

IL POTERE DELLA SCELTA

DIRITTI RIPRODUTTIVI E TRANSIZIONE DEMOGRAFICA



Lo stato della popolazione nel mondo 2018

Questo rapporto è stato realizzato sotto gli auspici della Divisione per la comunicazione e le partnership strategiche di UNFPA

CONSULENTE SENIOR PER LA RICERCA

Peter McDonald

AUTORI/AUTRICI E RESPONSABILI PER LA RICERCA DI CIASCUN CAPITOLO

John Bongaarts
Suzana Cavanaghi
Gavin Jones
Gretchen Luchsinger
Peter McDonald
Cheikh Mbacké
Tomas Sobotka

CONSULENTI TECNICI UNFPA

Alanna Armitage
Michael Herrmann
Eduard Mihalas
Sandile Simelane

TEAM EDITORIALE

Direttore: Richard Kollodge

Condirettrici: Katie Madonia, Katheline Ruiz

Consulente esecutiva per la comunicazione: Teresa Buerkle

Responsabili dell'edizione digitale: Katie Madonia, Katheline Ruiz

Consulente per l'edizione digitale: Hanno Ranck

Progettazione grafica interattiva e produzione per la stampa e per il web: Prographics, Inc.

© UNFPA 2018

Credits foto copertina (in senso orario):

© Mark Tuschman
© Chris Stowers/Panos Pictures
© UNFPA/Egor Dubrovsky
© Joshua Cogan/PAHO

Credit foto quarta di copertina:

© UNFPA/Roger Anis

UNFPA
Garantire i diritti
e la libertà
di scelta per tutte

RINGRAZIAMENTI

Jeffrey Edmeades ha fornito una preziosa consulenza agli autori/autrici in materia di diritti riproduttivi.

Gli articoli di reportage sono di Sanne De Wilde (Bolivia), Bruna Tiussu (Brasile), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenya), Nathalie Prevost (Niger), Erik Halkjaer (Svezia), Matthew Taylor (Tailandia). Video e fotografie a corredo dei servizi giornalistici sono di: Egor Dubrovsky (Bielorussia), Sanne De Wilde e Pep Bonet (Bolivia), Deborah Klempos (Brasile), Roger Anis (Egitto), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenya), Ollivier Girard (Niger), Melker Dahlstrand (Svezia), e Matthew Taylor e Varin Sachdev (Tailandia). I responsabili della pubblicazione ringraziano i consulenti per le comunicazioni regionali che hanno coordinato la produzione del contenuto giornalistico: Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano and Roy Wadia. Altri colleghi/e di UNFPA hanno organizzato o supervisionato i servizi giornalistici in Bielorussia (Katsiaryna Mikhadziuk, Hanna Leudanskaya), Bolivia (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra, Guadalupe Valdes), Brasile (Paola Bello), Egitto (Aleksandar Sasha Bodiroza, Merhan Ghaly), Iran (Nazanin Akhgar), Kenya (Korir Kigen, Douglas Waudu), Niger (Souleymane Saddy Maazou), Svezia (Pernille Fenger, Mette Strandlod, Patricia Grundberg) e Tailandia (Kullwadee Kai Sumalnop, Wassana Im-em). Grazie anche a Hans Linde e Julia Schalk della RFSU, l'Associazione svedese per l'educazione alla sessualità, per l'aiuto prestato nel reportage dalla Svezia.

La Divisione per la popolazione e lo sviluppo di UNFPA ha aggregato i dati regionali per la sezione indicatori di questo rapporto. I dati di base per gli indicatori del rapporto sono stati messi a disposizione dalla Divisione per la popolazione e lo sviluppo di UNFPA, la Divisione per la popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, l'Istituto di statistica dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, UNICEF e l'Organizzazione mondiale della sanità.

MAPPE E DENOMINAZIONI

Le definizioni utilizzate e la presentazione del contenuto nelle mappe di questo rapporto non implicano in nessun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo status giuridico di ogni paese, territorio, città o area, le autorità preposte, o per quanto riguarda la delimitazione di confini e frontiere. Una linea tratteggiata rappresenta la "linea di controllo" dello Stato del Jammu e Kashmir stabilita da India e Pakistan. Lo stato definitivo di Jammu e Kashmir non è stato concordato dalle parti.



Edizione italiana

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

Editing: Giovanna Ermini e Serena Fiorletta

Traduzione a cura di Anna Tagliavini

Impaginazione: Simona Ferri

Stampa: Litostampa 3B

Ufficio stampa: press@aidos.it

IL POTERE DELLA SCELTA

DIRITTI RIPRODUTTIVI
E TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

1

La tendenza mondiale verso famiglie meno numerose

pagina 12

2

L'eredità delle famiglie numerose

pagina 28

3

Variazioni dal processo tipico di transizione della fecondità

pagina 50



4

Molte vie, medesima
destinazione

pagina 68



5

Creare le condizioni
favorevoli
alla genitorialità

pagina 92



6

Chiunque
ha il diritto
di scegliere

pagina 120





Premessa

LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE PUÒ CAMBIARE IL MONDO. Può migliorare rapidamente il benessere di donne e bambine, trasformare famiglie e comunità, accelerare lo sviluppo nel mondo.

Le reali ed effettive possibilità di cui godono coppie e singoli nel decidere se, quando e quanti figli avere, incidono direttamente sui livelli di fecondità. Quando le persone hanno la possibilità di decidere in libertà, tendono spesso a scegliere famiglie più piccole. Quando, al contrario, le scelte sono limitate tendono ad avere molti figli o pochissimi e a volte rinunciano del tutto.

Nessun paese può ancora affermare di aver fatto dei diritti riproduttivi una realtà per tutte e tutti. Per troppe donne le scelte sono limitate. Ciò significa che ci sono ancora milioni di persone che hanno più figli – o meno – di quanti ne vorrebbero, il che si ripercuote non solo sulle singole persone, ma anche su comunità locali, istituzioni, economie, mercati del lavoro e interi paesi.

A volte il conseguimento dei diritti riproduttivi è ostacolato da sistemi sanitari che non riescono a fornire servizi essenziali come i contraccettivi. Altre sono ostacoli economici, come lavori sotto-qualificati e sotto-retribuiti e l'assenza di strutture per l'infanzia, a rendere praticamente impossibile formare una famiglia o avere altri figli. Alla base di questi e di altri ostacoli c'è una persistente disuguaglianza di genere che nega alle donne il potere di prendere le decisioni fondamentali per la loro vita.

Nel 1994, con il Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD), i governi si sono impegnati a consentire alle persone di compiere scelte informate riguardo alla salute sessuale e riproduttiva, un diritto considerato fondamentale. Oggi, a quasi 25 anni di distanza, è ancora necessario garantire l'accesso ai mezzi per decidere liberamente e responsabilmente se, quando e quanti figli avere.

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile rafforza questi principi facendo della salute e dei diritti riproduttivi un obiettivo specifico. In effetti, i diritti riproduttivi sono indispensabili per il conseguimento di tutti gli Obiettivi di sviluppo sostenibile. **QUESTO È IL POTERE DELLA SCELTA.**

Occorre progredire verso la completa attuazione dei diritti riproduttivi, per ogni persona e coppia, senza discriminazioni in base al luogo di residenza, condizione o reddito. Ciò implica l'abbattimento di tutti gli ostacoli – economici, sociali o istituzionali – che impediscono di prendere scelte libere e informate.

Il successo, in realtà, non sta nel conseguire quello che sarebbe, secondo noi, il tasso di fecondità ideale. L'autentica misura del progresso la danno le persone: il benessere di donne e bambine, la loro possibilità di godere dei propri diritti e dell'assoluta uguaglianza, le scelte di vita che sono libere di fare.

Dr. Natalia Kanem

Direttrice Esecutiva

UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite

per la popolazione



INTRODUZIONE

La transizione globale dalla massima alla minima fecondità

© Layland Masuda/Getty Images

Fino a non molto tempo, fa la maggior parte delle persone aveva famiglie numerose: in media, cinque figli. Mentre un tempo esisteva un unico tasso di fecondità globale, oggi ne esistono molti, con le più ampie differenze mai registrate nella storia dell'umanità.

Le dimensioni della famiglia, grande o piccola che sia, sono strettamente legate ai diritti riproduttivi, a loro volta collegati a molti altri diritti come quello alla salute e all'istruzione, a un reddito adeguato, alla libertà di scegliere e a non essere discriminate.

Laddove tutti i diritti sono tutelati, le persone tendono a crescere bene; dove non lo sono, non riescono a realizzare il loro potenziale e i tassi di fecondità tendono a essere più alti o più bassi rispetto a ciò che molte persone desiderano.

La fecondità è una questione importante

La fecondità è importante a livello individuale perché riflette la misura in cui ciascuna persona ha il potere e i mezzi per decidere liberamente se, quando e quanti figli avere. Ed è importante a livello sociale perché può ostacolare o accelerare il progresso verso maggiore prosperità, sviluppo equo e sostenibile e benessere per tutte e tutti.

La transizione mondiale verso tassi di fecondità più bassi è iniziata, a livello individuale, ben prima dell'epoca attuale con la messa in atto dei sistemi sanitari nazionali e di pianificazione familiare. Nei paesi europei alla fine dell'Ottocento e nei paesi di lingua inglese in altri continenti, i cambiamenti economici hanno offerto nuove possibilità professionali e occupazionali, motivando le coppie ad avere meno figli per cogliere tali opportunità. Un numero sempre maggiore di bambine ha frequentato la scuola, facendo così aumentare il tasso di alfabetizzazione. Notizie e informazioni si sono diffuse più capillarmente nella società e hanno contribuito a una crescente consapevolezza che controllare la propria fecondità rientrava nell'ambito delle scelte consapevoli.

Le persone, specie le donne, hanno cominciato a capire che avere meno figli poteva comportare miglioramenti in molti settori della vita.

Da allora, ovunque si siano offerte informazioni e possibilità di controllo delle nascite, si è riscontrata una tendenza alla diminuzione del tasso di fecon-

dità. In alcune regioni del mondo, nella seconda metà del Novecento, i governi hanno svolto un ruolo attivo nel garantire l'accesso alla contraccezione. Alcuni hanno investito nel capitale umano delle/dei giovani, nell'espansione occupazionale e in altre opportunità per creare circostanze economiche e sociali che hanno portato a una riduzione nelle dimensioni delle famiglie. Alcuni di questi governi, particolarmente determinati a rallentare la crescita della popolazione, hanno fatto ricorso alla coercizione o a campagne aggressive per scoraggiare o addirittura vietare alle coppie e ai singoli di avere molti figli.

Nel 1994, 179 governi hanno sottoscritto il Programma d'azione della ICPD, impegnandosi a consentire alle persone di prendere decisioni informate sulla propria salute sessuale e riproduttiva, in quanto parte integrante dei diritti umani fondamentali alla base di una società prospera, equa e sostenibile. Hanno convenuto che il progresso dipende anche dal conseguimento dell'uguaglianza di genere, dall'eliminazione della violenza contro le donne e dal garantire loro la possibilità di gestire la propria fecondità. Soprattutto, i governi hanno dichiarato che le questioni demografiche, lo sviluppo economico e sociale e i diritti riproduttivi sono legati in modo inscindibile e si rafforzano a vicenda.

Ancora, hanno convenuto che i diritti riproduttivi si attuano quando tutte le persone e le coppie dispongono di informazioni e mezzi per decidere responsabilmente se, quando, quanti figli avere, nonché tali scelte devono avvenire liberamente, senza alcuna forma di discriminazione, coercizione o violenza.

Un analogo impegno si riflette nella più recente Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. La salute e i diritti riproduttivi costituiscono target specifici di uno dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, e sono parte integrante dell'attuazione di tutti gli altri.

Le forti variazioni nella fecondità

Rispetto al 1994, cioè dalla ICPD, si sono registrati



© Giacomo Pirozzi

costanti progressi nella tutela della salute e dei diritti riproduttivi in molte parti del mondo. Le persone sono più informate sui diritti riproduttivi e sulle scelte che possono fare, e sono sempre più in grado di esigere il rispetto dei propri diritti.

Gli enormi divari nella fecondità che ancora esistono tra i diversi paesi o all'interno di uno stesso paese dimostrano però che, per quanta strada abbiamo complessivamente compiuto, la realizzazione universale dei diritti riproduttivi è ancora lontana.

Dal punto di vista dei tassi di fecondità, oggi possiamo suddividere paesi e territori in quattro grandi categorie. Ciascun gruppo deve affrontare importanti difficoltà di politica interna legate alle tendenze demografiche. In ciascuno ci sono persone i cui diritti sono compromessi in modo e misura variabile e che non sono in condizioni di decidere liberamente e responsabilmente quanti figli avere. La prima categoria di paesi ha una fecondità elevata, analoga a quella che un tempo era la media mondiale. In gran parte dell'Africa subsahariana e in una mezza dozzina di altri paesi con una storia recente di conflitti o crisi, il tasso di fecondità supera le quattro nascite per donna. Una fecondità elevata è spesso indice di scarsa tutela dei diritti umani, di norma si tratta di paesi poveri con un accesso limitato all'assistenza sanitaria e all'istruzione. Radicate discriminazioni di genere

scoraggiano l'autonomia delle donne e spesso sono diffuse pratiche, come i matrimoni precoci, strettamente collegati alle gravidanze precoci.

A causa dell'elevata fecondità, è tendenzialmente più difficile per i governi migliorare i servizi e conseguire un livello di sviluppo tale da permettere di uscire dalla povertà. Il crescente numero di persone giovani che inizia ad entrare nel mercato del lavoro scopre sempre più spesso che l'economia non è sufficientemente solida da generare posti di lavoro per tutte e tutti.

Nella seconda categoria, la fecondità è diminuita in modo significativo, ma si è poi assestata a un livello ancora elevato – e in alcuni casi addirittura risalita. Tra le cause, l'abbandono dei programmi di pianificazione familiare e le conseguenze di conflitti o di crisi economiche.

In una correlata terza categoria di paesi, il calo della fecondità iniziato fin dagli anni Sessanta – o, in alcuni casi, dagli anni Ottanta – è rimasto stabile e prosegue ancora oggi. La maggior parte di questi paesi presenta un livello medio di reddito nazionale, anche se alcuni sono più poveri e un piccolo gruppo sono ricchi. Molti dei paesi in questa terza categoria attuano importanti programmi statali di pianificazione familiare e si sono costantemente impegnati per garantire i diritti riproduttivi, anche quando le

risorse erano scarse. Tuttavia ci sono enormi differenze nei tassi di fecondità, per esempio tra aree rurali e urbane, e tra gli strati più ricchi e quelli più poveri della popolazione. L'America Latina, in cui si trovano diversi di questi paesi, deve affrontare un alto tasso di gravidanze adolescenziali. Benché gran parte di questi paesi non subisca al momento particolari pressioni dalle tendenze demografiche, la popolazione invecchia rapidamente andando incontro a un futuro in cui le persone che faranno parte della forza lavoro saranno sempre meno e i costi per pensioni e assistenza sanitaria potranno diventare molto alti.

La quarta categoria di paesi presenta da molto tempo un basso livello di fecondità; si tratta soprattutto dei paesi più sviluppati dell'Asia, dell'Europa e dell'America settentrionale. Tendono ad avere migliori livelli di istruzione e di reddito e hanno fatto molti progressi in materia di diritti delle donne. I diritti fondamentali, tra cui quelli riproduttivi, sono quasi sempre tutelati. Tuttavia non esiste la

possibilità per tutti di accedere a servizi qualificati di assistenza per l'infanzia, cosa che rende difficile conciliare lavoro e famiglia, inducendo le persone ad avere meno figli di quanti ne vorrebbero. Con una popolazione anziana sempre più numerosa e una forza lavoro sempre più ridotta, questi paesi rischiano di dovere affrontare, nel breve periodo, un indebolimento dell'economia.

Quali sono gli ostacoli?

In tutte e quattro le categorie di fecondità, gli ostacoli che impediscono alle persone di esercitare diritti e scegliere liberamente in materia di pianificazione familiare presentano radici comuni, anche se sono differenti per forma e livello di difficoltà che comportano. In linea generale, vi sono fattori istituzionali, economici e sociali che possono mettere le coppie e le singole persone nella condizione di realizzare obiettivi e desideri in materia di fecondità o, al contrario, che possono impedirlo. Dove coppie e individui sono del tutto autonomi e indipendenti, la fecondità tende ad assestarsi attorno alle due nascite per donna, livello considerato sufficiente per mantenere stabile la dimensione della popolazione in assenza di fenomeni migratori.

Tra gli ostacoli istituzionali che si frappongono a decisioni libere e responsabili in materia di fecondità vi sono le carenze nell'assistenza sanitaria che limitano la scelta nell'uso dei contraccettivi nonché l'accesso a tecnologie di aiuto alla riproduzione per le donne che hanno superato l'età riproduttiva ottimale o che per altre ragioni non riescono a concepire. In alcuni casi la scarsa qualità dei servizi sanitari comporta il persistere di un alto livello di mortalità infantile, fattore che contribuisce alla tendenza ad avere più figli per compensare la perdita di quelli che muoiono nel venire alla luce o a causa di malattie e malnutrizione.

In alcuni paesi rimangono tuttora ostacoli di natura legale alla contraccezione, che limitano per esempio la possibilità di accedervi a chi non è sposato o ha meno di una determinata età. Anche

© Miho Aikawa/Getty Images



laddove la legge consente alle donne non sposate o alle adolescenti di accedere alla contraccezione, a volte personale sanitario giudicante ne può impedire l'accesso.

All'interno dei sistemi scolastici, in molte parti del mondo l'educazione sessuale esaustiva è limitata e di scarsa qualità, il che priva i/le giovani delle conoscenze e della capacità di fare scelte informate.

Tra gli ostacoli di natura economica rientrano quelli che rendono eccessivamente costosi i servizi per la salute riproduttiva o che costringono le donne a lavorare moltissime ore per un salario insufficiente, tanto che non riescono a trovare il modo di farsi una famiglia.

Molti degli ostacoli difficili da superare che impediscono l'esercizio dei diritti riproduttivi sono dovuti a discriminazione di genere, ed è per questo motivo che il Programma d'azione della ICPD

mette l'accento in particolare sull'uguaglianza di genere. La condizione di subalternità di tante donne fa sì che ancora oggi molte non abbiano una piena conoscenza e comprensione dei propri diritti e di come rivendicarli. Spesso significa non avere la possibilità e l'indipendenza necessarie per dire sì o no alla prospettiva di una gravidanza. Una disuguaglianza di genere istituzionalizzata, che può manifestarsi attraverso l'inadeguatezza dei servizi sanitari, spesso induce le donne ad avere più figli, o meno figli di quanti in realtà ne vorrebbero.

La violenza di genere, diffusissima in tutte le società, erode ulteriormente la loro autonomia e spesso porta a gravidanze forzate. Per di più, in tutto il mondo, le donne svolgono, rispetto agli uomini, la maggior parte del lavoro di cura non retribuito per la crescita dei figli. Spesso quindi dipendono dagli uomini che sostengono economicamente la famiglia, rinunciando all'opportunità di svolgere un lavoro retribuito, e pagando uno sfibrante tributo fisico e mentale.

Garantire il diritto di scegliere

Non esiste luogo, nel mondo odierno, in cui tutte le persone siano totalmente e autonomamente in grado di realizzare i propri obiettivi in termini di fecondità e di diritti riproduttivi. Gli ostacoli sono maggiori in alcuni luoghi, e più difficili da superare in determinate situazioni che in altre. Nondimeno, il carattere universale dei diritti riproduttivi, l'impegno internazionale e l'interdipendenza tra fecondità e sviluppo impongono di abbattere gli ostacoli ancora presenti, specie se intendiamo raggiungere gli Obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Politiche sociali, servizi e budget devono essere in linea con l'obiettivo di consentire a ogni persona e a ogni coppia di godere dei diritti riproduttivi, compreso quello di pianificare la propria famiglia.

La strada da intraprendere può variare da un paese all'altro, ma alcune misure sono comuni a tutti i paesi, a partire dai sistemi sanitari che devono garantire i diritti riproduttivi e fornire servizi per la



© 2012 Meagan Harrison, courtesy of Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, courtesy of Photoshare

salute riproduttiva qualificati e accessibili a chiunque. I servizi sanitari devono fornire una gamma significativa di contraccettivi tra cui scegliere e informare donne e uomini sulle diverse opzioni e sugli effetti della pianificazione familiare per la salute e il benessere. Il personale di questi servizi dovrebbe mettere le persone in grado di prendere decisioni in autonomia, rispettandole anche nel caso di adolescenti, persone non sposate, con disabilità e altre ancora alle quali le norme sociali continuano a imporre stigmatizzazioni e discriminazioni.

In tutti i paesi, a qualsiasi livello di fecondità, vi sono gruppi i cui diritti riproduttivi sono particolarmente compromessi. A volte le persone povere o che abitano nelle zone rurali. A volte le persone giovani o che appartengono a comunità che non parlano la lingua nazionale utilizzata nelle strutture sanitarie. In molti casi, in questi gruppi si riscontrano i livelli più alti di bisogno insoddisfatto di contraccezione e di gravidanze indesiderate. Assicurare l'esercizio dei loro diritti è una priorità urgente che dovrebbe costituire il punto di partenza in direzione della realizzazione universale.

Infine, poiché la fecondità incide su fattori sociali, economici e istituzionali diversi, e ne è a sua volta de-

terminata, i paesi devono aiutare le persone ad avere i figli e le figlie che desiderano mediante politiche volte a incrementare un'occupazione dignitosa, congedi parentali, disponibilità di alloggi a basso costo e servizi qualificati e accessibili per la cura dell'infanzia, nonché a raggiungere – tra le altre priorità – l'uguaglianza di genere.

L'attuale calo della fecondità si deve alla disponibilità senza precedenti di capacità, conoscenze e motivazioni per controllare la procreazione. Le persone reclamano il diritto di decidere liberamente il numero e l'intervallo tra le gravidanze, il che ha prodotto profondi cambiamenti e nuove sfide in ambito demografico. Tuttavia governi e istituzioni non fanno ancora abbastanza per sostenere, informare o rendere possibili tali decisioni, né per prevedere le implicazioni economiche o istituzionali.

Si potrebbe fare di più ponendosi un interrogativo fondamentale che dovrebbe essere al centro dell'attività politica: tutte le persone – ovunque vivano, in qualsiasi fascia di reddito o di età, a qualunque gruppo appartengano – riescono ad avere il numero di figli che desiderano? Se la risposta è no, i diritti riproduttivi sono compromessi e gli impegni verso la loro universalità rimangono inattuati.



La tendenza mondiale verso famiglie meno numerose

CAPITOLO 1

Negli ultimi 150 anni, e soprattutto a partire dagli anni Sessanta, i tassi di fecondità sono diminuiti in quasi tutti i paesi. Da una situazione in cui si registravano tassi di fecondità di almeno cinque figli per donna siamo passati, nella maggioranza dei paesi con almeno un milione di abitanti, a un massimo di 2,5.



© UNFPA/Reza Sayah

La transizione globale da una fecondità elevata a una bassa è iniziata in Europa nel 1800 e da allora si è estesa al mondo intero. Nei primi anni Trenta del secolo scorso, la fecondità era già scesa in molti paesi fino a raggiungere all'incirca il livello di sostituzione. Tale livello – equivalente a un tasso di fecondità totale di 2,1 – si riferisce al numero medio di nascite per ogni donna nei suoi anni fertili, ed è quello che mantiene costanti le dimensioni della popolazione. In alcune parti del mondo

la transizione della fecondità è avvenuta in modo repentino. In Australia, per esempio, le donne sposate nate tra il 1851 e il 1856 avevano in media otto figli. Quelle nate un decennio più tardi, tra il 1861 e il 1866, una media di quattro.

Che cosa ha provocato questo improvviso e considerevole calo della fecondità dopo millenni di fecondità elevata?

Molti fattori – tra cui i cambiamenti nel mercato del lavoro, la ricchezza, migliori condizioni

di salute e di alimentazione, maggiori livelli di sopravvivenza neonatale e infantile, accesso più diffuso all'istruzione, specie quella femminile – hanno contribuito ad accelerare la transizione in Europa. Nel giro di un paio di decenni le famiglie sono diventate velocemente più piccole. Ciò è accaduto prima che la maggioranza delle persone avesse accesso alla contraccezione moderna, e molto prima che l'espressione "diritti riproduttivi" fosse diffusamente utilizzata da politici e sostenitori.

Oggi il concetto di diritti riproduttivi, in particolare quello di ciascuna di decidere se, quando e quanti figli avere, è dato per scontato da centinaia di milioni di persone con le possibilità e gli strumenti per rimandare o evitare una gravidanza. Eppure, fino a poco tempo fa, il vocabolario dei diritti era assente dalle iniziative politiche e dalle ricerche sui cambiamenti demografici, sulla riproduzione o sulla salute delle donne. Una svolta fondamentale nel modo in cui ogni paese affronta tali questioni è iniziata dopo la Seconda guerra mondiale ed è avvenuta ufficialmente 50 anni fa a Teheran con la Conferenza internazionale sui diritti umani

delle Nazioni Unite. In quell'occasione, i delegati hanno proclamato che "i genitori hanno il diritto umano fondamentale di determinare liberamente e responsabilmente il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite."

Il diritto a pianificare la propria famiglia è stato riconosciuto, esplicitamente o implicitamente, in almeno altre 20 Convenzioni o accordi internazionali, dal Piano d'azione mondiale sulla popolazione del 1974 alla Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne del 1979.

Il consenso mondiale sui diritti individuali in materia di procreazione si è raggiunto con la ICPD del 1994, quando 179 governi hanno convenuto che popolazione e sviluppo sono legati in modo inscindibile e che l'emancipazione delle donne e la risposta alle esigenze delle persone in materia di istruzione e salute, compresa quella riproduttiva, sono fattori indispensabili per il progresso individuale e per uno sviluppo equilibrato (UNFPA, 2012). Promuovere l'uguaglianza di genere, eliminare la violenza contro le donne e assicurare a ciascuna la possibilità di controllare la propria fecondità sono stati riconosciuti





© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

come pilastri fondanti per le popolazioni e e per le politiche di sviluppo di ogni paese.

Il concetto di diritti riproduttivi è spesso definito come la capacità di controllare direttamente le gravidanze e le nascite attraverso la contraccezione o con altri mezzi (Starrs et al., 2018). Ma questa definizione non accenna a tutta quella gamma di fattori che possono condizionare le decisioni prese singolarmente di avere un figlio, o molti, o nessuno.

Una definizione più ampia dei diritti riproduttivi comprende anche tutte le circostanze sociali, economiche e istituzionali nonché i fattori che consentono alle coppie e ai singoli di realizzare i propri obiettivi e desideri in materia di procreazione. Per esempio, sistemi e strutture che consentano alle donne di entrare nel mondo del lavoro e di rimanervi anche se decidono di avere dei figli, nonché l'attuazione di leggi che vietino i matrimoni precoci.

La libertà di esercitare i propri diritti riproduttivi si ripercuote sulla fecondità sia a livello individuale

che sociale. Questo valeva un secolo fa, come oggi: sebbene i diritti riproduttivi, come li abbiamo definiti qui, non esistessero con questo nome, nondimeno le persone aspiravano ad essi e si sforzavano di trovare il modo per scegliere liberamente il tempo e l'intervallo tra le gravidanze e le dimensioni della propria famiglia.

Nell'ambito delle scelte consapevoli

Le ipotesi che spiegano l'avvenuta transizione della fecondità in Europa – e, in seguito, in altre parti del mondo – vanno dalla classica teoria della transizione demografica fino a quelle imperniata sui fattori economici. Secondo la teoria della transizione demografica, la fecondità scende in risposta ai cambiamenti della vita sociale, accompagnati e causati da industrializzazione e urbanizzazione. Le teorie legate alle cause economiche attribuiscono in buona parte il calo della fecondità al mutare



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

del rapporto costi/benefici derivano dall'averne un figlio (Mason, 1997). Ma a prescindere dalla spiegazione, il passaggio da una fertilità elevata a una bassa rappresenta un cambiamento radicale nel comportamento delle coppie, con importanti conseguenze anche per le società in cui vivono. Questo cambiamento, se protratto nel tempo e adottato diffusamente – se non si tratta cioè solo di una momentanea reazione a una mutata situazione economica o sociale – riflette una trasformazione fondamentale delle norme sociali.

Secondo il demografo Ansley Coale, la fertilità può iniziare a diminuire in modo costante soltanto se si verificano tre condizioni (Coale, 1973).

La prima, i singoli devono considerare la fertilità come una componente della vita che possono controllare o influenzare con le loro azioni. Anche se oggi questo ci può apparire relativamente ovvio, l'idea che la fertilità rientri “nell'ambito delle scelte consapevoli” ha segnato una svolta rivoluzionaria nel modo in cui singoli e coppie consideravano se stessi, le loro famiglie e le loro possibilità nella vita. La seconda, gli individui devono considerare come un vantaggio l'averne meno figli, il che costituisce la motivazione per prendere

misure volte a “controllare la fertilità”. La terza, i metodi affidabili per evitare il concepimento e le informazioni su come usarli devono essere a disposizione di chiunque.

Sebbene ciascuna di queste tre condizioni possa esistere in una combinazione o nell'altra perché si verifichi una costante diminuzione della fertilità, la cosa più importante è comprendere che è possibile avere il numero di figli che si desidera e avere una chiara motivazione a farlo. Senza questo, la disponibilità dei metodi contraccettivi può tutt'al più produrre un impatto limitato sulla fertilità. Quando però si verificano queste due precondizioni, la contraccezione può indicare con chiarezza alla singola persona e alle coppie la via per realizzare le proprie aspirazioni, svolgere un ruolo centrale nell'aiutare ad attuare il proprio diritto a decidere liberamente e responsabilmente se, quando e quanti figli avere. Oggi si calcola che 885 milioni di donne nelle regioni in via di sviluppo desiderano evitare la gravidanza. Circa tre quarti di loro usa un metodo moderno di contraccezione, mentre il bisogno di contraccettivi di circa un quarto di loro – 214 milioni – è ancora insoddisfatto (Guttmacher Institute, 2017).

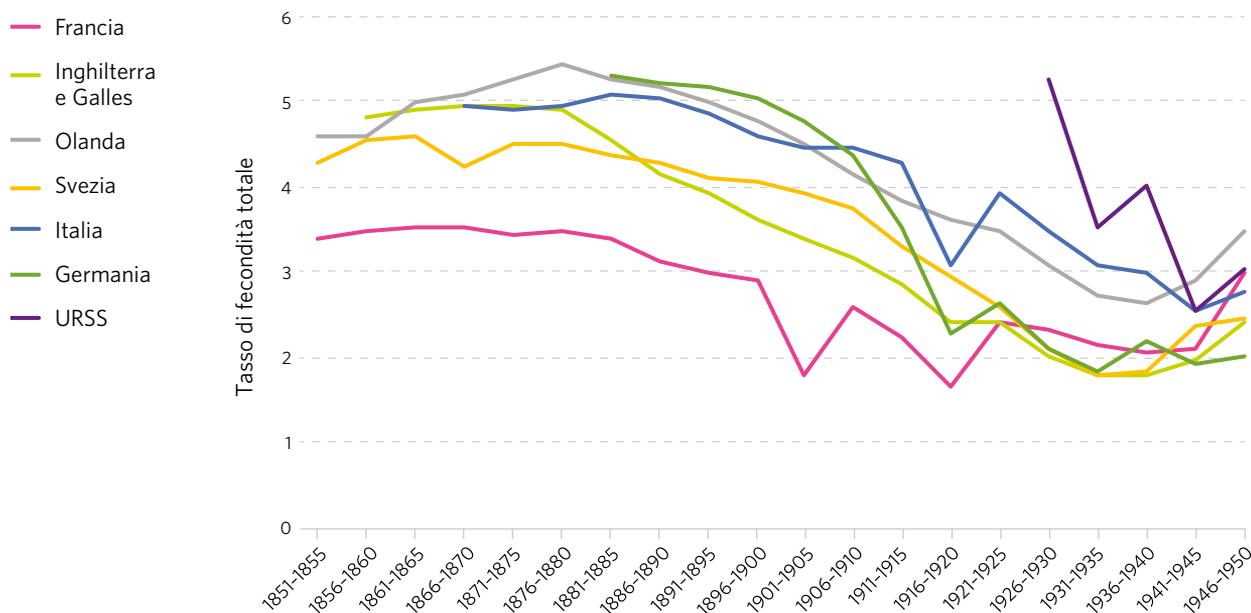
L'inizio della transizione della fecondità: volere è potere

Si ritiene generalmente che, a livello mondiale, il calo della fecondità abbia avuto inizio nella seconda metà dell'Ottocento in Francia, poi nei paesi anglofoni e in quelli del nord Europa (Figura 1). Le coppie che hanno preso parte a questa primissima transizione verso una minore fecondità devono essere state mosse da motivazioni molto forti, perché sono riuscite ad avere meno figli malgrado le potenti forze istituzionali che sostenevano la procreazione. Ne risulta che la prevenzione della gravidanza in questo periodo si può definire con l'espressione "volere è potere". Le coppie adottavano differenti metodi. Molte riuscivano a evitare o a rimandare l'arrivo dei figli ricorrendo al coito interrotto o all'astinenza, anche se a partire dalla seconda metà del XIX secolo, nei paesi in cui la fecondità era diminuita, nei negozi erano disponibili preservativi o diaframmi di gomma vulcanizzata.

Le nuove forme di contraccezione davano maggior potere di controllo sulla dimensione delle famiglie, ma erano spesso proibitive per il cittadino medio (Coale, 1973). Alcuni quindi si affidavano a metodi poco costosi e fatti in casa, come spugnature e pessari al chinino. Anche le norme sociali dettero il loro contributo, con l'innalzamento dell'età del primo matrimonio – che, unito alla forte disapprovazione verso l'attività sessuale fuori dal matrimonio, portò a ritardare l'inizio della procreazione – ma anche con la raccomandazione di osservare un periodo di astinenza dopo il parto. È inoltre attestato, con una certa frequenza, il ricorso all'aborto volontario (McDonald and Moyle, 2018).

Ai primi del Novecento, in Inghilterra e in seguito in Australia, un'importante motivazione è nelle crescenti aspirazioni economiche delle/dei giovani, le cui possibilità di realizzazione non crescevano con altrettanta rapidità: in questo contesto, molti ritenevano di non potersi permettere famiglie nu-

FIGURA 1 Tassi di fecondità totale, 1851-1950



Fonte: Chesnais (1992)

merose (Seccombe, 1993; Moyle, 2015; McDonald and Moyle, 2018).

Le donne erano spesso motivate anche dal desiderio di evitare il peso delle continue gravidanze e dei pericoli connessi. I rischi di mortalità materna iniziarono a scoraggiare le donne dall'aver molti figli, ma anche l'aspettativa di vita relativamente bassa degli uomini contribuì alla formazione di famiglie meno numerose: le vedove con molti figli andavano incontro a gravi difficoltà economiche e avevano meno probabilità di risposarsi (Moyle, 2015).

È possibile che il calo della mortalità infantile e neonatale abbia costituito un'ulteriore motivazione nell'aver famiglie più piccole, anche se il collegamento non è ancora stato documentato in modo definitivo dagli studi effettuati finora (Van de Walle, 1986; Guinnane, 2011).

La transizione della fecondità in Europa coincise con l'estensione generale, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, dell'istruzione gratuita e obbligatoria. Questo portò a un incremento della scolarizzazione femminile, mentre la figura dell'insegnante si affermava come modello (Caldwell, 1980; McDonald and Moyle, 2018). Ancora oggi, più alti livelli di istruzione femminile sono associati a minori tassi di fecondità.

Quest'ultima contribuì a migliorare la condizione delle donne, nella società e in famiglia, conferendogli maggiore autonomia e potere decisionale, anche sul bilancio familiare. Il controllo delle spese fece comprendere loro quali fossero gli ulteriori costi associati alla nascita di un altro figlio. È probabile che questa consapevolezza abbia contribuito al desiderio di averne di meno (McDonald and Moyle, 2018). L'accesso all'istruzione per tutti gli strati sociali favoriva inoltre il contatto con nuove idee e conoscenze, comprese le nozioni sulla riproduzione umana: questo permise di compiere scelte indipendenti anziché lasciare che i propri comportamenti fossero guidati unicamente dalle istituzioni, religiose o di altro genere.

Nello stesso periodo le economie si trasformavano e creavano opportunità e aspirazioni di avanzamento sociale, preparando la via che avrebbe portato a una classe media sempre più numerosa. Aumentarono i posti di lavoro di tipo impiegatizio. Il desiderio di cogliere queste nuove opportunità indusse molti a desiderare famiglie più piccole: chi aveva molti figli aveva più difficoltà ad adeguarsi al nuovo modello economico e sfruttarne i vantaggi (Banks, 1954; Seccombe, 1993; Moyle, 2015).

L'istruzione prometteva di essere la chiave per accedere alle nuove opportunità offerte dai cambiamenti economici e dalla diminuzione del lavoro minorile, i genitori cominciarono a intravedere la possibilità di un futuro diverso per i loro figli e a pensare che fosse meglio garantire una vita migliore a pochi, che distribuire le risorse tra una prole numerosa (Becker and Lewis, 1973; Caldwell, 1976).

Molte società europee divennero più laiche: mentre diminuiva l'influenza delle istituzioni religiose sulle decisioni relative all'uso dei contraccettivi, aumentava l'autonomia personale nel decidere le dimensioni della propria famiglia (Lesthaeghe and Wilson, 1986). Anche in Australia si produsse un cambiamento analogo.

L'urbanizzazione ha probabilmente favorito la libertà di scegliere quando avere figli e con quale intervallo tra le gravidanze: in generale, la fecondità cominciò a scendere prima e più rapidamente nelle città che nei paesini e nelle campagne (Moyle, 2015). Giovani che abbandonavano i piccoli centri per trasferirsi nelle aree urbane, spesso si lasciavano alle spalle anche le pressioni sociali esercitate da genitori e parenti perché formassero famiglie numerose. È tuttavia attestato che, nei paesi dell'Europa occidentale e settentrionale, l'abbandono di famiglie estese ha inciso in modo molto limitato sulla fecondità: le famiglie nucleari erano infatti già diffuse prima che iniziasse la transizione della fecondità (Hajnal, 1965).

L'informazione è stata invece un fattore essenziale per la riduzione delle famiglie (Coale, 1973).

Nell'Ottocento, le nuove forme di comunicazione, unite alla maggiore diffusione di quelle già esistenti, favorirono la rapida circolazione delle idee in tutti gli strati della società, stimolando molti ad avere meno figli (Lesthaeghe, 1977; Knodel and Van De Walle, 1986; Cleland and Wilson, 1987).

I crescenti livelli di alfabetizzazione produssero un grande incremento nella lettura di quotidiani, riviste e pamphlet. L'influenza dei media sulla fecondità è stata documentata in Australia (Moyle, 2015). Pamphlet che descrivevano i metodi contraccettivi erano largamente diffusi in Australia, Inghilterra e Stati Uniti. Gli autori subirono persecuzioni, ma i resoconti di queste pubblicati sui giornali servirono di fatto a diffondere le informazioni sui contraccettivi tra un pubblico ancora più ampio (McDonald and Moyle, 2018).

Anche le comunicazioni informali svolsero un ruolo importante. In Australia, per esempio, le informazioni sulla contraccezione erano spesso condivise tra amiche o nelle riunioni dei gruppi femminili. Negli anni novanta del XIX secolo riscossero un enorme successo di pubblico le lezioni e conferenze sulla contraccezione, riservate alle sole donne, che si svolsero nei principali auditorium di Melbourne (McDonald and Moyle, 2018).

La transizione della fecondità in Asia

La transizione della fecondità in Asia è iniziata negli anni Cinquanta. A differenza di quanto avvenne in Europa nell'Ottocento, contro la volontà di governi e istituzioni, in Asia il cambiamento è stato agevolato proprio dalle amministrazioni che hanno incoraggiato la formazione di famiglie meno numerose.

Alcuni governi hanno promosso la pianificazione familiare nella convinzione che un minor numero di figli per coppia avrebbe spalancato nuove opportunità di crescita economica (McDonald, 2018). Una diminuzione delle nascite,



© Giacomo Pirozzi

si argomentava, avrebbe portato col tempo a una maggiore percentuale di popolazione attiva e a una diminuzione di quella sotto i 18 anni (Coale and Hoover, 1958). In quest'ottica si consideravano i bambini come consumatori puri del capitale del paese, mentre i produttori puri erano i cittadini attivi. Senza tanti figli da mantenere, lo Stato avrebbe potuto destinare maggiori risorse all'investimento di capitale, che a sua volta avrebbe stimolato occupazione e produttività. La maggiore occupazione produttiva avrebbe contribuito ad alleviare gli oneri economici delle famiglie, consentendo loro di investire maggiormente nell'educazione dei figli e delle figlie. Questo legame fra transizione della fecondità e crescita economica divenne in seguito noto come "dividendo demografico" (Lee and Mason, 2006).

La transizione della fecondità in Asia ha contribuito al "miracolo economico" della regione, negli anni Ottanta e Novanta (Bloom and Williamson, 1998). Ma questo è dipeso anche dalle misure sociali ed economiche introdotte dai singoli paesi e dalle istituzioni politiche che hanno consentito di realizzare il potenziale di crescita economica che derivava dalla transizione della fecondità (Figure 2).

Le drastiche riduzioni della fecondità nella Repubblica di Corea e a Singapore, per esempio, si

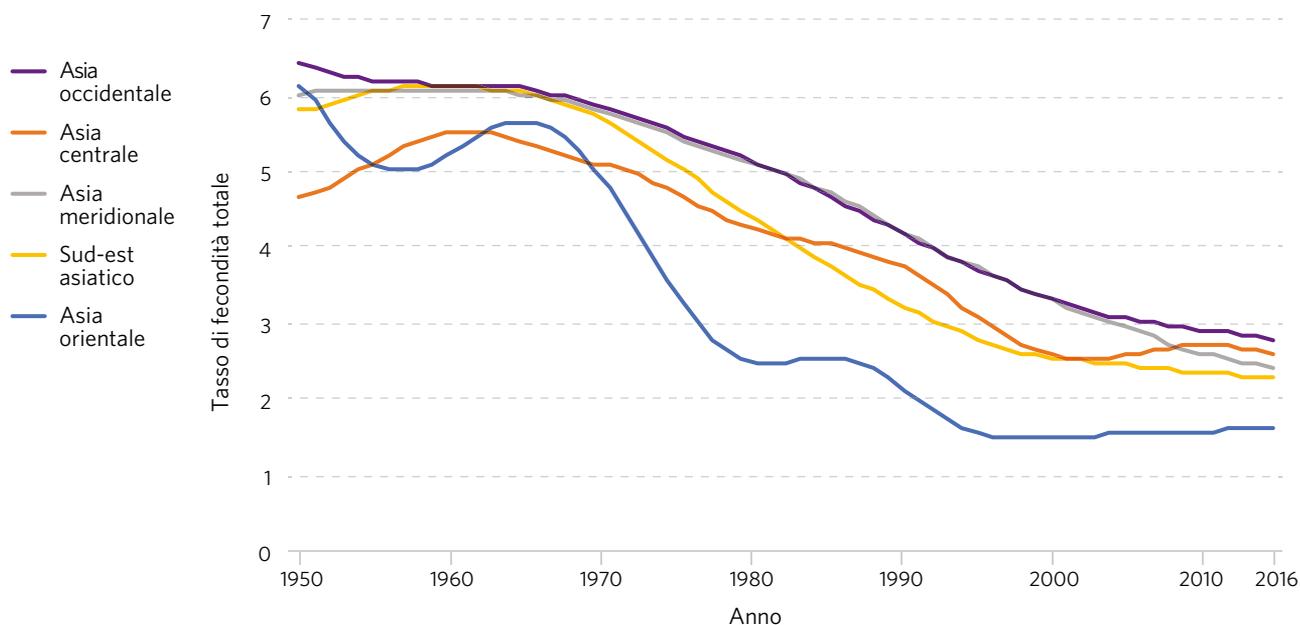
sono verificate in concomitanza con ingenti investimenti nell'istruzione femminile e nelle misure volte a incrementare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Anche gli alti tassi di urbanizzazione hanno contribuito a far diminuire la fecondità. All'interno dei programmi governativi per la pianificazione familiare si sono lanciate campagne che mettevano l'accento sui costi sostenuti dalle famiglie numerose, e i benefici per la salute di madri e prole derivanti dall'aver meno figli. Queste campagne si rivolgevano soprattutto alle donne.

La rapidità con cui la popolazione adottò la pianificazione familiare e il conseguente brusco declino della fecondità fa presumere che esistesse già una forte aspirazione o motivazione latente in favore di famiglie più piccole. Tra le motivazioni, la preoccupazione per i costi che una famiglia numerosa doveva sobbarcarsi e l'interesse a garantire la salute di madri e figli/e.

La domanda latente emerse spontaneamente in paesi come Myanmar, dove la fecondità scese anche in assenza di iniziative governative a favore della pianificazione familiare. Qui le persone si procuravano i contraccettivi dai paesi vicini, Thailandia e Bangladesh, per limitare le dimensioni della famiglia.

In Bangladesh e in Indonesia, la fecondità scese anche nelle aree rurali più povere negli anni Settanta e Ottanta, quando le donne ottennero di accedere ai metodi moderni di contraccezione in seguito alle campagne di informazione e ai servizi per la pianificazione familiare sostenuti dal governo. Nelle aree rurali è probabile che la pianificazione familiare abbia contribuito all'empowerment e alla maggiore autonomia delle donne. Per esempio, spesso le donne che si recavano ai servizi di pianificazione familiare di zona avevano il permesso di spostarsi da casa senza

FIGURA 2 Tassi di fecondità totale, regioni dell'Asia, 1950-2016



Fonte: Nazioni Unite (2017)

essere accompagnate da un uomo della famiglia (Simmons, 1996).

Negli stessi anni Settanta e Ottanta alcuni paesi introdussero programmi di pianificazione familiare particolarmente aggressivi, che prevedevano bonus e penalità a seconda del raggiungimento o meno degli obiettivi relativi al numero delle utenti dei servizi per la contraccezione, o che ricorrevano alla sterilizzazione forzata di donne e uomini delle famiglie più povere. L'obiettivo prioritario era di ridurre drasticamente la crescita della popolazione e limitare il numero dei figli, non di tutelare i diritti riproduttivi (Hull, 1991; Harkavy and Roy, 2007; Abbasi-Shavazi et al., 2009; Hayes, 2018). Altri paesi, come l'Iran, adottarono un approccio più moderato, con programmi mirati a rispettare il diritto dei singoli a decidere se, quando e quanti figli avere, rallentando allo stesso tempo la crescita complessiva della popolazione. Campagne di informazione, educazione e comunicazione promuovevano spesso la famiglia ideale con due figli: un nucleo piccolo, sano e benestante era proposto come modello alle coppie.

Molti altri paesi della regione esercitarono pressioni sulle coppie perché non avessero più di due figli, pur sostenendo la Convenzione del 1979 sull'Eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne, che all'articolo 16 esortava gli Stati a tutelare i diritti delle donne "a decidere liberamente e responsabilmente il numero e l'intervallo delle nascite."

La transizione della fecondità in America Latina

Il vero e proprio calo della fecondità in America Latina è iniziato negli anni Sessanta, anche se in Argentina e in Uruguay era probabilmente già in corso. In Brasile, Costa Rica, Cile, Colombia, Repubblica Dominicana e Venezuela si è avuta una rapida diminuzione a partire dagli anni Sessanta, mentre in altri paesi la decrescita iniziale più lenta è stata seguita da una fase di accelerazione. Diver-

samente da quanto avvenuto in Asia, la maggior parte dei governi latino-americani erano fondamentalmente disinteressati alla crescita della popolazione, benché entro la fine degli anni Sessanta in quasi tutti i paesi fossero in corso programmi statali per la pianificazione familiare. È chiaro in ogni caso che le preferenze in materia di fecondità erano già cambiate prima ancora che la contraccezione fosse resa largamente accessibile. Quindi, in America Latina la contraccezione ha rappresentato una facilitazione, ma non il fattore propulsivo del calo della fecondità (Mundigo, 1992).

