

WE CARE.

Atlante sulla salute sessuale, riproduttiva, materna, infantile e adolescenziale nel mondo.

WE CARE.
Atlante sulla salute sessuale,
riproduttiva, materna, infantile
e adolescenziale nel mondo.



A cura di
Martina Albini, Eleonora Mattacchione

Coordinamento WeWorld
Andrea Comollo (Responsabile Dip.to Comunicazione)
Anna Crescenti (Global Senior Technical Expert WASH)
Antilla Fürst (MEA and LAC Communications Focal Point)
Eleonora Mattacchione (Servizio Civile Centro Studi)
Erica Scigliuolo (Communications and Advocacy Specialist)
Greta Nicolini (Responsabile Ufficio stampa)
Ludovica Iaccino (Digital Content Specialist)
Martina Albini (Advocacy and Study Center Officer)
Rachele Ponzellini (EU and Global Communication Coordinator)
Stefano Piziali (Responsabile Advocacy e Programmi in Italia e in Europa)
Tiziano Codazzi (Communication Specialist)

Progetto grafico e impaginazione Marco Binelli

Fotografia in copertina di Ilaria Quintas, dal progetto di foto-collage “What Women...”, Mozambico, 2022

La pubblicazione è disponibile online su www.weworld.it

Realizzato da:
WeWorld
www.weworld.it

Sedi principali in Italia:
Milano, via Serio 6
Bologna, via F. Baracca 3

Distribuzione gratuita.
I testi contenuti in questa pubblicazione possono essere riprodotti solo citandone la fonte.

La raccolta dati e i testi sono stati completati nel mese di marzo 2023.

Finito di stampare nel mese di aprile 2023.

Revisione tecnica: Giulia Raggi

Si ringrazia la **Campagna Globale per l'Educazione**



Indice

Prefazione	2
Sommario	4
Introduzione	7
Guida all'Atlante WE CARE	8
SALUTE MATERNO-INFANTILE	17
Cure pre-natali	18
Il momento del parto	20
Cure post-natali	24
I primi 1.000 giorni	28
POLITICHE DEL CORPO	31
Pianificazione familiare	32
L'aborto sicuro	36
Pratiche lesive dell'integrità fisica	42
VIOLENZA DI GENERE	47
Selezione del sesso basata sul genere (gender-biased sex selection)	49
Matrimoni precoci	52
Gravidanze precoci	56
WASH E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI	59
WASH (WATER, Sanitation and Hygiene)	60
SALUTE MESTRUALE	71
SALUTE E BENESSERE SESSUALE	85
Malattie sessualmente trasmissibili	86
Tumori diffusi tra le donne	90
Conclusioni e raccomandazioni	93
WE DO CARE. Conclusioni e raccomandazioni	95
Bibliografia	99

Prefazione

Sono passati più di tre anni dallo scoppio della pandemia di COVID-19. L'impreparazione dei sistemi sanitari globali ha fatto sì che l'emergenza pandemica portasse in secondo piano altre problematiche di salute. L'accesso ad altri servizi sanitari, dai ricoveri alla diagnostica, dagli esami di controllo (e più in generale, la prevenzione) alle operazioni, è stato drasticamente limitato. È diventato sempre più evidente come rafforzare i sistemi sanitari, renderli resilienti e universalmente accessibili, nonché adottare un approccio olistico alla salute siano interventi non più rimandabili.

A novembre 2022, **la popolazione mondiale ha raggiunto gli 8 miliardi di persone**: un risultato straordinario, esito dei notevoli traguardi conseguiti nel corso di molti decenni per garantire un maggiore accesso ad assistenza sanitaria, informazioni adeguate ed educazione e per ridurre la povertà. Questo dovrebbe, però, spingerci a riflettere sulle sfide e le opportunità per ulteriori progressi. Mai più che in questo preciso momento storico, caratterizzato da poli-crisi e profondi cambiamenti, le persone hanno avuto bisogno di esercitare i propri diritti e di poter compiere scelte informate come chiave per la loro resilienza. In questo contesto, **vi è un serio rischio che i diritti sessuali e riproduttivi delle persone non ricevano l'attenzione prioritaria che meritano**. L'Atlante WE CARE sulla salute materna, sessuale, riproduttiva, infantile e adolescenziale nasce proprio dall'esigenza di valutare l'implementazione e il rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi nel mondo, in linea con la lunga storia di interventi per promuovere la salute di donne, bambini/e e delle loro comunità che WeWorld porta avanti da più di 50 anni.

Parlare di buona salute sessuale e riproduttiva significa vivere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale per tutte le questioni

relative al sistema riproduttivo. Eppure, oggi, diverse categorie sociali vulnerabili si vedono ancora negato questo diritto e continuano a subire discriminazioni quotidiane. **Donne, bambini/e e adolescenti sono certamente tra le categorie più a rischio di violazione dei diritti umani e, tra questi, dei loro diritti sessuali e riproduttivi**. Garantire pienamente a tutti gli individui i loro diritti sessuali e riproduttivi potrebbe avere un effetto dirompente su tanti altri diritti e libertà fondamentali. Come ribadito anche in occasione del Summit di Nairobi su Popolazione e Sviluppo del 2019 (ICPD+25), la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, è una precondizione per l'empowerment di donne e ragazze, per il pieno godimento dei loro diritti e per il raggiungimento dell'uguaglianza di genere. Proprio perché il concetto di salute sessuale e riproduttiva implica uno stato di completo benessere è facile intuire come questo si colleghi a tutta una serie di altri diritti fondamentali. **Per queste ragioni, l'Atlante WE CARE** (Ci interessa, ce ne curiamo) **di WeWorld insiste sulla necessità di adottare un approccio di giustizia sessuale e riproduttiva che non fa capo solo ai diritti sessuali e riproduttivi, ma a una più ampia serie di garanzie dei diritti umani fondamentali, compresi i diritti alla vita, alla salute, alla privacy, all'educazione, all'informazione, alla libertà di espressione, alla libertà da violenza e discriminazione e alla libertà da torture, trattamenti crudeli, inumani e degradanti**.

A sostegno dei tanti dati che costituiscono il rapporto, l'Atlante WE CARE raccoglie diverse storie e buone pratiche dal campo. **Da più di 50 anni, WeWorld interviene in 27 paesi nel mondo (compresa l'Italia) proprio in quest'ottica, adottando un approccio multisettoriale al fine di garantire, nel quadro dell'Agenda 2030, il diritto alla salute, all'acqua, all'educazione,**

alla non-discriminazione, alla libertà da ogni forma di violenza. Negli ultimi anni, ad esempio, abbiamo garantito un equo accesso all'acqua attraverso la fornitura di risorse idriche potabili e servizi igienico-sanitari, la formazione in merito alla gestione delle risorse e la lotta allo spreco e allo sfruttamento delle fonti e delle relative politiche. Consapevoli del ruolo fondamentale svolto dalle scuole, che non sono solo importantissime agenzie educative ma presidi di trasmissione di buone pratiche tra le comunità, abbiamo favorito l'accesso all'acqua e all'igiene nelle strutture scolastiche, garantendo i servizi igienico-sanitari con una particolare attenzione all'inclusione delle bambine. In tutti i paesi abbiamo organizzato corsi di formazione e campagne di sensibilizzazione per aumentare la consapevolezza sul diritto all'acqua e sulle norme igieniche. Abbiamo, inoltre, integrato gli interventi sanitari alla lotta contro la malnutrizione dei bambini e delle loro madri, formando personale sanitario e garantendo i servizi dei centri sanitari.

La diversità dei contesti in cui WeWorld interviene ha reso necessario lo sviluppo di solide linee guida e la promozione di uno standard comune. L'organizzazione si è dotata di due fondamentali modalità di lavoro. Nell'ambito delle strategie globali di intervento in WASH (Water, Sanitation and Hygiene) ed Educazione, **WeWorld ha adottato la modalità WASH in Schools (WinS) che prevede, appunto, una forte sinergia tra questi due settori**. In tutti i paesi in cui WeWorld interviene con progetti educativi, la componente di WASH è ormai imprescindibile. **All'interno della sua strategia globale WASH (Water, Sanitation and Hygiene), WeWorld ha adottato anche la modalità di lavoro della gestione dell'igiene mestruale (Menstrual Hygiene Management - MHM), riconoscendo come le attività e i programmi dedicati alla salute e all'igiene mestruale**

rappresentino un punto di partenza per sollevare questioni più ampie come l'uguaglianza di genere e l'emancipazione delle donne, comprendendo questioni essenziali come l'educazione sessuale, la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, i matrimoni precoci, le fistole ostetriche, le mutilazioni genitali femminili e la violenza in generale. La modalità di MHM può contribuire a processi di trasformazione che consentono alle donne e alle ragazze di raggiungere il loro pieno potenziale: infatti, questi programmi possono aiutare le donne a sviluppare capacità per superare gli ostacoli alla loro salute, libertà e sviluppo. **Interventi di questo tipo mettono chiaramente in luce l'importanza di un'agenda per la giustizia sessuale e riproduttiva, al fine non solo di garantire i diritti sessuali e riproduttivi in sé, ma combattere tutte quelle violazioni di altri diritti, libertà fondamentali e disparità sociali, politiche, culturali ed economiche che ancora impediscono a donne, bambine, bambini e adolescenti di svilupparsi pienamente**.

Dina Taddia,
Consigliera Delegata
WeWorld



Marco Chiesara,
Presidente WeWorld



Sommario

Il diritto alla salute è un diritto umano e, in quanto tale, non ammette discriminazioni o esclusioni. Eppure, oggi, diverse categorie sociali vulnerabili si vedono ancora negato questo diritto e continuano a subire discriminazioni quotidiane. Tra queste: donne, bambini/e e adolescenti, ma anche la comunità LGBTQIA+, le persone con disabilità, le popolazioni indigene, le minoranze etniche, i rifugiati, le persone con background migratorio, ecc.). L'Atlante WE CARE sulla salute materna, sessuale, riproduttiva, infantile e adolescenziale nasce proprio dall'esigenza di valutare l'implementazione e il rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi nel mondo, in linea con la lunga storia di interventi per promuovere la salute di donne, bambini/e e adolescenti e delle loro comunità che WeWorld porta avanti da più di 50 anni.

I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Oggi, a indirizzare le politiche e dare priorità agli interventi dei governi nel campo della salute sessuale e riproduttiva esistono diversi strumenti legislativi. Nell'ambito degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) e della Strategia Globale del Segretario generale delle Nazioni Unite per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti (2016-2030), tutti gli stati membri dell'OMS si sono impegnati a migliorare la salute di donne, bambini/e e adolescenti accelerando la copertura e migliorando la qualità dei servizi sanitari.

Il raggiungimento di questi obiettivi richiede l'adozione e l'attuazione di politiche forti, informate sulle sfide attuali, incentrate sull'equità e in grado di assicurare il continuum dell'assistenza per la salute sessuale, riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale in un approccio che copra l'intero arco della vita (life-course approach).

Il cammino internazionale sui diritti alla salute sessuale e riproduttiva è iniziato, però, molto prima: precisamente alla **Conferenza del Cairo sulla Popolazione e lo Sviluppo (ICPD)** del 1994, che **ha riconosciuto la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, come una precondizione per l'empowerment di donne e ragazze, per il pieno godimento dei loro diritti e per il raggiungimento dell'uguaglianza di genere.** Nel 2019, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) e il governo del Kenya, hanno indetto il **Summit di Nairobi, in occasione del 25esimo anniversario della Conferenza del Cairo.** L'esito del Summit è stato raccolto nella **Dichiarazione di Nairobi**, che ha tradotto i principali temi affrontati (accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi; necessità di finanziamenti per completare il programma d'azione del Cairo; contrasto alla violenza di genere e alle pratiche dannose; sostegno al diritto alla salute sessuale e riproduttiva anche in contesti umanitari) in 12 impegni e ha affermato la necessità di **stabilire un'agenda di giustizia sessuale e riproduttiva.**

DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI: DIRITTI UMANI. IL QUADRO DELLA GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Muovendo proprio dal quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, **l'Atlante intende affermare il collegamento tra i diritti sessuali e riproduttivi e altri diritti umani e libertà fondamentali.** Infatti, il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva comprende il più ampio spettro dei diritti sessuali e riproduttivi, **che a loro volta fanno riferimento a una serie di garanzie dei diritti umani fondamentali, compresi i diritti alla vita, alla salute, alla privacy, all'educazione, all'informazione, alla libertà di espressione, alla libertà da violenza e**

discriminazione e alla libertà da torture, trattamenti crudeli, inumani e degradanti. Il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva è fondamentale per rafforzare l'attuazione e la responsabilità degli impegni di Nairobi e degli obiettivi di sviluppo sostenibile.

IL RUOLO CENTRALE DELL'EDUCAZIONE

In particolare, il concetto di giustizia sessuale e riproduttiva è intrinsecamente legato all'educazione e alla sua capacità propulsiva di generare cambiamento e trasmissione della conoscenza all'interno delle comunità, favorendo anche percorsi di consapevolezza, autodeterminazione e cura di sé. Come ormai universalmente riconosciuto, un'istruzione di buona qualità è alla base della salute e del benessere e si collega ai diritti sessuali e riproduttivi in vari modi, diretti e indiretti.

In questo senso, si può affermare che l'educazione è un catalizzatore per lo sviluppo e un intervento sanitario a sé stante. Ciò è ancora più vero nei contesti di emergenza, dove la scuola assume un valore quasi simbolico in quanto luogo che si apre alla comunità, garantendo salute e trasmissione di conoscenze e buone pratiche tra generazioni. Garantire un'istruzione in contesti così drammatici ha il potere di agire in maniera trasversale limitando potenziali rischi e situazioni di pericolo per la propria salute.

LE AREE ESPLORATE DALL'ATLANTE

A partire da queste considerazioni, **l'Atlante, diviso in 6 sezioni tematiche, approfondisce le principali negazioni di diritti e discriminazioni che donne, bambini/e e adolescenti devono ancora subire nel mondo.**

SALUTE MATERNO-INFANTILE

CURE PRENATALI

- Nel mondo, la maggior parte delle donne ha accesso a cure prenatali qualificate almeno una volta prima del parto, ma solo il 66% riceve quattro controlli prenatali, il numero consigliato dall'OMS per garantire un corretto monitoraggio dello sviluppo del feto e delle condizioni della donna (UNICEF, 2022a).
- La copertura delle cure prenatali aumenta con la ricchezza, con le donne nel quintile più ricco che hanno il doppio delle probabilità di ricevere almeno quattro visite rispetto a quelle nel quintile più povero, con un divario di 34 punti percentuali (rispettivamente 77% e 43%) (UNICEF, 2022a).

IL MOMENTO DEL PARTO

- Ogni due minuti, una donna muore per cause risolubili legate alla gravidanza o al parto (WHO, 2023a).
- Nel 2000, il tasso di mortalità materna globale era di 339 morti ogni 100.000 nati vivi. Nel 2020 è sceso a 223 (WHO, 2023a).
- Nella regione dell'Africa Centro Occidentale si registra il più alto numero di decessi neonatali: 31 ogni 1.000 nati vivi (World Bank, 2022).

CURE POST-NATALI

- Circa 1 donna su 5 sperimenterà un problema di salute mentale durante la gravidanza o poco dopo il parto (UNFPA, 2022b).
- Durante i primi 1.000 giorni - il periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino/a - la qualità delle cure e della nutrizione delle madri e dei

loro figli/e ha un profondo impatto sulla capacità di un bambino/a di crescere, imparare e svilupparsi pienamente.

POLITICHE DEL CORPO

PIANIFICAZIONE FAMILIARE

- Nelle regioni in via di sviluppo, circa 257 milioni di donne che vogliono evitare la gravidanza non utilizzano metodi di pianificazione familiare sicuri ed efficaci, per ragioni che vanno dalla mancanza di accesso a informazioni o servizi alla mancanza di sostegno da parte dei loro partner o comunità (UNFPA, 2022b).
- Nel mondo, 4 donne su 10 impegnate in una relazione non utilizzano alcun metodo contraccettivo (United Nations, 2022).

L'ABORTO SICURO

- L'aborto non sicuro è una delle cause principali, ma prevenibili, di morte e morbidità materne. Circa il 45% di tutti gli aborti praticati nel mondo non sono sicuri, e il 97% di questi avviene nei paesi in via di sviluppo (WHO, 2021a).
- Nel 2022, 91 milioni di donne vivono in uno dei 23 paesi in cui l'aborto è proibito in qualsiasi circostanza (WALM, 2022).
- La percentuale di aborti non sicuri è significativamente più alta nei paesi con leggi sull'aborto molto restrittive rispetto ai paesi con leggi meno restrittive.

PRATICHE LESIVE DELL'INTEGRITÀ FISICA

- Si stima che nel mondo circa 200 milioni di ragazze abbiano subito Mutilazioni Genitali Femminili (UNICEF, 2023b).
- La pratica del test di verginità è ancora diffusa in diversi paesi: Afghanistan, Bangladesh, Egitto, India, Indonesia, Iran, Giordania, Palestina, Sudafrica, Sri Lanka, Swaziland, Turchia e Uganda, ma viene riportata anche in paesi del Nord globale in cui vi sono diaspore.

VIOLENZA DI GENERE

SELEZIONE DEL SESSO BASATA SUL GENERE

- Si ha selezione del sesso basata sul genere (gender-biased sex selection) quando una coppia o una famiglia preferisce avere un figlio piuttosto che una figlia. La selezione del sesso basta sul genere è una pratica dannosa e una manifestazione di violenza e disuguaglianza di genere, che va a esercitare un impatto diretto sul rapporto tra i sessi alla nascita tra bambine e bambini.
- A livello globale, tra la fine degli anni '90 e il 2017, sono state documentate 23,1 milioni di nascite femminili "mancanti" (Chao et al. 2019).

MATRIMONI PRECOCI

- Ogni anno, 12 milioni di bambine e ragazze si sposano prima dei 18 anni: significa 23 ogni minuto (UNICEF, 2022b).
- Nell'ultimo decennio, 25 milioni di matrimoni precoci sono stati prevenuti a livello globale grazie all'aumento del tasso di istruzione delle ragazze, all'investimento dei governi nei diritti delle ragazze adolescenti e alla maggiore consapevolezza pubblica dei danni del matrimonio precoce (UNICEF, 2022b).

GRAVIDANZE PRECOCI

- Ogni anno, circa 21 milioni di ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni nelle regioni in via di sviluppo rimangono incinte e circa 12 milioni di loro partoriscono (UNICEF, 2022b).
- Le ragazze che si sposano prima dei 15 anni hanno il 50% di probabilità in più di subire violenze da parte del partner rispetto a quelle che si sposano più tardi (Girls not Brides, 2021).

WASH E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

- Per donne, bambine e ragazze, l'accesso all'acqua potabile, ai servizi igienico-sanitari e all'igiene (WASH-Water, Sanitation and Hygiene) è fondamentale importanza per garantire la salute sessuale e riproduttiva e, al contempo, la parità di genere.
- Oltre 700 bambine e bambini sotto i 5 anni muoiono ogni giorno di malattie diarroiche a causa della mancanza di adeguati servizi WASH. Nelle aree di conflitto, hanno quasi 20 volte più probabilità di morire per malattie diarroiche che per il conflitto stesso (UNICEF, 2023c).
- 1 bambino/a su 3 senza un servizio di acqua potabile di base nella propria scuola vive nei paesi meno sviluppati, e più della metà in contesti fragili (UNICEF/WHO, 2022)

SALUTE MESTRUALE

- Per salute mestruale, da non confondere con igiene mestruale, si intende uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale in relazione al ciclo mestruale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità.
- In Africa Sub-Sahariana, 1 ragazza su 10 ha perso la scuola durante le mestruazioni (UNESCO, 2014).
- Più di 1 ragazzo su 3 pensa che le mestruazioni dovrebbero essere tenute segrete (Plan International, 2021).
- L'endometriosi, una malattia che può causare un'inflammatione cronica all'apparato genitale femminile, colpisce circa il 10% della popolazione femminile (190 milioni di donne e ragazze) in tutto il mondo (WHO, 2021c).
- A livello globale, il "business" della menopausa in termini di visite specialistiche, prescrizioni, farmaci, ecc., varrebbe circa 600 miliardi di dollari (Hinchliffe, 2020).

SALUTE E BENESSERE SESSUALE

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

- Durante la gravidanza, il parto e l'allattamento, una donna con HIV può trasmettere l'infezione al figlio/a (mother-to-child transmission, MTCT).
- Nel mondo 1 milione e 700.000 bambini/e tra 0-14 anni convivono con l'HIV (WHO, 2022f).
- Ogni giorno vengono contratte più di 1 milione di malattie sessualmente trasmissibili (WHO, 2022f).

TUMORI COMUNI TRA LE DONNE

- Il cancro al seno è il tipo di cancro più comunemente diagnosticato, rappresentando 1 diagnosi di cancro su 8 in tutto il mondo (International Agency for Research on Cancer, 2022).
- Il cancro cervicale è il quarto tipo di cancro più comune tra le donne (dopo il cancro al seno, al colon e ai polmoni): nel 2020, rappresentava il 7% del totale delle nuove diagnosi di cancro (WCRFI, 2022).

WE DO CARE. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

I progressi compiuti dalla proclamazione degli obiettivi dell'Agenda 2030 e le previsioni di miglioramento auspiccate con i 12 impegni di Nairobi **sono stati frenati dalla pandemia di COVID-19**. Oggi, il rilancio dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva, dell'autonomia corporea e della libertà dalla violenza di genere **è ulteriormente messo in pericolo da limitazioni dei diritti delle donne e dal permanere di situazioni di conflitto e crisi protratte**.

Le 6 sezioni dell'Atlante evidenziano grandi criticità e lacune non solo da un punto di vista dell'accesso universale alle cure e alle informazioni sulla propria salute, ma anche normativo, con diversi paesi che non garantiscono l'autonomia corporea dei propri cittadini e cittadine. Ancora una volta, **a pagare il prezzo più alto, sono donne,**

bambine e bambini che vivono in aree caratterizzate da povertà cronica, conflitti e disuguaglianze tra cui, in primis, l'Africa Sub-Sahariana, seguita da Asia Centro-meridionale, Medio Oriente e America Latina. **Come ribadito, ciò ha conseguenze non solo sui diritti sessuali e riproduttivi in sé, ma su tutta un'altra serie di diritti umani fondamentali, tra cui il diritto all'educazione.**

In questo scenario, prove emergenti suggeriscono che l'offerta di programmi di educazione sessuale a bambini/e e giovani a scuola può avere un effetto positivo su questioni sociali più ampie, come la parità di genere, i diritti umani e il benessere e la sicurezza delle nuove generazioni. Ne consegue che, **laddove non vi è una corretta educazione sessuale, non si possa parlare di giustizia sessuale e riproduttiva.**

Sono passati quasi quattro anni dal Summit di Nairobi (2019) e, per il 2024, è in programma la prossima Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (ICPD). In vista di questo importante appuntamento, **è necessario ribadire l'importanza di un'agenda per la giustizia sessuale e riproduttiva come veicolo per mantenere gli impegni presi nel 2019, al fine non solo di garantire i diritti sessuali e riproduttivi in sé, ma combattere tutte quelle violazioni di altri diritti e libertà fondamentali e disparità sociali, politiche, culturali ed economiche.**

Introduzione



Guida all'Atlante WE CARE

L'Atlante sulla salute materna, sessuale, riproduttiva, infantile e adolescenziale nasce dall'esigenza di valutare l'implementazione e il rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi nel mondo, in linea con la lunga storia di interventi per promuovere la salute di donne, bambini/e e delle loro comunità che WeWorld porta avanti da più di 50 anni.

Muovendo da un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva (così come indicato dalla Dichiarazione di Nairobi del 2019), **il rapporto intende affermare il collegamento tra i diritti sessuali e riproduttivi e tutta una serie di altri diritti umani e libertà fondamentali.** In particolare, il concetto di giustizia sessuale e riproduttiva è intrinsecamente legato all'educazione e alla sua capacità propulsiva di generare cambiamento e trasmissione della conoscenza all'interno delle comunità, favorendo anche percorsi di consapevolezza, autodeterminazione e cura di sé.

A partire da queste considerazioni, **l'Atlante approfondisce le principali negazioni di diritti e discriminazioni che donne, bambini/e e adolescenti devono ancora subire nel mondo:** tassi di mortalità materna, neonatale e infantile troppo alti, diffusione di pratiche lesive come le mutilazioni genitali femminili, leggi sull'aborto restrittive e criminalizzanti sono solo alcune delle criticità che verranno affrontate.

