Bloom, D., e D. Canning, "Population, Poverty Reduction, e the Cairo Agenda", relazione preparata per il seminario sulla Rilevanza degli aspetti della popolazione per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, New York, 17-19 novembre 2004, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2004.
- 41 Bloom, D., e D. Canning, "Population, Mason, A., e S. H. Lee, "The Demographic Dividend and Poverty Reduction", relazione preparata per il seminario sulla Rilevanza degli aspetti della popolazione per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, New York, 17-19 novembre 2004, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2004.
- 42 Singh, et al. 2004.
- 43 Ad esempio si veda: World Bank, "Why Invest in Children and Youth?" WHO, Ginevra, s.d. Sito web: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY0,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:3964450_0.htm, consultato il 28 giugno 2005; UNFPA, *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, New York, UNFPA, 2005b; e Knowles, J., e J. Behrman, *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*, Health, Nutrition e Population (HNP) Discussion Paper. World Bank, Washington, D.C., 2003.
- 44 The World Bank 2001, pag. 66.
- 45 UN Millennium Project 2005a, pag. 87.
- 46 UN Millennium Project 2005b, pag. 7.
- 47 Ibid., pag. 7; The World Bank 2001, pagg. 24-25; e Grown, Gupta, e Pande 2005.
- 48 UN Millennium Project, 2005b, pag. 77; e The World Bank, 2001.
- 49 United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General (A/59/765)*, par. 61, United Nations, New York, 2005c; e United Nations 2005a, par. 375.
- 50 UN Millennium Project 2005b, pag. 87.
- 51 The World Bank, 2001. Vedere anche: The World Bank, "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia", in *Promising Approaches to Engendering Development*, The World Bank, Washington, D.C., 2004.
- 52 Blackden, M. C., e C. Bhanu, "Gender, Growth, and Poverty Reduction: Special Program of Assistance for Africa: 1998 Status Report on Poverty in Sub-Saharan Africa", relazione tecnica n. 428, in *Poverty Reduction and Social Development*, Africa Region, The World Bank, Washington, D.C., 1999.
- 53 The World Bank, *Gender Equality and the Millennium Development Goals*, The World Bank, Washington, D.C., 2003; The World Bank 2001, pag. 11; e The World Bank 2004.
- 54 Bruce, J., C. Lloyd, e A. Leonard, *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, The Population Council, New York, 1995.
- 55 The World Bank 2001.
- 56 Un'ampia documentazione conferma che le donne tendono a spendere il proprio reddito per cibo, istruzione e cure mediche che possano contribuire al benessere dei loro figli e proprio. Si veda: The World Bank 2001, pag. 18; Grown, Gupta, e Pande 2005; e UN Millennium Project 2005b.
- 57 UN Millennium Project 2005b.
- 58 United Nations 2005a, par. 315.
- 59 UNIFEM, *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals*, UNIFEM, New York, 2002a.
- 60 UN Millennium Project 2005c, pag. 138.
- 61 United Nations 2005a, par. 288, 294, e 295.
- 62 The World Bank 2001.
- 63 Si veda: ILO, "C111 Discrimination (Employment e Occupation) Convention, 1958", n.d.; "C100 Equal Remuneration Convention, 1951"; "C156 Workers with Family Responsibilities Convention, 1981"; e "C183 Maternity Protection Convention, 2000". Tutte disponibili in ILO, "Gender: Equality Between Men and Women", sito web: www.ilo.org/public/english/gender.htm, consultato il 29 giugno 2005; e United Nations 2005a, par. 283.
- 64 Hein, C., *Reconciling Work and Family Responsibilities: Practical Ideas from Global Experience*, ILO, Ginevra, 2005; e O'Brien, M., *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*, serie dei Documenti di lavoro EOC n. 18, Commissione per le pari opportunità, Manchester, UK, 2004.
- 65 The World Bank 2001, pag. 24.
- 66 United Nations 2005a, par. 298.
- 67 James, B., *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*, rapporto preparato per il ministero della Condizione femminile della Nuova Zelanda, Wellington, Nuova Zelanda, 2002. Sito web: www.mwa.govt.nz/pub/InternationalPolicies.doc, consultato il 1 luglio 2005.
- 68 Ibid.
- 69 United Nations 2005a, par. 316.
- 70 James 2002.
- 71 Malhotra e Mehra 1999.
- 72 Lloyd, C. B. (a cura di), *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, The National Academies Press Washington, D.C., 2005.
- 73 United Nations 2005a, par. 303.
- 74 Business for Social Responsibility, *Addressing the General and Reproductive Health of Women in Global Supply Chains*, Business for Social Responsibility San Francisco, California, 2002.
- 75 Lovenduski, J., e A. Karam, "Women in Parliament: Making a Difference" Cap. 6, in: *Women in Parliament: Beyond Numbers*, a cura di e pubblicato da International IDEA, Stoccolma, Svezia, 2002. Sito web: <http://archive.idea.int/women/par/>, consultato il 11 luglio 2005.
- 76 See, for example: Swamy, A., et al. 2001 "Gender e Corruption", *Journal of Development Economics* 64(1): 25-55; e The World Bank 2001, pagg. 8, 12, e 95. Si veda anche: UN Millennium Project 2005b.
- 77 UN Millennium Project 2005b.
- 78 United Nations 2005a, pag. 348; e UNFPA 2005a.
- 79 United Nations, n.d., "Millennium Indicators Database: World and Regional Trends", Statistics Division, United Nations, New York. Sito web: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_wrdregn.asp, consultato il 7 luglio 2005. Per far aumentare il numero di donne in ruoli di leadership nel 1990 il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite ha raccomandato di arrivare "ad almeno il 30 per cento entro il 1995". Si veda: UN Economic and Social Council Resolution E/RES/1990/15, Raccomandazione VI, par. 2.
- 80 UN Millennium Project 2005b, pag. 109.
- 81 United Nations 2005a, par. 333.
- 82 Vyasulu, P., e V. Vyasulu, "Women in the Panchayati Raj: Grassroots Democracy in India", cap. 5, in UNDP, *Women's Political Participation and Good Governance: 21st Century Challenges*, UNDP, New York, 2000.
- 83 United Nations 2005a, par. 333 e 338.
- 84 Inter-Parliamentary Union, "Women in National Parliaments: World Classification" 2005. Situazione al 30 aprile 2005. Sito web: www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, consultato il 3 luglio 2005. I dati si riferiscono ai seggi della camera bassa.
- 85 United Nations, "10 Stories the World Should Hear About: Women as Peacemakers: From Victims to Re-Builders of Society", United Nations, New York, 17 marzo 2005. Sito web: www.un.org/events/tenstories/story.asp?storyID=700, consultato il 29 giugno 2005.
- 86 United Nations 2005a, par. 731; e United Nations, *Gender Mainstreaming: An Overview*, Office of the Special Advisor on Gender Issues and Advancement of Women, United Nations, New York, 2002.
- 87 Waldorf, L., *Pathway to Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*, UNIFEM, New York, 2004. Si veda anche: Corner, L., n.d., "Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance", relazione preparata per il Governance Indicators Project dell'UNDP, Oslo Governance Centre, UNDP, New York, 2004. Sito web: www.undp.org/oslocentre/docs05/cross/2/Gendersensitive%20and%20pro-poor%20indicators%20for%20Democrat%20Governance.pdf, consultato il 5 luglio 2005; e Neimanis, A., e A. Tortisyn, *Gender Thematic Guidance Note*. NHDR Guidance Note on Gender. n. 2. New York: UNDP.
- 88 Per esempio si veda il modulo sulla condizione delle donne del Demographic e Health Survey (DHS); l'Indice dello sviluppo di genere e l'Indicatore per l'empowerment di genere dell'UNDP; e alcuni indicatori in corso di elaborazione da parte delle Commissioni regionali delle Nazioni Unite, quail l'Indice africano su differenza di genere e sviluppo, l'interven-

- to per migliorare la disponibilità di dati in Asia Occidentale, e gli indicatori per monitorare la percentuale di uomini e donne che vivono in povertà in America Latina e nei Caraibi. Le agenzie dell'ONU, tra cui UNFPA e UNIFEM, sostengono la raccolta di dati disaggregati per sesso a livello nazionale in vari paesi.
- 89 UNDP, *Millennium Development Goals: National Reports: A Look Through a Gender Lens*, UNDP, New York, 2003.
- 90 Valdes, T., "Index of Fulfilled Commitments 1995-2000: A *Social Watch* Instrument for Women", seminario internazionale "America Latina e Caraibi: la sfida per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio", Washington, D.C., 10-11 giugno 2002, Inter-American Development Bank, Washington, D.C., 2002. Sito web: <http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSES4GeneroTeresaValdes1.pdf>, consultato il 22 giugno 2005. Si veda anche: FLACSO Cile, "Area de Estudios de Genero, Grupo Iniciativa Mujeres", FLACSO, Santiago, Cile. Sito web: <http://www.flacso.cl/>, consultato il 22 giugno 2005.
- 91 United Nations 2005a, par. 737. Si veda anche: United Nations, *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts, and Sources* (ST/ESA/STAT/SER.F/95), United Nations Development Group, United Nations, New York, 2003.
- 92 United Nations 2002.
- 93 United Nations 2003.
- 94 Grown, C., e G. R. Gupta, "An Agenda for Engendering: the Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality", in *Seeking Accountability on Women's Human Rights: Women Debate the Millennium Development Goals*, a cura di e pubblicato da Women's International Coalition for Economic Justice, New York, 2004.
- 95 United Nations, "Aide-Memoire: Regional Meeting to Discuss a Needs Assessment on: National Machineryes for Gender Equality in African Countries", Department of Economic and Social Affairs, United Nations, Addis Ababa, Ethiopia, 2001.
- 96 United Nations 2005a, par. 725. Si veda anche: Norwegian Ministry of Foreign Affairs, "Strategies for Gender Equality: Is Mainstreaming a Dead End?", rapporto per una Consultazione informale degli osservatori sulle questioni di genere delle organizzazioni multilaterali dello sviluppo, Oslo, Norvegia, novembre 2002.
- 97 United Nations 2005a, par. 724, 726, e 736; e UNDP, "From Recovery to Transition: Women, the Untapped Resource", in *Essentials* n. 11, Evaluation Office, UNDP, New York 2003.
- 98 UN Millennium Project 2005b.
- 99 United Nations 2005a, par. 703.
- 100 Center of Arab Women, Training e Research, n.d., sessione di formazione su "Istituzionalizzazione dell'approccio di genere attraverso la pianificazione e la stesura dei bilanci", Tunisi, dicembre 2003. Sito web: www.cawtar.org.tn, consultato il 22 maggio 2005. Si veda anche: UNDP, Governo della Tunisia, e AGFUND, "Support to the Center for Arab Women's Training e Research: CAWTAR" (RAB/02/001/A/01/31), documento di progetto, UNDP, New York, 2002.
- 101 Sharp, R., *Budgeting for Equity: Gender Budget Initiatives within a Framework of Performance Oriented Budgeting*, UNIFEM, New York, 2003; e Elson, D., "Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW: Report Highlights and Key Conclusions", UNIFEM, New York, 2005. Sito web: www.gender-budgets.org/en/ev-72845-2011-DO_TOPIC.html, consultato il 22 maggio 2005.
- 102 United Nations, *United Nations Development Fund for Women: Implementing the Multi-Year Funding Framework: 2004* (DP/2005/24), United Nations, New York, 2005d.
- 103 UN Millennium Project 2005b, pagg. 25, 149, e 150.
- 104 UNIFEM, *Gender Responsive Budgets: Program Results (2001-2004)*, brochure, UNIFEM, New York, 2005..
- 105 UN Millennium Project 2005b, pag. 147.
- 106 United Nations 2005a, par. 690.
- 107 UNIFEM 2005; e UNIFEM, "Gender Budgets: Tracking Gender Equality", in *Currents*, newsletter digitale, maggio-giugno 2004. Sito web: <http://www.unifem.org/news/currents/currents200406.html>, consultato il 3 luglio 2005.
- 108 United Nations 2005d; e UNIFEM maggio-giugno 2004..
- 109 United Nations, *Resolution Adopted by the General Assembly: S-23/3 Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action* (A/RES/S-23/3), United Nations, New York, 2000.
- www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesinal-poverty.doc, consultato il 30 giugno 2005.
- 7 Ibid.
- 8 Ibid, pagg. 1 e 5.
- 9 UN Millennium Project 2005a.
- 10 United Nations 2002a.
- 11 Ibid.
- 12 United Nations 2005a.
- 13 United Nations, *Economic, Social and Cultural Rights: Draft Resolution: 2005: Human Rights e Extreme Poverty* (E/CN.4/2005/L.18), United Nations, New York, 2005b.
- 14 United Nations, *Economic, Social and Cultural Rights. Human Rights e Extreme Poverty. Report of the Independent Expert on the Question of Human Rights and Extreme Poverty: Arjun Sengupta* (E/CN.4/2005/49.), United Nations, New York, 2005c.
- 15 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), par. 374, United Nations, New York, 2005d.
- 16 Ibid., par. 468.
- 17 Boland, R., "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action", 2004. Dichiarazione alla Conferenza internazionale dei parlamentari per l'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, Strasburgo, Francia, 18-19 ottobre 2004. Sito web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, consultato il 5 luglio 2005.
- 18 United Nations 2005d, par. 383 e 386.
- 19 Ibid., par. 382.
- 20 The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pag. 4, Oxford University Press e the World Bank, New York e Washington, D.C., 2001.
- 21 Equality Now, "Words and Dea cura di Holding Governments Accountable in the Beijing + 10 Review Process", in *Women's Action 16.8*, aggiornato a maggio 2005, Equality Now, New York, 2005. Sito web: www.equalitynow.org/english/wan/beijing10/beijing10_en.pdf, consultato il 11 luglio 2005.
- 22 United Nations 2005d, par. 231 e 397.
- 23 Ibid., par. 394 e 401; e The World Bank 2001.
- 24 United Nations 2005d, par. 70 e 232.
- 25 UNIFEM, *Not a Minute More: Ending Violence against Women*, UNIFEM New York, 2003.
- 26 La Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo e la Conferenza di Pechino sulle donne hanno raccolto il consenso internazionale in base ai fondamenti stabiliti dai precedenti strumenti e meccanismi per i diritti umani.
- 27 Equality Now 2005.
- 28 Organization of American States, "Third Biennial Report on Fulfillment of Resolution AG/RES. 1456 (XXVII-O/97): "Promotion of the Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women," Convention of Belem do Para" (AG/RES. 1942 (XXXIII-O/03)), Organization of American States, Washington, D.C., 2003.
- 29 African Union, "Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa", adottato dalla 2.a Sessione ordinaria dell'Assemblea dell'Unione africana, Maputo, Mozambico, 11 luglio 2003, African Union, Addis Ababa, Etiopia, 2003. Sito web: www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf, consultato il 5 luglio 2005.
- 30 International Center for Research on Women, *To Have e To Hold: Women's Property e Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, scheda informativa, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 2004.
- 31 UNFPA, *Beijing at Ten: UNFPAs Commitment to the Platform for Action*, UNFPA, New York, 2005.
- 32 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pag. 144, Task Force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 33 UN Millennium Project 2005a, Box 1.3, pag. 8.
- 34 United Nations, *Population e Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: S-13 settembre 1994*, Principio 2, Department of Economic e Social Information e Policy Analysis, United Nations, New York, 1995.
- 35 Definito in: United Nations, "International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2000A(XXI) of 16 December", Article 12.1, Office of the High Commissioner for Human Rights, Ginevra, 1966. Sito web: www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_cesocr.htm, consultato il 11 luglio 2005; e riflesso in vari altri trattati sui diritti umani.
- 36 WHO, *Constitution of the World Health Organization (1946)*, Preambolo, WHO, Ginevra, 1948.
- 37 United Nations, "The International Covenant on Economic, Social e Cultural Rights: Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 dicembre 1966" Articolo 12, United Nations New York, n.d.; e United Nations., *Economic, Social e Cultural Rights: Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health: Paul Hunt* (E/CN.4/2005/51), par. 46, United Nations, New York, 2005e.
- 38 United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights and UNAIDS, *HIV/AIDS e Human Rights: International Guidelines: Second International Consultation on HIV/AIDS e Human Rights*, Ginevra, 23-25 settembre 1996 (HR/PUB/98/1), United Nations, New York e Ginevra, 1998. Queste linee guida sono disponibili sul sito: http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/international_guidelines.asp, consultato il 5 luglio 2005.
- 39 United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), par. 15 e 54, United Nations, New York, 2005f.

CAPITOLO 3

- 1 Ci sono sette convenzioni per i diritti umani fondamentali: il Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966); il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966); la Convenzione internazionale per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965); la Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1979); la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1989); la Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani e degradanti (1984); la Convenzione sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri della loro famiglia (1990). Le date indicano l'anno di adozione della convenzione, non quella di entrata in vigore.
- 2 Dei vari protocolli adottati, particolarmente rilevante per i diritti delle donne è il Protocollo opzionale alla CEDAW entrato in vigore nel 2000. Si veda: United Nations, *Resolution Adopted by the General Assembly: S4/4: Optional Protocol to the Convention on All Forms of Discrimination against Women* (A/RES/54/4), United Nations, New York, 1999a.
- 3 UNDP, *Human Development Report 2000: Human Rights and Human Development*, Oxford University Press, New York, 2000.
- 4 Ibid.
- 5 United Nations, *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005), United Nations, New York, 2005a; e UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, rapporto del Segretario generale delle Nazioni Unite, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 6 United Nations, "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies", Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, Ginevra, 2002a. Sito web:

- 40 United Nations 2005d, par. 544.
- 41 United Nations 1995, par. 7.3.
- 42 Si veda, per esempio, la Raccomandazione generale 24 su Donne e salute della CEDAW (1999); il Commento generale 14 sul Diritto alla salute del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (2000); il Commento generale 3 sull'HIV/AIDS e i diritti dell'infanzia (2003) e il Commento generale 4 sulla Salute degli adolescenti e lo sviluppo (2003) della Convenzione sui diritti dell'infanzia. Si noti anche che gli organi dei trattati, come il Comitato CEDAW, hanno spesso emesso delle raccomandazioni ai paesi, in occasione della presentazione dei rapporti nazionali, che riguardavano la salute riproduttiva. Si vedano anche i rapporti dei Relatori speciali sul Diritto alla salute e sulla Violenza contro le donne, tra gli altri, consultabili sul sito dell'Alto Commissario per i diritti umani: www.unhcr.org/, consultato il 12 luglio 2005.
- 43 UNFPA, *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action: 1994-2004*, UNFPA, New York, 2004a.
- 44 Boland 2004.
- 45 Ibid.; Boland, R., comunicazione personale, aprile 2005; e Center for Reproductive Rights, "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights", scheda informativa, Center for Reproductive Rights, New York, 2005.
- 46 Center for Reproductive Rights, "The Slovak Government's Response to Reproductive Rights Violations against Romani Women: Analysis and Recommendations", Center for Reproductive Rights, New York, 2003; e Repubblica del Perù, "Peru Resolution n. 03-DP-2000 of 28 gennaio 2000 of the Public Defender", Repubblica del Perù, Lima, Perù, 2000.
- 47 Center for Reproductive Rights 2005.
- 48 La Conferenza internazionale dei parlamentari sull'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo 2002, Ottawa, Canada, 21-22 novembre 2002. Si veda: *Report of the First International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Sito web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/ottawa/documents/ottawareport.pdf, consultato il 5 luglio 2005; e la Conferenza internazionale dei parlamentari sull'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo 2004, Strasburgo, Francia, 18-19 ottobre 2004. Si veda: "Strasbourg Statement of Commitment" sul sito web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/comm.doc, consultato il 5 luglio 2005.
- 49 Kols, A., "A Rights-Based Approach to Reproductive Health", in *Outlook* 20(4): 1-8, PATH, Seattle, Washington, 2003.
- 50 La Carta sui diritti sessuali e riproduttivi dell'IPPF è costituita da 12 diritti basati sugli strumenti internazionali per i diritti umani sui diritti aggiuntivi che questi implicano. Si veda: International Planned Parenthood Federation, *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, IPPF, Londra, 1996. Sito web: <http://content.ippf.org/output/ORG/files/6385.pdf>, consultato il 8 luglio 2005.
- 51 Si vedano gli articoli 2(f,g) e 5(a) della CEDAW e l'articolo 24.3 della Convenzione sui diritti dell'infanzia. In: United Nations, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women: Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Ms. Radhika Coomaraswamy: In Accordance with Commission on Human Rights resolution 1997/44: Addendum, Policies and Practices that Impact on Women's Reproductive Rights and Contribute to, Cause or Constitute Violence against Women* (E/CN.4/1999/68/Add.4), United Nations, New York, 1999b. Si veda anche: United Nations, 48/104: *Declaration on the Elimination of Violence Against Women* (A/RES/48/104), articolo 4, United Nations, New York, 1993.
- 52 United Nations, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2003/75), United Nations, New York, 2003.
- 53 UNFPA, *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, UNFPA, New York, e UNDP, 2004. *Human Development Report: Cultural Liberty in Today's Diverse World*, UNDP, New York, 2004b.
- 54 UNFPA 2004b; e UNFPA, *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*, UNFPA, New York, 2004c.
- 55 UNFPA, "Reproductive Health Round Table Focuses on Violence Against Women, Including FGM", comunicato stampa, UNFPA, New York, 24 giugno 1998.
- 56 United Nations, *United Nations Common Country Assessment for the Islamic Republic of Iran*, United Nations Country Team in Iran, United Nations, Teheran 2003a; United Nations, *Population and Development: Selected Issues* (ST/ESCAP/2288), Asian Population Studies Series. n. 161, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations New York, 2003b; United Nations "Views and Policies Concerning Population Growth and Fertility Among Governments in Intermediate-Fertility Countries", Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, n.d.; e Mehryar, A. H., *Proceedings of the First International Workshop on Integrated Approach to Reproductive Health and Family Planning in the Islamic Republic of Iran*, UNFPA and the Institute for Research on Planning and Development, Teheran, 2001.
- 57 Dungus, A., "Iran's Other Revolution", in *Populi* 27(2): 8-13, 2000.
- 58 UNFPA 2004b.
- 59 United Nations, "Disabilities", Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations, Ginevra, n.d. Sito web: www.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm, consultato il 21 giugno 2005.
- 60 UN Millennium Project 2005a, p.120; e United Nations, *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights to the Economic and Social Council* (E/2002/68), United Nations, New York, 2002b; e Shenker, S., e E. Shields, "Mixed Views on UN Indigenous Decade", BBC News Online 22 dicembre 2004, consultato il 18 aprile 2005.
- 61 United Nations, 2005g. *2004 World Survey on the Role of Women in Development: Women and International Migration* (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294), United Nations: Division for the Advancement of Women, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 62 Hall, G., e H. Patrinos (a cura di), "Indigenous People, Poverty, e Human Development in Latin America: 1994-2004", The World Bank e Palgrave/MacMillan, Washington, D.C., in corso di pubblicazione; e United Nations, *Report of the Secretary-General on the Preliminary Review by the Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People on the Activities of the United Nations System in Relation to the Decade* (E/2004/82), United Nations, New York, 2004a.
- 63 Quinn, G., e T. Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1), United Nations, New York e Ginevra, 2002. Si veda anche: CEDAW Raccomandazione generale n. 18. Sito web: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recomm18, consultato l'1 luglio 2005.
- 64 UNIFEM, "Securing Indigenous Women's Rights e Participation", in *At-a-Glance UNIFEM*, New York, 2004. Sito web: www.unifem.org/files/confirmed/2/355_at_a_glance_indigenous_women.pdf, consultato il 5 luglio 2005.
- 65 Si veda, tra gli altri, par. 31 in: United Nations, *Specific Groups and Individuals, Migrant Workers. Report of the Special Rapporteur, Ms. Gabriela Rodriguez Pizarro, Submitted Pursuant to Commission on Human Rights Resolution 2003/46* (E/CN.4/2004/76), United Nations, New York, 2004b.
- 66 La Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, adottata nel 1990 ed entrata in vigore nel 2003. Si sta lavorando alla redazione di una Convenzione sui diritti delle persone disabili. Si veda: United Nations, "Draft Article 12: Freedom from Violence e Abuse", United Nations, New York, n.d. Sito web: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcwgreporta12.htm, consultato il 6 luglio 2005. La Convenzione sulla protezione e integrazione delle popolazioni e dei territori indipendenti indigeni, tribali e semi tribali è entrata in vigore nel 1991 (ILO, "C107 Indigenous and Tribal Populations Convention", n.d., sito web: www.ilo.org/ilolex/cgi/lex/convde.pl?C107, consultato il 6 luglio 2005).
- 67 Per esempio il Programma d'azione globale per le persone disabili dell'ONU del 1982 e la Dichiarazione delle donne indigene della Conferenza di Pechino del 1995. Anche la Dichiarazione e il Programma d'azione della Conferenza contro razzismo, discriminazione razziale, xenofobia e altre forme di intolleranza di Durban (2001) affronta i diritti degli indigeni. Per quest'ultima si veda il sito web www.un.org/WCAR/durban.pdf, consultato il 13 luglio 2005.
- 68 Si vedano i rapporti dei Relatori speciali sulle popolazioni indigene, sul traffico di esseri umani, in particolare donne e bambini, sui migranti e sui disabili. Si veda anche il Rappresentante del Segretario Generale sui rifugiati interni, il Commento generale n. 5 al Patto sui diritti economici, sociali e culturali, e la Raccomandazione generale n. 18 alla CEDAW sulle persone disabili, tra gli altri.
- 69 United Nations, *Recommended Principles e Guidelines on Human Rights and Trafficking* (E/2002/68/Add.1), United Nations, New York, 2002c. Si vedano anche le Regole standard per il riequilibrio delle opportunità delle persone disabili, citate in: United Nations, *Specific Groups and Individuals: Other Vulnerable Groups and Individuals: Report of the High Commissioner for Human Rights on Progress in the Implementation of the Recommendations Contained in the Study on the Human Rights of Persons with Disabilities* (E/CN.4/2003/88), United Nations, New York, 2003c.
- 70 La Convenzione inter-americana sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le persone disabili fu adottata nel 1999, ed è in corso la redazione di una dichiarazione sui diritti indigeni da parte dell'Organizzazione degli stati americani. La Commissione africana per i diritti e dei popoli ha stabilito un gruppo di lavoro sulle popolazioni indigene. Gli organi dei trattati internazionali sui diritti umani e i relatori speciali hanno emesso delle raccomandazioni sul diritto delle persone indigene al cibo, alla salute, all'abitazione e alla terra, sui diritti delle donne e dei bambini indigeni, come pure sui pari diritti delle persone disabili a non essere discriminate. (Per questi ultimi si vedano i risultati dei forum regionali sui diritti delle popolazioni indigene citati in: United Nations 2005d, par. 579.). Si veda anche: United Nations, *Report of the Secretary-General on the Preliminary Review by the Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People on the Activities of the United Nations System in Relation to the Decade* (E/2004/82), United Nations, New York, 2004a; e United Nations 2003c.
- 71 United Nations 2005d, par. 579.
- 72 Ibid., par. 580 e 582.
- 73 Ibid., par. 524.
- 74 UNIFEM, "Report to the Forty-fifth Session of the Consultative Committee", UNIFEM, New York, 2005; e United Nations, *United Nations Development Fund for Women: Implementing the Multi-Year Funding Framework: 2004* (DP/2005/24), United Nations, New York, 2005h.
- 75 United Nations 2004b.
- 76 United Nations, "Indigenous e Tribal Peoples Convention, 1989 (No. 169): Adopted on 27 June 1989 by the General Conference of the International Labour Organisation at Its Seventy-sixth Session", Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Ginevra, n.d. Sito web: www.ohchr.org/english/law/indigenous.htm, consultato il 5 luglio 2005.
- 77 United Nations 2004a.
- 78 United Nations, "International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families: Adopted by General Assembly Resolution 45/158 of 18 dicembre 1990", United Nations, New York, Sito web: www.ohchr.org/english/law/pdf/crmw.pdf, consultato l'8 luglio 2005.
- 79 United Nations, *Resolution Adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55.2), par. 25, United Nations, New York, 2000.