I sondaggi effettuati negli anni Sessanta e Settanta dimostrano che le donne indicavano stabilmente come dimensione ideale una famiglia con uno o due figli in meno rispetto al tasso di fecondità dell'epoca (CELADE e CFSC, 1972; United Nations, 1987). Di conseguenza nel paese donne e coppie hanno adottato con entusiasmo la contraccezione non appena si è resa disponibile, e in tutta la regione si sono registrati cali estremamente rapidi nella fecondità.

Le motivazioni alla base del declino della fecondità risultano sostanzialmente simili a quelle di Europa e Asia. La drastica diminuzione della mortalità infantile e materna avvenuta nella regione aveva già ridotto l'incentivo ad avere più figli, poiché i genitori erano più fiduciosi di veder diventare adulti quelli che avevano. I rapidi cambiamenti economici motivavano e insieme rafforzavano i cambiamenti e le norme sociali relative alla gravidanza: particolarmente importanti furono fattori come la rapida e capillare diffusione dell'energia elettrica e l'urbanizzazione (Potter et al., 2002). L'affermarsi nella regione di un'economia manifatturiera basata sui consumi ha incentivato la scolarizzazione, offrendo nuove opportunità per l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro retribuito e accelerando il processo di urbanizzazione. Nel complesso, questi fattori hanno prodotto una situazione che induceva le coppie ad avere meno figli.

In generale, in tutta la regione l'andamento della fecondità è stato relativo ai cambiamenti economici, come esemplificato dalla drastica diminuzione durante la crisi economica degli anni Ottanta (Guzman, 1998). Allo stesso tempo, la posizione sociale delle donne latino-americane era migliorata notevolmente, consentendo loro di avere una maggiore influenza su tutti gli aspetti della loro esistenza, compresa la procreazione: un dato che ha contribuito all'incremento della domanda di pianificazione familiare.

La fecondità oggi, nel mondo

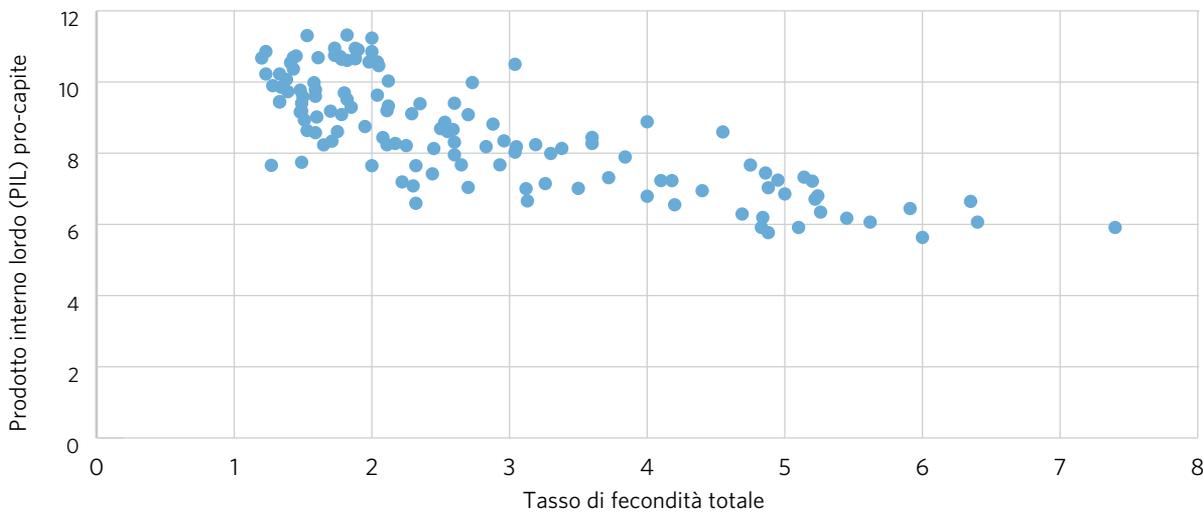
Oggi i tassi di fecondità sono più bassi di cinquant'anni fa in tutti i paesi tranne uno: la Repubblica Democratica del Congo. A livello mondiale la fecondità è di circa il 50 per cento più bassa rispetto alla metà degli anni Sessanta. Si prevede in tutto il mondo un'ulteriore diminuzione fino al 2050, quando secondo le stime nessun paese dovrebbe avere un tasso superiore a 5 nascite per donna (United Nations, 2017). A livello nazionale e di macro-regioni, i tassi di fecondità continuano

a diversificarsi in risposta a variabili quali i livelli di reddito, il luogo di residenza – rurale o urbano – e i gruppi di età (Figura 3).

Prima dell'inizio della transizione, nel XIX secolo, i livelli di fecondità erano pressoché elevati in tutto il mondo e corrispondevano agli altissimi livelli di mortalità infantile lungo tutta la storia dell'umanità. Ma mentre la fecondità è scesa rapidamente nei paesi dell'Europa occidentale e settentrionale e poi nelle colonie di lingua inglese, in altre parti del mondo la diminuzione si è verificata in tempi diversi, per varie ragioni tra cui la rapidità dei cambiamenti sociali ed economici, l'abbassamento della mortalità infantile, la disponibilità dei metodi contraccettivi.

Oggi, 43 paesi con almeno 1 milione di abitanti hanno un livello di fecondità di 4 o più nascite per donna, 30 hanno una fecondità in diminuzione, ma ancora situata tra i 2,5 e le 3,9 nascite per donna, 33 sono scesi di recente intorno al livello di sostituzione e 53 presentano da molti anni una fecondità corrispondente o inferiore al livello di sostituzione.

FIGURA 3 Rapporto tra PIL pro-capite e tasso di fecondità totale, 2017





© Giacomo Pirozzi

Mai prima d'ora, in tutta la storia dell'umanità, si era assistito a differenze tanto elevate nei tassi di fecondità tra gruppi di paesi (Figure 4).

Ciascun livello di fecondità ha le sue cause e si accompagna a una serie di difficoltà specifiche, da cui derivano importanti conseguenze per le società, le economie e le istituzioni di ciascun paese.

Le conseguenze di una fecondità elevata

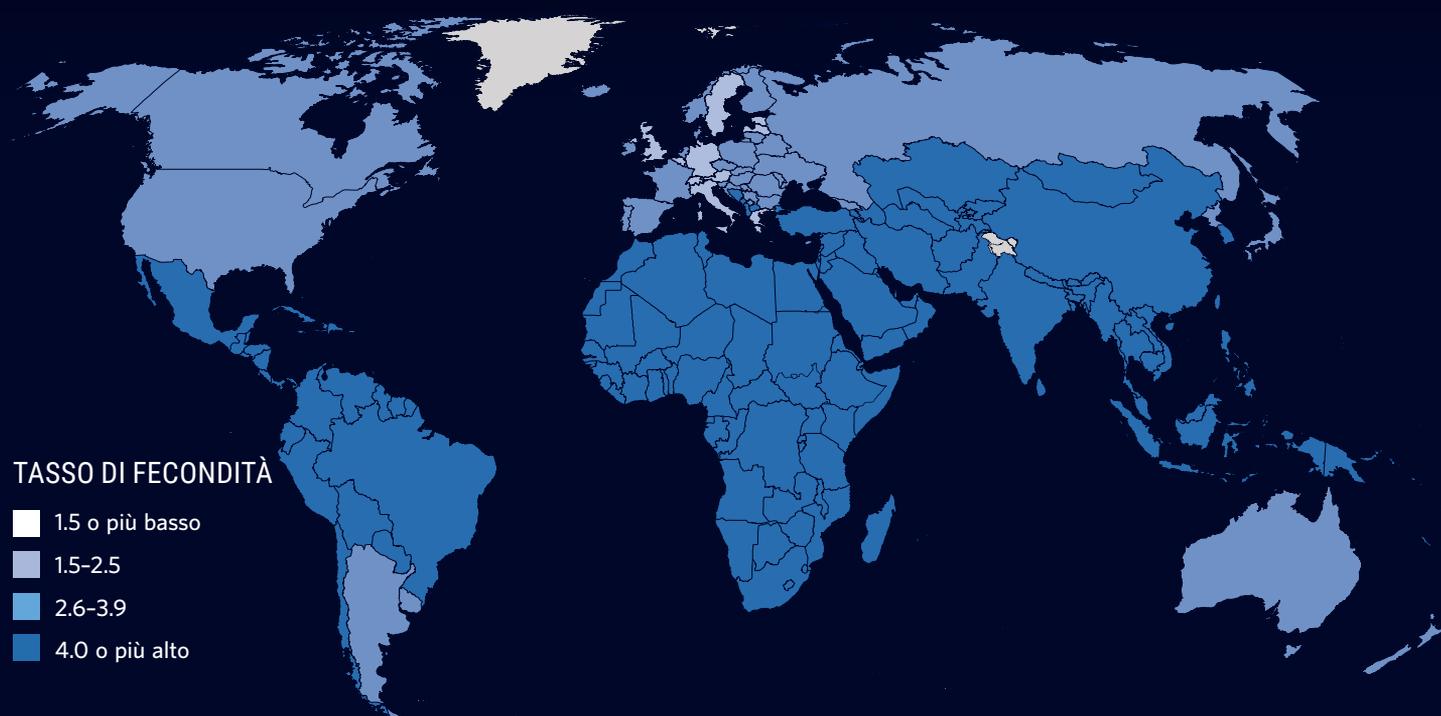
La fecondità elevata comporta alti tassi di crescita demografica e un aumento sproporzionato nella percentuale della popolazione di 15 anni o più giovane. Nel Niger per esempio, che è il paese con il tasso di fecondità più alto al mondo, il tasso annuale di crescita della popolazione è del 3,84 per cento. Circa una persona su due ha meno di 15 anni. Agli attuali livelli di crescita, sia la popolazione attuale, sia il numero dei minori di 15 anni, è destinato a raddoppiare ogni 18 anni. Se anche in futuro il tasso di fecondità dovesse scendere, gli alti livelli attuali e passati sono destinati a produrre

un'accelerazione nella crescita della popolazione mano a mano che l'elevatissimo numero di persone con meno di 15 anni entrerà nell'età fertile (United Nations, 2015).

Di norma, i paesi con alti tassi di fecondità devono compiere grossi sforzi per assicurare l'istruzione dei/delle giovani, l'assistenza sanitaria per tutti e le opportunità occupazionali giovani. Nelle aree rurali, la difficoltà di trovare lavoro rischia di spingere la popolazione giovanile a emigrare nelle città, dove i posti di lavoro già scarseggiano. Negli anni a venire è molto probabile che si assista, nei paesi con tassi di fecondità di quattro o più figli per donna, a una forte crescita della popolazione urbana. (United Nations, 2015b).

Le conseguenze di una bassa fecondità

Tra i paesi con almeno 1 milione di abitanti, 22 presentano tassi di fecondità sotto 1,5 nascite per donna. Questo tasso non basta a mantenere le dimensioni attuali della popolazione, in assenza di



immigrazione. Sono paesi con un'alta percentuale di anziani, i cui governi rischiano di avere grandi difficoltà nel garantire l'adeguato finanziamento dei sistemi di sicurezza sociale e nel riorientare alcuni servizi, per esempio quelli per la salute, per far fronte alla nuova composizione demografica. Una fecondità troppo bassa significa inoltre che sempre meno ragazzi e ragazze entreranno nel mondo del lavoro, il che suscita gravi preoccupazioni per il futuro della crescita economica. La diminuzione della quota di popolazione giovanile attiva in paesi come il Giappone, la Repubblica di Corea e Singapore, implica anche una diminuzione delle persone capaci di sviluppare e adattare le nuove tecnologie. I paesi in cui scarseggia la manodopera giovanile e qualificata rischiano di trovarsi in una relativa posizione di svantaggio economico.

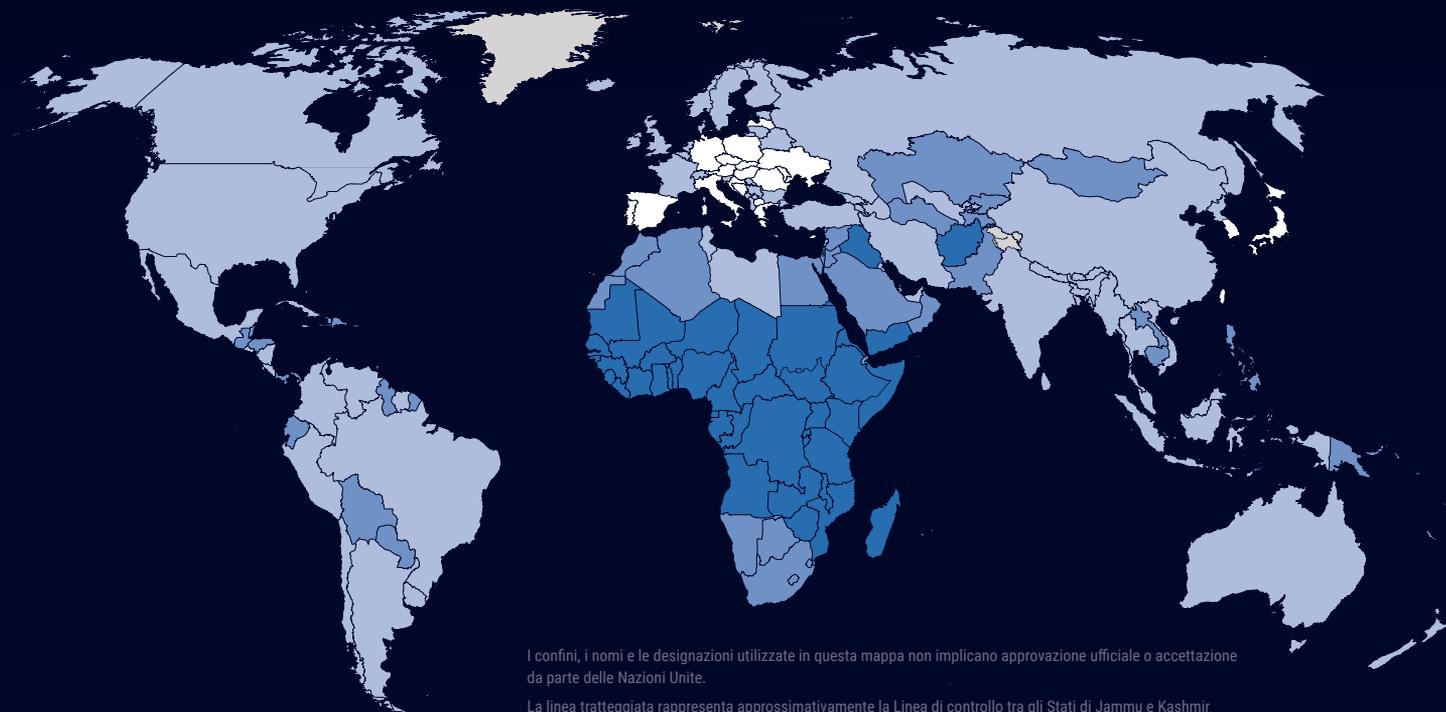
Le risposte dei governi

Che i loro paesi presentino tassi di fecondità molto alti o molto bassi, spesso i governi non gradiscono tali tendenze e hanno adottato misure per affrontarle. La maggior parte dei paesi con un tasso di quattro o più nascite per donna si sono mostrati interessati a ridurlo, mentre quasi tutti quelli con un tasso da 1,5 in giù desiderano incrementarlo (Figura 5). Alcuni di questi paesi, soprattutto nell'Est Europa, stanno elaborando programmi di "sicurezza demografica" per risolvere il problema. I paesi con un tasso di fecondità compreso tra 1,5 e 2,5 di solito sono soddisfatti del loro tasso di crescita demografica.

Che cosa vogliono le persone

Nel mondo ci sono moltissime persone e coppie che hanno il numero di figli che desiderano. Ma ce

FECONDITÀ 2015

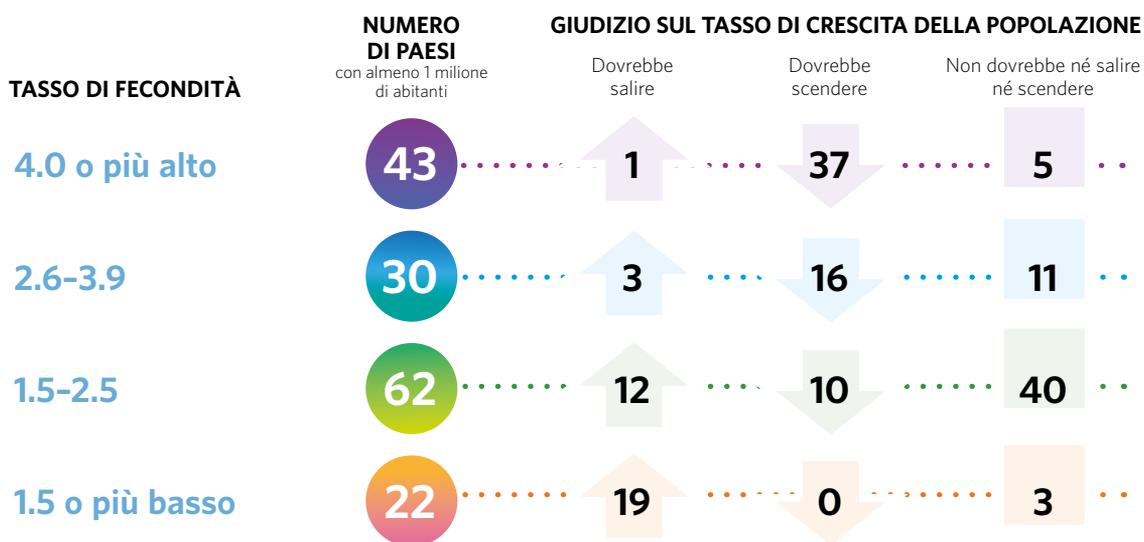


I confini, i nomi e le designazioni utilizzate in questa mappa non implicano approvazione ufficiale o accettazione da parte delle Nazioni Unite.

La linea tratteggiata rappresenta approssimativamente la Linea di controllo tra gli Stati di Jammu e Kashmir concordata dall'India e Pakistan. Lo stato definitivo di Jammu e Kashmir non è stato ancora concordato dalle parti.

FIGURA 5

Opinioni dei governi sui tassi di crescita della popolazione, per tasso di fecondità, 2010-2014



Fonte: Nazioni Unite (2015a); Nazioni Unite (2017)

ne sono anche moltissime che hanno più – o meno – figli di quanti ne vorrebbero.

La discrepanza tra la dimensione desiderata e quella reale delle famiglie può avere molte cause. In alcuni casi la differenza si può semplicemente attribuire al fatto che le persone, nel tempo, cambiano idea. Il numero ideale di figli che una donna dichiara quando ha poco più di 20 anni può cambiare molto quando si avvicina ai 40. In altri casi la discrepanza può dipendere dalla difficoltà nel concepimento. In altri ancora, possono mancare i mezzi per realizzare i propri desideri. Nei paesi in via di sviluppo con elevata fecondità, per esempio, molte donne hanno più figli di quanti ne vorrebbero a causa dell'accesso limitato alla contraccezione che vorrebbero, con il risultato di avere gravidanze indesiderate: nei paesi in via di sviluppo se ne contano 89 milioni ogni anno. Le gravidanze non pianificate rappresentano il 43 per cento del totale.

Per contro, nei paesi ad alto reddito e basso tasso, il livello effettivo di fecondità non raggiunge la dimensione familiare media ideale, a volte per

i problemi che le donne incontrano nel coniugare carriera e maternità per la mancanza di strutture per l'infanzia economicamente accessibili, o perché devono dedicare più tempo degli uomini al lavoro domestico. Poiché spesso in questi paesi ci si sposa a un'età più avanzata, spesso le donne hanno più difficoltà a restare incinte, e le tecnologie per la riproduzione assistita come la fecondazione in vitro possono essere difficilmente accessibili o troppo onerose. Da anni, in molti paesi europei e dell'Asia orientale, le famiglie sono meno numerose di quanto le coppie vorrebbero, lo stesso accade ora anche negli Stati Uniti (Harknett and Hartnett, 2014; Gietel-Basten, 2018; Stone, 2018).

Queste differenze indicano che in nessuna parte del mondo i diritti riproduttivi sono universalmente realizzati e che in ogni parte del mondo esistono ostacoli diversi per dimensioni e per natura – economica, sociale, istituzionale o altro – che si frappongono tra le persone e il numero di figli che vorrebbero.

In un mondo ideale, le preferenze dei governi relative al tasso di fecondità (più basso o più elevato)



dovrebbero allinearsi alle preferenze individuali sulla dimensione della famiglia. Per esempio, in un paese in cui una coppia desidera avere meno figli, il governo potrebbe garantire servizi e misure che glielo consentono, rendendo più accessibile l'intera gamma dei metodi moderni di contraccezione.

In un paese in cui una coppia desidera avere più figli ma non può permetterselo economicamente, il governo potrebbe prevedere servizi per la cura dell'infanzia gratuiti o a costi accessibili.

I governi possono raggiungere l'obiettivo di far scendere o aumentare la fecondità mediante misure intese a potenziare i diritti individuali e dando alle persone la possibilità di avere famiglie delle dimensioni desiderate. Decenni di ricerca hanno dimostrato che, quando le donne nei paesi ad alta fecondità hanno il potere e i mezzi per scegliere liberamente, scelgono famiglie più piccole. La capacità di prendere decisioni cruciali in merito alla gravidanza e alla dimensione della famiglia dipende da molti fattori e non dalla sola contraccezione: rispetto dell'uguaglianza di genere; economia e posizione geografica; livello di istruzione; accesso all'istruzione, sicurezza e libertà di espressione.

Analogamente, nei paesi a bassa fecondità, i governi possono aiutare le persone ad avere più figli mediante interventi diretti, come cure gratuite o a basso costo per l'infertilità, o tramite misure che consentano a coppie e singoli di superare gli ostacoli economici che impediscono di formare o allargare la famiglia. A seconda del paese, può trattarsi di mettere a disposizione, a prezzi accessibili, alloggi, servizi qualificati per l'infanzia, congedi di maternità e paternità meglio retribuiti, accordi che tutelino il giusto equilibrio tra vita privata e lavoro.

Mettendo in atto misure che, durante l'intero ciclo della vita, rispettano e rinforzano tutti i diritti, compresi quelli riproduttivi, i governi possono affrontare le preoccupazioni demografiche e allo stesso tempo consentire a un numero sempre maggiore di persone di realizzare i propri obiettivi personali.

Potenziare i diritti dei singoli, conseguire gli obiettivi nazionali

La misura in cui ciascuno gode ed esercita i propri diritti riproduttivi influisce direttamente sulla fecondità. Nei paesi in cui sono negati, i tassi di fecondità sono di solito molto alti. Nei paesi in cui sono tutelati, i tassi di fecondità sono di solito bassi. Nei paesi in cui i diritti riproduttivi sono tutelati, ma gli ostacoli economici o di altra natura impediscono di goderne appieno, i tassi di fecondità possono essere troppo bassi per mantenere la popolazione a un livello stabile.

Ogni livello di fecondità è associato a difficoltà e sfide per i singoli, le società e i governi. L'elevata fecondità può aggravare la povertà estrema, gli alti tassi di mortalità materna e infantile, la riduzione del capitale umano e le pressioni sulle istituzioni che forniscono servizi come l'istruzione e la salute. La bassa fecondità si associa a un invecchiamento della popolazione, suscitando gravi preoccupazioni per la riduzione della base di popolazione attiva che contribuisce alle reti di sicurezza e di tutela sociale e per le prospettive future di crescita economica.

Fino al 1950, gli esperti di demografia avevano previsto che, con la diminuzione dei tassi di mortalità infantile, anche la fecondità sarebbe diminuita in tutti i paesi, per attestarsi sul livello di sostituzione (Notestein, 1945). Ma 68 anni dopo, questo declino universale non si è ancora verificato. La realtà è che in molti paesi sussistono tassi di fecondità elevati malgrado sia diminuito il tasso di mortalità infantile, sono inoltre in aumento i paesi che presentano tassi di fecondità molto al di sotto del livello di sostituzione.

A parità di condizioni, è probabile che le tendenze della fecondità seguiranno probabilmente la via che hanno già imboccato. Per cambiare rotta occorrono azioni volte a potenziare i diritti e ad abbattere tutti gli ostacoli che impediscono alle persone di realizzare i propri desideri riproduttivi.



CAPITOLO 2

L'eredità delle famiglie numerose

Dei 43 paesi del mondo in cui la fecondità è ancora oggi di almeno quattro nati per donna, 38 si trovano in Africa. Al di fuori di questo continente, Afghanistan, Iraq, Palestina, Timor-Leste e Yemen, con una fecondità non inferiore a 4, costituiscono un'eccezione in quanto hanno vissuto situazioni di crisi o di conflitto negli ultimi decenni (Figura 6).



© Mark Tuschman

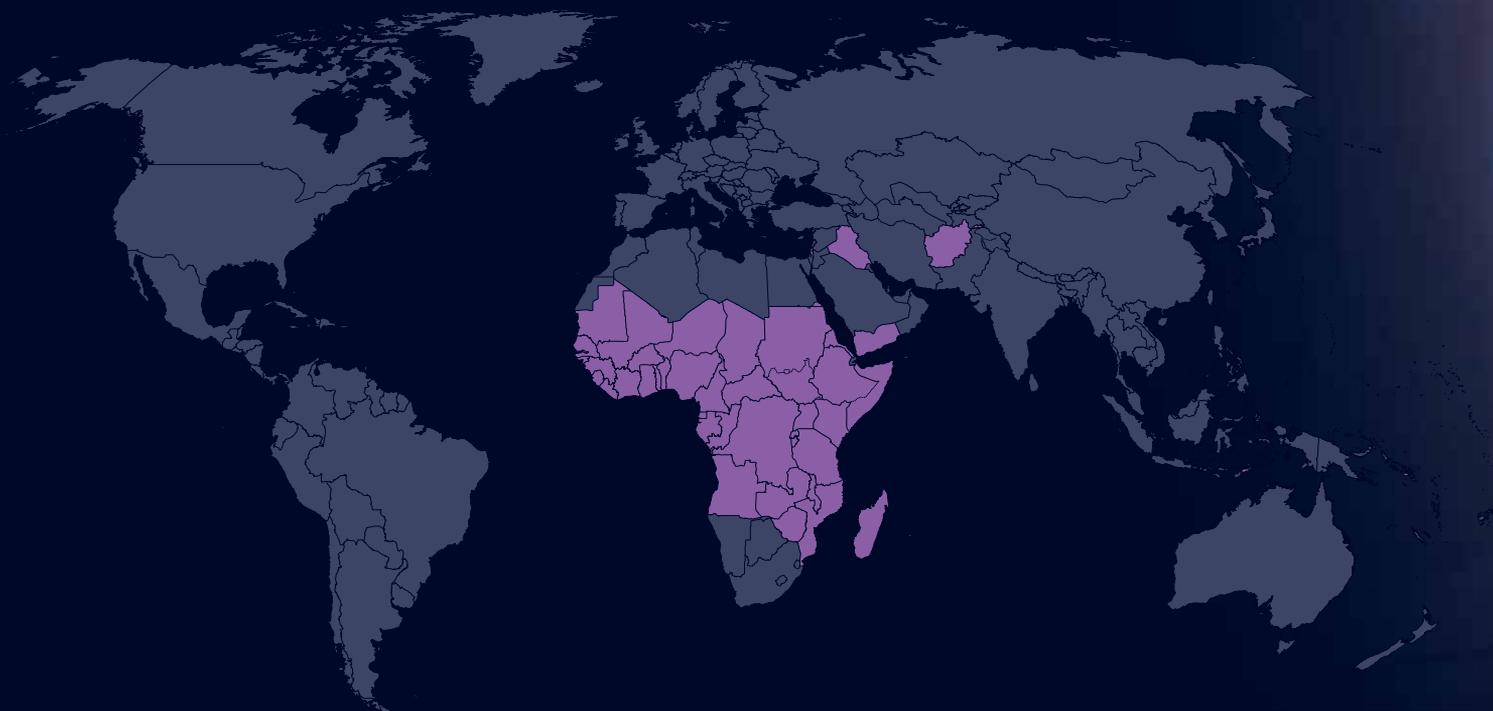
Sebbene nell’Africa subsahariana la transizione della fecondità sia in atto, sta procedendo più lentamente che altrove. Negli ultimi 50 anni la fecondità è generalmente diminuita, sia pure non di molto, e in alcune aree del continente è scesa in misura significativa, ma di recente in molti paesi il calo si è arrestato.

La transizione è così lenta e imprevedibile, che a partire dal 2002 le Nazioni Unite hanno dovuto ritoccare più volte verso l’alto le proiezioni sull’an-

damento demografico relativo alla maggior parte dei paesi della regione (Casterline, 2017).

Causa il perdurare di alti tassi di fecondità, si stima che l’Africa subsahariana contribuirà per oltre la metà del totale alla crescita della popolazione mondiale prevista da qui al 2050 – ovvero 1,3 miliardi di persone sui 2,2 miliardi che si aggiungeranno complessivamente nel mondo. Se tali previsioni dovessero rivelarsi corrette, entro il 2050 la quota-parte africana della popolazione

TASSO DI FECONDITÀ PIÙ DI 4 NASCITE PER DONNA



mondiale passerà dal 17 per cento nel 2017 al 26 per cento nel 2050.

Una persistente situazione di fecondità elevata significa un aumento della popolazione giovane nei prossimi anni che renderà ancora più difficile per i paesi garantire l'accesso a istruzione e assistenza sanitaria di qualità, e le economie non riusciranno a creare opportunità sufficienti di occupazione produttiva per le tante persone giovani che si affacciano sul mercato del lavoro.

La capacità delle persone e delle coppie di esercitare i diritti riproduttivi può determinare se nella regione la fecondità continuerà a essere elevata o diminuirà nei prossimi anni. Il modo in cui i governi tutelano tali diritti avrà dunque importanti ripercussioni sullo sviluppo sociale ed economico dei loro paesi.

Tendenze e conseguenze

Nel 1950 il tasso medio di fecondità in Africa era



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

di sei o più nascite per donna. Negli anni Sessanta la fecondità ha iniziato a diminuire nell’Africa meridionale e in quella settentrionale, dove nel 2015 si è raggiunto rispettivamente un tasso di fecondità di 2,6 e di 3,2. In questo stesso arco di tempo, nel resto dell’Africa subsahariana il tasso di fecondità ha iniziato a crescere negli anni Sessanta continuando con questa tendenza fino a tutti gli anni Settanta. La transizione della fecondità nell’Africa orientale e occidentale è iniziata solo negli anni Ottanta e nell’Africa centrale a metà dei Novanta.

Oggi il tasso di fecondità medio di tutta l’Africa subsahariana è di circa 5,1 nascite per donna.

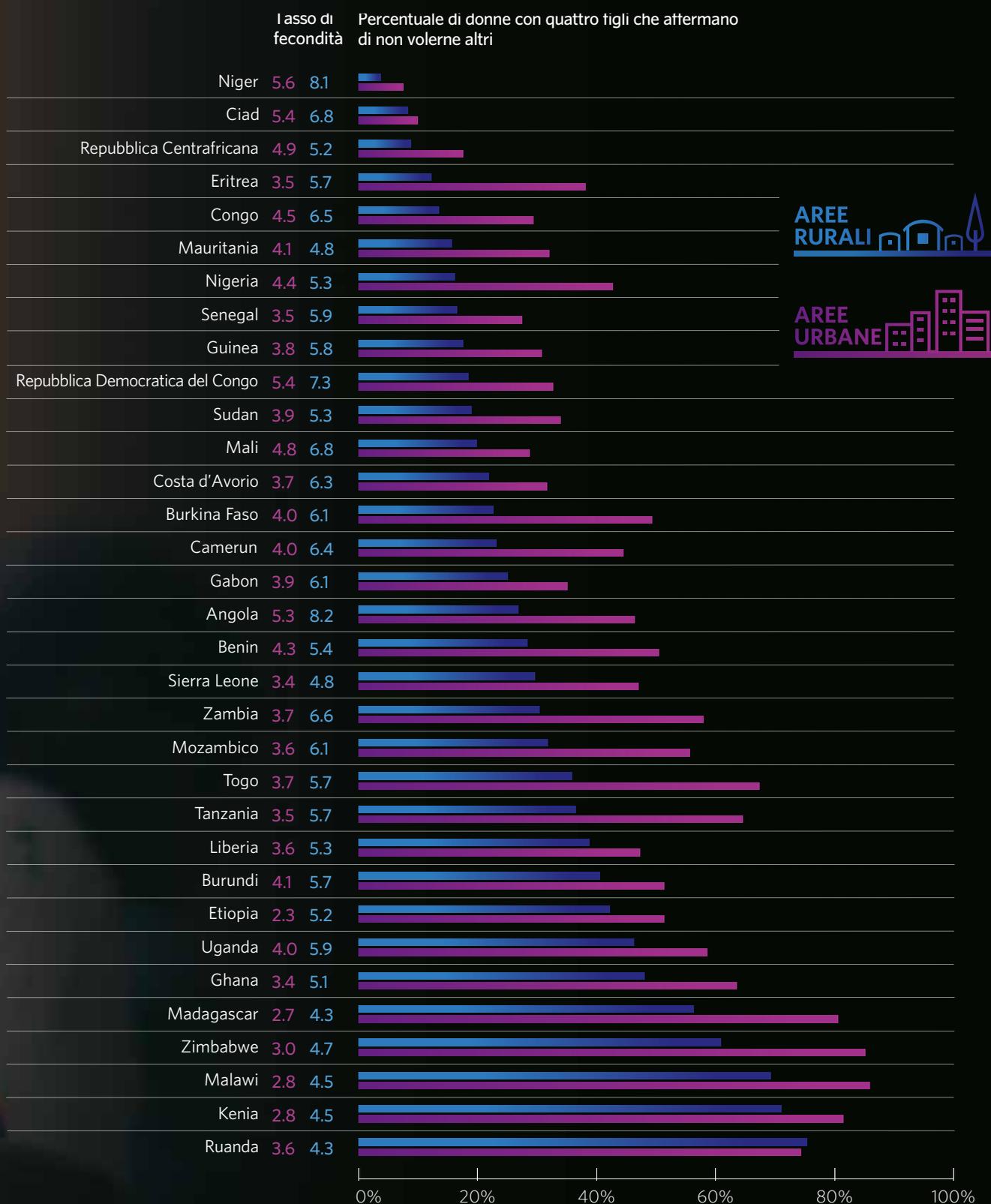
In questa area attualmente i tassi di fecondità sono oggi decisamente più bassi nelle città che nelle campagne (Figura 7). In Etiopia, per esempio, il tasso di fecondità totale si sta avvicinando al livello di sostituzione nelle aree urbane, ma nel resto del paese supera ancora le 5 nascite per donna.

L’urbanizzazione è uno dei principali fattori della riduzione della fecondità: perciò, a mano a mano

**In Africa Orientale,
esclusi solo cinque
paesi dell'area, meno
della metà delle donne
dichiara di non volere
altri figli.**



Figura 7



Fonte: ICF



© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

che l’Africa subsahariana si urbanizza, dovremmo aspettarci una complessiva diminuzione del tasso globale di fecondità. In assenza di mortalità elevata o di importanti fenomeni migratori, elevati tassi di fecondità comportano una rapida crescita della popolazione e conseguenti difficoltà per i governi che già faticano a rispondere alle esigenze di servizi per l’istruzione e per la salute e a mantenere i livelli di crescita già raggiunti. Inoltre, un rapido incremento demografico può ostacolare il cammino verso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Alcuni paesi rischiano per esempio di mancare l’obiettivo n. 1 (eliminare la povertà entro il 2030), n. 3 (garantire una vita sana e promuovere il benessere) e gli altri obiettivi che sono in relazione con città sostenibili e lavoro dignitoso per tutti (Herrmann, 2015).

Il calo della fecondità sta provocando un cambiamento nella struttura per età della popolazio-

ne dell’Africa subsahariana, con una popolazione giovanile sproporzionata rispetto al totale. È vero che questa situazione produce potenzialmente un “dividendo demografico”, ma il numero impressionante di persone giovani che entrano nell’età produttiva significa necessità in aumento di nuovi posti di lavoro. L’attuale tasso di disoccupazione nella regione è di circa l’11 per cento, ma quello giovanile tende a essere molto più alto (ILO, 2016). Nell’Africa meridionale, per esempio, metà della popolazione giovane attiva è disoccupata. Nei paesi più poveri, dove i sussidi per la disoccupazione sono inesistenti o inadeguati, è molto più diffusa la sotto-occupazione. Questo significa che tutti fanno qualche lavoro per cercare di sbarcare il lunario, ma pochi sono quelli con un impiego produttivo e remunerativo e, sebbene lavorino, la maggior parte vive in povertà.



© Giacomo Pirozzi

Gli alti tassi di disoccupazione, sommati al rischio elevato di povertà anche per chi lavora e alle scarse opportunità di impieghi altamente qualificati, possono indurre le/i giovani a decidere di migrare definitivamente all'estero. Si calcola che attualmente il 38 per cento della popolazione giovanile nell'Africa subsahariana sia incline a trasferirsi in altri paesi (ILO, 2016).

Quali fattori incoraggiano la fecondità?

La traiettoria demografica di quest'area è in parte l'esito di processi che si sono sviluppati durante un secolo di dominio coloniale che ha portato malattie, conflitti e altri disastri che hanno aumentato ulteriormente gli alti tassi di mortalità della regione (Caldwell, 1985; Dawson, 1987; Turshen, 1987; Coquery-Vidrovitch, 1988). L'elevata fecondità doveva compensare gli alti tassi di mortalità, ma anche rispondere alle enormi

L'attuale tasso di disoccupazione nell'Africa subsahariana è di circa l'11 per cento, ma la disoccupazione giovanile tende a essere molto più elevata.

esigenze di manodopera in un sistema produttivo chiamato a soddisfare, oltre che la sussistenza della popolazione, anche le esigenze dei paesi europei (Cordell et al., 1987).

Per rispondere a questa duplice spinta verso una fecondità elevata, le comunità hanno sviluppato norme, pratiche e strutture sociali che hanno messo al primo posto la maternità e la sopravvivenza di bambini e bambine (Meillassoux, 1977; Page and Lesthaeghe, 1981; Caldwell, 1982, 1985; Caldwell and Caldwell, 1987).

In epoca coloniale, conseguire il “successo riproduttivo” significava spesso negare a singoli e coppie qualsiasi autonomia nel decidere se, quando o quanti figli avere. Il matrimonio era soprattutto un contratto – non tra due persone, ma tra famiglie che legittimavano i matrimoni precoci, la poligamia e l’eredità vedovile pur di ottimizzare la capacità di procreazione delle donne nel corso della loro vita.

Il grande divario di età tra i coniugi rafforzava norme di genere improntate alla disuguaglianza e contribuiva a dare molto più peso alla parola degli uomini che a quella delle donne nelle decisioni relative alla maternità e in quasi tutto il resto. In questo contesto, lo status della donna era determinato in gran parte dalla sua fecondità, dal numero e dall’età dei suoi figli. Malgrado i recenti sviluppi economici e sociali, queste norme si sono dimostrate particolarmente resistenti al cambiamento.

L’elevata fecondità dell’Africa subsahariana è sostenuta oggi da un marcato e continuo desiderio di figli, ma anche dal fatto che le persone non hanno mezzi adeguati a contenere le dimensioni delle famiglie (Casterline and Agyei-Mensah, 2017); nello specifico, c’è una forte domanda insoddisfatta di contraccezione.

Desiderio di avere figli

In media, il numero di figli desiderati è più alto nell’Africa subsahariana che in qualsiasi altra regione del mondo. La media del numero ideale di figli per ogni donna nella fascia di età 15-49 varia moltissimo



FOCUS SU NIGER

*“Voglio programmare
il mio futuro.”*

Hassia, 19 anni



In Niger, un programma di formazione permette alle ragazze di decidere in modo autonomo e responsabile

© UNFPA/Ollivier Girard

Hassia, 19 anni, porta in un marsupio sulla schiena Abdoulaziz, il suo bambino di 10 mesi. È concentrata sulla lavagna che ha davanti. Sta imparando a scrivere in Zarma, la lingua del Niger occidentale.

È attorniata da una ventina di altre ragazze e giovani donne, in gran parte sposate o fidanzate. Quasi tutte indossano un hijab azzurro cielo, un colore molto di moda.

Hassia è una delle 64.000 adolescenti del Niger inserite quest'anno nel programma Illimin (che in lingua hausa significa "conoscenza"), che aiuta le adolescenti ad acquisire conoscenze e abilità pratiche e a diventare indipendenti, fa parte di un progetto più ampio per proteggere le giovanissime dai matrimoni e dalle gravidanze precoci. In Niger, le ragazze che si sposano prima dei 18 anni sono più di due su tre. Una volta sposate, di

norma ci si aspetta che abbiano figli. Il paese è al secondo posto nel mondo per tasso di natalità tra le adolescenti.

“Illimin si rivolge alle ragazze dai 10 ai 19 anni perché tra queste si verificano, nel paese, un parto ogni sette e una morte materna ogni tre” spiega il vice-responsabile di UNFPA, Hassan Ali. “La maggior parte delle ragazze di questa età è analfabeta,” aggiunge Ali. “Sono le più vulnerabili ai matrimoni e alle gravidanze precoci, e quelle che traggono maggiori vantaggi dal programma Illimin.”

Oltre a leggere e scrivere, Hassia acquisisce conoscenze nelle questioni pratiche come la gestione del denaro, partecipa a corsi di cucito, ricamo e ad altre attività che un giorno

potranno aiutarla a guadagnarsi da vivere. Ma apprende anche nozioni su alimentazione e igiene, sul suo corpo, sulle relazioni, su diritti e contraccezione.

Attraverso il programma, le “madrine” più anziane della comunità accompagnano le ragazze negli ambulatori locali, dove possono avere maggiori informazioni sulla contraccezione e ottenere gratuitamente i contraccettivi.

Hassia non voleva restare incinta di Abdoulaziz. Il trentenne che frequentava all'epoca le aveva assicurato che usava una protezione. Quando è rimasta incinta, l'ha lasciata.

Il padre di Hassia è morto quando lei era ancora piccola, e poco dopo sua madre ha abbandonato



“Voglio che i miei figli ricevano una buona istruzione e che facciano una vita diversa dalla mia.”

lei e la sorella minore, lasciandole senza un posto dove andare, se non un orfanotrofio. Compiuti i 12 anni, Hassia è andata a vivere con la nonna. "L'unica persona della mia famiglia che conoscevo," spiega. "Lei voleva che le facessi compagnia, e io ho accettato."

Un paio di anni più tardi, Hassia ha iniziato a lavorare come domestica e ad aggiungere i suoi guadagni al bilancio familiare. Un giorno però la nonna si è accorta che Hassia ingrassava. Avuto conferma che era incinta, l'ha cacciata di casa. Qualche mese dopo Hassia ha dato alla luce il suo primo figlio, Oumou, che oggi ha 3 anni.

"Non sapevo assolutamente niente di sesso," dice Hassia. "In orfanotrofio maschi e femmine erano separati, e nessuno mi ha mai parlato di rischi."

"Da quando vengo a Illimin mi sento molto più positiva" aggiunge. "Imparo a proteggermi, ho trovato delle amiche con cui parlare di tutto, senza paura. Voglio che i miei figli ricevano una buona istruzione e facciano una vita diversa dalla mia."

Oggi Hassia usa un impianto contraccettivo, fornito in un ambulatorio locale. "Voglio pianificare il mio futuro", dice.

Fatouma Boubacar, 35 anni, spiega che le ragazze che forma tramite Illimin ne escono più forti, consapevoli e sicure di sé: "alla conclusione del programma le ragazze come Hassia sanno che possono dire no." Una delle ragazze a cui ha fatto da guida stava per essere costretta a sposarsi dai genitori. "Aveva appena 14 anni, ma si è rifiutata."

da un paese all'altro e tra i diversi strati sociali di uno stesso paese, e può variare dai 3,6 del Ruanda ai 9,5 del Niger.

Gli unici paesi della regione in cui le donne desiderano avere meno di 4 figli sono Kenya (3,9), Malawi (3,9) e Ruanda (3,6). Gli uomini sposati di solito vogliono più figli rispetto alle donne sposate. Fa eccezione il Ruanda, dove le donne vogliono avere in media 3,6 figli e gli uomini 3,1. In Burundi, uomini e donne preferiscono lo stesso numero di figli, 4,3. Il Ciad è il paese in cui gli uomini sposati desiderano il più alto numero di figli, 13,2.

Il desiderio di famiglie numerose nella regione è evidente anche tra le donne che hanno già avuto quattro figli. In tutti i paesi dell'Africa orientale, ad eccezione di cinque paesi, meno della metà delle donne dichiara di non volerne altri. La percentuale di donne che preferirebbero non avere più di quattro figli è maggiore nelle aree urbane, fatta eccezione per il Ruanda.

Norme e prassi che nel secolo scorso hanno portato a una fecondità elevata sono ancora diffuse in quasi tutte le zone rurali. Oggi, sul desiderio di avere molti figli influiscono il livello di dipendenza dall'economia familiare unite alle norme sulla procreazione. Tra i fattori che portano a ridurre il livello di dipendenza ci sono l'aumento dell'istruzione scolastica, la capacità di creare ricchezza nell'economia moderna, nonché la migrazione e il contatto con altre norme, soprattutto quelle relative ai diritti della persona e ai ruoli di genere. In tutta la regione, chi ha raggiunto almeno l'istruzione secondaria desidera avere – e ha – meno figli rispetto alle persone più povere (Figura 8). Oggi sul numero di figli desiderati incide anche l'età: le generazioni più giovani di solito preferiscono avere meno figli rispetto ai loro genitori.

Mortalità infantile

Elevati tassi di mortalità infantile – o il rischio elevato di perdere un figlio – inducono una gran parte della popolazione dell'Africa subsahariana ad avere famiglie più numerose.

In Ruanda, gli uomini guidano la tendenza verso famiglie più piccole

Norme socio-culturali e pratiche tradizionali ostacolano la realizzazione dei diritti riproduttivi e l'accelerazione della transizione demografica, una preconditione per raggiungere il tanto ambito dividendo demografico. Cambiare norme e pratiche tradizionali legate alla riproduzione non è obiettivo da poco. Ma l'esperienza del Ruanda dimostra che, dove c'è la volontà politica, i governi possono dar vita al cambiamento in un arco di tempo relativamente breve e secondo modalità che rafforzano i diritti riproduttivi.

Dopo il conflitto culminato nel genocidio del 1994, il governo del Ruanda - il paese più densamente popolato di tutta l'Africa continentale - ha modificato il proprio approccio alla rapida crescita della popolazione e alla fecondità che aveva precedentemente raggiunto 8,7 nascite per donna (Cohen, 1993).

La nuova strategia si è incentrata sul facilitare l'accesso alla pianificazione

familiare volontaria, anche nelle comunità più isolate. Questo impegno ha portato a un incremento senza precedenti della diffusione dei metodi contraccettivi tra le donne sposate o conviventi, passata dal 10% nel 2005 al 45% cinque anni dopo.

Questo rapido aumento è in parte il risultato di campagne governative che hanno promosso un cambiamento nella mentalità dominante in materia di contraccezione, da tabù a priorità per lo sviluppo del paese (Solo, 2008). Allo stesso tempo, queste campagne hanno contribuito a modificare l'atteggiamento maschile nei confronti della procreazione, delle dimensioni della famiglia e della pianificazione familiare.

Uno degli obiettivi principali della politica in materia di salute riproduttiva attuata in Ruanda nel 2003 era il rafforzamento della partecipazione maschile al programma statale per la pianificazione familiare.

La strategia chiave prevedeva una massiccia campagna di comunicazione e di mobilitazione sociale, abbinata a sforzi mirati a sensibilizzare la popolazione maschile (Republic of Rwanda, 2003). Nello stesso periodo, i responsabili politici a tutti i livelli hanno sottolineato di continuo l'importanza della pianificazione familiare come mezzo che permette alle coppie di realizzare il progetto di formare famiglie meno numerose (May and Kamurase, 2009). Insieme, queste azioni hanno promosso l'adozione rapida e diffusa dei metodi di pianificazione familiare.