Il rapporto è diviso in 6 sezioni tematiche che raggruppano le principali negazioni di diritti che donne e bambini/e subiscono:

- SALUTE MATERNO-INFANTILE
- POLITICHE DEL CORPO
- VIOLENZA DI GENERE
- WASH E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI
- SALUTE MESTRUALE
- SALUTE E BENESSERE SESSUALE

Ogni sezione è arricchita da mappe e infografiche realizzate sulla base di dati raccolti da fonti secondarie autorevoli e aggiornate (World Bank, UNFPA, UNICEF, ecc.), ma anche da buone pratiche, testimonianze, ed esempi raccolti sul campo da WeWorld nei suoi progetti in 27 paesi del mondo. In linea con la mission di WeWorld, il rapporto tiene conto della salute sessuale e riproduttiva di donne e bambini/e e adolescenti, e sottolinea la necessità di fare luce su altre individualità, come la comunità trans e in generale le persone LGBTQIA+.

CHE COSA SI INTENDE PER SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Il diritto alla salute è un diritto umano e, in quanto tale, non ammette discriminazioni o esclusioni. Eppure, oggi, diverse categorie sociali vulnerabili si vedono ancora negato questo diritto e continuano a subire discriminazioni quotidiane. Tra queste: donne, bambini/e e adolescenti, ma anche la comunità LGBTQIA+, le persone con disabilità, le popolazioni indigene, le minoranze etniche, i rifugiati, le persone con background migratorio, ecc.).

Donne, bambini/e e adolescenti sono certamente tra le categorie più a rischio di violazione dei diritti umani e, tra questi, del diritto alla salute. Ciò non avviene tanto perché siano per natura più vulnerabili, ma perché ostacolati nello sviluppo e nell'esercizio dei loro diritti da un contesto culturale maschile e dominante, in cui discriminazioni di genere e generazionali persistono (cfr. *WeWorld Index* 2022).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il concetto di salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza

di malattia o infermità"¹, sottolineando, dunque come la salute debba essere considerata in ogni sua sfaccettatura, promuovendo al contempo uno stato di benessere persistente delle persone. La recente pandemia di COVID-19 ha fatto emergere la necessità di rafforzare i sistemi sanitari, renderli resilienti e universalmente accessibili e di adottare un approccio olistico nell'affrontare il tema della salute (cfr. *WeWorld Index* 2020 e 2021). Paradossalmente, infatti, l'impreparazione dei sistemi sanitari globali ha fatto sì che l'emergenza pandemica portasse in secondo piano altre problematiche di salute. L'accesso ad altri servizi sanitari, dai ricoveri alla diagnostica, dagli esami di controllo (e più in generale, la prevenzione) alle operazioni, è stato drasticamente limitato: basti pensare che nel mondo, **si è registrata una riduzione di quasi la metà degli screening oncologici** (Oakes et al., 2022).

Lo stesso ordine di problemi ha riguardato la salute sessuale e riproduttiva, un tema ancora troppo spesso trascurato e sul quale si rischia di fare ulteriori passi indietro (UNFPA, 2022a). Come per il più ampio concetto di salute sopracitato, **parlare di buona salute sessuale e riproduttiva significa vivere in uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale in tutte le questioni relative al sistema riproduttivo.** Ciò implica che le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura, la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Per mantenere la propria salute sessuale e riproduttiva, le persone hanno bisogno di accedere a informazioni accurate e a metodi di contraccezione

¹ Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.

Donne, bambini/e e adolescenti sono certamente tra le categorie più a rischio di violazione dei diritti umani e, tra questi, del diritto alla salute. Ciò non avviene tanto perché siano per natura più vulnerabili, ma perché ostacolati nello sviluppo e nell'esercizio dei loro diritti da un **contesto culturale maschile e dominante**, in cui discriminazioni di genere e generazionali persistono.

sicuri, efficaci, convenienti e consapevolmente scelti. In questo quadro, le persone devono essere consapevoli e in grado di proteggersi dalle infezioni sessualmente trasmissibili. E quando decidono di avere figli/e, le donne devono avere accesso a operatori sanitari qualificati e servizi che possano aiutarle ad avere una gravidanza controllata, un parto sicuro e un bambino sano (UNFPA, 2022a).

Quando si parla di salute sessuale e riproduttiva non è possibile ignorare l'intreccio esistente tra i diritti di donne e bambini/e: un simile approccio è stato a lungo, e viene tuttora, utilizzato nella serie del *WeWorld Index*. La necessità di tutelare le donne sia nella loro dimensione adulta, che in quella di adolescenti o bambine, ha fatto in modo che si iniziasse a parlare di complementarità e sequenzialità tra le principali convenzioni che si occupano di diritti delle donne e dei bambini/e: rispettivamente CEDAW e CRC. "Perché le donne esercitino pienamente i loro diritti, in quanto donne, occorre infatti che le bambine che sono state

abbiano imparato quali sono i loro diritti in quanto bambine, e a tutelarli e rivendicarli" (Bosisio, Leonini, Ronfani, 2003). Con la serie internazionale del *WeWorld Index*, WeWorld ha contribuito a rafforzare una lettura integrata dei diritti delle donne e dei bambini/e (e quindi delle due Convenzioni), misurando la loro inclusione in maniera congiunta e considerando alcune dimensioni di contesto che impattano sulle loro condizioni di vita. Ad esempio, lo sviluppo sociale ed economico delle donne si traduce in un vantaggio per i bambini e le bambine in termini di salute, educazione, partecipazione alla vita pubblica e al mercato del lavoro. In effetti, **il WeWorld Index individua la salute (inclusa, dunque, anche la salute sessuale e riproduttiva) proprio come una delle aree fondamentali, i cosiddetti building block (gli altri sono economia, educazione e società) in cui è necessario che donne e bambini/e sviluppino le proprie capacità** per avviare un circolo virtuoso in grado di garantire benessere e pieno sviluppo. Tuttavia, nel mondo, il diritto ad

accedere a una salute sessuale e riproduttiva di qualità per tutto il corso della vita (*life-course approach*) non è sempre garantito. Guardando alla condizione dei bambini/e, ad esempio, il primo mese di vita, condizione per lo sviluppo futuro, è il periodo più rischioso. Eppure, si stima che, **nel 2021, ben 5 milioni di bambini siano morti prima del loro quinto compleanno e altri 2,1 milioni di bambini e giovani di età compresa tra i 5 e i 24 anni abbiano perso la vita** (UNICEF, 2023a). Si stima inoltre che **1,9 milioni di**

Si stima che, nel 2021, ben 5 milioni di bambini siano morti prima del loro quinto compleanno

(UNICEF, 2023a)



bambini siano nati morti (*stillbirths*) nello stesso periodo. **Nel 2020, sono morti circa 1 milione di adolescenti: molti non hanno accesso alle informazioni, ai servizi e agli ambienti protettivi di cui avrebbero bisogno per mantenersi in salute e sviluppare stili di vita sani fino all'età adulta** (UNICEF, 2021a).

Le ragazze adolescenti, in particolare, corrono maggiori rischi con l'inizio della pubertà: **ogni anno, circa 23 milioni di ragazze rimangono incinte** (*ibid.*). Complessivamente, rispetto alle donne adulte, meno ragazze adolescenti ricevono cure prenatali, assistenza qualificata al parto o assistenza post-natale per sé stesse o per i loro neonati.

Il cancro cervicale dovuto all'infezione da virus del papilloma umano (HPV) acquisito nell'adolescenza è il quarto tumore più comune tra le donne, con il 90% dei nuovi casi e dei decessi nel 2020 che si verificano nei paesi a basso e medio reddito (*ibid.*). Infine, sebbene la mortalità materna sia diminuita significativamente tra il 2000 e il 2017, **circa 800 donne muoiono ogni giorno per cause prevenibili legate alla gravidanza e al parto, secondo gli ultimi dati** (*ibid.*). Tragicamente, molte di queste morti avrebbero potuto essere evitate con un accesso equo e un'assistenza sanitaria materna, neonatale, adolescenziale e infantile di alta qualità.

Ogni anno, circa 23 milioni di adolescenti rimangono incinte

(UNICEF, 2022)



I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Oggi, esistono diversi strumenti legislativi a indirizzare le politiche e dare priorità agli interventi dei governi in questo campo. Nell'ambito degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) e della Strategia Globale del Segretario generale delle Nazioni Unite per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti² (2016-2030), tutti gli stati membri dell'OMS si sono impegnati a migliorare la salute di donne, bambini/e e adolescenti accelerando la copertura e migliorando la qualità dei servizi sanitari. **Il raggiungimento di questi obiettivi richiede l'adozione e l'attuazione di politiche forti, informate sulle sfide attuali, incentrate sull'equità e in grado di assicurare il continuum dell'assistenza per la salute sessuale, riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale in un approccio che copra l'intero arco della vita** (*life-course approach*).

Il cammino internazionale sui diritti alla salute sessuale e riproduttiva inizia, però, molto prima: precisamente alla **Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo** (*International Conference on Population and Development* – ICPD) del 1994³. La Conferenza, che ha definito un programma d'azione che ancora oggi costituisce un punto di riferimento in materia, è diventata fondamentale per la salute sessuale e riproduttiva. Essa, infatti, ha messo al centro dell'agenda di sviluppo i diritti umani, ma soprattutto **ha riconosciuto la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, come una preconditione per l'empowerment di donne e ragazze, per il pieno godimento dei loro diritti e per il raggiungimento dell'uguaglianza di genere**. Il piano d'azione adottato al Cairo è stato poi revisionato nel 2010, finché nel 2014 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha delineato un quadro

² Per maggiori informazioni si veda https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1483_allegato.pdf

³ Per maggiori informazioni si veda <https://www.unfpa.org/resources/cairo-declaration-population-development>



d'azione per il follow-up dell'ICPD⁴: il documento invitava i paesi a rispettare gli impegni presi al Cairo e, in particolare, ad affrontare le crescenti disuguaglianze e le nuove sfide in campo di salute sessuale e riproduttiva. Infine, nel 2019 il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) e il governo del Kenya, in occasione del 25esimo anniversario della Conferenza del Cairo, hanno indetto il **Summit di Nairobi, dal titolo "Accelerating the Promise"** (accelerare la promessa), una conferenza internazionale per individuare azioni volte, appunto, ad accelerare gli impegni presi durante la prima ICPD. L'esito del Summit è stato raccolto nella **Dichiarazione di Nairobi**⁵, che ha tradotto i principali temi affrontati (accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi; necessità di finanziamenti per completare il programma d'azione del Cairo; contrasto alla violenza di genere e alle pratiche dannose; sostegno al diritto alla salute sessuale e riproduttiva anche in contesti umanitari) in 12 impegni⁶.

A vigilare sull'implementazione degli obiettivi di Nairobi è stata istituita una Commissione di alto livello che annualmente produce un rapporto di valutazione sull'andamento dei paesi nel garantire i diritti sulla salute sessuale e riproduttiva⁷. Nell'ultimo rapporto

⁴ Si veda https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD_beyond2014_EN.pdf

⁵ Per consultare il testo completo si veda <https://www.nairobisummitcpd.org/content/icpd25-commitments>

⁶ Per visionare la lista degli impegni e il loro stato di avanzamento si veda <https://www.nairobisummitcpd.org/commitments>

⁷ L'ultimo rapporto della Commissione, pubblicato nel 2022, evidenzia dei progressi, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito, per esempio attraverso la creazione di piani nazionali d'azione per attuare gli impegni presi a Nairobi. Il documento riporta come la giustizia nel settore della salute sessuale e riproduttiva sia la chiave per la realizzazione dei 12 impegni, mettendo



pubblicato, **la Commissione sottolinea che se la realizzazione dei diritti sessuali e riproduttivi è incompleta, le persone non saranno in grado di esercitare la propria agency** (autonomia e autodeterminazione) **per prendere decisioni riguardanti il proprio corpo**. Ciò ostacolerà, a sua volta, lo sviluppo delle società in generale. Alla luce delle continue prove della negazione dei diritti sessuali e riproduttivi, la Commissione chiede l'istituzione di un'**agenda globale per la giustizia sessuale e riproduttiva**⁸ **che metta**

in luce il collegamento con altre questioni rilevanti per i diritti umani, come la giustizia climatica, economica e il diritto all'istruzione, applicando un approccio intersezionale. Per visionare i rapporti prodotti dalla Commissione si veda https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH_0.pdf e https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/HLC%20Report_11-01.pdf

⁸ Il termine "giustizia sessuale e riproduttiva" risale al 1994 (l'anno in cui è stato adottato il Programma d'azione dell'ICPD) quando un collettivo di 12 femministe nere ha coniato il termine "giustizia riproduttiva". Il termine intendeva trasformare il dibattito all'epoca in corso negli Stati Uniti, dove la polarizzazione "pro-vita" (pro-life) contro "pro-scelta" (pro-choice) sulla questione dell'aborto dominava la questione riproduttiva, economica e sociale (Morison, 2021). Il collettivo voleva denunciare come i movimenti tradizionali per i diritti riproduttivi mettessero al centro solo una determinata categoria di donne (tendenzialmente privilegiate, bianche, cisgender ed eterosessuali), senza considerare le esperienze vissute delle donne di colore e di altri gruppi emarginati. Mentre i primi riferimenti alla giustizia riproduttiva sono apparsi per la prima volta negli Stati Uniti, il concetto di giustizia sessuale e riproduttiva è diventato universale. Da più parti è stata riconosciuta da tempo l'importanza di affrontare diverse forme di discriminazione per raggiungere un'equa giustizia sessuale e riproduttiva e, al contempo, la giustizia di genere. Il concetto, dunque, consente un'analisi critica dei diritti riproduttivi così come di quelli civili, economici e sociali (*ibid.*).

al centro il superamento di tutti gli ostacoli alla realizzazione dei diritti e al raggiungimento dell'autonomia corporea (*bodily autonomy*) (High Level Commission on the Nairobi Summit, 2022).

In riferimento al concetto di "autonomia corporea", la Commissione intende ribadire che la realizzazione dei diritti sessuali e riproduttivi si fonda sui diritti umani di tutti gli individui al rispetto della loro integrità fisica, autonomia personale e privacy. **Le persone devono essere in grado di definire liberamente la propria sessualità, compreso l'orientamento sessuale e l'espressione e l'identità di genere; decidere quando e se fare sesso e con chi; avere esperienze sessuali sicure e piacevoli; e di fare le proprie scelte riguardo al matrimonio e ai figli/e**. Questi diritti dipendono dall'accesso e dalla scelta di servizi sanitari e di informazione di alta qualità, adattati alle diverse fasi della vita e liberi da discriminazione, coercizione e violenza. **Autonomia corporea significa, dunque, avere il potere e l'agency per fare scelte informate sul proprio corpo e sul proprio futuro, senza violenza o coercizione, e avere le risorse necessarie per compiere queste scelte** (*ibid.*).

PERCHÉ BISOGNA PARLARE DI GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Come affermato, **ogni intervento sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi deve essere attuato in un quadro di giustizia e rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali da intendersi come universali, indivisibili, interdipendenti e correlati**. Un simile quadro include, tra le altre cose, la creazione e l'utilizzo di meccanismi di responsabilità (*accountability*) da parte di coloro che devono garantire i diritti (*duty-bearers*, tra cui in primis gli Stati), l'investimento nei movimenti delle persone portatrici di diritti (*right-holders*) per rivendicare la giustizia sessuale e riproduttiva e il rafforzamento e la creazione di nuove alleanze. **Questi aspetti, hanno portato la Commissione dell'ICPD a domandare l'introduzione di una vera e propria agenda globale per la giustizia sessuale e riproduttiva. Tale agenda si basa sulla giustizia come parte integrante del raggiungimento dello sviluppo, riconoscendo, dunque, che lo sviluppo stesso è sia un diritto che una manifestazione di giustizia** (High Level Commission on the Nairobi Summit, 2022).

Il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva comprende il più ampio spettro dei diritti sessuali e riproduttivi, che a loro volta fanno riferimento



LA GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA

(Elaborazione WeWorld su High Level Commission on the Nairobi Summit, 2021)



a una serie di garanzie dei diritti umani fondamentali, compresi i diritti alla vita, alla salute, alla privacy, all'educazione, all'informazione, alla libertà di espressione, alla libertà da violenza e discriminazione e alla libertà da torture, trattamenti crudeli, inumani e degradanti (ibid.). Questi diritti sono incorporati nelle leggi e nelle costituzioni nazionali, nonché nei documenti sui diritti umani fondamentali e universalmente accettati. Sono, inoltre, definiti ed elaborati in trattati internazionali e regionali sui diritti umani, dichiarazioni interpretative e documenti di consenso politico. **Il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva è fondamentale per rafforzare l'attuazione e la responsabilità degli impegni di Nairobi e degli obiettivi di sviluppo sostenibile**, in particolare l'SDG 3 (buona salute e benessere) e l'SDG 5 (parità di genere), incidendo anche su SDG 1 (povertà zero), SDG 4 (educazione di qualità), SDG 10 (riduzione delle disuguaglianze), SDG 13 (lotta contro il cambiamento climatico), SDG 16 (pace, giustizia e istituzioni forti) e infine SDG 17 (partnership per gli obiettivi).

Il quadro è, inoltre, in linea con i principi dell'Agenda 2030 in materia di diritti umani, universalità, e sul basilare principio del non lasciare indietro nessuno (*no one left behind*) nel cammino verso una maggiore inclusione.

Più nello specifico, il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva si caratterizza per l'attenzione agli aspetti:

- **INTERSEZIONALE:** Questo approccio richiede di superare le barriere sistemiche che le persone affrontano nella realizzazione dei diritti e nel raggiungimento dell'autonomia corporea nel corso della loro vita. **Queste barriere possono includere la mancanza di servizi sanitari, ma anche la discriminazione di genere, sessuale, etnica, dovuta alla disabilità, ecc., e le disuguaglianze che intrappolano le persone in condizioni di povertà e di emarginazione sociale. In questo senso, la giustizia sessuale e riproduttiva adotta un'ottica intersezionale** (cfr. *WeWorld Index* 2022), riconoscendo che diverse forme di discriminazione possono intersecarsi e combinarsi a vicenda.

Di conseguenza, le ingiustizie cumulative possono essere maggiori per alcuni individui e gruppi; le soluzioni a questi possono richiedere interventi specifici, su misura e prioritari in linea con i diritti umani. **La Commissione è fermamente convinta che tali misure debbano essere plasmate da ciò che le persone stesse definiscono come loro esigenze e scelte. Dovrebbero fondarsi, pertanto, sul riconoscimento che gli individui hanno il diritto di prendere decisioni in condizioni favorevoli alla loro attuazione** (High Level Commission on the Nairobi Summit, 2021).

- **CULTURALE:** Un altro importante aspetto nel quadro della giustizia sessuale e riproduttiva è il contesto culturale. Infatti, **il raggiungimento della giustizia sessuale e riproduttiva dipende largamente dall'eliminazione di norme sociali discriminatorie che limitano l'autonomia, il libero arbitrio e i diritti del corpo**. Tali norme, ad esempio, sono responsabili dello stigma associato alla contraccezione o all'aborto, ma anche del grado di accettazione

sociale della violenza (cfr. WeWorld (2021), *La cultura della violenza*). Queste norme, che hanno spesso origine in pratiche reiterate sulla base di credenze culturali o religiosi, sono filtrate attraverso leggi e scelte politiche, e riflesse nelle istituzioni e nelle pratiche sanitarie. **Un'agenda per la giustizia sessuale e riproduttiva, pertanto, deve sostenere con forza l'abolizione delle norme discriminatorie, anche al fine di riformulare le decisioni politiche che ne derivano.** Dove l'aborto è legale e sicuro, ad esempio, le morti materne tendono a diminuire notevolmente, senza alcun aumento degli aborti. Al contrario, dove l'aborto è criminalizzato, le donne ricorrono a metodi clandestini, con conseguenze spesso letali. In questo senso, ridurre la mortalità materna non significa solo una migliore erogazione dei servizi, ma anche sostenere l'autonomia corporea e il processo decisionale delle donne.

- **CONTESTUALE:** A differenza del quadro basato sui diritti umani che adotta un approccio più individualistico alla libertà riproduttiva, affermando e proteggendo i diritti dell'individuo ad accedere a servizi come la contraccezione e l'assistenza sanitaria materna, il quadro della giustizia sessuale e riproduttiva fa un passo in più. Difatti, oltre

all'accesso ai servizi, **considera le condizioni sociali concomitanti che promuovono o impediscono la capacità di godere della libertà sessuale e riproduttiva, e che sono proprie del contesto specifico in cui donne e bambini/e sono inseriti** (questo tipo di approccio *context-specific* è adottato anche nella serie dei WeWorld Index). Pertanto, le questioni dell'autonomia riproduttiva risiedono non solo nell'accesso effettivo e nella scelta della contraccezione, dell'aborto e delle cure prenatali e ostetriche, ma anche nella comprensione delle barriere che le donne devono affrontare nel crescere i propri figli/e. Questa interpretazione "contestuale" riconosce che il grado di autonomia corporea differisce tra i gruppi di donne e ragazze, nonostante queste vivano una comune vulnerabilità legata alle disuguaglianze di genere e generazionali. **È chiaro, pertanto, che parlare di giustizia sessuale e riproduttiva può avere valenze significativamente diverse in contesti di Nord o Sud globale. Realizzare la giustizia sessuale e riproduttiva richiede sfidare l'inequiva distribuzione del potere nella società e sforzarsi di ripristinare la dignità delle persone, un principio cardine che permea un approccio ai diritti umani.**

Questi diversi aspetti che caratterizzano il quadro della salute sessuale e riproduttiva devono, però, tradursi in atti ed essere tenuti in conto come parte integrante degli interventi dei sistemi sanitari nazionali e delle strategie internazionali in materia di salute. Infatti, la pandemia di COVID-19 ha messo in luce, ancora una volta, come la salute e i diritti sessuali e riproduttivi vengano spesso messi da parte a favore di altre priorità. **Problemi simili si verificano perennemente nei contesti di crisi umanitaria dove sistemi sanitari carenti, mancanza di operatori sanitari qualificati, esaurimento delle scorte mediche, ma anche ambienti politici restrittivi e autoritari ostacolano un'efficace fornitura di servizi per la salute materna, sessuale, riproduttiva, infantile e adolescenziale**⁹. Pertanto, un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva deve essere parte integrante delle risposte umanitarie e deve essere incorporato nei sistemi di coordinamento e governance

⁹ Crisi umanitarie, in particolare quelle protratte come nel caso siriano, riducono l'accesso all'aborto, alle cure prenatali, alla pianificazione familiare e ad altri servizi di salute sessuale e riproduttiva, nonché ai servizi di salute mentale. Ciò aumenta i tassi e le conseguenze di gravidanze indesiderate, aborti non sicuri, infezioni trasmesse sessualmente tra cui l'HIV, complicazioni della gravidanza, aborto spontaneo, disturbo da stress post-traumatico, depressione, suicidio, violenza da parte del partner, violenza di genere e sessuale e mortalità materna e infantile. Le donne e le ragazze colpite da crisi possono sperimentare livelli più elevati di gravidanze indesiderate a causa di bisogni insoddisfatti di contraccezione.



umanitari esistenti. Intervenire per garantire l'applicazione di standard accettati a livello internazionale e promuovere attività di educazione alla salute, all'igiene, a una corretta alimentazione sono passi fondamentali da compiere per affrontare simili sfide.

IL RUOLO PRIMARIO DELL'EDUCAZIONE

In definitiva, garantire la piena realizzazione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi significa puntare sulla fornitura di servizi completi e incentrati sulle persone e sulle loro diverse esigenze, che affrontino i diversi aspetti ricompresi nella cornice della salute sessuale e riproduttiva e che siano supportati da un ambiente favorevole, sistemi sanitari di qualità e un coinvolgimento significativo della comunità anche attraverso azioni di educazione e sensibilizzazione.

In effetti, **un ruolo fondamentale è ricoperto dall'educazione che troppo spesso viene negata proprio a causa di una mancata giustizia sessuale e riproduttiva, ma che è la chiave per salvaguardare i diritti di donne e**

bambini/e e, di conseguenza, delle loro comunità. Come ormai universalmente riconosciuto, un'istruzione di buona qualità è alla base della salute e del benessere e si collega ai diritti sessuali e riproduttivi in vari modi, diretti e indiretti. Affinché le persone possano condurre una vita sana e raggiungere il pieno sviluppo, devono poter disporre delle informazioni necessarie per prevenire le malattie. Al tempo stesso, per imparare bambine, bambini e adolescenti hanno bisogno di essere ben nutriti e sani. Come evidenziato anche dalla serie del *WeWorld Index*, il raggiungimento di livelli più elevati di istruzione tra le madri migliora la nutrizione dei bambini e le generali condizioni di salute, riducendo al contempo le morti infantili prevenibili, la mortalità materna e altre malattie trasmissibili e generando un circolo virtuoso.