CAPITOLO 4

- 1 Koblinsky, M. A. (a cura di), *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*. Human Development Network Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank, Washington, D.C., 2003; e UNFPA, *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*, UNFPA, New York, 2004a. Negli anni novanta anche lo Zimbabwe ha fatto progressi nel ridurre la mortalità materna.

- 2 UN Millennium Project, *Combating AIDS in the Developing World*, pagg. 22 e 32, Gruppo di lavoro sull'HIV/AIDS, Task Force su HIV/AIDS, malaria, tubercolosi e accesso ai farmaci essenziali, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 3 United Nations, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 settembre 1994*, par. 7.6, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations, New York, 1995.
- 4 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pagg. 13 e 20, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 5 UNFPA e University of Aberdeen, *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, UNFPA, New York, 2005; e UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, Task force sulla salute materna e infantile, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005c.
- 6 L'esatto rapporto tra i livelli di morbilità materna e mortalità materna varia in relazione ai diversi contesti. I dati a disposizione sono limitati, anche rispetto alle diverse fasce d'età. Le stime dei tassi di morbilità materna a livello mondiale variano da un cauto 8 milioni a oltre 20 milioni. Si veda per esempio: UN Millennium Project 2005c; e come riferimento sulla cifra di 15 milioni: UNFPA e University of Aberdeen 2005, pag. 26.
- 7 UNFPA 2004a.
- 8 WHO, UNICEF, e UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginevra: Department of Reproductive Health e Research, WHO; e WHO. 2005. *World Health Report 2005: Make Every Mother e Child Count*, WHO, Ginevra.
- 9 UNFPA e University of Aberdeen 2005.
- 10 WHO, UNICEF, e UNFPA 2004. Basato sulle stime delle morti materne nel 2000. Si veda: Caro, D. A., S. F. Murray, e P. Putney, "Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program", realizzato con un finanziamento della Fondazione Bill and Melinda Gates alla Columbia University Mailman School of Public Health, Cultural Practice, Silver Spring, Maryland, 2004.
- 11 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality e Empowering Women*, pag. 6, Task force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005d.
- 12 UN Millennium Project 2005c.
- 13 Ibid.
- 14 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.
- 15 WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, 4th Edition, WHO, Ginevra, 2004a.
- 16 Ibid.
- 17 WHO 2004a.
- 18 EngenderHealth, *Taking Postabortion Care Services Where They are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal*: FRONTIERS Final Report, Frontiers in Reproductive Health Program, the Population Council, Washington, D.C., 2003.
- 19 Si veda: United Nations 1995, par. 8.25: "In nessun caso l'aborto deve essere incoraggiato come metodo di pianificazione familiare. Tutti i governi, le organizzazioni intergovernative e non governative del settore sono sollecitati a rafforzare il loro impegno nei confronti della salute delle donne, a occuparsi dell'impatto sulla salute dell'aborto a rischio, inteso come un importante problema di salute pubblica, e a far diminuire il ricorso all'aborto tramite servizi di pianificazione familiare potenziati e migliorati. Bisogna accordare la massima priorità alla prevenzione delle gravidanze indesiderate e tentare di eliminare la necessità di ricorrere all'aborto. Le donne che hanno gravidanze indesiderate devono avere accesso immediato alle informazioni appropriate e ricevere consigli che tengano conto degli aspetti psicologici e umani. Qualsiasi misura o cambiamento relativi all'aborto, nell'ambito del servizio sanitario, possono essere decisi soltanto a livello nazionale o locale in accordo con le legislazioni nazionali. Nei casi in cui il ricorso all'aborto non è contrario alla legge, questa pratica non deve essere a rischio. In tutti i casi, le donne devono avere accesso a servizi di qualità per affrontare le complicazioni dovute all'aborto. Servizi di consulenza post-aborto, di informazione e di pianificazione familiare devono essere offerti prontamente, perché anche questo contribuisce a evitare il ripetersi degli aborti".
- 20 UNFPA e WH, *From Abortion to Contraception: Family Planning e Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, WHO, Copenhagen, Danimarca, 2000, 3a edizione.
- 21 Popov, A., "Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply", in *Russia's Demographic "Crisis"*, a cura di J. Da Vanzo, RAND, Santa Monica, California, 1999. Citato in: United Nations, *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health (ST/ESA/SER)*, redatto dalla Divisione per la popolazione dell'ONU, Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, New York, 2004a.
- 22 United Nations 2004a.
- 23 Roth, D., e M. Mbizvo, "Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men", in *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10-21, 2001.
- 24 Nuwaha, F., e B. Amooti-Kaguna. 1999. "Predictors of Home Deliveries in Rakai District, Uganda", *African Journal of Reproductive Health* 3(2): 79-86.
- 25 Varkey, L. C., et al., "Involving Men in Maternity Care in India", in *FRONTIERS Final Report*, Frontiers in Reproductive Health Program, the Population Council, Washington, D.C., 2004.
- 26 Li, Jianghong, "Gender Inequality, Family Planning, and Maternal and Child Care in a Rural Chinese County", in *Social Science e Medicine* 59(4): 695-708, 2004.
- 27 Cholil, A., M. B. Iskandar, e R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonesia: The State Ministry for the Role of Women e the Ford Foundation.
- 28 Si stima che il tasso di mortalità materna sia salito in alcuni paesi dove l'HIV/AIDS e la malaria sono in aumento. Si veda: UN Millennium Project 2005c; e The World Bank, *Gender Equality and the Millennium Development Goals*, The World Bank, Washington, D.C., 2003.
- 29 Caro, Murray, e Putney 2004.
- 30 UNFPA, *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, UNFPA, New York, 2005.
- 31 UNFPA. 2004b. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*, pag. 6, UNFPA, New York.
- 32 UNFPA 2004a.
- 33 UNFPA, "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal", articolo giornalistico, UNFPA, New York, 2004c. Sito web: www.unfpa.org/news/news/newscfm?ID=389&Language=1, consultato il 17 gennaio 2005; e UNFPA 2004b, pag. 6.
- 34 UNFPA 2004b, pag. 15.
- 35 UNFPA 2005.
- 36 Londra, S., "Midwife Care is as Safe as Physician-Led Care for Nepalese Women with Low-Risk Pregnancies", in *International Family Planning Perspectives*.30(1): 47-48, 2004.
- 37 Koblinsky, M., et al., *Issues in Programming for Safe Motherhood*, p.43, MotherCare, John Snow Inc., Arlington, Virginia, 2000.
- 38 UNFPA 2004c; e UNFPA 2004b.
- 39 Annan, K., 29 dicembre 2002. "In Africa, AIDS has a Woman's Face", in *The New York Times/International Herald Tribune*. Sito web: www.un.org/News/press/sg/stories/sg-29dec-2002.htm, consultato il 20 aprile 2005.
- 40 UN Millennium Project 2005a.
- 41 Ibid., p.2; e UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM, *Women e HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM, New York e Ginevra, 2004.
- 42 UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM 2004.
- 43 UNAIDS, "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge", UNAIDS, Ginevra, 2004a.
- 44 Ibid.
- 45 Basato sul Policy Project of the Futures Group per USAID e UNAIDS. Citato in: UN Millennium Project 2005a, pag. 23.
- 46 UNAIDS, "A UNAIDS Initiative: The Global Coalition on Women and AIDS", UNAIDS, Ginevra, 2004b. Sito web: womenandaids.unaids.org/, consultato il 23 giugno 2005.
- 47 International Community of Women Living with HIV/AIDS, *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*, International Community of Women Living with HIV/AIDS, Londra, 2004; e Ogden, J., e L. Nyblade, *Common at Its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts*, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 2005.
- 48 International Community of Women Living with HIV/AIDS 2004.
- 49 Bianco, M., "The Balance of 20 Years Fight against HIV/AIDS in Argentina", in *Sexual Health Exchange* 2003/1, Royal Tropical Institute, Amsterdam, 2003. Sito web: www.kit.nl/ils/exchange_content/assets/images/Exchange_2003-1_eng.pdf, consultato il 12 maggio 2005; e Ipas, "Bill of Rights Launched to Commemorate International Women's Day", Ipas, Chapel Hill, North Carolina, 2003. Sito web: www.ipas.org/english/press_room/2003/releases/O3072003.asp, consultato il 12 maggio 2005.
- 50 International Relief Teams, "Mothers 2 Be™", International Relief Teams, San Diego, California, n.d. Sito web: www.irteams.org/programs/M2M2B.htm, consultato il 22 aprile 2005.
- 51 USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, e the POLICY Project, *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care, and Support in Low and Middle Income Countries in 2003*, POLICY Project, the Futures Group, Washington, D.C., 2004.
- 52 UN Millennium Project 2005a, pag. 43.
- 53 La Columbia University's Mailman School of Public Health's MTCT-Plus Initiative sostiene la somministrazione di cure specialistiche alle donne sieropositive e ai loro figli registrati in programma PMTCT. Ha annunciato la concessione di finanziamenti per oltre 9 milioni di \$ a 12 ospedali, ambulatori e cliniche in 8 paesi africani e in Thailandia, per servizi di cura e sostegno quali *counselors*, formazione e sensibilizzazione a livello comunitario, terapie antiretrovirali e farmaci per complicazioni legate all'AIDS, e assistenza tecnica di altro tipo.
- 54 United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General (A/59/765)*, par. 14, United Nations, New York, 2005a.
- 55 WHO e UNAIDS, "Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women: WHO/UNAIDS Policy Statement", pag. 6, WHO, Ginevra, 2004. Sito web: <http://www.who.int/gender/violence/en/eqitableaccess.pdf>, consultato l'1 gennaio 2005.
- 56 Ogden e Nyblade 2005; e International Community of Women Living with HIV/AIDS 2004.
- 57 WHO e UNAIDS 2004, pag. 5.
- 58 Nieuwboer, I., *Once You Know You can Never Not Know Again: The Effect of a Digital Guide in Persuading Students to go for VCT*, pag. 10, Tilburg University Press, Tilburg, 2003.
- 59 Ogden e Nyblade 2005.
- 60 Painter, T., et al., "Women's Reasons for Not Participating in Follow Up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study", in *British Medical Journal* 329(7465): 543, 2004.
- 61 UNFPA 2005.
- 62 UNFPA, *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*, UNFPA, New York, 2004d.
- 63 UNFPA 2005.
- 64 UNFPA, *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, UNFPA, New York, 2004e.
- 65 UNFPA 2004d.
- 66 Global HIV Prevention Working Group, *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*, Kaiser Family Foundation e Bill & Melinda Gates Foundation, Menlo Park, California, 2003.
- 67 Singh, et al. 2004.
- 68 Hobcraft, J., "Towards a Conceptual Framework on Population, Reproductive Health, Gender and Poverty Reduction," pag. 135, cap. 7 in: *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, UNFPA Population and Development Strategies Series, n. 8, UNFPA, New York, 2003

- 69 United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, New York, 2005b.
- 70 Ibid., Table II.1.
- 71 UNFPA, *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*, pagg. 22-23, UNFPA, New York, 2002 (edizione italiana a cura di AIDOS); e Bernstein, S., e E. White, "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: and Vice Versa: Shared Visions e Common Goals", cap. 12 in: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004* (ESA/P/WP.192), organizzato dalla UN Population Division, Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, New York, 2005.
- 72 United Nations, *World Fertility Report: 2003* (ESA/P/WP.189), New York: Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, 2004b. Sito web: www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World_Fertility_Report.htm, consultato il 23 febbraio 2005.
- 73 Si vedano gli Indicatori selezionati annessi a questo rapporto, e United Nations 2005b.
- 74 Un'analisi a livello mondiale condotta usando dati del 2000 ha stimato che 105 milioni di donne sposate e 8 milioni di donne nubili nei paesi in via di sviluppo avevano un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare, cioè volevano ritardare o evitare un'altra gravidanza. Se a questa cifra si aggiungono le donne che usano metodi naturali, quali l'astinenza periodica e il coito interrotto, si arrivava a 201 milioni. Queste donne sono a rischio di gravidanze indesiderate, perché i metodi contraccettivi tradizionali sono molto meno efficaci dei metodi moderni quali sterilizzazione, preservativi, spirale, pillola e anticoncezionali ormonali iniettabili. Si veda: Singh, et al., 2004. Si veda anche: Westoff, C. F., *Unmet Need at the End of the Century*, in DHS Comparative Reports n. 1, ORC Macro, Calverton, Maryland, 2001.
- 75 Barnett, B., e J. Stein, *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, pp. 9-11, 15 e 83, Family Health International, Research Triangle Park, North Carolina, 1998.
- 76 Westoff 2001.
- 77 Becker, S., "Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples?" in *International Family Planning Perspectives* 25(4): 172-180, 1999.
- 78 Ashford, L., "Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention", pagg. 2-3, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 2001.
- 79 Haub, C., "Family Planning Worldwide 2002", scheda di dati, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 2002.
- 80 Nass, S. J., e J. F. Strauss, a cura di, *New Frontiers in Contraceptive Research: A Blueprint for Action*, pagg. 20-2, National Academy Press, Washington, D.C., 2004.
- 81 Agha, S., "Patterns of Use of the Female Condom After One Year of Mass Marketing", in *AIDS Education and Prevention* 13(1): 55-64, 2001.
- CAPITOLO 5**
- 1 United Nations, *World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General* (A/60/61 - E/2005/7), pag. 1, United Nations, New York, 2004.
- 2 Ibid.
- 3 United Nations, "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/FI)", tabella, Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, New York, 2005a.
- 4 Ibid.
- 5 Lloyd, C. B. (a cura di), *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2005; e UNFPA, *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, UNFPA, New York, 2005a.
- 6 Lloyd 2005.
- 7 BBC News, 20 giugno 2002, "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade", Sito web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, consultato il 7 maggio 2005.
- 8 Lloyd 2005.
- 9 Ibid.
- 10 The Population Council, *Population Briefs: Reports on Population Council Research* 11(1), The Population Council, New York, 2005.
- 11 Bernstein, S., e E. White, "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: and Vice Versa: Shared Visions e Common Goals", cap. 12 in: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004* (ESA/P/WP.192), organizzato dalle Nazioni Unite, New York: Population Division, Department of Economic e Social Affairs, United Nations, 2005b.
- 12 UNESCO, *EFA Global Monitoring Report 2005: Education for All, the Quality Imperative*, UNESCO, Parigi, 2004.
- 13 Lloyd 2005; e Grown, C., G. R. Gupta, e R. Pande, "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment", in *The Lancet* 365(9458): 541-543, 2005.
- 14 UNFPA 2005a, pag. 59.
- 15 United Nations 2004, pag. 5.
- 16 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), par. 496, United Nations, New York, 2005c; e United Nations 2004, par. 18.
- 17 UNFPA, *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*, UNFPA, New York, 2005b.
- 18 Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs, *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: aprile 2005*, 2005. Sito web: <http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, consultato il 27 giugno 2005.
- 19 International Planned Parenthood Federation, *Youth Participation: Youth in Decision Making Processes*, IPPF/WHR Spotlight on Youth, n. 7, scheda informale, Western Hemisphere Region, International Planned Parenthood Federation, New York, 2003.
- 20 UNFPA, *UNFPA and Young People: Imagine*, UNFPA, New York, 2003a; e UNFPA *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, UNFPA, New York, 2005c.
- 21 UNFPA 2005b.
- 22 Ibid.
- 23 Il progetto fa parte di un programma in diversi paesi supportato da un finanziamento dell'Unione Europea.
- 24 UNFPA, "Laotian Youth Teach Peers to Protect their Health", articolo, UNFPA, New York, 2 maggio 2005. Sito web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=609&Language=1, consultato il 6 luglio 2005; e UNFPA 2005b.
- 25 UNFPA 2005b.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 UNFPA 2005a; e United Nations 2005a.
- 29 UNFPA 2005a.
- 30 Ibid., p. 16.
- 31 United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), pagg. vii e 1, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2005d.
- 32 UNFPA 2005a.
- 33 Ibid., pag. 44.
- 34 Cincotta, R., R. Engelman, e D. Anastasion, *The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War*, Population Action International, Washington, D.C., 2003. Citato in: UNFPA 2005a, pag. 46. Si veda anche: Urdal, H., *The Devil in the Demographics: The Effect of Youth Bulges on Domestic Armed Conflict, 1950-2000*, in *Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*, n. 14, The World Bank, Washington, D.C., 2004.
- 35 UNFPA 2005a.
- 36 The World Bank, "Why Invest in Children e Youth?", n.d., sito web: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/0,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-pPK:216618-theSitePK:396445,00.htm>, consultato il 28 giugno 2005.
- 37 Si veda per esempio il Comitato CEDAW; il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali; il Relatore speciale dell'ONU sul diritto alla salute. Tutti i materiali in: Office of the UN High Commissioner for Human Rights, "Human Rights Bodies: Mechanisms for the Protection and the Promotion of Human Rights", n.d., sito web: www.ohchr.org/english/bodies/, consultato il 7 luglio 2005.
- 38 Center for Reproductive Rights, "Governments in Action: Legal e Policy Developments Affecting Reproductive Rights", relazione informativa, Center for Reproductive Rights, New York, 2005.
- 39 La recente legge sui diritti riproduttivi della repubblica del Kirgizistan è la prima di questo tipo adottata nei paesi della Comunità di stati indipendenti. Si veda: UNFPA, *Preventing HIV Infection: Promoting Reproductive Health*, UNFPA, New York, 2003b. Si veda anche: WHO, "Law [of 2001] on Reproductive Rights of the Kyrgyz Republic", in *International Digest of Health Legislation* 54, WHO, Ginevra, n.d., sito web: <http://www3.who.int/ihl/001Kyrg.pdf>, consultato il 3 marzo 2005.
- 40 Center for Reproductive Rights 2005.
- 41 National Assembly of Panama, n.d., "Que Garantiza la Salud y la Educacion de la Adolescente Embarazada", Legge n. 29 del 13 giugno 2002. Sito web: http://www.asamblea.gob.pa/NORMAS/2000/2002/2002_522_1581.PDF, consultato il 3 marzo 2005.
- 42 Center for Reproductive Rights 2005.
- 43 United Nations, "Convention on Consent to Marriage, Minimum Age for Marriage and Registration of Marriages", Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations, Ginevra, n.d., sito web: www.ohchr.org/english/law/convention.htm, consultato il 21 giugno 2005.
- 44 Center for Reproductive Rights 2005.
- 45 UNFPA, "Intermediate Report to the European Commission, Sexual and Reproductive Health Programme 2003-2006: April 2003-2004" (EC/ACF/UNFPA), UNFPA, New York, n.d.
- 46 Per maggiori informazioni sul Laos e sulle iniziative ivi sostenute dall'UNFPA si veda: UNFPA 2 maggio 2005.
- 47 Lloyd 2005.
- 48 UNFPA 2005b.
- 49 UNFPA, "Y-Peer at a Glance", Briefing Package, UNFPA, New York, 2005d.
- 50 UNFPA, "Strategic Partnership with the Arab Scout Organization for Youth Reproductive Health", n.d., sito web: http://www.cstamman.org/jo/news/01_news.htm, consultato il 21 giugno 2005.
- 51 Lloyd 2005.
- 52 UNFPA. 2004. *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health e the Global Effort to End Poverty*, pag. 76, UNFPA, New York,
- 53 UNFPA, *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health e Rights*, UNFPA, New York, 2003c. Citato in: UN Millennium Project 2005a.
- 54 UN Millennium Project 2005a, pag. 58.
- 55 The World Bank, "Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries", The World Bank, Washington, D.C., 2004. Sito web: www1.worldbank.org/prem/poverty/health/data/round2.htm, consultato il 12 luglio 2005; e Rani, M., e E. Lule, "Exploring the Socioeconomic Dimensions of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis", in *International Family Planning Perspectives* 30(3): 112, 2004.
- 56 Lloyd, C. B. (a cura di), *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, The National Academies Press Washington, D.C., 2005.
- 57 United Nations, *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General* (A/S-27/3), United Nations, New York, 2001a.