I risultati dei sondaggi demografici e sanitari permettono di ipotizzare che siano state le campagne statali sulla pianificazione familiare, avviate a partire dal 2005, a trasformare il Ruanda nell'unico paese dell'Africa subsahariana in cui la percentuale di uomini che non desidera altri figli è superiore a quella delle donne, a prescindere dal numero di figli che ciascuna ha già, a livello di parità.

Malgrado i notevoli miglioramenti nel tasso di sopravvivenza negli ultimi vent'anni, la mortalità infantile è ancora molto diffusa. In ampie zone del territorio è ancora agli stessi livelli registrati in Europa oltre un secolo fa.

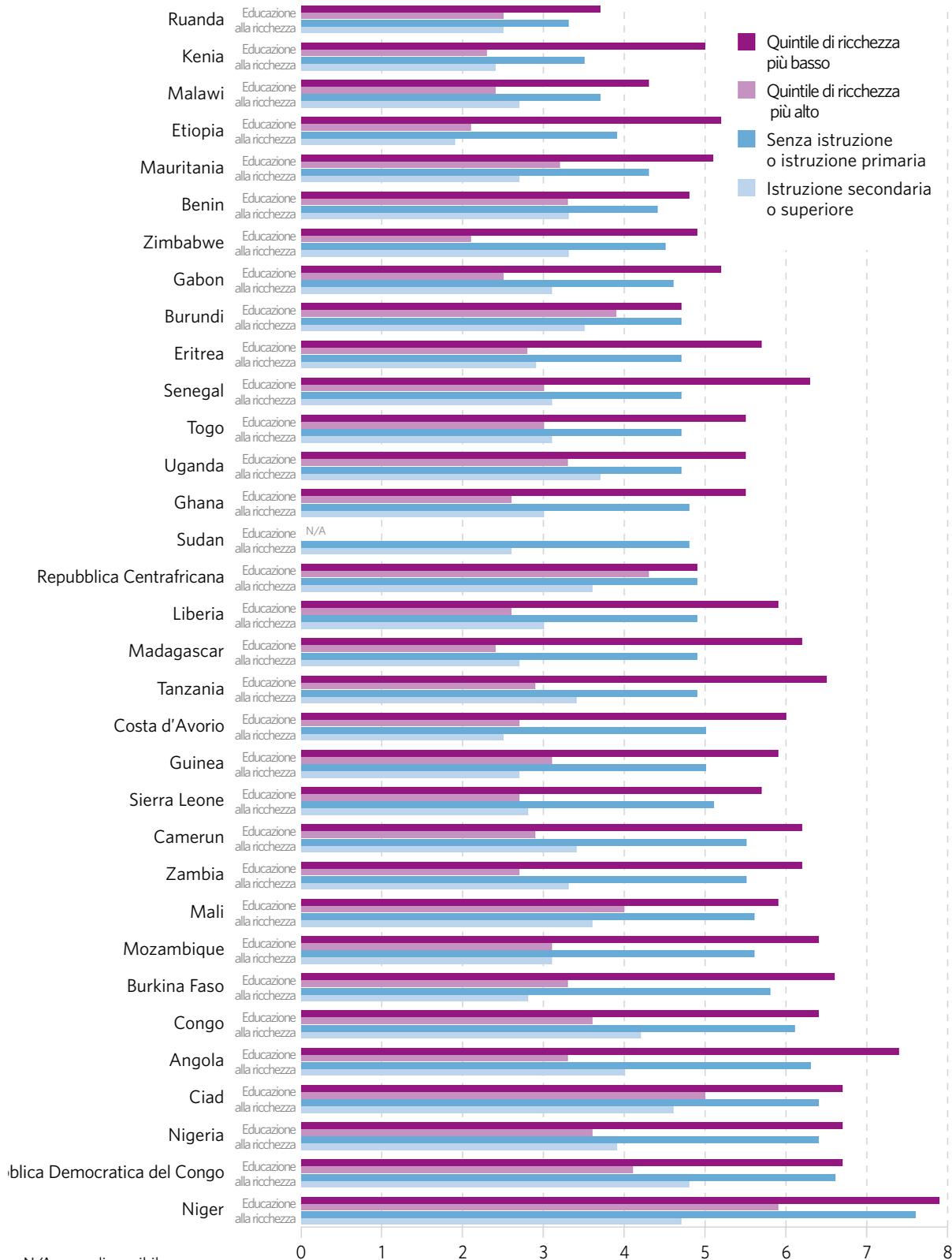
La regione continua ad avere i tassi più alti del mondo: il rischio che un bambino muoia prima dei 5 anni supera di circa 15 volte quello

nei paesi ad alto reddito (UNICEF, 2017). La polmonite, che è la causa di morte più diffusa tra i bambini sotto i 5 anni, è responsabile del 22 % dei decessi. Subito dopo viene la malaria, responsabile del 15,3 % delle morti infantili nell'Africa subsahariana.

Nel 2015, il 90 % dei circa 212 milioni di casi di malaria nel mondo e il 92 % dei 429.000

FIGURA 8

Tassi di fecondità totale desiderati, per livello di istruzione e quintile di ricchezza



N/A, non disponibile.

Fonte: ICF

Oltre un milione di neonati muore ogni anno nelle prime quattro settimane di vita, il che riflette in parte l'inadeguatezza dei programmi per la salute materna e infantile esistenti nella regione.

decessi per malaria si sono verificati nell'Africa subsahariana. Il parassita più pericoloso e letale, *Plasmodium falciparum*, è endemico in quasi tutta la regione (WHO, 2016).

Oltre un milione di neonati muore ogni anno nelle prime quattro settimane di vita, il che riflette in parte l'inadeguatezza dei programmi per la salute materna e infantile esistenti nella regione.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare

Nell'Africa subsahariana, le donne e le coppie fanno molta fatica a controllare la loro vita riproduttiva. Rispetto ad altre regioni, l'accesso alla contraccezione moderna e l'uso di questi metodi sono ancora molto bassi.

Si calcola che il 21 % delle donne della regione vorrebbe evitare una nuova gravidanza, ma non utilizza alcun metodo contraccettivo moderno e presenta quindi una "domanda insoddisfatta" di pianificazione familiare (Guttmacher Institute, 2017).

Inoltre, ogni anno nella regione, 19,7 milioni di gravidanze (38 per cento) non sono pianificate. L'uso di contraccettivi moderni tra le donne sposate

o conviventi è più diffuso nelle aree urbane che in quelle rurali (Figura 9).

Tra i motivi di questa domanda non soddisfatta di contraccezione nell'Africa subsahariana – e in altre regioni in via di sviluppo – ci sono la mancanza di accesso al metodo contraccettivo preferito o alla sua disponibilità non regolare, le preoccupazioni per la sicurezza e per gli effetti collaterali, il costo, l'opposizione di altri membri della famiglia, le leggi che limitano l'accesso delle persone giovani o non sposate alla contraccezione, operatori non qualificati o con atteggiamenti censori (Sedgh et al., 2016b).

Matrimoni precoci

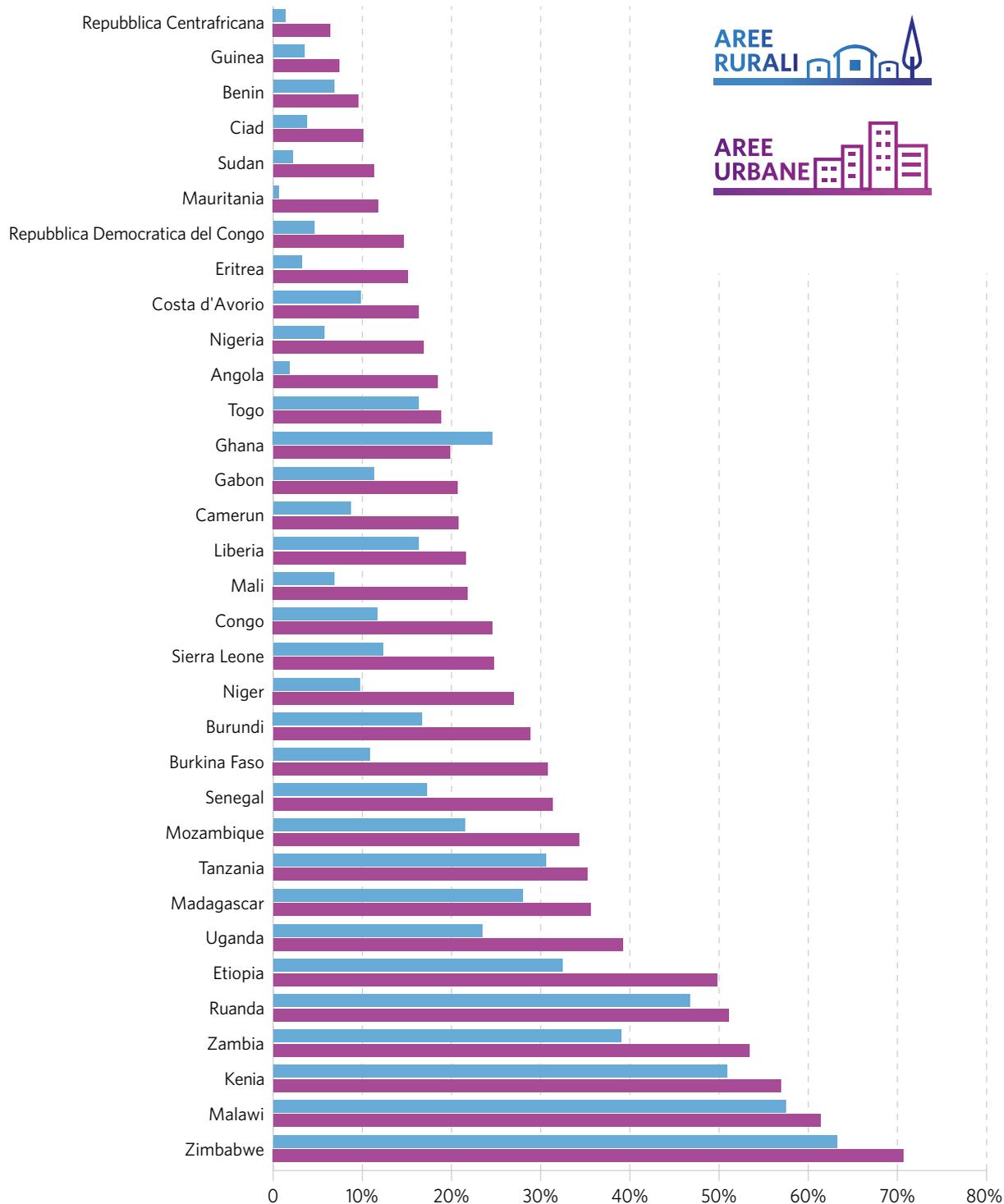
I matrimoni precoci riguardano nella stragrande maggioranza le bambine. Le stime relative all'Africa subsahariana parlano di un 38% di donne che si sono sposate prima dei 18 anni, e di un 12% prima dei 15 (UNICEF, 2018). Il tasso più alto della regione si registra in Niger, dove il 76% delle ragazze si sposa prima dei 18 anni. La maggior parte delle nascite da madri adolescenti – il 95% – avviene nei paesi in via di sviluppo, e 9 su 10 si verificano all'interno di un matrimonio o di una convivenza stabile. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le complicazioni legate alla gravidanza – quali emorragie, setticemia e distocia – unite a quelle degli aborti a rischio sono le principali cause di morte tra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

I matrimoni precoci, con le conseguenti gravidanze precoci, hanno ripercussioni negative a livello socioeconomico, perché interrompono l'istruzione delle ragazze e precludono loro molte opportunità di trovare un lavoro retribuito al di fuori dell'ambiente domestico. Tra le conseguenze correlate ci sono quindi la sotto occupazione e la ridotta capacità di guadagno in età adulta (Lee, 2010; Herrera and Sahn, 2015; Wodon et al., 2017).

In senso più ampio, il matrimonio precoce nega alle ragazze ogni voce in capitolo nelle decisioni che le riguardano, si ripercuote negativamente sull'empowerment delle donne e contribuisce a trasmettere

FIGURA 9

Percentuale di donne sposate che usano un metodo moderno di contraccezione, aree urbane aree rurali



Fonte: ICF



© Mark Tuschman

le disuguaglianze di genere da una generazione alla successiva (Hindin, 2012). Le spose bambine sono inoltre più vulnerabili alle violenze, problema accentuato dalla grande differenza di età con il partner. Le ragazze sposate hanno scarse possibilità di accedere a informazioni e servizi per la pianificazione familiare.

Progettare il futuro dell’Africa grazie al dividendo demografico

Circa il 60% della popolazione della regione ha meno di 25 anni. La numerosa coorte di giovani – ancora in aumento – dell’Africa subsahariana offre un’occasione limitata nel tempo per accelerare la crescita economica attraverso un dividendo demografico, per il quale l’Unione Africana ha sviluppato una tabella di marcia (African Union Commission, 2017).

Il dividendo demografico è il potenziale di crescita economica che deriva dal cambiamento della struttura per età della popolazione, quando la quota di popolazione attiva supera quella della popolazione non più in età lavorativa. Questo spostamento si verifica quando i tassi di mortalità iniziano a diminuire

ma quelli di fecondità sono ancora elevati: il risultato è una popolazione di giovani molto numerosa, sia in termini assoluti che in rapporto alla popolazione più anziana. Quando questi raggiungono l’età in cui iniziano a lavorare, l’alta percentuale di adulti attivi rispetto alle persone che dipendono da altri per il loro mantenimento, può produrre un temporaneo ma significativo impulso di crescita economica (Lee and Mason, 2006).

Dimensioni e impatto del dividendo demografico dipendono però da quanto si investe nel capitale umano di quelle/quei giovani. Se autonomi e responsabili, istruiti e occupati possono aiutare il loro paese a realizzare il dividendo; in caso contrario, saranno a loro volta dipendenti dal sostegno altrui.

Poiché gran parte dell’Africa subsahariana si trova all’inizio della transizione demografica, è il momento giusto per investimenti più ingenti e mirati su scuola e salute, compresa quella riproduttiva, al fine di consentire alla grande e crescente popolazione giovanile della regione di cogliere le opportunità economiche che si presenteranno nei prossimi anni.

Realizzare il dividendo demografico dipende anche dalla performance dei mercati del lavoro e

del capitale, da una governance capace di creare un ambiente favorevole per gli investimenti privati, locali e stranieri. Gli sforzi per potenziare, tramite investimenti nel capitale umano, l'offerta sul mercato del lavoro deve essere integrata da una forte crescita economica che rafforzi la domanda. Entrambe le condizioni sono essenziali per inserire le/i giovani in attività produttive e remunerative, o per creare significative opportunità per la nuova imprenditoria.

Il dividendo demografico, se sfruttato al massimo, può accelerare la crescita economica e la riduzione della povertà. Alcuni di questi risultati sono già in via di realizzazione. Dopo i "decenni perduti" degli anni Ottanta e Novanta, nell'Africa subsahariana le condizioni economiche sono notevolmente migliorate e il continente nel suo insieme è arrivato quasi a raddoppiare il Prodotto interno lordo pro capite (PIL) tra il 2000 e il 2016 (Figura 10).

In questi 16 anni l'unico paese che ha vissuto una recessione economica è stato lo Zimbabwe. Due paesi, Etiopia e Ruanda, hanno triplicato il loro PIL pro capite. Una sfida che riguarda tutti i paesi della regione è quella di mantenere o accelerare la crescita economica per rispondere alla domanda di servizi, in particolare nei settori dell'istruzione e della sanità, e a quella di occupazione – domanda destinata ad aumentare con il crescere della popolazione. Molti dei paesi più poveri, malgrado i progressi registrati, stanno perdendo ulteriore terreno rispetto a quelli più industrializzati.

Le dimensioni del dividendo demografico dipendono in parte dall'andamento della diminuzione della fecondità, che dipende a sua volta dalla tutela della salute e dei diritti riproduttivi di bambine e donne e dalla possibilità di queste ultime di avere il potere, le informazioni e gli strumenti per decidere liberamente se, quando e quanti figli avere.

Un maggiore accesso all'istruzione formale rappresenta un importante motore per la diminuzione della fecondità; quanto più a lungo le ragazze restano a scuola, tanto meno è probabile che si spo-

FIGURA 10

Pil pro-capite
(a parità di potere d'acquisto;
in dollari internazionali)

PAESE/AREA	2000	2016	PIL PRO CAPITE 2016/2000
Angola	2,781	6,499	2.34
Benin	1,321	2,168	1.64
Burkina Faso	829	1,720	2.07
Burundi	598	778	1.30
Camerun	1,987	3,286	1.65
Ciad	787	1,991	2.53
Congo	3,551	5,719	1.61
Costa d'Avorio	2,336	3,720	1.59
Gabon	14,095	18,108	1.28
Ghana	1,791	4,294	2.40
Guinea	896	1,311	1.46
Etiopia	490	1,735	3.54
Kenia	1,690	3,156	1.87
Liberia	665	813	1.22
Madagascar	1,145	1,506	1.32
Malawi	686	1,169	1.70
Mali	1,160	2,117	1.83
Mauritania	2,181	3,854	1.77
Niger	597	978	1.64
Nigeria	2,258	5,867	2.60
Repubblica Centrafricana	649	699	1.08
Repubblica Democratica del Congo	419	801	1.91
Ruanda	623	1,913	3.07
Senegal	1,512	2,568	1.70
Sierra Leone	723	1,473	2.04
Sudan	1,812	4,730	2.61
Tanzania	1,174	2,787	2.37
Togo	1,012	1,491	1.47
Uganda	846	1,849	2.19
Zambia	1,667	3,922	2.35
Zimbabwe	2,038	2,006	0.98
Sub-Saharan Africa	1,900	3,711	1.95

Fonte: Banca Mondiale (2017)

sino – e che restino incinte – quando sono ancora bambine. Le donne istruite, inoltre, hanno anche migliori strumenti per superare, più in là nella loro vita, gli ostacoli che impediscono loro di accedere a un lavoro dignitoso e retribuito.

Il dividendo demografico previsto dall'Unione Africana nel 2017 rischia di non realizzarsi completamente nel contesto di una persistente discriminazione e disuguaglianza di genere, che lascia molte donne e ragazze in uno stato di debolezza e private dei diritti.

Il futuro

L'accelerazione del calo della fecondità nell'Africa subsahariana non può verificarsi senza un rapido cambiamento delle norme sociali che incoraggiano invece una fecondità elevata. Soprattutto, è necessario cambiare quei sistemi sociali ed economici che si sono sviluppati in risposta all'elevata mortalità, specie se collegati ai ruoli di genere nella società.

Urbanizzazione e modernizzazione delle economie africane hanno prodotto opportunità alternative per favorire il successo economico delle donne in ambiti esterni all'economia familiare. Allo stesso tempo l'urbanizzazione, livelli più alti di istruzione femminile e la diminuzione della mortalità neonatale e infantile hanno gradualmente contribuito a far scemare il desiderio di avere famiglie numerose.

Riduzioni ulteriori e più rapide della fecondità dipenderanno dalla possibilità di singole persone e coppie di prendere autonomamente decisioni sulla dimensione delle loro famiglie. Nella maggior parte dei paesi africani, i programmi di pianificazione familiare non sono così sviluppati da garantire servizi di qualità a chi ne ha più bisogno, specie tra le popolazioni urbane povere e quelle delle aree rurali. Far sì che servizi di qualità per la pianificazione familiare siano più ampiamente e stabilmente disponibili, potrebbe portare a un incremento nella domanda di questi servizi e di conseguenza a una riduzione della fecondità.



FOCUS SU KENYA

“Vogliamo che i nostri figli abbiano una vita migliore della nostra.”

Sharrow, 32 anni



In Kenya, le persone vogliono famiglie meno numerose per poter garantire ai figli una vita migliore

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA

Sharrow è rimasta incinta poco dopo il matrimonio con Stanely, anche se la coppia aveva deciso di aspettare un paio d'anni prima di mettere su famiglia.

Dopo la nascita di Christiano, hanno stabilito di comune accordo di concentrare la loro attenzione nel dare al figlio la migliore vita possibile. Questa scelta implicava il ricorso alla pianificazione familiare per evitare una nuova gravidanza.

Secondo Dan Okoro, esperto di salute sessuale e riproduttiva dell' UNFPA di Nairobi, in Kenya le persone preferiscono avere meno figli e prendersi più cura di quelli che hanno. Un numero sempre maggiore di coppie sceglie di ricorrere alla pianificazione familiare per evitare, rinviare o distanziare le gravidanze. A partire dagli anni Settanta, quando ogni donna in Kenia partoriva in media più di otto volte, le dimensioni delle famiglie

hanno iniziato a ridursi. Oggi ogni donna ha in media poco meno di quattro figli, nell'arco della vita. Parte del merito di questa riduzione è attribuito alla maggiore possibilità di accedere alla contraccezione gratuita o a basso costo e alle informazioni sull'uso dei vari metodi contraccettivi.

La pianificazione familiare è utilizzata sempre più spesso dalle giovani donne sessualmente attive. "I tabù che circondano la pianificazione familiare appartengono generalmente al passato," dice Rachel Muthui, volontaria presso il centro per la salute giovanile Family Health Option Kenya, sostenuto da

UNFPA. "Le giovani donne si sentono emancipate e capaci di decidere da sole."

"I servizi di pianificazione familiare aiutano anche le adolescenti a evitare una gravidanza e a completare la loro istruzione, dando loro i mezzi per avere un buon lavoro," aggiunge Muthui.

"Le adolescenti che restano incinte di solito interrompono gli studi e questo danneggia le loro possibilità di trovare lavoro e percepire un buon reddito. Ecco perché devono conoscere tutte le opzioni per la pianificazione familiare prima di essere sessualmente attive," spiega.

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA



A livello nazionale, 6 donne sposate su 10 usano un metodo moderno di contraccezione. Ma in alcune zone rurali la media scende a 1 su 20. Il problema si deve in parte alla carenza di servizi nelle zone più isolate ma anche, in alcune comunità, alla mancanza di potere delle donne che non sono libere di decidere se evitare una gravidanza, nonché all'insufficienza delle informazioni sui diversi metodi contraccettivi, sostiene Josephine Kibaru-Mbae, Direttrice generale del Consiglio nazionale per la popolazione e lo sviluppo.

Sharrow e Stanley hanno usato la pianificazione familiare per sette anni – finché il figlio non ha concluso la scuola primaria – prima di avere la seconda figlia, Tina, nata l'anno scorso. Prima della sua nascita, la coppia era riuscita a mettere da parte abbastanza soldi per iscrivere il figlio, che ha oggi 8 anni, in una buona scuola secondaria. Sharrow ora ha ripreso a usare un metodo contraccettivo e ha in progetto di tornare lei stessa a scuola per avviare un'impresa di catering in proprio. "Vogliamo che i nostri figli abbiano una vita migliore della nostra" dice Sharrow. "Farò di tutto per aiutarli a realizzare i loro sogni."



**Sharrow e Stanley hanno usato
la pianificazione familiare per
sette anni, finché il figlio non
ha concluso la scuola primaria,
prima di averne un secondo.**



Variazioni dal processo tipico di transizione della fecondità

CAPITOLO 3

Secondo la teoria convenzionale sulla transizione demografica, la fecondità comincia a scendere con il progredire dello sviluppo socio-economico (Notestein, 1953; Easterlin, 1975). Più i paesi diventano industrializzati, istruiti e urbanizzati, più aumentano i costi che derivano dall'avere figli e diminuiscono i benefici di una famiglia numerosa.



© Chris Stowers/Panos Pictures

L'insieme di questi fattori di solito porta a desiderare meno figli. Una volta iniziata, la transizione della fecondità di solito prosegue e il tasso del paese scende attorno al livello di sostituzione di 2,1 nascite per donna.

Anche se questa, che è la via tipica al calo della fecondità, è stata osservata nella maggior parte dei paesi, diversi sono i modelli emersi da quelli che oggi hanno una fecondità tra 2,5 e 3,9 nascite per donna (Figura 11). In alcuni, la riduzione in atto da

tempo ha iniziato a rallentare; in altri, la fecondità è risalita dopo anni di diminuzione. Nel primo gruppo, il rallentamento si può a volte attribuire ai tagli governativi ai programmi di pianificazione familiare. Nel secondo, il rinnovato aumento del tasso di fecondità si è verificato di solito alla fine di una crisi, economica o di altra natura.

In tutti questi paesi si sono osservate significative riduzioni della fecondità negli anni Novanta, ma dopo il 2000 i tassi hanno iniziato a

TASSO DI FECONDITÀ TRA 2.5 E 3.9 NASCITE PER DONNA



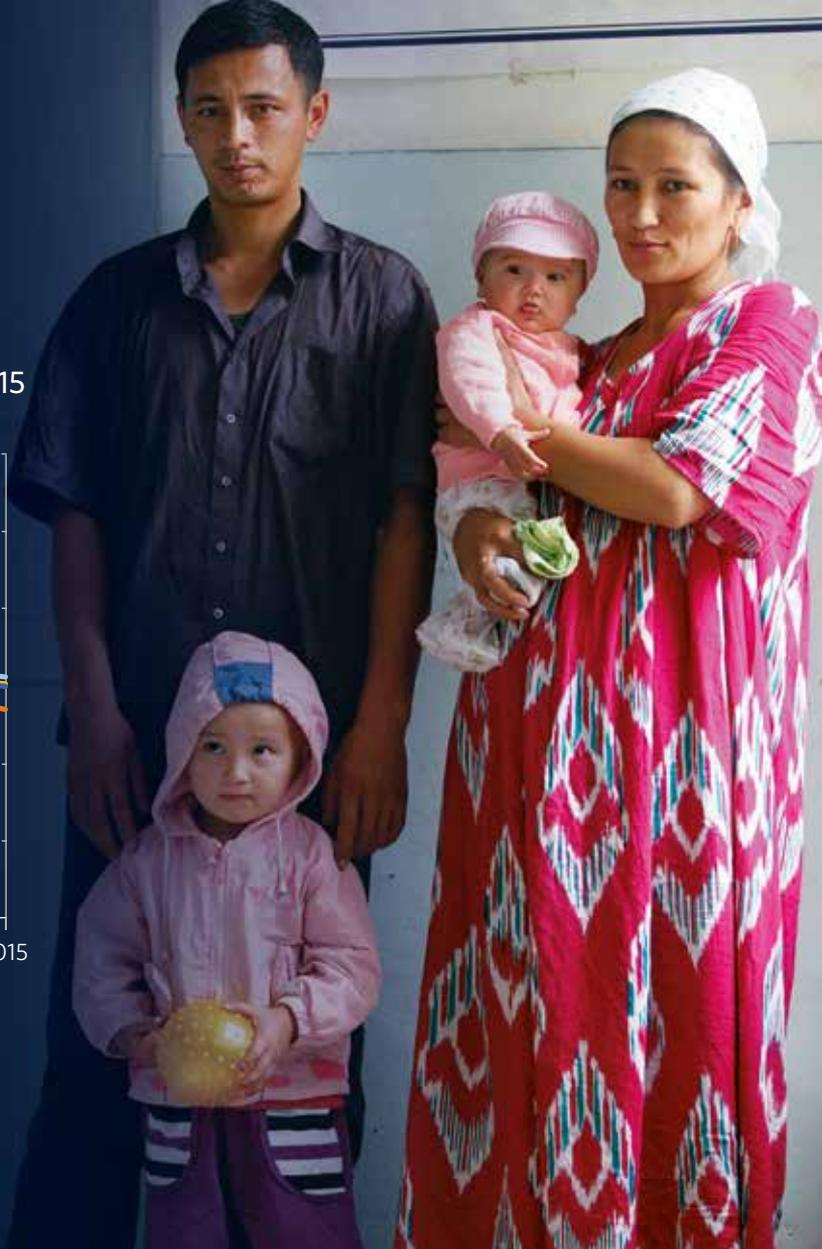
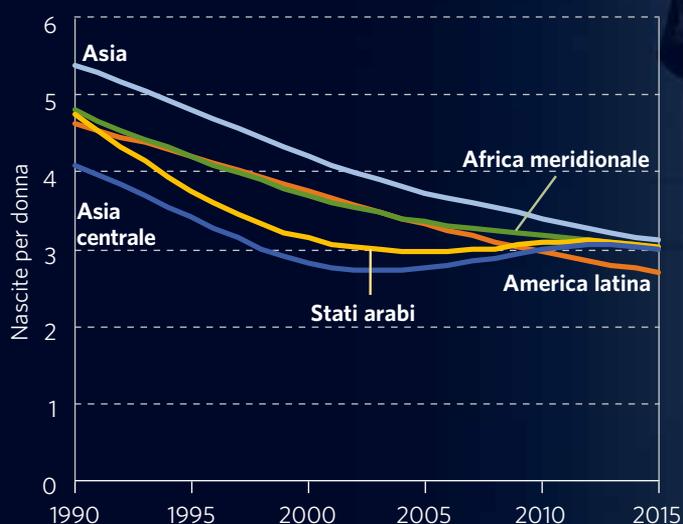
variare prendendo direzioni diverse, con evidenti differenze tra regioni e subregioni (Figura 12). In cinque paesi dell'Asia meridionale e sud-orientale, per esempio, la media dei tassi di fecondità è scesa in modo stabile da 5,3 a 3,1 tra il 1990 e il 2015. Nello stesso periodo, il tasso medio di fecondità è sceso stabilmente anche in sette paesi in America Latina e Caraibi, da 4,6 a 2,7. Nell'Africa meridionale i tassi di fecondità sono diminuiti per tutti gli anni Novanta, ma dopo il 2000 il ritmo è notevolmente sceso, e tra il 2000 e il 2015 si è passati da una media di 3,7 a 3,0 nascite per

donna. Negli Stati arabi e nei paesi dell'Asia centrale la fecondità è diminuita all'inizio di questo secolo, ma poi ha ripreso a salire.

Sebbene ci siano 30 paesi con tassi di fecondità tra 2,5 e 3,9, questo capitolo si occupa solo dei 15 paesi in cui i dati dei Sondaggi demografici e sanitari (DHS) condotti nel 2000 o successivamente hanno fornito dati sulla fecondità non desiderata o intempestiva, sulla domanda insoddisfatta di contraccezione e sui livelli di fecondità in base al livello di istruzione: Bolivia, Cambogia, Egitto, Guatemala, Honduras, Giordania, Kirgizstan,

FIGURA 12

Tendenze dei tassi di fecondità totale medi in 15 paesi, raggruppati per regione, 1990-2015



© Giacomo Pirozzi

Lesotho, Marocco, Namibia, Pakistan, Filippine, Swaziland, Tajikistan e Turkmenistan. Questo capitolo non affronta le tendenze della fecondità in paesi dove i dati sono incompleti o si dispone solo di dati recenti, né in paesi in cui le condizioni economiche, demografiche o di altro genere si discostano in modo significativo da quelle dei 15 paesi presi in esame.

Nascite non pianificate, gravidanze non programmate

Come convenuto tra i 179 governi alla Confe-

In tutti questi paesi si sono registrate negli anni Novanta significative diminuzioni della fecondità, ma dopo il 2000 i tassi hanno iniziato a variare, prendendo direzioni diverse.

renza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994, singoli e coppie hanno il diritto di decidere se, quando e quanti figli avere. Molte donne nei paesi in cui la diminuzione della fecondità si è fermata o ha conosciuto un'inversione di tendenza – in pratica in qualsiasi altro paese del mondo – incontrano difficoltà nell'esercitare i loro diritti. Queste difficoltà si traducono in gravidanze non pianificate, indesiderate e aborti.

Fecondità indesiderata

La fecondità, o una nascita, è considerata indesiderata se avviene dopo che una donna ha già raggiunto le dimensioni familiari che desiderava (Rutstein and Rojas, 2006). I dati raccolti nel quadro del programma internazionale dei Sondaggi demografici e sanitari (DHS) dimostrano che il livello medio di nascite indesiderate nei 15 paesi di cui si occupa questo capitolo va dal massimo di 1,7 in Swaziland al minimo dello 0,2 in Kirgizstan e Turkmenistan (Figure 13).

Nascite non pianificate

Si intende una nascita desiderata, ma che avviene prima di quando era programmata. Tra i quindici paesi, il livello medio di tali nascite va dal massimo di 1,4 in Namibia al minimo dello 0,06 in Turkmenistan.

Aborto

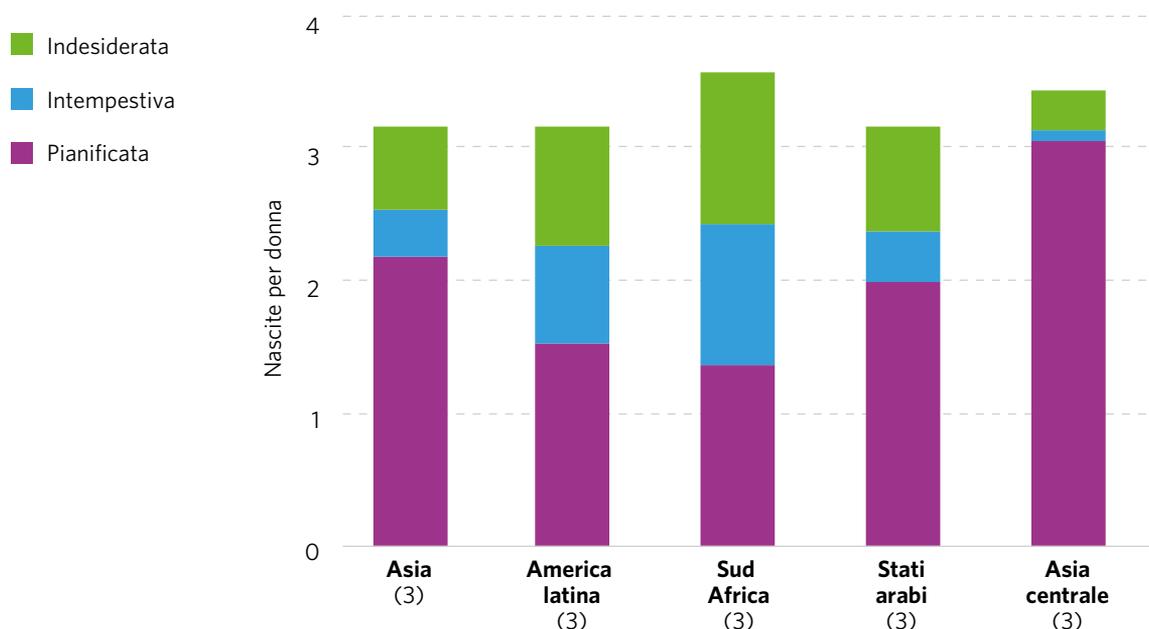
Non sono disponibili statistiche attendibili e complete sull'aborto – sicuro o a rischio, legale o clandestino – per i 15 paesi oggetto di questo capitolo. Tuttavia il Guttmacher Institute calcola che la percentuale di gravidanze interrotte da un aborto volontario in Africa meridionale, in America meridionale e in Asia centrale sia, rispettivamente, del 24, 34 e 26 per cento.

Domanda insoddisfatta di contraccezione

La principale causa diretta delle gravidanze non programmate nei 15 paesi in oggetto, ma anche a livello mondiale – è che alcune donne che non

FIGURA 13

Gravidanze indesiderate, non pianificate e pianificate in 15 paesi divisi in 5 regioni



vorrebbero restare incinte non usano contraccettivi. Queste donne presentano quindi una domanda insoddisfatta di contraccezione (Westoff and Bankole, 1995).

Il grado di domanda non soddisfatta varia moltissimo da una società all'altra. I dati raccolti tramite il programma dei Sondaggi demografici e sanitari (DHS) dimostrano che la domanda insoddisfatta nei 15 paesi qui presi in esame varia da un massimo del 25% in Swaziland a un minimo dell'11% in Honduras (Figura 14).

Alcune donne vorrebbero distanziare le gravidanze, mentre altre hanno già avuto il numero di figli desiderato e vorrebbero evitarne altre.

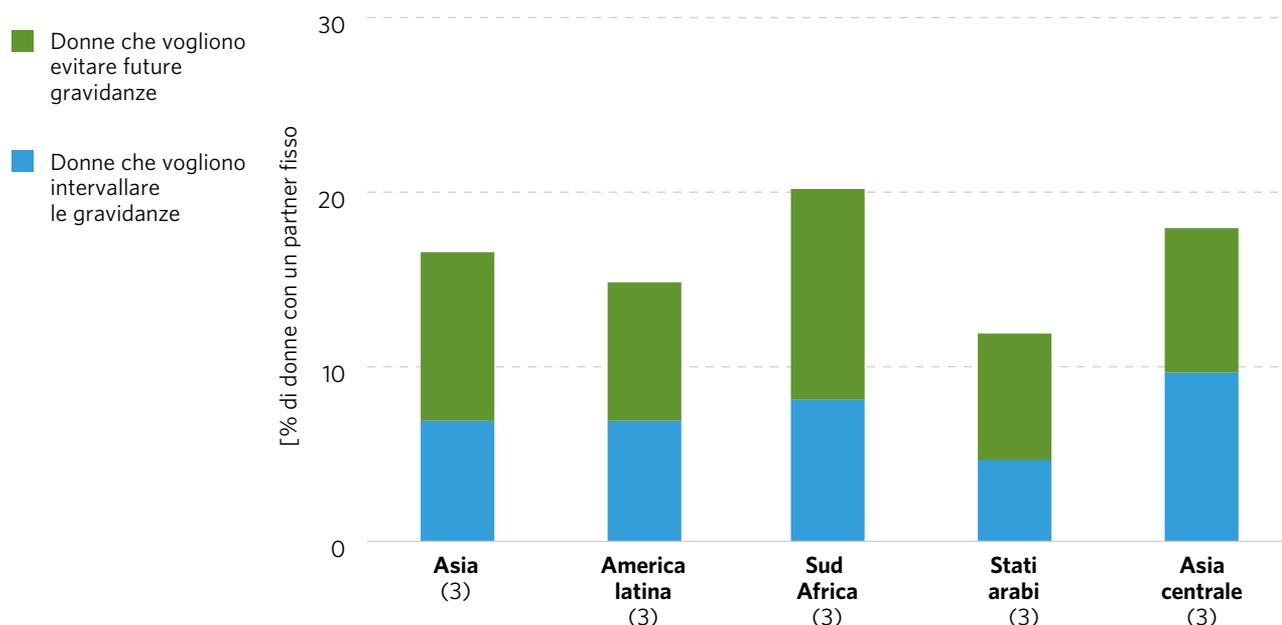
Come in numerosi paesi, sono tanti i fattori sociali, economici e sanitari che possono impedire l'accesso alla contraccezione a uomini e donne che la desiderano (Bongaarts et al., 2012; Sedgh and Hussain, 2014). Tra gli ostacoli, le conoscenze insufficienti sui metodi contraccettivi e sui servizi che li forniscono, i loro costi, i timori per la salute e per gli effetti collaterali, la preoccupazione per



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

FIGURA 14

Percentuale di donne con un bisogno insoddisfatto di contraccezione in 15 paesi divisi in 5 regioni



l'accettazione sociale. I timori per la salute sono tra le motivazioni addotte più di frequente per spiegare il mancato uso della contraccezione. Nei 15 paesi in cui si sono svolti di recente i DHS, la maggior percentuale delle donne che chiamava in causa la salute e gli effetti collaterali si è registrata nelle Filippine (26%). La disuguaglianza di genere, che si traduce nel fatto che il marito non tiene conto delle decisioni della moglie di ricorrere alla contraccezione, è un altro arduo ostacolo.

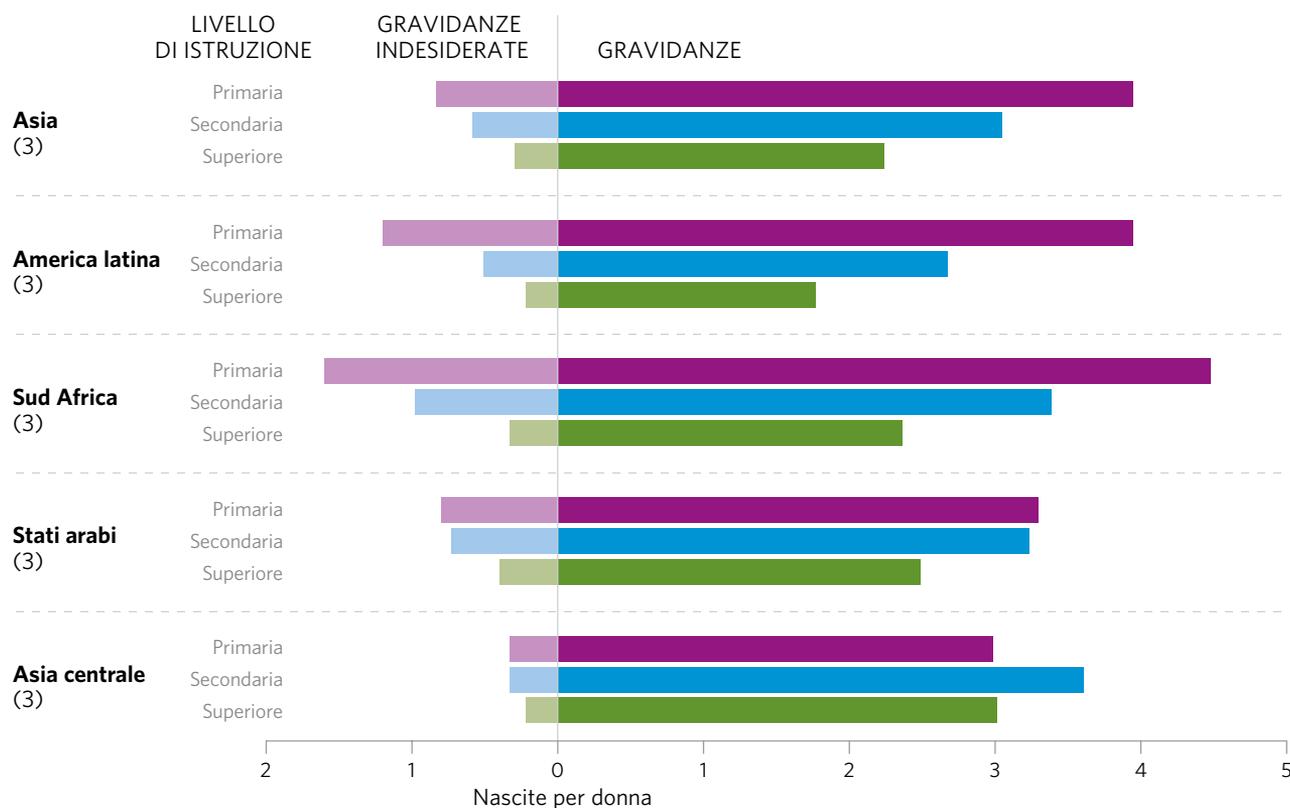
Fattori socioeconomici

Nei 15 paesi esaminati in questo capitolo, come in molti altri paesi, la fecondità è di solito più bassa tra le donne con livelli di istruzione più elevati

(Figura 15). Tra i 15 paesi, i tre dell'America Latina e Caraibi presentano le maggiori differenze nella fecondità tra donne con diversi livelli di istruzione. Queste differenze riflettono in parte alti livelli di disuguaglianza socioeconomica.

Tra le donne più istruite, il tasso di sopravvivenza neonatale e infantile è più elevato; le ragazze tendono a sposarsi più tardi e hanno una maggiore autonomia decisionale in materia di procreazione. Tutti questi elementi sono collegati a una fecondità più bassa. Inoltre le donne istruite hanno redditi più alti e quindi potrebbero dover rinunciare alle loro entrate per avere figli. Di norma hanno anche maggiori conoscenze in materia e migliori possibilità di accedere alla contraccezione, di comprenderne meglio i

FIGURA 15 Gravidanze e gravidanze indesiderate, per livello di istruzione, in 15 paesi divisi in 5 regioni



Fonte: ICF; DHS e USAID (2018)



Aiutare le adolescenti in Bolivia a evitare la gravidanza

FOCUS SU BOLIVIA

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

“Si vede subito che le ragazze qui a Punata sono sempre più forti e più emancipate.”

Duveiza, 23 anni

Duveiza Alcozer Villaroel, 23 anni, presiede la riunione del consiglio giovanile di Punata.

Sullo sfondo, uno striscione coloratissimo, dice: “Juventudes de Punata unidos por nuestros derechos”. La perfetta descrizione di quello che sta accadendo qui: gli/le adolescenti di Punata reclamano i loro diritti.

Punata, vicino al lago Allalay (“freddissimo”, in lingua Quechua), si trova nel dipartimento di Cochabamba, il centro commerciale di questa regione della Bolivia. Ha 35.000 abitanti, quasi un terzo dei quali sono giovani. Nel 2012 la Bolivia ha approvato la legge che istituiva i consigli giovanili per far sì che ragazze e ragazzi potessero far sentire la loro voce sulle misure politiche e sull'amministrazione del paese. Il primo di questi consigli è nato a Punata.

“C'è molto da fare qui a Punata, soprattutto per quanto riguarda le gravidanze tra adolescenti,” dice Villaroel, che dirige il consiglio. “Prima si comincia, meglio è.”

Come spiega Villaroel, le adolescenti della sua comunità restano incinte perché non sanno niente sulla sessualità né su come evitare la gravidanza, e hanno paura di chiedere. “Io mi identifico facilmente con loro,” dice. “Sono rimasta incinta a 19 anni.”

“Il giorno in cui scopri di essere incinta, non te lo scordi più,” dice. “È come una doccia gelata.”

Fare in modo che le/i giovani parlino di sessualità è cruciale per aiutare le adolescenti a evitare una gravidanza prima che siano pronte. Molte si trovano in imbarazzo o si vergognano di fare domande; molte altre si vergognano di recarsi in un ambulatorio per chiedere i contraccettivi.

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR



Permettere alle/ai giovani giovani di parlare di sessualità è cruciale per aiutare le adolescenti a evitare gravidanze prima che siano pronte.

Consigli giovanili come quello di Punata le aiutano a parlare liberamente di sesso, gravidanza e contraccezione, e questo conferisce alle ragazze un maggior potere sulla loro vita.

Luigi Burgoa, di UNFPA, dice che quattro o cinque anni fa le/i giovani non parlavano di contraccezione. Ma da quando sono nati i consigli è cambiato tutto. "Si vede benissimo che le ragazze qui a Punata sono sempre più forti ed emancipate."

Villaroel spiega di amare molto suo figlio, che adesso ha 4 anni, ma che vuole comunque fare tutto il possibile per aiutare le adolescenti ad avere figli solo quando sono pronte, a evitare lo stress e la stigmatizzazione sociale spesso associati a una gravidanza a quell'età. Lei e gli altri membri del consiglio giovanile vanno nelle piazze e nei posti frequentati dai coetanei a distribuire volantini su sessualità e contraccezione, per aiutarli a capire come evitare le gravidanze.

"A volte si sentono in imbarazzo e scappano, quando vedono i nostri volantini," dice. Altre volte, "alzano le spalle, a disagio, quando leggono parole come 'preservativo' o 'impianto'."

Quando è rimasta incinta, Villaroel frequentava l'ultimo anno di scuola. "È stato difficilissimo, ma sono riuscita a finire e a diplomarmi. Mio figlio veniva con me dappertutto."

"Avevo tante ambizioni," aggiunge poi. "A volte, quando sei madre, sei costretta a scegliere tra te e il lavoro. Io ero decisa a conciliare tutto. Volevo lavorare e realizzare tutto il mio potenziale, perché mio figlio potesse essere fiero di me."

benefici e quindi di aver maggiore propensione al loro utilizzo.

I programmi di pianificazione familiare sostenuti dai governi hanno un effetto maggiore sulla fecondità delle persone più povere e meno istruite, in quanto aumentano le loro possibilità di scegliere il numero e il momento di una gravidanza. Mentre le donne più ricche e istruite hanno le risorse per raggiungere i loro obiettivi di fecondità, le povere vanno incontro a enormi ostacoli economici per accedere alla contraccezione e devono pertanto contare sui servizi offerti gratuitamente dai programmi statali. Dove questi ultimi esistono, il numero delle gravidanze indesiderate è generalmente inferiore. Tra i 15 paesi presi in esame, gli Stati Arabi e i paesi asiatici hanno i programmi più solidi. Sono i paesi con le minori disparità in materia di gravidanze indesiderate per livello di istruzione.