In questo senso, si può affermare che l'educazione è un catalizzatore per lo sviluppo e un intervento sanitario a sé stante. Nel 2015, con la *Dichiarazione di Incheon*¹⁰, l'UNESCO ha ribadito che l'educazione sviluppa le competenze, i valori e gli

¹⁰ Per leggere la Dichiarazione si veda <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656>

atteggiamenti che consentono ai cittadini e alle cittadine di condurre una vita sana e soddisfacente, prendere decisioni informate e rispondere alle sfide locali e globali. Quando non sicure, le scuole sono luoghi in cui possono avere origine alcune delle violazioni più preoccupanti in termini di diritti sessuali e riproduttivi, come l'abuso sessuale, le gravidanze precoci, la diffusione dell'HIV/AIDS e altre infezioni sessualmente trasmissibili.

Questi fenomeni tendono a influenzare negativamente il rendimento scolastico degli studenti, il tasso di frequenza e la qualità delle loro esperienze educative, portando in alcuni casi all'abbandono precoce (Hague et al., 2018). Ad esempio, è probabile che le adolescenti che rimangono incinte abbiano un livello di istruzione inferiore, in parte a causa delle politiche che consentono o impongono l'espulsione delle studentesse incinte in alcuni paesi. **Le scuole, però, svolgono al tempo stesso un ruolo molto importante nella prevenzione di questi fenomeni e nella socializzazione di bambini/e e giovani su varie questioni centrali per la loro vita, comprese le relazioni di genere e la sessualità.** Per questo

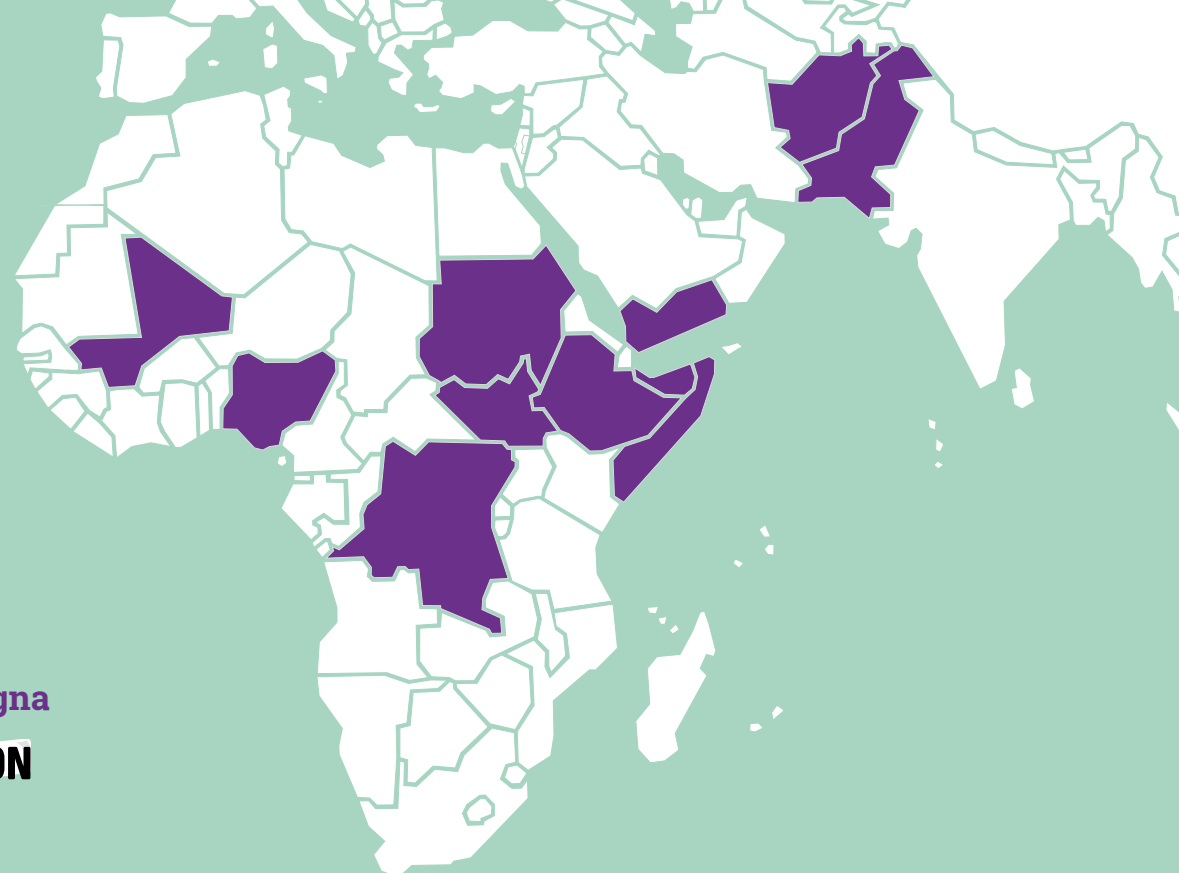
motivo, indipendentemente dal fatto che una determinata scuola fornisca educazione alla sessualità attraverso un curriculum prescritto o meno, **ogni scuola è coinvolta nell'educare i propri bambini e giovani attraverso un curriculum informale e nascosto, dato proprio dall'interazione, che consente ai suoi studenti di acquisire conoscenza e comprensione sulla**

sessualità, e negoziare la sessualità con compagni e insegnanti all'interno della comunità scolastica (Hague et al. 2018).

Ciò è ancora più vero nei contesti di emergenza, dove la scuola assume un valore quasi simbolico in quanto luogo che si apre alla comunità, garantendo salute e trasmissione di conoscenze

e buone pratiche tra generazioni. Garantire un'istruzione in contesti così drammatici ha il potere di agire in maniera trasversale limitando potenziali rischi e situazioni di pericolo per la propria salute. In questo senso, l'educazione non è solo lezione in classe, perché racchiude dimensioni trasversali e complementari:





sostiene la campagna



Il diritto all'educazione è un diritto umano fondamentale che non ammette discriminazioni o esclusioni e WeWorld è da sempre impegnata a proteggerlo e promuoverlo anche in contesti di emergenza e crisi protratte. **L'84% dei bambini, bambine e adolescenti che non frequentano la scuola oggi vive in 10 Paesi in condizioni di crisi protratta: Afghanistan, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Mali, Nigeria, Pakistan, Somalia, Sud Sudan, Sudan e Yemen.**

È a partire da questo dato che la coalizione "Campagna Globale per l'Educazione", di cui WeWorld è parte, con il sostegno delle reti di appartenenza Link2007, CINI, AOI, e delle ONG AVSI e CISP **chiede al Governo italiano di impegnarsi a proteggere e promuovere il diritto all'educazione anche in contesti di emergenza e crisi protratte**, attraverso un primo contributo di almeno **15M€ totali per i prossimi 4 anni al fondo globale delle Nazioni Unite Education Cannot Wait (ECW)**¹¹.



11 Per maggiori informazioni si veda il rapporto https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2022/11/Educazione-in-Emergenza_GCE.pdf



Salute materno-infantile

Cure pre-natali

L'accesso alle cure e all'assistenza pre-natali è un requisito fondamentale per proteggere la salute delle donne e dei loro bambini/e. **Attraverso questa forma di assistenza sanitaria preventiva, le donne possono imparare da personale sanitario qualificato quali siano i comportamenti sani da adottare in gravidanza, comprendere meglio i segnali di allarme durante la gravidanza e al momento del parto e ricevere supporto sociale, emotivo e psicologico in questa fase delicata della loro vita.** In particolare, nei paesi in via di sviluppo in cui non vi sono solidi sistemi sanitari e una **“cultura della cura”**, i servizi prenatali consentono alle donne di accedere anche all'integrazione di micronutrienti, al trattamento dell'ipertensione per prevenire l'eclampsia¹² e all'immunizzazione contro il tetano, ma anche a test HIV e farmaci per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio (UNICEF, 2022a).



Nel mondo, la maggior parte delle donne ha accesso a **cure prenatali** qualificate **almeno una volta** prima del parto, ma **solo il 66%** riceve **quattro controlli prenatali**

(UNICEF, 2022a)

¹² L'eclampsia è una grave patologia che può sorgere durante la gravidanza, caratterizzata da convulsioni, ed è potenzialmente letale.

PERCENTUALE DI DONNE TRA I 15-49 ANNI CHE HANNO RICEVUTO ALMENO UNA O ALMENO QUATTRO VISITE PRENATALI (2015-2021)

Dati aggiornati al 2021. Fonte UNICEF, 2022.
La classificazione delle aree geografiche segue quella riportata nel database globale di UNICEF.



Le differenze nell'accesso ai controlli prenatali



Nonostante i progressi compiuti, vi sono ancora grandi disparità nelle possibilità che le donne hanno di ricevere quattro controlli prenatali (il numero consigliato dall'OMS per garantire un corretto monitoraggio dello sviluppo del feto e delle condizioni della donna).

Da non trascurare, inoltre, sono le differenze interne ai paesi stessi: **le donne che vivono nelle aree urbane hanno maggiori probabilità di ricevere almeno quattro controlli prenatali rispetto a quelle che vivono nelle aree rurali, con un divario urbano-rurale di 22 punti percentuali** (rispettivamente 78% e 56%) (UNICEF, 2022a).

Inoltre, **la copertura delle cure prenatali aumenta con la ricchezza, con le donne nel quintile più ricco che hanno il doppio delle probabilità di ricevere almeno quattro visite rispetto a quelle nel quintile più povero, con un divario di 34 punti percentuali** (rispettivamente 77% e 43%) (ibid.).



A livello globale, **tra i 48 e i 186 milioni di persone** sono affette da **infertilità**

(WHO, 2020a)

L'infertilità

L'infertilità è una condizione dell'apparato riproduttivo maschile o femminile definita dall'impossibilità di concepire dopo 12/24 mesi o più di rapporti sessuali mirati non protetti. L'infertilità colpisce milione di persone nel mondo: stime suggeriscono che, a livello globale, **tra i 48 e i 186 milioni di persone sono affette da infertilità** (WHO, 2020a). **Occuparsi di infertilità significa garantire un basilare diritto umano:** ogni essere umano ha, infatti, il diritto di godere dei più alti standard di salute fisica e mentale. Ciascuno dovrebbe poter decidere quanti figli/e avere e quando, e la condizione di infertilità impedisce la realizzazione di questo diritto basilare: il diritto a formare una famiglia.

L'infertilità è spesso connessa a discriminazioni di genere. Infatti, sebbene le donne possano soffrire di infertilità tanto quanto gli uomini, all'interno di una coppia che ha difficoltà a concepire un figlio **vi è la tendenza a percepire la donna come causa del problema, a prescindere dal fatto che soffra di infertilità o meno.** Questo può avere impatti sociali particolarmente negativi sulle coppie infertili, specie sulle donne, che si trovano a vivere situazioni di violenza, divorzio, stigma, stress emotivo, depressione, ansia e scarsa autostima (ibid.). In alcuni contesti culturali in cui la possibilità di concepire, e di conseguenza avere molti figli/e, ha un alto valore sociale, la paura di non essere fertili può scoraggiare uomini e donne dall'utilizzare metodi contraccettivi. In simili contesti, è essenziale intervenire con campagne e progetti di informazione, sensibilizzazione e educazione per comprendere quali siano le cause e gli stili di vita errati che possono essere alla base dell'infertilità.



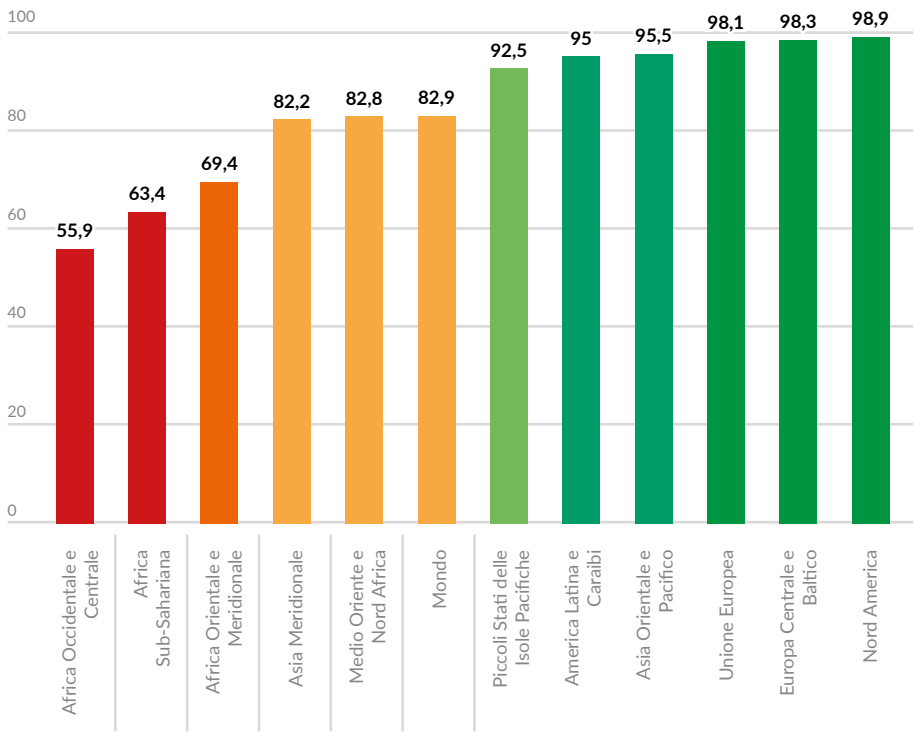
© Michele Lapini

Il momento del parto

Ogni donna dovrebbe avere accesso a cure qualificate durante la gravidanza e al momento del parto, per garantire l'individuazione e la gestione di eventuali complicanze. Eppure, **ogni due minuti, una donna muore per cause legate alla gravidanza o al parto** (WHO, 2023a). Altri 8 milioni o più di donne sperimentano conseguenze sulla salute per il resto della vita a causa delle complicazioni legate alla gravidanza. **Ogni donna, a prescindere dalla condizione economica in cui si trova, corre un rischio del 15% di vivere complicanze al momento del parto, ma nelle regioni più sviluppate ciò non comporta quasi mai decessi materni** (ibid.). Nei paesi in via di sviluppo, la vita di molte donne potrebbe essere salvata da semplici interventi di salute riproduttiva, come la presenza di personale sanitario qualificato al momento del parto (WHO, 2018a).

PARTI ASSISTITI DA PERSONALE MEDICO QUALIFICATO (% totale)

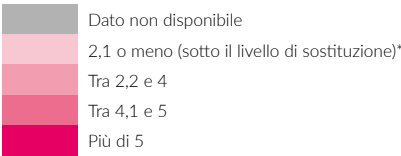
Dati aggiornati al 2019. Fonte World Bank, 2022.
La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.



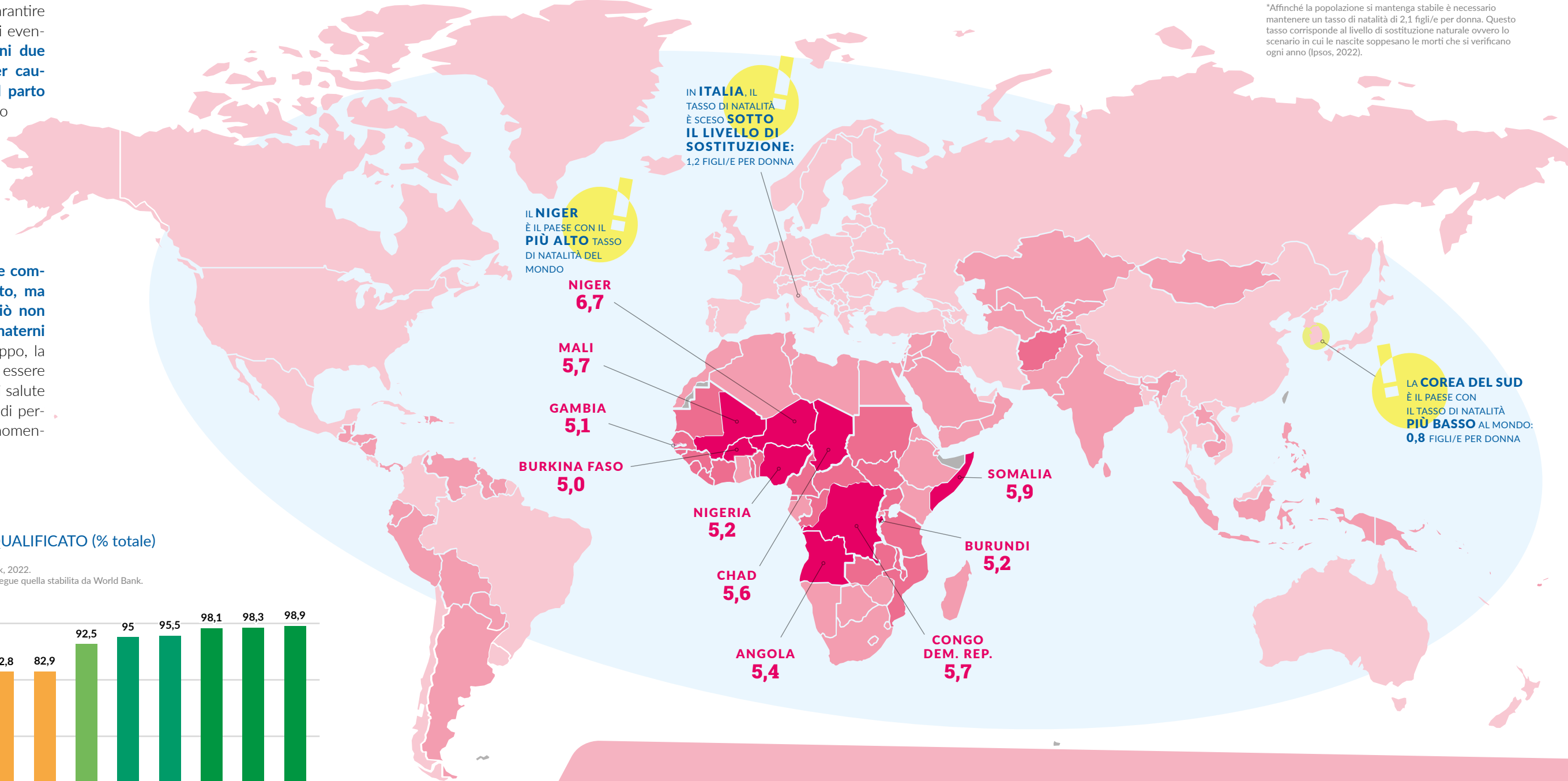
IL TASSO DI FECONDITÀ

Dati aggiornati al 2020. Fonte World Bank, 2022.
La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.

NUMERO MEDIO DI FIGLI/E PER DONNA



*Affinché la popolazione si mantenga stabile è necessario mantenere un tasso di natalità di 2,1 figli/e per donna. Questo tasso corrisponde al livello di sostituzione naturale ovvero lo scenario in cui le nascite soppesano le morti che si verificano ogni anno (Ipsos, 2022).



Il rischio di fistola ostetrica



La **fistola ostetrica** è una delle lesioni più gravi che una donna può subire durante il parto. La lesione, che può verificarsi tra la vagina e il retto, l'uretra o la vescica, può essere causata da un travaglio prolungato e difficoltoso, o privo di accesso a cure mediche tempestive e di alta qualità. La fistola ostetrica può provocare perdite di urina, feci o entrambe, e spesso porta a problematiche mediche croniche, ma anche a depressione e isolamento sociale (UNFPA, 2023a). Si stima che **nel mondo circa 2 milioni di donne e ragazze vivano una simile condizione, con 50.000-100.000 nuovi casi che si sviluppano ogni anno** (WHO, 2018b). Eppure, la fistola ostetrica è quasi interamente

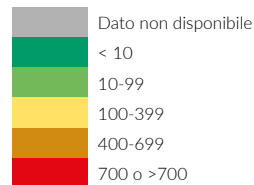
prevenibile. Il fatto che, tuttora, così tante persone nel mondo ne siano vittime è indice di gravi disuguaglianze e di sistemi sanitari ancora inadeguati a proteggere la salute e i diritti umani delle donne e delle ragazze più vulnerabili (UNFPA, 2023a). **La fistola ostetrica è strettamente legata a forme di violenza che donne, bambine e ragazze continuano a subire.** Infatti, questa lesione può essere evitata posticipando l'età della prima gravidanza (le gravidanze precoci sono quasi sempre legate a matrimoni precoci); non sottoponendo bambine e ragazze a pratiche tradizionali lesive, come le mutilazioni genitali; e garantendo un pronto e tempestivo accesso alle cure ostetriche (WHO, 2018b).



LA MORTALITÀ MATERNA

Dati aggiornati al 2020. Fonte WHO, 2023.
La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

MORTI OGNI 100.000 NATI VIVI



Nel 2000 il tasso di mortalità materna globale era di **339 morti** ogni 100.000 nati vivi. **Nel 2020** è sceso a **223**

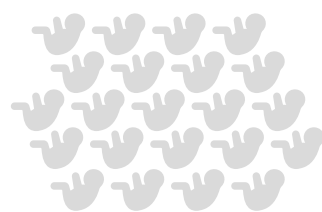
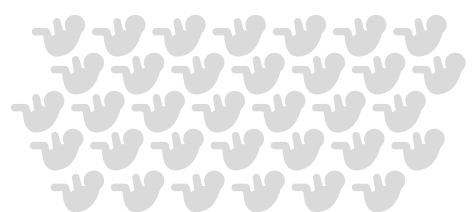
(WHO, 2023)

2000

339

2020

223



La violenza ostetrica

Il termine violenza ostetrica si riferisce a una serie di comportamenti adottati dalle strutture e dai professionisti che si occupano di salute riproduttiva e sessuale delle donne, e che possono essere particolarmente dannosi per le donne e i loro figli/e¹³. Tra questi, ad esempio, **si annoverano l'eccesso di interventi medici non necessari o senza consenso, e la noncuranza per la salute mentale e l'autodeterminazione delle donne**. Il parto costituisce un'esperienza significativa, che molte donne definiscono trasformativa e fondante, e che ciascuna ha il diritto di vivere secondo il proprio modo di essere e di sentire. Il termine è stato coniato, e il fenomeno riconosciuto, per la prima volta in Venezuela nel 2007 in una legge sul diritto delle donne a non subire

13 In particolare, l'OMS raccomanda che **in assenza di una precisa indicazione medica**, siano da evitare: il clistere; la depilazione; la rottura delle membrane; la posizione obbligata durante travaglio e parto; il digiuno e il divieto di bere; l'episiotomia (il taglio del perineo); le spinte sulla pancia (manovra di Kristeller); il taglio precoce del cordone ombelicale. Per consultare le Raccomandazioni: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf>

violenza. **Nel 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rilasciato un documento in cui viene esplicitato come in tutto il mondo molte donne facciano esperienza di trattamenti irrispettosi e abusanti durante il parto**¹⁴. Oltre ai possibili danni fisici, la violenza ostetrica può causare anche danni psicologici i cui effetti possono influire negativamente anche nella relazione madre-figlio (WHO, 2014). Aver subito pratiche invasive, il non essere stata informata, l'essere stata trattata con poco rispetto, può far vivere il travaglio e il parto come momenti traumatici e questa esperienza può portare la donna a provare sentimenti di svalutazione e auto-colpevolizzazione per non essere stata in grado di far valere le proprie richieste. In Italia, si è cominciato a parlare di violenza ostetrica nel 1972 con la campagna **"Basta tacere"**, promossa da alcuni collettivi femministi di

14 Per maggiori informazioni si veda https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf?jsessionid=4419156F967A-50EFD1D78625F57A1D39?sequence=17

Ferrara. In quell'occasione, molte donne iniziarono a raccontare storie di abusi e maltrattamenti subiti durante il parto o la gravidanza¹⁵. La campagna è stata poi ripresa nel 2016, dando vita all'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica. Un'indagine promossa nel 2017 dallo stesso Osservatorio ha rilevato che **su 5 milioni di donne che hanno partorito tra il 2003 e il 2017 circa un quinto dichiara di aver vissuto un'esperienza di violenza ostetrica**¹⁶. Nel gennaio 2023, il dibattito è stato riaperto a seguito di un caso di cronaca verificatosi all'ospedale Pertini di Roma, dove un neonato di tre giorni è stato trovato morto. L'ipotesi è che il bambino possa essere rimasto soffocato dopo che la madre si era addormentata durante l'allattamento (Il Post, 2023). La donna ha raccontato di essersi vista negare supporto dal personale sanitario

15 Per maggiori informazioni si veda <https://ovoitalia.wordpress.com/bastatacere/#:~:text=%E2%80%9CBasta%20tacere%3A%20le%20madri%20hanno,rispetto%20nell'assistenza%20alla%20nascita.>

16 Si veda <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>

dopo aver chiesto, a più riprese, che il bambino venisse trasferito al nido per permetterle di riposare dopo un parto lungo e difficoltoso. In questo caso specifico, la violenza ostetrica riguarderebbe il rifiuto del personale sanitario di offrire alla donna l'aiuto richiesto (ibid.). **Il caso ha sollevato un'ondata di proteste, che è presto stata ribattezzata il "Me Too della violenza ostetrica", con migliaia di donne che hanno raccontato le loro storie online e avviato una petizione**¹⁷. Questo ha poi portato un team di professioniste, influencer e attiviste della maternità a fondare il movimento #Ancheame contro la violenza ostetrica e ginecologica. Tra gli obiettivi del movimento vi è quello di ideare e sottoporre all'attenzione dei decisori politici una proposta di legge sul tema.