- 58 UNICEF, *Early Marriage: Child Spouses*, pag. 11, Innocenti Digest n. 7, UNICEF, Innocenti Research Centre, Firenze, Italia, 2001.
- 59 de Bruyn, M., e S. Packer, *Adolescents.Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*, Ipas, Chapel Hill, North Carolina, 2004.
- 60 UNFPA 2003a.
- 61 Holschneider, S., *Investing in Young Lives: The Role of Reproductive Health: Why Invest in Young People?*, The World Bank, Washington, D.C., 1998. Citato in: de Bruyn e Packer 2004, pag. 10; e UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, Task force sulla salute materna e infantile, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 62 Raufu, A., "Unsafe Abortions Cause 20,000 Deaths a Year in Nigeria", in *British Medical Journal* 325(7371): 988, 2002. Citato in: de Bruyn e Packer 2004, pag. 10.
- 63 de Bruyn e Packer 2004, pag. 11.
- 64 UN Millennium Project 2005a, pag. 3.
- 65 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People, *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*, UNAIDS, New York, 2004. Sito web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/316_filename_UNFPA_Crossroads.pdf, consultato il 24 febbraio 2005.
- 66 UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, UNAIDS Ginevra, 2004.
- 67 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.
- 68 Ibid., pag. 48.
- 69 UNFPA 2003a.
- 70 United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General (A/59/765)*, par. 8, United Nations, New York, 2005e.
- 71 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.
- 72 UNAIDS 2004.
- 73 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. Basato sui risultati dei Sondaggi demografici e sanitari (DHS) condotti in 39 paesi in via di sviluppo tra il 1996 e il 2003. Si veda anche: The Alan Guttmacher Institute, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, The Alan Guttmacher Institute New York, 1998.
- 74 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.
- 75 United Nations 2005e.
- 76 United Nations, *Resolution Adopted by the General Assembly: S-26.2: Declaration of Commitment on HIV/AIDS (A/RES/S-26/2)*, par. 47 e 53, United Nations, New York, 2001b.
- 77 Si veda: Global Youth Coalition on HIV/AIDS, sito web: www.youthaidcoalition.org, consultato il 11 maggio 2005.
- 78 UNFPA, *Global Youth Partners: Preventing HIV*, Brochure, UNFPA, New York, 2004; e UNFPA, "Global Youth Partners: Advocating for Increased Access by Young People to Information, Education and Services in the Area of HIV Prevention", UNFPA, New York, n.d. Sito web: www.unfpa.org/hiv/gyp/index.htm, consultato il 9 luglio 2005.
- 79 The Population Council e UNFPA, *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. Rapporto del seminario organizzato da UNFPA in collaborazione con Population Council, New York, 1-3 maggio 2002. New York, The Population Council, 2002.
- 80 Fundación Puntos de Encuentro, *We're Different, We're Equal: A Project to Promote Young People's Rights: Results and Notes about Impact 2001-2002*, Fundación Puntos de Encuentro, Managua, Nicaragua, 2002.
- 81 UNFPA 2005c.
- 82 UNFPA, *The Livelihoods Approach to Adolescent Programming: Expanding the Response to Adolescent Sexual and Reproductive Health: What, Why, How*, UNFPA, New York, 2005e.
- 83 UNFPA 2005c.
- 84 UNFPA, "Case Studies: Reaching Out: Reaching the 'Busy Generation' in Mozambique", UNFPA, New York, n.d., sito web: www.unfpa.org/adolescents/casestudies/reachingout.htm, consultato il 13 luglio 2005.
- 85 UNESCO, "Breaking the Poverty Cycle of Women: Empowering Adolescent Girls to Become Agents of Social Transformation in South Asia", Project relating to Cross-cutting Themes, UNESCO, Parigi, n.d.
- 86 UNICEF 2001.
- 87 Basato sul calcolo delle ragazze tra i 10 e i 19 anni nei paesi in via di sviluppo, esclusa la Cina, che si sposeranno entro il 18esimo anno di età. Si veda: Bruce, J., e S. Clark, *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*, sintesi basata sui documenti preparatori della Consultazione tecnica sul matrimonio tra adolescenti organizzata da WHO/UNFPA/Population Council, Ginevra, 9-12 dicembre 2003, The Population Council, New York, 2004.
- 88 Lloyd 2005; e The Population Council e UNFPA 2002
- 89 UN Millennium Project 2005a, pag. 57; e Lloyd 2005.
- 90 The Population Council e UNFPA 2002; e UNFPA 2003a.
- 91 UNICEF 2001.
- 92 Grown, Gupta e Pande 2005.
- 93 Jejeebhoy, S., "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India", ICRW Working Paper n. 3, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1996. Citato in: Mensch, B., J. Bruce, e M. E. Greene, *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, pag. 46, The Population Council, New York, 1998.
- 94 Clark, S., "Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa", in *Studies in Family Planning* 35(3): 149-160, 2004; e UN Millennium Project 2005c.
- 95 UN Millennium Project 2005a, pag. 35.
- 96 Il "lavoro decente" è definito dall'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) come lavoro in condizioni di libertà, equità, sicurezza e dignità. Si veda: ILO, *Report of the Director-General: Decent Work*, International Labour Conference Report, ILO Ginevra, 1999. Sito web: www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm, consultato il 12 maggio 2005.
- 97 ILO, *Improving Prospects for Young Women and Men in the World of Work: A Guide to Youth Employment*, ILO, Ginevra, 2004a; e ILO, *Global Employment Trends for Youth ILO*, Ginevra, 2004b.
- 98 Lloyd 2005.
- 99 ILO 2004b.
- 100 ILO. 2002a. "International Labour Conference: 90th Session 2002: Report VI. Decent Work and the Informal Economy", Ginevra: ILO. Sito web: www.ilo-mirror.cornell.edu/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf, consultato il 6 luglio 2005; e ILO 2004b.
- 101 Ibid.
- 102 ILO, "R146 Minimum Age Recommendation, 1973", ILO, Ginevra. Sito web: www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/pub/law/ilc/r1461973/#0, consultato il 13 maggio 2005.
- 103 ILO, *Guide Book II: Time-Bound Programmes for Eliminating the Worst Forms of Child Labour: An Introduction*, ILO, Ginevra, 2003; e ILO, *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour (SIMPOC), International Labour Office, ILO, Ginevra, 2002b.
- 104 UNFPA 2005e.
- 105 ILO, *Report of the Director-General: A Future without Child Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: International Labour Conference: 90th Session 2002*, International Labour Office, ILO, Ginevra, 2002c.
- 106 ILO, "Report of the Director-General: A Global Alliance Against Forced Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: 2005", Report 1(B). International Labour Conference, 93esima sessione, ILO, Ginevra. Sito web: www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5059, consultato il 7 luglio 2005.
- 107 UNICEF, "Children Used as Domestic Servants One of the Most Hidden Forms of Child Labour", UNICEF, Sydney, Australia, 11 giugno 2004. Sito web: www.unicef.org.au/mediaCentre-Detail.asp?ReleaseID=534, consultato il 13 gennaio 2005.
- 108 Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs 2005.
- Social Policy e Development, United Nations, New York, 2003.
- 3 Naciones Unidas. 2002.
- 4 Per esempio, questo è supportato da ricerche condotte in paesi dell'Asia Orientale e Sud-Orientale. Le donne che hanno dei figli da sole, e che hanno scarse competenze o prospettive di lavoro, possono essere obbligate a portare i bambini con se quando gestiscono piccoli commerci o altri lavori informali. Si veda: Quah, S. R., "Major Trends Affecting Families in East and Southeast Asia: Final Report", pag. 30, Division for Social Policy and Development, Department of Social and Economic Affairs, United Nations, New York, 2003.
- 5 United States Department of Health and Human Services, *Survey on Child Health*, National Center for Health Statistics, United States Department of Health and Human Services, Washington, D.C., 1993; Centro de Analisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL e UNFPA, "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamerica: Caso Nicaragua", bozza, 2005; Naciones Unidas, 2002; e UNICEF, *Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge About Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women*, UNICEF, New York, 1997.
- 6 Naciones Unidas. 2002.
- 7 Baker, G., et al., "Men's Participation as Fathers in the Latin American e Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations", bozza finale, 2003. Documento preparato per la Banca Mondiale; e Naciones Unidas 2002.
- 8 UNFPA, "It Takes 2: Partnering with Men in Reproductive & Sexual Health", pag. 15, nota informativa programmatica, UNFPA, New York, n.d. Si veda anche uno studio realizzato in Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud, "Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Versión Resumen del Informe Final", Managua, Nicaragua, 2003.
- 9 UNFPA, *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*, Relazione tecnica n. 3, UNFPA, New York, 2000; e UNFPA n.d.
- 10 UNFPA 2000; e Scalway, T., *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*, Panos e UNAIDS, Londra, 2003.
- 11 UNFPA 2000.
- 12 The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pagg. 9 e 77, Oxford University Press e World Bank, New York e Washington, D.C., 2001.
- 13 The World Bank, "Latin America and the Caribbean: Crime and Violence Prevention", The World Bank Group, Washington, D.C., n.d. Sito web: <http://lnweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECAADocByUnit/65A48F3B8D10247D85256CFD007A5D62?opendocument>, consultato il 16 maggio 2005.
- 14 Ajuwon, A., "Research in Sexual Coercion among Young Persons: The Experiences and Lessons Learned from Ibadan, Nigeria", presentazione all'Incontro sulle esperienze di sesso non consensuale tra adolescenti nei paesi in via di sviluppo, New Delhi, India, 22-25 settembre 2003; Caceres, C., "The Complexity of Young People's

CAPITOLO 6

- 1 Boserup, E., *Woman's Role in Economic Development*, Earthscan, Londra e New York, 1970.
- 2 Naciones Unidas, *Paternidad Responsable en el istmo centroamericano (LC/MEX/L.475/Rev.1)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2002; Abdalla, J., "The Absent Father", pagg. 214-246 in *The New Arab Family: Cairo Papers in Social Science* 24(1/2), a cura di N. Hopkins, The American University in Cairo Press, Cairo, 2001; e Nossier, N., "Family in the New Millennium: Major Trends Affecting Families in North Africa", in *Major Trends Affecting Families: A Background Document*, pubblicato da United Nations, Division for

- Experiences of Sexual Coercion: Lessons Learned from Studies in Peru", presentazione all'Incontro sulle esperienze di sesso non consensuale tra adolescenti nei paesi in via di sviluppo, New Delhi, India, 22-25 settembre 2003; Jewkes, R., "Non-consensual Sex among South African Youth: Prevalence of Coerced Sex and Discourses of Control and Desire", presentazione all'Incontro sulle esperienze di sesso non consensuale tra adolescenti nei paesi in via di sviluppo, New Delhi, India, 22-25 settembre 2003; e Wilkinson, J. W., L. S. Bearup, e T. Soprach. "Youth Gang-rape in Phom Penh", presentazione all'Incontro sulle esperienze di sesso non consensuale tra adolescenti nei paesi in via di sviluppo, New Delhi, India, 22-25 settembre 2003. Tutti citati in: The Population Council, WHO e YouthNet, *Sexual Coercion: Young Men's Experience as Victims e Perpetrators*, The Population Council, New Delhi, 2004.
- 15 Greene, M. E., e A. E. Biddlecom, "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", in *Population e Development Review* 26(1): 81-115, 2000; e Jacobson, J., "Transforming Family Planning Programmes: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda", in *Reproductive Health Matters* 8(15): 21-32, 2000.
- 16 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. Basato sui Sondaggi demografici e sanitari (DHS) condotti in 39 paesi in via di sviluppo tra il 1996 e il 2003.
- 17 I dati non comprendono tutti i gruppi in tutte le regioni: ne sono esclusi alcuni gruppi chiave, come i ragazzi sotto i 15 anni, gli uomini non sposati, i detenuti, i militari, i migranti o rifugiati, molti dei quali sono sessualmente attivi.
- 18 The Alan Guttmacher Institute 2003.
- 19 The Alan Guttmacher Institute, *Risk e Protection: Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, pag. 34, The Alan Guttmacher Institute, New York e Washington, D.C., 2004.
- 20 The Alan Guttmacher Institute 2004, Appendix Table 5, pag. 36.
- 21 The Alan Guttmacher Institute 2004, Appendix Table 4, pag. 35.
- 22 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), par. 658, United Nations, New York, 2005a.
- 23 Chattopadhyay, T., *Role of Men and Boys in Promoting Gender Equality: An Advocacy Brief*, UNESCO, Bangkok, 2004; PLANetWiRE Clips, "Saudi Clerics Rule Against Forced Marriage", 13 aprile 2005; e Barker, G., "Istituto PROMUNDO: Engaging Young Men in Gender-Based Violence Prevention and Sexual and Reproductive Health Promotion: Rio de Janeiro, Brazil", presentazione al workshop "Gender Is Everyone's Business: Programming with Men to Achieve Gender Equality", organizzato da OXFAM, Oxford, UK, 10-12 giugno 2002. Sito web: www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/gem/downloads/Promcase.pdf, consultato il 5 maggio 2005.
- 24 UNFPA, "Regional Conference of African Islamic Faith-Based Organizations, Abuja, Nigeria, 14-18 marzo 2005", rapporto della conferenza, UNFPA, New York, 2005.
- 25 Greene, M. E., "Involving Men in Reproductive Health: Implications for Reproductive Health e Rights", pagg. 129-138, in *Reproductive Health e Rights: Reaching the Hardly Reached*, a cura di E. Murphy e A. Hendrix-Jenkins, PATH, Washington, D.C., 2002. Sito web: www.path.org/publications/pub.php?id=516, consultato il 22 giugno 2005.
- 26 Ndong, I., et al., "Men's Reproductive Health: Defining, Designing e Delivering Services", *International Family Planning Perspectives* 25 (supplemento), 553-555, 1999; Bergstrom, G., "Men's Voices, Men's Choices: How Can Men Gain From Improved Gender Equality?", seminario Svezia/regione Africana, Lusaka, Zambia, 11-13 gennaio 1999, Ministero degli affari esteri, Stoccolma, Svezia, 1999; Johansson, A., et al. "Husbands' Involvement in Abortion in Vietnam", in *Studies in Family Planning* 29(4): 400-413, 1998; 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, Ithaca, Cornell University, New York, 1996; Laudari, Carlos, "Gender Equity in Reproductive and Sexual Health", relazione presentata al Workshop tematico sul Coinvolgimento degli uomini nei programmi per la salute sessuale e riproduttiva organizzata FAO/WHO/UNFPA, Roma, 9-13 novembre 1998; Hull, T. H., "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?", relazione presentata all'Incontro psico-sociale che ha preceduto l'Incontro annuale dell'Associazione Americana per la popolazione (Population Association of America), New York, 23-24 marzo 1999; Hawkes, S., "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh", in *Sexual Health Exchange* 3: 14-15, 1998; e Collumbien, M., e S. Hawkes, "Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?" in *Culture, Health e Sexuality* 2(2): 135-150, 2000.
- 27 UNFPA, 2000. La "vergogna" degli uomini (nel richiedere preservativi, servizi, discutere di problemi di salute riproduttiva, condividere le responsabilità domestiche) è stata una delle scoperte fondamentali di una ricerca condotta in Nicaragua. Si veda: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud 2003.
- 28 Cates, W., Jr., "The Dual Goals of Reproductive Health", in *Network* 16(3), 1996; Loaiza, E., "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience", relazione presentata al seminario "Men, Family Formation and Reproduction," organizzato dal Comitato su differenza di genere e popolazione della International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) e dal Centro de Estudios de Población (CENEP), Buenos Aires, Argentina, 13-15 maggio 1998, International Union for the Scientific Study of Population, Liege, Belgium, 1998; e Lamptey, P., et al., "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana", *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226; Fapohunda, B. M., e N. Rutenberg, "Enhancing the Role of Men in Family Planning and Reproductive Health", relazione non pubblicata, 1998.
- 29 UNFPA 2000; e Nzioka, C., "Perspectives of Adolescent Boys on the Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: Kenya", in *Reproductive Health Matters* 9(17): 108-117, 2001.
- 30 UNFPA 2000.
- 31 Scalway 2001.
- 32 Blanc, A., "The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence", in *Studies in Family Planning* 32(3): 189-213, 2001.
- 33 De Keijzer, B., "Masculinities: Resistance and Change", pagg. 28-49 in *Gender Equality e Men: Learning from Practice*, a cura di S. Ruxton, Oxfam GB, Oxford, 2004.
- 34 UNFPA, *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, pag. 12, UNFPA, New York, 2004.
- 35 Sayages, M., "Africa's Men Meet Challenge of Fighting HIV/AIDS", Reuters AlertNet, 13 giugno 2003. Sito web: www.alertnet.org/thenews/reliefresources/aidsfeature.htm, consultato il 9 luglio 2005.
- 36 United Nations 2005a, par. 388; e "A Role for Men in Gender Equality", in *IPS UN Journal* 11(165): 6, 13 settembre 2004.
- 37 The Population Council, "Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement", in *Quality/Calidad/Qualite*, n. 10, The Population Council, New York, 2000.
- 38 Siegfried, K., "Changing Men's Attitudes to Reduce AIDS in Africa", in *The Christian Science Monitor*, 3 marzo 2005.
- 39 United Nations, "The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality", Panel II della 48.a Sessione della Commissione sulla condizione delle donne (CSW), New York, 2 marzo 2004. Division for the Advancement of Women, United Nations, New York, 2004.
- 40 Scalway 2001.
- 41 Raju, S., e A. Leonard (a cura di), *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, pag. 57, The Population Council, New Delhi, 2000; Laack, S., "Thoughts about Male Involvement: Swedish Experiences", relazione presentata alla Conferenza sulla Sessualità dei giovani, Arusha, Tanzania, 13-18 agosto 1995; e Laack, S., et al., *Report on the RFSU Young Men's Clinic*, Swedish Association of Sex Education, Stoccolma, Svezia, 1997.
- 42 Grant, E., et al., "Seizing the Day: Right Time, Right Place, Right Message for Adolescent Reproductive and Sexual Health (Kenya)", relazione presentata alla Conferenza su Raggiungere gli uomini per migliorare la salute riproduttiva per tutti, Interagency Gender Working Group, USAID, Washington D.C., settembre 2003.
- 43 Pan-American Health Organization, "Improving the Lives of Adolescent Girls and Boys By Involving Adolescent Boys: A New Approach to Health Promotion and Prevention Through Soccer", progetto Adolescenti, Pan-American Health Organization, Washington, D.C., 2003.
- 44 The Population Council, "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality", in *Quality/Calidad/Qualite*, n. 14, The Population Council, New York, 2003.
- 45 Mishra, A., "Enlightening Adolescent Boys in India on Gender and Reproductive and Sexual Health", relazione presentata alla Conferenza su Raggiungere gli uomini per migliorare la salute riproduttiva per tutti, Interagency Gender Working Group, USAID, Washington D.C., settembre 2003.
- 46 Barker, G., et al., "How Do We Know if Men Have Changed: Promoting and Measuring Attitude Change with Young Men: Lessons Learned from Program H in Latin America", pagg. 147-161 in: Ruxton 2004.
- 47 UNFPA, *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons from Nine Countries*, rapporto tecnico, UNFPA, New York, 2003a.
- 48 Ibid.
- 49 UNFPA, *Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH/SIDA y Equidad de Género en Fuerzas Armadas en América Latina. Estudios de Caso de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú*, UNFPA, Bogota, Colombia, 2003b.
- 50 Pathfinder International, "Reaching Young Men with Reproductive Health Programs", Pathfinder International, Watertown, Massachusetts, 1998. Sito web: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/IN%20FOCUS/ReachingYoungMen.doc, consultato il 25 marzo 2005.
- 51 Rob, U., et al., "Integration of Reproductive Health Services for Men in Health and Family Welfare Centers in Bangladesh", rapporto finale del programma FRON-TIERS, The Population Council, Washington, D.C., 2004.
- 52 United Nations 2005a, par. 193, 239, 406, e 571; e United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), par. 63b, United Nations, New York, 2005b.

CAPITOLO 7

- 1 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, Task force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 2 Heise, L., M. Ellsberg, e M. Gottemoeller. "Ending Violence against Women", in *Population Reports*, serie L. n. 11, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, Maryland, 1999.
- 3 UN Millennium Project 2005a, pagg. 15 e 110.
- 4 Heise, Ellsberg, e Gottemoeller 1999.
- 5 Krug, E., et al. (a cura di), *World Report on Violence and Health*, WHO, Ginevra, 2002.
- 6 Ibid.
- 7 Morrison, A. R., e M. B. Orlando, "Social and Economic Costs of Domestic Violence: Chile and Nicaragua", cap. 3, in: Morrison, A., e L. Bieh (a cura di), *Too Close to Home: Domestic Violence in Latin America*. Inter-American Development Bank, Washington, D.C., 1999. Citato in: UN Millennium Project 2005a.
- 8 International Center for Research on Women, *A Summary Report for a Multi-Site Household Survey, Domestic Violence in India*, n. 3, International Center for Research on Women Washington, D.C., 2000. Citato in: UN Millennium Project 2005a, pag. 115.
- 9 Australian Government, *The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy: Part I*, rapporto preparato da