Stasi e aumento della fecondità

Una volta iniziata la transizione della fecondità, questa di norma scende fino ad avvicinarsi al livello di sostituzione. Tra i paesi in cui questa costante diminuzione della fecondità si è arrestata o ha subito un'inversione di tendenza ci sono Algeria, Egitto, Kazakistan, Kirgizstan, Marocco, Namibia, Panama, Tagikistan e Turkmenistan. Crisi economiche, guerre e carestie possono indurre temporaneamente le coppie a evitare le gravidanze. La fecondità in Algeria, per esempio, è scesa vicino al livello di sostituzione negli anni Novanta, in coincidenza con il conflitto che ha interessato il paese. Ma dal 2010, terminata la guerra, la fecondità ha ripreso a crescere fino a quasi tre nascite per donna.

Un altro esempio: la crisi economica che ha colpito i paesi dell'Asia centrale all'inizio degli anni Novanta è stata accompagnata da un calo della fecondità (Figura 16). Ma all'inizio del nuovo millennio la crisi si è attenuata e la fecondità ha ripreso a salire. Tuttavia, con il miglioramento della situazione economica, è poi tornata a scendere.

In questi quattro paesi dell'Asia centrale, anche la domanda insoddisfatta di metodi di contraccezione moderna può far crescere la fecondità. In Tagikistan e in Kirgizstan quasi una donna su cinque ha una domanda insoddisfatta di contraccezione, in parte a causa della scarsità dei servizi di pianificazione familiare (soprattutto nelle aree rurali), di una scelta limitata di contraccettivi, dei costi elevati e dello scarso potere decisionale in merito al loro uso.

Il numero delle richieste inevase è più alto tra le donne sposate nella fascia di età 15-24 che in quella 25-49. In Kirgizstan, per esempio, tra il 1997 e il 2012, la domanda insoddisfatta tra le giovani donne sposate è aumentata di 8,6 punti percentuali, mentre l'uso della contraccezione è sceso bruscamente dal 45,5% al 19,3%.

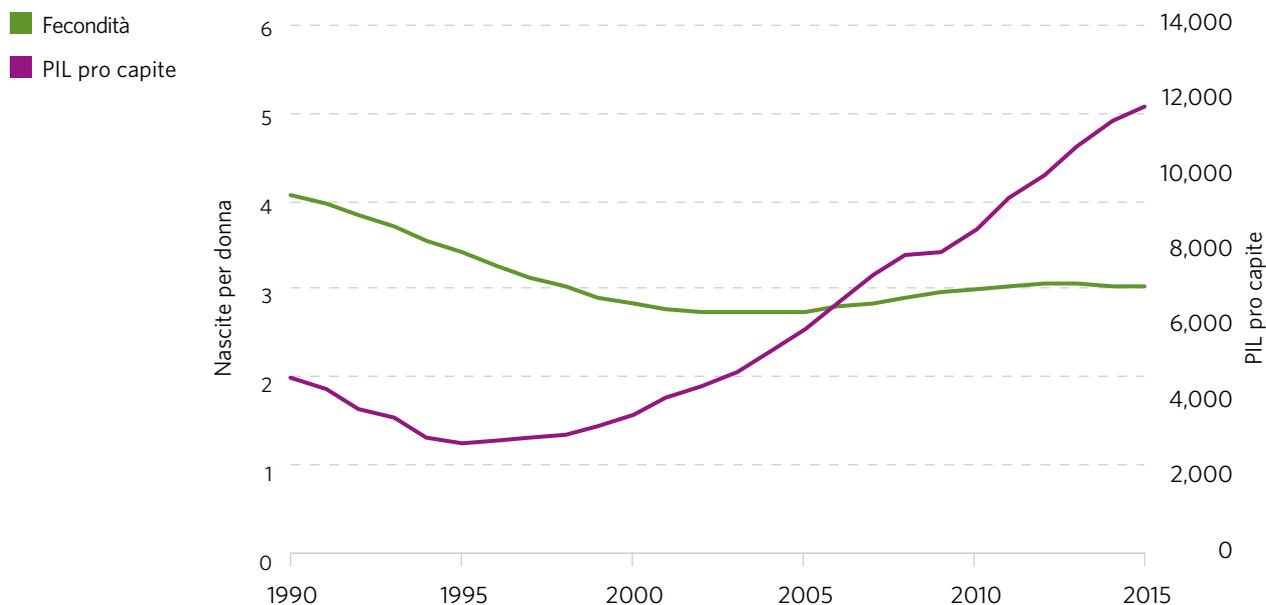
Malgrado in alcuni paesi siano disponibili servizi sanitari specificamente rivolti a giovani, le scuole di

solito non offrono una educazione completa alla sessualità conforme alle linee guida di UNFPA e UNESCO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura). Inoltre sono ancora diffusi i matrimoni precoci e le giovanissime spose non hanno accesso, o hanno un accesso molto limitato, ai servizi per la salute riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare. Uno degli ostacoli principali che devono affrontare è rappresentato dall'opposizione alla contraccezione da parte dei mariti e delle loro famiglie.

La diminuzione della fecondità può verificarsi anche per ragioni diverse da una crisi. Per esempio, può calare temporaneamente quando molte donne scelgono di ritardare la gravidanza per poter completare l'istruzione secondaria o universitaria, o per iniziare una carriera lavorativa. Una volta che questa coorte di donne completa un corso di studi superiore e ottiene un buon posto di lavoro, spesso

FIGURA 16

Tendenze del PIL procapite (a parità di potere d'acquisto) e fecondità: media in quattro paesi dell'Asia centrale



Fonte: Nazioni Unite (2017) e Banca Mondiale (2017)

decide di mettere su famiglia, e questo comporta un aumento della fecondità.

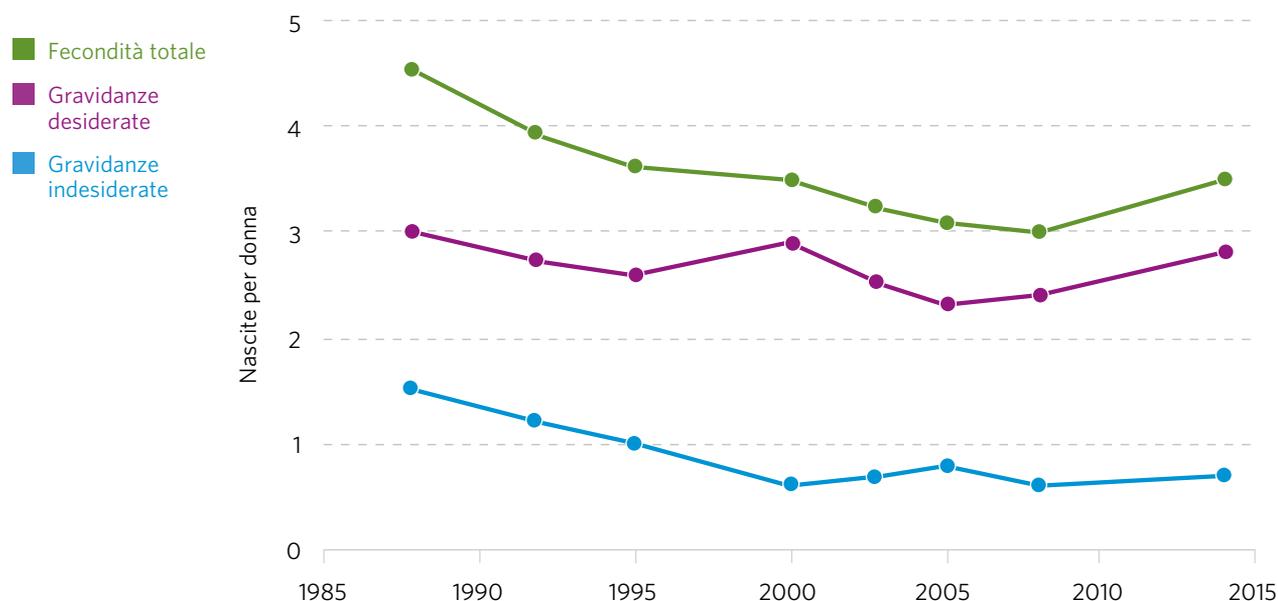
Anche i tagli ai programmi di pianificazione familiare possono rallentare il calo della fecondità o innescare il suo aumento (Blanc and Tsui, 2005). In Egitto, per esempio, la fecondità è scesa stabilmente dai 4,5 nati per donna nel 1988 ai 3,0 del 2008, prima di tornare ai 3,5 del 2014 (Figura 17). Prima del 2008, il governo aveva investito fortemente nella pianificazione familiare, grazie al sostegno dei donatori stranieri. Tali investimenti, che avevano reso accessibili i servizi in tutto il paese, avevano prodotto una conoscenza diffusa in materia di contraccezione e la consapevolezza quasi universale del fatto che i moderni metodi contraccettivi mettono singoli e coppie in grado di avere meno figli.

Tra il 2000 e il 2007, gli aiuti internazionali per la pianificazione familiare in Egitto ammontavano

in media a 33 milioni di dollari l'anno. A partire dal 2008, però, questi aiuti sono precipitati, toccando il fondo con i 3 milioni di dollari l'anno nel 2011 e nel 2012, con l'effetto di indebolire il programma.

Per colmare il divario, il governo ha incrementato i propri stanziamenti, ma non sono stati sufficienti a riportare programmi e servizi al livello antecedente al 2007. La riduzione dei finanziamenti ha avuto forti ripercussioni sulla distribuzione dei servizi e sulle campagne di informazione. Inoltre, prima del 2007, le due principali emittenti televisive del paese avevano mandato in onda gratuitamente le campagne informative. Negli ultimi anni però il pubblico preferisce nuovi canali, di proprietà privata, che non concedono spazi gratuiti per la trasmissione di queste campagne. Il risultato è che sempre meno persone ricevono informazioni sui benefici della pianificazione familiare, il che contribuisce a un innalzamento della fecondità.

FIGURA 17 Egitto, trend della fecondità, 1988-2014



Fonte: ICF; DHS e USAID (2018)

Dove finisce la transizione della fecondità

In molti paesi l'andamento della fecondità non ha seguito il consueto processo della transizione. Dopo essere diminuita per decenni, la fecondità si è assestata o è cresciuta.

In certi casi la deviazione dal modello tipico si può attribuire alle conseguenze di conflitti o di crisi economiche. In altri, la responsabilità di una stasi della fecondità o della sua ascesa va probabilmente ricercata negli ostacoli da superare per accedere alla gamma completa dei metodi e dei servizi per la pianificazione familiare, soprattutto nelle comunità più povere e nelle zone rurali.

Ma il fatto che i paesi di questo gruppo non seguano completamente l'iter della transizione della fecondità non significa che non abbiano completato la transizione. In alcuni paesi è possibile che la transizione non si concluda al livello di sostituzione – 2,1 nati per donna – bensì a un tasso maggiore, tra i 2,5 e i 3,0 nati per donna. Per esempio, la fecondità in Marocco, oggi intorno al 2,5, è cambiata di pochissimo dal 2000.

Che i paesi non seguano completamente il consueto processo della transizione della fecondità, non significa che non abbiano completato la transizione.



FOCUS SU EGITTO

“Dopo la nascita di Mahmoud, ho ripreso a utilizzare un metodo di pianificazione familiare.”

Um Ahmed, 32 anni



“Vogliamo il meglio per i figli che abbiamo”

© UNFPA/Roger Anis

“Abbiamo tre figli”, dice Mohamed. “E vogliamo assicurare a tutti un buon futuro”.

Mohamed, 37 anni, e Um Ahmed, 32, si sono sposati 16 anni fa a Luxor, in Egitto, dove entrambi sono nati e cresciuti. A un anno circa dal matrimonio, Um Ahmed ha dato alla luce la loro figlia Mariam, e due anni dopo il figlio Ahmed.

“Dopo di lui, avevamo deciso che non volevamo altri figli e abbiamo iniziato a usare la pianificazione familiare”, spiega Mohamed. “Volevamo garantire salute e istruzione ai due figli che avevamo.”

Ma nei cinque anni successivi il padre di Mohamed ha fatto pressioni su di loro perché avessero altri figli, e alla fine hanno ceduto ed è

nato il terzo bambino, Mahmoud. "Appena nato, ho ripreso ad utilizzare un metodo contraccettivo," dice Um Ahmed.

Il lavoro nel settore edile aveva sempre permesso a Mohamed di mantenere la famiglia, ma da cinque anni a questa parte il fiume di turisti stranieri che visitavano i siti storici di Luxor è diminuito fino a ridursi a un rivolo, mettendo in crisi l'economia locale e lasciando Mohamed senza la possibilità di guadagnarsi da vivere. La coppia, insieme all'ultimo figlio, si è trasferita al Cairo mentre i due più grandi sono rimasti con i nonni per proseguire gli studi.

Oggi Mohamed fa il portiere in un condominio di Nasr City, il quartiere più popoloso del Cairo, e abita in un modesto alloggio nel seminterrato. Parte dei suoi guadagni servono a pagare la retta del figlio in una scuola con classi piccole e ottimi docenti. La materia preferita di suo figlio è la matematica, e da grande vuole fare il medico.

"Tre figli sono più che sufficienti," dice Mohamed. Sua moglie è d'accordo: "Vogliamo il meglio per quelli che già abbiamo."

La maggioranza vuole tre figli

Tre è il numero di figli desiderati dall'egiziano medio, secondo Magued Osman, direttore esecutivo del Baseera Egyptian Centre for Public Opinion Research. Ma questa media dissimula le differenze regionali, rurali e urbane nel numero di figli ideale, che va da poco più di due ad Alessandria a quasi cinque nel Governatorato di Matruh, ai confini nord-occidentali del paese.

Ci sono poi le discrepanze tra quanti figli si desiderano e quanti se ne hanno in realtà. Mentre il numero auspicato è, nella media nazionale, 3,0, la media dei figli nati per ogni donna è 3,5.

"Quanti figli vuoi dipende da dove abiti, come vivi, se ti hanno insegnato o meno che bisogna avere almeno un maschio," dice Germaine Haddad, vice responsabile di UNFPA al Cairo. Quanti ne hai

**L'empowerment femminile,
uno sviluppo economico inclusivo
e l'accesso alla pianificazione
familiare possono consentire
a singoli e coppie di decidere
liberamente la dimensione
della propria famiglia.**



davvero può dipendere dalle pressioni esercitate sulla famiglia, dai pregiudizi di genere che pesano sulle leggi che regolano la successione, dal reddito. E spesso dipende anche dalla possibilità di poter usufruire dei mezzi di contraccezione moderni e dall'accuratezza delle informazioni su come usarli in sicurezza.

Scelte informate

Informazioni errate sugli effetti collaterali della contraccezione inducono una egiziana su tre a smettere di usarla entro il primo anno, il che porta a gravidanze non volute.

“Le donne hanno bisogno di informazioni”, dice la dottoressa Wafaa Benjamin Basta, ostetrica e ginecologa che esercita in uno studio privato, ma fornisce anche servizi alle utenti in un policlinico universitario in città.

Alcune donne non sanno di poter scegliere,” dice Basta. “Io le aiuto a prendere decisioni per la loro salute sulla base di informazioni affidabili e accurate.”

La maggior parte delle pazienti si preoccupa degli effetti collaterali. Ma molti di questi timori non hanno alcun fondamento. Per questo la pillola è così poco diffusa in Egitto: le donne credono, erroneamente, che faccia ingrassare o provochi il cancro al seno.”

Anche se il suo ambulatorio privato mette a disposizione tutti i metodi contraccettivi moderni, la maggior parte delle sue pazienti sceglie i dispositivi intrauterini. Tra le sue pazienti, sono sempre più numerose le giovani sposate che desiderano rimandare la gravidanza a quando avranno completato gli studi o trovato un lavoro soddisfacente.

Le donne che si recano nel suo studio privato di solito desiderano avere un solo figlio, due al massimo. Ma quelle che riceve al policlinico



© UNFPA/Roger Anis

“Aiuto le donne a prendere decisioni per la loro salute sulla base di informazioni affidabili e accurate.”

D.ssa Wafaa Benjamin Basta

di solito dicono di volerne cinque o sei. Queste donne, spiega, vedono nei figli un potenziale aiuto man mano che i genitori si avvicinano alla vecchiaia, ma anche una fonte di stabilità e di ricchezza per la famiglia.

Tassi di natalità in aumento

Le statistiche del governo e delle Nazioni Unite dimostrano che le famiglie numerose sono più diffuse nelle comunità più povere e nelle campagne, ma sono collegate anche alla maggiore incidenza dei matrimoni precoci.

Al Cairo, dove è comune avere circa due figli per famiglia, i matrimoni precoci costituiscono meno del 3 per cento di tutti i matrimoni. Nel governatorato rurale di Matruh, dove è normale averne quattro o più, i matrimoni precoci rappresentano circa il 21 per cento del totale.

Oggi l'Egitto ha un tasso di fecondità di 3,5 nascite per donna, superiore a quello di 3,1 registrato nel 2009. Alcuni funzionari attribuiscono l'aumento all'indebolirsi dei programmi per la pianificazione familiare, che fino a circa il 2006 hanno ricevuto aiuti internazionali da un importante paese donatore. All'epoca, l'economia egiziana era in rapida ascesa, con un Pil pro-capite annuo quasi raddoppiato - da circa 1400 dollari nel 2000 ai 2600 del 2010. Ma proprio la crescita dell'economia nazionale ha portato all'interruzione dei finanziamenti da parte del donatore.

Oggi, il 12,5 per cento delle donne egiziane ha un'esigenza di metodi moderni di contraccezione che viene disattesa. La percentuale sale ancora nelle regioni rurali del paese.

Dopo il 2006, anche le campagne di informazione sulla pianificazione familiare si sono ridotte. Nel 2005, l'80 per cento delle persone intervistate nel quadro dei Sondaggi demografici e sanitari (DHS) rispondevano di aver sentito o visto qualche messaggio sulla pianificazione familiare, l'anno precedente. Un sondaggio analogo effettuato nel 2014 ha evidenziato che solo il 20 per cento era stato raggiunto da questo tipo di messaggi.

Le scuole non provvedono a un'educazione completa alla sessualità. Le comunicazioni sulla pianificazione familiare - e le informazioni essenziali sulla procreazione - devono quindi provenire da altre fonti. Grazie a Y-Peer, un programma di educazione tra pari sostenuto da UNFPA, persone giovani informano persone della stessa età sulle infezioni a trasmissione sessuale, la violenza domestica, i diritti umani, le relazioni e la gravidanza.

Mohamad Hassan, 22 anni, studente in medicina all'università Al Azhar del Cairo, fa volontariato nel programma Y-Peer. Secondo lui, l'80 per cento

di tutti quelli che frequentano i suoi seminari pone domande di base sull'anatomia.

Una popolazione destinata a raddoppiare

Agli attuali ritmi di crescita, la popolazione dell'Egitto, 95 milioni, dovrebbe raggiungere i 119 milioni entro il 2030 e nel 2100 potrebbe essere più che raddoppiata, toccando i 200 milioni. Nel 2014, circa 6 su 10 delle persone intervistate nel quadro dei DHS, alla domanda se ritenevano che il paese avesse un problema di sovrappopolazione, hanno risposto "sì".

Nel 2014 il governo ha avviato una strategia nazionale in materia di popolazione e sviluppo, mirata a rallentare la crescita, sostenendo il diritto delle coppie a decidere se, quando e quanti figli avere.

Secondo Hussein Sayed della facoltà di Scienze economiche e sociali dell'Università del Cairo, la strategia nazionale alla quale lui stesso ha contribuito, è imperniata sui diritti, compresi i diritti riproduttivi. Uno degli elementi chiave di tale strategia

“Vogliamo garantire una vita migliore ai due figli che già abbiamo. La cosa più importante è che ricevano una buona istruzione.”

Rasha

punta a ridurre la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, dimezzandola entro il 2030, soprattutto nelle aree rurali e nelle più disagiate periferie urbane, dove i servizi scarseggiano e la scelta dei metodi contraccettivi è limitata.

Il pacchetto di misure affronta anche l'analfabetismo femminile, per dare alle donne migliori opportunità di entrare nel mondo del lavoro retribuito. Tra le misure, un sussidio economico in contanti alle famiglie più povere, a condizione che assicurino la frequenza scolastica delle figlie. Allo stesso tempo il governo ha esteso l'obbligo scolastico fino a 18 anni.

Altre azioni sono volte a promuovere la crescita economica e a creare posti di lavoro e opportunità di reddito per i più poveri.

L'empowerment femminile, uno sviluppo economico inclusivo e l'accesso alla pianificazione familiare possono consentire a singoli e coppie di decidere liberamente la dimensione della loro famiglia.

Una vita migliore per i figli

Ahmed e Rasha si sono conosciuti 10 anni fa nell'ufficio in cui lavoravano entrambi, lui agli acquisti e logistica, lei all'archiviazione dei dati. Hanno iniziato a frequentarsi e in breve hanno deciso di essere fatti una per l'altro. Si sono sposati l'anno successivo e hanno avuto il primo figlio, Mohamed.

Ahmed ha continuato a lavorare, Rasha è rimasta a casa a prendersi cura del bambino. Quattro anni dopo è nata la secondogenita, Raghad. Ancor prima di sposarsi, da fidanzati, avevano deciso di comune accordo che avrebbero avuto solo due bambini. "Non abbiamo bisogno di averne di più," dice Rasha. "Vogliamo garantire una vita migliore ai due che abbiamo. La cosa più importante per loro è che ricevano una buona istruzione."

Ahmed dice che vuole educare i suoi figli perché siano istruiti, di buone maniere e di sani principi. "Voglio che abbiano tutto quello che servirà loro nella vita per fare le scelte migliori per il proprio futuro."





CAPITOLO 4

Molte vie, medesima destinazione

In 33 paesi solo di recente i tassi di fecondità sono scesi tra 1,7 e 2,5 nascite per donna. Gli Stati Arabi e alcuni paesi in America Latina, Caraibi e Asia fanno parte di questo gruppo. Ne fa parte anche l'India, con una popolazione di oltre 1,3 miliardi di persone, e il Qatar con i suoi 2,6 milioni di abitanti.



© Paul Smith/Panos Pictures

Sono inclusi paesi ad alto reddito come il Bahrain, paesi poveri come il Nepal, altri il cui reddito si colloca in una posizione intermedia (Figura 18).

I paesi di questo gruppo sono particolarmente eterogenei, non solo dal punto di vista geografico ed economico, anche per il cammino che ha portato agli attuali tassi di fecondità e per le difficoltà che singoli e coppie incontrano nell'esercitare il loro diritto a decidere se, quando e quanti figli avere.

I trend della fecondità

In circa un terzo dei 33 paesi di cui si occupa questo capitolo, la fecondità era ancora alta negli anni Ottanta, ma è poi scesa rapidamente ai tassi attuali, più o meno vicini al livello di sostituzione. Questi paesi sono Bangladesh, El Salvador, Iran, Messico, Nepal, Nicaragua, Peru e alcuni Stati Arabi.

Negli altri, la transizione della fecondità è di solito iniziata prima, negli anni Sessanta, la fecondità ha poi continuato a scendere gradualmente

TASSO DI FECONDITÀ TRA 1.7 e 2.5 NASCITE PER DONNA



I confini, i nomi e le designazioni utilizzate su questa mappa non implicano approvazione ufficiale o accettazione da parte delle Nazioni Unite.

La linea tratteggiata rappresenta approssimativamente la Linea di controllo tra gli Stati di Jammu e Kashmir concordata dall'India e dal Pakistan. Lo stato definitivo di Jammu e Kashmir non è stato ancora concordato dalle parti.

fino ai tassi attuali. Di questo gruppo fanno parte paesi dell'America Latina come Brasile e Cile, paesi asiatici come Sri Lanka e Malaysia, altri che affacciano sul Mediterraneo come Turchia e Libano.

India e Myanmar si distinguono dagli altri paesi del gruppo per la diminuzione lenta ma costante della fecondità iniziata dopo gli anni Sessanta. Argentina e Uruguay sono invece i paesi in cui si registrava, già prima degli anni Sessanta, la fecondità più bassa di tutti i paesi del gruppo.

Bangladesh, El Salvador, Nepal, India, Myanmar e Nicaragua si differenziano inoltre perché oggi hanno tassi di fecondità vicini al livello di sostituzione, malgrado i loro redditi pro capite siano più bassi di quelli degli altri paesi con analogo fecondità. Nella maggior parte dei casi, in tutto il mondo, livelli così bassi si ottengono solo con livelli di reddito superiori. Questi e altri paesi hanno comunque compiuto grandi progressi in materia di sviluppo umano, che si riflettono in un miglioramento delle condizioni di salute,



© Joshua Cogan/PAHO

del livello di istruzione e nella diminuzione della mortalità infantile.

La transizione negli Stati Arabi, in Asia e altrove

Negli anni Novanta si è registrato un rapido declino della fecondità in Iran, Libia, Nepal e negli Emirati Arabi Uniti. Ancora prima, la fecondità aveva iniziato a scendere in Bangladesh, Indonesia, Kuwait, Libano, Sri Lanka e Tunisia.

La fecondità varia in base al luogo di residenza (area urbana o rurale), al reddito e al livello di istruzione, soprattutto femminile.

Bangladesh, India, Indonesia, Iran e Turchia hanno avuto sostanziali diminuzioni della mortalità infantile e neonatale, grazie anche a una diffusione più capillare dei servizi sanitari, allo sviluppo economico, alla riduzione della povertà e all'aumento della frequenza scolastica femminile nella scuola primaria e secondaria (Khuda et al., 2001; Abbasi-Shavazi et al., 2009; James, 2011; Hull, 2012, 2016; Jones, 2015; Guilmoto, 2016; Yüce ahin et al., 2016). Il calo della mortalità infantile e neonatale ha eliminato uno dei fattori che ha portato ad avere famiglie più numerose. Questi paesi inoltre hanno adottato solidi programmi statali di pianificazione familiare che hanno contribuito a far diminuire la fecondità (Hull and Hull, 1997; Akin,

2007; Abbasi-Shavazi et al., 2009; Hayes, 2012; Jones, 2015; Khuda and Barkat, 2015).

L'India merita di essere menzionata a parte: benché il tasso medio di fecondità totale del paese nel suo insieme sia di 2,3 nascite per donna, negli Stati di Uttar Pradesh, Bihar e Madhya Pradesh supera il 3,0, ma è sotto al livello di sostituzione nel Maharashtra, nel Bengala Occidentale e nei quattro Stati più a sud del paese. Gli Stati con una fecondità inferiore al livello di sostituzione rappresentano il 50 per cento della popolazione totale (James, 2011). Molte province dell'India hanno una fecondità inferiore al livello di sostituzione, ma in circa la metà si registrano 3,0 nascite per donna (Mohanty et al., 2016).

© Robert Wallis/Panos Pictures



Nelle aree urbane del paese la fecondità è scesa sotto il livello di sostituzione nel 2007.

La grande diversità dei tassi di fecondità nel paese non è chiaramente collegabile ai livelli di reddito ed è con ogni probabilità influenzata da una quantità di fattori diversi. Negli Stati di Kerala e di Tamil Nadu, per esempio, si sono registrati importanti diminuzioni della fecondità malgrado una limitata crescita economica. Questi Stati presentano livelli di disuguaglianza economica e di genere relativamente più contenuti, e hanno inoltre vissuto una fase di rapido sviluppo sociale (Visaria, 2009; Pande et al., 2012). Anche lo Stato confinante dello Sri Lanka ha registrato cali della fecondità malgrado una crescita economica più lenta (Jayasuriya, 2014).

Nei paesi presi in esame in questo capitolo, la fecondità varia a seconda del luogo di residenza (città o area rurale), del reddito, del livello di istruzione, soprattutto femminile. È in generale più elevata tra le donne meno istruite rispetto a quelle che hanno completato almeno la scuola secondaria (Figura 19). In quei paesi dove è meno evidente la correlazione tra bassa fecondità e migliore istruzione, sono in corso da molti anni programmi di pianificazione familiare gestiti da volontari, che hanno raggiunto in modo trasversale molti settori della popolazione. In alcuni di questi paesi la bassa fecondità è dovuta anche al ricorso all'aborto.

In Bangladesh, India, Indonesia e Iran il passaggio a famiglie più piccole può essere attribuito an-

FIGURA 19

Differenziali di fecondità per istruzione, tra donne nella fascia di età 30-34, in paesi selezionati con fecondità vicina al livello di sostituzione. Dati più recenti disponibili (istruzione secondaria superiore=1,00)

PAESE	NESSUNA ISTRUZIONE	PRIMARIA NON COMPLETATA	PRIMARIA COMPLETATA	SECONDARIA INFERIORE	SECONDARIA SUPERIORE	POST-SECONDARIA
Bahrain	3.08	1.70	1.53	0.86	1.00	1.09
Bangladesh	1.41	1.39	1.26	1.15	1.00	1.05
Emirati Arabi Uniti	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.81
India	2.18	1.50	1.54	1.37	1.00	1.25
Indonesia	1.06	1.15	1.18	1.12	1.00	1.14
Iran	1.80	1.80	1.80	1.24	1.00	0.83
Kuwait	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
Libano	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
Libia	2.12	1.69	1.45	1.26	1.00	1.03
Malaysia	1.26	1.24	1.20	1.03	1.00	0.82
Myanmar	2.06	1.94	1.61	1.28	1.00	0.72
Nepal	2.06	1.74	1.39	0.99	1.00	0.96
Qatar	1.43	1.43	1.43	1.18	1.00	0.90
Sri Lanka	1.66	1.39	1.28	1.11	1.00	0.95
Tunisia	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
Turchia	2.55	1.70	1.50	1.02	1.00	0.76
Uzbekistan	1.11	1.11	1.11	1.09	1.00	0.81

Fonte: Lutz et al. (2014)

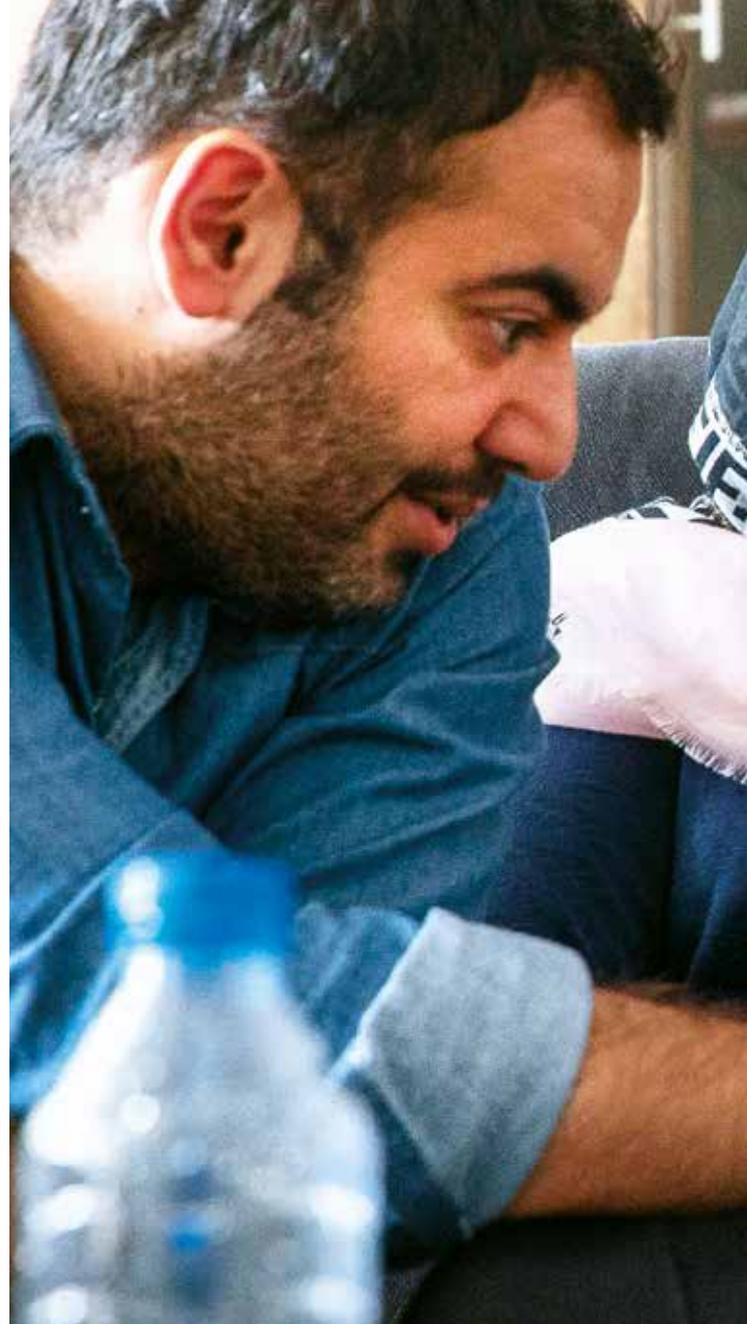
La fecondità è di solito più alta tra le donne meno istruite che tra quelle che conseguono almeno l'istruzione secondaria.

che al maggiore sostegno in materia di diritti riproduttivi. In Iran, per esempio, l'estensione dei servizi per la salute riproduttiva alle zone rurali e la scelta più ampia di metodi contraccettivi hanno consentito a un maggior numero di donne di decidere liberamente il numero e il momento in cui iniziare una gravidanza. In Bangladesh, le Organizzazioni non governative hanno svolto un ruolo importante, contribuendo a migliorare la salute riproduttiva e a garantire alle donne il potere e gli strumenti per decidere se, quando e quanti figli avere. In Indonesia, alla fine degli anni Novanta, i servizi di pianificazione familiare nelle comunità locali hanno esteso la portata del programma nazionale di pianificazione familiare (Hull and Hull, 1997).

Per quanto molti di questi paesi possano vantare solidi programmi di pianificazione familiare, sono ancora molti, singoli e coppie, che incontrano ostacoli nell'accedervi. Uno di questi ostacoli è la gamma limitata dei metodi contraccettivi disponibili.

La fecondità e il ruolo del matrimonio

Nei paesi dell'Asia meridionale, in alcuni Stati Arabi e in altri paesi densamente popolati come Indonesia, Iran e Turchia, il matrimonio e l'età in cui si contrae hanno importanti ripercussioni sulle dimensioni della famiglia, visto che in questi paesi avere figli fuori dal matrimonio è piuttosto raro. Di solito la gravidanza si verifica poco dopo il matrimonio. Ben-



FOCUS SU IRAN

“In fondo al cuore sapevamo di volere un figlio.”

Sara, 35 anni



Superare gli ostacoli economici per mettere su famiglia

© UNFPA/Reza Sayah

Sara Ghorbani dice che suo figlio è la più grande felicità della sua vita. Ma ricorda anche il tempo in cui la maternità era ancora un sogno lontano.

Dopo due anni di matrimonio, suo marito Fouad perse il lavoro nel periodo in cui l'economia iraniana soffriva di una grave recessione con alti livelli di inflazione e disoccupazione.

“All’inizio ero contraria ad avere un figlio,” dice l’estetista 35enne che vive con il marito in un appartamento di due stanze appena fuori dalla capitale, Teheran. “ Ripetevo in continuazione che sarebbe stata dura. Non eravamo neanche sicuri di essere in grado di prenderci cura di un figlio e di potergli garantire una buona educazione.”

La coppia tuttavia non ha mai rinunciato al sogno di avere un bambino e ha

deciso di non aspettare che la situazione migliorasse.

"In fondo al cuore, sapevamo di volere un figlio. Era un pensiero che non ci abbandonava mai," dice Sara. "E decidemmo che se lo volevamo, potevamo realizzare il nostro sogno."

Cinque anni fa, Sara e Fouad sono diventati orgogliosi genitori di un bambino, Caren. La coppia dice che allevarlo è stata per entrambi la sfida più grande della vita, ma che non sono mai stati tanto felici.

"Certo, è dura, ma ci si fa l'abitudine," dice Sara. "È come se Dio ci desse l'energia, la forza necessaria."

"Quando guardo Caren crescere, sono davvero felice," dice Fouad. "Volevo un figlio prima di essere troppo vecchio. Perciò non ho mai avuto rimpianti."

Sara e Fouad sono felici di aver deciso per un figlio unico. Il governo sarebbe più felice se Sara e Fouad ne avessero altri. Negli ultimi trent'anni, in Iran le coppie sposate hanno avuto sempre meno figli e secondo gli analisti questo trend minaccia l'economia del paese.

"Siamo molto preoccupati," dice il dottor Ali Reza Marandi, docente di pediatria ed ex ministro della Salute. "Tassi di fecondità troppo bassi possono risultare molto dannosi per il futuro di un paese."



Negli anni Ottanta, l'Iran aveva un problema del tutto diverso. I demografi dicevano che le coppie sposate avevano troppi figli. Marandi avviò una riuscitissima campagna per ridurre il tasso di fecondità iraniano, che sfiorava i sette nati per donna – il livello più alto mai registrato nel paese. Grazie a una campagna per la pianificazione familiare finanziata dal governo, le dimensioni della famiglia media scesero da quasi sette figli ai meno di due del 2003.

Oggi il tasso di fecondità totale è di 2,01 nascite per donna, appena sotto quello del 2,1 che è considerato ottimale per mantenere stabili le dimensioni della popolazione.

Secondo Marandi per favorire la crescita economica le coppie dovrebbero avere più figli, altrimenti potrebbe venire a mancare la manodopera giovanile che entra nel mondo del lavoro e che contribuisce ai programmi e ai servizi per gli anziani.

“I giovani sono il settore più produttivo nell'economia di un paese. Se continuano a diminuire mentre gli anziani continuano ad aumentare, rischiamo di non essere più in grado, tra pochi anni, di mantenere gli anziani e di occuparci di loro,” dice Marandi.

Nel 2014 il governo ha varato una campagna pubblicitaria che esortava le giovani coppie ad avere più figli. Tutta Teheran era tappezzata di manifesti con lo slogan, “Più figli, più felicità”. La Guida suprema dell'Iran ha invitato la popolazione ad avere “quattro o cinque figli” per contribuire allo sviluppo del paese.

Dopo questa campagna, la fecondità complessiva in Iran è leggermente aumentata, ma secondo analisti e funzionari governativi il pericolo non è ancora scongiurato.

**In Iran le coppie
sposate fanno meno figli,
e secondo gli analisti
è un trend che mette
a rischio l'economia
del paese.**

Molte giovani donne rinviando i progetti matrimoniali per completare gli studi. E sempre più uomini dichiarano di non potersi permettere il matrimonio ora e aspettano che l'economia migliori.

Tra le donne che si sposano, molte preferiscono puntare alla carriera piuttosto che avere figli.

Sara e Fouad hanno entrambi un lavoro a tempo pieno per poter mantenere il loro figlio, e continuano a preoccuparsi per il futuro dell'economia iraniana, ma sostengono anche di essere loro stessi la prova che, anche quando non ci si trova nelle circostanze ideali, ci si può sposare, avere figli ed essere felici.

“Io penso che se vuoi davvero una cosa, puoi realizzarla. La cosa più importante è volerlo davvero,” dice Sara.

“Avere un bambino nostro, è una cosa meravigliosa. Fa sparire tutti i problemi quotidiani.”

ché in questi paesi l'età media in cui ci si sposa stia aumentando, i matrimoni precoci sono ancora molto diffusi, soprattutto in Bangladesh, India, Indonesia e Nepal (Figura 20), questi sono una violazione dei diritti tutelati dalla Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, ratificata anche da questi quattro Stati.

Nei paesi citati, le gravidanze indesiderate contribuiscono all'aumento dei tassi di fecondità. Se queste gravidanze venissero evitate grazie anche a un migliore accesso alla contraccezione, i tassi medi di fertilità scenderebbero rapidamente di oltre mezzo punto (Figura 21).

In Bangladesh, il numero delle gravidanze desiderate e indesiderate è sceso dalla metà degli anni Novanta. Questa situazione riflette il desiderio generale di avere meno figli e l'impatto prodotto da politiche e servizi che mettono in condizione di decidere liberamente il numero di gravidanze. Anche in Nepal sono diminuite sia quelle desiderate che indesiderate.

In India, la fecondità indesiderata ha avuto un brusco calo tra il 2000 e il 2015, passando da 0,8 a 0,4, il che riflette la tendenza delle coppie a dotarsi degli strumenti per evitare le gravidanze e per avere il numero di figli che desiderano. In Indonesia, tra il 1987 e il 2015, il numero delle gravidanze sia desiderate che indesiderate è sceso di poco, probabilmente perché le dimensioni ideali della famiglia sono cambiate di poco e anche perché i programmi di pianificazione familiare consentono alle coppie di avere il numero di figli che vogliono.

La transizione in America Latina e Caraibi

A partire dagli anni Cinquanta, in America Latina e nei paesi caraibici si sono verificati eccezionali cambiamenti nella struttura demografica. Nella maggior parte dei paesi della regione lo stadio di transizione è molto avanzato, con una bassa mortalità infantile e tassi di fecondità al livello di sostituzione, che sono stati raggiunti nell'arco di

FIGURA 20

Età media al momento del matrimonio e percentuale di donne sposate nella fascia di età 15-19 e 30-34, paesi selezionati

PAESE	ETÀ MEDIA AL MATRIMONIO (DONNE)	ANNO	PERCENTUALE DI DONNE CHE SONO, O SONO STATE, SPOSATE	
			15-19 ANNI	30-34 ANNI
Bangladesh	19.2	2012	35.5	99.2
Emirati Arabi Uniti	25.3	2005	6.8	85.3
India	20.7	2011	21.5	97.3
Indonesia	21.8	2012	13.3	95.5
Iran	23.5	2011	21.4	84.5
Kuwait	27.5	2005	5.0	67.3
Malaysia	25.7	2010	4.1	82.1
Myanmar	23.6	2014	13.0	79.2
Nepal	20.7	2014	24.5	97.1
Sri Lanka	23.6	2006	9.2	89.2
Tunisia	28.5	2012	1.3	66.3
Turchia	24.2	2013	6.7	88.0
Uzbekistan	22.4	2002	5.1	98.2

Fonte: Nazioni Unite (2017a)

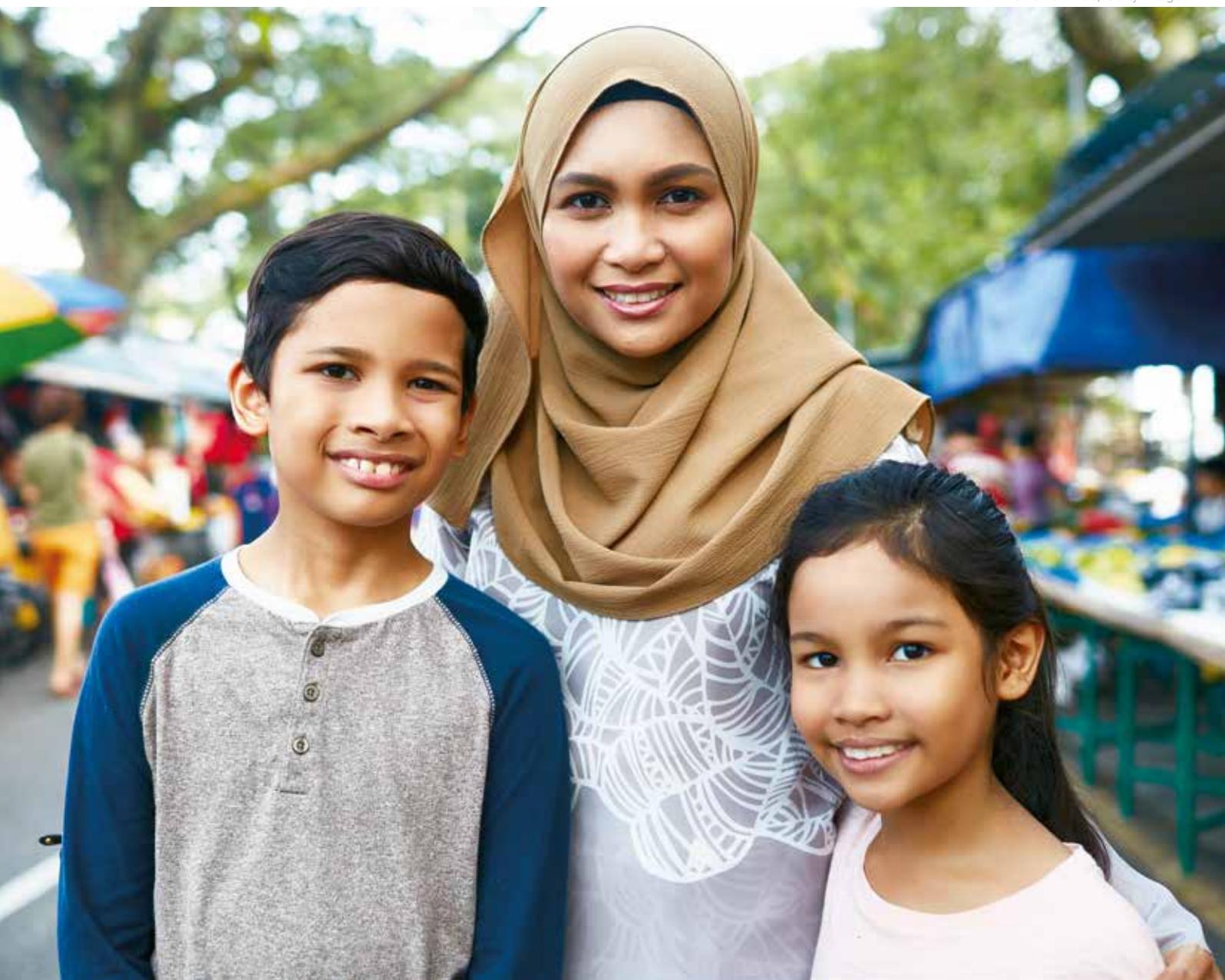
FIGURA 21

Gravidanze desiderate e indesiderate, in paesi selezionati con tassi di fecondità totale vicini al livello di sostituzione

PAESI	FECONDITÀ TOTALE	GRAVIDANZE DESIDERATE	GRAVIDANZE INDESIDERATE	ANNO *
Azerbaijan	2.0	1.8	0.2	2006
Bangladesh	2.3	1.7	0.6	2014
India	2.2	1.8	0.4	2015/16
Indonesia	2.6	2.2	0.4	2012
Myanmar	2.3	2.0	0.3	2016
Nepal	2.3	1.7	0.6	2016
Turchia	2.2	1.6	0.6	2003

*Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS) più recenti

© xavierarnau/Getty Images



quarant'anni o anche meno. In precedenza, alcuni paesi avevano una fecondità di sei figli per donna. Questo è il motivo per cui oggi le donne più anziane hanno una storia riproduttiva completamente diversa da quella delle figlie che entrano ora negli anni fertili.

Dodici paesi latinoamericani, che rappresentano l'85 per cento della popolazione della regione, hanno tassi di fecondità tra 1,8 e 2,5 nascite per donna.

Sono paesi che hanno storie affini di colonizzazione, lingua, religione e sistemi politici. Le loro economie si basano in gran parte sulle esportazioni di prodotti agricoli, minerali e combustibili fossili. La maggioranza di loro fatica a garantire un'istruzione scolastica di buon livello e servizi sanitari qualificati, compresi quelli per la salute riproduttiva, a tutti i segmenti della popolazione.

Sono inoltre fortemente urbanizzati, con oltre quattro persone su cinque che vivono in città. L'aspettativa di vita alla nascita è di 75,2 anni, e il tasso complessivo di mortalità infantile è di 16,6 su 1000

nati vivi. La percentuale di abitanti con più di 60 anni è sempre più ingente.