17 Si veda https://www.repubblica.it/cronaca/2023/01/25/news/neonato_pertini_petizione_rooming_in_violenza_ostetrica-385071715/

L'AFRICA SUB-SAHARIANA RESTA LA REGIONE CON IL **TASSO DI MORTALITÀ MATERNA PIÙ ALTO** AL MONDO CON **535 MORTI** OGNI 100.000 NATI VIVI

NIGERIA
1.047

CHAD
1.063

SUDAN DEL SUD
1.223

REPUBBLICA CENTRAFRICANA
835

Ogni **due minuti una donna muore** per cause legate alla **gravidanza o al parto**

(WHO, 2023)



Cure post-natali

Il periodo post-natale, ovvero quel lasso di tempo che intercorre tra il momento immediatamente successivo alla nascita e le prime sei settimane di vita (42 giorni), è una fase critica per donne, neonati, genitori, *caregiver* e famiglie. Eppure, i tassi di mortalità e morbidità (la frequenza di malattie) materna e infantile in questo specifico periodo raggiungono ancora livelli inaccettabili (WHO, 2022a). **Più del 30%**

delle morti materne si verifica dopo il parto (UNICEF, 2020). I neonati corrono un più alto rischio di morire proprio nel primo mese di vita: **nel 2020, la media globale era di 17 morti ogni 1.000 nati vivi** (ibid.). I servizi di cura postnatale sono una componente fondamentale per assicurare il *continuum* delle cure, e una chiave per raggiungere gli SDGs in materia di salute riproduttiva, materna e infantile. Eppure, la

copertura e la qualità di questi servizi sono ancora scarse. **La durata dei periodi di degenza post-parto nelle strutture sanitarie varia ampiamente tra i diversi paesi e quote significative di donne e bambini/e non ricevono adeguate cure postnatali nelle prime 24 ore dopo il parto** (Campbell et al., 2016).

Donne e neonati necessitano di un monitoraggio continuo e di un attento

supporto dopo la nascita. **L'assistenza di base per tutti i neonati dovrebbe includere la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno precoce ed esclusivo (qualora possibile), mantenendo il bambino al caldo, aumentando la frequenza di lavaggio delle mani e potenziando l'igiene e la cura della pelle.** È, inoltre, fondamentale identificare tempestivamente le

condizioni che potrebbero richiedere cure aggiuntive e consigliare quando è necessario portare un neonato in una struttura sanitaria. **Le famiglie dovrebbero essere consigliate su come identificare potenziali segnali di pericolo, su come comprendere di quali cure hanno bisogno sia la donna che il neonato e come raggiungere i servizi sanitari preposti quando necessario.**

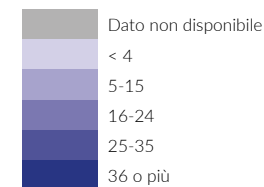
La promozione di uno stile di vita sano con una buona alimentazione, l'individuazione e la prevenzione delle malattie, il sostegno alle donne che potrebbero subire violenze da parte del partner e la garanzia dell'accesso alla salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare post partum, sono altrettanto fondamentali per un'assistenza postnatale di qualità.



LA MORTALITÀ NEONATALE

L'indicatore si riferisce alle morti registrate nei primi 28 giorni di vita. I dati sono aggiornati al 2020.
Fonte: World Bank, 2023. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.

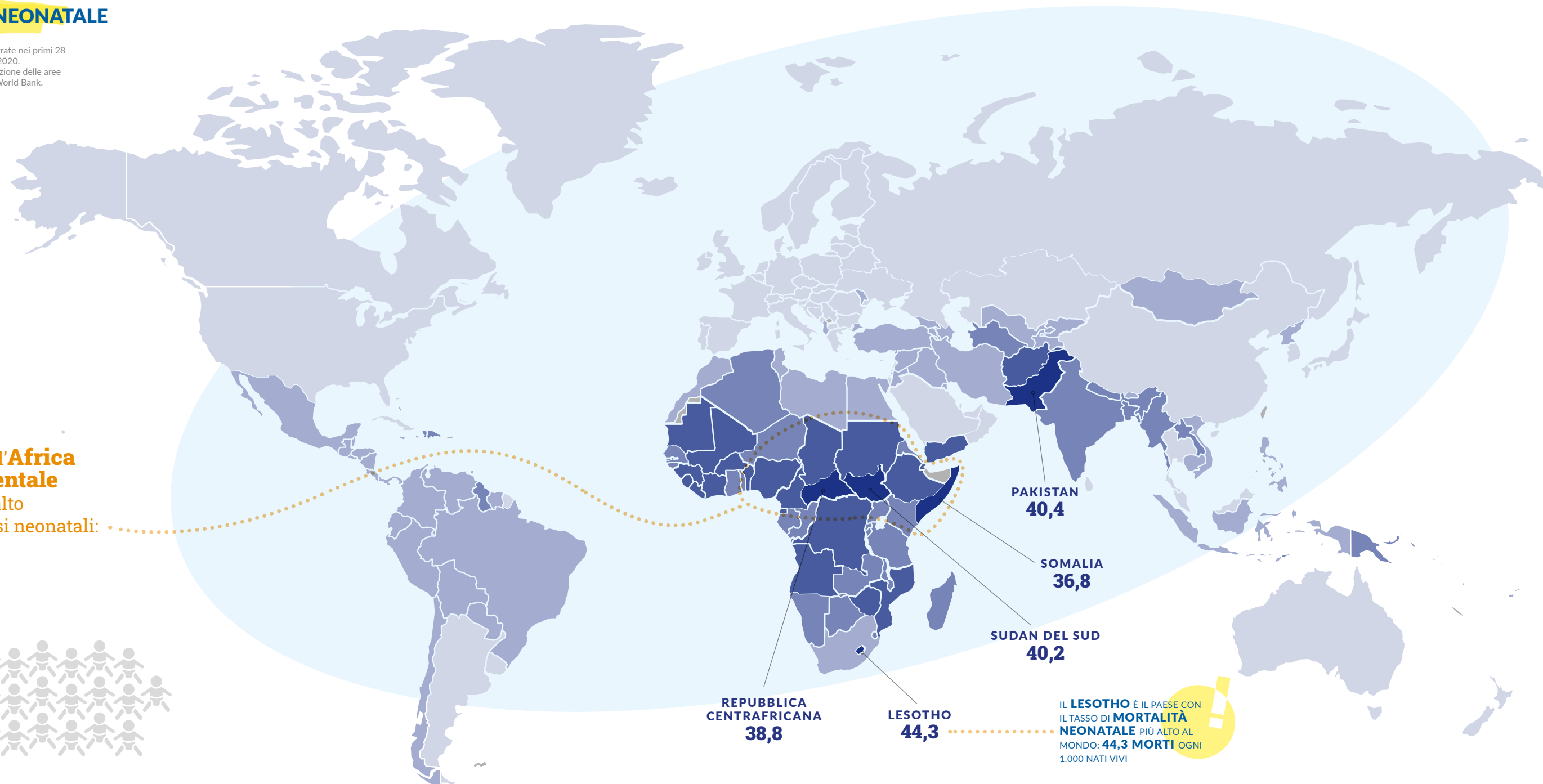
MORTI OGNI 1.000 NATI VIVI



Nella regione dell'**Africa Centro Occidentale** si registra il più alto numero di decessi neonatali:

31

ogni 1.000 nati vivi



IL **LESOTHO** È IL PAESE CON IL TASSO DI **MORTALITÀ NEONATALE** PIÙ ALTO AL MONDO: **44,3 MORTI** OGNI 1.000 NATI VIVI



Circa **1 donna su 5** sperimenterà un **problema di salute mentale durante la gravidanza o poco dopo il parto**

(UNFPA, 2022b)

La depressione post partum

Evidenze empiriche dimostrano che le donne e le loro famiglie chiedono e hanno bisogno di vivere un'esperienza postnatale positiva che le aiuti a superare le immense sfide fisiche ed emotive che si verificano prima, durante, ma soprattutto dopo la nascita dei loro bambini/e. Per questo motivo, i servizi postnatali dedicati dovrebbero fornire supporto tanto per la salute fisica quanto per quella mentale (UNFPA, 2022b). La depressione post partum è la condizione psicologica più comune che una donna può sperimentare dopo il parto e può avere un effetto dannoso sulla salute cognitiva e sociale non solo della diretta interessate, ma anche dell'intera famiglia. Nella fase postnatale, la probabilità di episodi depressivi può

essere doppia rispetto ad altri periodi della vita di una donna e questi spesso passano inosservati e non vengono curati, causando scompiglio nei partner e nella crescita emotiva e cognitiva di neonati e adolescenti (Wang et al., 2021). Disperazione, tristezza, nausea, cambiamenti nel sonno e nelle abitudini alimentari, diminuzione della libido, crisi di pianto, ansia, irritabilità, sensazione di isolamento, carico mentale, pensieri di ferire sé stessi e/o il bambino e persino pensieri suicidi sono segni comuni di questa forma di depressione. La depressione post partum può iniziare in qualsiasi momento entro il primo anno dopo il parto e continuare per

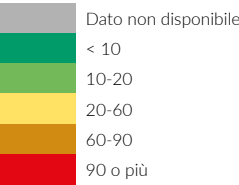
diversi anni. Questa condizione è stata riscontrata nel 17,22% della popolazione mondiale (ibid.). È stato dimostrato che questa forma di depressione è intrinsecamente legata a fattori quali il reddito e lo sviluppo dell'area geografica in cui si vive. Infatti, contrariamente a quanto si è comunemente portati a pensare, il fenomeno non riguarda solo i paesi sviluppati: il tasso di incidenza più alto è stato riscontrato in Africa meridionale (39,96%) (ibid.).



LA MORTALITÀ INFANTILE SOTTO I 5 ANNI

I dati sono aggiornati a fine 2020.
Fonte: World Bank, 2022.
La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.

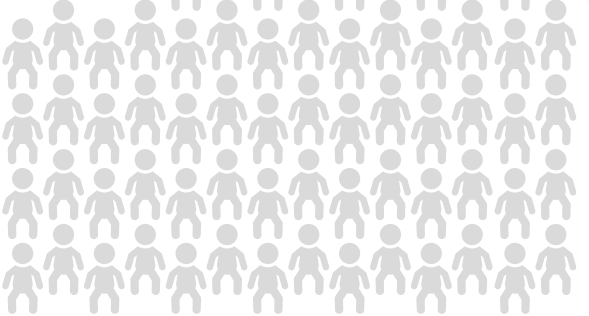
MORTI OGNI 1.000 NATI VIVI



Nei paesi afflitti da situazioni di fragilità e crisi protratte si registra in media un tasso di mortalità infantile di

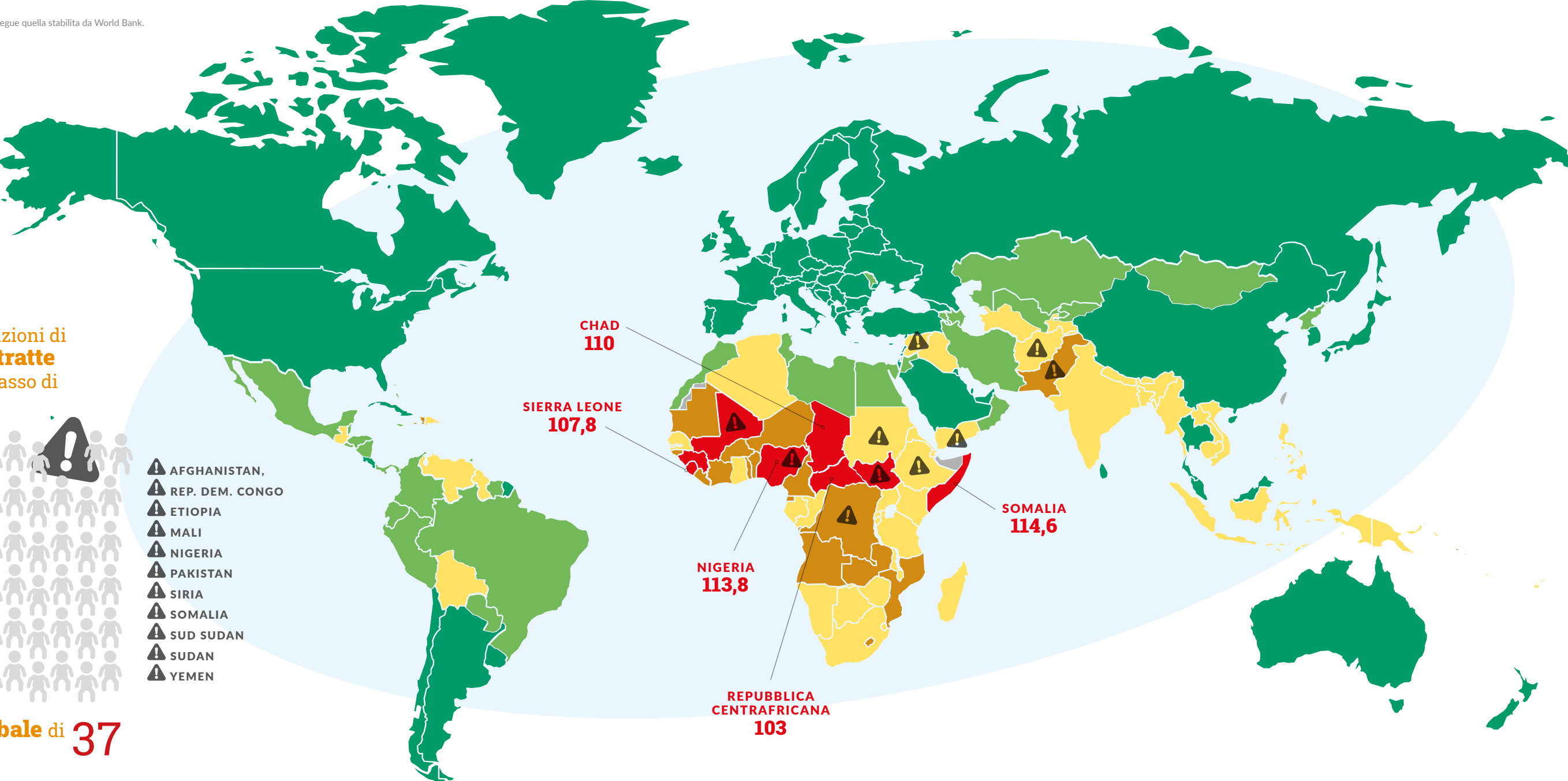
75

ogni 1.000 nati vivi



contro una **media globale di 37**

(World Bank, 2023)



I primi 1.000 giorni

I primi 1.000 giorni - il periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino/a - costituiscono una fase di enorme potenziale, in cui vengono stabilite le basi per una salute e uno sviluppo ottimali lungo tutto l'arco della vita, ma anche di enorme vulnerabilità. In questo arco temporale, la qualità delle cure e della nutrizione delle madri e dei loro figli/e ha un profondo impatto sulla capacità di un bambino/a di crescere, imparare e svilupparsi pienamente. **Questo perché, nei primi 1.000 giorni, il cervello di un bambino/a inizia a crescere e svilupparsi e vengono costruite le basi della sua salute per tutta la vita** (UNICEF, 2017; WHO Nurturing Care Framework, 2020; Rice, 2022).

La ricerca nei campi delle neuroscienze, della biologia e dello sviluppo della prima infanzia fornisce diverse evidenze su come l'alimentazione, le interazioni e l'ambiente in cui si vive nei 1.000 giorni modellino i risultati e le condizioni di vita future (Rice, 2022). **La nutrizione, in particolare, gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo di un bambino/a e, di conseguenza, nella capacità della sua comunità e del suo paese di prosperare.** Una cattiva alimentazione nei primi 1.000 giorni può causare danni irreversibili al cervello in crescita di un bambino/a, compromettendo la sua capacità di andare bene a scuola e guadagnarsi da vivere e rendendo più difficile uscire dalla povertà (UNICEF, 2017). Un'alimentazione non adeguata o carente può anche porre le basi di una successiva obesità, diabete e altre malattie croniche (cfr. *WeWorld Index* 2017). Le evidenze dimostrano che è molto più efficace sostenere lo sviluppo del cervello in primo luogo prevenendo i deficit nutrizionali, piuttosto che dipendere dalla terapia sostitutiva una volta che si è registrato un deficit. **Ciò richiede di intervenire, innanzitutto, con azioni preventive a partire da una migliore alimentazione per le adolescenti e le giovani donne prima, durante e dopo la gravidanza.**

Altre misure fondamentali riguardano: l'adozione tempestiva dei servizi di prevenzione della trasmissione verticale (PMTCT) da parte delle donne incinte sieropositive e dei loro bambini/e; screening per la tubercolosi e mantenimento in cura; allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita; fornitura di cibo nutriente, sicuro e appropriato per integrare il latte materno man mano che il bambino/a cresce; disponibilità di acqua potabile; migliori pratiche igieniche e igienico-sanitarie; e monitoraggio regolare della crescita e dello sviluppo del bambino/a (UNICEF, 2017).

L'allattamento al seno, in particolare, è di fondamentale importanza. Alla stregua del primo vaccino, l'allattamento al seno è la prima e migliore protezione che i bambini/e hanno contro le malattie e la morte. La promozione, il sostegno e la protezione dell'allattamento al seno esclusivo fino a sei mesi costituiscono interventi di sanità pubblica ad alto impatto, che sono ben noti per ottimizzare la sopravvivenza del bambino/a e devono essere supportati da un monitoraggio regolare della crescita, dal completamento del ciclo di vaccinazioni e da un'alimentazione adeguata (ibid.). **Gli studi dimostrano che i paesi che non investono nel benessere delle donne, dei bambini e della bambine nei primi 1.000 giorni perdono miliardi di dollari a causa della minore produttività economica e dell'aumento dei costi sanitari** (Rice, 2022).



© Camilla Miliani



L'intervento di WeWorld in Burundi DARE (al)LA LUCE

A seguito della pandemia da COVID-19, in alcune regioni le condizioni di vita delle fasce più fragili sono diventate insostenibili, come in Burundi, uno dei paesi più poveri al mondo dove la malnutrizione miete ogni anno migliaia di vittime, soprattutto bambini/e. **Le madri non riescono a condurre una gravidanza sicura a causa della scarsità di cibo, di acqua potabile e di strutture sanitarie.** Queste ultime, infatti, non solo sono pochissime, ma anche inadeguate: i centri di salute locali, una sorta di ambulatori di comunità, sono sguarniti di dispositivi medici fondamentali, mentre gli ospedali con reparti ginecologici e pediatrici sono concentrati nelle poche grandi città, completamente scollegate dai villaggi. Una madre, già indebolita dalla fame, deve a volte percorrere decine di chilometri in strade sconnesse e pericolose su mezzi di trasporto non attrezzati, per raggiungere un ospedale e chiedere almeno una visita ginecologica con ecografia prima del parto, un servizio peraltro molto costoso. Se la madre ha la fortuna di dare alla luce suo figlio/a in un centro di salute, l'ambiente non sempre è sterilizzato (per scarsità di rifornimenti di medicinali e disinfettanti) e la corrente elettrica non è continuativa o presente: **può, quindi, vedersi costretta a partorire di notte alla luce di una torcia del telefonino**, quando questo è carico e disponibile.

In questo contesto, però, uno dei rischi maggiori riguarda la malnutrizione che può creare malformazioni al feto e, post-parto, compromettere l'allattamento. Nei primi anni di vita del bambino/a, la scarsità di controlli impedisce un intervento tempestivo nelle forme di malnutrizione più severa, che porta spesso alla morte. **In Burundi, il 65% dei bambini sotto i 5 anni d'età soffre di malnutrizione cronica e il tasso di mortalità nella stessa fascia di età è di 54 decessi ogni 1.000 nati vivi.** Sebbene la malnutrizione non sia l'unica causa di mortalità infantile, è certamente un fattore determinante. Questa situazione, dovuta principalmente a un consumo alimentare inadeguato ed esacerbata dalla morbidità, deriva da un insieme di cause sottostanti quali l'insufficienza strutturale e funzionale del sistema sanitario e dei servizi igienico-sanitari; un'economia agricola debolissima; la carenza di micronutrienti derivante dall'infertilità del suolo che è acuita dal cambiamento climatico; e, infine, una cultura di stampo ancora patriarcale che privilegia gli uomini a scapito di donne e bambini/e.

WeWorld è presente in Burundi dal 1994 con l'obiettivo di migliorare il servizio sanitario e il suo accesso, soprattutto nell'ambito della **maternità**, sviluppare un'economia agricola efficiente e sostenibile e rispondere ai bisogni specifici della salute della popolazione colpita da catastrofi naturali, epidemie e dalla **persistente malnutrizione**.

Con il Progetto DARE (al)LA LUCE, WeWorld vuole garantire protezione, sicurezza e mezzi di crescita autonoma alle madri e ai loro bambini/e, la cui vita è già messa a rischio nel momento del parto per mancanza di un adeguato servizio sanitario. Vittime di malnutrizione, donne e bambini/e burundesi vanno supportati per rompere la catena della fame e della povertà e per porre le basi e avviare un processo di miglioramento del benessere individuale e comunitario. Il

progetto affronta il problema della malnutrizione in tutte le sue dimensioni e cause, e affianca le donne destinatarie e i loro bambini in due percorsi fondamentali: **la maternità** (gravidanza, parto, allattamento e crescita dei figli), e **l'indipendenza**, ovvero il potenziamento delle donne in qualità di persone portatrici di pari diritti degli uomini, capaci di percepire un reddito, avere una voce, partecipare attivamente alla vita economica e politica della comunità. Per contribuire in modo sostenibile al miglioramento della sicurezza alimentare e nutrizionale di donne, bambini, bambine e della popolazione intera, e al benessere generale comune per una vita più degna e paritaria in termini di diritti, WeWorld si impegna in un programma mirato a rispondere ai bisogni fondamentali.



In questo contesto, il tema della luce è un filo conduttore importante: tra le azioni più importanti, la prima è adeguare i centri di salute perché le mamme possano **partorire in sicurezza**, ad esempio portando **energia elettrica nelle sale parto** per non dover partorire al buio e senza macchinari di emergenza in caso di urgenze. Un'altra azione fondamentale è il supporto nel contrasto alla malnutrizione ai *Parentes Lumière*, **le "mamme luce" e i "papà luce"**: sono donne e uomini scelti che vengono formati sul tema dell'alimentazione affinché seguano e aiutino tutte le famiglie della comunità ad affrontare il problema in tempo ed evitare i casi di malnutrizione più gravi. Un'ulteriore attività importante prevede che le donne vengano supportate e formate per gestire piccole attività e imprese locali, in particolare nella produzione **dei foyer amélioré, i focolari domestici "migliorati"**. Il focolare di casa, inteso come la cucina economica, è gestito dalla donna per cucinare, ma il forno comunemente usato dalle famiglie consuma molto (in quanto alimentato a legna) e libera un fumo nero particolarmente dannoso per la salute. Compito della donna, dunque, sarà non solo sensibilizzare le compagne e l'intera comunità sui vantaggi dei *foyer amélioré*, ovvero della cucina economica migliorata a basso consumo e meno inquinate, ma anche produrli e venderli.

Le donne, le bambine e i bambini raggiunti dal progetto

Il progetto DARE (AL)LA LUCE di WeWorld è attivo in 41 comuni di 7 province, raggiungendo tantissime mamme, bambine, bambini e le loro comunità.

DESTINATARI DIRETTI:

- **314.000 persone** possono usufruire dei servizi di 20 centri di salute comunitari muniti di sistemi autonomi per l'erogazione di energia, acqua, disinfettante
- **25.000 donne** possono beneficiare di un'ecografia nel centro di salute della loro stessa comunità
- **118.038 donne in gravidanza e in allattamento** e i loro bambini/e sono supportati con distribuzioni di alimenti nutrienti
- **9.821 donne con bambini/e di età compresa tra i 5 e i 6 anni** diagnosticati come malnutriti, ovvero **15.109 bambini/e**, sono supportate con distribuzioni di alimenti nutrienti
- **1.004 Mamans Lumière** ricevono formazione in tema alimentare per supportare e guidare tutta la comunità verso l'eliminazione della malnutrizione
- **1.300 artigiani, di cui oltre la metà sono donne** sono rafforzate attraverso la formazione su imprenditorialità, produzione e vendita di *foyer amélioré* e l'opportunità concreta di avviare e crescere un loro business attraverso un credito



DESTINATARI TOTALI FINALI:

- Circa **3,5 milioni** di persone residenti nei 41 comuni delle 7 province di Bujumbura, Cibitoke, Bubanza, Rumonge, Ruyigi, Rutana e Cankuzo in cui è implementato il progetto.