- Access Economics Pty, per l'Office of Women, Commonwealth of Australia, 2004; e Phillips, J., e M. Park, "Measuring Violence against Women: A Review of the Literature and Statistics", Parliament of Australia, Canberra, Australia, 6 dicembre 2004, scheda informativa online. Sito web: www.aph.gov.au/library/intguide/SP/ViolenceAgainstWomen.htm, consultato il 27 giugno 2005.
- 10 Waters, H., et al., *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, Department of Injuries and Violence Prevention, WHO, Ginevra, 2004.
- 11 UN Millennium Project 2005a, pag. 119.
- 12 Heise, Ellsberg, e Gottemoeller 1999. Citato in: UN Millennium Project 2005a, pag. 113. Un'altra stima, basata sui risultati di 48 sondaggi sulla popolazione, pone questo dato tra 16 e 50 per cento. Si veda: Krug, et al. 2002.
- 13 Krug, et al. 2002.
- 14 Solano, P., e M. Velzeboer, "Componentes clave para leyes y políticas contra la violencia contra las mujeres," pag. 13, bozza di documento di discussione, Pan-American Health Organization, Washington, D.C., 2003.
- 15 Krug, et al. 2002.
- 16 BBC News, "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade", 20 giugno 2002. Sito web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, consultato il 7 maggio 2005.
- 17 United States Department of State, *Trafficking in Persons Report: June 2005*, United States Department of State, Washington, D.C., 2005.
- 18 United States Department of State, *Trafficking in Persons Report: June 2004*, pubblicazione n. 1150, United States Department of State, Washington, D.C., 2004.
- 19 Martens, J., "Seduced, Imported, Sold: Trafficking in Women and Children in Africa", relazione preparata per la 7.a Conferenza regionale sulle donne (Pechino +10), Addis Ababa, 12-14 ottobre 2004, UN Economic Commission for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 2004; e Miko, F., "Trafficking in Persons: The U.S. and International Response: Congressional Research Service", CRS Report for Congress, Congressional Research Service, the Library of Congress, Washington, D.C., 2004.
- 20 United Nations, "Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 55/25 of 15 novembre 2000", Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Ginevra, 2002. Sito web: www.ohchr.org/english/law/protocoltraff.htm, consultato l'11 luglio 2005.
- 21 Council of Europe, "Action against Trafficking in Human Beings: News", n.d., sito web: www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking, consultato il 26 maggio 2005.
- 22 Boland, R. "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action", discorso pronunciato alla Conferenza internazionale dei parlamentari per l'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo del 2004, Strasburgo, Francia, 18-19 ottobre 2004. Sito web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, consultato il 5 luglio 2005; e Boland, R., aprile 2005, comunicazione personale.
- 23 UNFPA, *UNFPA and Young People: Imagine*. New York: UNFPA, 2003.
- 24 Krug, et al. 2002.8
- 25 UN Millennium Project. 2005a, pag. 114.
- 26 Jejeebhoy, S., "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India", ICRW Working Paper n. 3, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1996.. Citato in: Mensch, B., J. Bruce, e M. E. Greene. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, pag. 46, The Population Council, New York, 1998.
- 27 UNICEF, *Early Marriage: Child Spouses*, pag. 11, Innocenti Digest n. 7, UNICEF. Innocenti Research Centre, Firenze, Italia, 2001.
- 28 Im-em, W., K. Archvanitkul, e C. Kanchanachitra, "Sexual Coercion among Women in Thailand: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Life Experiences", relazione presentata al Meeting annuale della Population Association of America, Boston, Massachusetts, 3-5 agosto 2004.
- 29 The Population Council, *The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of Young Women in Developing Countries*, The Population Council, New York, 2004a; Jejeebhoy, S. J., e S. Bott. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries*, South and East Asia Regional Working Paper n. 16, Population Council, New Delhi, 2003. Si veda anche: Im-em, Archvanitkul, e Kanchanachitra 2004.
- 30 de Bruyn, M., e S. Packer. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*, Ipas, Chapel Hill, North Carolina, 2004.
- 31 Amnesty International, *It's in Our Hands: Stop Violence against Women*, Amnesty International, Londra, 2004.
- 32 Krug, et al. 2002.
- 33 Amoakohene, M. A., "Violence Against Women in Ghana: A Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses", in *Social Science and Medicine* 59(2004): 2373-2385, 2004; Manh Loi, V., V. Tuan Huy, N. Huu Minh e C. Clement. "Gender Based Violence: The Case of Vietnam", The World Bank, Washington, D.C., 1999; Garcia-Moreno, C. "Violence against Women: Consolidating a Public Health Agenda", pagg. 111-142, 2002, in: *Engendering International Health: The Challenge of Equity*, a cura di G. Sen, A. George, e P. Ostlin, MIT Press Cambridge, Massachusetts, 2002; e Koenig, M., et al., "Domestic Violence in Rural Uganda: Evidence From a Community-based Study", in *Bulletin of the World Health Organization* 81(1): 53-60, 2003.
- 34 The Population Council, *Sexual Coercion: Young Men's Experiences as Victims and Perpetrators*, The Population Council, New York, 2004b.
- 35 Solano e Velzeboer 2003.
- 36 Come riconosciuto, ad esempio, dalla Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne delle Nazioni Unite del 1993, articoli 4(f) e dalla Piattaforma d'azione di Pechino, par. 124(g). Si veda: United Nations, *48/104: Declaration on the Elimination of Violence Against Women (A/RES/48/104)*, articolo 4, United Nations, New York, 1993; e United Nations, *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 settembre 1995*, Department of Public Information, United Nations, New York, 1996.
- 37 Luciano, D., S. Esim, e N. Duvvury, "How to Make the Law Work: Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean", relazione presentata alla 7.a International Women's Policy Research Conference intitolata "Women Working to Make a Difference.", Washington, D.C., 22-24 giugno 2003.
- 38 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, pag. 13. Report to the Secretary-General, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 39 WHO, "Schools e Youth Health: Resources e Tools for Advocacy", WHO, Ginevra, n.d., sito web: www.who.int/school_youth_health/resources/en/, consultato il 10 luglio 2005; UNESCO. "Making the Case for Violence Prevention through Schools", in *FRESH Tools for Effective School Health*, 1.a edizione, UNESCO, Ginevra, 2004; e Larraín, S., J. Vega, e I. Delgado. *Relaciones familiares y maltrato infantil*, UNICEF, Santiago, 1997. Citato in: UN Millennium Project 2005a.
- 40 UN Millennium Project 2005a, pag. 119.
- 41 Watts, C., e S. Mayhew, "Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Programmatic Response in Sub-Saharan Africa", *International Family Planning Perspectives* 30(4): 207-213, 2004; e UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, Task force sulla salute materna e infantile, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005c.
- 42 de Bruyn e Packer 2004.
- 43 UN Millennium Project 2005a, pag. 111.
- 44 The Global Coalition on Women e AIDS e WHO, *Violence against Women: Critical Intersections: Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*. Information Bulletin Series. n. 1, WHO, Ginevra, n.d.
- 45 Human Rights Watch, *The War within the War: Sexual Violence against Women and Girls in the Eastern Congo*, Human Rights Watch, New York, 2002.
- 46 WHO, "Female Genital Mutilation", scheda informativa n. 241, WHO, Ginevra, 2000. Sito web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en, consultato il 3 marzo 2005.
- 47 Heise, Ellsberg, e Gottemoeller 1999.
- 48 Ganatra, B. R., K. J. Coyaji, e V. N. Rao, *Community cum Hospital Based Case-Control Study on Maternal Mortality: A Final Report*, KEM Hospital Research Centre, Pune, India, 1996. Ricerche in tutto il mondo hanno identificato i meccanismi che spiegano perché durante la gravidanza le donne subiscono violenza. Tra le cause: disobbedire al marito, esprimere il sospetto di infedeltà, rifiutare i rapporti sessuali, o non occuparsi adeguatamente dei figli o della casa. Secondo un rapporto di Population Council, una donna su quattro nel mondo ha subito violenza durante la gravidanza, in genere da parte del partner. Si veda: Jejeebhoy, S. J. "Association between Wife-beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India", in *Studies in Family Planning* 29(3): 300-308, 1998; Visaria, L., "Violence Against Women in India: Evidence from Rural Gujarat", pagg. 14-25, in *Domestic Violence in India: A*
- Summary Report of Three Studies*, redatto e pubblicato da International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1999; e Heise, Ellsberg, e Gottemoeller 1999.
- 49 UN Millennium Project 2005a, pag. 16.
- 50 UN Millennium Project 2005c.
- 51 Leung, T. W., et al., "A Comparison of the Prevalence of Domestic Violence Between Patients Seeking Termination of Pregnancy and Other Gynecology Patients", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(1): 47-54, 2002. Uno studio di caso del 1999 in un ospedale di Hong Kong su 501 donne, 245 richiedenti un'interruzione di gravidanza e 256 ricoverate per altre patologie ostetrico-ginecologiche, ha stabilito che "il 27,3 per cento delle prime aveva subito una qualche forma di violenza almeno una volta nella vita, comparato con l'8,2 per cento delle seconde". Lo studio riscontrò anche che, "tra le donne con una storia recente di abusi, il 27 per cento (9 su 33) ha ammesso che la decisione di interrompere la gravidanza era stata influenzata dall'esperienza della violenza subita".
- 52 Kaye, D. "Domestic Violence Among Women Seeking Post-abortion Care", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(3): 323-325, 2001. Uno studio del 2000 su 311 ricoverate per cure post-aborto (PAC, *post abortion care*) in un ospedale nazionale dell'Uganda ha stabilito che per 70 di loro (23,2 per cento) si trattava di aborto provocato e 28 di queste (38,9 per cento) "indicarono nella violenza domestica subita la causa principale della decisione di abortire".
- 53 Watts e Mayhew 2004.
- 54 United Nations 1996, par. 106(q).
- 55 Krug, et al. 2002.
- 56 Bott, S., et al. *Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*, IPPF/Western Hemisphere Region, New York, 2004.
- 57 UNFPA e AIDOS, *Addressing Violence against Women: Piloting and Programming: Rome, Italy, 15-19 September 2003*, New York e Roma, UNFPA e AIDOS, 2003.
- 58 UN Millennium Project 2005a, pag. 40; e Global Campaign for Education. "Girls Can't Wait: Why Girls' Education Matters, and How to Make It Happen Now: Briefing Paper for the UN Beijing + 10 Review and Appraisal", Global Campaign for Education, Brussels, Belgium, 2005.
- 59 UNFPA, *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, UNFPA, New York, 2005.
- 60 UN-HABITAT (United Nations Human Settlement Programme), *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements 2001*, Earthscan, Londra, 2001.
- 61 UN Millennium Project 2005a, pag. 76.
- 62 UNFPA 2005, Area 6.
- 63 La Task force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere del Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio ha identificato nei diritti delle donne alla proprietà e all'eredità e nella lotta alla violenza di genere due delle sette aree prioritarie per raggiungere la parità.
- 64 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first*

- Century": Report of the Secretary-General (E/CN.6/2005/2), par. 214, United Nations, New York, 2005.
- 65 Center for Reproductive Rights, "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights", documento informativo, Center for Reproductive Rights, New York, 2005.
- 66 United Nations 2005, par. 207, 208 e 211.
- 67 Bendre, U., e T. Khorakiwala, "Assessment of Family Counselling Centers in Madhya Pradesh", rapporto presentato all'UNFPA, 2004.
- 68 UNFPA, "The Santa Maria/Sal Commitment: By African Women Ministers and Parliamentarians on Gender and HIV/AIDS: Reinforcing National Action", articolo giornalistico, UNFPA, New York, 13 marzo 2003.
- 69 UNFPA 2005, pag. 6.
- 70 United Nations 2005, par. 223.
- 71 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pag. 68, rapporto al Segretario Generale, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005d.
- 72 UNFPA 2005, pag. 6.
- 73 Garcia-Moreno, C., "Responding to Violence against Women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence", in *Health and Human Rights: An International Journal* 6(2): 112-127, 2003.
- 74 The White Ribbon Campaign, "Men Working to End Men's Violence Against Women", White Ribbon Campaign, Toronto, Canada, n.d., sito web: www.whiteribbon.ca/about_us/, consultato il 5 maggio 2005.
- 75 Crossette, B., "Priorities Across Borders: For Many Women, Violence Shuts Out Hope", Media Center, UN Foundation, 2004. See Sito web: www.stopvaw.org/October_2004.html#25Oct200424, consultato il 9 luglio 2005.
- 76 Ramos-Jimenez, P., "Philippine Strategies to Combat Domestic Violence Against Women", Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center e De La Salle University, Manila, the Philippines, 1996.
- 77 Royal Government of Cambodia, *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*, pag. 10, Ministero della condizione femminile, Governo reale della Cambogia, Phnom Penh, 2004; e "A Role for Men in Gender Equality", in *IPS UN Journal* 11(165): 6, 13 settembre 2004.
- 78 United Nations 2005, par. 234.
- 79 Basato su un esercizio di quotazione di interventi specifici in un'ottica di genere, tra cui formazione, campagne di sensibilizzazione, azioni per contrastare la violenza contro le donne, rafforzamento della capacità d'intervento del ministero per la condizione femminile. Si veda: UN Millennium Project 2005a, pag. 36.
- 80 Waters, H., et al. 2004.
- 81 United Nations, *Resolution adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration (A/RES/55/2)*, par. 12, United Nations, New York, 2000.
- CAPITOLO 8**
- 1 United Nations, *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General (A/59/2005)*, United Nations, New York, 2005a.
- 2 Il terremoto e lo tsunami del 26 dicembre 2004 hanno fatto oltre 280 mila vittime e devastato le aree costiere e le zone affacciate sull'Oceano Indiano. Si veda: United Nations, *Summary of the Economic and Social Survey of Asia and the Pacific, 2005 (E/2005/18)*, United Nations, New York, 2005b; e United States Agency for International Development, "Indian Ocean: Earthquake e Tsunamis", scheda informativa n. 36, Office of US Foreign Disaster Assistance, Bureau for Democracy, Conflict, and Humanitarian Assistance, United States Agency for International Development, Washington, D.C., 2005. Sito web: www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/disaster_assistance/countries/indian_ocean/fy2005/indianocean_et_fs36_02-22-2005.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 3 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, cap. 12, rapporto al Segretario Generale dell'ONU, Londra e Sterling, Virginia: Earthscan, 2005a.
- 4 UN Millennium Project, *Health, Dignity and Development: What Will it Take?*, Task Force sull'acqua e le risorse igieniche, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 5 Smith, D., "Trends e Causes of Armed Conflict", in *Berghof Handbook for Conflict Transformation: Trends and Causes of Armed Conflicts*, a cura di D. Bloomfield, M. Fischer, e A. Schmerlze, Berghof Research Centre for Constructive Conflict Management, Berlino, Germania, 2001; e Dwan, R., e M. Gustavsson, "Major Armed Conflicts", cap. 3, in *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, a cura di Stockholm International Peace Research Institute, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- 6 Women's Commission for Refugee Women and Children, *Women's Commission Fact Sheet*, Women's Commission for Refugee Women e Children, New York, 2004. Sito web: www.womenscommission.org/pdf/factsheet.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 7 United Nations 2005a, par. 114.
- 8 United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General (E/CN.6/2005/2)*, par. 76, United Nations, New York, 2005c.
- 9 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, Task force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005c.
- 10 United Nations, *UN Security Council Resolution 1325 (2000): Adopted by the Security Council at Its 4213th Meeting on 31 October 2000 (S/RES/1325 (2000))*, United Nations, New York, 2000.
- 11 Articolo 7.1 dello Statuto di Roma. Citato in: *Reproductive Rights are Human Rights*, redatto e pubblicato da Center for Reproductive Rights, New York, 2005; e United Nations, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women (E/CN.4/2003/75)*, United Nations, New York, 2003a.
- 12 United Nations 2003a.
- 13 United Nations 2005c, par. 248.
- 14 United Nations, *A More Secure World: Our Shared Responsibility: Report of the Secretary-General's High-Level Panel on Threats, Challenges, and Change (A/59/565)*, par. 238, United Nations, New York, 2004a.
- 15 United Nations 2005a, par. 114.
- 16 Questi impegni sono contenuti nelle Risoluzioni del Consiglio di sicurezza dell'ONU 1261 (1999), 1314 (2000), 1379 (2001), e 1460 (2003).
- 17 United Nations 2005a.
- 18 United Nations, *Specific Groups and Individuals: Mass Exoduses and Displaced Persons: Report of the Representative of the Secretary-General on the Human Rights of Internally Displaced Persons, Walter Kalin: Submitted Pursuant to Commission on Human Rights Resolution 2004/55 (E/CN.4/2005/84)*, United Nations, New York, 2004b.
- 19 Nel mondo 25 milioni sono i rifugiati interni, cui si aggiungono tra i 12 e 11 milioni di profughi transnazionali. Si veda: United Nations 2005a, pag. 4.
- 20 Si veda: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, "Special Procedures of the Commission on Human Rights: Representative of the Secretary-General on Internally Displaced Persons", Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Ginevra, n.d., sito web: www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/interdisp/, consultato il 9 luglio 2005.
- 21 I Guiding Principles on Internal Displacement (Principi guida sui rifugiati interni) riaffermano e raccolgono una serie di diritti umani e leggi umanitarie rilevanti per i rifugiati interni. Si veda: United Nations, *Report of the Representative of the Secretary-General, Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to Commission Resolution 1997/39: Addendum: Guiding Principles on Internal Displacement (E/CN.4/1998/53/Add.2)*, United Nations, New York, 1998a.
- 22 United Nations 2004b.
- 23 United Nations 2005a, par. 209 e 210.
- 24 Anderlini, S. N., *Negotiating the Transition to Democracy and Reforming the Security Sector: Vital Contributions of South African Women*, Hunt Alternatives Fund, Washington, D.C., 2004.
- 25 UNIFEM, Report to the Forty-fifth Session of the Consultative Committee, UNIFEM, New York, 2005a.
- 26 UNFPA, *Dispatches* n. 62, 2004a.
- 27 Mertus, J., "Women's Participation in the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia (ICTY): Transitional Justice for Bosnia and Herzegovina", studio di caso per la Commissione sulle politiche, Hunt Alternatives Fund, Washington, D.C., 2004.
- 28 Anderlini, S. N., C. P. Conaway, e L. Kays, "Transitional Justice and Reconciliation", in *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, a cura di International Alert e Women Waging Peace, Hunt Alternatives Fund e International Alert, Washington e Londra, 2004. Sito web: [ce.net/content/toolkit/chapters/TransitionJustice.pdf](http://www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/TransitionJustice.pdf), consultato il 25 marzo 2005.
- 29 UNIFEM, "Women, War, Peace, e Justice", UNIFEM, New York, 2005b. Sito web: www.womenwarpeace.org/issues/justice/justice.htm, consultato il 25 marzo 2005.
- 30 UNFPA, *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, UNFPA, New York, 2004b.
- 31 United Nations, "The UN Works for Women: Rescued from Horror", United Nations, New York, n.d. Sito web: www.un.org/works/women/women5.html, consultato il 9 luglio 2005.
- 32 Le percentuali sono 67 per cento in Ruanda e 64 per cento in Cambogia. Per il Ruanda si veda: UNFPA, 2004c; e per la Cambogia si veda: Royal Government of Cambodia, *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*, Ministry of Women's Affairs, Royal Government of Cambodia, Phnom Penh, 2004.
- 33 Global Information Networks in Education, "Child Soldier Projects: The Case of Liberia", n.d., sito web: www.ginie.org/ginie-crisis-links/childsoldiers/liberia1.html, consultato il 9 giugno 2005.
- 34 Mazurana, D., e K. Carlson., *From Combat to Community: Women and Girls of Sierra Leone*, Hunt Alternatives Fund, Washington, D.C., 2004.
- 35 Save the Children, *Forgotten Casualties of War: Girls in Armed Conflict*. Save the Children, Londra, 2005.
- 36 Mazurana e Carlson 2004.
- 37 Save the Children 2005.
- 38 Verhey, B., *Going Home: Demobilising and Reintegrating Child Soldiers in the Democratic Republic of Congo*, Save the Children, Londra, 2003; e UNIFEM, *Getting It Right, Doing It Right: Gender and Disarmament, Demobilization, and Reintegration*, UNIFEM, New York, 2004.
- 39 UNICEF, *Factsheet: Child Soldiers*, UNICEF, New York, 2005. Sito web: www.unicef.org/protection/childsoldiers.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 40 Chubb, K., *Between Anger and Hope: South Africa's Youth and the TRC*, Witwatersrand University Press, Witwatersrand, 2001.
- 41 Clark, C., "Juvenile Justice and Child Soldiering: Trends, Challenges, and Dilemmas", in *Child Soldier Newsletter* 7: 6-8, 2003. Sito web: www.child-soldiers.org/document_get.php?id=681, consultato il 25 marzo 2005.
- 42 Republic of Sierra Leone, *Sierra Leone National Youth Policy*, Republic of Sierra Leone, Freetown, 2003. Sito web: www.statehouse-sl.org/policies/youth.html, consultato il 25 marzo 2005.
- 43 The World Bank, *Youth for Good Governance Distance Learning Program*, The World Bank, Washington, D.C., 2005a. Sito web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35958/overview.pdf>, consultato il 25 marzo 2005; e The World Bank, "Module IX: The Role of Youth: The Significance of Coalition-Building", *Youth for Good Governance Distance Learning Program*, The World Bank, Washington, D.C., 2005b. Sito web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35976/m0d09.pdf>, consultato il 25 marzo 2005.

- 44 "Congo: Children's Parliament Launched by Government and UNICEF", in *IRIN* news 30 settembre 2005. Sito web: www.irin.org/ReportID=36903&SelectRegion=Great_Lake, consultato il 25 marzo 2005.
- 45 Save the Children 2005; e UNESCO, *EFA Global Monitoring Report 2003/4*, UNESCO, Parigi, 2004.
- 46 Women's Commission for Refugee Women and Children, *Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, 2002. Sito web: www.womenscommission.org/reports/sl/index.shtml, consultato il 25 marzo 2005.
- 47 Inter-Agency Network for Education in Emergencies, *Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises, and Early Reconstruction*, Inter-Agency Network for Education in Emergencies, Parigi, 2004. Sito web: www.ineesite.org/standards/MSEE_report.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 48 Sommers, M., *Children, Education, and War: Reaching Education for All (EFA) Objectives in Countries Affected by Conflict*, The World Bank, Washington, D.C., 2002. Sito web: www-wds.worldbank.org/servert/WDSPContentServer/WDSP/IB/2002/10/12/000094946_02091704130527/Rendered/PDF/multi0page.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 49 Mazurana e Carlson 2004.
- 50 UNFPA, "Reproductive Health for Communities in Crises", cap. 10, 2004d, in UNFPA, *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, UNFPA, New York, 2004e.
- 51 New Sudan Centre for Statistics and Evaluation e UNICEF, "Towards a Baseline: Best Estimates of Social Indicators for Southern Sudan", NSCSE Series Paper n. 1, 2004.
- 52 United Nations, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, United Nations High Commissioner for Refugees, Ginevra, 1999. Sito web: www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/iafm_menu.htm, consultato il 25 marzo 2005.
- 53 Documentazione sulla salute riproduttiva nelle situazioni di conflitto (RHRC, reproductive health response in conflict) può essere reperita sul sito di Reproductive Health Response in Conflict Consortium: www.rhrc.org, consultato il 13 luglio 2005. Il consorzio è composto da American Refugee Committee, CARE, Heilbrunn Department of Population and Family Health at Columbia University's Mailman School of Public Health, International Rescue Committee, JSI Research and Training Institute, Marie Stopes International e Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 54 UNFPA, "Iraqi Women Receive UNFPA Emergency Reproductive Health Services and Supplies", in *Dispatches* n. 57, 2003.
- 55 UNFPA, "UNFPA Ships Supplies to Ensure Safe Childbirth and Meet Women's Needs in Tsunami-Hit Countries", comunicato stampa, UNFPA, New York, 14 gennaio 2005. Sito web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=546, consultato il 25 marzo 2005.
- 56 UNFPA, *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*, UNFPA, New York, 2004f. Sito web: www.unfpa.org/
- upload/lib_pub_file/378_filename_hands_en.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 57 UNFPA, "UN Population Fund Seeks \$3.6 Million for Emergency Assistance in Occupied Palestinian Territory: Protecting Pregnant Women a Top Priority", comunicato stampa, UNFPA, New York, 3 maggio 2002. Sito web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=80&Language=1, consultato il 9 luglio 2005.
- 58 United Nations, *Report of the Special Rapporteur on Systematic Rape, Sexual Slavery and Slavery-like Practices During Armed Conflict* (E/CN.4/Sub.2/1998/13), United Nations, New York, 1998b; e Human Rights Watch, *Federal Republic of Yugoslavia: Kosovo: Rape as a Weapon of "Ethnic Cleansing"*, 2000a. Sito web: www.hrw.org/reports/2000/fry/index.htm#TopOfPage, consultato il 12 aprile 2005.
- 59 UN Millennium Project 2005d; United Nations, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women: Intersections of Violence against Women and HIV/AIDS: Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences*, Yakin Ertürk (E/CN.4/2005/72), United Nations, New York, 2005d; e Adrian-Paul, A., "HIV/AIDS", *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, Hunt Alternatives Fund e International Alert, Washington, D.C., e Londra, 2004. Sito web: www.womenwagingpeace.net/content/toolkits/chapters/HIV_AIDS.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 60 Human Rights Watch, *We'll Kill You If You Cry: Sexual Violence in the Sierra Leone Conflict*, pag. 3, Human Rights Watch, New York, 2003.
- 61 Adrian-Paul 2004.
- 62 Human Rights Watch, "Tanzania: Violence against Women Refugees", Human Rights Watch, New York, 2000b. Sito web: www.hrw.org/english/docs/2000/09/26/tanzan676.htm, consultato il 12 aprile 2005.
- 63 UNFPA, "Forms of Gender-based Violence and Their Consequences", Interactive Population Center, UNFPA, New York, 2004g. Sito web: www.unfpa.org/inter-center/violence/index.htm, consultato il 12 aprile 2005.
- 64 Puri, S., "Challenging Gender-based Violence Across Genders", International Rescue Committee, New York, n.d. Sito web: www.theirc.org/index.cfm/wwwID/578, consultato il 2 marzo 2005.
- 65 Reproductive Health Response in Conflict Consortium, "Gender-based Violence", Reproductive Health Response in Conflict Consortium, New York, 2005. Sito web: www.rhrc.org/rhr_basics/gbv/, consultato il 25 marzo 2005.
- 66 UNFPA 2004b.
- 67 United Nations, *Investigations into Sexual Exploitation of Refugees by Aid Workers in West Africa: Note by the Secretary-General* (A/57/465), 2002. Si veda anche: UN News Centre, "UN Probes Allegations of Sex Exploitation by Peacekeepers in Liberia", 29 aprile 2005. Sito web: www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=14131&Cr=Liberia&CrI=#, consultato il 14 giugno 2005.
- 68 United Nations, *Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse* (ST/SGB/2003/13), United Nations, New York, 2003.
- 69 Wax, E., "Cycle of War is Spreading AIDS e Fear in Africa", *The Washington Post*, 13 novembre 2003.
- 70 UNAIDS, "HIV/AIDS e Uniformed Services", UNAIDS, Ginevra, 2005a. Sito web: www.unaids.org/EN/in+focus/hiv_aids_security+and+humanitarian+response/hiv_aids+and+uniformed+services.asp, consultato il 25 marzo 2005.
- 71 Reproductive Health Response in Conflict Consortium, *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*, Reproductive Health in Conflict Consortium, New York, 2004a; Reproductive Health Response in Conflict Consortium, *HIV/AIDS Prevention and Control: A Short Course for Humanitarian Workers: Facilitator's Manual*, Reproductive Health in Conflict Consortium, New York, 2004b; e United Nations, *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*, Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings, United Nations, New York, 2004c.
- 72 UNFPA, *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response*, UNFPA, New York, 2001.
- 73 UNIFEM, "Women, War, Peace e HIV/AIDS", UNIFEM, New York, n.d. Sito web: www.womenwarpeace.org/issues/hiv/hiv.htm, consultato il 13 luglio 2005; UNAIDS, "First Quarterly Report 2005", UNAIDS Office on AIDS, Security e Humanitarian Response (SHR), UNAIDS, Copenhagen, 2005b. Sito web: www.unaids.org/html/pub/topics/security/shr-2005quarter1_en.pdf, consultato il 13 luglio 2005.
- 74 United Nations, *United Nations Population Fund: Report of the Executive Director for 2002: Reports Requested by the Executive Board* (DP/FPA/2003/4 [Part III]), United Nations, New York, 2003b.
- 75 UNAIDS, *On the Front Line: A Review of Policies and Programmes to Address HIV/AIDS Among Peacekeepers and Uniformed Services*, UNAIDS, New York, 2004.
- 76 Women's Commission for Refugee Women and Children, *Children and Adolescents Project*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, 2005. Sito web: www.womenscommission.org/projects/children/index.shtml, consultato il 25 marzo 2005.
- 77 Nyitambe, N., M. Schilperoord, e R. Ondeko, "Lessons from a Sexual Reproductive Health Initiative for Tanzanian Adolescents", in *Forced Migration Review* 19: 9-10, 2004. Sito web: www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR19full.pdf, consultato il 25 marzo 2005.
- 78 UNFPA 2004c.
- 79 The Population Council e UNFPA, *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*, rapporto di un workshop organizzato dall'UNFPA in collaborazione con Population Council, New York, 1-3 maggio 2002, The Population Council, New York, 2002.
- 2 Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs, *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005*. Sito web: <http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, consultato il 27 giugno 2005.
- 3 La convenienza economica della salute riproduttiva, compresa la contraccezione, è stata riscontrata fin dagli anni novanta. Il Rapporto sulla salute nel mondo della Banca mondiale "Investing in Health" ha identificato un "pacchetto sanitario essenziale" basato su quei servizi che possono fornire il massimo dei benefici con risorse limitate. Il pacchetto raccomandato comprende i servizi essenziali per la salute riproduttiva. Nel 2001, la Commissione su macroeconomia e salute ha riconosciuto l'importanza della salute riproduttiva, compresa la contraccezione, per lo sviluppo economico. Si veda: Singh, S., et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, pag. 12, The Alan Guttmacher Institute e UNFPA, New York, 2004. L'incremento dell'accesso ai servizi per la salute riproduttiva è stato identificato come una delle "soluzioni a effetto rapido" dal Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio. "Soluzioni a effetto rapido" sono quelle che possono maturare dei ritorni nel giro di 3 anni o meno.
- 4 In aggiunta ai vari incontri regionali e mondiali tenutisi fin dal 2002 per la commemorazione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo e per la Conferenza di Pechino sulle donne, altri incontri ad alto livello e accordi che riaffermano il rapporto diretto tra salute riproduttiva e gli MDG nel corso del 2005 comprendono: la Risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità 57.12, la 38.a Sessione della Commissione ONU su popolazione e sviluppo (Risoluzione E/CN.9/2005/L.5), e il "Stockholm Call to Action: Investing in Reproductive Health e Rights as a Development Priority" (Appello di Stoccolma: investire in salute e diritti riproduttivi come priorità per lo sviluppo), sito web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/418_filename_stockholm-call-to-action.pdf, consultato il 13 luglio 2005. Si veda anche: United Nations, *Draft Submitted by the Chairperson of the Commission for Social Development on the Basis of Informal Consultations: Declaration on the Tenth Anniversary of the World Summit for Social Development* (E/CN.5/2005/L.2), United Nations, New York, 2005b. Si vedano anche le risoluzioni del 2005 su Salute riproduttiva ed MDG e sull'HIV/AIDS della Commissione su popolazione e sviluppo delle Nazioni Unite.
- 5 UNFPA, "Population and Reproductive Health: Key to the Achievement of the MDGs", discorso di Thoraya Ahmed Obaid, Direttrice esecutiva dell'UNFPA, all'Agenzia canadese per lo sviluppo internazionale, UNFPA, New York, 24 febbraio 2005.
- 6 Per la lista completa delle componenti della salute riproduttiva si veda: United Nations, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, par. 7.6, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations, New York, 1995.
- 7 UN Millennium Project, *Combating AIDS in the Developing World*, pag. 89, Gruppo di lavoro su HIV/AIDS, Task Force su