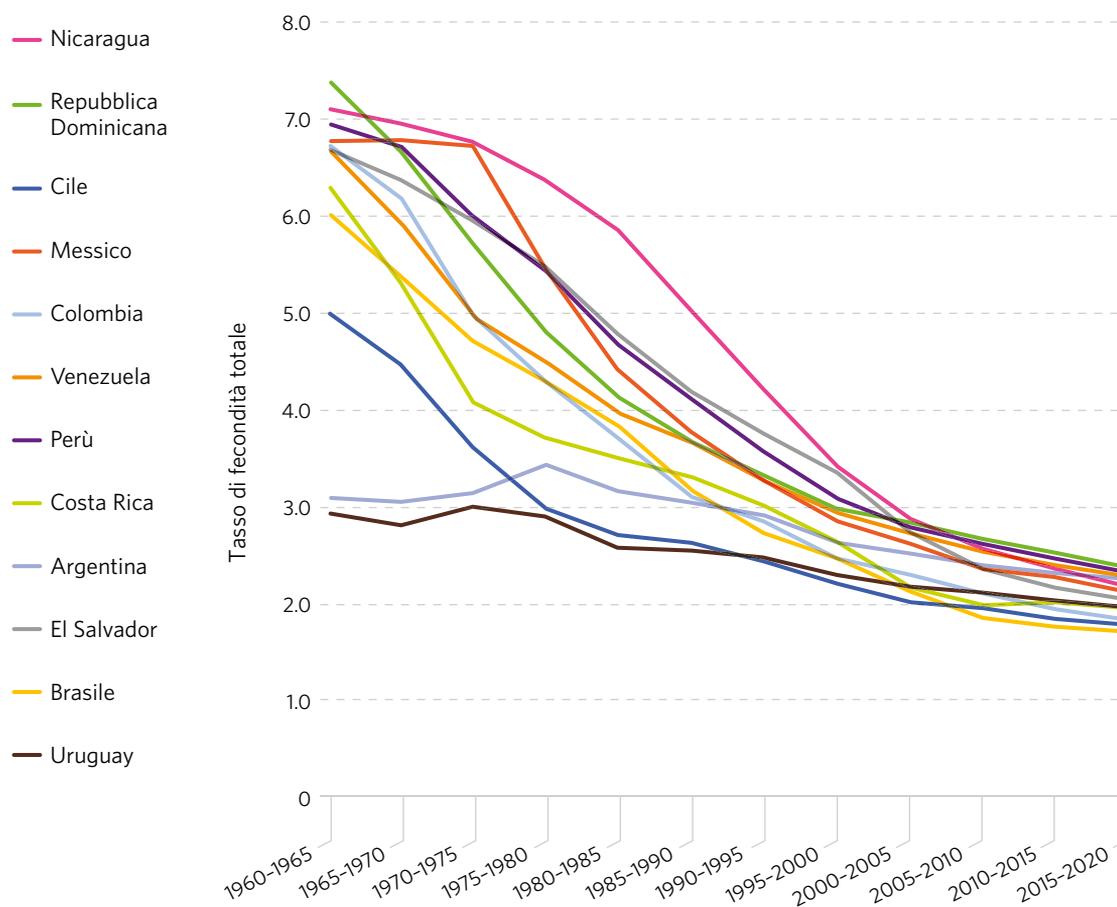
Dal punto di vista dell'etnia si tratta di paesi molto diversi tra loro: alcuni sono abitati da una grande popolazione autoctona, altri da popolazioni di origine africana.

Sebbene tutti abbiano raggiunto la transizione della fecondità seguendo un cammino simile, il livello iniziale, il momento e il ritmo della transizione sono stati molto diversi (Figura 22). Argentina e Uruguay, per esempio, negli anni Sessanta presentavano una fecondità relativamente bassa e hanno sostanzialmente mantenuto lo stesso tasso fino a quasi tutti gli anni Ottanta. Altri paesi – Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Repubblica Dominicana e Venezuela – hanno imboccato rapidamente la transizione negli anni Sessanta, ma hanno poi mostrato un calo della fecondità più lento. Altri ancora – El Salvador, Messico, Nicaragua e Perù hanno sperimentato una lieve diminuzione della fecondità negli anni Sessanta, ma poi, due decenni dopo, il calo è stato netto.



FIGURA 22

Tassi di fecondità totale attuali e in proiezione in 12 paesi di America Latina e Caraibi, 1960-2020



Fonte: Nazioni Unite (2017)

I tassi di fecondità variano in base al luogo di residenza e al livello d'istruzione. (Figura 23). In Brasile, per esempio, la fecondità si aggira attorno a un solo nato tra le donne che hanno completato almeno le scuole secondarie, ma arriva a tre fra le meno istruite. Un'analoga correlazione tra istruzione scolastica e minor numero di figli si riscontra altrove in America Latina, dove molte donne più istruite scelgono di non avere figli (Rosero-Bixby et al., 2009).

Nei dodici paesi in America Latina e Caraibi di cui si parla in questo capitolo, i tassi di fecondità

tra adolescenti (15-19 anni) e giovani (20-24) sono più elevati rispetto agli stessi gruppi di età in altre regioni del mondo che presentano gli stessi tassi di fecondità totale (Figura 24). Inoltre, il rapporto tra la fecondità nelle adolescenti e quella totale è più alto nei paesi latino-americani che altrove (Rodriguez and Cavenaghi, 2014).

In questi 12 paesi si inizia ad avere figli poco dopo i primi rapporti sessuali, e spesso le prime unioni si formalizzano poco prima o subito dopo la gravidanza – spesso indesiderata. Poiché molte donne hanno il primo figlio quando sono ancora molto



© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

giovani e poiché la maggior parte di loro preferisce famiglie meno numerose, è comune che la procreazione cessi molto presto. Il successo di questo approccio richiede che non vi siano mancanze nell'uso dei contraccettivi per un arco di tempo molto lungo. Le gravidanze precoci portano molte donne povere a rinunciare agli studi superiori, rischiando di escluderle dai lavori meglio retribuiti, perpetuando o aggravando la povertà.

Desiderio di famiglie più piccole

Negli anni Sessanta i governi di norma non vedevano problemi nel fatto di avere un alto tasso di fecondità, o nella conseguente crescita della popolazione. Anzi, talvolta la consideravano un

FIGURA 23 Tassi di fecondità totale, aree urbane e rurali, per livello di istruzione in paesi latino-americani selezionati



Fonti: DHS, USAID (2018), eccetto Brasile 2006 (Indagini Demografiche e Sanitarie - DHS)

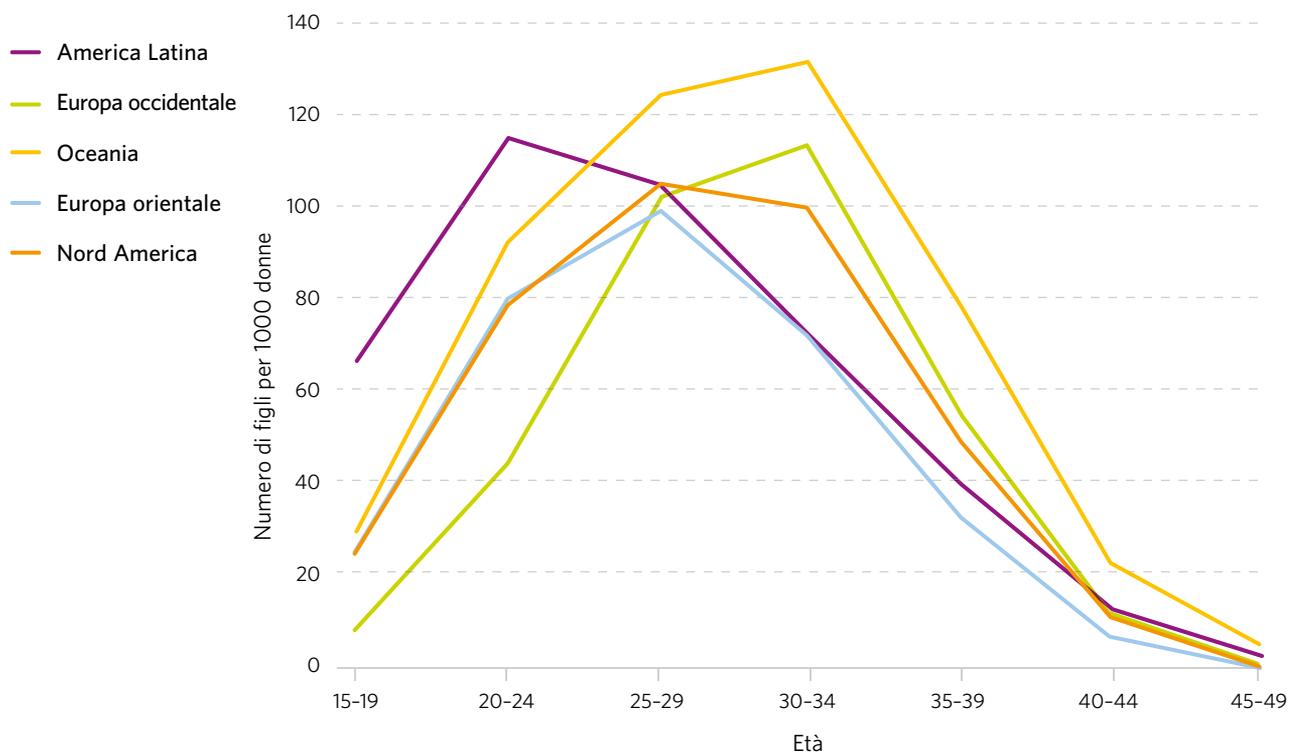
mezzo per occupare e sviluppare il territorio. Tale approccio si rifletteva in slogan come “offrire agli uomini senza terra, una terra senza uomini” (Alves and Martine, 2017). Ma, per quanto alcuni governi auspicassero più figli per coppia, le persone di solito ne volevano meno. Già negli anni Sessanta, quando la fecondità in tutta l’America Latina e nei Caraibi era intorno ai sei nati per donna, la gente avrebbe voluto famiglie più piccole (CELADE and CFSC, 1972; Simmons et al., 1979; Rodriguez et al., 2017).

Negli anni Settanta, le ricerche svolte in alcuni paesi latinoamericani hanno mostrato che la fecondità registrata era intorno ai cinque nati per donna, ma quella desiderata era di circa quattro

(United Nations, 1987). In altri paesi, molte donne non avrebbero voluto altri figli dopo la nascita del secondo o del terzo (CEPAL, 1992). In base a questi studi, in molti casi le donne, soprattutto quelle che vivevano nelle aree rurali, avevano più figli di quanti ne avrebbero voluti (Figura 25). Anche le donne povere, residenti nelle aree rurali e quelle appartenenti a comunità indigene preferivano famiglie più piccole, ma non avevano le informazioni, il potere e i mezzi per evitare o rimandare una gravidanza (Miró and Potter, 1980; Welti Chanes, 2006; Rodriguez-Vignoli and Cavenaghi, 2017).

Dati più recenti dimostrano che, sebbene circa il 50 per cento delle nascite in America Latina

FIGURA 24 Tassi di fecondità specifici per età in regioni selezionate, 2010-2015



Fonte: Nazioni Unite (2017)

e Caraibi siano desiderate nel momento in cui si verificano, altre si sarebbero volute posticipare o evitare del tutto. Questo significa che una quota significativa di tutte le gravidanze sono indesiderate o non pianificate (Figura 26) e che molte persone, non sono in grado di esercitare il diritto di decidere

liberamente il numero e il momento adatto per una gravidanza.

Nel frattempo, le donne di questa regione sopportano spesso un carico sproporzionato di responsabilità nella crescita di figli e figlie. Questa norma improntata a una forte disuguaglianza di

FIGURA 25 Tassi di fecondità desiderata e indesiderata, aree urbane e rurali, in paesi selezionati di America Latina e Caraibi



Fonti: DHS, USAID (2018), eccetto Brasile 2006 (Indagini Demografiche e Sanitarie - DHS)

genere, unita a un'assistenza per l'infanzia carente, significa che le donne che desiderano mantenere il posto di lavoro e avere figli, devono accettare offerte lavorative part-time, mal pagate anziché cercare un lavoro a tempo pieno in settori meglio retribuiti. Per alcune il prezzo da pagare è troppo alto e di conseguenza decidono di rinunciare del tutto ad avere figli. La mancanza di tecnologie per la procreazione assistita, come la fecondazione in vitro, a costi accessibili, costituisce un altro ostacolo con cui si scontrano alcune donne che vogliono realizzare il desiderio di maternità.

Il potere e i mezzi

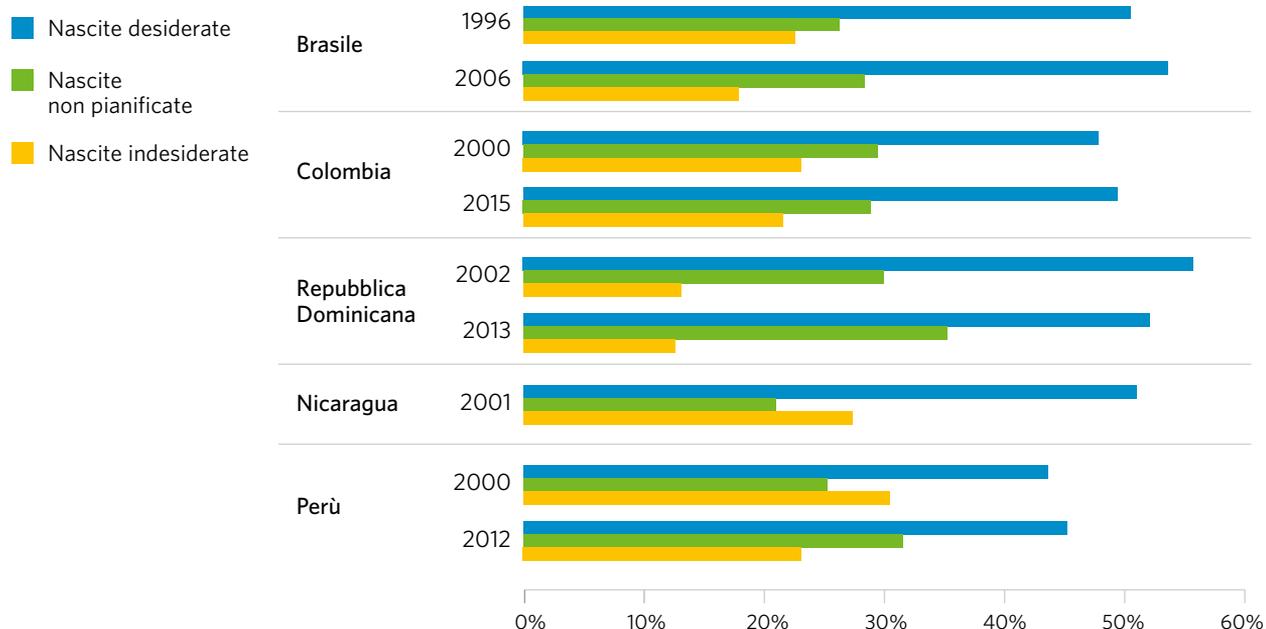
Alcuni governi si sono inizialmente opposti a programmi di pianificazione familiare, unendo le forze a quelle delle istituzioni religiose per scoraggiarne l'attuazione (Taucher, 1979). Inoltre, soprattutto prima della ICPD, alcuni gruppi femminili avver-

savano i programmi di pianificazione familiare nella regione perché consideravano la diffusione dei contraccettivi uno strumento per controllare il corpo delle donne contro la loro volontà (Alves and Correa, 2003).

Il Messico è stato il primo dei dodici paesi di questo gruppo ad avviare, nel 1959, un programma statale di pianificazione familiare. Nei tre anni successivi anche Cile, Honduras, Uruguay e Venezuela hanno introdotto programmi analoghi. Nicaragua e Perù hanno fatto lo stesso nel 1968.

Malgrado negli anni, in alcuni paesi, si sia fatta opposizione ai programmi governativi di pianificazione familiare, l'uso dei contraccettivi si è diffuso ed è ormai largamente disponibile grazie alla distribuzione privata (Figura 27). In paesi come Cile, Messico e Perù la contraccezione è messa a disposizione da programmi statali di pianificazione familiare.

FIGURA 26 Percentuale di nascite desiderate, indesiderate o non pianificate, in 5 paesi



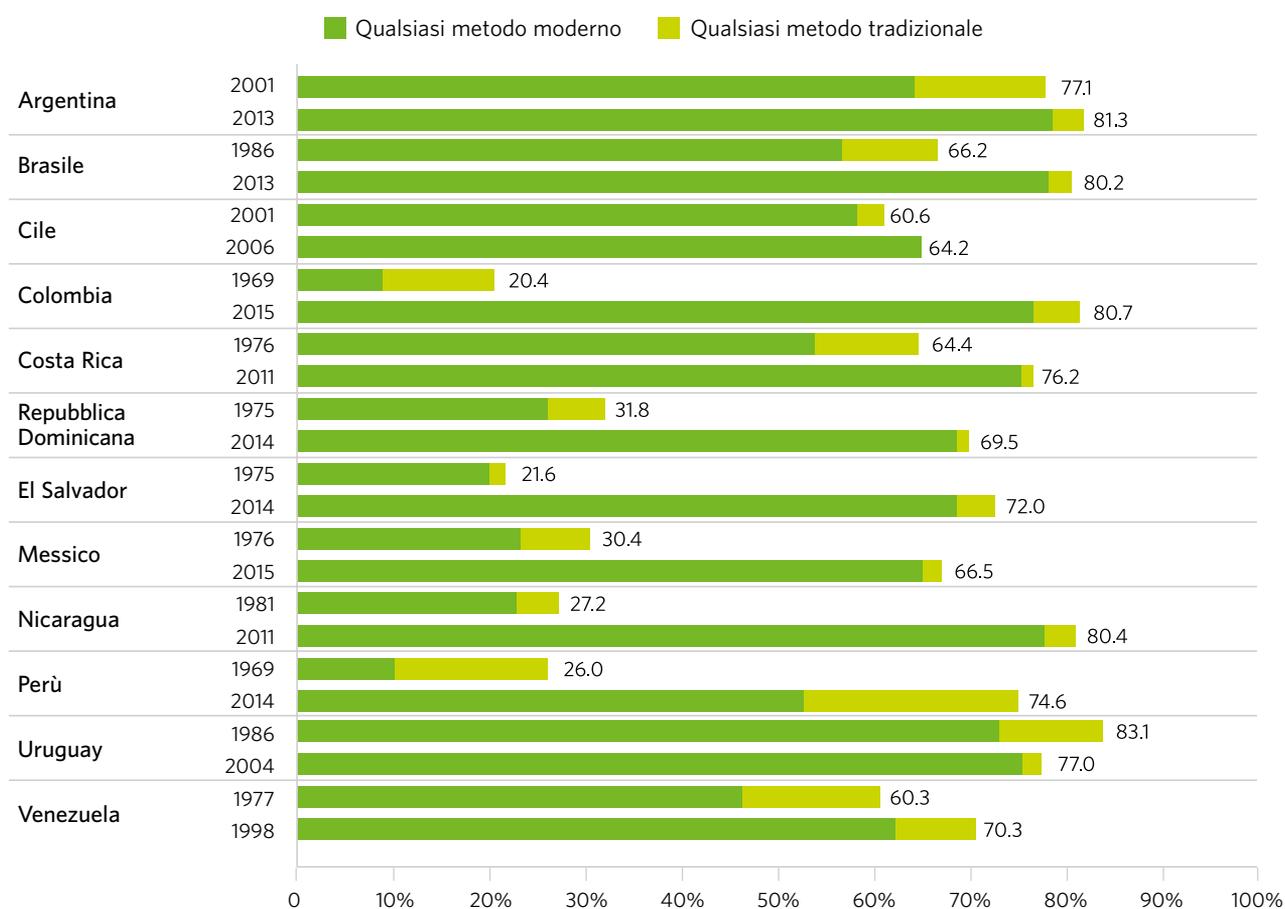
Fonti: DHS, USAID (2018), eccetto Brasile 2006 (Indagini Demografiche e Sanitarie - DHS)

L'uso diffuso dei contraccettivi in Argentina e Uruguay, prima ancora degli anni Sessanta, spiega i tassi relativamente bassi di fecondità registrati in questi paesi da almeno 50 anni (Martinez-Alier and Masjuan, 2004). Presto, le donne in Argentina e Uruguay hanno utilizzato metodi barriera, come i preservativi, ma molte si sono anche sottoposte ad aborti clandestini, che hanno rappresentato rispettivamente il 37% e il 25% di tutte le morti materne in questi paesi. Le gravidanze indesiderate concluse dall'aborto

volontario erano spesso il risultato del mancato o incostante utilizzo dei contraccettivi (CEPAL, 1992).

I programmi di pianificazione familiare non hanno provocato il calo della fecondità nella regione, ma hanno piuttosto accelerato una tendenza già in atto tra le persone più privilegiate. Se le donne non avessero già avuto una forte volontà di avere meno figli, la fecondità sarebbe rimasta più alta a lungo, e il calo sarebbe stato molto più lento (Martine et al., 2013).

FIGURA 27 Prevalenza di metodi contraccettivi moderni e tradizionali tra donne sposate o conviventi in 12 paesi, due stime recenti



Fonte: DHS, USAID (2018)

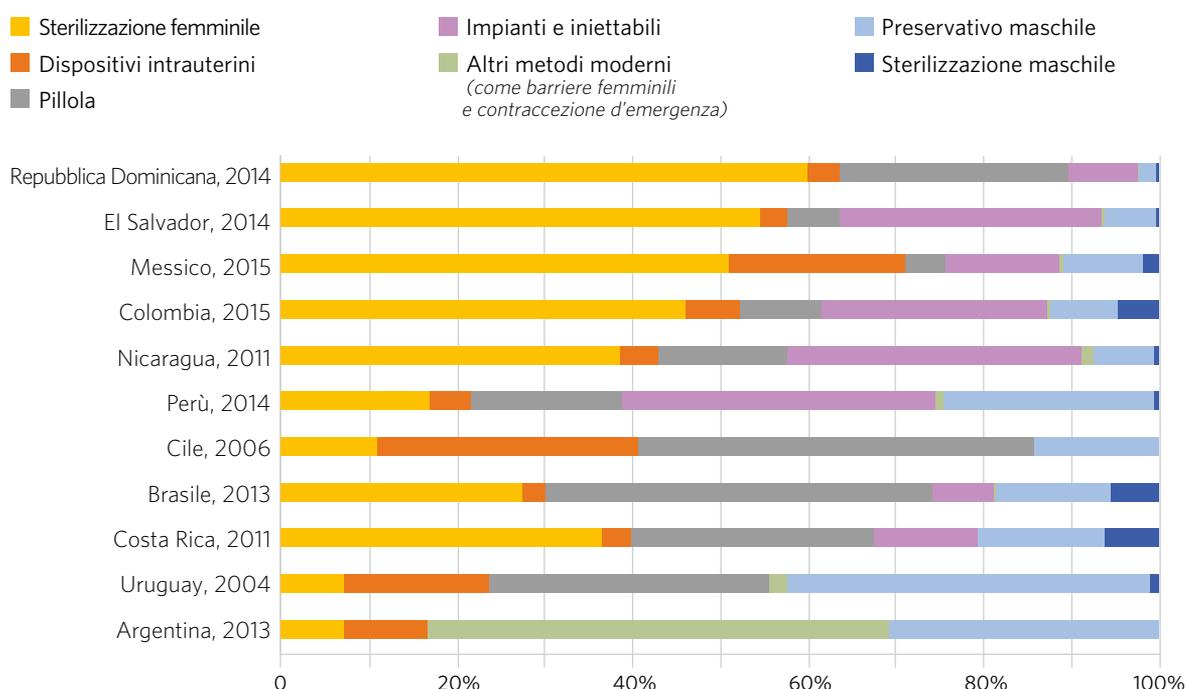
Ostacoli alla scelta delle dimensioni della famiglia

L'attuale ampia diffusione della contraccezione moderna nella regione, con l'eccezione del Perù – dove una donna su tre ricorre a un metodo tradizionale – costituisce solo un aspetto della situazione in materia di accesso ai contraccettivi. Se da un lato alcune forme di contraccezione sono ampiamente usate, l'intera gamma di metodi contraccettivi esistenti non è utilizzata né disponibile in tutti i paesi (Figura 28). In generale, la scelta è quasi sempre limitata a due o tre metodi in ciascun paese. Le persone che non possono ricorrere al metodo che preferiscono, o che non sono informate sulla gamma dei metodi a disposizione, rischiano di scegliere una soluzione inadeguata per la loro situazione, o di non

ricorrere ad alcun metodo, con il rischio di una gravidanza indesiderata.

Con la crescita del reddito pro capite nella regione, gli aiuti internazionali allo sviluppo verso alcuni paesi sono diminuiti, di conseguenza si sono ridotti i finanziamenti per i programmi statali di pianificazione familiare. Malgrado i tagli, in questi paesi le donne provenienti da famiglie ad alto reddito hanno continuato ad accedere ai metodi contraccettivi tramite la distribuzione privata. Le più povere, però, si sono dovute accontentare dei metodi a loro disposizione o hanno rinunciato del tutto alla contraccezione. Alcuni paesi come il Brasile hanno offerto gratuitamente alcuni metodi di contraccezione, come la sterilizzazione, alle donne che avevano appena partorito con il cesareo in una struttura pubbli-

FIGURA 28 Metodi contraccettivi tra donne sposate o conviventi in età fertile in 11 paesi, dati più recenti disponibili



Fonte: Nazioni Unite (2017)

ca. I dispositivi intrauterini sono poco diffusi in quasi tutta l'America Latina perché non sono distribuiti né inseriti negli ambulatori pubblici e di solito non vengono raccomandati dai medici degli studi privati.

Le adolescenti incontrano spesso ostacoli nell'accesso alla contraccezione, questo contribuisce agli alti tassi di gravidanze precoci. Il problema è aggravato, dall'accesso limitato a un'educazione completa alla sessualità che garantisca informazioni adeguate all'età in materia di procreazione, affrontando questioni più ampie quali la parità di genere e i diritti. L'inizio precoce dell'attività sessuale, i rapporti non protetti, l'alta percentuale di insuccessi nell'uso dei contraccettivi e le convivenze giovanili contribuiscono a loro volta agli alti tassi di fecondità tra adolescenti nella regione (Rodriguez-Vignoli, 2017).

Le gravidanze delle adolescenti sono più frequenti nelle famiglie povere, ma questa tendenza è da attribuire più a una domanda insoddisfatta di contraccezione che al desiderio di avere figli molto presto. Le ragazze di famiglie benestanti sono più informate sulla loro salute sessuale e riproduttiva, e accedono più facilmente ai servizi per la contraccezione; possono inoltre accedere anche a strutture dove abortire in modo più sicuro, sebbene illegale (Rodriguez-Vignoli and Cavenaghi, 2017). In alcuni paesi le minorenni, povere o ricche, hanno un accesso molto limitato alla contraccezione d'emergenza e spesso hanno bisogno del consenso dei genitori per poter utilizzare metodi moderni come la pillola.

Calo della fecondità: conseguenze per il futuro

La rapida diminuzione della fecondità al livello di sostituzione o inferiore, nei paesi oggetto di questo capitolo, presenta nuove sfide. L'invecchiamento della popolazione, per esempio, è un problema comune a tutti. I governi stanno già studiando o attuando politiche che aiutino le economie, i sistemi sanitari e il mondo del lavoro ad adeguarsi a una percentuale di anziani sempre più elevata.

La riduzione della fecondità protratta nel tempo rappresenta in alcuni paesi un'altra difficoltà, perché si traduce in una diminuzione del numero di giovani che entrano nel mondo del lavoro. Questa tendenza può anche costituire un'opportunità per investire nell'istruzione, specie in campi come la scienza, le tecnologie, l'ingegneria e la matematica, per garantire che le/i giovani in età lavorativa abbiano la miglior preparazione per favorire la nuova economia globale.

Consentire a tutte di realizzare nel modo migliore i propri diritti riproduttivi rimane una sfida importante per questi paesi. Il numero di gravidanze indesiderate è ancora elevato. Anche se nella maggior parte dei casi la contraccezione è disponibile, la scelta dei metodi è limitata. Le leggi, o la prassi, spesso escludono persone giovani o non sposate dai programmi di pianificazione familiare. Milioni di gravidanze continuano a essere interrotte dall'aborto, spesso in condizioni tali da mettere in grave pericolo la salute e la vita stessa delle donne.

Disporre delle informazioni, del potere e dei mezzi per decidere liberamente il numero, il momento e l'intervallo delle gravidanze è un diritto. La misura in cui tale diritto viene tutelato influenza le decisioni che riguardano le dimensioni della famiglia e di conseguenza i tassi di fecondità. Il rispetto dei diritti riproduttivi è di per sé un obiettivo importante. Ma può anche aprire la strada a altri diritti e consentire ai paesi di promuovere lo sviluppo sociale ed economico.

Per esempio, nei paesi in cui sta emergendo una popolazione giovanile numerosa, dare a persone e coppie che lo desiderano i mezzi per avere meno figli o averli più tardi, può portare a una transizione demografica che può produrre un dividendo demografico capace di stimolare le economie e ridurre la povertà.

Assicurare a tutti i gruppi di popolazione la stessa possibilità di accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva può anche contribuire a ridurre le disuguaglianze economiche in America Latina e in molte altre parti del mondo (UNFPA, 2017).



**Nell'arco di tre generazioni,
la dimensione della famiglia
si è ridotta da tanti figli a due**

FOCUS SU BRASILE

© UNFPA/Debora Klempous

*“Prima che arrivasse
la levatrice il bambino
era già nato.”*

Tereza, 87 anni

Tereza Correia de Melo, nata e cresciuta nella regione rurale di Santa Maria do Suaçuí, nel Minas Gerais, si è sposata nel 1949, quando aveva 18 anni, ed è subito rimasta incinta. Si è accorta che il suo corpo stava cambiando, ma non capiva che cosa le stesse succedendo. “Non sapevo neanche che

andando a letto con un uomo avrei avuto un bambino” ricorda Tereza, che oggi ha 87 anni.

All’epoca, la città di Tereza non offriva nessun servizio che potesse aiutarla a prendere decisioni informate sulla contraccezione e sulla gravidanza. Nell’arco della sua vita è rimasta incinta 22 volte, ha partorito 15 figli e ha avuto 7 aborti procurati. Quattordici dei parti sono avvenuti a casa.

“A volte ero sola, e prima che arrivasse la levatrice il bambino era già nato” dice Tereza.

Solo la quindicesima volta ha partorito in ospedale, nell’area rurale vicina a São Paulo dove aveva traslocato. Qui, per la prima volta, ha parlato con un medico che le ha dato informazioni sulla contraccezione, di cui lei pensava di non aver bisogno visto che aveva già 46 anni. Preferendo non correre altri rischi, l’anno seguente si è fatta sterilizzare.

La figlia di Tereza, Margarete Rodrigues de Barros Oliveira, 45 anni, dice che l’esperienza di sua madre con tutte quelle gravidanze l’ha indotta a preoccuparsi della propria vita riproduttiva. Anche la sorella di Margarete ha avuto più figli di quanti ne desiderava: “Era una madre sola, tristissima, con sei figli. Non era quello che volevo per me.”

Per evitare una gravidanza non programmata, Margarete e il suo partner hanno usato i preservativi, distribuiti al locale centro per la salute dove lei lavora come aiuto-infermiera. Al centro, ha potuto informarsi non solo sulla contraccezione ma anche su come prevenire le infezioni trasmesse per via sessuale.

Margarete ha finito la scuola infermiere a 32 anni. Quell’anno, lei e il suo compagno hanno deciso che erano pronti per formare

una famiglia. “Ho calcolato i miei giorni fertili e abbiamo avuto un rapporto sessuale. Dopo 10 giorni sapevo già di essere incinta”. Sette anni dopo hanno deciso di avere un secondo figlio, e poi di non farne più per assicurare ai propri bambini la migliore vita possibile. Margarete ha iniziato a usare la pillola ma poi è passata ai contraccettivi iniettabili e in seguito a un dispositivo intrauterino. “Ma, per sicurezza, usiamo ancora i preservativi”, dice.

Anche Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, 38 anni, aveva deciso di avere due figli. Nata a São Paulo, ha pianificato entrambe le gravidanze, la prima delle quali dopo cinque anni di matrimonio. Ha smesso di prendere la

“Abbiamo sempre tenuto conto degli aspetti economici dell’aver bambini.”

Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, 38 anni, Brasile

pillola, ha calcolato i giorni dell'ovulazione e nel giro di un mese è rimasta incinta.

Durante la gravidanza ha continuato a lavorare nell'amministrazione pubblica del suo comune. Poco dopo la nascita di sua figlia, lei e il marito hanno deciso di avere un altro figlio. "Abbiamo sempre tenuto conto degli aspetti economici dell'aver figli," dice Aretha. "Potevamo permettercene solo due, così mio marito Reginaldo si è sottoposto a vasectomia."

Aretha spiega di aver imparato tutto su gravidanza e contraccezione attraverso i libri, parlando con le amiche e con il

personale sanitario. "Non ricordo di aver mai parlato di sessualità con mia madre."

La madre di Aretha, Angela Maria Dario Ferreira, 64 anni, conferma di non aver mai discusso l'argomento con sua figlia. E aggiunge che nemmeno sua madre le ha mai parlato di sessualità. Senza alcuna conoscenza in materia di sesso e gravidanza, era rimasta incinta per la prima volta nel 1972, quando aveva 18 anni, non era sposata e andava ancora a scuola. Prima di completare gli studi superiori era rimasta incinta altre tre volte, due anni dopo la prima gravidanza. All'ospedale, dove ancora oggi lavora, ha avuto informazioni e ricevuto i metodi contraccettivi. Non è più rimasta incinta.

© UNFPA/Debora Klempous





Creare le condizioni favorevoli alla genitorialità

CAPITOLO 5

La fecondità è sotto il livello di sostituzione - meno di 2,1 nati per donna - da anni, se non decenni, in 53 paesi e territori (figure 29 e 30). Tra questi, la provincia cinese di Taiwan oggi ha il tasso di fecondità più basso in assoluto: 1,1 nati per donna.



© Eriko Koga/Getty Images

Il fenomeno della bassa fecondità in questo gruppo di paesi e territori ha coinciso generalmente con l'incremento dell'istruzione scolastica e con una maggiore attenzione alla parità dei diritti tra donne e uomini. Per esempio, in alcuni paesi a più alto reddito e con bassa fecondità, oltre la metà delle/dei giovani si iscrive all'università. In tutti i paesi più industrializzati che fanno parte dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo

economico (OCSE, 2017), le donne nella fascia di età 25-34 hanno ormai superato gli uomini per livello di istruzione. In questi paesi e territori, il passaggio da famiglie numerose a nuclei più piccoli ha consentito ai genitori di investire più tempo e risorse nella salute, nell'educazione e nel benessere dei figli e delle figlie.

Ha permesso alle donne di completare gli studi, entrare nel mondo del lavoro e fare carriera

TASSO DI FECONDITÀ INFERIORE A 2.1 NASCITE PER DONNA



prima di pensare a formare una famiglia. Di fatto, ha consentito alle donne l'indipendenza economica (Goldin, 2006).

Una fecondità bassa è una evidente manifestazione del fatto che le persone hanno imparato a prevenire le gravidanze e a distanziare le nascite, ma è anche la manifestazione delle perduranti difficoltà che si possono incontrare quando si decide di mettere su famiglia o si programma di avere un figlio/figlia.

La conseguenza è che le donne nei paesi a bassa fecondità dichiarano di non avere tanti figli quanti ne vorrebbero. Tra gli ostacoli incontrati ci sono quelli di natura economica, limitazioni e difficoltà nel mercato degli alloggi e del lavoro, nonché soluzioni inadeguate per conciliare lavoro e vita privata.

I paesi a bassa fecondità incontrano molteplici problemi: un aumento del numero di persone anziane con i costi crescenti per l'assistenza sanitaria



FIGURA 30 Tassi di fecondità totale in 53 paesi e territori a bassa fecondità, 1980-2020

- Asia Orientale (compresa la Cina)
- Europa Occidentale
- Australia e Nuova Zelanda
- Europa Orientale
- Europa Settentrionale
- Europa Meridionale
- Nord America



Fonte: Nazioni Unite (2017)

© Emma Innocenti/Getty Images

che ne conseguono, una forza lavoro sempre più ridotta e un potenziale indebolimento dell'economia. Alcuni paesi europei e dell'Asia orientale vedono nella bassa fecondità una minaccia alla loro sicurezza economica e stanno cercando di invertire la tendenza attraverso misure mirate a sostenere le famiglie che scelgono di avere più figli. Alcuni paesi dell'Europa orientale e sud-orientale considerano la bassa fecondità – e le ridotte dimensioni della

popolazione – come una minaccia alla sicurezza nazionale.

Nei paesi più industrializzati, due governi su tre ritengono che la fecondità sia troppo bassa e perseguono politiche per aumentarla (United Nations, 2015). Alcuni hanno affrontato il declino demografico con misure volte ad attirare i/migranti, in particolare giovani, che possono colmare la carenza di manodopera.

Se il rispetto dei diritti riproduttivi ha contribuito al calo della fecondità nella maggior parte di questi paesi e territori, la rimozione degli ostacoli che ancora permangono potrebbe consentire a un maggior numero di persone di avere il numero di figli che desiderano.

Tendenze

In molti paesi europei il declino della fecondità è iniziato verso la fine del XIX secolo. Negli anni Settanta la transizione della fecondità si era già verificata in Australia, Giappone e nei paesi più sviluppati di Europa e America Settentrionale. La fecondità in Cina è scesa bruscamente nei medesimi anni, in seguito alle politiche che promuovevano l'opportunità di avere figli più tardi e con minor frequenza, nonché con l'introduzione della politica di controllo delle nascite, nel 1979, che in generale imponeva alle coppie un solo figlio. Negli anni Ottanta e Novanta, anche paesi come Cuba, la Repubblica di Corea e la Thailandia si sono uniti al gruppo sempre più numeroso di paesi con una fecondità inferiore al livello di sostituzione. All'incirca in questo periodo, altri paesi dell'Europa meridionale, orientale e centrale con una bassa fecondità hanno visto i loro tassi scendere ulteriormente, a volte fino a 1,3 figli per donna, restando a quel livello per decenni (Kohler et al., 2002; Goldstein et al., 2009). I cinque paesi o territori con i tassi totali di fecondità più bassi del mondo si trovano in Asia orientale e nel Sudest asiatico. Nelle principali città della Cina la fecondità era scesa, negli anni Novanta e all'inizio del secondo millennio, fino allo 0,8 (Guo and Gu, 2014).

I paesi a bassa fecondità di cui tratta questo capitolo presentano variazioni significative della fecondità. Alcuni studi suggeriscono che tra i paesi più industrializzati si sia verificata una "grande divergenza di fecondità" nel lungo periodo (McDonald, 2006; Rindfuss et al., 2016; Billari, 2018). Il contrasto tra i paesi e le regioni con una fecondità moderatamente bassa (1,7-2,2) e quelli



FOCUS SU BIELORUSSIA

"Un giorno vorremmo avere due o tre bambini, ma non adesso."

Olga, 30 anni



Politiche favorevoli alla famiglia mirano a rimuovere gli ostacoli alla procreazione

© UNFPA/Egor Dubrovsky

“Un giorno vorremmo avere due o tre bambini, ma non adesso” dice Olga a passeggio per un parco di Minsk con il marito Andrey e la figlia Yulia, tre anni, in una bella giornata di fine aprile. L'appartamento che i tre dividono con i genitori di Andrey è troppo piccolo per una famiglia più numerosa, spiega Olga. “Penso sarebbe meglio che ogni bambino avesse la sua camera,” dice. “È un peccato che non possiamo permettercelo.” Olga, 30 anni, e Andrey, 35, non sono diversi da tante altre coppie della

capitale bielorusa che vorrebbero due o più figli, ma finiscono per averne uno solo o talvolta due per motivi economici. Il salario medio è di circa 430 dollari al mese, mentre il costo della vita per una famiglia di quattro persone si aggira sui 1.600 dollari al mese, senza considerare l'affitto né le spese per l'assistenza all'infanzia.

Olga lavora nell'ufficio acquisti di un'azienda statale di forniture mediche, mentre Andrey è direttore di

un corpo di ballo. Malgrado il doppio reddito, la coppia fatica a raggiungere la fine del mese.

Alleviare l'onere finanziario

Nel 2002 il governo ha lanciato un programma di sicurezza demografica per alleviare l'onere finanziario di creare una famiglia o di allargarla e per invertire il declino generale della popolazione nel paese. La tendenza verso famiglie più piccole in Bielorussia è iniziata alcuni decenni fa. All'inizio degli anni Ottanta, le donne avevano in media 2,1 figli, un numero sufficiente a mantenere stabile la dimensione della popolazione. Oggi però la media è di 1,7. I funzionari governativi considerano la riduzione della popolazione un rischio per la salute finanziaria della rete di sicurezza sociale, e per la solidità dell'economia e del mercato del lavoro.

In base al programma varato nel 2002, il governo garantisce un sostegno economico alle coppie nel momento in cui hanno figli. Quando una donna come Olga resta incinta e si presenta in un ambulatorio pubblico per un controllo prenatale gratuito, riceve circa 100 dollari. Quando partorisce riceve un altro contributo, di circa 1000 dollari. Il congedo

di maternità a stipendio intero inizia due mesi prima del parto e dura altri due mesi dopo. Da quel momento in poi il governo versa un sussidio mensile alla famiglia, circa 150 dollari, per coprire fino a tre anni di congedo parentale di cui possono usufruire sia la madre che il padre.

È previsto poi un aiuto anche per quanto riguarda gli alloggi, che però privilegia le famiglie che hanno già almeno tre figli. Il programma ha aiutato coppie come Olga e Andrey a mettere su famiglia, ma non ha eliminato tutti gli ostacoli che potrebbero portarli ad avere una famiglia più numerosa, in una casa loro.

Anche se due giovani su tre oggi dicono che sperano di avere due figli, la realtà è che il numero di famiglie con un figlio unico è in rapido aumento. Una delle principali ragioni di questa discrepanza va cercata nelle difficili condizioni economiche.

Nel 2016 il governo ha commissionato un sondaggio nazionale per capire in che modo la disuguaglianza di genere rischia di impedire a uomini e donne di avere tanti figli quanti ne vorrebbero. I risultati dimostrano che misure dirette



ad alleviare il carico di responsabilità domestiche che ricade in misura sproporzionata sulle donne consentirebbero loro di conciliare famiglia e lavoro, mentre ampliare le strutture gratuite o a basso costo per l'assistenza all'infanzia permetterebbe a un maggior numero di donne di inserirsi o rimanere nel mondo del lavoro retribuito, guadagnare uno stipendio migliore e incrementare il reddito familiare: tali misure consentirebbero di abbattere anche altre barriere che ostacolano la formazione di famiglie più numerose.

La disuguaglianza di genere si manifesta anche in altri modi. La maggior parte delle donne con figli approfitta dei tre anni di congedo retribuito. Ma quando rientrano al lavoro, di regola scoprono di aver perso terreno sia nella retribuzione, sia nelle opportunità di carriera, rispetto alle loro controparti maschili. Per quanto il congedo parentale possa essere richiesto anche dai padri, ciò non avviene quasi mai. Solo un uomo su 100 resta a casa a crescere i figli.

Accesso alla contraccezione

Non sempre uomini e donne aspirano ad avere bambini. Per quelli che vogliono evitare o rimandare una gravidanza, la contraccezione

è disponibile a prezzi accessibili. La maggior parte delle coppie adotta un metodo moderno, quasi sempre il preservativo, ma anche la pillola e i dispositivi intrauterini.

Anche gli adolescenti hanno accesso ai preservativi e alla pillola, con ricetta medica e consenso dei genitori. Molti di loro però non si possono permettere contraccettivi di nessun tipo, neanche a basso costo. E anche quando avrebbero i soldi, la possibilità di accedere alla contraccezione è preclusa da operatori sanitari e farmacie con atteggiamenti negativi nei loro confronti.

Nel complesso, secondo Aliaksandr Davidzenka di UNFPA, in Bielorussia le gravidanze tra adolescenti sono in diminuzione. "I giovani iniziano a fare sesso più tardi, e quelli che lo fanno, lo fanno in modo più sicuro, il che significa anche un numero inferiore di aborti."

Ma avere informazioni su contraccezione e rapporti sessuali protetti non è sempre facile per i teenager bielorussi, perché le scuole non offrono un'educazione completa alla sessualità. Gli educatori tra pari volontari del network Y-Peer, istituito da UNFPA, vanno nelle scuole e nei centri sociali di tutto il paese per colmare il vuoto informativo.

La coordinatrice di Y-Peer Anastasiya Kamysh, 22 anni, dice che alle/ai giovani servono informazioni accurate sulla sessualità. "Quando parliamo dell'HIV, parliamo anche di preservativi e di come servono a evitare una gravidanza," dice. Un altro coordinatore, Dzmitry Karol, 24 anni, spiega che nelle sessioni di Y-Peer si affrontano anche argomenti come la violenza di genere. "Il nostro ruolo consiste nel far sì che si possa parlare tranquillamente di queste cose," dice Karol. "E noi speriamo che le persone che partecipano ai nostri incontri condividano quello che imparano con i loro amici."

"Ai giovani servono informazioni accurate sulla sessualità."

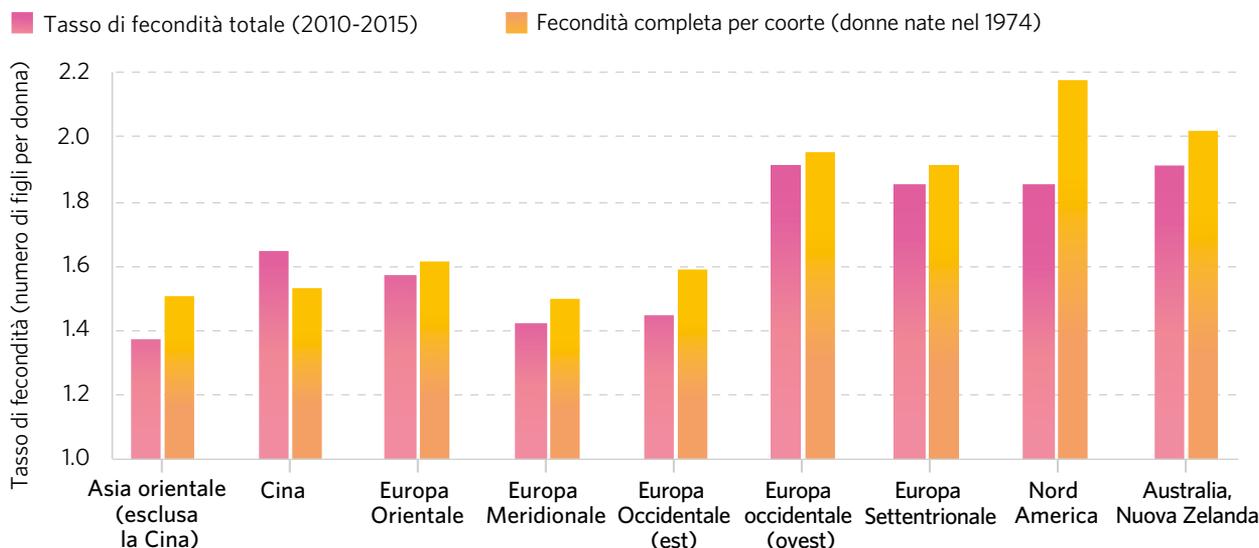
Anastasiya, 22 anni

"Il nostro ruolo è far sì che si possa parlare tranquillamente di queste cose."

Dzmitry, 24 anni

FIGURA 31

Tasso di fecondità totale nel 2010-2015 e fecondità completa per una coorte di donne nate nel 1974, 53 paesi



Fonti: Wittgenstein Centre (2016); Nazioni Unite (2017); Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)

con bassissima fecondità (1,6 o inferiore) è evidente nella Figura 31, che adotta come indicatori globali per misurare sia il tasso di fecondità totale sia la fecondità completa per coorte (cfr. box in questo capitolo).

La figura mostra che esiste un netto divario tra le regioni a bassissima fecondità (Asia orientale, Europa dell'Est, Europa meridionale, l'area più a Est dell'Europa occidentale) e quelle con una fecondità moderatamente bassa (Europa settentrionale, area più a ovest dell'Europa occidentale, paesi di lingua inglese). I paesi a bassissima fecondità hanno 2,2 miliardi di persone—cioè quasi il 30 per cento della popolazione mondiale, di cui 1,4 miliardi vivono in Cina.