Politiche del **corpo**

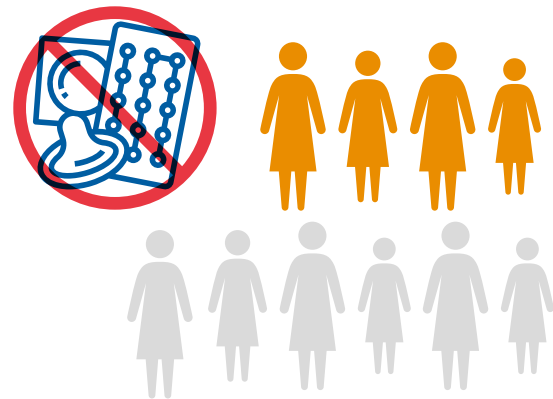


Pianificazione familiare

Il termine “**pianificazione familiare**” fa riferimento all’accesso e all’uso di strumenti (metodi contraccettivi e trattamento della fertilità, in primis) e di informazioni che consentono alle persone di avere il numero desiderato di figli/e, o di non averne, e di determinare la distanza tra le gravidanze (UNFPA, 2023b). L’accesso a una pianificazione familiare sicura e su base volontaria, compreso l’accesso all’informazione dei servizi sulla contraccezione, è un diritto umano fondamentale. Una corretta pianificazione familiare consente di ritardare le gravidanze

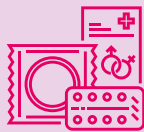
nelle ragazze adolescenti, che corrono gravi problemi di salute se esposte a gravidanze precoci, ma anche prevenirle tra le donne adulte. In questo senso, la pianificazione familiare è uno strumento essenziale per garantire parità di genere ed emancipazione femminile, e un fattore chiave per ridurre la povertà. Infatti, riducendo i tassi di gravidanze indesiderate, la pianificazione familiare può anche giovare all’istruzione delle ragazze e creare opportunità per le donne di partecipare più pienamente alla società, compresa la possibilità di avere un lavoro retribuito.

Tuttavia, nelle regioni in via di sviluppo, circa 257 milioni di donne che vogliono evitare la gravidanza non utilizzano metodi di pianificazione familiare sicuri ed efficaci, per ragioni che vanno dalla mancanza di accesso a informazioni o servizi alla mancanza di sostegno da parte dei loro partner o comunità (UNFPA, 2023b). Il numero di donne che desiderano ricorrere alla pianificazione familiare è aumentato notevolmente negli ultimi due decenni, da 900 milioni nel 2000 a quasi 1,1 miliardi nel 2020 (WHO, 2020b).



Nel mondo 4 donne su 10 impegnate in una relazione non utilizzano alcun metodo contraccettivo

(United Nations, 2022)



I metodi di contraccezione

La diffusione dei contraccettivi e il bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare sono indicatori chiave per misurare i miglioramenti nell'accesso alla salute riproduttiva, come affermato nell'Agenda 2030¹². I metodi contraccettivi moderni includono pillole contraccettive orali, impianti, sostanze iniettabili, cerotti, anelli vaginali, dispositivi intrauterini, preservativi, sterilizzazione maschile e femminile. Vi sono poi i cosiddetti “metodi naturali”, ovvero il ricorso al calendario della fertilità, l'astinenza o la fase di amenorrea durante l'allattamento (UN, 2022).

Tutti i metodi hanno controindicazioni sanitarie e pratiche e diversi meccanismi di azione ed efficacia nella prevenzione di gravidanze indesiderate. L'efficacia dei metodi è misurata dal numero di gravidanze per 100 donne che ricorrono a quel metodo all'anno. I metodi sono classificati in base alla loro efficacia per uso comune in: molto efficace (0-0,9 gravidanze per 100 donne); efficace (1-9 gravidanze ogni 100 donne); moderatamente efficace (10-19 gravidanze ogni 100 donne); meno efficace (20 o più gravidanze ogni 100 donne) (ibid.).

12 Più precisamente nell'ambito dell'obiettivo 3.7 “Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, anche per la pianificazione familiare, l'informazione e l'istruzione, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali”.

Azione ed efficacia dei diversi metodi contraccettivi*

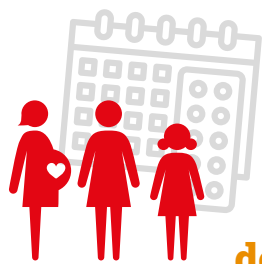
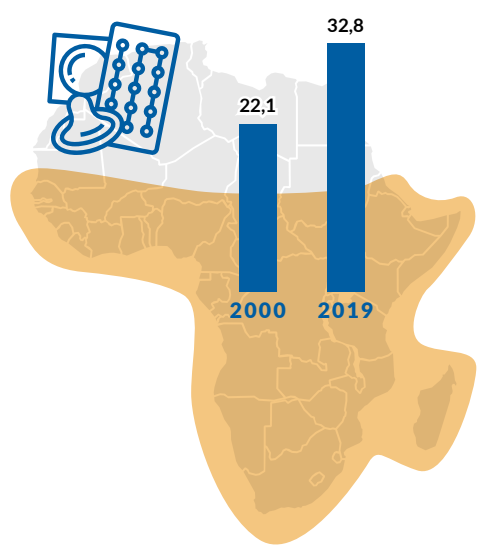
*Riproduzione WeWorld da World Contraception Use, UN 2022

METODO	COME FUNZIONA	EFFICACIA: Gravidanze ogni 100 donne all'anno per uso corretto e sistematico	EFFICACIA: Gravidanze ogni 100 donne all'anno per uso comune
La “pillola” o pillola contraccettiva orale combinata (COC)	Previene il rilascio degli ovuli dalle ovaie (ovulazione)	0,3	7
La “minipillola” o pillola con solo progestinico (POP)	Ispezisce la mucosa cervicale per bloccare l'incontro tra spermatozoi e ovuli e previene l'ovulazione	0,3	7
Impianto sottocutaneo	Ispezisce la mucosa cervicale per bloccare l'incontro tra spermatozoi e ovuli e previene l'ovulazione	0,1	0,1
Progestinico iniettabile	Ispezisce la mucosa cervicale per bloccare l'incontro tra spermatozoi e ovuli e previene l'ovulazione	0,2	4
Iniezioni mensili o contraccettivi iniettabili combinati (CIC)	Previene il rilascio degli ovuli dalle ovaie (ovulazione)	0,05	3
Cerotto contraccettivo o anello vaginale	Previene il rilascio degli ovuli dalle ovaie (ovulazione)	0,3 (per cerotto) 0,3 (per anello vaginale)	7 (per cerotto) 7 (per anello vaginale)
Dispositivo intrauterino (IUD) al rame	Il componente di rame danneggia lo sperma e gli impedisce di incontrare l'uovo	0,6	0,8
Dispositivo intrauterino (IUD) levonorgestrel	Ispezisce la mucosa cervicale per bloccare l'incontro tra spermatozoi e ovuli	0,5	0,7
Preservativo maschile	Forma una barriera per impedire l'incontro tra spermatozoi e ovuli	2	13
Preservativo femminile	Forma una barriera per impedire l'incontro tra spermatozoi e ovuli	5	21
Sterilizzazione maschile (vasectomia)	Mantiene lo sperma al di fuori del seme eiaculato	0,1	0,15
Sterilizzazione femminile (chiusura delle tube)	Gli ovuli sono bloccati dall'incontro con lo sperma	0,5	0,5
Metodo dell'amenorrea lattazionale (LAN)	Previene il rilascio degli ovociti dalle ovaie (ovulazione)	0,9 (in sei mesi)	2 (in sei mesi)
Metodo dei giorni standard (SDM)	Previene la gravidanza evitando il sesso vaginale non protetto durante i giorni più fertili.	5	12
Metodo della temperatura corporea basale	Previene la gravidanza evitando il sesso vaginale non protetto durante i giorni più fertili.	Tassi di efficacia affidabili non sono disponibili	Tassi di efficacia affidabili non sono disponibili
Metodo dei due giorni	Previene la gravidanza evitando il sesso vaginale non protetto durante i giorni più fertili.	4	14
Metodo sintotermico	Previene la gravidanza evitando il sesso vaginale non protetto durante i giorni più fertili.	<1	2
Pillola contraccettiva di emergenza (ulipristal acetato 30 mg o levonorgestrel 1.5 mg)	Previene o ritarda il rilascio di ovociti dalle ovaie. Per prevenire la gravidanza, la pillola deve essere presa fino a un massimo di 5 giorni dopo il rapporto sessuale non protetto	< 1 per l'ulipristal acetato 1 per la pillola progestinica 2 per la pillola estro-progestinica	Tassi di efficacia affidabili non sono disponibili
Metodo del calendario	La coppia previene la gravidanza evitando il sesso vaginale non protetto durante il 1° e l'ultimo giorno fertile stimato, astenendosi o usando il preservativo.	Tassi di efficacia affidabili non sono disponibili	15
Coito interrotto	L'uomo cerca di eiaculare al di fuori del corpo della donna	4	20

La percentuale di donne in età riproduttiva che vede il proprio bisogno di pianificazione familiare soddisfatto da metodi contraccettivi moderni è aumentata gradualmente negli ultimi decenni, **passando dal 73,6% nel 2000 al 76,8% nel 2020** (ibid.). Le ragioni di questo lento aumento includono: **scelta limitata dei metodi a disposizione; accesso limitato ai servizi, in particolare tra le persone più giovani e povere; paura o esperienza di effetti collaterali; opposizione culturale o religiosa; scarsa qualità dei servizi disponibili; pregiudizi di utenti e fornitori nei confronti di alcuni metodi; e barriere di genere nell'accesso ai servizi.** Nel 2019, si stimava che **tra gli 1,1 e gli 1,9 miliardi di donne in età riproduttiva (15-49 anni) in tutto il mondo avessero bisogno di accedere a servizi di pianificazione familiare; di queste, 842 milioni utilizzavano metodi contraccettivi e 270 milioni esprimevano un bisogno insoddisfatto di contraccezione** (ibid.).

 PERCENTUALE DI DONNE IN ETÀ RIPRODUTTIVA (15-49 ANNI) IMPEGNATE IN UNA RELAZIONE CHE UTILIZZANO UN QUALSIASI METODO CONTRACCETTIVO IN AFRICA SUB-SAHARIANA

Dati aggiornati al 2019. Fonte: World Bank, 2022. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.

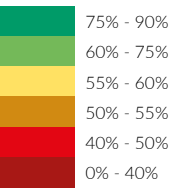


Tra gli 1,1 e gli 1,9 miliardi di donne in età riproduttiva (15-49 anni) in tutto il mondo hanno bisogno di accedere a servizi di pianificazione familiare

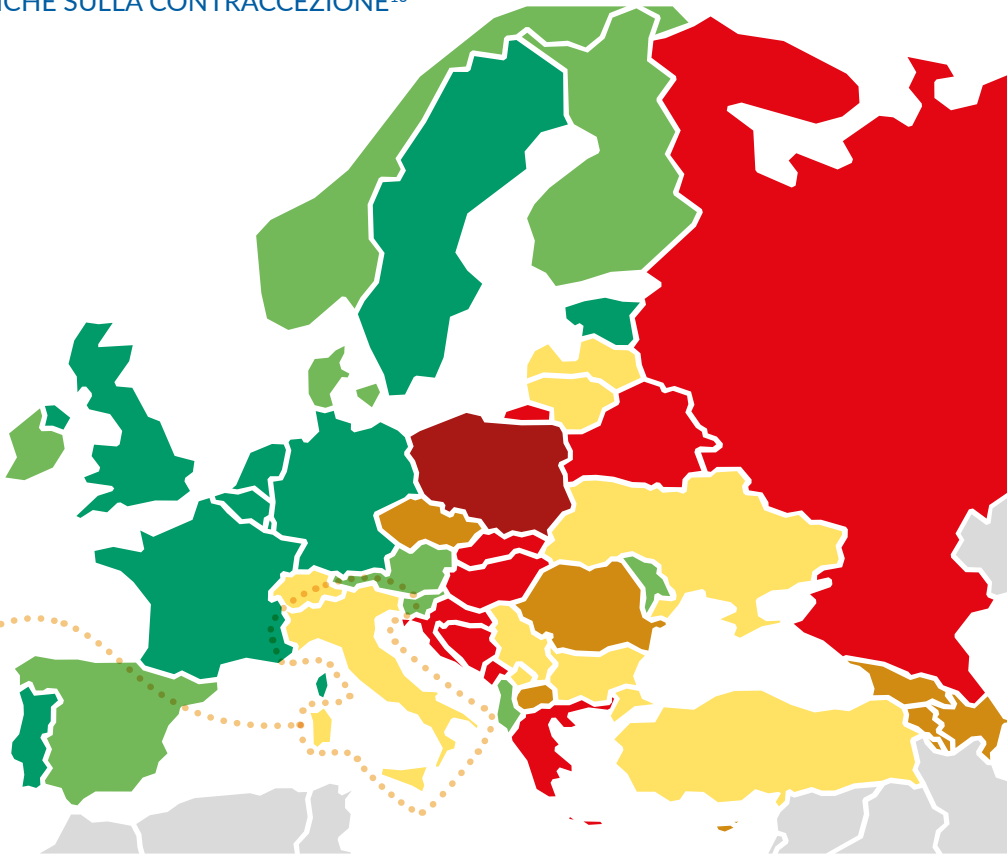
(UN, 2022)

 ATLANTE EUROPEO DELLE POLITICHE SULLA CONTRACCEZIONE¹³
Dati aggiornati al 2021. Riproduzione WeWorld

PUNTEGGI PERCENTUALI RIGUARDANTI L'ACCESSO ALLA CONTRACCEZIONE



L'ITALIA È ANCORA INDIETRO NELL'ACCESSO ALLA CONTRACCEZIONE, OCCUPANDO LA 22ESIMA POSIZIONE IN CLASSIFICA



13 L'Atlante europeo delle politiche sulla contraccezione è una mappa che attribuisce punteggi riguardanti la moderna contraccezione a 45 paesi dell'Europa geografica. Le classifiche sono basate sull'accesso ai contraccettivi, sul counseling e sulla informazione online. Per maggiori informazioni si veda https://www.epfiweb.org/sites/default/files/2022-02/CCeptionInfoA3_EN%202022%20v10.pdf



L'aborto sicuro

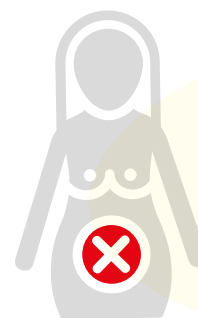


LE LEGGI SULL'ABORTO NEL MONDO*

Dati aggiornati al 2022. Fonte WALM, 2022

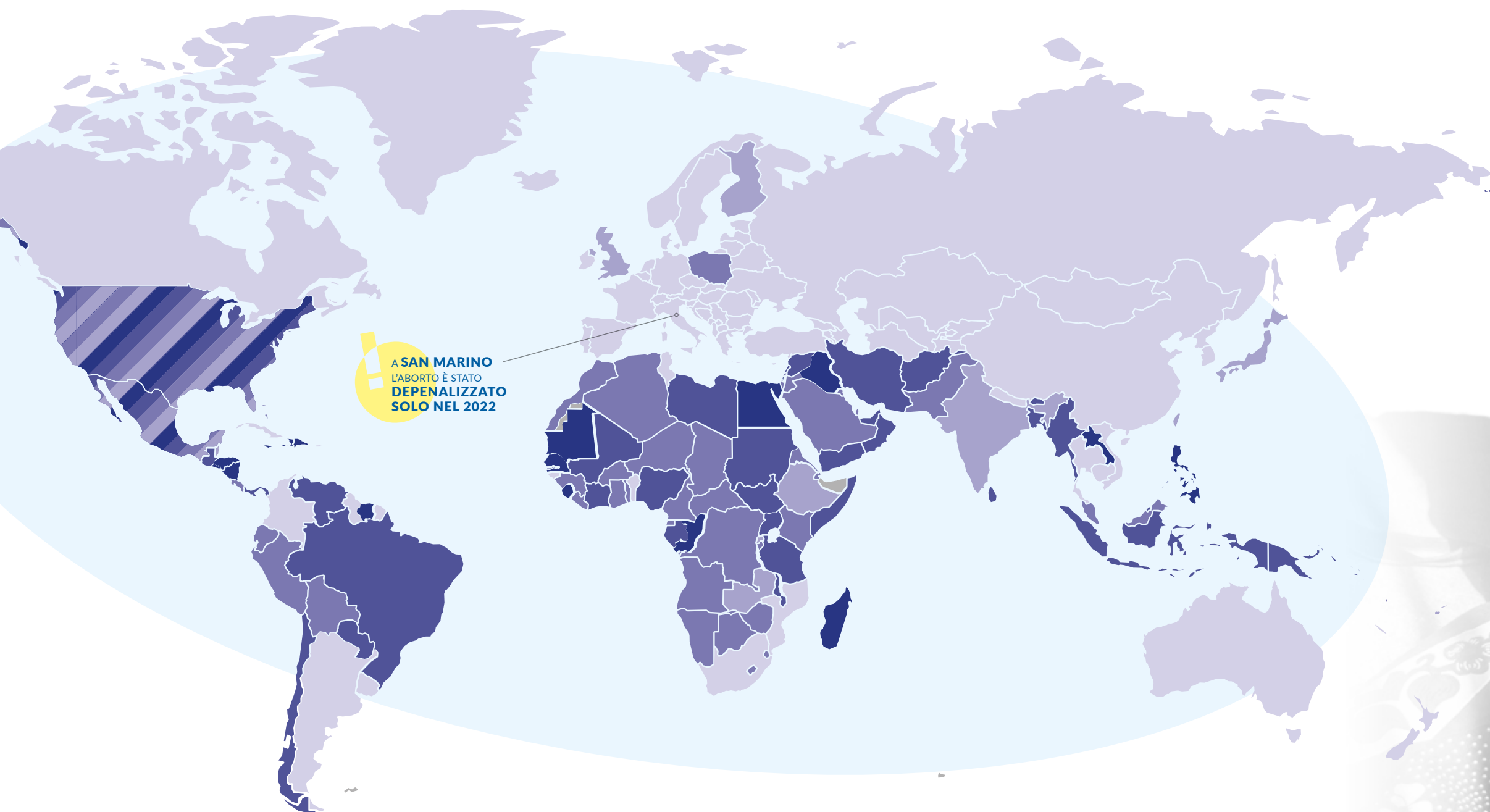
LEGENDA

	Vietato in qualsiasi circostanza
	Per salvare la vita della donna
	Per salvaguardare la salute della donna
	Per ragioni socioeconomiche
	Su richiesta (con limiti gestazionali)
	Dato non disponibile



Nel 2022, **91 milioni di donne** vivono in uno dei **23 paesi** in cui **l'aborto è proibito** in qualsiasi circostanza

(WALM, 2022)



*Nel caso del Messico e degli Stati Uniti le leggi sull'aborto variano a livello statale dalla 2° categoria (per salvare la vita della donna) alla 5° (aborto su richiesta ma con limiti gestazionali). Per maggiori informazioni si veda <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>





CIRCOSTANZE PARTICOLARI CHE AMMETTONO L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Informazioni aggiornate al 2022. Fonte Center for Reproductive Rights, 2023

Aborto permesso in caso di stupro	Brasile; Cile; Costa d'Avorio; Gabon; Mali; Panama; Sudan; Angola; Bolivia; Botswana; Burkina Faso; Camerun; Repubblica Centro Africana; Chad; Repubblica Democratica del Congo; Ecuador; ESwatini; Ghana; Guinea; Israele; Lesotho; Liberia; Liechtenstein; Mauritius; Monaco; Namibia; Nauru; Polonia; Saint Lucia; Seychelles; Togo; Zimbabwe; Barbados; Etiopia; Fiji; Finlandia; Hong Kong; India; Giappone; Rwanda; Saint Vincent & Grenadine; Taiwan
Aborto permesso in caso di incesto	Bhutan; Gabon; Mali; Angola; Bolivia; Botswana; Burkina Faso; Repubblica Centro Africana; Chad; Repubblica Democratica del Congo; Eritrea; ESwatini; Ghana; Guinea; Israele; Lesotho; Liberia; Mauritius; Monaco; Namibia; Nauru; Polonia; Saint Lucia; Seychelles; Togo; Zimbabwe; Barbados; Etiopia; Fiji; Hong Kong; India; Rwanda; Saint Vincent & Grenadine; Taiwan
Aborto permesso in caso di compromissione del feto	Gabon; Gambia; Iran; Emirati Arabi Uniti; Angola; Botswana; Burkina Faso; Repubblica Centro Africana; Chad; Repubblica Democratica del Congo; ESwatini; Ghana; Guinea; Israele; Kuwait; Lesotho; Liberia; Mauritius; Monaco; Namibia; Nauru; Niger; Qatar; Seychelles; Togo; Zimbabwe; Barbados; Belize; Fiji; Gran Bretagna; Hong Kong; India; Rwanda; Saint Vincent & Grenadine; Taiwan; Zambia
Richiesta autorizzazione del coniuge	Indonesia; Siria; Emirati Arabi Uniti; Yemen; Repubblica Centro Africana; Guinea Equatoriale; Kuwait; Marocco; Arabia Saudita; Giappone; Taiwan; Turchia
Richiesta autorizzazione da parte dei genitori	Panama; Siria; Timor-Leste; Emirati Arabi Uniti; Angola; Guinea Equatoriale; Kuwait; Liechtenstein; Mauritius; Polonia; Arabia Saudita; Barbados; Fiji; India; Rwanda; Taiwan; Albania; Armenia; Bosnia-Erzegovina; Cambogia; Croazia; Cuba; Repubblica Ceca; Danimarca; Georgia; Grecia; Kosovo; Lituania; Lettonia; Moldavia; Montenegro; Norvegia; Portogallo; Repubblica della Macedonia del Nord; San Marino; Serbia; Repubblica Slovacca; Slovenia; Spagna; Turchia; Uruguay
Aborto permesso su valutazioni aggiuntive quali l'età della donna o fattori indicanti la sua capacità di prendersi cura di un bambino	Bhutan; Brasile; Ecuador; Eritrea; Gabon; Ghana; Israele; Liechtenstein; Nauru; Seychelles; Finlandia
Divieto di aborto selettivo per motivazioni di genere	Cina; Kosovo; Montenegro; Nepal
La legge consente esplicitamente l'aborto solo per tutelare la salute fisica della donna	Monaco; Zimbabwe
La legge non è chiara	Palau; Isole Marshall; Micronesia
Sistema federale in cui la legge sull'aborto viene stabilita a livello statale; la classificazione in una delle 5 categorie riflette la legge che interessa il maggior numero di persone	Australia; Micronesia; Stati Uniti; Messico



PERCHÉ È IMPORTANTE GARANTIRE L'ACCESSO A UN ABORTO SICURO

L'aborto consiste in un intervento sanitario che può essere gestito efficacemente da un'ampia gamma di operatori sanitari per mezzo di farmaci o di una procedura chirurgica. Nelle prime 12 settimane di gravidanza, un aborto farmacologico può anche essere autogestito in sicurezza dalla gestante al di fuori di una struttura sanitaria (ad esempio, a casa), in tutto o in parte. Ciò richiede che la donna abbia accesso a informazioni accurate, farmaci di qualità e supporto da parte di un operatore sanitario qualificato (se ne ha bisogno o lo desidera durante il processo).

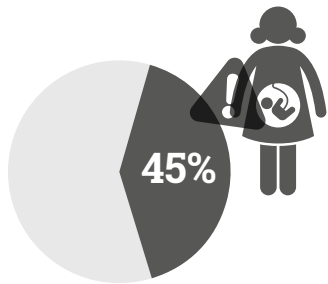
Nel 2020, l'assistenza completa all'aborto è stata inclusa nell'elenco dei servizi sanitari essenziali dall'OMS¹⁴. Un'assistenza completa all'aborto dovrebbe includere l'accesso a informazioni accurate per tutta la durata del processo, la gestione della procedura stessa e l'assistenza post-abortion. Dovrebbe, inoltre, comprendere le cure relative ad aborto spontaneo, aborto indotto (l'interruzione deliberata di una gravidanza in corso con mezzi

Di tutte le gravidanze indesiderate, 6 su 10 finisco con un aborto indotto (interruzione volontaria di gravidanza)

(WHO, 2021a)



14 Siveda<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues>



Circa il 45% di tutti gli aborti praticati nel mondo non sono sicuri, e il 97% di questi avviene nei paesi in via di sviluppo

(WHO, 2021a)

pressione sociale da parte della famiglia, della comunità, ma anche degli stessi operatori sanitari. In effetti, diverse evidenze scientifiche mostrano che sottoporsi a una procedura di aborto sicura non comporta di per sé conseguenze sulla salute mentale; al contrario, conseguenze negative sono legate a limitazioni o dinieghi nell'accesso all'aborto (Abrams, 2022).