CAPITOLO 9

- 1 United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 2005a.

- HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, e accesso ai farmaci essenziali, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005a.
- 8 Singh et al., 2004, pag. 18. Si veda anche: UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Box 5.5, pag. 82, rapporto al Segretario Generale dell'ONU, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005b.
- 9 UNFPA, *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*, UNFPA, New York, 2004a.
- 10 Basato su progetti piloti condotti in Costa d'Avorio e India. Si veda: UNFPA e International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office, *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*, UNFPA e International Planned Parenthood Federation, New York e Londra, 2004.
- 11 Per esempio il "New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health" del 2004 (disponibile sul sito www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf, consultato il 11 luglio 2005); il "Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children" (disponibile sul sito www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf, consultato il 11 luglio 2005); e la Commissione su popolazione e sviluppo delle Nazioni Unite, 38.a sessione, 2005.
- 12 Si veda, per esempio: UN Millennium Project 2005b; e UN Millennium Project 2005a, pag. 89.
- 13 UN Millennium Project 2005b; e UN Millennium Project 2005a, pag. 7.
- 14 UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, Task force sulla salute materna e infantile, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005c.
- 15 Ibid.
- 16 Ricerche in Kenya e Zimbabwe hanno riscontrato che l'introduzione di ticket per i pazienti ha portato a una riduzione dell'uso dei servizi per la salute materna del 50 e 30 per cento rispettivamente. Citato in: UN Millennium Project 2005c.
- 17 Vari riferimenti a tali questioni si trovano in: UN Millennium Project 2005b, pag. 109; e UN Millennium Project 2005c.
- 18 United Nations, *Human Security Now: Protecting and Empowering People*, pag. 17, Commission on Human Security, United Nations, New York, 2003a.
- 19 UN Millennium Project 2005a, pag. 96.
- 20 UN Millennium Project 2005b, pag. 103.
- 21 Ibid.
- 22 UNFPA e University of Aberdeen, *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, pag. 23, UNFPA, New York, 2005; e UN Millennium Project 2005c.
- 23 UN Millennium Project 2005a, pag. 96.
- 24 UNFPA e University of Aberdeen 2005, pag. 23.
- 25 Come stimato da Joint Learning Initiative, 2004. Citato in: UN Millennium Project 2005b, pag. 101.
- 26 UN Millennium Project 2005a, pag. 96.
- 27 UN Millennium Project 2005b, pagg. 80 e 257.
- 28 UN Millennium Project 2005c.
- 29 Freedman, L. P., "Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy", in *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1): 51-60, 2001.
- 30 United Nations, "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies", Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, Ginevra, 2002. Sito web: www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc, consultato il 30 giugno 2005.
- 31 UN Millennium Project 2005b, pag. 118.
- 32 Whitehead, A., "Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers", rapporto per la Rete inglese su differenza di genere e sviluppo, UK Gender e Development Network e Christian Aid, Londra, 2003.
- 33 UNFPA, Desk Review of 2003 PRSPs, Population e Development Branch, Technical Support Division, UNFPA, New York, 2004b.
- 34 Whitehead 2003. Si veda anche: Randriamaro, Z., "The NEPAD, Gender and the Poverty Trap: The NEPAD and the Challenges of Financing for Development in Africa from a Gender Perspective", relazione presentata alla Conferenza su "Africa and the Development Challenges of the New Millennium", Accra, Ghana, 23-26 Aprile, 2002, Alternative Information and Development Center, Mowbray, Sud Africa, 2002.
- 35 The World Bank, *Gender in the PRSPs: A Stocktaking*, World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network, The World Bank, Washington, D.C., 2002. Citato in: Whitehead 2003.
- 36 Basato sui PRSP pubblicati nel 2003. Citato in: UNFPA, *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, UNFPA, New York, 2005a.
- 37 UNFPA, "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers", Population and Development Branch, Technical Support Division UNFPA, New York, 2003. Citato in: UNFPA 2005a.
- 38 UNFPA 2004.
- 39 UN Millennium Project 2005b, pag. 118.
- 40 Ibid., p.54.
- 41 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pag. 149, Task force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005d.
- 42 UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, rapporto al Segretario generale dell'ONU, Earthscan, Londra e Sterling, Virginia, 2005e.
- 43 UNFPA 2005a, pag. 58.
- 44 UNFPA, *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*, pag. 14, UNFPA, New York, 2005b.
- 45 Royal Government of Cambodia, *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*, Ministry of Women's Affairs, Royal Government of Cambodia, Phnom Penh, 2004.
- 46 Nel 2003, le spese militari a livello mondiale sono ammontate a 956 milioni di dollari. (Si veda: Stockholm International Peace Research Institute, *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, Oxford University Press, Oxford, 2004.) Una cifra di 950 milioni di dollari è citata in: Deen, T., "Battling Poverty or Wars?", IPS News Agency, 10 settembre 2004. Sito web: www.ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=25433, consultato il 9 luglio 2005.
- 47 Secondo l'Annesso statistico agli MDG delle Nazioni Unite, l'aiuto allo sviluppo totale per tutti i paesi in via di sviluppo nel 2003 è stato di 69 miliardi di dollari, di 58 miliardi nel 2002. Secondo i dati preliminari diffusi dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) nell'aprile 2005, l'aiuto pubblico allo sviluppo totale nel 2004 ammonta a 78,6 miliardi di dollari, il che indicherebbe un nuovo rialzo. Si veda: OCSE, "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge", OCSE, Parigi, 11 aprile 2005. Sito web: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, consultato il 5 luglio 2005.
- 48 UN Millennium Project 2005b, pag. 250.
- 49 L'International Finance Facility punta a raccogliere al più presto gran parte dei finanziamenti per l'attuazione degli MDG attraverso la vendita di obbligazioni sui mercati finanziari. Si veda: Suri, S., "Divisions in G-8 maggio Deepen over Africa", in *IPS UN Journal* 13(93), 23 maggio 2005; e "Brown and Chirac Propose New Ideas to Finance the Global Fund", Global Fund Observer Newsletter. Sito web: www.aidspan.org/gfo/archives/newsletter/GFO-Issue-39.pdf, consultato il 7 febbraio 2005.
- 50 "EU Debate Adds Fuel to Aid", in *IPS UN Journal* 13(28), 17 febbraio 2005; e UN Millennium Project 2005b, pag. 256.
- 51 I dati si riferiscono al 2003. Si veda: Commission per l'Africa, *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*, pag. 50, Commission for Africa, Londra, 2005. Si veda inoltre l'Indicatore 15 di: United Nations, "Annex: Millennium Development Goals: Targets and Indicators", in *Implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary-General (A/58/323)*, United Nations, New York, 2003b.
- 52 Commission for Africa 2005. L'obiettivo di destinare il 15 per cento del prodotto nazionale lordo alla sanità è stato adottato nel 2001 dall'Organizzazione per l'Unità Africana, "Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases," par. 26, African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, Abuja, Nigeria, 26-27 aprile 2001.
- 53 UN Millennium Project 2005e, pag. 17.
- 54 Ibid., Box 1, pag. 5.
- 55 Organization for Economic Co-operation and Development 11 aprile 2005. Si veda anche: Deen 10 settembre 2004.
- 56 Bianchi, S., "EU Proposes More Aid to Developing Nations: Belgium, France, Finland, Ireland, Spain and the United Kingdom have Set Timetables by or before 2015", in *IPS UN Journal* 13(66), 14 aprile 2005.
- 57 Gli stati membri dell'Unione Europea si sono impegnati a incrementare i contributi e a stabilire degli obiettivi di finanziamento intermedi: lo 0,51 per cento del reddito nazionale lordo entro il 2010 per i 15 stati più vecchi dell'UE, e lo 0,17 per cento per i nuovi membri. Si veda: Bianchi, 14 aprile 2005.
- 58 Dugger, C., "U.S. Challenged to Increase Aid to Africa", in *The New York Times*, 5 giugno 2005; e Bianchi, S., "EU to Increase Aid", InterPress Service New Agency, 24 maggio 2005. Sito web: http://ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=28801, consultato il 9 luglio 2005.
- 59 I rapporti sulle spese dei paesi in via di sviluppo comprendono tutti i fondi spesi per far fronte all'HIV/AIDS, in aggiunta alla serie di attività preliminari necessarie per stimare le richieste. Una larga fetta del totale è data da allocazioni in un piccolo numero di paesi molto grandi.
- 60 United Nations, *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (E/CN.9/2005/5)*, pag. 16, United Nations, New York, 2005c.
- 61 Ibid.
- 62 United Nations 2002, pagg. 53 e 60.
- 63 UNDP, *Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A Compact among Nations to End Human Poverty*, UNDP, New York, 2003.
- 64 Si veda anche il UN Global Compact del 2000, che invita le imprese internazionali a unirsi e sottoscrivere 10 principi guida essenziali sui diritti umani, i diritti dei lavoratori, la tutela dell'ambiente e la lotta alla corruzione, in: UN Millennium Project 2005b, pag. 142.
- 65 The World Bank, "Governance and Anti-corruption", The World Bank, Washington, D.C., n.d., sito web: www.worldbank.org/wbi/governance/, consultato il 27 giugno 2005.
- 66 UN Millennium Project 2005b, pagg. 99 e 201; e Stapp, K. 7 marzo 2005, "One Step Forward, Two Steps Back?", *IPS UN Journal* 13(39).
- 67 UN Millennium Project 2005c.
- 68 United Nations, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General (A/59/765)*, par. 41, United Nations, New York, 2005d.
- 69 UN Millennium Project 2005a.
- 70 Sachs, J. D., e J. W. McArthur. 2005. "The Millennium Project: A Plan for Meeting the Millennium Development Goals", *The Lancet* 365(9456): 347-353; e UN Millennium Project 2005b, pag. 133.
- 71 UN Millennium Project 2005b.
- 72 ILO, *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*, ILO, Ginevra, 2001; e "Little Corporate Response Seen in Tackling AIDS Threat", in *Population* 2005 7(1): 4.
- 73 United Nations, *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General (A/59/2005)*, par. 8, United Nations, New York, 2005e.
- 74 UN Millennium Project, "Fast Facts: Faces of Poverty", n.d., Sito web: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, consultato il 3 giugno 2005.

Fonti delle citazioni

CAPITOLO 1

pag. 1: UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, box 1.1 pag. 59, rapporto al Segretario Generale, 2005a.

CAPITOLO 2

pag. 9: Messaggio alla 5.a Conferenza sulla popolazione dell'Asia e del Pacifico, Conferenza regionale su Cairo+10, Bangkok, 11-17 dicembre 2002.

pag. 15: United Nations, *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), par. 354, 2005a.

pag. 17: "Declaration on Gender Equality in Africa", 3.a Sessione ordinaria, Assemblea dei capi di stato e di governo dei paesi membri dell'Unione Africana, Addis Ababa, Etiopia, 6-8 luglio 2004.

CAPITOLO 3

pag. 21: United Nations, "Empowerment of Women the Most Effective Development Tool" (SG/SM/9738), comunicato stampa in occasione della Commissione sulla condizione delle donne (CSW) del 2005, 28 febbraio 2005.

pag. 23: United Nations, *Resolution Adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55.2), par. 1.6., 2000.

pag. 25: United Nations, *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, para. 7.3., 1995.

pag. 27: "Demographics, HIV/AIDS and Reproductive Health: Implications for the Achievement of the MDGs", discorso pronunciato all'Overseas Development Institute, Londra, 2 febbraio 2005.

CAPITOLO 4

pag. 33: UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, box 5.5, pag. 82, rapporto al Segretario generale, 2005b.

pag. 34: Discorso di Dr. Nafis Sadik, Segretario generale della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, settembre 1994.

pag. 37: 14.a Conferenza internazionale sull'AIDS, Barcellona, luglio 2002.

pag. 41: UN Millennium Project, *Combating AIDS in the Developing World*, pag. 54, gruppo di lavoro sull'HIV/AIDS, Task Force su HIV/AIDS, malaria, TBC, e accesso ai farmaci essenziali, 2005c.

CAPITOLO 5

pag. 55: UNFPA, "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents", video, 2004.

CAPITOLO 6

pag. 57: United Nations 1995, par. 4.24.

pag. 60: Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL e UNFPA, "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua", bozza, 2005.

pag. 61: The Population Council, "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality", in *Quality/Calidad/Qualite*, n. 14, 2003.

CAPITOLO 7

pag. 65: United Nations, *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005), para. 15., 2005b.

pag. 66: "Uphold My Reproductive Rights: To be Born, To be Safe and To Choose with Dignity", Ministry of Health and Family Welfare, National Human Rights Commission, Government of India e UNFPA, New Delhi, 2005b.

pag. 67: UNICEF, *Young People Speaking Out*, 2001.

pag. 69: Erulkar, A. S., et al., *The Experience of Adolescence in Rural Amhara Region, Ethiopia*, pag. 19, The Population Council, UNICEF, Ministry of Youth Sports and Culture, e UNFPA, New York e Accra, Ghana, 2004.

CAPITOLO 8

pag. 75: "Women, War and Peace: Mobilising for Peace and Security in the 21st Century", The 2004 Dag Hammarskjöld Lecture, Uppsala, Svezia, 22 settembre, 2004

pag. 76: Discorso del Regno Unito su donne, pace e sicurezza, Incontro aperto sulla Risoluzione 1325 del Consiglio di sicurezza, 28 ottobre 2004.

pag. 81: Rehn, E., e E. Johnson Sirleaf, *Progress of the World's Women 2002*, vol. 1: *Women War Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacekeeping*, pag. 54, UNIFEM, New York, 2002.

CAPITOLO 9

pag. 85: United Nations 2005b, para. 40.

pag. 89: UN Millennium Project 2005b, pag. 78.

pag. 91: UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pag. 30, Task Force su istruzione e uguaglianza di genere, 2005d.

Fonti delle schede

CAPITOLO 1

2 UNFPA, *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*, Population and Development Strategies Series. No. 10, 2003; UNFPA, "Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights", "documento preparatorio per la Stockholm Round Table", 2005; UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Box 5.5, p. 82, rapporto al Segretario Generale dell'ONU, 2005; The World Bank, *Gender Equality and the Millennium Development Goals*, 2003a; e UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, 2005.

CAPITOLO 2

3 United Nations, *Human Security Now: Protecting and Empowering People*, 2003; Middleberg, M. I., *Promoting Reproductive Security in Developing Countries*, Kluwer Academic/Plenum, New York, 2003; e UN Millennium Project, "Fast Facts: Faces of Poverty", n.d., sito web: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, accessed June 3, 2005.

5 Bruce, J., C. Lloyd, e A. Leonard, *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, pag. 13 e 15, The Population Council, New York, 1995; UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pag. 11, 13, e 89, Task Force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, 2005; Diaz-Munoz, A. R., e E. Jelin, "Major Trends Affecting Families: South America in Perspective", 2003, relazione per United Nations Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development Programme on the Family; UNFPA, "The Older Years", n.d., sito web: www.unfpa.org/intercenter/cycle/older.htm, consultato il 9 maggio 2005; e The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 25 e 66, 2001.

CAPITOLO 3

6 Jonsson, U., *Human Rights Approach to Development Programming*, UNICEF, Nairobi, 2003.

8 Cruz, V. A., e A. E. Badilla, *VIH/SIDA y Derechos Humanos: de las limitaciones a los desafíos. Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, ONUSIDA, UNFPA, Organización Internacional del Trabajo, 2005.

9 Adattato da: UNFPA, *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*, 2004.

CAPITOLO 4

12 Starrs, A., e P. Ten Hoop-Bender, "Dying for Life", pag. 78-81, 2004, in: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now*, a cura della campagna Countdown 2015, Family Care International, International Planned Parenthood Federation e Population Action International, New York, Londra, e Washington, D.C., 2004; Caro, D. A., S. F.

Murray, e P. Putney, "Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program", A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation to the Columbia University Mailman School of Public Health", *Cultural Practice*, Silver Spring, Maryland, 2004; Bruce, J., et al., *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, The Population Council, New York, 1995; The World Bank, *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, 2001; WHO, UNICEF e UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, 2004; UNFPA, *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*, 2004; Population Services International, *Giving Families More Room to Breathe: Voluntary Birth Spacing Provides Health, Economic and Social Benefits*, Population Services International, Washington, D.C., 2004; e Rutstein, S. O., "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl. 1): S7-S24, 2005. Nel giugno 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha intrapreso una revisione dell'intervallo raccomandato tra una gravidanza e la successiva.

13 UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, 2004; UNAIDS in: UNFPA, "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention", in *HIV Prevention Now: Programme Briefs*, n. 4, 2002; UNAIDS, "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge", Geneva, UNAIDS, 2004; UNAIDS e WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2004* (UNAIDS/04.45E), 2004; Luke, N., e K. Kurtz, *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*, Population Services International e International Center for Research on Women, Washington, D.C., 2002; A Mother's Promise Campaign, *A Mother's Promise the World Must Keep: The 10th Anniversary of the Cairo Consensus*, Communications Consortium Media Center, Washington, D.C., 2003; UNAIDS, *UNAIDS Resource Packet on Gender and AIDS*, 2001. Citato in: "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention", in UNFPA, *HIV Prevention Now: Programme Briefs*, n. 4, 2002; UNAIDS, *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes* (UNAIDS/99.16E), UNAIDS Best Practice Collection, Key Material, 1999; UNIFEM, "Women's Human Rights: Gender and HIV/AIDS", 2002; Sternberg, S., "In India, Sex Trade Fuels HIV's Spread: Women Trapped as Male-dominated Economy Booms", in *USA Today*, 23 febbraio 2005; International Community of Women Living with HIV/AIDS, *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*, 2004; e UN Millennium Project, *Combating AIDS in the Developing World*, p. 54, Task Force su HIV/AIDS, malaria, TBC, e accesso ai farmaci essenziali, 2005; Commission on Human Rights, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2005/72), par. 33, 2005; e Blanc, A. K., et al., *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*, Macro International Inc. e ISAE Makerere University, Calverton, Maryland, 1996.

15 Boender, C. et al., *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating A Gender Focus*

into Programs Makes a Difference to Outcomes, rapporto dell'Interagency Gender Working Group Task Force, Interagency Gender Working Group, Washington, D.C., 2004; Yinger, N., *Unmet Need for Family Planning: Reflecting Women's Perceptions*, pag. 9, 14 e 17, rapporto di ricerca dell'ICRW, International Center for Research on Women, Washington, D.C., 1998; Alan Guttmacher Institute, *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*, 2003; Zlider, V. M., et al., "New Survey Findings: The Reproductive Revolution Continues", in *Population Reports*, serie M, n. 17, the INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 2003; e Barnett, B., e J. Stein, *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, p. 101, Family Health International, Research Triangle Park, North Carolina, 1998; e Stanback, J., e K. A. Twum-Baah, "Why do Family Planning Providers Restrict Access to Services: An Examination in Ghana" in *International Family Planning Perspectives* 27(1): 37-41, 2001.