Livelli medi di fecondità sono importanti per i paesi, ma per le persone che li abitano, quello che conta è il reale numero di figli che hanno. Molti paesi con una fecondità moderatamente bassa hanno un'alta percentuale di donne senza figli, ma anche molte che ne hanno tre o più. Alcuni paesi hanno anche una piccola percentuale

di donne con un solo figlio. Tra questi, Australia, Finlandia, Paesi Bassi e Regno Unito. Anche gli Stati Uniti hanno una percentuale relativamente elevata di donne con tre figli o più.

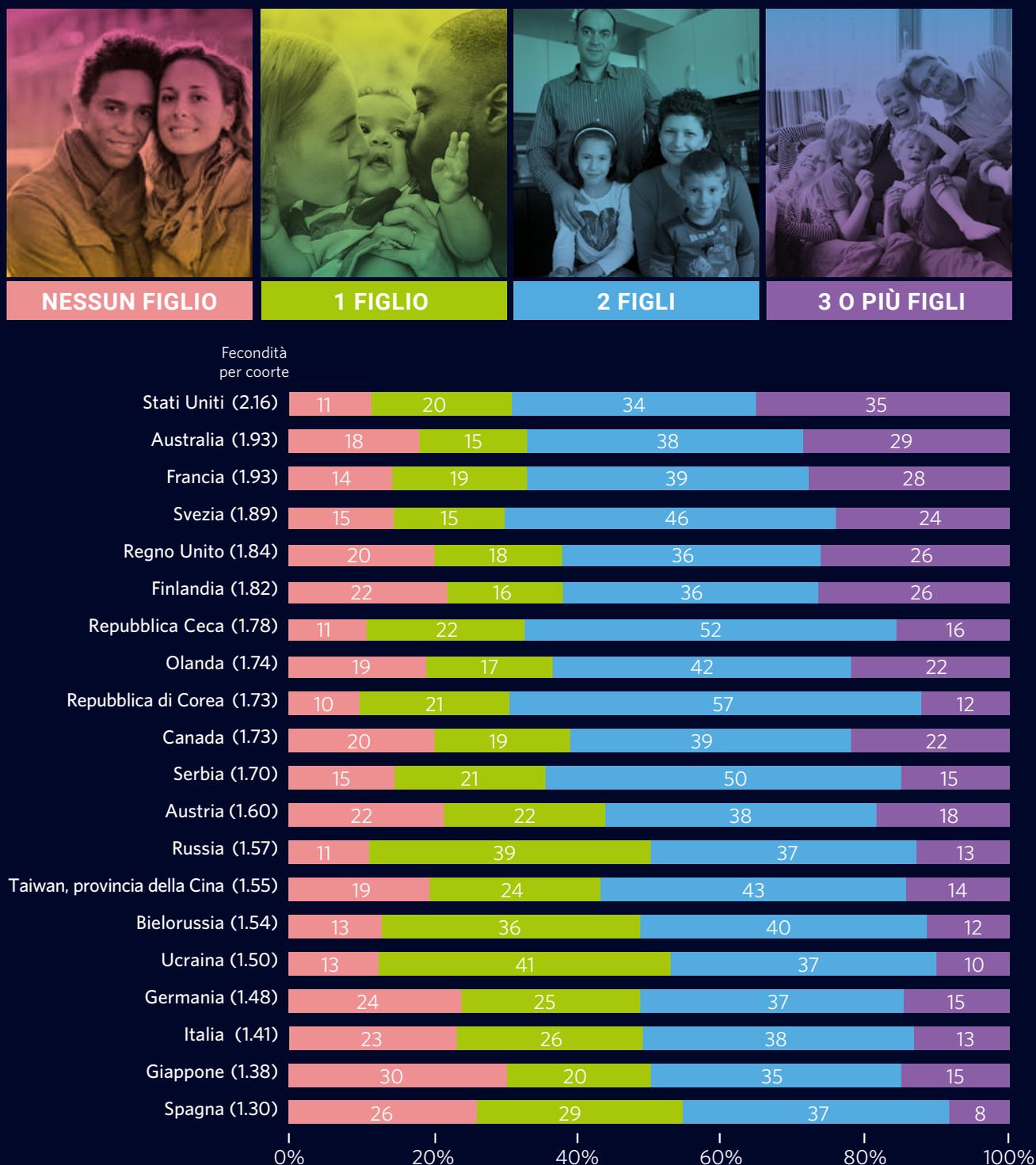
Per contro, nei paesi dell'Est Europa c'è un'alta percentuale di donne con un solo figlio ma poche che non ne hanno, il che riflette la scarsa accettazione sociale verso le donne senza figli. La bassissima fecondità media in Europa meridionale e in Germania è il risultato di un'elevata percentuale di donne senza figli o con un figlio solo. Il Giappone, infine, ha il tasso più elevato in assoluto di donne senza figli, con 3 donne su 10 senza figli prima dei 40 anni.

Nel complesso, la fecondità media non dipende dalla percentuale di donne con due figli, ma è strettamente collegata alla percentuale di donne che ne hanno almeno tre (Figura 32).

Nei paesi e nei territori di cui si occupa questo capitolo, le donne partoriscono sempre più tardi e fuori dal matrimonio (Billari and Kohler, 2004; Sobotka, 2017).

FIGURA 32

Fecondità completa e numero di figli per una coorte di donne nate nel 1974 in alcuni paesi e territori selezionati, a bassa fecondità



Fonti: Human Fertility Database (2018); Services nationaux de statistique (2018)

Nota: i dati sono calcolati per le donne fino a 40 anni

Foto, da sinistra a destra: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

In paesi come Italia, Giappone, Repubblica di Corea e Spagna, l'età media delle donne al momento della nascita del primo figlio è superiore ai 30 anni, rispetto ai 24-26 degli anni Settanta (Figura 33). Questa tendenza è parallela al minor numero di gravidanze tra adolescenti, soprattutto negli Stati Uniti e nell'Europa orientale (Figura 34). In gran parte dell'Europa e nell'Asia orientale solo il 3 per cento di tutte le nascite si verifica tra le adolescenti.

Partorire in età più matura è una tendenza in crescita particolarmente rapida tra le donne più istruite che cercano di evitare le ripercussioni economiche o lavorative sovente affrontate dalle donne che decidono di diventare madri in età più giovane (Miller, 2011). La disponibilità di tecnologie per la procreazione assistita, come la fecondazione in vitro, ha contribuito a questa tendenza. Le donne che scelgono di rimandare la gravidanza fino ai 30 o i 40 vanno maggiormente incontro al

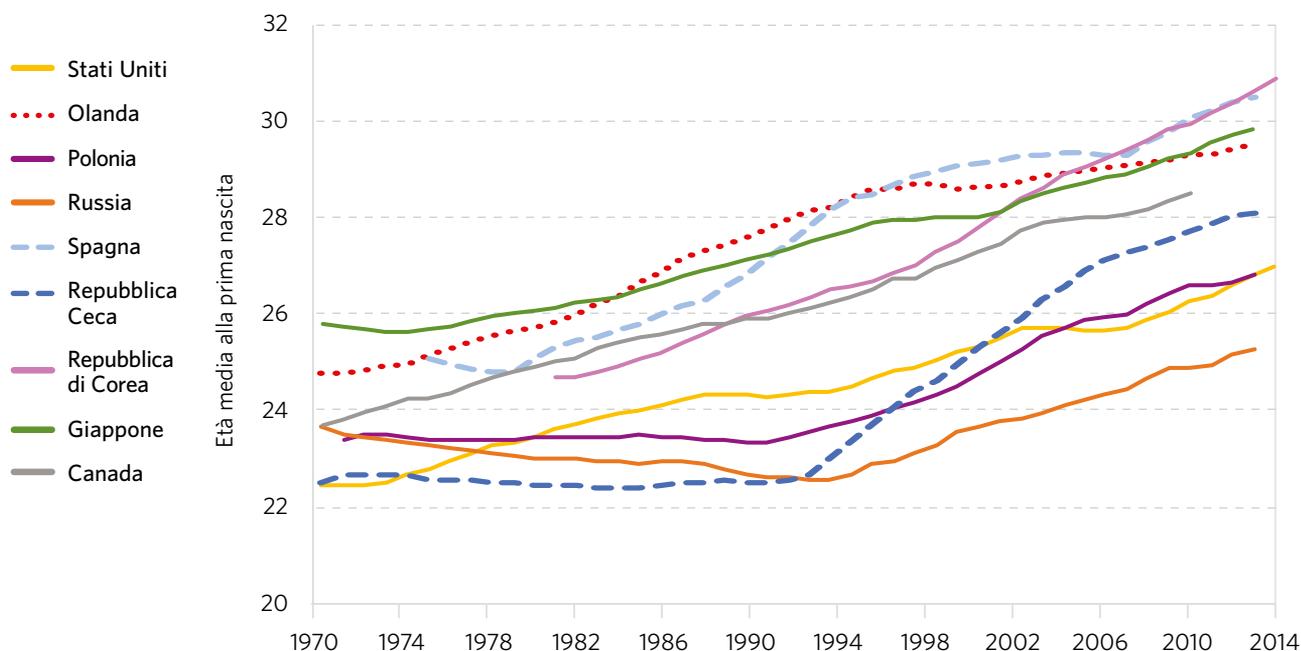
rischio di infertilità e di complicazioni durante la gravidanza (Schmidt et al., 2012; te Velde et al., 2012; Sobotka and Beaujouan, 2018).

Il calo della fecondità tra il 1970 e il 2000 ha coinciso con le tendenze a sposarsi in età più avanzata, a convivere, a divorziare e ad avere figli fuori dal matrimonio (Lesthaeghe, 2010; Perelli-Harris et al., 2012; Hayford et al., 2014; Lappegård et al., 2018). Queste tendenze hanno avuto un picco in alcuni paesi come Svezia, Stati Uniti e Russia, per poi conoscere un'inversione dopo il 2004 (Figura 35).

All'interno dell'Unione Europea, la percentuale di nascite fuori dal matrimonio ha raggiunto il 42% nel 2014 – percentuale doppia rispetto al 1994. Per contro, la fecondità resta strettamente collegata al matrimonio in Asia Orientale. In questa regione, dove matrimonio e genitorialità sono indissolubili, è sempre più comune non avere figli

FIGURA 33

Età media alla prima nascita in paesi selezionati, 1970-2016

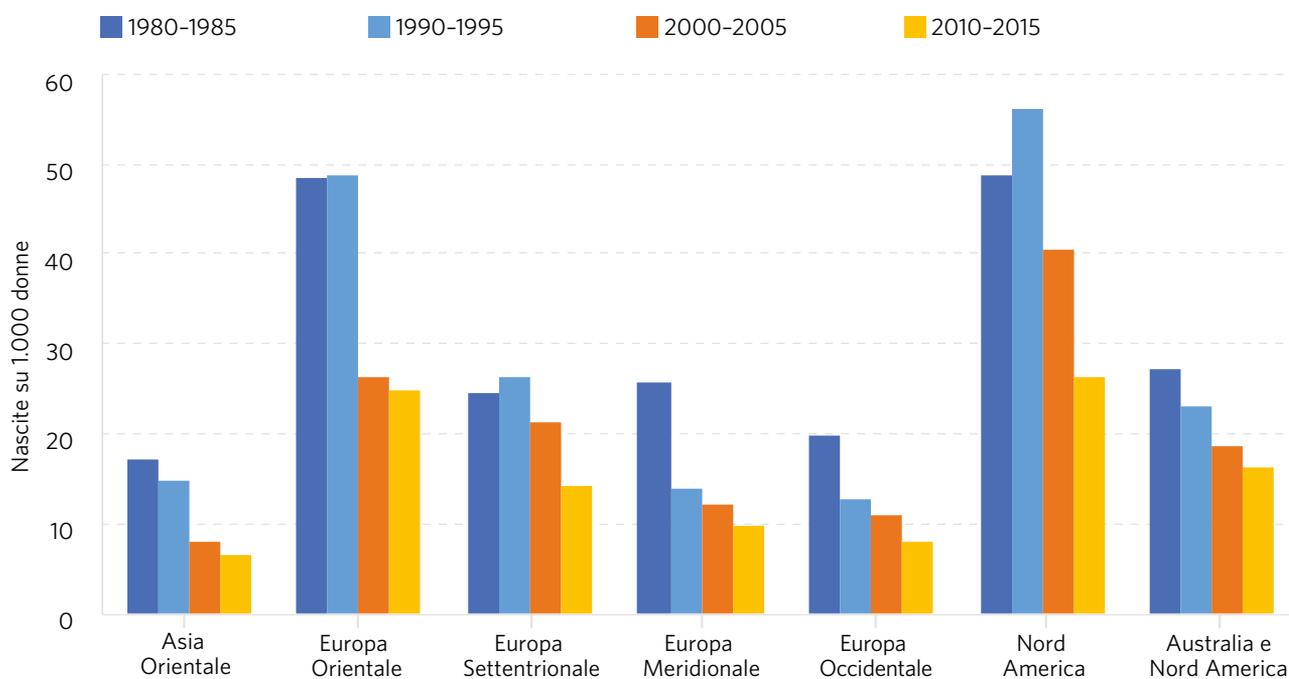


Fonti: Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

FIGURA 34 Tassi di fecondità su 1.000 donne, fascia di età 15-19 anni, 1980-2015



Fonte: Nazioni Unite (2017)

(Jones and Gubhaju, 2009; Wei et al., 2013; Guo and Gu, 2014).

La maggior parte delle nascite fuori dal matrimonio avviene tra coppie conviventi, più che tra madri single. Intorno al 2010, tra i bambini e le bambine in Europa, fino ai due anni, solo 1 su 10 viveva con una madre single, mentre 4 su 10 vivevano con una coppia non sposata (Wittgenstein Centre, 2015).

Il tasso di fecondità annuo (o totale) può cambiare in conseguenza dei cambiamenti economici, delle politiche familiari, dei cambiamenti politici e dei conflitti. La crisi finanziaria che ha colpito Stati Uniti ed Europa a partire dal 2008, per esempio, è stata associata a un crollo dei tassi di fecondità nei paesi in cui si assisteva a una crescita

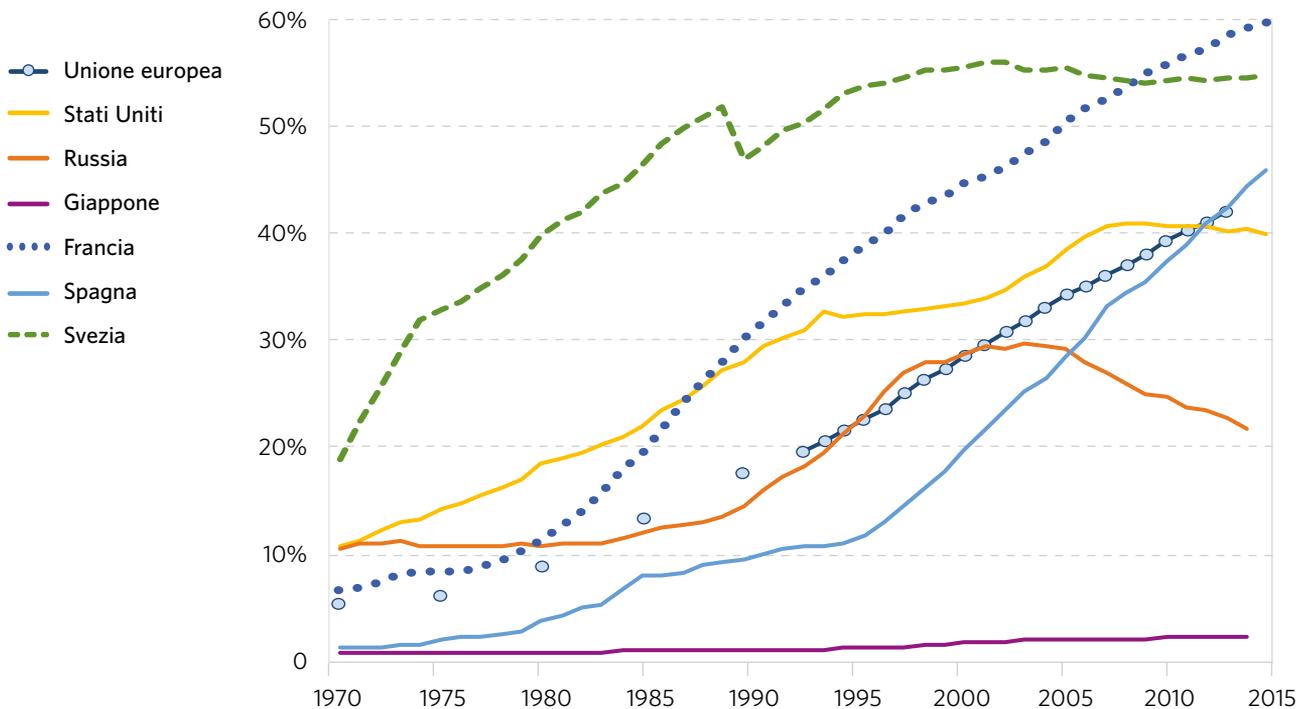
dai primi anni del 2000 (Goldstein et al., 2013; Schneider, 2015; Wittgenstein Centre, 2015; Comolli, 2017). Analogamente, la crisi finanziaria del 1997 in Asia orientale ha contribuito a un calo della fecondità, che ha raggiunto livelli bassissimi (Kim and Yoo, 2016). Il crollo dell'ex Unione Sovietica e la scomparsa del socialismo di Stato, all'inizio degli anni Novanta, sono stati seguiti da una repentina diminuzione della fecondità in tutta l'Europa centrale e orientale (Sobotka, 2011).

Pressioni verso il basso sulla fecondità

Una bassissima fecondità in Asia orientale e in molte regioni d'Europa non riflette direttamente, in linea di massima, il desiderio di una famiglia più

FIGURA 35

Percentuale di nascite fuori dal matrimonio nell'Unione Europea e in alcuni paesi selezionati, 1970-2016



Fonti: Consiglio d'Europa (2006); NIPSSR (2017); Eurostat (2018); Martin et al. (2018)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

piccola. La famiglia media ideale è composta da due figli per donna (Sobotka and Beaujouan, 2014), ma la fecondità effettiva è più bassa. Il divario tra la dimensione desiderata e quella reale suggerisce che le persone non riescono realmente a realizzare i loro diritti riproduttivi.

Ostacoli economici

Nei paesi a maggior reddito, i giovani – uomini e donne – incontrano grandi difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro. Poiché, in generale, seguono corsi di studio più lunghi rispetto a ciò che accade nei paesi più poveri, diventano economicamente attivi più tardi. E una volta completati gli studi, spesso faticano a trovare lavoro, soprattutto nel settore di loro competenza.

La trasformazione strutturale dell'economia mondiale ha eliminato molti lavori che costituiva-

no, in precedenza, la posizione di partenza nella vita professionale per giovani laureati e laureate (Adsera, 2018). Nello stesso tempo, molti posti di lavoro che prima avevano una prospettiva a lungo termine sono stati sostituiti da posti a tempo determinato o a contratto.

Ne risulta una disuguaglianza sul mercato del lavoro destinata a peggiorare e una diminuzione del salario reale di chi ha tra i 20 e i 30 anni (Sanderson et al., 2013; Rahman and Tomlinson, 2018). Molti non riescono "ad avere successo" nei paesi a più alto reddito (Sanderson et al., 2013). La posizione delle/dei giovani è particolarmente fragile nell'Europa meridionale, dove la disoccupazione è molto alta, i lavori temporanei sempre più diffusi, la tutela sociale limitata (Rahman and Tomlinson, 2018). Questa incertezza economica e professionale contribuisce al ritardo nel formare

una famiglia, all'età più avanzata in cui avvengono i matrimoni, all'incremento dell'infertilità (Blossfeld et al., 2005).

Negli anni Novanta, molti dei paesi più industrializzati hanno vissuto una recessione economica che ha inciso pesantemente sull'occupazione, sul reddito e sul tenore di vita. La crisi economica asiatica del 1997, per esempio, ha portato cambiamenti nelle modalità occupazionali, con la conseguenza di nuovi rapporti di lavoro orientati sempre più verso contratti a termine anziché a tempo indeterminato, che non offrono alle/ai giovani nessuna garanzia di stabilità lavorativa (Ma, 2014).

Sempre negli anni Novanta, la maggior parte di paesi dell'Est Europa hanno assistito a lunghi periodi di difficoltà economiche, a una crescente disparità di reddito e conseguente povertà, in seguito alla turbolenta transizione verso un'economia di mercato. In generale, queste condizioni sono spesso associate a importanti diminuzioni della fecondità. Nell'Europa dell'Est, la principale conseguenza osservata a livello di fecondità è stato un crollo nelle nascite di un secondo figlio, il che ha portato a un notevole aumento della percentuale di donne con un figlio solo (Perelli-Harris, 2005; Sobotka, 2011; Zeman et al., 2018). La crisi economica del 2008 ha avuto lo stesso impatto negativo in termini di opportunità economiche per le/i giovani.

Trovare un equilibrio tra vita professionale e vita familiare

Nei paesi più sviluppati, poiché sono sempre di più le donne che hanno raggiunto un livello di istruzione superiore, sempre di più sono quelle che sono entrate e rimaste nel mercato del lavoro retribuito. Ma conciliare vita familiare e lavoro è difficilissimo per quelle donne che non hanno la possibilità – o hanno una possibilità molto limitata – di accedere alle strutture per l'assistenza all'infanzia, e i cui datori di lavoro o governi non hanno adottato misure per garantire il congedo parentale retribuito, orari di lavoro flessibili e altri



FOCUS SU TAILANDIA

Negli ultimi 15 anni,

ci sono state quasi

1,6 milioni di nascite

da madri adolescenti



Tailandia, storia di due percorsi di fecondità

© UNFPA/Matthew Taylor

“Ho iniziato a ballare a 15 anni” dice Kate. Mentre si esibiva in una fiera a Nonthaburi, ha conosciuto un uomo. “Era più vecchio di me, simpatico e bello. All’inizio non mi piaceva, ma piano piano mi ha conquistato.”

All’epoca Kate non sapeva niente di contraccezione, né dei rischi che derivano da rapporti sessuali non protetti, alla fine è rimasta incinta. Oggi ha 17 anni e abita in un

alloggio per madri adolescenti di Bangkok. Negli ultimi 15 anni, in Thailandia ci sono state circa 1,6 milioni di nascite da madri adolescenti, con un incremento del 54 per cento tra il 2000 e il 2014. Nel solo 2016, oltre il 14 per cento di tutte le gravidanze è avvenuta tra adolescenti.

Per aiutare le ragazze come Kate a evitare una gravidanza finché non sono più grandi e non hanno deciso di formare una famiglia, il governo

ha approvato una legge che rende disponibile la contraccezione e le relative informazioni, a tutte le persone di età compresa tra i 10 e i 19 anni.

In Thailandia, quasi tutte le scuole superiori del paese forniscono un'educazione completa alla sessualità, sebbene di diversa qualità, e questo è fondamentale per garantire alle giovani di prendere decisioni informate sui propri corpi e sui rapporti che intrattengono. Una recente disposizione di legge impone a tutti gli istituti di istruzione superiore della Thailandia di adottare questo programma.

“Non possiamo impedire agli adolescenti di avere rapporti, ma possiamo aiutarli a renderli più sicuri,” dice il dottor Jetn Sirathranont, presidente del Comitato per la salute pubblica dell'Assemblea legislativa nazionale thailandese.

“I miei genitori erano contadini. Non avevano soldi per mandarmi a scuola, così a 12 anni sono venuta a Bangkok, a lavorare,” racconta Sanit, oggi quarantenne, mentre apre il laboratorio di sartoria in cui lavora da anni.

“Ho vissuto in modo molto disciplinato,” dice Sanit. “Ho lavorato sodo e mi sono diplomata mentre lavoravo. Non ho avuto tempo di trovare marito, e ancor meno di avere figli.”

“Così, quando mi sono sposata, l'anno scorso, sapevo che dovevo avere figli in

breve tempo. Ma il medico mi ha trovato una cisti ovarica che, aggiunta alla mia età, ci rendeva difficile il concepimento.”

Sanit si trova nella stessa situazione di un numero crescente di donne thailandesi che si sono dedicate alla vita professionale a scapito del matrimonio e della maternità. Quando sono pronte a formare una famiglia, spesso è tardi per restare incinte o partorire senza complicazioni. Le terapie per la fecondità in Thailandia esistono, ma sono troppo costose per la maggior parte delle persone.

“Sono sempre di più coloro che antepongono la sicurezza e la stabilità economica al desiderio di formare una famiglia,” dice il dottor Sorapop Kiatpongsan, medico specializzato nel trattamento della fertilità all'Università Chulalongkorn di Bangkok. “Le donne che hanno superato il momento della massima fertilità hanno bisogno di informazioni corrette e di opzioni terapeutiche accessibili”.

Le storie di Kate e di Sanit rappresentano i due estremi della sfida per la fecondità in Thailandia. Da un lato, adolescenti prive di informazioni e di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, vedono ridursi le loro possibilità di un futuro migliore per via di gravidanze indesiderate. Dall'altro, donne che rimandano il momento di formare una famiglia e poi scoprono di essersi lasciate alle spalle gli anni migliori per avere figli.



Anche Sanit ha dovuto lavorare rinunciando a sposarsi e ad avere figli, come sempre più spesso accade a tante donne in Thailandia.

accordi simili (Goldin, 2006). In molti paesi la responsabilità della crescita di figli e figlie ricade in gran parte sulle spalle delle donne. Queste difficoltà spesso le inducono a cercare un lavoro nella pubblica amministrazione, che offre maggiori benefici e stabilità ma minore retribuzione rispetto a un lavoro analogo nel settore privato.

I paesi con una fecondità molto bassa adottano spesso misure insufficienti per permettere alle donne di conciliare lavoro e famiglia. Nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale e centrale, per esempio, le strutture di assistenza all'infanzia finanziate dallo stato sono scarse: le frequentano meno del 15 per cento dei bambini tra 0 e 2 anni in Bulgaria, Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia, Romania e Slovacchia, a fronte di un 34 per cento negli Stati membri dell'Ocse (OCSE 2018). L'ineadeguatezza delle strutture per la cura dell'infanzia impedisce a molte donne di rientrare presto nel mondo del lavoro e incrementa il costo, in termini di opportunità, dovuto all'avere dei figli.

Nell'Asia orientale, la cultura del lavoro richiede un alto livello di impegno da parte di lavoratori e lavoratrici. Orari di lavoro lunghi e non flessibili rendono difficile conciliare carriera e famiglia. Nella Repubblica di Corea, per esempio, circa il 18 per cento delle impiegate ha lavorato, nel 2014, oltre 54 ore alla settimana (OCSE, 2017). Per affrontare questo problema, il paese ha introdotto nel 2018 una legge che limita la settimana lavorativa a 40 ore, con un massimo di 12 ore di straordinario.

Spesso le donne che hanno figli sono discriminate nel mondo del lavoro. In Giappone e nella Repubblica di Corea, le lavoratrici madri occupano in grande maggioranza posizioni poco retribuite con minime possibilità di carriera, e questo si traduce in enormi differenze di salario in base al genere (OECD, 2017).

Anche dove le donne hanno conquistato la parità di accesso all'istruzione e al mondo del lavoro, le loro decisioni in materia di famiglia e professione continuano a essere condizionate dalla "seconda

attività", quella di prendersi cura dei figli e gestire la casa. Le donne sono ancora ostacolate dalla disuguaglianza di genere nelle famiglie (McDonald, 2013), fattore che spesso contribuisce ad abbassare la fecondità.

Nell'Asia orientale, le donne affrontano alcune delle limitazioni più importanti nelle scelte familiari a causa delle condizioni di lavoro impegnative e della sproporzionata responsabilità nelle faccende domestiche e nella cura dei figli e di altri membri della famiglia (Raymo et al., 2015). In Giappone o nella Repubblica di Corea, quando le donne si sposano, spesso ci si aspetta da loro che si ritirino dal mondo del lavoro per occuparsi della casa e prendersi cura di marito, suoceri anziani e prole (Rindfuss et al., 2004). In Giappone, tra le coppie sposate, il contributo degli uomini nel lavoro domestico è in media di circa 3,4 ore alla settimana, quello delle donne di circa 27,4 ore (Tsuya, 2015).

In Asia orientale, di fronte alla prospettiva di sacrificare la propria carriera per avere una famiglia, molte donne scelgono di procrastinare il matrimonio o di rinunciarvi del tutto. E poiché nella regione la grande maggioranza delle nascite avviene all'interno del matrimonio, un numero sempre maggiore di donne finisce per non avere figli.

Tuttavia l'Asia orientale non è la sola regione in cui le donne devono affrontare queste difficoltà. Le disuguaglianze di genere nel lavoro di cura non retribuito svolto a casa persistono nella maggioranza dei paesi dell'Europa centrale e orientale, nonché nell'Europa meridionale, soprattutto in Italia e in Portogallo.

Economie stabili e politiche di sostegno incoraggiano la fecondità

I paesi con una fecondità moderatamente bassa sono contraddistinti da economie solide e stabili e da politiche che agevolano chi intende formare o allargare la famiglia. Le misure di sostegno possono

incrementare la fiducia nelle coppie che vogliono una famiglia (McDonald, 2008).

Alcuni paesi europei con un tasso di fecondità quasi al livello di sostituzione, per esempio, sostengono le famiglie garantendo il congedo parentale retribuito, sussidi in denaro, asili nido pubblici e altri servizi per bambini e bambine, benefici fiscali e orari scolastici compatibili con gli orari di lavoro.

Opportunità di lavoro part-time, contratti che consentono di prendere permessi per occuparsi dei figli quando si ammalano, soppressione dei turni di notte e orari di lavoro flessibili, remunerazione generosa dei congedi parentali e di paternità, sono tutti fattori che possono fare la differenza per una coppia o una persona che stia pensando di formare una famiglia.

Il Canada e molti altri paesi europei hanno ridotto a tal punto gli ostacoli all'occupazione delle madri, che oggi la maggioranza delle donne con figli ha un lavoro retribuito (OECD, 2007, 2011).

Il modello di reddito familiare composto da un salario e mezzo – dove un genitore lavora a tempo pieno e l'altro part-time – è oggi molto comune tra le coppie con figli in Australia, Austria, Paesi Bassi e Regno Unito. Si tratta di un modello diventato popolare nei Paesi Bassi da quando il governo ha stabilito il diritto legale a lavorare part-time, garantendo a tempo parziale la medesima copertura sanitaria, di sicurezza sociale e pensionistica di chi lavora a tempo pieno.

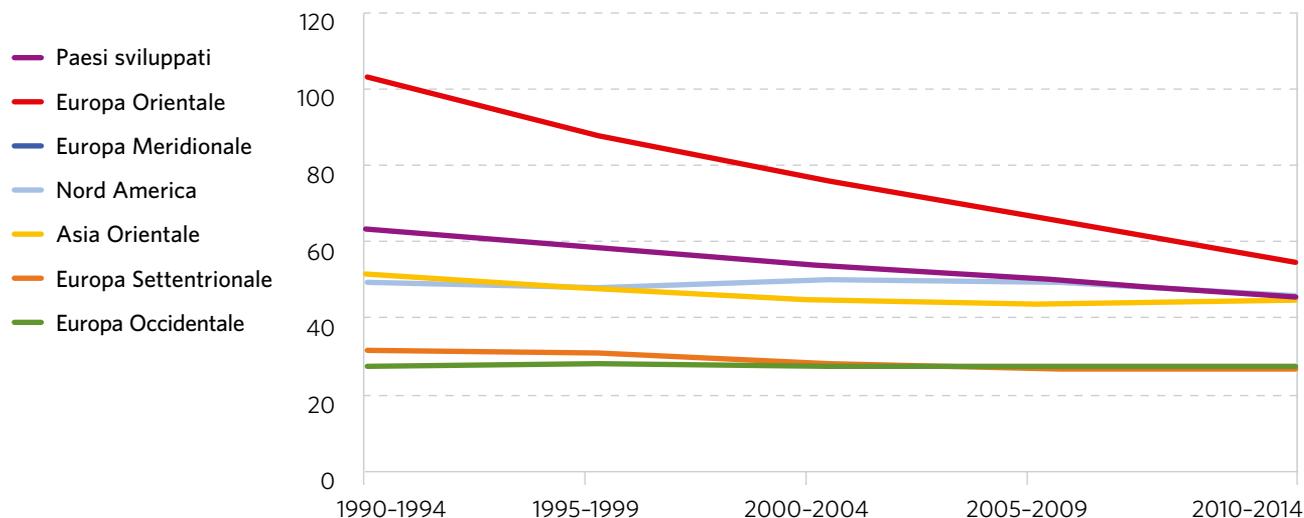
Preferenze in materia di fecondità incentrate sulla famiglia con due figli

Le donne dei paesi di cui si occupa questo capitolo esprimono in maggioranza il desiderio di avere una famiglia con due figli, con una quota significativa che ne vorrebbe tre (Hagewen and Morgan, 2005; Sobotka and Beaujouan, 2014; NIPSSR, 2016). Fa eccezione la Cina, dove molte donne dichiarano di volere un solo figlio (Basten and Gu, 2013).



FIGURA 36

Gravidanze non desiderate su 1000 donne, fascia di età 15-44, 1990-2014



Fonte: Bearak et al. (2018)

In molti paesi a bassa fecondità, c'è un divario considerevole tra il numero di figli desiderato e quello effettivo (Bongaarts, 2002; Wittgenstein Centre, 2015). Alcune coppie non hanno i figli che vorrebbero a causa di priorità in collisione nella loro vita o per circostanze esterne, come le difficoltà economiche. Altri non hanno tanti figli quanti ne vorrebbero per via di eventi come malattie o divorzio. Le decisioni che riguardano la dimensione della famiglia mutano nel tempo, com'è normale, in conseguenza delle esperienze di vita. In sette paesi europei, tra le donne nate alla fine degli anni Sessanta, il divario tra la fecondità desiderata e quella effettiva era almeno, in media, di 0,5 figli. Tale divario aumenta tra le donne con istruzione universitaria (Wittgenstein Centre, 2015; Beaujouan and Berghammer, 2017).

Il Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, dichiarava che "tutte le coppie e i singoli hanno il diritto fondamentale di decidere liberamente e responsabilmente il numero e l'intervallo tra le nascite dei loro figli, e di ricevere le informazioni, l'educazione e gli stru-

menti per poterlo fare." Questo principio si applica a tutte le coppie e a tutti gli individui, che vogliono molti figli o nessuno. Pertanto, quando le persone desiderano dei figli ma sono impediti da circostanze economiche o altri fattori che non consentono di conciliare vita privata e lavoro, non possono godere appieno dei loro diritti riproduttivi.

Gravidanze non programmate nei paesi a bassa fecondità

Nei paesi più industrializzati molte gravidanze non sono programmate. Alcune di queste sono da mettere in relazione con un bisogno insoddisfatto di contraccezione. Si tratta di donne sessualmente attive che non desiderano restare incinte, ma non ricorrono ad alcun metodo contraccettivo (United Nations, 2016). Si calcola che, in questi paesi, 1 su 10 di tutte le donne sposate o conviventi abbia un bisogno di contraccezione non soddisfatto. Inoltre, secondo le stime, nel periodo tra il 2010 e il 2014, nei paesi più industrializzati, ogni anno 45 donne in età fertile su 1000 hanno avuto gravidanze indesiderate (Figura 36; Bearak et al., 2018). L'Europa



© Frank Schoepgens/Getty Images

dell'Est ha un tasso relativamente alto di gravidanze indesiderate, a causa di un accesso limitato ai metodi contraccettivi moderni (soprattutto la pillola), dell'assenza di educazione sessuale e di scarse conoscenze su come prevenire una gravidanza (Figura 37; Kon, 1995; David, 1999; Stloukal, 1999; Sobotka, 2016). Comunque, in tutta la regione, l'accesso alla contraccezione è migliorato considerevolmente a partire dai primi anni Novanta, fatto che ha portato a una maggior diffusione dell'uso dei contraccettivi e alla diminuzione della percentuale di aborti volontari (Figure 37 e 38). L'aborto è molto diffuso anche nell'Asia orientale. Nel 2014, più di tre quarti delle gravidanze indesiderate in Europa orientale e in Asia orientale si sono concluse con un aborto volontario.

Non solo molte gravidanze non sono previste nei paesi in via di sviluppo, ma lo è anche una nascita su quattro (Figura 39; Bearak et al., 2018). Tuttavia, gran parte di queste nascite più che essere indesiderate sono non pianificate. I paesi dell'Europa orientale e centrale presentano un tasso relativamente basso di nascite non desiderate, soprattutto perché c'è la possibilità di abortire.

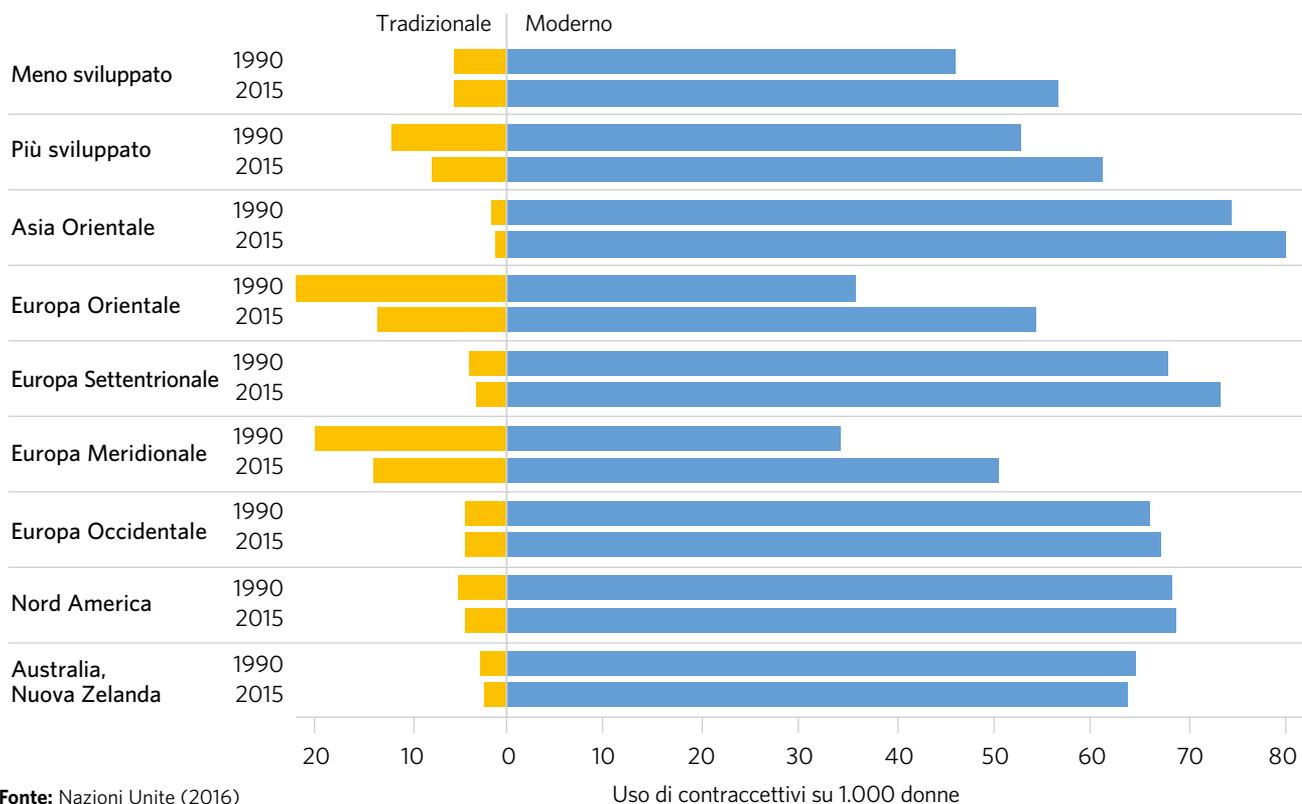
In molte aree dell'Europa orientale e sud-orientale le ragazze tendono a non usare metodi contraccettivi o contano sul coito interrotto (CDC e ORC Macro, 2003). In questi paesi l'educazione alla sessualità è carente.

Negli anni Novanta, la bassa qualità dei servizi di salute riproduttiva, le carenze nei sistemi di assistenza sanitaria e lo scarso utilizzo dei preservativi hanno contribuito a un'impennata delle infezioni a trasmissione sessuale nell'Europa orientale (Uusküla et al., 2010). Oggi le infezioni da HIV, che sono in aumento in tutta la regione, sono ancora in gran parte imputabili all'uso di droghe iniettabili (Avert, 2017), ma negli ultimi anni i rapporti sessuali stanno diventando una modalità significativa di contagio. Europa orientale e Asia centrale sono le uniche regioni in cui si riscontra una crescita costante delle infezioni da HIV (Avert, 2017; UNAIDS, 2017).

Anche la sterilità può giocare un ruolo nella bassa fecondità di alcuni paesi industrializzati. I pochi dati disponibili permettono di ipotizzare che il problema risieda più negli uomini che nelle donne. Alcuni studi indicano una costante

FIGURA 37

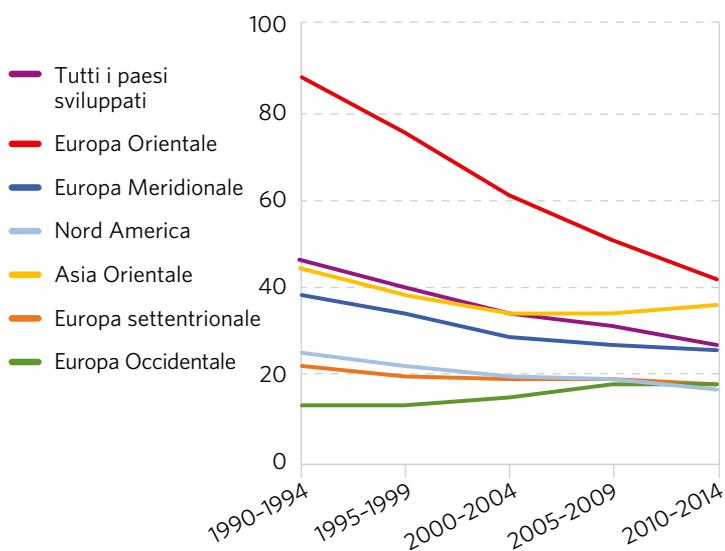
Uso di metodi contraccettivi tradizionali e moderni, tra donne sposate o conviventi, fascia di età 15-44, in 53 paesi, anni 1990-1994 e 2010-2014



Fonte: Nazioni Unite (2016)

FIGURA 38

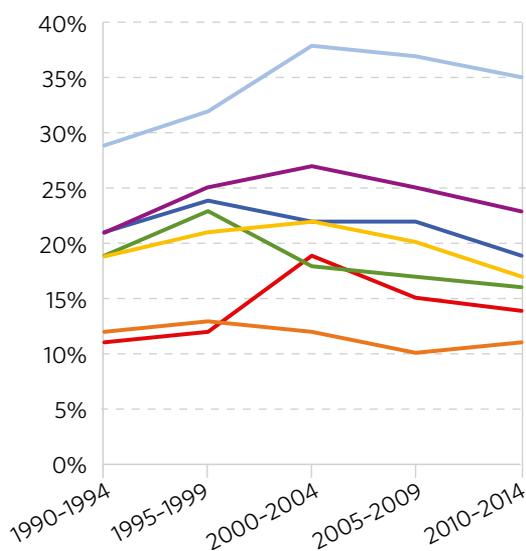
Percentuali di aborti su 1.000 donne, fascia di età 15-44, 1990-2014



Fonte: Sedgh et al. (2016a)

FIGURA 39

Percentuale di nascite non pianificate, 1990-2014



Fonte: Bearak et al. (2018)

diminuzione della quantità e della qualità degli spermatozoi tra gli uomini nei paesi ad alto reddito e a bassa fecondità (Levine et al., 2017), sebbene la questione sia ancora in discussione. (te Velde et al., 2017).

Un fattore che più probabilmente contribuisce è la infertilità secondaria, per cui donne che hanno già avuto un figlio non riescono a rimanere nuovamente incinte o a portare a termine un'altra gravidanza (Mascarenhas et al., 2012). Secondo le stime, nel 2010 l'infertilità secondaria era un problema per il 7% delle coppie nei paesi ad alto reddito, e addirittura per il 18% nell'Europa centrale e orientale e in Asia centrale. Le possibili spiegazioni della percentuale

relativamente alta di casi di infertilità secondaria in queste regioni includono una combinazione di alti tassi di aborto, maggiore diffusione di aborti clandestini e di metodi abortivi invasivi, infezioni conseguenti all'aborto (Hodorogea and Comendant, 2010).

Sondaggi svolti a più riprese negli Stati Uniti mostrano un leggero ma costante declino della infertilità tra le donne sposate in età fertile (Chandra et al., 2013). Tuttavia, quanto più le coppie continuano a procrastinare il momento in cui avere un figlio, tanto più è probabile che aumenti l'incidenza dell'infertilità. In Europa, il rinvio dell'età della maternità ha contribuito ad aumentare l'infertilità involontaria che dal 1970 e al 2007 è all'incirca



© Giacomo Pirozzi

raddoppiata nei sei paesi analizzati da te Velde et al. (2012).

Diritti riproduttivi

Esercitare il diritto di decidere liberamente e responsabilmente quanti figli avere e quando averli non dipende soltanto dalla possibilità di accesso alla contraccezione o alle adeguate terapie per la sterilità. Dipende anche dalla disponibilità degli alloggi, dalle condizioni economiche della famiglia e dal costo legato al crescere figli e figlie.

Le decisioni in materia di procreazione possono essere influenzate o condizionate anche da ostacoli sociali, istituzionali e legali, come lo stigma sociale verso le famiglie mono-parentali, le discriminazioni contro bambini e bambine nati da coppie non sposate o dello stesso sesso, la legalità dell'aborto e la disponibilità di tecnologie per la procreazione assistita.

Il grado di legalità dell'aborto varia da un paese all'altro. Circa 8 paesi su 10 tra quelli più industrializzati lo consentono su richiesta o per ragioni economiche e sociali ampiamente definite, entro il primo trimestre (United Nations, 2013).

La richiesta di tecnologie per la procreazione assistita, come la fecondazione in vitro, è in aumento nei paesi industrializzati in cui le donne scelgono di avere figli sempre più tardi negli anni riproduttivi. L'accesso alla procreazione assistita amplia le scelte offerte alle coppie e consente loro di soddisfare i propri diritti riproduttivi. Questo costituisce un contributo alla fecondità, secondario ma in aumento. Nel 2013 le tecnologie per la procreazione assistita in Europa hanno portato al 2,2 per cento di tutte le nascite, con picchi particolarmente alti, fino al 6,2 per cento, nella Repubblica Ceca, in Danimarca, in Finlandia e in Slovenia.

Fecondità e livelli elevati di sviluppo umano ed economico

In generale, quando i paesi più poveri raggiungono livelli più elevati di sviluppo umano, la fecondità diminuisce. Mano a mano che lo sviluppo umano

progredisce, la fecondità può calare in modo repentino – anche molto al di sotto del livello di sostituzione. Tuttavia alcuni paesi hanno assistito a un nuovo incremento della loro bassissima fecondità, risalita a livelli moderatamente bassi, mentre altri paesi con una fecondità in diminuzione, l'hanno vista stabilizzarsi per poi raggiungere livelli bassissimi. Si tratta di paesi che hanno diversi tratti in comune: hanno raggiunto i massimi livelli di sviluppo umano e i livelli massimi di PIL pro capite. Inoltre hanno fatto molti passi avanti verso l'uguaglianza di genere. Ancora, sono paesi in cui ci si sposa di meno e più avanti negli anni. La maggior parte hanno fiorenti mercati del lavoro e garantiscono anche a ragazzi e ragazze la possibilità di trovare lavoro e alloggio (Myrskylä et al., 2009; Luci-Greulich and Thévenon, 2014; Arpino et al., 2015; Goldscheider et al., 2015; Billari, 2018).

Molti paesi con una fecondità vicina al livello di sostituzione hanno politiche e servizi rivolti alle famiglie, come nidi e strutture di assistenza per l'infanzia di alto livello e finanziati dallo stato. Si tratta di politiche non coercitive né specificamente intese a stimolare la crescita della popolazione. Rispondono piuttosto alle effettive esigenze delle famiglie e di bambini e bambine, rispettano e promuovono tutti i diritti, compresi quelli riproduttivi.