La possibilità di accedere a un aborto sicuro, inoltre, ha importanti ricadute sociali. Questa è, infatti, collegata all'educazione delle donne, alla loro partecipazione al mercato del lavoro e al contributo positivo alla crescita del PIL. In virtù dell'intreccio esistente tra i diritti di donne e bambini/e, lo status legale dell'aborto può anche influenzare i risultati scolastici dei figli/e e i loro guadagni sul mercato del lavoro più avanti nella vita. Evidenze empiriche hanno mostrato che la legalizzazione dell'aborto, riducendo il numero di gravidanze indesiderate, può essere collegata a maggiori investimenti dei genitori nei bambini/e, anche nella scolarizzazione delle ragazze (Rodgers et al., 2021).

medici o chirurgici), aborto incompleto e morte fetale.

L'aborto non sicuro è una delle cause principali, ma prevenibili, di morte e morbidità materne. Può portare a complicanze di salute fisica e mentale e oneri sociali e finanziari per le donne, le comunità e i sistemi sanitari. Circa il 45% di tutti gli aborti praticati nel mondo non sono sicuri, e il 97% di questi avviene nei paesi in via di sviluppo (WHO, 2021a). Più della metà di tutti gli aborti non sicuri si verifica in Asia, in particolare nell'Asia meridionale e centrale. In America Latina e in Africa, circa 3 aborti su 4 avvengono in circostanze non sicure (ibid.). La mancanza di accesso a cure sicure, convenienti, tempestive e rispettose della dignità della gestante, ma anche lo stigma associato all'aborto, pongono rischi significativi per il benessere fisico e mentale delle donne. Stime suggeriscono che, ogni anno, tra il 4,7 e il 13,2% dei decessi materni sia da attribuire ad aborti non sicuri (ibid.).

I rischi per la salute fisica associati all'aborto non sicuro includono:

- aborto incompleto (mancata rimozione o espulsione di tutto il tessuto della gravidanza dall'utero);
- emorragia (intenso sanguinamento);
- infezione;
- perforazione uterina (che si verifica quando l'utero viene perforato da un oggetto appuntito);
- danni al tratto genitale e agli organi interni in conseguenza dell'inserimento di oggetti pericolosi nella vagina o nell'ano.

Vi sono, però, anche conseguenze significative sulla salute mentale della donna, spesso legate allo stigma e alla



Nelle regioni sviluppate, si stima che muoiano 30 donne ogni 100.000 aborti non sicuri. Nelle regioni in via di sviluppo, il rapporto sale a 220 decessi ogni 100.000 aborti non sicuri

(WHO, 2021).

IL DIRITTO ALL'ABORTO IN UN QUADRO DI GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Le evidenze raccolte in anni di ricerca dimostrano che limitare l'accesso a un aborto sicuro non riduce il numero di aborti (Bearak et al., 2020), **tuttavia, influisce sulla sicurezza e sulla dignità degli aborti praticati. In effetti, la percentuale di aborti non sicuri è significativamente più alta nei paesi con leggi sull'aborto molto restrittive rispetto ai paesi con leggi meno restrittive** (Ganatra et al., 2017).

L'accesso all'aborto sicuro e legale è una questione di diritti umani.

Interpretazioni autorevoli del diritto internazionale¹⁵ in materia di diritti

¹⁵ Questi diritti sono stabiliti, tra gli altri, nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e riaffermati e protetti in molti trattati internazionali, tra cui il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR), il Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR), la Convenzione contro la tortura (CAT), la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) e la Convenzione

umani stabiliscono che **negare l'accesso all'aborto a donne, ragazze e altre persone in stato di gravidanza è una forma di discriminazione e mette a rischio una serie di diritti umani fondamentali.** Gli organi di vigilanza dei diversi trattati sui diritti umani delle Nazioni Unite chiedono regolarmente ai governi di depenalizzare l'aborto sotto qualsiasi circostanza, o perlomeno di garantirlo in determinate circostanze (come in casi di stupro o incesto).

L'inaccessibilità a cure sicure e di qualità per l'aborto o il suo diretto diniego **sono in diretta violazione di una serie di diritti umani di donne e ragazze, compreso il diritto alla vita; il diritto al più alto livello raggiungibile di salute**

sui diritti dell'infanzia (CRC), nonché nei trattati a livello regionale in Africa, nelle Americhe e in Europa.

fisica e mentale; il diritto di beneficiare del progresso scientifico e della sua realizzazione; il diritto di decidere liberamente e responsabilmente quanti figli/e avere, quando e a che distanza; e il diritto alla libertà da torture, trattamenti e punizioni crudeli, inumane e degradanti. I paesi hanno l'obbligo di rispettare, proteggere e realizzare i diritti umani, compresi quelli riguardanti la salute sessuale e riproduttiva e garantire l'autonomia corporea di ogni individuo.



© Vincenzo Montefinise

Il diritto all'aborto in Italia



In Italia, l'accesso all'aborto volontario è regolato dalla **legge 194/1978** che, pur riconoscendo il diritto alla vita dell'embrione e del feto, tutela il diritto alla salute fisica o psichica della donna, qualora questa sia messa a rischio dalla prosecuzione della gravidanza, dal parto o dalla maternità (Associazione Luca Coscioni, 2022). Prima dell'introduzione della legge 194, **la contraccezione era considerata illegale e l'interruzione volontaria di una gravidanza indesiderata era un reato per la legge italiana.** In base al Codice Rocco, quest'ultimo veniva punito come "delitto contro l'integrità della stirpe" (Quaglia, 2022).

Ad oggi, l'implementazione della legge non è esente da criticità, in primis per quanto riguarda la questione dell'obiezione di coscienza. I contenuti della legge 194, infatti, rappresentano l'esito di un compromesso tra istanze e sensibilità molto diverse, testimoniato ad esempio dall'inserimento nel testo della legge della possibilità per il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie di rifiutarsi di praticare o partecipare agli interventi di interruzione volontaria di gravidanza per obiezione di coscienza (articolo 9).

Nel 2020, in base alla relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 194¹⁶, il numero di IVG ammontava a **66.413, con una riduzione del 9,3% rispetto al 2019** (Ministero della Salute, 2022). Dal 1983, anno in cui si è registrato il più alto numero di IVG in Italia, pari a 234.801 casi, si è rilevata una continua diminuzione (Associazione Luca Coscioni, 2022). Come specificato, a distanza di oltre quarant'anni dall'introduzione della legge, questa risulta ancora parzialmente applicata, un quadro ben descritto dal progetto d'inchiesta giornalistica **Mai Dati**¹⁷, curato da Chiara Lalli e Sonia Montegiove, che intende monitorare l'applicazione della legge 194 attraverso una raccolta dati realizzata struttura per struttura. Lalli e Montegiove denunciano come i dati forniti nella relazione di attuazione del Ministero della Salute siano chiusi, aggregati per regione e non abbastanza aggiornati, il che rende difficile avere una restituzione veritiera della situazione nel nostro paese.

Dalla relazione ministeriale, ad esempio, risulta che a livello nazionale nel 2020 ha presentato obiezione di coscienza più della metà (il 64,6%) dei ginecologi, il 44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale non medico (Ministero della Salute, 2022). Per quanto l'obiezione di coscienza costituisca un diritto, il progetto Mai Dati mette in evidenza come i dati forniti dalla relazione rischino di essere fuorvianti. Infatti, l'inchiesta ha rilevato come vi siano **strutture con 100% di personale obiettore, nonostante la legge 194 espliciti chiaramente che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate siano tenuti ad assicurare l'erogazione dei servizi abortivi, e che la Regione ne debba assicurare l'attuazione.**

Diverse realtà, tra cui l'Associazione Luca Coscioni, continuano a denunciare le falle del sistema attuale, ma anche a ribadire le inadeguatezze presenti nel testo stesso della legge. In particolare, l'Associazione richiede la **modifica delle parti della legge che hanno dimostrato le maggiori criticità**¹⁸, tra cui è incluso proprio l'articolo 9.

¹⁶ Si veda https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3236_allegato.pdf

¹⁷ Si veda <https://www.maidati.it/>

¹⁸ Gli altri articoli considerati più critici sono: articolo 4, che stabilisce il limite di 90 giorni per l'aborto su richiesta, basato sull'autonoma valutazione della donna; articolo 5, che stabilisce l'obbligatorietà del documento o del certificato rilasciato dal medico, e che prevede un periodo di "riflessione" di 7 giorni; articoli 6 e 7, che regolano l'aborto volontario cosiddetto terapeutico. Per maggiori informazioni si veda <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/>

Pratiche lesive dell'integrità fisica

In un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, che voglia garantire l'autonomia corporea delle persone, **è fondamentale vigilare sul rispetto dei diritti all'integrità fisica e psicologica e alla libertà da trattamenti crudeli, inumani e degradanti**. Eppure, oggi, ancora troppe donne devono subire pratiche lesive della loro integrità fisica, e quindi della loro dignità, autonomia e capacità decisionale, come le mutilazioni genitali femminili e i test di verginità.



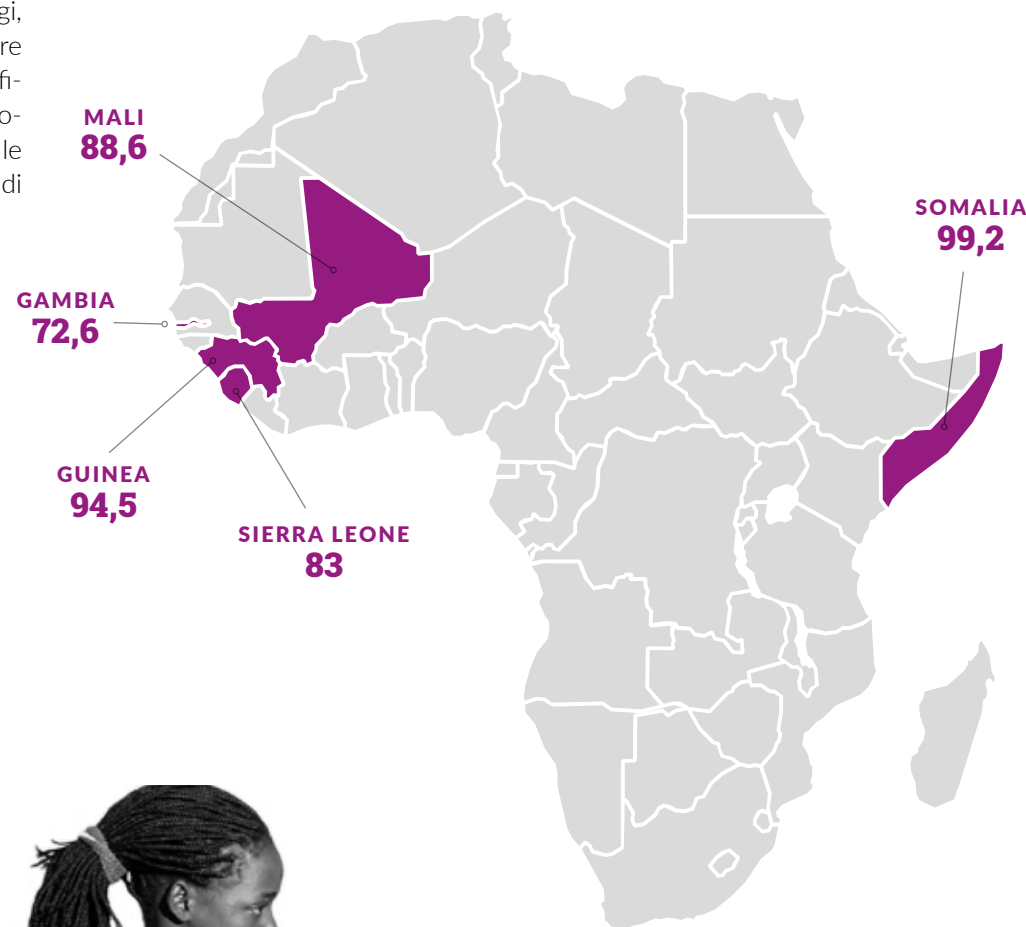
Si stima che **nel mondo circa 200 milioni di ragazze** abbiano subito **MGF**

(UNICEF, 2023b)



LA DIFFUSIONE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI TRA LE DONNE DI 15-49 ANNI (%)

Dati aggiornati al 2020 per Somalia e Gambia, al 2019 per Sierra Leone al 2018 per Mali e Guinea.
Fonte UNICEF, 2022



LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI (MGF)

Nel 1996, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito "mutilazioni genitali femminili" (MGF) tutte le procedure di rimozione, parziale o totale, dei genitali femminili esterni per **ragioni culturali, religiose o comunque non terapeutiche**. Le pratiche sono suddivise in quattro categorie, a seconda del livello di gravità delle lesioni causate alla donna¹⁹.

Questi interventi costituiscono veri e propri atti medico-chirurgici, purtroppo spesso realizzati da personale inesperto e non qualificato: membri della comunità locale, levatrici tradizionali o altre donne anziane del villaggio di appartenenza eseguono le MGF in condizioni igienico-sanitarie insufficienti (o inesistenti), senza l'utilizzo di anestetici, antibiotici o materiale sterile e, quindi, con **elevato rischio per la donna di infezioni o morte per emorragie**. La mutilazione genitale femminile **non apporta benefici di alcun tipo alla salute** delle donne e delle bambine. Al contrario, causa rischi immediati e complicazioni riguardanti la salute fisica, mentale e sessuale, e più in generale il loro benessere durante tutto il corso della vita.

Si stima che nel mondo **circa 200 milioni di ragazze** abbiano subito MGF (UNICEF, 2023b). **Le tendenze attuali, inoltre, suggeriscono che 30 milioni**

¹⁹ Tipo I. Escissione del prepuzio, con o senza asportazione parziale o totale di tutto il clitoride. Tipo II. Escissione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra. Tipo III. Escissione di parte o tutti i genitali esterni e sutura/restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione). Tipo IV. Interventi residui non classificati tra cui la perforazione, penetrazione o incisione del clitoride e/o delle labbra; lo stiramento del clitoride e/o labbra; la cauterizzazione mediante ustione del clitoride e del tessuto circostante; il raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale o incisione della vagina; l'introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla; e qualsiasi altra procedura che cade sotto la definizione di mutilazioni genitali femminili (OMS, 1996).

di bambine e ragazze sono a rischio di subirla nei prossimi 10 anni (ibid.). Oggi, infatti, **il fenomeno risulta ancora estremamente diffuso e praticato e continua ad avere come target principale bambine e adolescenti** (WHO, 2022b). La concentrazione maggiore si riscontra nelle **regioni occidentali, orientali e nord-orientali dell'Africa, e in alcuni paesi del Medio Oriente, dell'Asia e dell'America Latina**. In alcuni di questi paesi, le MGF sono ancora quasi universali, con **il 90% delle ragazze colpite in Guinea, Mali e Somalia (caso, quest'ultimo, in cui la percentuale sale al 99%)**.

Nonostante non ci sia un esplicito riferimento alle MGF²⁰, l'interpretazione di numerosi **strumenti internazionali di protezione dei diritti umani**²¹ **permette di includere queste pratiche nella categoria delle violazioni frontali. In questo senso, le MGF rappresentano una vera e propria forma di violazione del diritto alla vita e all'integrità fisica**: il problema principale di queste pratiche (non eliminato né ridotto dalla medicalizzazione) sta nel danno causato alla salute della donna. Le MGF, consistendo nella rimozione e nel danneggiamento di tessuti sani e normali, interferiscono con le normali funzioni del corpo della donna e, pertanto, ne ledono i basilari diritti umani.

Poggiando su un forte radicamento socioculturale, però, le MGF sono spesso sostenute anche dalle donne che ne sono vittime: **stime suggeriscono che il 23% delle donne che l'hanno subita crede che questa pratica dovrebbe**

²⁰ Diverso è il caso degli accordi e delle Convenzioni regionali: la Convenzione di Istanbul del 2011, infatti, all'articolo 38 richiede espressamente che siano perseguite sul piano penale, in quanto pratiche dannose, le mutilazioni genitali femminili, a prescindere dalle motivazioni che vengono addotte a loro sostegno.

²¹ Tra questi la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, la CEDAW e la CRC.

continuare (UNICEF, 2023b). Infatti, presso alcune comunità praticare MGF alle bambine assume il ruolo di rito di iniziazione, di ingresso nella comunità, sancendo la loro futura identità di donne e preparandole così alla vita adulta e matrimoniale (WHO, 2022b).

E in Italia?



Negli ultimi decenni, con l'intensificarsi dei flussi migratori, si è registrato un **aumento del numero di donne e ragazze in Europa, Australia e Nord America** che hanno subito o che sono a rischio di subire MGF. Per questo, **le MGF costituiscono una preoccupazione globale e non un fenomeno circoscritto ad alcune aree del mondo**.

In Italia, nel **2018 erano 87.600 le residenti in Italia con MGF** (di cui **7.600 minori**), **con un'incidenza più elevata per quelle provenienti da Mali, Somalia, Sudan e Burkina Faso** (Farina et al., 2020).

Nonostante l'importanza di queste stime, nel nostro paese il fenomeno è per lo più **sommerso, poco conosciuto, anche nelle aule di giustizia, e sicuramente sottostimato**.

È significativo, però, ricordare che con la legge 7/2006 le MGF sono state criminalizzate e all'art. 583 bis del Codice penale è stata aggiunto lo specifico riferimento al "Delitto di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili".



L'intervento di WeWorld in Kenya Il ruolo centrale dell'educazione nella prevenzione e nel contrasto alle MGF

“Non sapevo cosa stesse succedendo. Non potevo parlare, guardavo mentre lo facevano a mia sorella. Presto sarebbe stato il mio turno, non potevo permettere che mi strappassero il corpo”. È questo il verso di apertura della poesia **“MGF, una pratica selvaggia”**, condivisa in occasione della Giornata Internazionale della tolleranza zero per le mutilazioni genitali femminili del **6 febbraio** e scritta da alcune ragazze che frequentano la scuola elementare di Sintakara, in Kenya. L'istituto è coinvolto nel programma nazionale di **WeWorld** per contrastare le mutilazioni genitali femminili (MGF) e i matrimoni precoci, attraverso attività di sensibilizzazione ed empowerment delle studentesse sin dai primi livelli di istruzione.

In Kenya infatti - nonostante quella delle MGF sia una pratica vietata dal 2011 - si stima che **il 21% delle ragazze e delle donne di età compresa tra i 15 ei 49 anni siano state sottoposte alla pratica**, soprattutto nelle comunità somala, Maasai e Kisii (prevalenti nelle contee di Narok, Migori e Isiolo, dove lavora WeWorld). **Un dato, ad oggi, non solo invariato rispetto agli scorsi anni, ma destinato a peggiorare a causa della pandemia.**

“*Temiamo ci sia del sommerso* – spiega **Annarita Spagnuolo**, rappresentante Paese in Kenya per WeWorld – *Il problema, infatti, non solo persiste, ma si è acuito durante la pandemia. Le scuole, che per noi sono il primo presidio di controllo e il luogo in cui facciamo sensibilizzazione, sono state chiuse per molti mesi nel 2020. La mancanza di un presidio educativo così importante ha avuto il suo impatto: il Paese si è concentrato sulla lotta alla diffusione della pandemia e si è abbassata la guardia su altri aspetti, come gli abusi e le violenze contro bambine e donne, che invece sono aumentati*”. Tra le nuove generazioni c'è molta più consapevolezza dei rischi che si corrono subendo le MGF. Durante la circoncisione e in seguito, infatti, **le ragazze possono riportare vari effetti collaterali come sanguinamento eccessivo**, anemia e difficoltà a urinare. Questa pratica è strettamente connessa all'istruzione: **una volta praticato il taglio le ragazze saranno considerate pronte per diventare spose e questo comporta spesso un matrimonio precoce con il conseguente abbandono degli studi.**

“Non sono stata sottoposta alle mutilazioni genitali femminili perché mio padre, dopo aver frequentato un corso di sensibilizzazione, ha compreso i rischi che correvo e si è opposto – racconta Purity, attivista insieme a WeWorld oggi in Kenya. Grazie a lui anche io mi sto impegnando per portare avanti un lavoro di sensibilizzazione nella mia comunità, per raccontare alle giovani ragazze le complicità sanitarie di questa pratica, e non solo. Se questa pratica venisse del tutto eliminata, le ragazze potrebbero continuare gli studi e completare la loro istruzione senza incorrere in matrimoni, gravidanze precoci o complicazioni sanitarie”.

KENYA

La poesia

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI (MGF): UNA PRATICA SELVAGGIA

Non sapevo cosa stesse succedendo, ma la mia coscienza mi avvertiva di un pericolo.

Non potevo parlare, mi limitavo a guardare mentre lo facevano a mia sorella,
Presto sarebbe stato il mio turno, non potevo aspettare.

Non potevo permettere che mi strappassero il corpo,
Le MGF sono un atto spietato, non per questa generazione.

Li ho guardati saltare, saltare e ululare, così felici di loro stessi

No, no, no questo non mi accadrà, sul mio cadavere
Prometto a me stessa, mia madre, mia zia, ti prego nonna, salvami

Le MGF sono un atto spietato, non per questa generazione.

Le mie gambe si sono fatte leggere, molto leggere, sono fuggita e svanita nell'aria sottile, come una gazzella inseguita da un leone

Ho corso e corso e corso all'inseguimento della mia dignità, non mi hanno preso,

So che sperano ancora di prendermi, ma no, no, non io, io resterò una donna completa.

Le MGF sono un atto spietato, non per questa generazione.



Perché il cambiamento climatico è anche (e soprattutto) una questione di genere. Il caso delle mutilazioni genitali femminili in Kenya

È ormai evidente da diverso tempo che la crisi climatica non sia “gender neutral” (cfr. *WeWorld Index 2021 e 2022*). Il cambiamento climatico colpisce in maniera particolare donne, bambine e ragazze, amplificando le discriminazioni di genere che già subiscono in ambiti quali salute, educazione, economia e sicurezza. A questo proposito, sempre più studi stanno mettendo in luce il nesso tra cambiamento climatico e aumento della violenza contro donne e bambine (Barnfonden, 2022). In particolare, i mutamenti che stiamo sperimentando hanno conseguenze su due fenomeni tra loro connessi: i matrimoni precoci e le mutilazioni genitali femminili. Un caso esemplificativo, in questo senso, è dato dal Kenya. Qui, l'intreccio tra cambiamento climatico e mutilazioni genitali femminili (spesso diretta conseguenza dei matrimoni precoci) è stato a lungo studiato (Esho et al., 2021). **In Kenya, si stima che circa 2 donne tra i 15-49 anni su 10 abbiano**

subito MGF. La prevalenza è particolarmente alta tra le comunità più marginalizzate come i Somali (96%), i Kisii (93%) e i Maasai (77%) in cui la pratica della MGF è vista come un vero e proprio rito di passaggio all'età adulta, un momento di trasformazione da bambina a donna. In particolare, nelle comunità Maasai, per una donna sottoporsi a MGF significa acquisire maggiore auto-realizzazione e femminilità e più prospettive di matrimonio.

Oggi, però, condizioni climatiche mutevoli stanno avendo effetti deleteri sulle condizioni di vita delle comunità Maasai, aumentando così i rischi per donne e bambine di subire pratiche tradizionali dannose. Il Kenya, infatti, sta sperimentando periodi sempre più lunghi di siccità e le temperature sono in costante aumento. Ciò ha effetto sulle possibilità delle comunità di sostentarsi causando, tra le altre cose, insicurezza idrica e alimentare e accrescendo

le sacche di povertà. **Famiglie in condizioni di povertà si vedono spesso costrette a ricorrere a matrimoni precoci per ridurre il carico delle spese familiari.** Nella contea di Kaijado, dove risiedono comunità Maasai, **si stima che il 47% delle ragazze abbia contratto matrimonio prima dei 18 anni** (ibid). Spesso, l'aumento dei matrimoni precoci e delle MGF si muovono di pari passo. Nelle comunità, infatti, le ragazze “non tagliate” (ovvero che non si sono sottoposte alla pratica) non sono considerate adatte al matrimonio. Ciò produce un terribile circolo vizioso in cui **il cambiamento climatico impatta le possibilità di sostentamento delle popolazioni, spingendole in condizioni di povertà. Per uscire dalla povertà, le famiglie ricorrono a meccanismi di adattamento quali i matrimoni precoci dei figli e delle figlie. Queste ultime, per potersi sposare, devono sottostare alla pratica delle MGF.**

IL TEST DI VERGINITÀ

Il cosiddetto “test di verginità” consiste nell’ispezione dei genitali femminili per valutare se la donna o ragazza in questione abbia già avuto rapporti sessuali (Olson e Moreno, 2017). **Si tratta di una pratica utilizzata da alcune comunità per rilevare quali donne o ragazze siano ancora considerabili “vergini”. In alcuni casi, si ricorre al test anche per valutare l’avvenuta aggressione sessuale di donne sopravvissute allo stupro.**

Le due tecniche più comuni utilizzate per il “test di verginità” sono l’ispezione visiva dell’imene o il cosiddetto “metodo delle due dita”, in cui l’esaminatore inserisce due dita nella vagina della ragazza per verificare se l’imene è ancora intatto. **Ciò avviene perché, sin dall’antichità, la verginità e, dunque, la “purezza” e “l’innocenza” di una donna sono state associate all’integrità dell’imene** (ISSM, 2018). Questa credenza non era (o è) diffusa solo nei paesi in via di sviluppo: in Italia, fino a qualche decennio fa, era usanza piuttosto comune esporre alla finestra il lenzuolo della prima notte di nozze per mostrare la macchia di sangue, simbolo della verginità prenuziale di una donna (Il Post, 2020).