CAPITOLO 5

- 19 Family Care International, *A Better Future for Rural Girls: Manager's Briefing Kit*, 2005.
- 22 "The Executive Summary of the Lancet Neonatal Survival Series", sito web: www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEONATAL/The_Lancet/Executive_Summary.pdf, consultato il 18 luglio 2005; Countdown 2015, *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now?*, Family Care International, International Planned Parenthood Federation, e Population Action International New York, Londra, e Washington, D.C., 2004; United Nations, *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General (A/S-27/3)*, 2001; UN Millennium Project, *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, p. 76, Task Force sulla salute materna e infantile, 2005; e Action Canada for Population and Development, *Why Invest in Sexual and Reproductive Health and Rights?*, 2004. Sito web: www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/SRRRe-sources/articleID/123, consultato il 18 luglio 2005.
- 24 Luke, N., "Confronting the 'Sugar Daddy' Stereotype: Age and Economic Asymmetries and Risky Sexual Behavior in Urban Kenya", in *International Family Planning Perspectives* 31(1): 6-14, 2005; Luke, N., e K. M. Kurtz, *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*, Population Services International e International Center for Research on Women, Washington, D.C., 2002; e Fitzgerald, D. W., et al., "Economic Hardship and Sexually Transmitted Diseases in Haiti's Rural Artibonite Valley", in *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 62(4): 496-501, 2000.

CAPITOLO 6

- 26 Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL e UNFPA. "Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica", bozza di sintesi, 2005a; e "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua", bozza. Un'attenzione particolare all'istruzione nel contesto della paternità e dell'uguaglianza

di genere si trova anche in: CEPAL, *Paternidad Responsable en el Istmo centroamericano (LC/MEX/L.475/Rev.1)*, 2002.

- 27 Greene, M. E., et al., "Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development", relazione per il Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio, in corso di pubblicazione; Government of Cambodia, "Policy on Women, the Girl Child, and STI/HIV/AIDS", Ministry of Women's and Veterans' Affairs, Phnom Penh, 2003; Baker, G., et al., "Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations", bozza finale, documento preparato per la Banca Mondiale, 2003; James, B., *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*, rapporto preparato per il ministero della Condizione femminile della Nuova Zelanda, Wellington, Nuova Zelanda, 2002; CEPAL, *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*, 2002; Socialist Republic of Viet Nam, "The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy", Hanoi, 2002; Ministry of Health, Republic of Botswana. "Botswana Family Planning General Policy Guidelines and Services Standards", Maternal and Child Health/Family Planning, Department of Primary Health Care, Ministry of Health, Gaborone, 1994; Deven, F., e P. Moss, "Leave Arrangements for Parents: Overview and Future Outlook", *Community, Work and Family* 5(3): 237-255, 2002; e O'Brien, M., *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*, EOC Working Paper Series n. 18, Equal Opportunities Commission For Jamaica, Manchester, United Kingdom, 2004. Si veda: www.moec.gov.jm/youth/YouthPolicy.pdf, consultato il 28 aprile 2005. Per il Costa Rica, si veda: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/naci.htm>, consultato il 18 settembre 2004.

CAPITOLO 7

- 28 United Nations, *48/104: Declaration on the Elimination of Violence Against Women (A/RES/48/104)*, 1993; e United Nations, *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995 (DPI/1766/Wom)*, par. 114-116, 1996.
- 29 UNFPA, *Workshop Report: Integrating Socio-Cultural Research into Population and Reproductive Health Programmes*, Country Technical Services Team for South and West Asia, UNFPA, Kathmandu, Nepal, 2001; UNFPA, e Department of Women and Child Development, Government of Haryana, India, *Jagriti: Rural Women Transforming their Lives*, UNFPA, New Delhi, 2003; UNFPA, *China: Sex Ratio: Facts and Figures*, brochure, 2004; UNFPA, Office of the Registrar General and Census Commissioner, e Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India*, brochure, 2003; UNFPA, "The Missing Girls of India", in *Dispatches*, n. 59, 2003; UNFPA, *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*, 1999; UNICEF, "China: The Children: Protection", n.d., sito web: www.unicef.org/china/children_1142.html, consultato il 14 luglio 2005; UNFPA, "Population Issues: India: Restoring the Sex Ratio Balance", n.d., sito web: www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, consultato il 18 giugno 2005; e UNFPA, UNFPA *Global Population Policy Update*, vol. 1, 2003.

- 31 La campagna è stata coordinata dall'UNDP e dall'UNIFEM in collaborazione con l'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, l'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, e la

Commissione economica per l'America Latina e i Caraibi. Si vedano i siti web: www.undp.org/rclac/gender e www.paho.org. Il "Symposium 2001: Gender Violence, Health and Rights in the Americas", 4-7 giugno 2001, è stato patrocinato da Pan American Health Organization/WHO, UNIFEM, UNFPA, UNDP, UNICEF, Commissione inter-americana sulle donne dell'Organizzazione degli stati americani, Rete femminista contro la violenza sessuale e domestica dell'America Latina e dei Caraibi (ISIS International), Rete per la salute delle donne dell'America Latina e dei Caraibi e dal Center for Research in Women's Health, un centro che collabora con l'OMS in Canada. Sito web: www.paho.org/english/hdp/hdw/Symposium2001FinalReport.pdf, consultato il 19 luglio 2005.

CAPITOLO 8

- 33 UN Millennium Project, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, Task Force sull'istruzione e l'uguaglianza di genere, 2005; UNIFEM, the World Bank, the Asian Development Bank, UNDP, e Department for International Development of the United Kingdom, "A Fair Share for Women: Cambodia Gender Assessment", Phnom Penh, 2004; McGrew, L., *Good Governance from the Ground Up: Women's Roles in Post-Conflict Cambodia*, Hunt Alternatives Fund, Washington, D.C., 2004; e Royal Government of Cambodia, *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*, Ministry of Women's Affairs, Phnom Penh, 2004.
- 34 Powley, E., e S. N. Anderlini, "Democracy and Governance", pag. 38", pag. 36-47, in *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, a cura di International Alert e Women Waging Peace, Hunt Alternatives Fund e International Alert, Washington, D.C. e Londra, 2004; Inter-Parliamentary Union, "Women in National Parliaments: World Classification", 2005. Situation al 30 aprile 2005. Sito web: www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, consultato il 3 luglio 2005; e Powley, E., "Strengthening Governance: The Role of Women in Rwanda's Transition", Hunt Alternatives Fund, Washington, D.C., 2003.

CAPITOLO 9

- 38 Boender, C., et al., *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programs Makes a Difference to Reproductive Health Outcomes?*, 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 per 1.000 donne età 15-19	Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo	Metodi moderni	Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F
Totale mondiale	55	63.7 / 68.2						56	61	54	
Regioni sviluppate (*)	8	72.2 / 79.6						26	69	55	
Regioni in via di sviluppo (+)	60	62.3 / 65.8						61	59	54	
Paesi meno avanzati di tutti (‡)	94	50.8 / 52.7						119			
AFRICA (1)	91	48.8 / 50.3						109	27	20	
AFRICA ORIENTALE	89	46.1 / 47.0						108	22	17	
Burundi	102	43.5 / 45.5	1,000	86 / 69	66 / 70	13 / 9	33 / 48	50	16	10	5.2 / 6.8
Eritrea	61	52.8 / 56.6	630	70 / 57	90 / 82	34 / 22		93	8	5	2.3 / 3.0
Etiopia	95	47.1 / 49.0	850	79 / 61	63 / 60	28 / 16	51 / 66	89	8	6	3.8 / 5.0
Kenya	65	49.5 / 47.8	1,000	95 / 90	61 / 57	34 / 32	22 / 30	96	39	32	4.6 / 8.9
Madagascar	75	54.5 / 57.0	550	122 / 117	52 / 53	15 / 14	24 / 35	122	27	17	1.4 / 1.9
Malawi	107	40.6 / 40.1	1,800	143 / 137	50 / 38	38 / 29	25 / 46	157	31	26	12.4 / 16.0
Mauritius (2)	14	69.2 / 76.0	24	103 / 104	98 / 100	81 / 81	12 / 19	32	75	49	
Mozambico	96	41.3 / 42.3	1,000	114 / 93	53 / 45	19 / 13	38 / 69	102	6	5	10.6 / 13.8
Ruanda	114	42.5 / 45.7	1,400	122 / 122	45 / 48	18 / 15	30 / 41	47	13	4	4.4 / 5.7
Somalia	120	46.3 / 48.7	1,100					69			
Tanzania, Repubblica Unita di	104	45.9 / 46.6	1,500	99 / 95	86 / 90	6 / 5	23 / 38	108	25	17	7.6 / 9.9
Uganda	79	48.8 / 50.0	880	142 / 140	63 / 64	22 / 18	21 / 41	207	23	18	3.7 / 4.9
Zambia	92	38.7 / 37.7	750	85 / 79	83 / 78	31 / 25	24 / 40	128	34	23	14.1 / 18.9
Zimbabwe	61	37.9 / 36.6	1,100	94 / 92		38 / 35	6 / 14	91	54	50	21.0 / 28.4
AFRICA CENTRALE (3)	113	42.9 / 45.0						184	23	5	
Angola	134	39.9 / 42.8	1,700	80 / 69		21 / 17	18 / 46	141	6	5	3.4 / 4.4
Camerun	93	45.4 / 46.6	730	116 / 99	64 / 64	34 / 29	23 / 40	112	19	7	6.0 / 7.9
Centrafricana, Repubblica	96	38.7 / 40.2	1,100	78 / 53	24 / 22	17 / 7	35 / 67	124	28	7	11.9 / 15.1
Ciad	114	42.9 / 45.1	1,100	95 / 61	67 / 51	22 / 7	59 / 87	192	8	2	4.2 / 5.4
Congo, Repubblica del	70	51.4 / 54.0	510	83 / 78	65 / 67	37 / 27	11 / 23	145			4.3 / 5.6
Congo, Repubblica Democratica del (4)	115	42.9 / 44.9	990	52 / 47	59 / 50	24 / 13	20 / 48	226	31	4	3.7 / 4.8
Gabon	54	53.4 / 54.5	420	133 / 132	68 / 71	49 / 42		105	33	12	7.1 / 9.1
AFRICA DEL NORD (5)	41	65.8 / 69.7						32	49	43	
Algeria	34	70.3 / 73.0	140	113 / 105	97 / 98	77 / 83	21 / 40	8	64	50	0.1 / <0.1
Egitto	33	68.2 / 72.7	84	100 / 95	96 / 100	88 / 82	33 / 56	42	60	57	0.1 / <0.1
Libia, Jamahiriya Araba di	18	72.0 / 76.6	97	114 / 114		102 / 108	9 / 29	8	45	26	
Marocco	35	68.1 / 72.5	220	115 / 104	82 / 80	49 / 41	37 / 62	24	50	42	
Sudan	69	55.2 / 58.0	590	65 / 56	81 / 88	39 / 32	31 / 50	51	10	7	1.9 / 2.6
Tunisia	21	71.6 / 75.8	120	113 / 109	96 / 97	75 / 81	17 / 35	7	63	53	<0.1 / <0.1
AFRICA AUSTRALE	42	44.6 / 46.0						64	53	51	
Botswana	47	35.5 / 34.9	100	103 / 103	85 / 91	71 / 75	24 / 19	75	40	39	31.7 / 43.1
Lesotho	63	34.6 / 36.2	550	126 / 127	66 / 81	30 / 39	26 / 10	37	30	30	25.4 / 32.4
Namibia	40	47.2 / 47.2	300	105 / 106	92 / 93	59 / 66	13 / 17	52	29	26	18.4 / 24.2
Sud Africa	41	45.7 / 47.4	230	108 / 104	65 / 64	85 / 91	16 / 19	66	56	55	18.1 / 23.5
Swaziland	68	31.6 / 31.3	370	102 / 94	77 / 69	45 / 46	20 / 22	36	28	26	35.7 / 41.7
AFRICA OCCIDENTALE (6)	111	46.4 / 47.3						141	13	8	
Benin	101	54.0 / 55.6	850	127 / 92	70 / 66	38 / 17	54 / 77	128	19	7	1.7 / 2.1
Burkina Faso	119	47.6 / 49.1	1,000	53 / 39	65 / 68	14 / 9	82 / 92	158	14	9	3.6 / 4.8
Costa d'Avorio	116	45.4 / 46.9	690	86 / 69	73 / 65	30 / 16	40 / 62	120	15	7	6.0 / 8.1
Gambia	72	55.2 / 58.0	540	86 / 84		41 / 28		118	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 per 1.000 donne età 15-19	Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo	Metodi moderni	Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F
Ghana	59	56.9 / 57.8	540	87 / 79	62 / 65	47 / 38	37 / 54	63	25	19	2.6 / 3.5
Guinea	101	53.7 / 54.2	740	92 / 71	64 / 48	33 / 15		189	6	4	2.7 / 3.7
Guinea-Bissau	115	43.7 / 46.5	1,100	84 / 56	41 / 34	23 / 13		193	8	4	
Liberia	137	41.6 / 43.3	760	122 / 89		40 / 28	28 / 61	223	6	6	5.1 / 6.7
Mali	130	47.8 / 49.1	1,200	66 / 51	78 / 71	25 / 14	73 / 88	199	8	6	1.6 / 2.2
Mauritania	92	51.9 / 55.1	1,000	89 / 87	61 / 60	25 / 20	41 / 57	98	8	5	0.6 / 0.7
Niger	149	44.8 / 44.9	1,600	51 / 36	71 / 67	8 / 6	80 / 91	258	14	4	1.0 / 1.4
Nigeria	111	43.6 / 43.9	800	132 / 107	64 / 67	40 / 33	26 / 41	140	13	8	4.6 / 6.2
Senegal	80	55.1 / 57.6	690	83 / 77	83 / 77	23 / 16	49 / 71	81	11	8	0.7 / 0.9
Sierra Leone	162	39.9 / 42.7	2,000	93 / 65		31 / 22	60 / 80	176	4	4	
Togo	90	53.2 / 56.8	570	132 / 110	73 / 64	51 / 22	32 / 62	97	26	9	3.6 / 4.7
ASIA	51	66.1 / 70.0						43	64	59	
ASIA ORIENTALE (7)	30	71.1 / 75.4						5	82	81	
Cina	33	70.3 / 73.9	56	115 / 115	100 / 98	71 / 69	5 / 14	5	84	83	0.2 / 0.1
Corea, Repubblica di	4	73.8 / 81.2	20	106 / 105	100 / 100	90 / 91		4	81	67	0.1 / <0.1
Corea, Repubblica Popolare Democratica di	43	60.9 / 66.8	67					2	62	53	
Giappone	3	78.7 / 85.8	10 ^a	100 / 101	100 / 100	102 / 102		4	56	51	<0.1 / <0.1
Hong Kong, Reg. Amm. Spec., Cina (8)	4	78.9 / 84.9		107 / 106	100 / 99	79 / 81		5	86	80	0.1 / 0.1
Mongolia	55	62.9 / 66.9	110	100 / 102		78 / 90	2 / 3	53	67	54	<0.1 / <0.1
ASIA SUDORIENTALE	37	65.9 / 70.4						40	60	51	
Cambogia	91	53.4 / 60.5	450	130 / 117	60 / 62	31 / 20	15 / 36	47	24	19	3.7 / 1.6
Filippine	26	68.8 / 73.1	200	113 / 112	72 / 80	80 / 88	8 / 7	36	49	33	<0.1 / <0.1
Indonesia	38	65.8 / 69.5	230	113 / 111	88 / 90	61 / 60	8 / 17	54	60	57	0.2 / <0.1
Laos, Repubblica Popolare Democratica	84	54.3 / 56.8	650	124 / 108	64 / 65	50 / 37	23 / 39	88	32	29	0.1 / <0.1
Malesia	10	71.4 / 76.0	41	93 / 93	87 / 87	67 / 74	8 / 15	18	55	30	0.7 / 0.1
Myanmar	71	58.1 / 63.9	360	92 / 92	64 / 66	40 / 38	6 / 14	19	37	33	1.6 / 0.7
Singapore	3	77.1 / 80.9	30	106 / 102	100 / 100	71 / 66	3 / 11	6	62	53	0.4 / 0.1
Tailandia	18	67.3 / 74.3	44	99 / 95	92 / 96	77 / 77	5 / 10	48	72	70	2.0 / 1.1
Vietnam	28	69.1 / 73.1	130	105 / 97	87 / 87	75 / 70	6 / 13	19	79	57	0.7 / 0.3
ASIA CENTRO-MERIDIONALE	65	62.4 / 65.4						72	48	41	
Afghanistan	145	46.6 / 47.1	1,900	120 / 63		24 / -		123	5	4	
Bangladesh	54	62.8 / 64.6	380	94 / 98	49 / 59	45 / 50	50 / 69	120	58	47	
Bhutan	52	62.6 / 65.0	420		89 / 93			33	19	19	
India	64	62.4 / 65.7	540	113 / 106	60 / 64	59 / 47	27 / 52	72	48	43	1.2 / 0.6
Iran, Repubblica Islamica di	31	69.5 / 72.6	76	93 / 90	94 / 94	80 / 75	17 / 30	20	73	56	0.1 / <0.1
Nepal	60	62.0 / 62.9	740	126 / 112	63 / 67	50 / 39	37 / 65	113	39	35	0.1 / <0.1
Pakistan	75	63.6 / 64.0	500	80 / 57		26 / 19	38 / 65	69	28	20	0.2 / <0.1
Sri Lanka	16	72.0 / 77.3	92	111 / 110	98 / 99	84 / 89	8 / 11	19	70	50	0.0 / <0.1
ASIA OCCIDENTALE	45	66.5 / 70.7						43	47	28	
Arabia Saudita	21	70.5 / 74.4	23	68 / 65	92 / 91	70 / 63	13 / 31	33	32	29	
Emirati Arabi Uniti	8	76.8 / 81.4	54	98 / 95	93 / 93	78 / 80	24 / 19	20	28	24	
Giordania	21	70.4 / 73.5	41	99 / 100	97 / 98	85 / 87	5 / 15	26	56	41	
Iraq	88	58.4 / 61.5	250	120 / 100	67 / 63	50 / 35		40	14	10	
Israele	5	78.0 / 82.1	17	112 / 112	86 / 85	94 / 92	2 / 4	15	68	52	
Kuwait	10	75.5 / 79.8	5	93 / 94		87 / 92	15 / 19	24	50	41	
Libano	21	70.3 / 74.7	150	106 / 102	90 / 94	76 / 83		26	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 per 1.000 donne età 15-19	Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo	Metodi moderni	Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F
Oman	15	73.2 / 76.2	87	82 / 80	98 / 98	82 / 79	18 / 35	46	24	18	0.2 / 0.1
Siria, Repubblica Araba di	17	71.9 / 75.6	160	118 / 112	91 / 92	50 / 46	9 / 26	33	40	28	<0.1 / <0.1
Territori occupati di Palestina/Autorità Palestinese	19	71.3 / 74.4	100	99 / 99		85 / 91	4 / 13	85			
Turchia (10)	39	66.9 / 71.5	70	95 / 88	98 / 97	90 / 67	4 / 19	41	64	38	
Yemen	64	60.2 / 62.9	570	98 / 68	80 / 71	65 / 29	31 / 72	92	21	10	
STATI ARABI (11)	48	65.8 / 69.2	252	99 / 89	87 / 88	67 / 60	25 / 47	42	40	34	0.43 / 0.55
EUROPA	9	69.9 / 78.2						19	67	49	
EUROPA ORIENTALE	14	62.5 / 73.7						27	61	35	
Bulgaria	13	69.3 / 75.9	32	101 / 99	91 / 90	100 / 97	1 / 2	44	42	26	
Polonia	8	70.7 / 78.7	13	100 / 99	89 / 96	91 / 87		15	49	19	
Repubblica Ceca	5	72.6 / 79.0	9	103 / 101	97 / 98	96 / 98		12	72	63	0.1 / <0.1
Romania	17	68.2 / 75.3	49	100 / 98		84 / 85	2 / 4	34	64	30	
Slovacchia	7	70.5 / 78.3	3	102 / 100		91 / 92	0 / 0	20	74	41	
Ungheria	8	69.1 / 77.2	16	101 / 100	77 / 98	106 / 106	1 / 1	21	77	68	
EUROPA DEL NORD (12)	5	75.6 / 80.8						20	79	75	
Danimarca	5	75.1 / 79.7	5	104 / 104	100 / 100	126 / 132		7	78	72	0.3 / 0.1
Estonia	9	66.2 / 77.4	63	103 / 99	98 / 99	95 / 98	0 / 0	24	70	56	1.4 / 0.7
Finlandia	4	75.5 / 82.0	6	102 / 102	100 / 100	122 / 135		10	77	75	0.1 / <0.1
Irlanda	5	75.5 / 80.7	5	106 / 106	98 / 100	102 / 112		14			0.2 / 0.1
Lettonia	10	66.4 / 77.3	42	95 / 93		95 / 95	0 / 0	18	48	39	0.8 / 0.4
Lituania	9	67.2 / 78.2	13	99 / 98		103 / 102	0 / 0	21	47	31	0.1 / 0.0
Norvegia	4	77.3 / 82.2	16	101 / 101	100 / 99	113 / 116		10	74	69	0.1 / 0.0
Regno Unito	5	76.3 / 80.9	13	100 / 100		159 / 199		26	84	81	0.2 / 0.0
Svezia	3	78.2 / 82.7	2	109 / 112	100 / 100	127 / 151		7	78	72	0.1 / 0.0
EUROPA DEL SUD (13)	7	75.5 / 81.9						12	68	46	
Albania	24	71.3 / 77.0	55	105 / 102		81 / 81	1 / 2	16	75	8	
Bosnia e Herzegovina	13	71.7 / 77.1	31				2 / 9	23	48	16	
Croazia	7	71.8 / 78.8	8	97 / 96		89 / 91	1 / 3	15			
Grecia	6	75.8 / 81.1	9	101 / 101	100 / 100	98 / 97	6 / 12	9			0.3 / 0.1
Italia	5	77.2 / 83.3	5	102 / 101	96 / 97	100 / 99		7	60	39	0.7 / 0.3
Macedonia, ex Repubblica di Jugoslavia	15	71.6 / 76.6	23	96 / 97		86 / 84	2 / 6	24			
Portogallo	5	74.2 / 80.8	5	118 / 112		108 / 118		19	66	33	0.7 / 0.2
Serbia e Montenegro	12	71.3 / 76.0	11	98 / 98		88 / 89	1 / 6	24	58	33	0.3 / 0.1
Slovenia	5	73.0 / 80.3	17	108 / 107		110 / 109	0 / 0	6	74	59	
Spagna	4	76.2 / 83.5	4	109 / 107		114 / 121		10	81	67	1.0 / 0.3
EUROPA OCCIDENTALE (14)	4	76.1 / 82.3						9	74	71	
Austria	5	76.4 / 82.1	4	103 / 103		102 / 98		13	51	47	0.4 / 0.1
Belgio	4	76.1 / 82.3	10	106 / 105	90 / 92	153 / 169		8	78	74	0.3 / 0.1
Francia	4	76.2 / 83.2	17	105 / 104	98 / 98	108 / 110		8	75	69	0.6 / 0.2
Germania	4	76.0 / 81.8	8	100 / 99		101 / 99		10	75	72	0.2 / 0.0
Paesi Bassi	4	75.9 / 81.3	16	109 / 107	100 / 100	123 / 121		5	79	76	0.4 / 0.1
Svizzera	4	77.9 / 83.5	7	108 / 107		101 / 95		5	82	78	0.5 / 0.2
AMERICA LATINA E CARAIBI	24	69.0 / 75.5						78	71	62	
CARAIBI (15)	32	65.8 / 70.4						65	62	58	
Cuba	5	76.1 / 79.7	33	100 / 96	98 / 98	94 / 92	3 / 3	50	73	72	0.1 / <0.1
Giamaica	15	69.2 / 72.6	87	100 / 100	88 / 93	83 / 85	16 / 9	78	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 per 1.000 donne età 15-19	Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo	Metodi moderni	Diffusione AIDS (%) (15-49) M/F
Haiti	59	51.7 / 53.1	680	49 / 46		21 / 20	46 / 50	61	27	21	4.8 / 6.4
Porto Rico	10	72.1 / 80.8	25				6 / 6	55	78	68	
Repubblica Dominicana	32	64.6 / 71.6	150	123 / 126	56 / 75	53 / 65	12 / 13	91	70	66	2.5 / 0.9
Trinidad e Tobago	13	67.3 / 72.8	160	101 / 99	67 / 76	79 / 86	1 / 2	36	38	33	3.2 / 3.2
AMERICA CENTRALE	22	71.6 / 76.7						77	64	55	
Costa Rica	10	76.1 / 80.9	43	109 / 107	90 / 93	64 / 69	4 / 4	75	80		0.8 / 0.4
El Salvador	24	68.2 / 74.3	150	116 / 109	67 / 71	59 / 59	18 / 23	84	67		0.9 / 0.5
Guatemala	35	64.1 / 71.5	240	110 / 102	67 / 64	44 / 41	25 / 37	111	43	34	1.3 / 1.0
Honduras	30	66.4 / 70.5	110	105 / 107			20 / 20	98	62	51	1.7 / 2.0
Messico	19	73.1 / 78.0	83	111 / 110	92 / 94	76 / 83	8 / 11	67	68	60	0.3 / 0.2
Nicaragua	28	67.9 / 72.7	230	109 / 108	63 / 67	56 / 66	23 / 23	119	69	66	0.3 / 0.1
Panama	19	72.6 / 77.8	160	114 / 110	89 / 91	68 / 73	8 / 9	86	58	54	1.1 / 0.8
AMERICA DEL SUD (16)	24	68.5 / 75.6						80	75	65	
Argentina	14	71.1 / 78.6	82	120 / 119	91 / 93	97 / 103	3 / 3	59			1.1 / 0.3
Bolivia	51	62.6 / 66.8	420	116 / 115	85 / 84	88 / 85	7 / 20	81	53	27	0.1 / 0.1
Brasile	25	67.3 / 75.1	260	151 / 143		105 / 115	12 / 11	90	77	70	0.8 / 0.5
Cile	8	75.1 / 81.2	31	99 / 97	100 / 98	91 / 92	4 / 4	61			0.4 / 0.2
Colombia	24	69.8 / 75.8	130	111 / 110	66 / 73	67 / 74	6 / 5	77	77	64	1.0 / 0.5
Ecuador	23	71.7 / 77.6	130	117 / 117	74 / 75	59 / 60	8 / 10	84	66	50	0.4 / 0.2
Paraguay	36	69.1 / 73.7	170	112 / 108	68 / 71	64 / 66	7 / 10	64	73	61	0.7 / 0.3
Perù	31	68.0 / 73.2	410	119 / 118	85 / 83	93 / 87	7 / 18	53	69	50	0.7 / 0.4
Uruguay	13	72.1 / 79.4	27	110 / 108	91 / 95	99 / 112	3 / 2	70			0.4 / 0.2
Venezuela	17	70.4 / 76.3	96	105 / 103	82 / 87	65 / 75	7 / 7	91	49	38	0.9 / 0.5
AMERICA DEL NORD (17)	7	75.2 / 80.5						47	76	71	
Canada	5	77.8 / 82.7	6	101 / 102	95 / 99	106 / 105		14	75	73	0.5 / 0.2
Stati Uniti d'America	7	74.9 / 80.3	17	98 / 98		94 / 94		50	76	71	1.0 / 0.3
OCEANIA	27	72.4 / 76.7						29	62	57	
AUSTRALIA-NUOVA ZELANDA	5	77.9 / 82.9						17	76	72	
Australia (18)	5	78.0 / 83.1	8	104 / 104	99 / 100	156 / 152		15	76	72	0.2 / <0.1
Melanesia (19)	59	57.9 / 59.6						54			
Nuova Zelanda	5	77.2 / 81.6	7	102 / 101	91 / 93	109 / 116		24	75	72	0.1 / <0.1
Papua Nuova Guinea	67	55.6 / 56.8	300	77 / 69	52 / 50	27 / 21	37 / 49	58	26	20	0.8 / 0.4
PAESI IN TRANSIZIONE (EX USSR) (20)											
Armenia	30	68.2 / 74.9	55	100 / 97		86 / 88	0 / 1	30	61	22	0.1 / 0.1
Azerbaijan	74	63.5 / 70.8	94	94 / 91		84 / 81	1 / 2	31	55	12	
Bielorussia	15	62.8 / 74.3	35	103 / 101		90 / 92	0 / 1	27	50	42	
Federazione Russa	16	58.9 / 72.0	67	118 / 118		91 / 96	0 / 1	29	73	53	1.5 / 0.8
Georgia	40	66.8 / 74.5	32	91 / 90		80 / 80		33	41	20	0.3 / 0.1
Kazakhstan	60	58.2 / 69.4	210	102 / 101		92 / 92	0 / 1	29	66	53	0.2 / 0.1
Kirghizistan	53	63.1 / 71.5	110	102 / 100		92 / 92	1 / 2	33	60	49	0.1 / <0.1
Moldava, Repubblica	24	64.9 / 72.1	36	86 / 86		72 / 75	3 / 5	31	62	43	
Tagikistan	87	61.3 / 66.7	100	114 / 108		94 / 78	0 / 1	30	34	27	
Turkmenistan	77	58.6 / 67.1	31				1 / 2	17	62	53	
Ucraina	15	60.4 / 72.5	35	93 / 93		97 / 96	0 / 1	29	68	38	1.8 / 0.9
Uzbekistan	57	63.6 / 70.1	24	103 / 102		97 / 94	0 / 1	36	68	63	0.1 / 0.1