L'esperienza dei paesi con una fecondità moderatamente bassa dimostra che le politiche più efficaci e utili sono quelle che offrono ai genitori diversi tipi di sostegno e che incrementano le possibilità di conciliare lavoro, tempo libero e crescita di figli e figlie.

Non esiste nessun paese al mondo in cui i singoli e le coppie hanno la piena possibilità di decidere liberamente e responsabilmente se, quando e quanti figli avere. Questo vale anche per i paesi con tassi di fecondità al di sotto del livello di sostituzione. Generalmente, in questi paesi, molte coppie e individui non riescono ad avere la famiglia che desiderano a causa di ostacoli sociali, economici, istituzionali e strutturali.

Tasso di fecondità totale e fecondità completa per coorte

Il tasso di fecondità totale è il numero di nascite che si verificano da madri di diverse fasce di età, nel corso di un anno solare. Viene calcolato sommando i tassi specifici di fecondità per età delle fasce comprese tra i 15 e i 49 anni.

Poiché questo indice somma i tassi di fecondità osservati per tutte le fasce di età in un anno solare, il tasso totale misura il numero medio di figli che le donne in una determinata popolazione avrebbero nell'arco della vita se dovessero sperimentare, i tassi specifici di fecondità per età osservati in quell'anno solare.

Il tasso di fecondità totale ha il vantaggio di poter essere calcolato non appena i dati relativi ai nati nell'anno per ciascuna fascia di età vengono pubblicati dagli istituti di statistica. È una misurazione tempestiva. Lo svantaggio è che non si riferisce all'effettiva esperienza di un qualsiasi gruppo di donne nell'arco della vita. Per esempio, le donne che nel 2005 avevano 18 anni, ne avranno 19 nel 2006, 20 nel 2007 e così via. L'esperienza di un qualsiasi gruppo reale di donne copre l'arco di molti anni solari.

Se i tassi di fecondità specifici per età sono disponibili per diversi anni consecutivi, possono essere sommati per l'effettivo arco di vita di un gruppo di donne. Per esempio, il tasso di fecondità delle donne che nel 2005 avevano 18 anni si aggiunge a quello delle donne che ne avevano 19 nel 2006, 20 nel 2007 eccetera, finché il gruppo preso in esame non raggiunge

i 50 anni di età. La misura ottenuta sommando i tassi per la durata della vita reale si chiama fecondità completa per coorte. Come il tasso di fecondità totale, anche quella completa per coorte misura il numero medio di figli per ciascuna donna nell'arco della vita, ma in questo caso la durata della vita corrisponde alla realtà effettiva.

La fecondità completa per coorte presenta lo svantaggio di non poter essere calcolata finché il gruppo preso in esame non raggiunge la fine dell'età fertile. Pur essendo una misura più accurata - rispetto al tasso di fecondità totale - dell'effettiva esperienza di fecondità, non è una misurazione tempestiva. Non ci dice nulla sul comportamento, rispetto alla fecondità, delle donne più giovani negli ultimi anni.

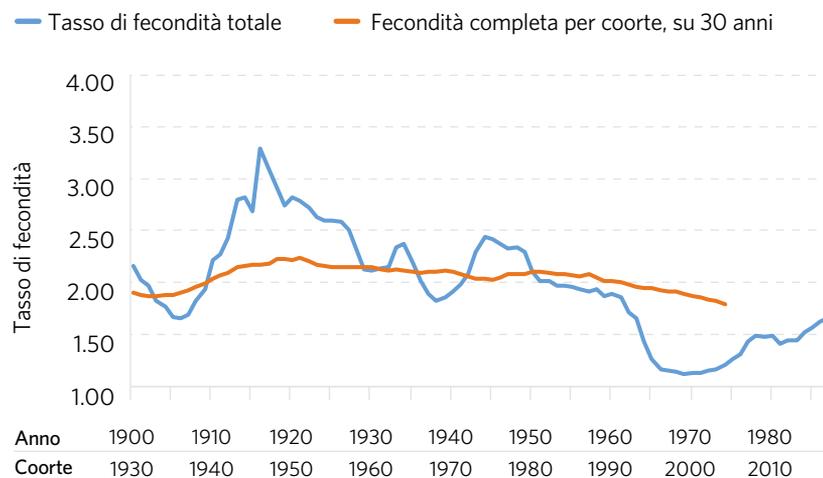
Dove la fecondità è elevata, gli spostamenti del tasso di fecondità totale (quasi sempre verso il basso) forniscono un quadro relativamente

attendibile e aggiornato della tendenza della fecondità. È il motivo per cui nei capitoli precedenti di questo rapporto si utilizza questo dato.

Quando la fecondità è bassa, però, i cambiamenti nella tempistica delle nascite o un evento traumatico come una recessione economica possono produrre un effetto significativo sul numero annuo delle nascite e quindi sul tasso di fecondità totale. Questo è ben illustrato dal grafico sottostante, che mostra le amplissime fluttuazioni del tasso totale di fecondità nella Repubblica Ceca, con spostamenti invece moderati nella fecondità completa per coorte.

Così, nelle situazioni di bassa fecondità è importante tenere conto dell'immagine potenzialmente fuorviante trasmessa dalle tendenze del tasso di fecondità totale e, laddove possibile, esaminare anche la tendenza nella fecondità completa per coorte.

Evoluzione a lungo termine del tasso di fecondità totale (1930-2015) e fecondità completa per coorte (donne nate nel 1900-1974), Repubblica Ceca





In Svezia, le misure di congedo parentale aiutano i genitori ad avere il numero di figli che desiderano

FOCUS SU SVEZIA

© UNFPA/Melker Dahlstrand

“In Svezia i genitori non devono scegliere tra fare carriera e avere figli.”

Hans Linde, RFSU

Andreas Åsander saluta con un bacio sua moglie Elin che sta uscendo per andare al lavoro. Appena esce, lui copre bene la loro ultima nata, Edda, 11 mesi, prende per mano Lo, la figlia di 4 anni, ed esce anche lui.

La prima tappa è la scuola materna di Lo, poi una passeggiata insieme a Edda in un parco vicino a casa, in un quartiere residenziale di Stoccolma.

“In Svezia, le politiche sul congedo parentale hanno effetti positivi sui diritti riproduttivi e sull’economia.”

Hans Linde, RFSU

Passano davanti a un percorso ginnico all’aperto dove Andreas fa un po’ di esercizi mentre Edda dorme tranquillamente nel passeggino.

Entro le nove Andreas e Edda sono di nuovo a casa. Con un po’ di fortuna, Andreas avrà il tempo di prendere un caffè prima che Edda si svegli e chieda di giocare prima della merenda di mezza mattina.

“In una giornata normale, facciamo quello che si fa normalmente con una bambina,” dice Andreas. “Giochiamo, leggiamo un libro, mangiamo. Quando Edda dorme, cerco di sbrigare un po’ di faccende, tipo il bucato e le pulizie. E a volte resta il tempo per incontrarsi con qualche amico, anche lui in congedo parentale.” Quando Andreas ha conosciuto Elin, lei aveva già un figlio, John, che adesso frequenta la quarta elementare in una



scuola di fronte a casa. La coppia ha deciso quasi subito di volere dei figli.

In Svezia, il sistema di sicurezza sociale sostiene e incoraggia la responsabilità parentale condivisa.

I genitori possono usufruire di un totale di 480 giorni di congedo: 90 giorni a testa sono riservati personalmente a ciascuno dei genitori, altri 300 possono essere divisi a scelta tra i due. Il congedo contemporaneo, in cui entrambi i genitori restano a casa, è consentito per trenta giorni. Il genitore in congedo riceve fino a 110 dollari al giorno per i primi 390 giorni, un po' meno per gli altri 90.

Elin è rimasta a casa con Edda per i primi quattro mesi. Da allora, è Andreas a occuparsi di Edda il giovedì, il venerdì e mezza giornata del mercoledì. Elin resta a casa gli altri due giorni e mezzo.

“In Svezia non si deve scegliere tra fare carriera e fare i genitori,” dice Hans Linde, presidente dell'Associazione svedese per l'educazione sessuale, RFSU.

“Il sistema dei congedi parentali costituisce una solida base per l'uguaglianza di genere” aggiunge.

“Questa organizzazione lascia a entrambi più energie da dedicare al lavoro e a Edda,” dice Andreas.

“In Svezia, la politica dei congedi parentali ha effetti positivi sui diritti riproduttivi e sull'economia,” dice Linde. Il rispetto dei diritti riproduttivi consente alla Svezia di avere “una delle più solide economie di welfare del mondo,” aggiunge.

È garantito

un totale di 480

giorni di congedo

parentale.

Chiunque ha il diritto di scegliere

La fecondità è una questione importante. Rispecchia il punto in cui ci troviamo e quello da cui siamo partiti, riflette opportunità e limitazioni per ciascun individuo. Definisce le aspirazioni per il futuro, con profonde implicazioni a partire dal singolo fino a coinvolgere l'intera società.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

Negli enormi divari odierni tra tassi di fecondità, sia tra paesi diversi che all'interno di uno stesso paese, i problemi relativi alla fecondità variano moltissimo. Ciò che però accomuna tutti i paesi è che la misura in cui coppie e singoli riescono a godere dei loro diritti riproduttivi è un fattore cruciale e decisivo che determina il numero dei figli che avranno e in che misura la loro fecondità corrisponde con la vita riproduttiva che desiderano.

Per 50 anni, dalla Conferenza internazionale sui diritti umani svoltasi nel 1968 a Teheran, i governi hanno concordato sul diritto di decidere liberamente la dimensione della propria famiglia. Questo diritto è stato ribadito con forza nel 1994 alla ICPD. Il Programma d'azione della conferenza afferma che tutte le coppie e tutti gli individui hanno il diritto di disporre delle informazioni e degli strumenti per decidere il numero, l'intervallo e il momento in cui avere figli, senza discriminazioni, coercizioni e vio-

lenze. Nel 2015, con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, i diritti riproduttivi sono diventati un target esplicito di uno dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e una componente indispensabile per il conseguimento di tutti gli altri.

Sono stati compiuti molti progressi nella tutela dei diritti riproduttivi. Eppure, nessun paese può affermare che tutti i gruppi di popolazione godano di questi diritti in ogni momento. Quasi ovunque sussistono condizioni sociali, istituzionali ed economiche che tuttora negano ad alcune persone il diritto di avere, liberamente e responsabilmente, il numero di figli che desiderano, o di averli quando lo desiderano. Questa situazione è evidente sia nei paesi ad alta fecondità, sia in quelli a bassa fecondità, e persiste nonostante la consapevolezza che la fecondità può indebolire o promuovere la crescita dell'economia nazionale e definire le risorse necessarie per i servizi sociali essenziali. Trova un'eco nelle preoccupazioni di numerose persone i cui diritti e scelte in materia di procreazione sono limitati da problemi di alloggio, di lavoro o assistenza per l'infanzia.

È indispensabile trovare una maggiore sintonia tra misure politiche e obiettivi personali. Le persone

devono avere le informazioni e gli strumenti che consentono loro di decidere se, quando o quanti figli avere. I governi che si preoccupano per l'alta o bassa fertilità hanno bisogno di politiche che rafforzino i diritti delle persone a prendere le proprie decisioni in merito ai tempi e all'intervallo delle gravidanze. Conciliare obiettivi personali e governativi, radicandoli nel rispetto dei diritti umani, può rappresentare un potente fattore propulsivo per lo sviluppo sociale ed economico.

Cosa devono fare tutti i paesi

Ogni paese deve definire l'insieme di servizi e risorse necessari alla tutela dei diritti riproduttivi di tutte le persone, garantendo che nessuna resti indietro, e eliminare tutti quegli ostacoli sociali, economici, istituzionali e geografici che impediscono a coppie e a individui di decidere liberamente il numero e il momento delle gravidanze. Alcune misure possono essere più adatte ad alcuni paesi, in base al tasso di fecondità. Ma alcune questioni sono trasversali a tutti i paesi, in quanto toccano aree che costituiscono il fondamento stesso dei diritti riproduttivi ma nelle quali si evidenziano ancora importanti e persistenti carenze.



Rispettare gli impegni presi in favore dei diritti riproduttivi

I 179 governi rappresentati alla ICPD hanno approvato la nozione di diritti riproduttivi, in particolare il diritto di ciascuno di prendere decisioni libere e responsabili in merito alla dimensione della propria famiglia e ai tempi di gravidanze e parti. Ogni persona è titolare di questi diritti. Ma l'universalità non è ancora stata raggiunta.

Per iniziare a colmare queste carenze, i paesi dovrebbero riflettere sulle politiche demografiche, se cioè possono rafforzare i diritti riproduttivi e garantire alle persone la possibilità di realizzare i propri obiettivi o se non diminuiscono invece le possibilità di decidere le dimensioni della famiglia. Le misure in questo senso dovrebbero essere rimodulate o riconsiderate in base a ciò che è necessario alle persone perché possano avere il numero di figli che desiderano, quando li desiderano. Per fare questo è necessario considerare un'ampia gamma di fattori che si intersecano e che influenzano i diritti riproduttivi e la fecondità: in particolare, istruzione, lavoro, alloggio e sicurezza alimentare. Il Bangladesh, per esempio, ha realizzato i propri obiettivi di fecondità a un ritmo insolitamente rapido adottando un approccio olistico allo sviluppo nazionale basato sullo sviluppo umano, che mette l'accento sulla necessità di fornire alle persone un mix equilibrato di capacità in materia di salute, istruzione e reddito. In ciascun paese, il punto di partenza potrebbe essere quello di effettuare a cadenza regolare dei "check-up" sui diritti riproduttivi a livello nazionale, per verificare se le leggi e le misure adottate, i finanziamenti, i servizi, le campagne di sensibilizzazione e tutte le altre attività siano in linea con i diritti riproduttivi così come li definisce la ICPD. Per essere pienamente informati e basati sui diritti, questi check-up dovrebbero richiedere le opinioni degli esperti e il feedback delle persone. In generale, per misurare le lacune in materia di diritti riproduttivi, è necessario individuare sistemi migliori di valutazione che comprendano i fattori determinanti dell'assistenza sanitaria nonché quelli sociali, economici e istituzionali.

Eliminare la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare

Le donne con un bisogno di contraccezione moderna non soddisfatto rappresentano oltre quattro su cinque delle gravidanze non desiderate nei paesi in via di sviluppo (Guttmacher Institute, 2017). Ma la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare non è un'esclusiva dei paesi in via di sviluppo. Esiste praticamente ovunque, anche nei paesi a bassa fecondità. Mentre in tutto il mondo le donne più ricche, urbanizzate e istruite hanno pieno accesso a una gamma di metodi contraccettivi moderni, lo stesso non vale per le loro controparti più povere, che abitano in aree rurali e sono meno istruite. In alcuni paesi a bassa fecondità e alto reddito, i servizi per abortire in modo sicuro sono disponibili e a basso costo o gratuiti, ma lo stesso non si può dire per alcuni metodi di contraccezione. Programmi di pianificazione gestiti e finanziati dallo Stato che puntano a raggiungere il livello zero di domanda insoddisfatta per i servizi di pianificazione familiare entro il 2030, possono aiutare i paesi a raggiungere gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile.

Dare priorità alla salute riproduttiva nei sistemi sanitari nazionali

In molti paesi i servizi per la salute riproduttiva non ricevono ancora l'attenzione – o i finanziamenti – che meritano, malgrado l'influenza che possono avere su una serie di diritti umani e di obiettivi di sviluppo, dalla riduzione della povertà alla partecipazione alla forza lavoro. Questi servizi dovrebbero essere considerati parte integrante dell'assistenza sanitaria di base, sullo stesso piano delle vaccinazioni e di altri servizi essenziali per la tutela della salute. Dovrebbero essere completi, di alto livello professionale, accessibili a tutte le persone e mirati a consentire a ciascuno di decidere liberamente. Nelle visite mediche, alle pazienti in età riproduttiva dovrebbe essere chiesto sistematicamente se hanno o meno il numero di figli che desiderano, dando informazioni e guidandole quando non sono soddisfatte delle opzioni attuali. Occorre istituire

meccanismi di rendicontazione basati su dati affidabili e orientati alla piena attuazione pratica dei diritti, ovvero a capire se le utenti dei servizi sanitari ritengono o meno di essere in grado di raggiungere i propri obiettivi di fecondità.

Assicurare un'educazione completa alla sessualità per tutti

Essere informati è indispensabile per esercitare i diritti riproduttivi e scegliere consapevolmente se, quando e quanti figli avere. Queste informazioni dovrebbero essere date ai giovani e alle giovani prima che siano sessualmente attivi. Tutti i piani di studio scolastici dovrebbero quindi prevedere un'educazione sessuale completa che sia adeguata all'età, graduale e incentrata su temi quali diritti, relazioni e salute sessuale e riproduttiva. I programmi che ottengono i risultati migliori non solo impartiscono le conoscenze fondamentali sulla riproduzione, ma affrontano anche l'uguaglianza di genere e aiutano ragazzi e ragazze a migliorare la fiducia in sé stessi oltre a fornire informazioni e capacità indispensabili per operare scelte autonome e responsabili.

Agire per raggiungere l'uguaglianza di genere su tutti i fronti

Le carenze nel rispetto dei diritti delle donne si intrecciano strettamente con quelle nell'ambito dei diritti riproduttivi. Non si possono correggere le une senza le altre. La discriminazione di genere può ripercuotersi in modo negativo sui sistemi sanitari, per esempio, quando le donne non possono accedere ai servizi necessari per poter scegliere liberamente il tipo di contraccezione. Dove le donne sono subordinate nei processi decisionali familiari, o soggette a violenze di genere, è probabile che abbiano scarse possibilità di controllare la loro fecondità.

L'ideale sarebbe che l'uguaglianza di genere fosse inserita e tenuta presente in tutte le politiche e le attività nazionali, e che fosse un principio operativo centrale per tutti i sistemi sanitari nazionali. Le leggi di bilancio in un'ottica di genere, che prevedano

cioè la valutazione delle voci di ricavo e di spesa in base al contributo portato all'uguaglianza di genere, possono essere uno strumento importante per accelerare il progresso. Nel promuovere l'uguaglianza di genere, occorre prestare attenzione al modo in cui le questioni legate al genere possono essere trasversali ad altre forme di discriminazione e di esclusione in base all'età, alle capacità personali, al luogo di abitazione, all'etnia, eccetera. Una ragazza che vive in una zona rurale, per esempio, ha il doppio di probabilità di essere forzata a sposarsi precocemente rispetto a una che vive in città.

Per trasformare alcuni dei fattori più persistenti della disuguaglianza di genere è essenziale agire sulle norme sociali. Sebbene le donne, a livello mondiale, siano sempre più consapevoli dei propri diritti e sempre più in grado di farli rispettare, l'atteggiamento maschile resta uno degli ostacoli principali. Ciò si riflette chiaramente nella quota sproporzionata, in tutto il mondo, del lavoro di cura non retribuito svolto dalle donne: gli uomini ancora non si assumono una pari quota di responsabilità, persino nei paesi che hanno compiuto i progressi più significativi nell'uguaglianza di genere. Una delle conseguenze di questo fatto è che alcune donne avranno meno figli di quanti ne vorrebbero. Per contro, per quelle che ne hanno più di quanti ne avrebbero voluti, le esigenze del lavoro domestico possono diventare una barriera insormontabile per accedere ad altre attività, come un lavoro retribuito o la partecipazione alle attività della comunità di appartenenza.

Cosa devono fare i paesi con una fecondità alta

I paesi con alti tassi di fecondità spesso devono combattere anche con alti livelli di povertà e carenze nei servizi, specie nelle zone rurali. Anche se, in questi paesi, alcune persone, soprattutto tra giovani che abitano nei centri urbani, scelgono di avere meno figli, realizzare appieno i diritti riproduttivi significherebbe far sì che ciascuna persona possa fare scelte informate. Di norma in questi paesi si

riscontra una forte domanda insoddisfatta di contraccezione, il che fa supporre che esistano ostacoli importanti per l'accesso delle coppie a uno degli strumenti di base per conseguire i propri obiettivi di procreazione.

Incrementare la capillarità e la qualità dei servizi per la salute riproduttiva

Un punto di partenza per l'attuazione dei diritti riproduttivi e per mettere le persone in grado di avere il numero di figli che desiderano, consiste nell'estendere i servizi per la salute riproduttiva a coloro che spesso sono lasciati più indietro. Nei paesi ad alta fecondità si tratta soprattutto delle persone più povere che vivono nelle aree rurali. I servizi, che siano offerti dagli ambulatori o dagli operatori locali, si possono costruire attorno a modelli integrati, capaci di offrire gli strumenti per la pianificazione familiare insieme a messaggi che contribuiscono a modificare le norme sociali, specie quelle che frappongono ostacoli all'uso dei contraccettivi e che limitano e condizionano l'autonomia decisionale delle donne. Tali servizi potrebbero anche diventare un punto di accesso per garantire i livelli base di sostegno e di riferimento nei casi di violenza di genere.

I sistemi sanitari devono assicurare che tutte le donne, che abitino in città o nelle zone rurali, abbiano uguale accesso alla gamma completa di scelte per la contraccezione, nonché ai servizi essenziali quali la protezione e il trattamento delle infezioni trasmesse per via sessuale. Si potrebbe fare di più per collegare la pianificazione familiare ai programmi per la lotta contro l'HIV, dato che a oggi i preservativi sono il metodo contraccettivo più comune per le persone che non hanno una relazione stabile. Come questione di diritti umani, e tenuto conto del ruolo che l'elevata mortalità infantile e neonatale ha negli alti tassi di fecondità, occorre migliorare i programmi attualmente inadeguati per la salute materna e infantile, mediante il supporto di programmi correlati per l'alimentazione, la sicurezza alimentare



© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

e l'empowerment delle donne. Altre priorità sono il consolidamento dei sistemi di informazione sanitaria, compresi quelli che identificano le disparità nella qualità e nella possibilità di accesso ai servizi, e gli investimenti nella formazione degli operatori sanitari, in particolare dei quadri intermedi come le levatrici.

Assicurarsi che tutti conoscano i propri diritti riproduttivi e il modo in cui esercitarli

Le norme sociali possono svolgere un ruolo essenziale nel contribuire a livelli elevati di fecondità, specie in presenza di lacune nei servizi di pianificazione familiare. Quelle norme sociali che inibiscono le scelte informate sul numero e sui tempi delle gravidanze devono essere messe in discussione, perché in caso contrario le persone interessate non possono realizzare i propri diritti riproduttivi.

Le campagne di sensibilizzazione per modificare i comportamenti sono uno dei mezzi per modificare tali norme. Occorre però che siano diffuse in particolare nelle zone rurali, dove le informazioni sono più limitate, e che siano fondate sui principi dell'empowerment e dei diritti umani. Questo significa per esempio che non si tratta solamente di spiegare alle persone l'uso dei contraccettivi, ma che bisogna aiutarle a riflettere attentamente sui

preconcetti in materia di dimensioni della famiglia, sulle implicazioni di quest'ultima per il benessere futuro e sul modo in cui uomini e donne prendono le loro decisioni all'interno della famiglia.

Porre fine ai matrimoni precoci

Il matrimonio precoce è una violazione dei diritti umani che conduce di norma alla negazione di altri diritti, compresi i diritti riproduttivi. La protezione dal matrimonio precoce deve essere sancita dalla legge e sostenuta nei fatti. In alcuni paesi la diffusione di questa pratica esige anche che si compiano sforzi sistematici per sfidare concetti profondamente radicati riguardo al suo ruolo e legittimità.

Le persone influenti nella società e gli uomini di potere, come i capi villaggio tradizionali e i membri del parlamento, possono rappresentare voci autorevoli nell'indirizzare la popolazione ad adottare una "nuova norma". La sensibilizzazione può essere più efficace se sottolinea i pericoli della gravidanza precoce che accompagna la maggior parte dei matrimoni precoci. Anche la qualità dell'istruzione svolge un importante ruolo di sostegno, perché le ragazze rimangono a scuola più a lungo e hanno più opportunità di essere informate sui loro diritti, di chiedere aiuto se si sentono in pericolo, di acquisire abilità che consentiranno loro, nel corso della vita, di prendere decisioni informate.

Priorità all'occupazione femminile nelle aree rurali

In tutto il mondo, l'ingresso nell'economia moderna consente alle donne di percepire un reddito, di acquisire informazioni, di venire a contatto con nuovi modi di pensare, e dà loro l'occasione di avere una vita anche fuori dall'ambito domestico. È stato anche un fattore importante per il calo della fecondità. Nei paesi dove questa è ancora elevata, le donne delle aree rurali hanno meno possibilità di accedere a lavori qualificati e di potersi mantenere dignitosamente. Le politiche a sostegno di istruzione, agricoltura e mercato del lavoro potrebbero spesso fare molto di



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

più per queste donne. Molte misure infatti adottano ancora approcci che non tengono conto del genere, il che nella pratica equivale a beneficiare soprattutto gli uomini. Le donne danno un contributo significativo alle economie agricole, per esempio, ma i servizi per lo sviluppo agricolo si rivolgono soprattutto agli agricoltori uomini.

L'indipendenza economica delle donne nelle campagne dipende in gran parte dalla parità di diritti nella proprietà dei terreni e nell'accesso ai finanziamenti e alle tecnologie. Tra le altre priorità, sarebbe opportuno inserire un maggior numero di donne nei programmi di formazione professionale e dare loro la possibilità di accedere a livelli superiori di scolarizzazione. Fare spazio alle donne nelle amministrazioni locali significa tutelare il loro diritto alla partecipazione, ma anche influenzare i programmi locali affinché siano garantiti i servizi indispensabili alle donne. L'empowerment che accresce la consapevolezza e la fiducia in sé stesse può incoraggiare le donne a diventare modelli di riferimento per le loro comunità e aiutarle a modificare alcune norme sociali come quelle relative alla maternità e alla pianificazione familiare.

Priorità alla spesa per l'assistenza alla salute riproduttiva

La salute riproduttiva è ancora marginale nella spesa sanitaria nazionale di molti paesi, per diverse ragio-

ni. I paesi più poveri continuano a dipendere dai finanziamenti dei donatori internazionali che negli ultimi anni sono sempre meno attenti ai servizi per la salute riproduttiva e per la pianificazione familiare. Considerate le importanti implicazioni della fecondità, e in linea con l'impegni per la tutela dei diritti riproduttivi e per lo sviluppo di partnership di alto livello qualitativo, l'assistenza alla salute riproduttiva deve acquistare maggiore priorità nelle fonti di finanziamento sanitario, sia nazionali che internazionali.

Cosa devono fare i paesi con fecondità media

Anche se i paesi che hanno tassi di fecondità compresi tra i due e i quattro nati per donna presentano livelli molto diversificati di sviluppo complessivo, di solito vi si riscontra una miglior conoscenza e una maggiore accesso alle informazioni e ai servizi per la salute riproduttiva, e le persone in generale hanno già potuto intravedere un futuro in cui il benessere – che lo si definisca in base al livello di reddito o alla qualità dell'istruzione – è collegato alle scelte nel campo della fecondità. Alcuni di questi paesi devono affrontare, nello stesso momento, l'alta fecondità di un certo gruppo o comunità e la bassa fecondità di un altro, il mancato assorbimento dei/delle giovani nel mercato del lavoro retribuito e tassi mai così rapidi di invecchiamento della popolazione: tutti problemi a cui bisogna trovare risposta sul piano sociale ed economico.

Eliminare le disuguaglianze nei servizi per la salute riproduttiva

Molti paesi con una fecondità media hanno compiuto importanti progressi nell'estensione dei sistemi di assistenza sanitaria, di solito ben oltre il livello raggiunto in quelli ad alta fecondità. Quando la fecondità è a livello moderato, sembra forse meno urgente farla scendere o salire a livello nazionale. Ma limitarsi a prendere in esame la fecondità media significa probabilmente non accorgersi delle persistenti disuguaglianze nei diritti riproduttivi, che vanno eliminate se ci si vuole impegnare a raggiungere la

loro universalità. Tali differenze si riflettono, per esempio, negli alti tassi di gravidanze non desiderate e di domanda non soddisfatta di contraccezione.

Le persone che vivono nelle aree isolate, le minoranze etniche, le persone giovani o non sposate e quelle povere delle aree urbane e rurali sono tra i gruppi di popolazione che sono stati esclusi dall'accesso all'intera gamma di metodi contraccettivi, alle informazioni e ai servizi. I servizi non solo devono raggiungere fisicamente tutti questi gruppi, ma devono anche essere su misura per le loro esigenze, per esempio attraverso informazioni sulla pianificazione familiare comunicate in maniera adeguata. Si può fare di più per assicurare la gamma completa delle scelte per la pianificazione familiare, e per introdurre o ampliare l'accesso alla riproduzione assistita.

Considerati gli elevati tassi di gravidanze non desiderate o non pianificate in alcuni di questi paesi, i modelli dei servizi e le misure destinate a valutarne l'efficacia dovrebbero garantire che i diritti rispettati in teoria non vengano trascurati nella pratica: è quello che può succedere, per esempio, quando il partner impedisce alla donna di esercitare il diritto all'uso della contraccezione per prendere le proprie decisioni in merito ai tempi e all'intervallo tra le gravidanze. Si possono collegare in modo più solido i programmi di pianificazione familiare, le iniziative per la prevenzione della violenza di genere e la protezione delle vittime, l'empowerment economico delle donne. Potrebbe trattarsi semplicemente di istituire sistemi di screening e di riferimento, in modo che quando le donne si presentano per i servizi di pianificazione familiare siano in atto processi per identificare i loro ulteriori bisogni e indicare loro le risorse a disposizione.

Fare di più per raggiungere giovani e adolescenti, soprattutto quelli non sposati

Diversi paesi con una fecondità media hanno una percentuale molto alta di giovani e adolescenti – eredità di un passato ad alta fecondità. Ma spesso c'è stato un notevole ritardo nel rispondere alle ne-

cessità di salute riproduttiva delle giovani e dei giovani, anche se saranno loro a dare un significativo impulso alla popolazione quando inizieranno a loro volta ad avere figli. Gli ostacoli nell'accesso ai servizi includono la convinzione che l'offerta e la gestione dei servizi non richiedano di essere adeguati all'età, che gli/le adolescenti siano troppo giovani per essere sessualmente attivi e che se non sposati non dovrebbero accedere alla contraccezione.

In certa misura sono proprio le giovani, che hanno accesso a una quantità di informazioni grazie alle nuove tecnologie, a scegliere di avere meno figli. Hanno però bisogno di un sostegno costante e qualificato. Ciò significa educazione completa alla sessualità, ma anche informazioni e servizi per la salute riproduttiva specificamente rivolti alle/ai giovani. Servizi che non fanno differenze di età o di condizione, potrebbero raggiungere molte più persone. In ogni caso, operatori e operatrici devono avere rispetto, in particolare per le ragazze e tener conto dei loro diritti e del loro empowerment. L'adolescenza, insieme alla prima infanzia, rappresenta un momento di massimo sviluppo cerebrale; rappresenta una fase essenziale per l'adozione di comportamenti che per tutta la vita possono guidare le scelte informate nell'ambito della salute riproduttiva e della fecondità. Analogamente, è l'età in cui la vita di molte giovani è devastata in modo irreversibile dai matrimoni precoci o da gravidanze non desiderate, che possono apparire sbocchi inevitabili a quelle ragazze il cui orizzonte è limitato da sistemi scolastici inadeguati e da mercati del lavoro che offrono poche possibilità. In questi casi è necessario che le politiche per la salute riproduttiva si uniscano a quelle intese a facilitare il passaggio verso l'età adulta, compreso l'inserimento nel mondo del lavoro.

Aumentare le opportunità occupazionali delle donne e la partecipazione alla forza lavoro

Molti paesi a fecondità media presentano bassi livelli di partecipazione femminile alla forza lavoro,

anche laddove vi è una crescente parità nel livello di istruzione. Ciò riflette preconcetti discriminatori che tendono a escludere le donne dal mondo del lavoro, a relegarle in occupazioni non qualificate o a compromettere la loro capacità di esercitare un'attività lavorativa a causa di un carico iniquamente distribuito di responsabilità di cura non retribuite. Molte donne si scontrano con la carenza di servizi, tra cui quelli per l'infanzia, che le aiuterebbero a trovare un efficace equilibrio tra responsabilità familiari e di lavoro. In conseguenza di questo stato di cose, una percentuale sempre più alta di donne e bambini vede ridursi le vie per uscire dalla povertà, la forza complessiva delle economie emergenti ne risulta indebolita, si perdono gli investimenti – individuali e sociali – nell'istruzione. Ripercussione non meno importante, le donne perdono la capacità e il diritto di pianificare la loro famiglia, per ragioni che vanno da una ridotta possibilità di acquisire informazioni alla dipendenza anche economica dal partner.

Occorrono specifiche iniziative politiche per ridurre il divario salariale tra maschi e femmine e arginare i modelli che ancora relegano molte donne in occupazioni non qualificate. Prima di tutto l'abolizione di leggi discriminatorie come quelle che vietano alle donne di svolgere alcuni lavori o che impongono un'età pensionabile più bassa. Tutti questi paesi dovrebbero cercare di raggiungere l'accesso universale ai servizi per l'infanzia e ai congedi di maternità e paternità, anche per le persone che lavorano nel settore informale e per quelle che hanno un lavoro autonomo.

Le politiche occupazionali in un'ottica di genere possono fare di più per stimolare attivamente la partecipazione delle donne al mondo del lavoro. Programmi per migliorare la corrispondenza tra domanda e offerta, tirocini e apprendistati, iniziative di formazione professionale dovrebbero non solo interessare un maggior numero di donne ma anche incoraggiare il loro ingresso in settori che esulano dai tradizionali ruoli di genere. All'interno di una

trasformazione strutturale delle economie per fornire posti di lavoro a più alta produttività, le donne devono poter avere le stesse occasioni di perseguire nuove opportunità anche nel campo della scienza e delle tecnologie.

Considerata l'alta percentuale di donne che migrano in cerca di lavoro da alcuni paesi a media fecondità, e il loro significativo apporto alle economie nazionali grazie alle rimesse, la migrazione deve diventare non solo un processo sicuro in termini di standard lavorativi, ma anche tale da tutelare l'esercizio dei diritti riproduttivi. Ciò comprende, per esempio, la parità nell'accesso ai servizi di pianificazione familiare e la protezione dalla violenza sessuale e di genere nei paesi di destinazione, oltre all'aiuto per rientrare nel paese di origine in un'età adeguata per le donne che vogliono formare una famiglia.

Adottare un approccio basato sui diritti nel bilancio e nei titoli di spesa

Molti paesi a media fecondità devono affrontare complesse limitazioni nei finanziamenti pubblici per i servizi sanitari per via dei tagli all'aiuto pubblico allo sviluppo, di inefficienze del regime fiscale o per gli elevati livelli del servizio del debito. Ciò li costringe a stabilire delle priorità, con la conseguenza di trascurare spesso la salute riproduttiva. Alcuni paesi hanno privatizzato questi servizi, imponendo costi che i più poveri e i più giovani non possono permettersi, con conseguenti limitazioni ai loro diritti.

Un approccio basato sui diritti può produrre scelte innovative nel bilancio statale, come l'aumento degli stanziamenti per assicurare l'accesso universale alla gamma completa dei contraccettivi o l'adeguamento della politica fiscale per generare un gettito indirizzato a rinforzare e ampliare tali servizi. Il dibattito su queste scelte potrebbe essere impostato in modo da chiarire il ruolo che giocano la fecondità e i diritti riproduttivi nella costituzione di società più sane e più stabili e nella crescita economica, da cui tutti trarrebbero benefici sia all'interno di uno stesso paese che tra i singoli del paese.



© Jasper Cole/Getty Images

Cosa devono fare i paesi a bassa fecondità

I paesi a bassa fecondità hanno di norma elevati livelli di scolarizzazione e di uguaglianza di genere, e hanno vissuto cambiamenti sociali che hanno portato le persone a sposarsi più tardi, a un'alta incidenza di divorzi e un maggior numero di figli nati fuori dal matrimonio. Molte donne iniziano a lavorare prima di formare una famiglia e sono economicamente indipendenti. Ma spesso le donne di questi paesi riferiscono di avere meno figli di quanti ne vorrebbero. Tra gli ostacoli ai loro diritti riproduttivi ci sono le difficoltà economiche, carenze negli alloggi, incertezza del posto di lavoro, carenze strutturali che rendono difficile conciliare lavoro e famiglia.

Una fecondità bassa significa che i genitori che hanno meno figli possono investire più tempo e risorse nel loro benessere. Allo stesso tempo però la popolazione invecchia, con pesanti ripercussioni sui costi per la salute e una forza lavoro in diminuzione.

Fare di più per consentire una fecondità in linea con i diritti riproduttivi

Alcuni paesi a bassa fecondità hanno servizi per la pianificazione familiare di buon livello, che

sono accessibili anche agli strati più poveri della popolazione e che tutelano le adolescenti da gravidanze indesiderate. Tuttavia, con il cambiare della fecondità, non sempre tali servizi riescono a rispondere alle mutevoli esigenze di donne e coppie. Tra le perduranti carenze in materia di diritti riproduttivi ci sono quelle che riguardano le donne meno giovani che hanno rimandato il momento di avere figli, e la mancanza di una scelta completa di metodi contraccettivi. Alcune donne possono scegliere la fecondazione in vitro e altre terapie per la fertilità, in conformità con le linee guida etiche e gli standard medici. Per far sì che questi trattamenti siano accessibili per un numero maggiore di persone, occorre affrontare questioni come il loro costo proibitivo. I programmi di pianificazione familiare dovrebbero garantire la disponibilità dell'intera gamma di metodi contraccettivi per le donne e le coppie, consentendo loro di scegliere il metodo che meglio si adatta alle loro specifiche esigenze e preferenze.

Accrescere la varietà e la portata delle politiche rivolte alla famiglia

Oltre a fornire tutti i servizi essenziali per la salute riproduttiva, una serie di politiche e azioni concrete possono aiutare le persone a esercitare i propri diritti riproduttivi, compreso quello di formare o ingrandire la famiglia, misure che dovranno essere a disposizione di tutti. Per esempio, il congedo parentale per uomini e donne, le agevolazioni fiscali per le famiglie, orari scolastici compatibili con gli orari di lavoro, orari di lavoro flessibili e alloggi a prezzi ragionevoli. Le iniziative politiche nel campo dell'occupazione devono tenere il passo con i rapidi cambiamenti nel mercato del lavoro che implicano l'instabilità dei posti di lavoro, per esempio evitando che si interrompano le coperture sanitarie e pensionistiche. Queste misure dovrebbero essere integrate con iniziative volte a mettere in questione e modificare le norme di genere nella divisione del lavoro domestico e della cura dei figli, che conti-

nuano a costituire uno dei principali ostacoli alla partecipazione delle donne al mondo del lavoro retribuito.

Rendere più accessibili le strutture per l'infanzia

In molti paesi ci si aspetta che la responsabilità della crescita dei figli ricada quasi esclusivamente sulle madri, cosa che spesso costringe le donne a scegliere tra l'aver figli e avere un lavoro retribuito. La carenza, l'assenza o i costi proibitivi delle strutture per l'assistenza all'infanzia non fanno che esasperare il problema. Per molte donne avere un figlio significa lasciare il lavoro o restarne escluse più a lungo di quanto vorrebbero, con ovvie conseguenze per il loro reddito e produttività.

Per affrontare questo problema è necessario coordinare gli sforzi. Gli asili nido devono essere a disposizione di tutti, a prescindere dai mezzi economici di cui ciascuno può disporre. Dovrebbero essere collegati ai programmi per lo sviluppo destinati alla prima infanzia, che offrono ulteriori benefici alla nuova generazione favorendo la socializzazione, lo sviluppo cerebrale e il successivo inserimento nel sistema scolastico. Le campagne di advocacy dovrebbero puntare a rafforzare le nuove norme sociali in favore di una più equa condivisione delle responsabilità familiari tra uomini e donne.

Attenuare le conseguenze negative di un mercato del lavoro instabile

La ricerca di un lavoro dignitoso sta diventando sempre più difficile per le/i giovani dei paesi a bassa fecondità. È un problema probabilmente destinato a peggiorare, dati i profondi e continui cambiamenti dell'economia globale e l'ascesa dell'automatizzazione. Sono sempre meno le opportunità di muovere i primi passi nella vita professionale per i neodiplomati e neolaureati, e sono scomparsi anche molti posti di lavoro meno qualificati. Il reddito reale è diminuito. Il posto fisso, con le sue prospettive a lungo termine, è sempre più spesso sostituito

da lavori a tempo determinato o a contratto. In alcuni paesi, la cultura del posto di lavoro continua a essere rigida ed esigente e a richiedere lunghi orari settimanali. Laddove il mercato del lavoro è particolarmente inadeguato, le persone preferiscono emigrare e questo accelera il calo della popolazione e della produttività.

Quando tra le/i giovani prevale l'incertezza sul loro futuro, molti preferiscono rimandare il momento di formare una famiglia. Per quanto cruciali siano servizi di sostegno come strutture per l'infanzia convenienti e accessibili e politiche di lavoro flessibile, non bastano a compensare un'offerta occupazionale di livello sempre più scadente che garantisce redditi sempre più inadeguati. Risolvere questi problemi può richiedere di incidere più attivamente sulla struttura dell'economia e sulle possibilità occupazionali che questa offre, inserendo anche misure che garantiscano la formazione adeguata per trovare un lavoro dignitoso.

In alcuni paesi occorre avviare un dibattito politico sulla natura e la qualità dell'occupazione, e sulle disuguaglianze sempre più accentuate che spesso si riflettono nei lavori di basso livello. Tale dibattito dovrà coinvolgere governi, imprenditoria privata, sindacati, educatori e altri attori del sociale, e dovrà mirare a far crescere opzioni occupazionali più eque e inclusive, che tutelino i diritti riproduttivi e tutti

gli altri diritti umani. Data la facilità di circolazione delle attività economiche, delle persone e dei posti di lavoro oltre i confini nazionali, questo dibattito deve prevedere anche una componente regionale e globale.

Completare la transizione rispettando i diritti

In tutto il mondo la storica transizione verso una minore fecondità è emersa perché le persone hanno rivendicato il proprio diritto a decidere liberamente della loro vita riproduttiva, e ad avere i figli che desiderano, tanti o pochi, quando li desiderano. Negli ultimi cinquant'anni questo diritto è stato inserito in dichiarazioni, convenzioni e altri accordi internazionali.

Un divario altrettanto storico nei tassi di fecondità dimostra però che molti paesi non sono riusciti a rispettare tale impegno. Sussistono ovunque impedimenti di natura sociale, economica o istituzionale ai diritti riproduttivi delle persone, impedimenti che impongono un alto prezzo ai singoli e alle società. Gli ostacoli variano, ma ancora nessun paese è in grado di dichiararsi esente. Il benessere futuro dipende in larga misura dalla rimozione di questi ostacoli. La transizione della fecondità sarà completa soltanto quando ogni individuo avrà esercitato il proprio diritto di scelta.