Diverse evidenze scientifiche hanno dimostrato che questo tipo di test non produce risultati accurati, poiché l’integrità e le caratteristiche dell’imene differiscono da donna a donna e la membrana può rompersi o allungarsi durante attività quotidiane non necessariamente collegate a rapporti sessuali (ISSM, 2018). **I paesi in cui questa pratica è stata segnalata includono Afghanistan, Bangladesh, Egitto, India, Indonesia, Iran, Giordania, Palestina, Sudafrica, Sri Lanka, Swaziland, Turchia e Uganda, ma viene riportata anche in paesi del Nord globale in cui vi sono diaspore** (Olson e Moreno, 2017). Storicamente, i test della verginità non hanno comunque un legame esclusivo con determinati paesi o con determinate religioni monoteiste.

Nel 2018, l’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti umani, l’OMS e UN Women hanno rilasciato una dichiarazione congiunta²² in cui viene ribadito che **il test di verginità non ha basi scientifiche o cliniche. Non esiste, infatti, alcun esame che possa provare che una ragazza o una donna abbia avuto rapporti sessuali e l’aspetto dell’imene di una ragazza o di una donna non può provare se questa abbia avuto rapporti sessuali o se sia sessualmente attiva o meno.** I test di verginità sono stati riconosciuti a livello internazionale come una violazione dei diritti umani, in particolare del diritto alla libertà da trattamenti crudeli, inumani o degradanti. **Sebbene i test siano stati formalmente vietati in diversi paesi del mondo, continuano comunque a essere pretesi ed eseguiti** (ibid.).

I test di verginità possono avere effetti a breve e lungo termine, tra cui:

- **Danni fisici:** i test di verginità possono provocare danni fisici alle donne e alle ragazze esaminate, anche aggravando le lesioni esistenti, in caso di sopravvissute a violenza sessuale. Il danno può provenire anche dai parenti che, in seguito a una prova percepita come “fallita”, possono ferire o uccidere la donna o la ragazza, in nome del cosiddetto “onore familiare”. Sono stati registrati anche casi di autolesionismo e tentato suicidio a seguito del test di verginità (WHO, 2022c).
- **Danni psicologici:** le donne e le ragazze che sono state sottoposte a test di verginità riferiscono di aver provato estrema paura e ansia prima del test, urlando, piangendo e svenendo durante il test. Tra gli effetti a lungo termine vengono segnalati perdita di autostima, depressione, senso di violazione della

propria privacy e ri-vittimizzazione (per le sopravvissute ad aggressioni sessuali) (ibid.).

- **Danno sociale:** il test di verginità è spesso associato a norme tradizionali e culturali dannose che espongono le donne e le ragazze allo stigma e alla percezione di vergogna e disonore nei confronti di sé stesse, delle loro famiglie e comunità. Le donne o le ragazze possono essere allontanate, o addirittura uccise, perché hanno avuto (o si ritiene abbiano avuto) rapporti sessuali al di fuori delle norme imposte dalla società. **In alcune comunità, per evitare il rischio che una ragazza abbia rapporti sessuali prima del matrimonio, si tende a ricorrere al matrimonio precoce, utilizzato come una sorta di misura “preventiva” per evitare la vergogna e il disonore** (ibid.).

22 Si veda <https://www.who.int/news/item/17-10-2018-interagency-statement-calls-for-the-elimination-of-virginity-testing>

Violenza di genere



DOVE C'È VIOLENZA, NON C'È GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA

La dimensione di genere influenza l'esperienza e l'accesso delle persone all'assistenza sanitaria: il modo in cui i servizi sanitari sono organizzati e forniti può, infatti, limitare o consentire l'accesso di una persona alle informazioni, al supporto e ai servizi sanitari, nonché influenzare l'esito di tali incontri (WHO, 2023). **In questo contesto, le disuguaglianze e le discriminazioni affrontate quotidianamente da donne e ragazze mettono a rischio la loro salute e benessere.** Spesso donne e ragazze incontrano ostacoli nell'accesso alle informazioni e ai servizi sanitari.

Queste barriere includono restrizioni alla mobilità; mancanza di accesso al potere decisionale; tassi di alfabetizzazione inferiori agli uomini; atteggiamenti discriminatori delle comunità e degli operatori sanitari; e la mancanza di formazione e consapevolezza tra gli operatori sanitari e i sistemi sanitari delle esigenze sanitarie specifiche

e delle necessità di donne e ragazze (ibid.). Queste devono affrontare anche livelli elevati di violenza radicata nella disuguaglianza di genere e sono a grave rischio di subire pratiche dannose, come le MGF, il matrimonio infantile, precoce e forzato a cui spesso seguono gravidanze. I dati dell'OMS mostrano che circa 1 donna su 3 in tutto il mondo ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o violenza sessuale da parte di altri nel corso della propria vita (ibid.).

La violenza contro le donne e le ragazze costituisce una crescente preoccupazione per la salute pubblica ed è una grave violazione dei diritti umani, che può avere effetti negativi sulla salute fisica, mentale e psicosociale, compresa la salute sessuale e riproduttiva. **La violenza sessuale può portare a gravidanze indesiderate, aborti indotti, problemi ginecologici e malattie sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV.**

La violenza da parte del partner durante la gravidanza aumenta anche la probabilità di aborto spontaneo, nati morti, parto prematuro e neonati con basso peso alla nascita (ibid.). Le situazioni di conflitto e postbelliche, compreso lo sfollamento, possono esacerbare la violenza contro le donne e le ragazze e presentare il rischio di ulteriori forme di violenza (cfr. WeWorld Index 2021 e 2022). **In un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, ogni forma di violenza contro donne, bambine e ragazze deve essere prevenuta e contrastata.**



Selezione del sesso basata sul genere (gender-biased sex selection)

Si ha selezione del sesso basata sul genere (*gender-biased sex selection*)²³ quando una coppia o una famiglia preferisce avere un figlio piuttosto che una figlia. La selezione del sesso basta sul genere è una pratica dannosa e una manifestazione di violenza e disuguaglianza di genere, che va a esercitare un impatto diretto sul rapporto tra i sessi alla nascita tra bambine e bambini (UNFPA, 2022b). La selezione può avvenire prima della nascita, scegliendo il sesso del bambino/a prima del concepimento²⁴ o decidendo di interrompere la gravidanza, o dopo la nascita attraverso l'infanticidio o il trattamento differenziato nell'alimentazione materna e nell'assistenza all'infanzia²⁵ (ibid.).

A livello globale, tra la fine degli anni '90 e il 2017, **sono state documentate 23,1 milioni di nascite femminili "mancanti"** (Chao et al. 2019), con il risultato di uno squilibrio del rapporto tra i sessi alla nascita. **La sola India rappresenta quasi la metà di questa**

23 Il sesso costituisce il nostro corredo genetico. È l'insieme dei caratteri biologici, fisici e anatomici con i quali vengono distinti maschio e femmina. Il genere, invece, si riferisce alle differenze socialmente e culturalmente costruite attorno all'identità femminile e a quella maschile, solitamente partendo dalle diversità fisiche e biologiche. Il genere è una costruzione culturale, è la rappresentazione, definizione e incentivazione di comportamenti che rivestono il corredo biologico e danno vita allo status binario uomo/donna. Si tratta dunque di un processo che trasforma le differenze biologiche in differenze sociali. Come tale, il genere varia tra le culture, le aree geografiche e i periodi storici: non è quindi un carattere innato, ma appreso. È dinamico e relativo, perché ogni società definisce quali valori attribuire alle varie identità di genere, in cosa consiste essere uomo o donna: ne consegue che anche i concetti di mascolinità e femminilità sono relativi.

24 Attraverso lo screening embrionale. Si veda https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing_gender-biased_sex_selection.pdf

25 In questa sezione verrà trattato solo il tema della selezione del sesso in base al genere prima della nascita, ma per maggiori informazioni sulla diffusione del fenomeno dopo la nascita si veda <https://ourworldindata.org/gender-ratio>



COME CAPIRE SE È IN ATTO
UNA SELEZIONE DEL SESSO IN BASE AL GENERE?

Elaborazione WeWorld su dati UNFPA, 2020.

Il normale rapporto biologico maschi/femmine alla nascita è solitamente di

102-106 maschi

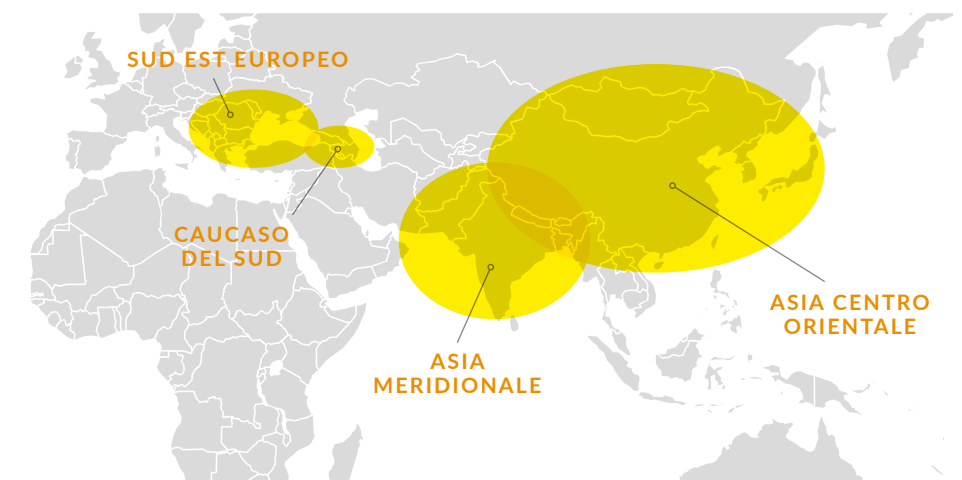
ogni 100 femmine.



Dagli anni '80, nei paesi colpiti dal fenomeno, il rapporto è salito a

110-130 maschi

ogni 100 femmine.



popolazione di donne scomparse (ibid.). Stime (UNFPA, 2020) suggeriscono, però, che questo numero potrebbe essere molto più alto, **al punto da ritenere che nel mondo "mancino" 140 milioni di donne**²⁶. Dagli anni

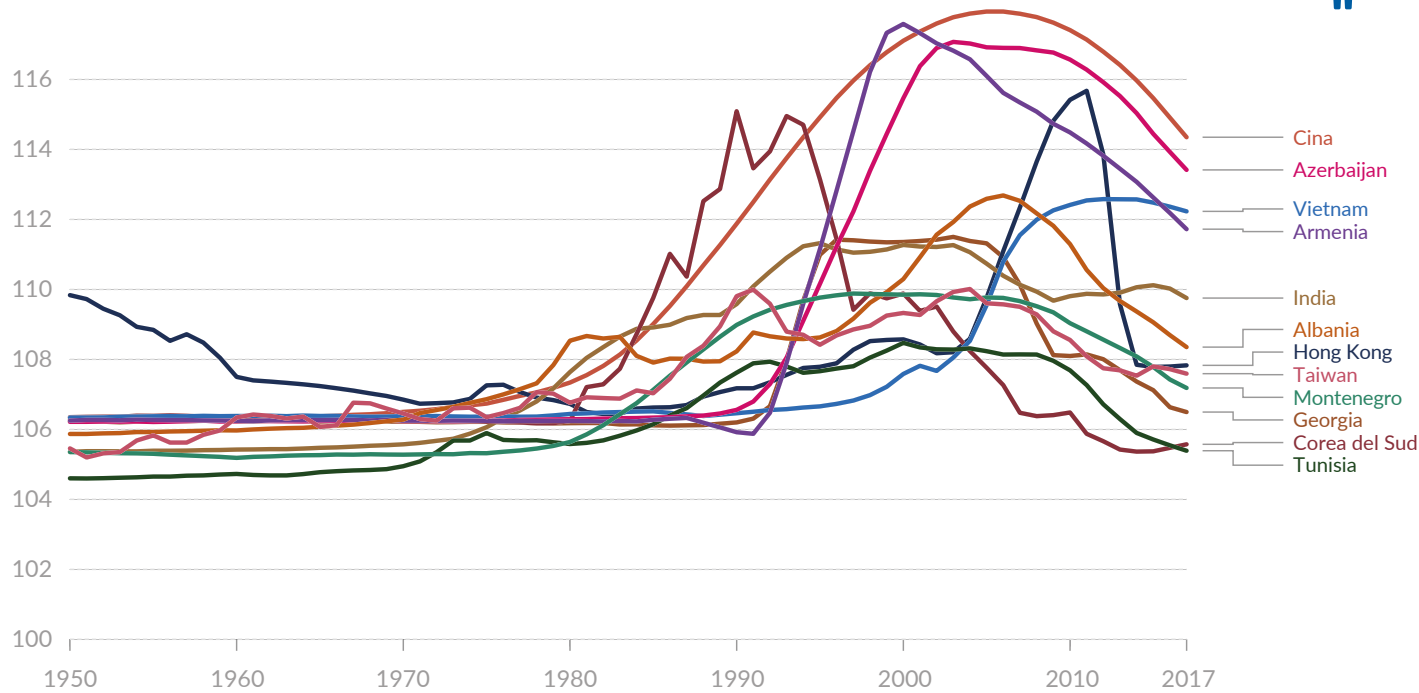
26 Negli anni '90, il primo a portare l'attenzione sul tema era stato Amartya Sen con il suo articolo "More than 100 Million Women are Missing" pubblicato in *The New York Review of Books*. Si veda <https://web.archive.org/web/20130504072819/http://ucatlasc.ucsc.edu/gender/Sen100M.html>

'90, alcune aree geografiche hanno registrato fino al 25% in più di nascite maschili rispetto alle nascite femminili. **In effetti, il normale rapporto tra i sessi alla nascita varia da 102 a 106 maschi ogni 100 femmine. Tuttavia, sono stati osservati rapporti molto più alti del normale, a volte fino a 130 maschi nati ogni 100 femmine, soprattutto in paesi con disuguaglianze di genere profondamente radicate e valori familiari patriarcali** (ibid.).



RAPPORTO MASCHI/FEMMINE ALLA NASCITA DAL 1950 AL 2017 NEI PAESI PIÙ COLPITI DA SELEZIONE DEL SESSO BASATA SUL GENERE

Il rapporto maschi/femmine alla nascita è misurato sul numero di nascite di maschi ogni 100 femmine.
Elaborazione WeWorld da Our World in Data, 2019



Il rapporto tra i sessi (in termini di quota di popolazione maschile e femminile) varia in tutto il mondo: nel 2020, **a livello globale le donne rappresentavano poco meno del 50% della popolazione** (UNFPA, 2021). **In assenza di pratiche di aborto selettivo, le possibilità di avere un maschio sono leggermente più alte rispetto a quelle di una femmina** (Ritchie e Roser, 2019).

Eppure oggi (ma sono state osservate tendenze anche in passato), il rapporto tra i sessi alla nascita in alcuni paesi è troppo distorto per essere spiegato solo dalle differenze biologiche. Un recente studio (Chao et al., 2019) ha rimodellato i rapporti tra i sessi alla nascita in tutto il mondo sulla base di una serie di fonti sulla popolazione, inclusi i dati dai censimenti e dalle indagini sulle famiglie. **Il team di ricerca ha identificato ben 12 paesi con forte evidenza statistica di un rapporto distorto tra i sessi: Albania, Armenia, Azerbaigian, Cina, Georgia, Hong Kong, India, Montenegro, Corea del Sud, Taiwan, Tunisia e Vietnam.**

Le prove del ricorso ad aborto selettivo e della discriminazione operata contro le bambine sono ora forti in diversi paesi (ibid.). **Non solo lo sbilanciamento dei rapporti tra i sessi a favore dei maschi coincide con la disponibilità di tecnologie per la determinazione del sesso prenatale, ma vi è anche una chiara evidenza da studi che indagano l'uso e la promozione di tali metodi** (Ritchie e Roser, 2019).

La preferenza per il figlio tende a essere più comune nei paesi dell'Asia orientale e meridionale, ma anche in alcuni paesi del Medio Oriente e del Nord Africa. Sebbene esistano significative differenze culturali, economiche e sociali tra questi paesi, si riscontrano diversi parallelismi che spiegano la forte preferenza per i figli maschi. **Ciò che questi paesi tendono ad avere in comune è, infatti, una forte logica di "patrilinearità": la logica secondo cui i beni produttivi si muovono attraverso la linea maschile all'interno della famiglia** (Das Gupta, 2003). **In queste società, gli uomini sono i punti fermi,**

e le donne i punti mobili: quando una figlia si sposa, lascia la famiglia attuale per entrare in una nuova. Pertanto, in questi contesti, avere un figlio, al posto di una figlia, può produrre benefici sociali ed economici, tra cui:

- **COGNOME:** All'interno di una famiglia, il lignaggio risiede nella linea maschile. Avere un figlio maschio permette di tramandare il nome della famiglia.
- **NOTE:** Il trasferimento di proprietà o denaro dalla famiglia della sposa a quella dello sposo (la dote) rappresenta una preoccupazione economica importante legata alla nascita di una figlia. In India, diversi studi hanno suggerito che la dote è la ragione più comune per non volere una bambina (Diamond-Smith et al, 2008).
- **OPPORTUNITÀ DI FORZA LAVORO:** Si ritiene che i maschi possano portare migliori opportunità economiche per una famiglia. Ciò può



© ChildFund International

essere il risultato di reali differenze di genere nelle opportunità economiche, ma spesso deriva dalla sottovalutazione del lavoro femminile (Das Gupta et al., 2003)

- **SOSTEGNO ALLA VECCHIAIA:** Contrariamente a quanto avviene nelle società occidentali, i figli all'interno di una famiglia sono spesso responsabili del sostegno ai genitori in malattia e in età avanzata (Hesketh, 2011). I genitori anziani vivono spesso con figli sposati, e in modo preponderante con i figli maschi dai quali si aspettano maggiori risorse economiche e, dunque, possibilità di mantenimento per la vecchiaia. A Taiwan, ad esempio, è raro che i genitori vivano con una figlia sposata proprio per queste ragioni (ibid.).

- **PRESSIONE FAMILIARE E SOCIALE:** In alcuni paesi, si rilevano pressioni persistenti da parte dei membri della famiglia e delle comunità. Qui le donne spesso riferiscono pressioni da parte di suoceri e mariti, abusi verbali e fisici quando non hanno avuto un figlio o erano incinte di una bambina (Puri et al., 2011).

- **RELIGIONE:** In alcune culture, si crede che solo un figlio possa accendere la pira funeraria ed eseguire riti legati alla morte e rituali necessari per la salvezza (ibid.).

Affrontare un fenomeno complesso, e caratterizzato dal sommerso, come la selezione del sesso basata sul genere **richiede un approccio multi-settoriale e un profondo lavoro culturale per cambiare la percezione del valore**

delle figlie. Promuovere percorsi di empowerment femminile sin dall'infanzia, assicurando che bambine e ragazze ricevano un'educazione di qualità, aumenta le loro probabilità di entrare nel mondo del lavoro e di partecipare pienamente alla vita sociale e politica diventando, così, modelli positivi di cambiamento (UNFPA, 2022b).

Matrimoni precoci

Ogni anno, **12 milioni** di bambine e ragazze **si sposano prima dei 18 anni**: significa **23 ogni minuto**

(UNICEF, 2022b)



Il matrimonio precoce e forzato (*child forced marriage*, CFM) è una violazione dei diritti umani e una pratica dannosa che colpisce in modo sproporzionato le donne e le ragazze a livello globale. I matrimoni precoci minacciano la vita e il futuro delle ragazze e delle donne di tutto il mondo, derubandole del diritto all'autodeterminazione, interrompendo la loro istruzione, rendendole più vulnerabili alla violenza, alla discriminazione e agli abusi e impedendo la loro piena partecipazione alla vita economica, politica e sociale (UNICEF, 2022b). Ai matrimoni precoci seguono spesso gravidanze e parti precoci e frequenti, con conseguenti tassi di morbidità e mortalità materna superiori alla media (ibid.).

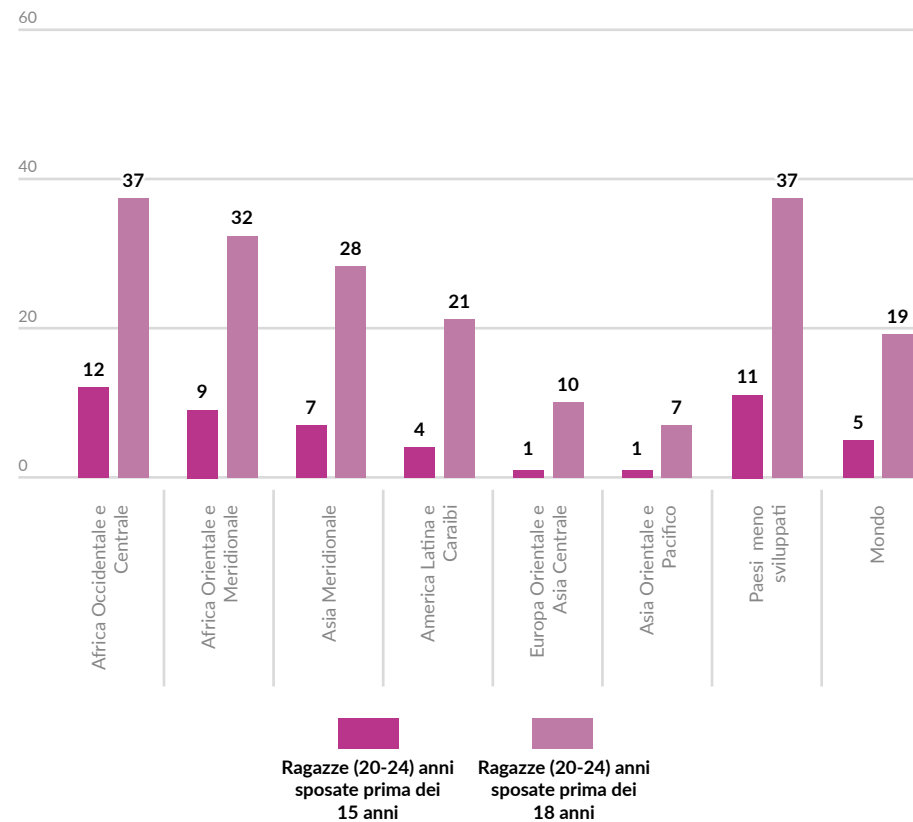


Nel mondo, **1 donna su 5** ha contratto **matrimonio prima dei 18 anni**

(UNICEF, 2022)

PREVALENZA DEI MATRIMONI PRECOCI PER AREA GEOGRAFICA (%)

I dati, aggiornati al 2020, si riferiscono alla percentuale di ragazze tra i 20 e i 24 anni che hanno contratto matrimonio prima dei 15 anni e prima dei 18 anni. Fonte UNICEF 2022. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da UNICEF.



In tutto il mondo, **si stima che oggi più di 650 milioni di donne si siano sposate da bambine** (ibid.). Nell'ultimo decennio, **25 milioni di matrimoni precoci sono stati prevenuti a livello globale grazie all'aumento del tasso di istruzione delle ragazze, all'investimento dei governi nei diritti delle ragazze adolescenti e alla maggiore consapevolezza pubblica dei danni del matrimonio precoce** (ibid.). Nonostante ciò, il tasso di prevalenza dei matrimoni precoci e forzati rimane elevato, in particolare in alcune regioni (si veda il grafico sopra).

Al momento, infatti, nessuna regione è sulla buona strada per eliminare i matrimoni precoci entro il 2030, come previsto dall'Agenda 2030. Per porre

fine alla pratica a livello globale, i progressi devono essere notevolmente accelerati e sostenuti. **Senza ulteriore accelerazione, più di 120 milioni di ragazze in più si sposteranno prima di compiere 18 anni entro il 2030** (UNICEF, 2022b).