	Totale popolazione (milioni) (2005)	Popolazione prevista (milioni) (2050)	Tasso medio accr. pop (%) (2005)	% popolazione urbana (2003)	% accr. pop urbano (2000-2005)	Popolazione per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti	N. medio di figli per donna (2005)	% nascite con personale qualificato	Reddito nazionale lordo pro capite \$PPP (2003)	Spesa pubblica per istruzione primaria (% del PNL pro capite)	Spesa sanitaria pubblica (% del PNL pro capite)	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	6,464.7	9,075.9	1.2	48	2.1		2.60	62	8,180			(4,686,000)	83 / 81	1,699	83
Regioni sviluppate (*)	1,211.3	1,236.2	0.3	75	0.5		1.57						10 / 9		
Regioni in via di sviluppo (+)	5,253.5	7,839.7	1.4	42	2.8		2.82						91 / 89		
Paesi meno avanzati di tutti (‡)	759.4	1,735.4	2.4	27	4.3		4.86	32	1,330				160 / 149	297	58
AFRICA (1)	905.9	1,937.0	2.1	39	3.6		4.83					1,195,052²¹	160 / 148		
AFRICA ORIENTALE	287.7	678.7	2.4	26	4.3		5.41						159 / 144		
Burundi	7.5	25.8	3.4	10	6.5	4.4	6.80	25	620	12.5	0.6	2,960	191 / 169		79
Eritrea	4.4	11.2	3.7	20	5.8	6.1	5.29	28	1,110	11.8	3.2	8,183	91 / 84		57
Etiopia	77.4	170.2	2.4	16	4.1	5.3	5.65	6	710		2.6	68,629	172 / 157	297	22
Kenya	34.3	83.1	2.4	39	4.4	4.6	4.98	41	1,020		2.2	70,577	120 / 105	489	62
Madagascar	18.6	43.5	2.7	27	3.6	3.5	5.15	46	800	8.2	1.2	16,043	130 / 119		45
Malawi	12.9	29.5	2.2	16	4.6	3.7	5.89	61	600		4.0	68,418	181 / 171		67
Mauritius (2)	1.2	1.5	0.9	43	1.5	1.2	1.96	99	11,260	9.0	2.2	139	19 / 15		100
Mozambico	19.8	37.6	1.9	36	5.1	3.2	5.31	48	1,070		4.1	68,671	180 / 164	436	42
Ruanda	9.0	18.2	2.3	18	11.6	5.4	5.45	31	1,290	6.9	3.1	24,016	202 / 178		73
Somalia	8.2	21.3	3.1	35	5.7	6.2	6.24	34			1.2	3,240	204 / 194		29
Tanzania, Repubblica Unita di	38.3	66.8	1.9	35	4.9	5.5	4.74	36	610		2.7	64,268	170 / 155	408	73
Uganda	28.8	126.9	3.5	12	3.9	2.7	7.10	39	1,440		2.1	61,945	140 / 127		56
Zambia	11.7	22.8	1.7	36	1.9	1.4	5.42	43	850	7.1	3.1	80,514	175 / 159	639	55
Zimbabwe	13.0	15.8	0.6	35	1.8	2.4	3.37	73		16.2	4.4	44,253	122 / 108	751	83
AFRICA CENTRALE (3)	109.6	303.3	2.7	37	4.1		6.18						209 / 187		
Angola	15.9	43.5	2.8	36	5.4	2.8	6.59	45	1,890		2.1	18,807	252 / 223	672	50
Camerun	16.3	26.9	1.7	51	3.4	1.1	4.36	60	1,980	8.5	1.2	8,391	167 / 152	417	63
Centrafricana, Repubblica	4.0	6.7	1.4	43	2.5	1.3	4.77	44	1,080		1.6	5,371	188 / 155		75
Ciad	9.7	31.5	3.0	25	4.6	1.7	6.65	16	1,100	9.7	2.7	4,202	210 / 187		34
Congo, Repubblica del	4.0	13.7	3.0	54	3.4	5.9	6.29		710	8.1	1.5	2,184	116 / 93	252	46
Congo, Repubblica Democratica del (4)	57.5	177.3	2.9	32	4.4	4.1	6.70	61	640		1.1	22,886	215 / 193	299	46
Gabon	1.4	2.3	1.6	84	2.7	0.9	3.78	86	5,700	4.7	1.8	758	96 / 87	1,209	87
AFRICA DEL NORD (5)	190.9	311.9	1.7	50	2.7		3.04					63,743²²	61 / 51		
Algeria	32.9	49.5	1.5	59	2.6	0.9	2.46	92	5,940	11.1	3.2	1,379	38 / 35	985	87
Egitto	74.0	125.9	1.9	42	2.1	7.4	3.14	69	3,940		1.8	33,417	43 / 35	789	98
Libia, Jamahiriya Araba di	5.9	9.6	1.9	86	2.3	0.1	2.88	94		3.0	1.6		20 / 20	3,433	72
Marocco	31.5	46.4	1.5	58	2.8	1.1	2.67	40	3,950	18.9	1.5	9,123	49 / 34	363	80
Sudan	36.2	66.7	2.0	39	4.6	1.2	4.20	86	1,880		1.0	11,875	120 / 106	483	69
Tunisia	10.1	12.9	1.1	64	1.6	0.5	1.93	90	6,840	15.8	2.9	1,474	25 / 22	846	82
AFRICA AUSTRALE	54.1	56.0	0.4	54	1.5		2.81						82 / 74		
Botswana	1.8	1.7	-0.1	52	1.8	2.1	3.06	94	7,960	6.1	3.7	21,193	107 / 96		95
Lesotho	1.8	1.6	-0.1	18	0.9	2.1	3.46	60	3,120	23.8	5.3	4,802	125 / 111		76
Namibia	2.0	3.1	1.2	32	3.0	1.1	3.71	78	6,620	21.0	4.7	12,092	78 / 71	599	80
Sudafricana, Repubblica	47.4	48.7	0.5	57	1.4	0.4	2.72	84	10,270	14.3	3.5	96,542	77 / 69	2,502	87
Swaziland	1.0	1.0	-0.1	24	1.4	1.8	3.72	70	4,850	11.2	3.6	7,069	148 / 130		52
AFRICA OCCIDENTALE (6)	263.6	587.0	2.3	42	4.2		5.59						192 / 184		
Benin	8.4	22.1	3.1	45	4.4	1.2	5.64	66	1,110	9.7	2.1	14,760	156 / 152	341	68
Burkina Faso	13.2	39.1	3.0	18	5.0	2.6	6.51	31	1,180		2.0	15,072	196 / 185		51
Costa d'Avorio	18.2	34.0	1.7	45	2.6	1.1	4.76	63	1,390	14.6	1.4	20,375	196 / 177	397	84
Gambia	1.5	3.1	2.6	26	2.6	4.3	4.46	55	1,820	11.9	3.3	1,634	126 / 114		82

Indicatori demografici, sociali e economici

	Totale popolazione (milioni) (2005)	Popolazione prevista (milioni) (2050)	Tasso medio accr. pop (%) (2005)	% popolazione urbana (2003)	% accr. pop urbano (2000-2005)	Popolazione per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti	N. medio di figli per donna (2005)	% nascite con personale qualificato	Reddito nazionale lordo pro capite \$PPP (2003)	Spesa pubblica per istruzione primaria (% del PNL pro capite)	Spesa sanitaria pubblica (% del PNL pro capite)	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	22.1	40.6	2.0	45	3.2	1.8	4.11	44	2,190		2.3	34,123	98 / 94	411	79
Guinea	9.4	23.0	2.2	35	3.8	4.5	5.71	35	2,100	9.2	0.9	12,807	155 / 158		51
Guinea-Bissau	1.6	5.3	3.0	34	5.4	2.2	7.08	35	660		3.0	1,506	214 / 191		59
Liberia	3.3	10.7	2.1	47	5.3	3.6	6.79	51			1.4	2,675	225 / 207		62
Mali	13.5	42.0	2.9	32	5.2	2.1	6.75	41	960	15.2	2.3	25,070	216 / 210		48
Mauritania	3.1	7.5	2.9	62	5.1	2.9	5.62	57	2,010	14.0	2.9	3,978	155 / 142		56
Niger	14.0	50.2	3.3	22	6.1	2.2	7.71	16	820	15.5	2.0	6,175	253 / 258		46
Nigeria	131.5	258.1	2.2	47	4.4	1.2	5.58	35	900		1.2	81,796	199 / 191	718	60
Senegal	11.7	23.1	2.3	50	3.9	2.9	4.75	58	1,660	13.6	2.3	26,130	130 / 124	319	72
Sierra Leone	5.5	13.8	3.1	39	5.6	4.9	6.49	42	530	16.8	1.7	6,803	297 / 271		57
Togo	6.1	13.5	2.6	35	4.0	1.1	5.08	49	1,500	5.7	5.1	6,365	141 / 124	324	51
ASIA	3,905.4	5,217.2	1.2	39	2.7		2.41					609,901	68 / 71		
ASIA ORIENTALE (7)	1,524.4	1,586.7	0.6	43	2.6		1.68						31 / 41		
Cina	1,315.8	1,392.3	0.6	39	3.2	5.5	1.72	97	4,990		2.0	32,141	33 / 44	960	77
Corea, Repubblica di	47.8	44.6	0.4	80	0.9	2.0	1.22	100	17,930	16.6	2.6		5 / 5	4,272	92
Corea, Rep. Pop. Dem. di	22.5	24.2	0.5	61	1.0	2.4	1.97	97			3.5	2,550	59 / 52	869	100
Giappone	128.1	112.2	0.1	65	0.3	0.9	1.35	100	28,620	21.5	6.5	(128,068) ²³	5 / 4	4,058	100
Hong Kong, Reg. Amm. Spec., Cina (8)	7.0	9.2	1.1	100	1.1		0.95		28,810	13.5			5 / 4	2,413	
Mongolia	2.6	3.6	1.2	57	1.4	0.5	2.33	99	1,800	38.3	4.6	3,881	81 / 77		62
ASIA SUDORIENTALE	555.8	752.3	1.3	42	3.3		2.42						54 / 43		
Cambogia	14.1	26.0	2.0	19	5.5	2.5	3.93	32	2,060	5.9	2.1	36,969	138 / 127		34
Filippine	83.1	127.1	1.7	61	3.1	2.8	3.03	60	4,640	11.6	1.1	36,120	36 / 25	525	85
Indonesia	222.8	284.6	1.2	46	3.9	2.8	2.28	68	3,210	3.7	1.2	48,084	53 / 42	737	78
Laos, Repubblica Popolare Democratica	5.9	11.6	2.2	21	4.6	4.2	4.55	19	1,730	7.9	1.5	3,351	136 / 130		43
Malesia	25.3	38.9	1.8	64	3.0	0.5	2.78	97	8,940	17.0	2.0	700	14 / 11	2,129	95
Myanmar	50.5	63.7	1.0	29	3.1	3.2	2.27	56			0.4	14,340	114 / 96	258	80
Singapore	4.3	5.2	1.3	100	1.7	3.0	1.33	100	24,180		1.3	1	4 / 4	6,078	
Tailandia	64.2	74.6	0.8	32	1.9	1.5	1.90	99	7,450	16.5	3.1	16,109	28 / 18	1,353	85
Vietnam	84.2	116.7	1.3	26	3.2	6.0	2.23	85	2,490		1.5	21,441	40 / 30	530	73
ASIA CENTRO-MERIDIONALE	1,610.9	2,495.0	1.6	30	2.5		3.04						92 / 97		
Afghanistan	29.9	97.3	4.1	23	6.0	1.9	7.27	14			3.1	21,652	242 / 247		13
Bangladesh	141.8	242.9	1.8	24	3.5	9.2	3.10	14	1,870	8.9	0.8	85,760	72 / 72	155	75
Bhutan	2.2	4.4	2.2	9	6.3	12.4	4.12	24			4.1	870	78 / 75		62
India	1,103.4	1,592.7	1.5	28	2.3	3.3	2.92	43	2,880	12.4	1.3	99,471	90 / 95	513	86
Iran, Repubblica Islamica di	69.5	101.9	1.1	67	2.3	1.0	2.08	90	7,190	11.3	2.9	2,472	36 / 35	2,044	93
Nepal	27.1	51.2	2.0	15	5.2	6.9	3.50	11	1,420	12.0	1.4	26,421	78 / 83	353	84
Pakistan	157.9	304.7	2.1	34	3.4	3.4	4.00	23	2,060		1.1	57,075	102 / 112	454	90
Sri Lanka	20.7	23.6	0.8	21	0.7	4.5	1.92	97	3,730		1.8	15,862	22 / 14	430	78
ASIA OCCIDENTALE	214.3	383.2	2.0	65	2.4		3.23					67,968²²	60 / 52		
Arabia Saudita	24.6	49.5	2.5	88	3.4	0.5	3.84	91		32.6	3.3		28 / 20	5,775	
Emirati Arabi Uniti	4.5	9.1	4.4	85	2.1	0.5	2.45	96		6.9	2.3	4	10 / 9	9,609	
Giordania	5.7	10.2	2.4	79	2.8	1.4	3.33	100	4,290	15.0	4.3	27,202	25 / 23	1,036	91
Iraq	28.8	63.7	2.6	67	2.4	0.4	4.54	72			0.3	14,330	119 / 110	1,199	81
Israele	6.7	10.4	1.8	92	2.1	0.4	2.76	99	19,200	21.7	6.0	3	6 / 6	3,191	100
Kuwait	2.7	5.3	3.1	96	3.5	1.7	2.32	98		16.1	2.9		12 / 12	9,503	
Libano	3.6	4.7	1.0	88	1.9	0.4	2.26	89	4,840	5.4	3.5	1,261	29 / 19	1,209	100

	Totale popolazione (milioni) (2005)	Popolazione prevista (milioni) (2050)	Tasso medio accr. pop (%) (2005)	% popolazione urbana (2003)	% accr. pop urbano (2000-2005)	Popolazione per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti	N. medio di figli per donna (2005)	% nascite con personale qualificato	Reddito nazionale lordo pro capite \$PPP (2003)	Spesa pubblica per istruzione primaria (% del PNL pro capite)	Spesa sanitaria pubblica (% del PNL pro capite)	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	2.6	5.0	1.6	78	3.6	12.0	3.50	95		17.7	2.8	162	17 / 16	4,265	79
Siria, Repubblica Araba di	19.0	35.9	2.4	50	2.5	0.9	3.28	76	3,430	13.8	2.3	3,550	22 / 17	1,063	79
Terr. occ. di Palestina/Autorità Palestinese	3.7	10.1	3.2	71	4.1	1.6	5.28	97				12,613	25 / 20		94
Turchia (10)	73.2	101.2	1.3	66	2.2	0.7	2.39	81	6,690	11.6	4.3	1,008	51 / 40	1,083	93
Yemen	21.0	59.5	3.1	26	4.8	5.6	5.93	22	820		1.0	7,816	91 / 83	221	69
STATI ARABI (11)	321.1	598.5	2.1	55	2.9	1.5	3.59	70	2,768	21.2	2.7	135,890	61 / 54	1,244	74
EUROPA	728.4	653.3	0.0	73	0.1		1.42						12 / 10		
EUROPA ORIENTALE	297.3	223.5	-0.5	68	-0.4		1.29					114,546^{22, 24}	21 / 16		
Bulgaria	7.7	5.1	-0.7	70	-0.3	0.1	1.23		7,610	16.9	4.4	1,646	17 / 14	2,417	100
Polonia	38.5	31.9	-0.1	62	0.0	0.5	1.25	99	11,450	34.4	4.4	343	11 / 9	2,333	
Repubblica Ceca	10.2	8.5	-0.1	74	0.0	0.2	1.19	99	15,650	11.8	6.4	38	6 / 6	4,090	
Romania	21.7	16.8	-0.4	55	-0.2	0.3	1.26	98	7,140		4.2	10,501	24 / 18	1,696	57
Slovacchia	5.4	4.6	0.0	57	0.5	0.3	1.19		13,420	11.4	5.3	47	10 / 9	3,448	100
Ungheria	10.1	8.3	-0.3	65	0.1	0.2	1.29		13,780	20.3	5.5	100	11 / 9	2,505	99
EUROPA DEL NORD (12)	95.8	105.6	0.3	83	0.4		1.66						7 / 6		
Danimarca	5.4	5.9	0.3	85	0.3	0.1	1.76	100	31,210	24.4	7.3	(59,527)	6 / 6	3,675	100
Estonia	1.3	1.1	-0.4	69	-1.0	0.2	1.40		12,480	20.1	3.9	1,077	14 / 9	3,324	
Finlandia	5.2	5.3	0.2	61	0.1	0.1	1.72	100	27,100	17.8	5.5	(23,697)	5 / 4	6,852	100
Irlanda	4.1	5.8	1.5	60	1.5	0.3	1.94	100	30,450	12.0	5.5	(26,786)	7 / 7	3,894	
Lettonia	2.3	1.7	-0.5	66	-1.2	0.1	1.27	100	10,130	22.0	3.3	113	14 / 12	1,825	
Lituania	3.4	2.6	-0.4	67	-0.7	0.2	1.27		11,090		4.3	163	13 / 9	2,476	
Norvegia	4.6	5.4	0.5	79	1.6	0.2	1.79	100	37,300	27.1	8.0	(91,648)	5 / 4	5,843	100
Regno Unito	59.7	67.1	0.3	89	0.4	0.2	1.66	99	27,650	15.1	6.4	(589,650)	7 / 6	3,824	
Svezia	9.0	10.1	0.3	83	0.1	0.1	1.68	100	26,620	22.5	7.8	(80,029)	4 / 4	5,718	100
EUROPA DEL SUD (13)	149.4	138.7	0.3	66	0.3		1.37						9 / 8		
Albania	3.1	3.5	0.5	44	2.1	2.1	2.23	94	4,700		2.4	8,261	34 / 30	617	97
Bosnia e Herzegovina	3.9	3.2	0.2	44	2.2	0.2	1.31	100	6,320		4.6	3,307	16 / 13	1,052	98
Croazia	4.6	3.7	0.1	59	0.5	0.2	1.35	100	10,710	48.7	5.9	1,312	8 / 7	1,852	
Grecia	11.1	10.7	0.2	61	0.6	0.4	1.25		19,920	14.5	5.0	(9,293)	8 / 7	2,637	
Italia	58.1	50.9	0.1	67	0.0	0.3	1.33		26,760	24.7	6.4	(27,068)	7 / 6	2,994	
Macedonia, Ex. Repubblica di Iugoslavia	2.0	1.9	0.2	60	0.6	0.4	1.49	98	6,720		5.8	1,074	18 / 16		
Portogallo	10.5	10.7	0.5	55	1.1	0.5	1.47	100	17,980	23.3	6.6	(1,119)	7 / 7	2,546	
Serbia e Montenegro	10.5	9.4	-0.1	52	0.2	0.5	1.62	99		38.3	5.1	1,401	16 / 13	1,981	93
Slovenia	2.0	1.6	0.0	51	-0.1	0.2	1.21	100	19,240		6.2	2	7 / 7	3,486	
Spagna	43.1	42.5	0.8	77	0.3	0.1	1.31		22,020	18.9	5.4	(29,949)	6 / 5	3,215	
EUROPA OCCIDENTALE (14)	185.9	185.5	0.2	81	0.5		1.56						6 / 5		
Austria	8.2	8.1	0.2	66	0.0	0.3	1.40	100	29,610	23.8	5.4	(2,727)	6 / 5	3,774	100
Belgio	10.4	10.3	0.2	97	0.2	0.2	1.66	100	28,930	18.7	6.5	(26,400)	6 / 6	5,505	
Francia	60.5	63.1	0.4	76	0.7	0.1	1.86	99	27,460	17.8	7.4	(56,559)	6 / 5	4,470	
Germania	82.7	78.8	0.0	88	0.3	0.2	1.33	100	27,460	16.9	8.6	(132,088) ²⁵	5 / 5	4,198	100
Paesi Bassi	16.3	17.1	0.4	66	1.3	0.5	1.72	100	28,600	16.6	5.8	(275,434)	7 / 6	4,827	100
Svizzera	7.3	7.3	0.2	68	-0.1	1.0	1.41		32,030	23.2	6.5	(31,522)	6 / 5	3,723	100
AMERICA LATINA E CARAIBI	561.3	782.9	1.4	77	1.9		2.47					221,948	36 / 29		
CARAIBI (15)	39.1	46.4	0.8	64	1.3		2.42						57 / 48		
Cuba	11.3	9.7	0.2	76	0.5	0.5	1.62	100		32.3	6.5	5,988	7 / 6	1,262	91
Giamaica	2.7	2.6	0.4	52	1.0	1.8	2.38	95	3,790	15.1	3.4	4,677	21 / 19	1,493	93