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com



Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD): indicatori selezionati

Paese, territorio o altra area

Paese, territorio o altra area	Salute sessuale e riproduttiva										Pratiche dannose		Istruzione					
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ³	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ⁵ anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ⁶ anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	Inferiore			Superiore	2015 Stima						2006-2017	2006-2017		2018	2018	
Afghanistan	396	253	620	51	87	26	23	25	46	-	35	-	-	-	-	62	36	0.58
Albania	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	-	96	95	0.99	87	85	0.98
Algeria	140	82	244	97	12	64	56	10	77	-	3	-	100	98	0.98	-	-	-
Angola	477	221	988	50	163	17	15	36	29	-	30	-	89	66	0.75	13	10	0.79
Antigua and Barbuda	-	-	-	-	-	63	61	14	80	-	-	-	82	81	0.99	73	76	1.04
Argentina	52	44	63	100	65	69	66	11	82	-	-	-	100	100	1.00	86	91	1.05
Armenia	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	-	92	93	1.01	93	92	0.99
Aruba	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1.00	73	81	1.10
Australia	6	5	7	100	12	66	64	11	83	-	-	-	96	97	1.01	93	94	1.01
Austria	4	3	5	98	8	67	64	10	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijan	25	17	35	100	53	58	28	13	39	-	11	-	96	94	0.98	-	-	-
Bahamas	80	53	124	-	32	67	65	12	83	-	-	-	85	92	1.08	79	86	1.09
Bahrain	15	12	19	100	14	67	48	11	62	-	-	-	97	99	1.02	92	94	1.02
Bangladesh	176	125	280	50	78	64	57	12	76	-	59	-	90	100	1.11	60	67	1.12
Barbados	27	19	37	99	50	62	58	15	76	-	11	-	92	94	1.03	93	100	1.07
Belarus	4	3	6	100	16	73	60	7	75	-	3	-	96	97	1.00	97	99	1.01
Belgium	7	5	10	-	7	72	71	7	90	-	-	-	98	98	1.00	93	94	1.01
Belize	28	20	36	97	69	54	51	19	70	-	26	-	100	99	0.99	71	74	1.04
Benin	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
Bhutan	148	101	241	89	28	62	62	13	83	-	26	-	82	84	1.02	59	68	1.16
Bolivia (Plurinational State of)	206	140	351	90	71	66	48	16	59	-	19	-	91	90	0.99	78	78	1.00
Bosnia and Herzegovina	11	7	17	100	11	49	20	15	31	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	129	102	172	100	39	59	57	14	79	-	-	-	89	90	1.01	-	-	-
Brazil	44	36	54	99	62	80	77	7	88	-	26	-	94	95	1.01	80	83	1.04
Brunei Darussalam	23	15	30	100	11	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1.00	82	84	1.03
Bulgaria	11	8	14	100	39	72	53	10	65	-	-	-	93	93	1.00	91	89	0.97
Burkina Faso	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0.97	28	28	0.99
Burundi	712	471	1050	85	58	32	27	28	45	49	20	-	97	97	1.00	31	34	1.08
Cambodia	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	-	93	93	1.00	40	37	0.92
Cameroon, Republic of	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
Canada	7	5	9	98	11	73	71	8	88	-	-	-	-	-	-	99	100	1.01
Cape Verde	42	20	95	91	80	66	63	13	80	-	-	-	87	86	0.98	61	68	1.11
Central African Republic	882	508	1500	40	229	26	20	23	41	-	68	18	77	60	0.79	18	9	0.52
Chad	856	560	1350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0.77	-	-	-
Chile	22	18	26	100	41	75	72	8	86	-	-	-	93	93	1.00	86	89	1.04
China	27	22	32	100	9	83	82	4	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China, Hong Kong SAR	-	-	-	-	3	76	72	7	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China, Macao SAR	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	64	56	81	99	75	80	75	7	86	-	23	-	93	94	1.01	76	82	1.07
Comoros	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	-	84	81	0.97	43	47	1.09
Congo, Democratic Republic of the	693	509	1010	80	138	25	11	27	22	31	37	-	-	-	-	-	-	-
Congo, Republic of the	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	-	84	91	1.09	-	-	-
Costa Rica	25	20	29	99	53	79	77	7	89	-	21	-	97	97	1.00	81	84	1.04

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Paese, territorio o altra area	Salute sessuale e riproduttiva										Pratiche dannose		Istruzione					
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ^b anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ^b anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	2015			2015	2015						2015	2015		2015	2015	
		Stima Inferiore	Stima Superiore	2006-2017	2006-2017	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
Côte d'Ivoire	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0.90	41	30	0.73
Croatia	8	6	11	100	10	65	47	11	62	-	-	-	96	99	1.04	89	92	1.04
Cuba	39	33	47	100	50	74	72	8	88	-	26	-	96	95	1.00	83	88	1.06
Curaçao	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cyprus	7	4	12	97	5	-	-	-	-	-	-	-	98	98	1.01	94	95	1.01
Czechia	4	3	6	100	12	80	71	6	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Denmark	6	5	9	94	3	70	67	10	84	-	-	-	99	99	1.01	88	92	1.04
Djibouti	229	111	482	87	21	27	26	29	47	-	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	1.02	90	97	1.08
Dominican Republic	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	-	88	88	1.00	62	71	1.13
Ecuador	64	57	71	97	111	79	71	7	83	-	-	-	97	99	1.02	87	89	1.02
Egypt	33	26	39	92	56	61	59	12	81	-	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
El Salvador	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1.01	63	65	1.03
Equatorial Guinea	342	207	542	68	176	18	14	32	29	-	30	-	44	45	1.02	-	-	-
Eritrea	501	332	750	34	76	14	13	30	30	-	41	69	45	41	0.91	29	26	0.88
Estonia	9	6	14	100	13	66	61	11	79	-	-	-	93	94	1.01	93	94	1.02
Eswatini	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	-	77	76	0.99	32	41	1.29
Ethiopia	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
Fiji	30	23	41	100	40	49	45	19	66	-	-	-	98	98	1.01	79	88	1.11
Finland	3	2	3	100	6	83	78	4	90	-	-	-	99	99	1.00	96	96	1.01
France	8	7	10	97	5	77	74	5	91	-	-	-	99	100	1.01	98	100	1.01
French Guiana	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
French Polynesia	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1.10	-	-	-
Georgia	36	28	47	100	44	55	40	15	58	-	14	-	98	98	0.99	94	97	1.03
Germany	6	5	8	99	8	63	62	11	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1.02	52	53	1.01
Greece	3	2	4	-	8	70	50	9	63	-	-	-	94	93	1.00	90	89	0.99
Grenada	27	19	42	-	-	65	62	13	80	-	-	-	96	97	1.01	83	90	1.08
Guadeloupe	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	-	-	-	-	38	53	46	16	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1.00	48	46	0.96
Guinea	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0.86	40	26	0.66
Guinea-Bissau	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	-	24	42	74	70	0.95	-	-	-
Guyana	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1.02	81	86	1.06
Haiti	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	-	82	84	1.02	42	49	1.16
Hungary	17	12	22	-	23	68	60	10	76	-	-	-	97	97	1.00	89	89	1.00
Iceland	3	2	6	98	8	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1.00	89	91	1.02
India	174	139	217	86	28	56	51	13	73	-	27	-	97	98	1.01	61	62	1.01
Indonesia	126	93	179	93	48	61	59	13	80	-	14	-	94	89	0.95	76	78	1.02
Iran (Islamic Republic of)	25	21	31	99	38	78	65	5	78	-	17	-	99	99	1.01	72	73	1.00
Iraq	50	35	69	70	82	58	44	12	62	-	24	5	98	87	0.89	49	40	0.81
Ireland	8	6	11	100	9	68	63	11	80	-	-	-	99	100	1.01	98	100	1.02
Israel	5	4	6	-	10	71	57	8	71	-	-	-	97	98	1.01	98	100	1.02
Italy	4	3	5	100	5	69	54	9	69	-	-	-	99	99	1.00	97	96	1.00
Jamaica	89	70	115	99	46	72	69	10	84	-	8	-	-	-	-	69	77	1.11
Japan	5	4	7	100	4	44	40	22	61	-	-	-	99	99	1.00	99	100	1.01

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Paese, territorio o altra area	Salute sessuale e riproduttiva										Pratiche dannose		Istruzione					
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ²	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistiti da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ³ anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ³ anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	2015 Stima Inferiore			2015 Stima Superiore	2006-2017						2006-2017	2018		2018	2007-2016	
Jordan	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	-	-	-	68	70	1.03	
Kazakhstan	12	10	15	99	31	57	55	15	76	-	7	-	98	100	1.02	100	100	1.00
Kenya	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
Kiribati	90	51	152	80	49	28	24	26	44	-	20	-	-	-	-	-	-	-
Korea, Democratic People's Republic of	82	37	190	100	1	75	71	8	86	-	-	-	-	-	76	76	1.01	
Korea, Republic of	11	9	13	100	1	78	70	6	84	-	-	-	97	98	1.01	98	98	1.00
Kuwait	4	3	6	100	6	57	47	15	65	-	-	-	95	99	1.04	84	89	1.07
Kyrgyzstan	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	-	99	98	0.99	85	85	1.00
Lao People's Democratic Republic	197	136	307	40	76	56	50	17	68	-	35	-	95	94	0.98	60	58	0.98
Latvia	18	13	26	100	18	69	62	11	78	-	-	-	95	96	1.00	91	94	1.03
Lebanon	15	10	22	-	-	61	48	13	64	-	6	-	87	82	0.94	65	65	1.00
Lesotho	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	-	79	82	1.03	29	45	1.53
Liberia	725	527	1030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0.93	16	14	0.88
Libya	9	6	15	100	11	50	33	18	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lithuania	10	7	14	-	14	66	56	11	73	-	-	-	99	100	1.00	94	93	1.00
Luxembourg	10	7	16	100	6	-	-	-	-	-	-	-	97	98	1.01	82	86	1.05
Madagascar	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	-	-	-	29	31	1.06	
Malawi	634	422	1080	90	136	61	60	17	77	47	42	-	95	99	1.04	32	31	0.96
Malaysia	40	32	53	99	12	53	39	17	55	-	-	-	99	99	1.00	71	77	1.09
Maldives	68	45	108	96	13	44	37	23	55	-	4	-	98	99	1.01	-	-	-
Mali	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0.88	37	28	0.75
Malta	9	6	15	100	11	84	66	4	75	-	-	-	97	100	1.03	87	92	1.05
Martinique	-	-	-	-	20	60	56	15	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	602	399	984	69	71	20	18	30	35	-	37	63	69	73	1.05	26	27	1.06
Mauritius	53	38	77	100	24	67	43	10	56	-	-	-	94	97	1.03	82	87	1.06
Mexico	38	34	42	98	63	71	68	11	82	-	26	-	98	100	1.02	76	79	1.04
Micronesia (Federated States of)	100	46	211	85	44	-	-	-	-	-	-	-	83	85	1.03	-	-	-
Moldova, Republic of	23	19	28	99	27	64	49	12	64	-	12	-	90	90	0.99	76	77	1.01
Mongolia	44	35	55	99	27	58	52	14	72	-	5	-	99	98	0.99	91	94	1.03
Montenegro	7	4	12	99	11	38	23	21	39	-	5	-	95	92	0.97	90	90	1.00
Morocco	121	93	142	74	32	69	62	9	79	-	-	-	95	94	1.00	60	54	0.90
Mozambique	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	-	92	87	0.95	19	19	1.02
Myanmar	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	-	90	89	0.99	54	59	1.09
Namibia	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	-	89	92	1.03	45	57	1.26
Nepal	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	-	96	93	0.97	53	57	1.07
Netherlands	7	5	9	-	3	72	69	7	86	-	-	-	97	98	1.01	93	94	1.01
New Caledonia	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
New Zealand	11	9	14	96	16	71	68	9	85	-	-	-	98	99	1.01	95	97	1.02
Nicaragua	150	115	196	88	92	80	77	6	90	-	35	-	97	100	1.03	45	53	1.17
Niger	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0.86	20	14	0.68
Nigeria	814	596	1180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0.84	-	-	-
Norway	5	4	6	99	5	75	70	7	84	-	-	-	100	100	1.00	95	96	1.01
Oman	17	13	24	99	14	37	25	26	39	-	-	-	98	99	1.00	96	94	0.99
Pakistan	178	111	283	52	44	41	32	20	53	-	21	-	84	71	0.85	50	41	0.81
Palestine ¹	45	21	99	100	48	60	47	12	65	-	15	-	92	93	1.01	78	86	1.10
Panama	94	77	121	95	79	60	57	16	75	-	26	-	88	87	0.99	67	72	1.07
Papua New Guinea	215	98	457	53	-	37	31	25	50	-	21	-	89	82	0.92	-	-	-

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Paese, territorio o altra area	Salute sessuale e riproduttiva										Pratiche dannose		Istruzione					
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ^b anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ^b anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	Inferiore			Superiore	2015 Stima						2018	Metodi moderni ^c		2018	2018	
	2015	Inferiore	Superiore	2006-2017	2006-2017	Qualsiasi metodo ^d	Metodi moderni ^e	2018	2018	2007-2016	2006-2017	2004-2017	2007-2017	maschi	femmine	2007-2017	maschi	femmine
Paraguay	132	107	163	96	62	72	68	9	85	-	22	-	89	89	1.00	67	66	1.00
Peru	68	54	80	92	65	76	56	7	67	-	22	-	99	100	1.01	79	80	1.02
Philippines	114	87	175	73	47	56	41	17	56	-	15	-	96	97	1.01	60	72	1.19
Poland	3	2	4	100	12	61	51	14	69	-	-	-	96	96	1.00	92	93	1.01
Portugal	10	9	13	99	8	70	63	9	79	-	-	-	97	96	1.00	93	94	1.01
Puerto Rico	14	10	18	-	30	78	70	6	84	-	-	-	79	84	1.07	72	77	1.07
Qatar	13	9	19	100	10	46	41	17	64	-	4	-	98	98	1.00	76	89	1.17
Reunion	-	-	-	-	44	73	71	8	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Romania	31	22	44	95	35	70	58	8	74	-	-	-	90	90	1.00	81	81	1.00
Russian Federation	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1.01	-	-	-
Rwanda	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	-	95	96	1.01	25	30	1.18
Saint Kitts and Nevis	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	48	32	72	99	-	59	56	16	75	-	8	-	96	93	0.97	76	80	1.04
Saint Vincent and the Grenadines	45	34	63	-	64	66	63	12	81	-	-	-	98	98	1.00	89	91	1.01
Samoa	51	24	115	83	39	29	27	42	39	-	11	-	95	98	1.03	74	81	1.10
San Marino	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	93	93	1.00	-	-	-
São Tomé and Príncipe	156	83	268	93	92	43	40	30	55	-	35	-	97	97	0.99	61	68	1.11
Saudi Arabia	12	7	20	-	7	30	24	27	42	-	-	-	99	100	1.00	86	84	0.97
Senegal	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1.10	-	-	-
Serbia	17	12	24	98	16	58	27	13	38	-	3	-	99	99	1.00	92	94	1.02
Seychelles	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90	1.03
Sierra Leone	1360	999	1980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1.01	33	30	0.91
Singapore	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sint Maarten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1.01	96	96	1.01
Solomon Islands	114	75	175	86	78	32	27	25	47	-	21	-	72	73	1.01	33	29	0.88
Somalia	732	361	1390	9	64	30	29	28	50	-	45	97	-	-	-	-	-	-
South Africa	138	124	154	97	71	57	56	14	79	-	-	-	90	85	0.95	65	65	1.01
South Sudan	789	523	1150	19	155	9	7	30	17	-	52	-	36	28	0.76	6	4	0.70
Spain	5	4	6	-	8	69	67	11	85	-	-	-	98	99	1.00	95	97	1.02
Sri Lanka	30	26	38	99	20	65	53	8	74	-	12	-	98	96	0.98	84	87	1.04
Sudan	311	214	433	78	87	16	15	28	35	-	34	82	55	58	1.05	-	-	-
Suriname	155	110	220	90	58	52	52	19	72	-	19	-	93	97	1.04	53	65	1.22
Sweden	4	3	5	-	4	69	63	10	80	-	-	-	100	100	1.00	100	99	1.00
Switzerland	5	4	7	-	6	74	70	7	86	-	-	-	100	100	1.00	87	84	0.97
Syrian Arab Republic	68	48	97	96	54	59	44	14	61	-	13	-	68	67	0.98	46	45	0.99
Tajikistan	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	-	99	98	0.99	87	78	0.90
Tanzania, United Republic of	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1.02	-	-	-
Thailand	20	14	32	99	43	79	76	6	90	-	23	-	92	87	0.94	77	77	1.01
The former Yugoslav Republic of Macedonia	8	5	10	100	16	47	22	18	33	-	7	-	92	92	1.00	-	-	-
Timor-Leste, Democratic Republic of	215	150	300	57	50	28	26	25	48	-	19	-	80	83	1.04	52	59	1.14
Togo	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0.92	-	-	-
Tonga	124	57	270	96	30	36	32	28	51	-	6	-	95	97	1.03	72	80	1.12
Trinidad and Tobago	63	49	80	97	38	48	44	21	64	-	11	-	99	98	0.99	-	-	-
Tunisia	62	42	92	74	7	67	57	9	75	-	2	-	99	98	0.99	-	-	-

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Paese, territorio o altra area	Salute sessuale e riproduttiva										Pratiche dannose		Istruzione					
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ⁹	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ⁹ anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ⁹ anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	Inferiore			Superiore	2006-2017						2006-2017	Qualsiasi metodo ⁵		Metodi moderni ⁵	2018	
Turkey	16	12	21	97	27	75	50	6	62	–	15	–	95	95	0.99	88	86	0.98
Turkmenistan	42	20	73	100	28	54	51	15	74	–	6	–	–	–	–	–	–	–
Turks and Caicos Islands	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	93	28	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	71	92	1.30
Uganda	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1.03	23	21	0.92
Ukraine	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	–	92	94	1.02	86	87	1.01
United Arab Emirates	6	3	11	100	34	50	42	18	61	–	–	–	98	96	0.98	89	86	0.96
United Kingdom	9	8	11	–	14	79	79	6	93	–	–	–	99	99	1.00	98	99	1.01
United States of America	14	12	16	99	20	74	67	7	83	–	–	–	93	94	1.01	90	92	1.03
United States Virgin Islands	–	–	–	–	25	68	63	11	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1.00	78	85	1.08
Uzbekistan	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
Vanuatu	78	36	169	89	78	45	40	23	59	–	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
Venezuela (Bolivarian Republic of)	95	77	124	96	95	73	68	11	82	–	–	–	89	89	1.00	69	74	1.07
Viet Nam	54	41	74	94	30	79	65	5	77	–	11	–	–	–	–	–	–	–
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	385	274	582	45	67	42	36	25	54	–	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
Zambia	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1.02	–	–	–
Zimbabwe	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Dati mondiali e regionali	Salute sessuale e riproduttiva									Pratiche dannose		Istruzione						
	Tasso di mortalità materna (TMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul TMM (UI 80%)		Parti assistiti da personale medico qualificato (%)	Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni		Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 ^g anni	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 ^g anni	Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione istruzione secondaria, percentuale		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
		2015	2015 Stima Inferiore			2015 Stima Superiore	2017						2018	Qualsiasi metodo ^h		Metodi moderni ^h	2018	
Stati arabi	162	138	212	76	50	54	47	15	69	–	21	55	85	82	0.97	63	58	0.92
Asia e Pacifico	127	114	151	84^b	28^b	67	62	10	81	–	26	–	96	94	0.99	67	68	1.02
Europa orientale e Asia centrale	25	22	31	98	26	65	50	10	66	–	11	–	96	95	0.99	88	87	0.99
America Latina e Caraibi	68	64	77	95^c	62^e	74	69	10	83	–	26	–	95	96	1.01	75	78	1.05
Africa orientale e meridionale	407	377	501	62	93^f	41	37	22	59	50	35	–	86	83	0.96	33^f	31^f	0.92^f
Africa occidentale e centrale	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0.89	39	33	0.84
Regioni più sviluppate	12	11	14	–	14	68	61	10	78	–	–	–	96	97	1.01	92	93	1.02
Regioni meno sviluppate	238	228	274	–	48	62	57	12	77	–	–	–	92	89	0.97	62	61	0.99
Paesi meno sviluppati del mondo	436	418	514	56^d	91	41	36	21	59	49	40	–	84	80	0.94	39	36	0.92
Mondo	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	–	92	90	0.98	66	65	1.00

NOTE

– Dati non disponibili.

^S Donne attualmente coniugate/o in unioni di fatto.

^a Il tasso di mortalità materna è stato arrotondato secondo il seguente schema: <100, arrotondato al più vicino numero intero; 100-999, arrotondato al più vicino numero intero; ≥1.000, arrotondato alla decina più vicina.

^b La cifra esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.

^c La cifra esclude Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curacao, Montserrat, Sint Maarten, Turks and Caicos Islands per mancanza di dati.

^d La cifra esclude Tuvalu per mancanza di dati.

^e La cifra esclude Anguilla, Antigua e Barbuda, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Ecuador, Grenada, Montserrat, Sint Maarten, e Saint Kitts and Nevis per mancanza di dati.

^f La cifra include le Seychelles.

^g Percentuale di ragazze tra i 15-19 anni che fanno parte della società segreta Sande. La mutilazione dei genitali femminili è una pratica imprescindibile per far parte della società Sande.

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

Indicatori demografici

Paese,
territorio
o altra area

	Popolazione							Fecondità		
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15- 64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018						maschi	femmine		
Afghanistan	36.4	2.9	43	35	55	3	63	66	4.3	29.1
Albania	2.9	0.0	17	21	69	14	77	81	1.7	27.5
Algeria	42.0	1.9	29	23	64	6	75	78	2.6	31.5
Angola	30.8	3.4	47	32	51	2	59	65	5.6	28.8
Antigua and Barbuda	0.1	1.1	24	25	69	7	74	79	2.0	27.6
Argentina	44.7	1.0	25	24	64	11	73	81	2.3	28.2
Armenia	2.9	0.2	20	19	68	11	72	78	1.6	26.8
Aruba	0.1	0.5	18	21	69	14	74	79	1.8	28.6
Australia ¹	24.8	1.4	19	19	65	16	81	85	1.8	31.0
Austria	8.8	0.5	14	15	67	19	80	84	1.5	30.8
Azerbaijan ²	9.9	1.2	23	21	70	6	69	75	2.0	25.7
Bahamas	0.4	1.3	20	22	70	9	73	79	1.8	29.2
Bahrain	1.6	2.9	19	19	78	2	76	78	2.0	29.7
Bangladesh	166.4	1.1	28	29	67	5	71	75	2.1	25.4
Barbados	0.3	0.3	19	19	66	15	74	79	1.8	29.0
Belarus	9.5	0.0	17	15	68	15	68	79	1.7	28.5
Belgium	11.5	0.6	17	17	64	19	79	84	1.8	31.1
Belize	0.4	2.2	31	30	65	4	68	74	2.4	27.1
Benin	11.5	2.8	42	32	54	3	60	63	4.8	28.9
Bhutan	0.8	1.4	26	27	69	5	71	71	2.0	28.7
Bolivia (Plurinational State of)	11.2	1.5	31	29	62	7	67	72	2.8	28.4
Bosnia and Herzegovina	3.5	-0.8	14	17	69	17	75	80	1.4	29.3
Botswana	2.3	1.8	31	28	65	4	66	71	2.6	29.9
Brazil	210.9	0.9	21	24	70	9	72	80	1.7	26.4
Brunei Darussalam	0.4	1.4	23	24	72	5	76	79	1.8	30.3
Bulgaria	7.0	-0.6	14	14	65	21	72	78	1.6	28.2
Burkina Faso	19.8	2.9	45	33	53	2	60	62	5.2	29.2
Burundi	11.2	3.1	45	31	52	3	56	60	5.5	30.3
Cambodia	16.2	1.6	31	29	64	5	67	72	2.5	27.0
Cameroon, Republic of	24.7	2.6	43	32	54	3	58	60	4.6	28.9
Canada	37.0	1.0	16	17	67	17	81	85	1.6	30.7
Cape Verde	0.6	1.2	30	30	66	5	71	75	2.3	27.4
Central African Republic	4.7	0.8	43	34	54	4	52	56	4.7	29.6
Chad	15.4	3.2	47	34	51	3	52	55	5.7	28.8
Chile	18.2	0.9	20	22	68	11	77	82	1.8	27.8
China ³	1,415.0	0.5	18	17	71	11	75	78	1.6	27.4
China, Hong Kong SAR ⁴	7.4	0.7	12	13	71	17	81	87	1.3	32.3
China, Macao SAR ⁵	0.6	2.0	14	14	76	10	81	87	1.4	30.9
Colombia	49.5	0.9	23	24	69	8	71	78	1.8	27.4
Comoros	0.8	2.4	40	31	57	3	62	66	4.2	30.0
Congo, Democratic Republic of the	84.0	3.3	46	32	51	3	59	62	5.9	29.4
Congo, Republic of the	5.4	2.6	42	31	54	3	64	67	4.5	28.3
Costa Rica	5.0	1.1	21	23	69	10	78	83	1.8	27.3
Côte d'Ivoire	24.9	2.5	42	32	55	3	53	56	4.8	28.9
Croatia	4.2	-0.5	15	16	65	20	75	81	1.4	30.2

Paese, territorio o altra area	Popolazione							Fecondità		
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15- 64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018		2018	2018	2018	2018	maschi	femmine		
Cuba	11.5	0.2	16	17	69	15	78	82	1.7	26.9
Curaçao	0.2	1.1	19	19	65	17	76	82	2.0	28.5
Cyprus ⁶	1.2	0.8	17	20	70	14	79	83	1.3	29.8
Czechia	10.6	0.1	16	14	65	19	76	82	1.6	30.6
Denmark	5.8	0.4	16	19	64	20	79	83	1.8	31.0
Djibouti	1.0	1.7	31	30	65	4	61	65	2.7	32.2
Dominica	0.1	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominican Republic	10.9	1.2	29	27	64	7	71	77	2.4	25.8
Ecuador	16.9	1.5	28	27	64	7	74	80	2.4	27.4
Egypt	99.4	2.1	33	26	61	5	70	74	3.2	27.5
El Salvador	6.4	0.5	27	29	64	8	69	78	2.0	26.8
Equatorial Guinea	1.3	4.0	37	29	60	3	57	60	4.5	28.1
Eritrea	5.2	2.1	41	32	55	4	64	68	4.0	29.5
Estonia	1.3	-0.2	17	15	64	20	73	82	1.7	30.3
Eswatini	1.4	1.8	37	33	60	3	55	62	3.0	27.8
Ethiopia	107.5	2.5	40	34	56	4	64	68	4.0	29.7
Fiji	0.9	0.7	28	26	65	6	68	74	2.5	28.1
Finland ⁷	5.5	0.4	16	17	62	22	79	84	1.8	30.6
France	65.2	0.4	18	18	62	20	80	86	2.0	30.3
French Guiana	0.3	2.7	33	28	62	5	77	83	3.2	29.2
French Polynesia	0.3	0.8	23	24	69	8	75	80	2.0	28.9
Gabon	2.1	2.9	36	28	60	4	65	69	3.7	29.0
Gambia	2.2	3.1	45	33	53	2	60	63	5.3	30.4
Georgia ⁸	3.9	-1.0	19	18	66	15	69	78	2.0	26.7
Germany	82.3	0.2	13	15	65	22	79	84	1.5	31.3
Ghana	29.5	2.3	38	31	58	3	62	64	3.9	29.8
Greece	11.1	-0.3	14	15	65	21	79	84	1.3	31.3
Grenada	0.1	0.4	26	25	66	7	71	76	2.1	28.5
Guadeloupe ⁹	0.4	0.0	18	21	64	18	78	85	1.9	30.2
Guam	0.2	0.5	24	25	66	10	78	82	2.3	28.8
Guatemala	17.2	2.1	34	32	61	5	71	77	2.9	28.5
Guinea	13.1	2.4	42	32	55	3	61	62	4.7	29.1
Guinea-Bissau	1.9	2.5	41	31	56	3	56	60	4.5	29.2
Guyana	0.8	0.6	29	30	66	5	65	69	2.5	26.7
Haiti	11.1	1.3	33	30	62	5	62	66	2.8	30.0
Honduras	9.4	1.7	31	31	64	5	71	77	2.4	27.7
Hungary	9.7	-0.3	14	16	67	19	73	80	1.4	30.2
Iceland	0.3	0.7	20	20	65	15	82	84	1.9	30.6
India	1,354.1	1.2	27	28	66	6	68	71	2.3	26.5
Indonesia	266.8	1.2	27	26	68	5	67	72	2.3	28.2
Iran (Islamic Republic of)	82.0	1.2	24	21	71	6	75	78	1.6	28.6
Iraq	39.3	3.1	40	31	56	3	68	73	4.2	28.7
Ireland	4.8	0.5	22	19	64	14	80	84	2.0	31.4
Israel	8.5	1.6	28	23	60	12	81	84	2.9	30.7
Italy	59.3	-0.1	13	14	63	23	81	85	1.5	31.7

Indicatori demografici

Paese, territorio o altra area	Popolazione								Fecondità	
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15- 64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018						maschi	femmine		
Jamaica	2.9	0.4	23	26	67	10	74	79	2.0	27.7
Japan	127.2	-0.1	13	14	60	27	81	87	1.5	31.3
Jordan	9.9	4.0	35	30	61	4	73	76	3.2	29.8
Kazakhstan	18.4	1.4	28	20	64	7	65	75	2.6	28.6
Kenya	51.0	2.6	40	33	57	3	65	70	3.7	28.7
Kiribati	0.1	1.8	35	29	61	4	63	70	3.6	30.7
Korea, Democratic People's Republic of	25.6	0.5	20	22	70	9	68	76	1.9	29.1
Korea, Republic of	51.2	0.4	13	17	72	14	79	85	1.3	32.3
Kuwait	4.2	4.2	21	19	76	3	74	76	2.0	29.9
Kyrgyzstan	6.1	1.5	32	25	63	5	67	75	2.9	28.2
Lao People's Democratic Republic	7.0	1.4	33	31	63	4	66	69	2.6	27.6
Latvia	1.9	-1.2	16	14	64	20	70	79	1.6	30.2
Lebanon	6.1	4.3	23	26	69	9	78	82	1.7	29.8
Lesotho	2.3	1.3	35	32	60	5	53	57	3.0	27.8
Liberia	4.9	2.6	41	32	55	3	62	65	4.4	28.6
Libya	6.5	0.6	28	25	68	4	69	75	2.2	32.8
Lithuania	2.9	-1.0	15	16	66	19	70	80	1.7	29.7
Luxembourg	0.6	1.9	16	18	69	14	80	84	1.6	31.7
Madagascar	26.3	2.7	41	33	56	3	65	68	4.1	28.0
Malawi	19.2	2.9	44	34	53	3	61	67	4.4	28.0
Malaysia ¹⁰	32.0	1.6	24	26	69	7	73	78	2.0	30.9
Maldives	0.4	2.5	23	22	72	4	77	79	2.0	29.0
Mali	19.1	3.0	48	33	50	3	58	60	5.9	29.0
Malta	0.4	0.5	14	16	66	20	80	83	1.5	30.4
Martinique	0.4	-0.3	18	18	63	19	79	85	1.9	30.2
Mauritania	4.5	2.9	40	31	57	3	62	65	4.6	30.4
Mauritius ¹¹	1.3	0.2	18	22	71	11	72	79	1.4	28.1
Mexico	130.8	1.4	26	27	67	7	75	80	2.1	26.9
Micronesia (Federated States of)	0.1	0.3	33	34	62	5	68	71	3.1	30.7
Moldova, Republic of ¹²	4.0	-0.1	16	17	73	11	68	76	1.2	27.3
Mongolia	3.1	1.8	30	23	66	4	66	74	2.7	29.3
Montenegro	0.6	0.1	18	19	67	15	75	80	1.7	29.4
Morocco	36.2	1.4	27	25	66	7	75	77	2.4	30.4
Mozambique	30.5	2.9	45	33	52	3	57	61	5.1	29.1
Myanmar	53.9	0.9	26	27	68	6	64	69	2.2	29.6
Namibia	2.6	2.2	36	31	60	4	62	68	3.3	28.6
Nepal	29.6	1.1	30	32	64	6	69	73	2.1	25.8
Netherlands	17.1	0.3	16	18	65	19	80	84	1.8	30.9
New Caledonia	0.3	1.4	22	23	68	10	75	80	2.1	29.9
New Zealand	4.7	1.0	20	20	65	16	81	84	2.0	30.1
Nicaragua	6.3	1.1	29	28	66	6	73	79	2.1	26.7
Niger	22.3	3.8	50	32	47	3	60	62	7.1	29.1
Nigeria	195.9	2.6	44	32	53	3	54	55	5.4	29.8
Norway ¹³	5.4	1.1	18	19	65	17	81	84	1.8	30.7

Paese, territorio o altra area	Popolazione							Fecondità		
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15- 64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018		2018	2018	2018	2018	maschi	femmine		
Oman	4.8	5.8	22	20	76	2	76	80	2.5	31.1
Pakistan	200.8	2.0	35	29	61	4	66	68	3.3	28.6
Palestine ¹⁴	5.1	2.7	39	32	58	3	72	76	3.9	28.9
Panama	4.2	1.7	27	25	65	8	76	81	2.5	26.7
Papua New Guinea	8.4	2.1	36	31	61	4	63	68	3.6	29.8
Paraguay	6.9	1.3	29	29	64	7	71	76	2.4	28.2
Peru	32.6	1.3	27	26	66	7	73	78	2.3	28.9
Philippines	106.5	1.6	31	29	64	5	66	73	2.9	28.9
Poland	38.1	-0.1	15	16	68	17	74	82	1.3	29.4
Portugal	10.3	-0.4	13	15	65	22	79	84	1.2	30.7
Puerto Rico	3.7	-0.2	18	21	67	15	77	84	1.5	27.0
Qatar	2.7	5.2	14	18	85	1	78	80	1.9	29.9
Reunion	0.9	0.8	23	23	65	12	77	84	2.3	28.3
Romania	19.6	-0.5	15	16	66	18	72	79	1.5	28.1
Russian Federation	144.0	0.1	18	15	68	15	66	77	1.8	28.8
Rwanda	12.5	2.5	40	31	57	3	66	70	3.7	30.0
Saint Kitts and Nevis	0.1	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	0.2	0.5	18	24	72	10	73	79	1.4	27.8
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	0.1	24	25	69	8	71	76	1.9	27.1
Samoa	0.2	0.7	36	32	58	6	72	79	3.9	30.3
San Marino	0.0	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé and Príncipe	0.2	2.2	42	33	55	3	65	69	4.3	28.8
Saudi Arabia	33.6	2.5	25	22	72	3	74	77	2.5	32.2
Senegal	16.3	2.9	43	32	54	3	66	70	4.6	30.3
Serbia ¹⁵	8.8	-0.4	16	18	66	18	73	78	1.6	29.2
Seychelles	0.1	0.5	22	19	69	9	70	79	2.3	27.5
Sierra Leone	7.7	2.2	42	33	56	3	52	53	4.3	28.7
Singapore	5.8	1.7	15	18	72	14	81	85	1.3	31.3
Sint Maarten	0.0	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	5.4	0.1	15	16	69	16	74	81	1.5	29.6
Slovenia	2.1	0.2	15	14	65	20	78	84	1.6	30.6
Solomon Islands	0.6	2.1	38	32	58	4	70	73	3.7	29.8
Somalia	15.2	2.9	46	33	51	3	55	59	6.1	29.7
South Africa	57.4	1.3	29	27	66	5	60	67	2.4	28.3
South Sudan	12.9	3.1	41	33	55	3	57	59	4.7	29.6
Spain ¹⁶	46.4	-0.1	15	15	66	20	81	86	1.4	31.9
Sri Lanka	21.0	0.5	24	23	66	10	72	79	2.0	30.0
Sudan	41.5	2.4	40	33	56	4	63	67	4.4	30.0
Suriname	0.6	1.0	26	26	67	7	68	75	2.3	28.5
Sweden	10.0	0.8	18	17	62	20	81	84	1.9	31.0
Switzerland	8.5	1.1	15	16	66	19	82	85	1.6	31.8
Syrian Arab Republic	18.3	-1.7	36	34	60	5	67	78	2.8	29.4
Tajikistan	9.1	2.2	35	29	61	4	69	75	3.3	27.8
Tanzania, United Republic of ¹⁷	59.1	3.1	45	32	52	3	65	69	4.9	28.2
Thailand	69.2	0.4	17	20	71	12	72	79	1.5	27.4

Indicatori demografici

Paese, territorio o altra area	Popolazione							Fecondità		
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15-64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018						maschi	femmine		
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2.1	0.1	17	18	70	14	74	78	1.6	29.0
Timor-Leste, Democratic Republic of	1.3	2.2	44	35	53	4	68	71	5.3	30.3
Togo	8.0	2.6	41	32	56	3	60	62	4.3	28.9
Tonga	0.1	0.6	35	33	59	6	70	76	3.6	31.1
Trinidad and Tobago	1.4	0.4	21	19	69	10	67	75	1.7	27.9
Tunisia	11.7	1.1	24	21	68	8	74	78	2.1	31.0
Turkey	81.9	1.6	25	25	67	8	73	79	2.0	28.6
Turkmenistan	5.9	1.7	31	25	65	4	65	72	2.8	27.9
Turks and Caicos Islands	0.0	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	0.0	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-
Uganda	44.3	3.3	47	34	50	2	58	63	5.4	28.1
Ukraine ¹⁸	44.0	-0.5	16	15	67	17	67	77	1.6	28.0
United Arab Emirates	9.5	1.8	14	16	85	1	77	79	1.7	26.9
United Kingdom	66.6	0.6	18	17	64	19	80	84	1.9	30.4
United States of America	326.8	0.7	19	20	65	16	77	82	1.9	29.5
United States Virgin Islands	0.1	-0.1	20	20	61	19	78	82	2.2	27.1
Uruguay	3.5	0.3	21	22	64	15	74	81	2.0	27.7
Uzbekistan	32.4	1.5	28	26	67	5	69	74	2.2	27.1
Vanuatu	0.3	2.2	36	29	60	5	70	75	3.2	29.3
Venezuela (Bolivarian Republic of)	32.4	1.4	27	26	66	7	71	79	2.3	26.4
Viet Nam	96.5	1.1	23	22	70	7	72	81	1.9	28.0
Western Sahara	0.6	2.1	28	26	69	3	68	72	2.4	31.0
Yemen	28.9	2.5	40	33	57	3	64	67	3.8	30.0
Zambia	17.6	3.0	44	34	53	2	60	65	4.9	28.9
Zimbabwe	16.9	2.3	41	32	56	3	60	64	3.6	27.8

Dati mondiali e regionali

	Popolazione							Fecondità		
	Popolazione totale, in milioni	Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2018	Popolazione di 0-14 anni (%) 2018	Popolazione di 10-24 anni (%) 2018	Popolazione di 15-64 anni (%) 2018	Popolazione di 65 anni o più (%) 2018	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2018		Tasso di fecondità totale, per donna 2018	Età media delle madri al parto, anni 2015-2020
	2018						maschi	femmine		
Stati arabi	366	2.0	34	28	61	5	68	72	3.3	29.2
Asia e Pacifico	3,996	1.0	24^a	24^a	68^a	8^a	70^a	73^a	2.1^a	27.2^a
Europa orientale e Asia centrale	245	0.9	23	22	67	10	70	77	2.0	28.0
America Latina e Caraibi	647	1.1	25^b	25^b	67^b	8^b	73^b	79^b	2.0^b	27.1^b
Africa orientale e meridionale	597	2.7	42	32	55	3	61	66	4.4	28.8
Africa occidentale e centrale	436	2.7	44	32	54	3	56	58	5.1	29.4
Regioni più sviluppate	1,263	0.3	16	17	65	19	76	82	1.7	30.0
Regioni meno sviluppate	6,370	1.3	28	25	65	7	69	73	2.6	27.7
Paesi meno sviluppati del mondo	1,026	2.4	39	32	57	4	63	67	4.0	28.5
Mondo	7,633	1.2	26	24	65	9	70	74	2.5	27.9

NOTE

— Dati non disponibili.

a Esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.

b Esclude Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Saint Kitts e Nevis, Sint Maarten, e Turks e Caicos Islands per mancanza di dati.

1 Include Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands e Norfolk Island.

2 Include Nagorno-Karabakh.

3 A fini statistici, i dati per la Cina non includono Hong Kong e Macao, le Regioni Amministrative Speciali (SAR) della Cina, e la provincia cinese di Taiwan.

4 Il primo Luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina.

5 Il 20 Dicembre 1999, Macao è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina.

6 Si riferisce all'intero paese.

7 Include le Åland Islands.

8 Include Abkhazia e South Ossetia.

9 Include Saint-Barthélemy e Saint-Martin (parte francese).

10 Include Sabah e Sarawak.

11 Include Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.

12 Include Transnistria.

13 Include le Svalbard e Jan Mayen Islands.

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

15 Include il Kosovo.

16 Include Canary Islands, Ceuta e Melilla.

17 Include Zanzibar.

18 Include la Crimea.

Note tecniche per gli indicatori

Le tavole statistiche del rapporto *Lo Stato della popolazione nel mondo 2018* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi del Quadro d'azione per il follow-up del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) oltre il 2014 e verso gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute sessuale e riproduttiva. In aggiunta, queste tavole includono indicatori demografici di vario tipo. Le tavole statistiche costituiscono un supporto all'obiettivo di UNFPA di monitorare i progressi e i risultati raggiunti verso un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane realizzate.

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

Le tavole statistiche si basano su indagini sui nuclei familiari rappresentative a livello nazionale, come i Sondaggi Demografici e Sanitari (Demographic and Health Surveys, DHS) e le Indagini su campione a indicatori multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS), su stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e quelle inter-agenzie. Le tavole statistiche includono anche le più recenti stime e proiezioni sulla popolazione elaborate da *World Population Prospects: la revisione 2017* e le stime e proiezioni, basate su un modello, per gli indicatori 2018 di pianificazione familiare (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, Divisione per la popolazione). Le tavole statistiche sono accompagnate da definizioni, fonti e note. Le tavole statistiche del presente Rapporto riflettono le informazioni disponibili a Giugno 2018.

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Salute materna e neonatale

Tasso di mortalità materna (TMM), morti su 100.000 nati vivi e Margine di errore sul TMM (UI 80%), stime inferiore e superiore 2015. Fonte: Gruppo Inter-agenzia delle Nazioni Unite per la Stima della Mortalità Materna (MMEIG) (WHO, UNICEF, UNFPA, Banca Mondiale e Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione). Questo indicatore presenta il numero di donne che muoiono per cause legate alla gravidanza, su 100.000 nati vivi. Le stime sono fornite dal Gruppo Inter-agenzia delle Nazioni Unite per la Stima della Mortalità Materna (MMEIG) utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. UNFPA, OMS, Banca Mondiale, UNICEF e la Divisione per la Popolazione delle Nazioni Unite sono membri del MMEIG. Le stime e le metodologie sono regolarmente esaminate dal MMEIG, altre agenzie e istituzioni accademiche e sono riviste laddove necessario, come parte del processo in corso per migliorare i dati sulla mortalità materna. Le stime non dovrebbero essere confrontate con precedenti stime inter-agenzie.

Parti assistiti da personale medico qualificato (%) 2006/2017. Fonte: Database mondiale sull'assistenza qualificata al parto, 2017, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database mondiale. La percentuale dei parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri/e, ostetriche) è la percentuale di parti

assistiti da personale sanitario con una formazione specifica per fornire un'assistenza ostetrica salvavita, inclusi la supervisione necessaria, la terapia e i consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il postpartum; sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati. Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

Tasso di natalità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni, 2006/2015. Fonte: Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite e UNFPA. Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di gravidanza tra le adolescenti di 15 - 19 anni. Per quanto riguarda le registrazioni anagrafiche, i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza delle registrazioni alla nascita, dal trattamento dei dati relativi ai bambini nati vivi ma deceduti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dall'attendibilità delle informazioni relative all'età della madre, dall'inclusione delle nascite di periodi precedenti. Le stime demografiche possono subire limitazioni dovute a errori nella trascrizione dell'età e a mancate registrazioni. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. Le limitazioni principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle registrazioni delle nascite, errori nel registrare la data di nascita del neonato e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

Salute sessuale e riproduttiva

La Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione pubblica una serie sistematica e completa di stime annuali basate su modelli, e fornisce proiezioni per una vasta gamma di indicatori sulla pianificazione familiare che coprono un periodo di 60 anni. Gli indicatori includono la prevalenza contraccettiva, la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, la domanda totale di pianificazione familiare e la percentuale di domanda soddisfatta di pianificazione familiare tra le donne sposate o in unioni di fatto per il periodo compreso tra il 1970 e il 2030. Per generare stime, proiezioni e valutazioni del margine di errore, si è usato un modello Bayesiano gerarchico combinato con le tendenze temporali specifiche per ogni nazione. Questo modello migliora il lavoro fatto in precedenza e rende conto delle differenze che dipendono dalle fonti dei dati, dal campione di popolazione e dai metodi contraccettivi presi in considerazione dall'indagine. Ulteriori informazioni sulle stime relative alla pianificazione familiare basate su modelli, sulla metodologia usata e sugli aggiornamenti si possono trovare in <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Le stime sono calcolate sulla base di dati specifici per ogni paese raccolti nel *World Contraceptive Use 2017*.

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni attualmente sposate o in unioni di fatto, qualsiasi metodo e ogni metodo moderno, 2018. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da risultati di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di donne sposate (incluse le donne in una unione consensuale) che usano rispettivamente un metodo qualsiasi o metodi moderni di contraccezione. I metodi moderni o clinici comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini, la pillola, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi a barriera femminili.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2018. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Le donne con una domanda insoddisfatta di pianificazione familiare per distanziare le nascite sono quelle feconde e sessualmente attive che non usano nessun metodo contraccettivo, e riferiscono di voler differire la nascita del prossimo figlio. Si tratta di una sottocategoria della domanda inevasa totale di pianificazione familiare, che comprende anche la domanda insoddisfatta

di pianificazione familiare per la limitazione delle nascite. Il concetto di domanda insoddisfatta sottolinea il divario tra le intenzioni delle donne in materia di riproduzione e il loro comportamento in materia di contraccettivi. Dal punto di vista del monitoraggio degli Obiettivi di sviluppo del millennio, la domanda inevasa è espressa come una percentuale basata sulle donne sposate o in unione consensuale.

Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne (15-49 anni) attualmente sposate o in unione di fatto, 2018. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Prevalenza contraccettiva con metodi moderni diviso la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma della prevalenza contraccettiva e della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare.

Proporzione della domanda soddisfatta con ogni metodo (PDS) = Tasso di prevalenza contraccettiva per ogni metodo (CPR) diviso per la domanda totale di pianificazione familiare (TD).

Proporzione della domanda soddisfatta con metodi moderni (mPDS) = Tasso di prevalenza contraccettiva con metodi moderni (mCPR) diviso per la domanda totale di pianificazione familiare (TD).

Dove domanda totale = Tasso di prevalenza contraccettiva più tasso di domanda insoddisfatta di contraccezione (UNR), cioè

$$TD = CPR + UNR$$

Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale, 2007/2016. Fonte: UNFPA. Percentuale di donne di 15-49 anni, sposate o in unione di fatto, che decidono autonomamente in tutte e tre le aree – rapporti sessuali con il loro partner, uso dei contraccettivi, e assistenza sanitaria.

Pratiche dannose

Matrimonio precoce, entro i 18 anni di età, 2008/2016. Fonte: UNFPA. Proporzioni delle donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto entro i 18 anni di età.

Prevalenza di MGF tra le ragazze, percentuale, 2004-2015. Fonte: UNFPA. Proporzioni delle ragazze di 15 - 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile.

Istruzione

Tasso netto rettificato di iscrizione maschile e femminile alla scuola primaria, percentuale, 1999/2015. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Il tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria indica la percentuale di bambini/e che fanno parte del gruppo ufficiale di bambini/e in età da scuola primaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione primaria o secondaria.

Iscrizione maschile e femminile alla scuola secondaria, percentuale netta dei/delle bambini/e in età da scuola secondaria, 2000/2015. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Il tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria indica la percentuale di ragazzi/e che fanno parte del gruppo ufficiale dei ragazzi/e in età da scuola secondaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione secondaria.

Indice di parità di genere, istruzione primaria, 1999/2015. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). L'indice di parità di genere (GPI) si riferisce al rapporto dei valori relativi a maschi e femmine del tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria.

Indice di parità di genere, istruzione secondaria, 2000/2015. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). L'Indice di parità di genere (GPI) si riferisce al rapporto dei valori relativi a maschi e femmine del tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria.

Indicatori demografici

Popolazione

Popolazione totale, in milioni, 2018. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla dimensione stimata delle popolazioni nazionali, a metà anno.

Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale, 2010-2018. Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Queste cifre si riferiscono al tasso esponenziale medio di crescita della popolazione in un dato periodo, in base a una proiezione a variante media.

Popolazione nella fascia di età 0-14 anni, percentuale, 2018. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione nella fascia di età 10-24 anni, percentuale, 2018. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione della popolazione tra 10 e 24 anni.

Popolazione nella fascia d'età 15-64 anni, percentuale, 2018. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione di popolazione tra 15 e 64 anni.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale, 2018. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione di popolazione di 65 anni o più.

Aspettativa di vita di uomini e donne alla nascita (anni), 2015/2020. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono al numero di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della loro nascita.

Fecondità

Tasso totale di fecondità, per donna, 2018. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono al numero di figli che sarebbero nati da ogni donna se fosse vissuta fino alla fine dell'età feconda e avesse partorito a ogni età in conformità con i tassi prevalenti di fecondità in una specifica fascia di età.

Età media delle madri al parto, anni, 2015/2020. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori presentano l'età media delle madri alla nascita dei figli se le donne fossero soggette per tutta la vita ai tassi di fecondità specifici per età osservati in un dato anno. È espresso in anni.

Classificazione per regioni

Le medie UNFPA presentate alla fine delle tabelle statistiche sono calcolate utilizzando dati di paesi e aree classificate come di seguito.

Stati arabi

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen

Asia e Pacifico

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

Europa orientale e Asia centrale

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova, Republic of; Serbia; Tajikistan; The former Yugoslav Republic of Macedonia; Turkey; Turkmenistan; Ukraine

Africa orientale e meridionale

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; South Africa; South Sudan; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe

America Latina e Caraibi

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

Africa occidentale e centrale

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

Regioni più sviluppate comprendono le regioni UNDP dell'Europa, America del Nord, Australia/Nuova Zelanda e Giappone.

Regioni meno sviluppate comprendono tutte le regioni UNDP di Africa, Asia (eccetto il Giappone), America Latina e Caraibi più la Melanesia, Micronesia e Polinesia.

Paesi meno sviluppati nel mondo, come definiti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nelle sue Risoluzioni (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295) a gennaio 2014 comprendevano 48 paesi: 34 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania e 1 America Latina e Caraibi - Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen e Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate.

Bibliografia

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63-94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129-56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41-61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370-82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26-31 August 2013. https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf.
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380-e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15-35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161-76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263-76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419-43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321-366.
- _____ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225-55.
- _____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- _____ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880-1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458-86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409-37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3-18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84-111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at www.guttmacher.org.
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khrishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- _____ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.
- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.

- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34-S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- _____ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- _____ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at www.humanfertility.org. Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). [icf.com](http://www.icf.com)
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576-80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237-65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390-419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641-80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211-51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870-1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261-92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646-59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960-2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187-221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511-52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443-54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485-510.
- _____ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angélique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41-57.
- _____ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981-94.
- _____ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32-44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870-1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203-30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071-100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161-88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373-406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11-40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741-3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html. Accessed on 5 October 2017.
- _____ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36-51.
- _____ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13-31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- _____ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- _____ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- _____ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55-70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167-82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmertmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739-61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolution-foundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471-92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287-304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838-61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latino-americanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1-25.
- _____ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219-41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169-87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29-43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144-56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151-69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258-67.
- _____ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I-III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251-68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246-96.
- _____ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87-116.
- _____ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20-S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391-419.
- _____ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11-29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642-92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the "abortion culture" in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23-37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.
- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179-83.
- _____ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204-8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87-106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920-1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187-200.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. Geneva. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development." New York: UNFPA.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- _____ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.

- _____ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml.
- _____ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- _____. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- _____ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- _____ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at www.populationeurope.org.
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. www.costsofchildmarriage.org.
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyılmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.

UNFPA, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, è un'organizzazione internazionale di sviluppo che promuove il diritto di ogni donna, uomo o bambina/o alla salute e all'uguaglianza di opportunità nella propria vita. UNFPA sostiene i paesi nell'utilizzo dei dati sulla popolazione per la definizione di politiche e programmi per ridurre la povertà, garantire che ogni gravidanza sia voluta, ogni nascita avvenga in condizioni di sicurezza, ogni giovane eviti il contagio con l'Hiv e Aids, e tutte le bambine e donne siano trattate con dignità e rispetto.

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 che lavora per i diritti, la dignità e la libertà di scelta di donne e ragazze nel mondo. Una prospettiva di genere per uno sviluppo sostenibile.

www.aidos.it



Garantire diritti e libertà di scelta per tutte

Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000

www.unfpa.org

 @UNFPA

**Associazione italiana donne
per lo sviluppo**

Via dei Giubbonari 30
00186 - Roma
tel. +39 06 687 3214/196
press@aidos.it
www.aidos.it