Indicatori demografici, sociali e economici

	Totale popolazione (milioni) (2005)	Popolazione prevista (milioni) (2050)	Tasso medio accr. pop (%) (2005)	% popolazione urbana (2003)	% accr. pop urbano (2000-2005)	Popolazione per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti	N. medio di figli per donna (2005)	% nascite con personale qualificato	Reddito nazionale lordo pro capite \$PPP (2003)	Spesa pubblica per istruzione primaria (% del PNL pro capite)	Spesa sanitaria pubblica (% del PNL pro capite)	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	8.5	13.0	1.4	38	3.0	4.6	3.79	24	1,630		3.0	39,388	113 / 98	251	71
Porto Rico	4.0	4.4	0.6	97	1.1	1.2	1.89					36	13 / 10		
Repubblica Dominicana	8.9	12.7	1.4	59	2.1	0.9	2.64	99	6,210	8.9	2.2	8,524	52 / 42	948	93
Trinidad e Tobago	1.3	1.2	0.3	75	0.9	0.9	1.61	96	9,450	16.1	1.4	849	21 / 16	7,121	91
AMERICA CENTRALE	147.0	209.6	1.5	69	2.0		2.55						31 / 25		
Costa Rica	4.3	6.4	1.7	61	2.8	1.6	2.19	98	9,040	16.2	6.1	660	13 / 10	904	97
El Salvador	6.9	10.8	1.7	60	2.1	2.2	2.78	69	4,890	10.0	3.6	7,626	35 / 29	670	82
Guatemala	12.6	25.6	2.4	46	3.4	3.1	4.38	41	4,060	6.7	2.3	19,757	53 / 41	616	95
Honduras	7.2	12.8	2.2	46	3.3	1.6	3.52	56	2,580		3.2	11,635	51 / 41	504	90
Messico	107.0	139.0	1.2	76	1.8	0.8	2.27	86	8,950	13.8	2.7	15,646	25 / 20	1,560	91
Nicaragua	5.5	9.4	2.0	57	3.1	0.5	3.12	67	2,400	8.9	3.9	15,823	42 / 33	544	81
Panama	3.2	5.1	1.7	57	2.4	1.0	2.63	90	6,310	10.4	6.4	594	29 / 22	1,028	91
AMERICA DEL SUD (16)	375.2	526.9	1.4	81	2.0		2.44						36 / 28		
Argentina	38.7	51.4	1.0	90	1.4	0.1	2.30	99	10,920	12.4	4.5	3,478	18 / 14	1,543	
Bolivia	9.2	14.9	1.9	63	2.7	1.2	3.73	65	2,450	15.5	4.2	11,248	71 / 62	499	85
Brasile	186.4	253.1	1.3	83	2.0	0.4	2.30	88	7,480	11.3	3.6	11,489	37 / 28	1,093	89
Cile	16.3	20.7	1.1	87	1.6	1.0	1.97	100	9,810	15.8	2.6	4,162	10 / 8	1,585	95
Colombia	45.6	65.7	1.5	77	2.2	2.2	2.54	86	6,520	15.9	6.7	1,692	33 / 28	625	92
Ecuador	13.2	19.2	1.4	62	2.3	1.1	2.70	69	3,440	3.0	1.7	3,492	32 / 24	706	86
Paraguay	6.2	12.1	2.3	57	3.5	0.7	3.71	71	4,740	13.0	3.2	4,167	48 / 38	709	83
Perù	28.0	42.6	1.5	74	2.0	1.8	2.76	59	5,090	7.0	2.2	18,839	54 / 44	450	81
Uruguay	3.5	4.0	0.7	93	0.9	0.3	2.26	100	7,980	11.0	2.9	288	17 / 12	747	98
Venezuela	26.7	42.0	1.7	88	2.1	0.7	2.64	94	4,740		2.3	1,312	30 / 26	2,141	83
AMERICA DEL NORD (17)	330.6	438.0	0.9	80	1.4		1.98						8 / 8		
Canada	32.3	42.8	0.9	80	1.2	0.0	1.49	98	29,740		6.7	(56,626)	6 / 6	7,973	100
Stati Uniti d'America	298.2	395.0	0.9	80	1.4	0.0	2.04	99	37,500	21.2	6.6	(1,807,643)	8 / 8	7,943	100
OCEANIA	33.1	47.6	1.2	73	1.4		2.27						36 / 38		
AUSTRALIA-NUOVA ZELANDA	24.2	32.7	1.0	91	1.3		1.78						6 / 6		
Australia (18)	20.2	27.9	1.1	92	1.4	0.0	1.75	100	28,290	16.6	6.5	(38,966)	6 / 6	5,732	100
Melanesia (19)	7.7	13.2	1.9	20	2.5		3.69						78 / 85		
Nuova Zelanda	4.0	4.8	0.9	86	0.8	0.1	1.96	100	21,120	18.9	6.6	(5,917)	7 / 6	4,573	
Papua Nuova Guinea	5.9	10.6	2.0	13	2.3	4.9	3.85	53	2,240	12.4	3.8	11,287	88 / 98		39
PAESI IN TRANSIZIONE (EX USSR) (20)															
Armenia	3.0	2.5	-0.3	64	-0.8	0.7	1.34	97	3,770	9.6	1.3	2,445	37 / 32	632	92
Azerbaijan	8.4	9.6	0.7	50	0.6	1.1	1.85	84	3,380	7.3	0.8	994	92 / 84	1,435	77
Bielorussia	9.8	7.0	-0.6	71	0.1	0.2	1.23	100	6,010		4.7	144	20 / 14	2,496	100
Federazione Russa	143.2	111.8	-0.5	73	-0.6	0.1	1.37	99	8,920		3.5	16,969	24 / 19	4,288	96
Georgia	4.5	3.0	-0.9	52	-1.4	0.9	1.44	96	2,540		1.0	3,554	46 / 38	494	76
Kazakhstan	14.8	13.1	-0.2	56	-0.3	0.1	1.90	99	6,170	8.1	1.9	5,265	89 / 61	3,123	86
Kirghizistan	5.3	6.7	1.2	34	1.0	0.9	2.59	98	1,660	6.1	2.2	3,395	70 / 58	507	76
Moldava, Repubblica	4.2	3.3	-0.3	46	0.1	0.4	1.22	99	1,750	18.1	4.1	7,187	32 / 27	703	92
Tagikistan	6.5	10.4	1.3	25	-0.4	1.9	3.58	71	1,040	6.8	0.9	3,253	119 / 107	518	58
Turkmenistan	4.8	6.8	1.4	45	2.0	0.8	2.63	97	5,840		3.0	1,322	107 / 87	3,465	71
Ucraina	46.5	26.4	-1.1	67	-0.7	0.2	1.13	100	5,410	11.9	3.3	14,181	20 / 15	2,684	98
Uzbekistan	26.6	38.7	1.4	37	1.0	1.4	2.61	96	1,720		2.5	8,388	74 / 62	2,047	89

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 per 1.000 donne età 15-19	Diffusione dei contraccettivi Qualsiasi metodo	Metodi moderni	Diffusione HIV (%) (15-49) M/F
Antille Olandesi	12	73.3 / 79.5	20	104 / 104	67 / 75	26			
Bahamas	13	67.6 / 74.0	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3.0 / 3.0
Bahrain	13	73.4 / 76.2	28	97 / 97	93 / 99	18	62	31	0.1 / 0.2
Barbados	10	72.1 / 78.8	95	109 / 108	105 / 107	43	55	53	2.0 / 1.0
Belize	30	69.5 / 74.3	140	123 / 121	76 / 80	82	47	42	3.0 / 1.8
Brunei Darussalam	6	74.6 / 79.3	37	106 / 106	88 / 92	29			<0.1 / <0.1
Capo Verde	27	67.5 / 73.7	150	124 / 118	67 / 73	89	53	46	
Cipro	6	76.3 / 81.3	47	97 / 98	98 / 99	9			
Comore, Isole	53	61.9 / 66.3	480	98 / 81	34 / 28	54	26	19	
Fiji	21	66.1 / 70.5	75	109 / 109	78 / 83	36	41	35	0.2 / <0.1
Gibuti	88	52.1 / 54.4	730	48 / 37	29 / 20	53			0.3 / 0.3
Guadalupe	7	75.4 / 82.1	5			19	44	31	
Guam	9	72.8 / 77.5	12			67			
Guinea Equatoriale	98	42.1 / 42.9	880	132 / 120	38 / 22	187			
Guyana	46	61.0 / 67.1	170	126 / 123	87 / 89	62	37	36	2.2 / 2.8
Islanda	3	79.1 / 82.9	0	100 / 99	110 / 119	17			0.2 / 0.2
Lussemburgo	5	75.5 / 81.8	28	99 / 99	93 / 99	9			
Maldive	38	67.8 / 67.1	110	119 / 117	62 / 71	62	42	33	
Malta	7	76.2 / 81.0	21	105 / 104	95 / 95	16			
Martinica	7	75.9 / 81.9	4			31	51	38	
Micronesia (26)	27	69.2 / 73.6				47			
Nuova Caledonia	6	73.1 / 78.3	10			30			
Polinesia (27)	18	69.9 / 75.1				33			
Polinesia Francese	8	71.2 / 76.3	20			39			
Qatar	11	71.6 / 76.5	7	107 / 104	92 / 96	19	43	32	
Reunione	7	71.7 / 79.9	41			36	67	62	
Samoa	24	67.8 / 74.2	130	107 / 104	73 / 80	32			
Salomone, Isole di	33	62.1 / 63.6	130	92 / 79	17 / 11	46			
Suriname	24	66.4 / 72.9	110	127 / 125	63 / 85	43	42	41	2.2 / 1.1
Timor Est (Repubblica Democratica)	87	55.4 / 57.6	660			175	10	9	
Vanuatu	31	67.5 / 71.2	130	113 / 113	27 / 29	48			

Indicatori selezionati per paesi/territori meno popolati

Indicatori demografici, sociali ed economici

	Popolazione totale (migliaia) 2005	Popolazione prevista (migliaia) 2050	% popolazione urbana (2003)	Tasso crescita popolazione urbana (2000-2005)	Popolazione per ettaro di terra coltivabile e coltivata a colture permanenti	Tasso di fecondità totale (2005)	% nascite assistite da personale qualificato	Reddito nazionale loro pro capite in \$ PPP (2003)	Mortalità sotto i 5 anni M/F
Antille Olandesi	183	203	69.7	1.1	0.1	2.08			17 / 11
Bahamas	323	466	89.5	1.5	0.8	2.25	99		17 / 13
Bahrain	727	1,155	90.0	2.3	1.2	2.37	98		16 / 16
Barbados	270	255	51.7	1.5	0.6	1.50	91	15,060	12 / 10
Belize	270	442	48.3	2.3	0.7	3.01	83		41 / 39
Brunei Darussalam	374	681	76.2	3.2	0.2	2.40	99		8 / 6
Capo Verde	507	1,002	55.9	3.5	2.2	3.57	89	5,440	42 / 22
Cipro	835	1,174	69.2	1.0	0.6	1.62	100	19,530	8 / 6
Comore, Isole	798	1,781	35.0	4.6	4.1	4.59	62	1,760	78 / 61
Figi	848	934	51.7	2.5	1.1	2.81	100	5,410	27 / 25
Gibuti	793	1,547	83.7	2.1		4.80	61	2,200	141 / 124
Guadalupe	448	474	99.7	0.9	0.5	2.02			10 / 8
Guam	170	254	93.7	1.7		2.81			12 / 9
Guinea Equatoriale	504	1,146	48.1	4.7	1.5	5.89	65		184 / 167
Guyana	751	488	37.6	1.4	0.3	2.20	86	3,950	73 / 54
Islanda	295	370	92.8	0.9	3.1	1.95		30,140	4 / 4
Lussemburgo	465	721	91.9	1.6	0.1	1.74	100	54,430	7 / 6
Maldive	329	682	28.8	4.5	6.5	4.06	70		41 / 56
Malta	402	428	91.7	0.7	0.6	1.50	98		8 / 8
Martinica	396	350	95.7	0.8	0.7	1.94			9 / 9
Micronesia (26)	556	849	69.1	2.6		3.31			37 / 30
Nuova Caledonia	237	382	61.2	2.2		2.37			9 / 9
Polinesia (27)	656	763	43.6	1.7		3.10			23 / 21
Polinesia Francese	257	360	52.1	1.2		2.32			11 / 11
Qatar	813	1,330	92.0	1.7	0.3	2.91	98		14 / 12
Reunione	785	1,092	91.5	2.0	0.6	2.47			11 / 9
Samoa	185	157	22.3	1.3		4.17	100	5,700	30 / 27
Solomone, Isole di	478	921	16.5	4.5	4.5	4.06	85	1,630	58 / 52
Suriname	449	429	76.1	1.6	1.2	2.52	85		35 / 23
Timor Est	947	3,265	7.6	4.8	4.4	7.48	24		128 / 120
Vanuatu	211	375	22.8	4.1		3.92	89	2,880	43 / 33

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, Arabia Saudita, Bahrain, Comore, Egitto, Emirati Arabi, Giordania, Gran Giamahiriya Araba Libica, Gibouti, Iraq, Kuwait, Libano, Mauritania, Marocco, Oman, Qatar, Siria, Somalia, Sudan, Territori Palestinesi Occupati, Tunisia e Yemen. Le aggregazioni regionali per gli indicatori demografici sono fornite dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. Aggregazioni per altri indicatori sono medie bilanciate in base ai paesi con dati disponibili.
- (12) Comprende le isole del Canale, Faeroe e l'Isola di Man.
- (13) Compresa 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 Bielorussia, Repubblica Moldava, Federazione Russa e Ucraina. L'Asia occidentale comprende Armenia, Azerbaijan e Georgia. L'Asia centro-meridionale comprende Kazakhstan, Tajikistan, Turkmenistan e Uzbekistan. Totale regionale, escluse le sub-regioni riportate separatamente di seguito.
- (21) Totale regionale, escluse le sub-regioni riportate separatamente di 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 del Millennio per lo sviluppo in materia di riduzione della mortalità, accesso all'istruzione, accesso ai servizi per la salute riproduttiva compresa la pianificazione familiare, e incidenza dell'HIV/AIDS tra le persone giovani. Seguono, suddivise per categorie, le fonti degli indicatori con le relative spiegazioni.

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza del Cairo

INDICATORI DI MORTALITÀ

Mortalità infantile, aspettativa di vita maschile e femminile alla nascita. Fonte: 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. È stata fatta la media tra le stime per i periodi 2000-2005 e 2005-2010 per ottenere la stima esatta per l'anno 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 disotto 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 disopra 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, aprile 2005. I dati sulla popolazione si basano su: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, United Nations, New York, 2003. 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 2002 o all'anno 2001 se non sono disponibili dati più recenti.

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 a seconda dei paesi; attualmente si usano 3 definizioni largamente accettate. In linea di massima, 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, 2003. 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.

INDICATORI DI SALUTE RIPRODUTTIVA

Nascite per 1.000 donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

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. È stata fatta la media tra le stime per i periodi 2000-2005 e 2005-2010 per ottenere la stima esatta per l'anno 2005.

Prevalenza dei contraccettivi. Fonte: tabulati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, tratti da *World Contraceptive Use 2005*, database aggiornato dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite. 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 approssimativamente comparabili, ma non appieno, a causa delle differenze nei tempi delle ricerche e nei dettagli delle domande poste. 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: tabulato "Stima della prevalenza del virus HIV tra uomini e donne adulti (15-49 anni) nel 2003" UNAIDS, Ginevra, 2004. 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 partner sessuali.

Indicatori demografici, sociali ed economici

Popolazione totale 2005, popolazione in base alle proiezioni per il

2050, tasso di crescita media della popolazione per il 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. È stata fatta la media tra le stime per i periodi 2000-2005 e 2005-2010 per ottenere la stima esatta per l'anno 2005.

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 Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP.190), Nazioni Unite, New York, 2004. 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

culture permanenti.

Fonte: dati forniti dalla Divisione statistiche della FAO (Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura), usando dati sulla popolazione agricola basati sui totali delle popolazioni tratti da: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, *World Population Prospects: The 2002 Revision*, Nazioni Unite, New York, 2003. 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 2002.

Tasso totale di fecondità (2005). Fonte: Tabulati forniti dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. La misura indica il numero di figli che una donna avrebbe nel corso degli anni

riproduttivi 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. È stata fatta la media tra le stime per i periodi 2000-2005 e 2005-2010 per ottenere la stima esatta per l'anno 2005.

Parti con assistenza qualificata. Fonte: UNICEF, *State of the World's Children 2005: Childhood Under Threat*, UNICEF, New York, 2005. L'indicatore è basato su rapporti nazionali riguardanti la percentuale di parti assistite 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 1995.

Reddito nazionale lordo pro capite. Fonte: i dati più recenti (2003) tratti da: The World Bank, *World Development Indicators Online*, sito web <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (a pagamento). 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 si veda la fonte originaria.

Spesa pubblica del governo centrale per istruzione e sanità.

Fonte: i dati più recenti degli ultimi sette anni tratti da The World Bank, *World Development Indicators Online*, consultabili in rete (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/>, a pagamento). 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 diretta comparabilità 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 dei servizi tra le diverse collocazioni e i diversi settori.

Assistenza esterna per la popolazione. Fonte: UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2003*, UNFPA, New York, in corso di pubblicazione. Questo indice misura l'entità degli aiuti allo sviluppo spesi nel 2003 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 2003 sono provvisori.

Mortalità al di sotto dei 5 anni. Fonte: tabulati forniti dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite. 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 di 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. È stata fatta la media tra le stime per i periodi 2000-2005 e 2005-2010 per ottenere la stima esatta per l'anno 2005.

Consumo energetico pro-capite. Fonte: The World Bank, *World Development Indicators Online*, sito <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (a pagamento). 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 2002.

Accesso ad acqua sicura. Fonte: UNICEF, *State of the World's Children 2005: Childhood Under Threat*, UNICEF, New York, 2005. Questo indicatore misura la percentuale di popolazione che ha accesso a una fonte migliorata di acqua potabile che fornisca una quantità adeguata di acqua sicura ubicata 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 servizi igienici inadeguati. I dati forniti sono stime per l'anno 2002.

Redazione

Lo stato della popolazione nel mondo 2005

Coordinamento/testi/ricerca: María José Alcalá

Redazione: Janet Jensen

Produzione: Patricia Leidl

Assistente editoriale: Phyllis Brachman

Assistente alla ricerca/stagista: Zeina Boumechal

Consulenza editoriale e amministrativa: Mirey Chaljub

Autori:

Delawit Amelga-Aklilu, Lori Ashford, Margaret Bald, Stan Bernstein, Ann Blanc, Camille Conaway, Margaret Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Gloria Jacobs, Toshiko Kaneda, Patricia Leidl, Alex Marshall, Karen Newman, Joanne Omang, Erin Sines e Martha Wood.

Ringraziamenti:

Si ringraziano vivamente per i suggerimenti e la condivisione delle informazioni sulle iniziative realizzate a livello nazionale e regionale incluse nel presente rapporto le organizzazioni seguenti: le organizzazioni partner e le agenzie delle Nazioni Unite che lavorano sui temi dell'uguaglianza di genere e della salute riproduttiva; numerosi colleghi negli uffici dell'UNFPA, sia a livello locale che nella sede centrale; i Consulenti per le questioni di genere dei Team per il sostegno tecnico nazionale; l'ufficio UNFPA di Ginevra. Un ringraziamento particolare va a Lindsay Edouard, Ann Erb-Leoncavallo e Stafford Mousky.

Edizione italiana

Versione italiana a cura di:

AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo

Traduzione: Leila Buongiorno, Anna Tagliavini

Editing: AIDOS

Impaginazione e stampa: Informatica e Printing Srl.

Fotografie

Copertina

© Mark Edwards/Still Pictures

Ragazze celebrano la festa di Imaraguen in un piccolo centro della costa occidentale della Mauritania.

Capitolo 1

© Mikkel Ostergaard/Panos Pictures

Bimba in equilibrio su un ponticello di emergenza su una strada allagata e inquinata in uno slum di Phnom Penh.

© Caroline Penn/Panos Pictures

Ragazze musulmane chiacchierano sulle scale di un'abitazione nel quartiere Malay di Città del Capo.

Capitolo 2

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

Tre bimbe osservano quanto il loro insegnante indica sulla lavagna in una scuola nel villaggio di Koutagba, nel sud del Benin.

Capitolo 3

© Chris de Bode/Panos Pictures

Un'anziana donna prega nel campo per rifugiati interni di Oromo, in Uganda. Per 19 anni l'Esercito per la resistenza del Signore ha terrorizzato le popolazioni delle regioni settentrionali del paese.

© Gary Knight/VII

Una donna chiede l'elemosina in una strada di Srinagar, in Kashmir, dove la guerra civile ha distrutto l'economia locale.

Capitolo 4

© Alex Webb/Magnum Photos

Una donna incinta sulla soglia della sua casa ad Abidjan, Costa d'Avorio.

Capitolo 5

© Tim Dirven/Panos Pictures

Una giovane madre afgana e il suo bimbo denutrito aspettano il proprio turno presso un Centro per la nutrizione gestito da Médecins sans frontières.

Capitolo 6

© David Alan Haviv/VII

Un padre mostra con orgoglio il proprio figlio maschio ai vicini in un villaggio dell'Isola Chacahua, in Messico.

Capitolo 7

© Marie Dorigny/UNFPA

Donna che si copre il volto in una città del Tigrai, in Etiopia.

© Wayne Leidenfrost/Province

500 paia di scarpe sono esposte sulle scale della Galleria d'arte di Vancouver, in Canada, per ricordare le donne morte per mano degli uomini e sensibilizzare sul problema della violenza contro le donne.

Capitolo 8

© James Nachtwey/VII

Una donna rifugiata interna in Darfur, Sudan, si prende cura del proprio bambino ricoverato in un ospedale della città di Mornei.

© Jacob Silverberg/Panos Pictures

Separata dalla sua famiglia durante la fuga da Monrovia, capitale della Liberia, in seguito alla guerra civile, una bimba osserva l'insegna della sede della Croce rossa internazionale (ICRC) sull'Isola di Bushrod.

Capitolo 9

© Maria Soderberg/Panos Pictures

Una donna solleva il proprio burqa a Kandahar, in Afghanistan.



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.aidos.it