Il rischio di contrarre matrimoni precoci può aumentare per diverse ragioni, tra cui **shock economici, chiusure scolastiche e difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari**. È ormai ben noto, ad esempio, come l'insicurezza economica spinga le famiglie a ricorrere al matrimonio precoce per alleviare la pressione finanziaria. In questo senso, **il matrimonio precoce rappresenta un meccanismo di reazione (coping mechanism) a situazioni**

di fragilità e incertezza, compresi i conflitti, le crisi alimentari e i disastri ambientali (UNICEF, 2021b). È altresì noto che l'accesso a un'educazione sicura e di qualità costituisce un fattore protettivo contro i matrimoni precoci. In determinati contesti, infatti, le famiglie tendono a prendere decisioni sull'istruzione e il matrimonio di una ragazza in parallelo (ibid.).



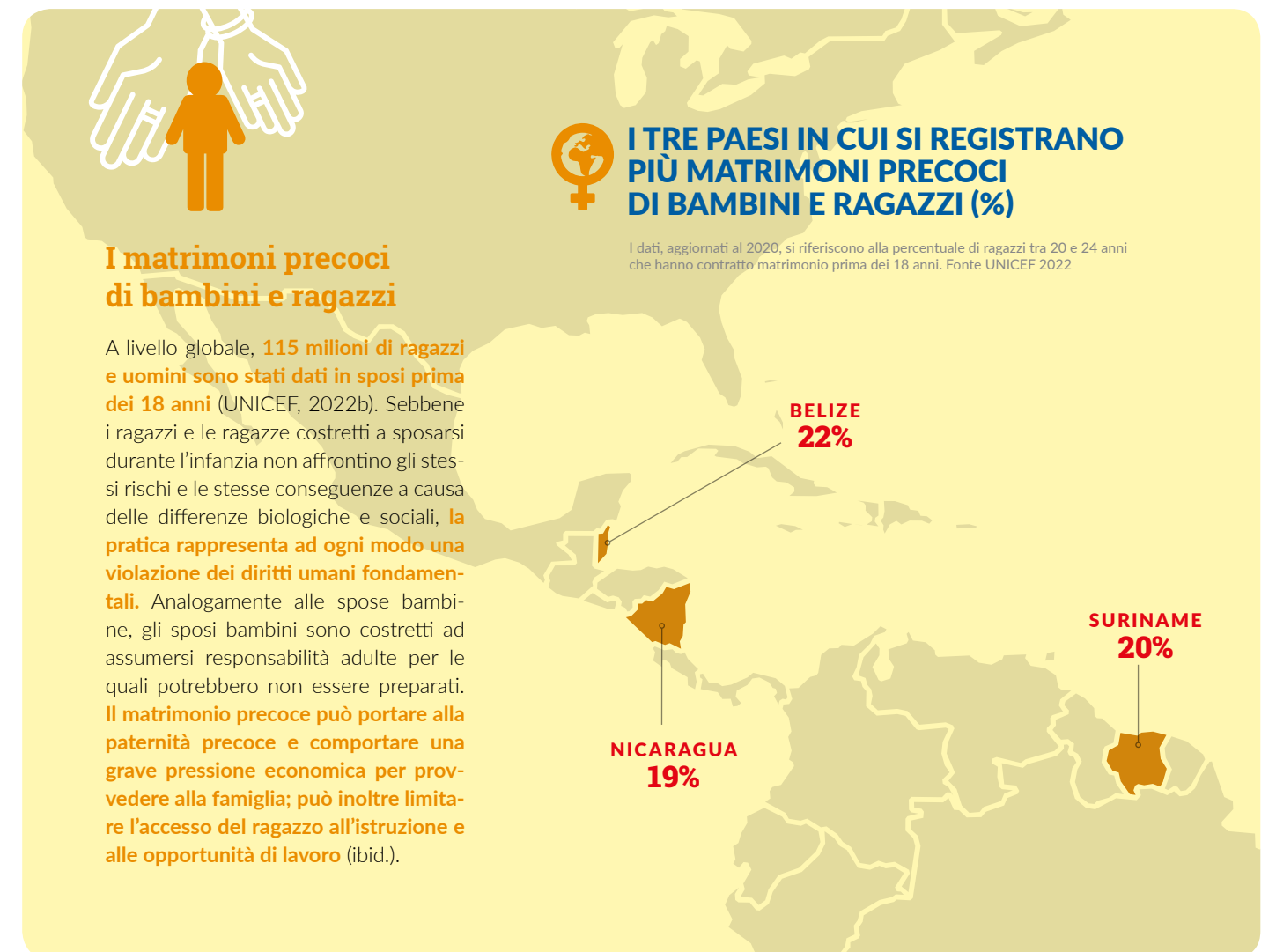
Chiusure scolastiche, come quelle sperimentate durante la pandemia, hanno inciso particolarmente sul fenomeno, spingendo molte bambine e ragazze verso il matrimonio, dato che andare a scuola non rappresentava più un'opzione

praticabile (ibid.). In contesti già afflitti da crisi protratte e povertà cronica, la pandemia ha ulteriormente ampliato le disuguaglianze, riducendo le opportunità per molti bambini/e e adolescenti (cfr. *WeWorld Index* 2020 e 2021). Inoltre, **durante l'emergenza pandemica, molti servizi considerati "non essenziali" sono stati interrotti: questi includono anche i servizi di salute sessuale e riproduttiva, fondamentali nella prevenzione di situazioni di violenza come i matrimoni precoci e le conseguenti gravidanze**.

Il COVID-19, infine, ha anche interrotto un importante lavoro socio-culturale: campagne di sensibilizzazione e dialoghi comunitari sugli effetti nocivi dei

matrimoni precoci sono stati ridotti, creando un vuoto pericoloso (UNICEF, 2021b).

Da non sottovalutare, infine, come i cambiamenti climatici e altre crisi ambientali stiano creando contesti che espongono milioni di bambine e bambini in tutto il mondo a un rischio maggiore di matrimoni precoci (UNFPA, 2022c). **Molte aree con i più alti tassi di matrimoni precoci sono anche quelle che subiscono i maggiori effetti del cambiamento climatico**. La pratica tende a essere comune tra le comunità con il minor accesso alle risorse e il reddito più basso, in particolare nelle zone rurali dove le persone dipendono dall'ambiente locale per il proprio sostentamento (ibid.).





L'EDUCAZIONE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE

A un certo punto nella vita, per molte ragazze adolescenti, le opzioni diventano due: continuare ad andare a scuola o sposarsi, ma non entrambe le cose. Sebbene siano stati fatti molti passi avanti negli ultimi decenni, il sostegno all'educazione di qualità delle ragazze rimane limitato in molti settori. La mancanza di strutture educative nelle vicinanze può costringere le ragazze ad abbandonare gli studi, sia perché le scuole sono semplicemente troppo lontane, sia perché le lunghe distanze a piedi rappresentano un rischio di essere molestate (World Bank, 2017).

Anche la scarsa qualità dell'istruzione costituisce un fattore deterrente, e in alcune comunità è percezione diffusa che se le ragazze adolescenti frequentassero le scuole pubbliche potrebbero essere molestate. Infine, anche il costo che l'istruzione comporta è un ostacolo per molte ragazze nel proseguire gli studi, specie ai livelli secondari.

Il matrimonio precoce riduce le prospettive di istruzione per le ragazze mentre, al contrario, migliori opportunità di istruzione possono ridurre la probabilità di sposarsi presto. La letteratura e le diverse evidenze raccolte in materia suggeriscono che tenere le ragazze a scuola sia uno dei modi migliori per ritardare il matrimonio (ibid.).



Testimonianza WeWorld La realtà quotidiana delle madri sole in Afghanistan: la storia di Morwarid

Per le donne, il ritorno dei Talebani al potere ha significato il ripristino di forti restrizioni e discriminazioni. Oggi, le donne non possono nemmeno uscire dagli spazi domestici senza essere accompagnate da un membro maschile della famiglia. A causa dell'alto tasso di uomini morti nei recenti conflitti e delle conseguenze della pandemia e di altre patologie diffuse, **oltre 2 milioni di donne sono vedove.** Di conseguenza, le loro possibilità di ottenere un lavoro sono quasi assenti. Per loro non solo l'autonomia e l'indipendenza economica sono impraticabili, ma sono a rischio anche le condizioni di sopravvivenza e l'accesso al cibo.

Per far fronte a queste situazioni, molti bambini e bambine sono costretti ad abbandonare la scuola per lavorare o chiedere l'elemosina per strada, con tutti i rischi psicologici, di sviluppo e fisici annessi. L'accesso sicuro a un'educazione di qualità **è diventata una rarità, anziché il diritto che dovrebbe essere, con quasi 8 milioni di bambine e bambini che hanno urgente bisogno di assistenza umanitaria, e almeno metà di loro è fuori dal sistema scolastico. Nel contesto afghano, in particolare per le ragazze, la possibilità di andare a scuola è di fondamentale importanza anche in quanto strumento per contrastare l'uso tradizionale e diffuso dei matrimoni forzati per motivi economici.**

WeWorld sta implementato dalla fine del 2021 un progetto di *Cash for Food* nelle aree rurali di Robat E Sangi, proprio a sostegno delle donne che si sono ritrovate a capo delle proprie famiglie. Nel primo anno di progetto, 180 nuclei familiari hanno beneficiato del programma. Prima dell'avvio delle distribuzioni, il 95,5% dei beneficiari soffriva di fame e il 71,1% di fame acuta: alcuni si nutrivano addirittura solo di pane e tè per intere settimane. A partire da agosto 2022, 240 nuove famiglie hanno iniziato a beneficiare di un secondo progetto Cash for Food nella stessa area.

La famiglia di Morwarid

Madre di sei figli, Morwarid si è ritrovata sola a carico della sua famiglia, dopo che suo marito, dipendente da oppiacei, li ha abbandonati. Questa condizione è piuttosto comune nelle zone rurali dell'Afghanistan, dove chi lavora nei campi di oppio finisce col farne uso per non sentire la fatica e la fame.

Nel giro di 2 o 3 giorni, la madre e i figli riescono a racimolare l'equivalente di circa 1 dollaro di radici, la principale coltura della zona in cui risiedono. Con quello che guadagnano comprano zucchero, tè e riso, e pagano la tariffa delle macchine condivise per raggiungere i punti di vendita. Se non hanno abbastanza soldi, vi si recano in asino o a piedi. Tuttavia, la maggior parte del tempo, la famiglia di Morwarid si sostenta solo di pane secco e tè, seduti nell'unica stanza della loro abitazione in terra. Per intere giornate, girano alla ricerca di un po' di farina o di qualcosa da mangiare.

Prima, le famiglie della zona che vivevano della vendita e del consumo del grano erano solite offrire un terzo del loro raccolto ai vicini bisognosi. Oggi, si ritrovano a lottare ogni giorno per assicurare cibo e riscaldamento nelle proprie case. **La figlia maggiore, che ora ha 17 anni, ha lasciato la**

casa quattro anni fa, quando è stata data in sposa per l'impossibilità di ripagare un prestito. Gli altri figli hanno 13, 9, 5 e 3 anni. Un sesto figlio, Ahmad, è morto per il freddo, a soli 6 anni.

Dopo anni di conflitti, di epidemie legate alle carenze di igiene e di alimenti, e la crisi sanitaria legata al COVID-19, il sistema sanitario nazionale è molto limitato in risorse e strutture. Queste carenze hanno portato a una sempre maggiore diffusione di pratiche corrotte, dove le prestazioni mediche sono spesso condizionate dall'ottenimento di un beneficio personale.

In questo sistema, la prescrizione di una ricetta costa oltre i 10\$, a cui bisogna aggiungere i costi per raggiungere il centro di salute più vicino. In totale, per la famiglia di Morwarid una visita medica rappresenta, nei migliori dei casi, un mese di lavoro nei campi. Quando Ahmad ha iniziato ad ammalarsi, sua madre ha chiesto ai vicini qualsiasi somma per riuscire a raggiungere il centro più vicino, a circa 20 km di distanza. Tuttavia, nessuno aveva abbastanza.



Gravidanze precoci

La gravidanza adolescenziale (o gravidanza precoce) è un fenomeno globale con cause ben note e gravi conseguenze sanitarie, sociali ed economiche. A livello globale, il tasso di natalità adolescenziale è diminuito, ma si rilevano ancora tassi disomogenei tra le diverse regioni del mondo (WHO, 2022c). Si registrano anche **enormi variazioni**

all'interno dei paesi stessi: la gravidanza in età adolescenziale, infatti, tende a essere più elevata tra le persone con un livello di istruzione inferiore o di basso livello economico (ibid.). In diversi contesti, gli ostacoli all'ottenimento e all'uso dei contraccettivi impediscono agli adolescenti di evitare gravidanze indesiderate.

Anche quando gli adolescenti possono avere accesso ai contraccettivi perché disponibili nel contesto in cui vivono, possono non avere le risorse per pagarli, né la conoscenza su dove ottenerli e come usarli correttamente. **Le leggi e le politiche restrittive riguardanti la fornitura di contraccettivi in base all'età o allo stato civile pongono**

un ostacolo importante alla fornitura e all'uso di contraccettivi tra gli adolescenti. Questo è spesso combinato con il pregiudizio degli operatori sanitari e/o la mancanza di volontà di riconoscere i bisogni di salute sessuale degli adolescenti (ibid.).

Nel mondo, il tasso di gravidanze precoci è di 41 nascite ogni 1.000 ragazze tra i 15-19 anni

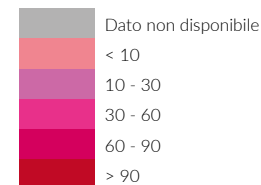
(World Bank, 2022).



GRAVIDANZE PRECOCI

I dati, aggiornati al 2020, si riferiscono alle nascite ogni 1.000 ragazze tra i 15-19 anni. Fonte World Bank, 2022. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da World Bank.

LEGENDA



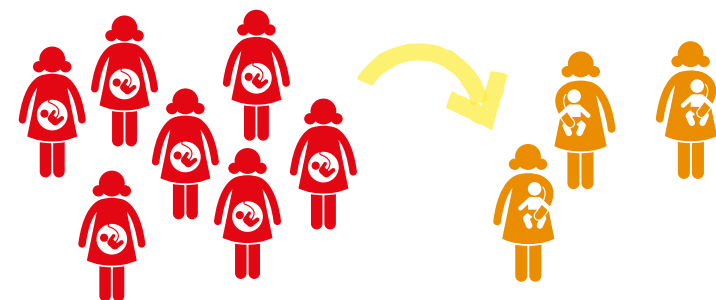
IN AMERICA LATINA IL TASSO È DI 60,3 NASCITE OGNI 1.000 RAGAZZE

NIGER 177,5

MALI 162,3

CHAD 151,6

IN AFRICA CENTRO OCCIDENTALE IL TASSO DI GRAVIDANZE PRECOCI È DI 107,4 OGNI 1.000 RAGAZZE (15-19 ANNI)



Ogni anno, circa **21 milioni** di ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni nelle regioni in via di sviluppo **rimangono incinte e circa 12 milioni** di loro **partoriscono**

IL NESSO TRA MATRIMONI E GRAVIDANZE PRECOCI E LE SUE CONSEGUENZE

Le ragazze che si sposano prima dei 15 anni hanno il 50% di probabilità in più di subire violenza da parte del partner rispetto a quelle che si sposano più tardi (Girls not Brides, 2021). I matrimoni precoci, e le potenziali situazioni di violenza che ne conseguono, espongono le ragazze a un rischio maggiore di gravidanza perché **le ragazze che si sposano molto presto, in genere, hanno un'autonomia limitata nell'influenzare il processo decisionale sul ritardo della gravidanza e sull'uso di contraccettivi**. In alcuni contesti, inoltre, le ragazze scelgono di rimanere incinte perché hanno scarse prospettive educative e lavorative. Spesso in tali società, la maternità è apprezzata, e il matrimonio e la gravidanza possono rappresentare la migliore delle limitate opzioni disponibili per le ragazze adolescenti (World Bank, 2017).

Il matrimonio precoce è probabilmente la causa di almeno l'84% delle nascite di bambini da madri di età inferiore ai 18 anni, con una serie di gravi conseguenze sulla salute sessuale, riproduttiva, materna e infantile (UNDESA, 2020). Nascere da una madre di età inferiore ai 18 anni, infatti, **aumenta il rischio di mortalità sotto i cinque anni del 3,5%** (UNDESA, 2021). In media, **3 decessi su 100 tra i bambini/e sotto i cinque anni sono direttamente attribuibili a parti precoci** (ibid.).

Interventi volti a limitare matrimoni e gravidanze precoci potrebbero ridurre la fertilità e abbassare la crescita della popolazione di circa un decimo nei paesi in cui queste pratiche sono molto diffuse (ibid.). **Si stima che, a livello globale, i benefici per le popolazioni derivanti da una minore crescita demografica potrebbero raggiungere più di 500 miliardi di dollari all'anno entro il 2030** (ibid.). Per i figli/e di madri che partoriscono in giovane età, si ridurrebbero anche i rischi che i bambini/e muoiano entro i cinque anni o che siano affetti da un ritardo dello

sviluppo fisico. **A livello globale, i benefici stimati di una minore mortalità e malnutrizione sotto i cinque anni potrebbero raggiungere più di 90 miliardi di dollari, sempre entro il 2030** (ibid.).

In generale, evidenze in vari paesi del mondo, hanno dimostrato che tenere le ragazze a scuola (*school retention*) il più a lungo possibile, garantendo un accesso equo, sicuro, non-giudicante e adatto alle diverse fasi di vita a un'educazione sessuale e affettiva completa sono tra gli strumenti migliori per contrastare matrimoni e gravidanze precoci (UNFPA, 2015).



Interventi educativi di gruppo nelle scuole possono influenzare con successo l'atteggiamento dei

giovani, specie dei ragazzi, verso un ripensamento dei ruoli di genere e portare a relazioni più sane. I risultati migliori sono stati, infatti, documentati da programmi che hanno lavorato direttamente con ragazze e ragazzi per fornire loro informazioni, competenze e risorse (ibid.). **In un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, pertanto, sono necessari interventi rivolti ad adolescenti che affrontino i temi della socializzazione, della parità e della violenza di genere e che garantiscano percorsi duraturi di istruzione.**



Le ragazze che si sposano prima dei 15 anni hanno il 50% di probabilità in più di subire violenze da parte del partner rispetto a quelle che si sposano più tardi

(Girls not Brides, 2021).

WASH e diritti sessuali e riproduttivi



WASH

(Water, Sanitation and Hygiene)

Per donne, bambine e ragazze, l'accesso all'acqua potabile, ai servizi igienico-sanitari e all'igiene (WASH- Water, Sanitation and Hygiene) è di fondamentale importanza per garantire la salute sessuale e riproduttiva e, al contempo, la parità di genere. In particolare, **la salute sessuale e riproduttiva e i diritti di donne, ragazze e bambine sono intrinsecamente legati all'accesso all'acqua.** Quando l'acqua pulita non è facilmente accessibile, le donne **si ritrovano spesso a percorrere lunghe distanze per raggiungere fonti sicure.** Queste sopportano anche l'onere fisico del trasporto dell'acqua, che **può comportare un aumento dei rischi per la salute, come il prolasso uterino, problemi muscolo-scheletrici e stress.**

Le donne e le ragazze possono anche **subire molestie e violenze, persino stupri, mentre viaggiano da e verso un punto di raccolta dell'acqua** (UN Women, 2018). La mancanza di accesso a strutture igienico-sanitarie sicure a casa espone donne e ragazze a malattie, oltre a rischi di molestie e violenza nell'accesso alle strutture pubbliche. Allo stesso modo, **la mancanza di servizi igienico-sanitari sicuri nei luoghi pubblici limita la libertà di movimento delle donne e l'accesso alle opportunità** di partecipazione alla vita comunitaria (IWHC, 2020). Problematiche simili sono ancora molto diffuse nel mondo, sebbene vi siano importanti differenze tra i paesi e internamente ai paesi, e a pagarne il prezzo sono spesso donne, bambini/e e adolescenti.

Per questo, nelle regioni in cui l'accesso ai servizi WASH risulta ancora gravemente compromesso, è essenziale coinvolgere le donne nei comitati locali di acqua, servizi igienico-sanitari e igiene, e in tutti i processi decisionali relativi all'ubicazione, alla progettazione e alla gestione dei punti idrici e dei servizi igienici.



© WeWorld

Il nesso tra WASH e giustizia sessuale e riproduttiva nel quadro dell'Agenda 2030

Elaborazione WeWorld da WaterAid, 2019²⁷
*Alla salute mestruale è dedicata un'intera sezione all'interno della pubblicazione

WASH	Giustizia sessuale e riproduttiva
L'acqua potabile, i servizi igienico-sanitari e l'igiene nelle strutture sanitarie sono fondamentali per garantire la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) e un'assistenza sanitaria di qualità. La sepsi e altre infezioni sono le principali cause di malattie e mortalità materna e neonatale. Migliorare WASH e IPC nelle strutture sanitarie e nelle famiglie riduce il rischio per madri e neonati. Le persone con HIV soffrono in modo sproporzionato degli effetti avversi derivanti da servizi WASH inadeguati e hanno maggiori probabilità di soffrire e morire di malattie diarroiche. I bambini nati da madri con HIV dipendono maggiormente da alimenti complementari, che richiedono l'accesso ad acqua sicura. La prevenzione e la cura di malattie non trasmissibili, come il cancro al collo dell'utero, richiedono cure in strutture di qualità e IPC. Servizi e strutture WASH inadeguate, carenza di personale e lacune nella formazione sull'IPC possono compromettere l'accesso ai contraccettivi, il parto sicuro e l'aborto, nonché la gestione della salute sessuale. La salute mestruale* costituisce un punto di accesso al più ampio settore della salute sessuale e riproduttiva e, pertanto, dovrebbe essere inclusa nei curricula di educazione sessuale completa (<i>comprehensive sexual education</i>). La copertura sanitaria universale si basa su un accesso adeguato all'acqua e ai servizi igienico-sanitari a livello domestico e comunitario.	3 SALUTE E BENESSERE 3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100.000 bambini nati vivi 3.2 Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età. Tutti i paesi dovranno cercare di ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età ad almeno 25 per 1.000 bambini nati vivi 3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate; combattere l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili 3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale 3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali 3.8 Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti
6 ACQUA PULITA E SANITARIA 6.1 Ottenere entro il 2030 l'accesso universale ed equo all'acqua potabile che sia sicura ed economica per tutti 6.2 Ottenere entro il 2030 l'accesso ad impianti sanitari e igienici adeguati ed equi per tutti e porre fine alla defecazione all'aperto, prestando particolare attenzione ai bisogni di donne e bambine e a chi si trova in situazioni di vulnerabilità 6.b Supportare e rafforzare la partecipazione delle comunità locali nel miglioramento della gestione dell'acqua e degli impianti igienici	I tabù sulle mestruazioni minacciano i diritti all'acqua e ai servizi igienico-sanitari di donne e ragazze. Quando hanno le mestruazioni, infatti, la loro mobilità può venire limitata, così come può venire vietato l'accesso all'acqua, alle cucine o ai servizi igienici. Lo stigma contro le persone con HIV e la mancanza di conoscenze riguardanti la trasmissione dell'HIV può escluderle dall'accesso sicuro ad acqua e servizi igienici. Spesso, la violenza contro donne e ragazze nelle questioni relative a WASH è conseguenza del loro mancato coinvolgimento nelle decisioni prese dai governi e dagli uomini per l'intera comunità. La realizzazione dei diritti sessuali e riproduttivi dà potere alle persone e consente loro di partecipare più pienamente alla vita delle comunità.
La mancanza di strutture igienico-sanitarie adeguate e di punti di raccolta dell'acqua in luoghi sicuri limita la mobilità delle donne e aumenta il rischio di violenza sessuale. Pratiche di scarsa igiene, strutture inadeguate per la salute mestruale, mancanza di informazione, educazione e prodotti sanitari adeguati influiscono sull'accesso delle ragazze adolescenti all'istruzione e sul raggiungimento di buoni risultati di salute. Approcci completi sulla salute mestruale possono contribuire all'arresto di pratiche e credenze dannose, come il matrimonio precoce. Strutture sanitarie senza acqua pulita, servizi igienici adeguati e buone pratiche igieniche mettono a rischio la salute e la sicurezza delle infermiere, delle ostetriche e della comunità degli operatori sanitari. Le donne hanno diritto alla qualità delle cure, alla dignità e alla privacy per questioni relative alla loro salute all'interno delle strutture di cura.	5 PARITÀ DI GENERE 5.1 Porre fine, ovunque, a ogni forma di discriminazione nei confronti di donne e ragazze 5.2 Eliminare ogni forma di violenza nei confronti di donne e bambine, sia nella sfera privata che in quella pubblica, compreso il traffico di donne e lo sfruttamento sessuale e di ogni altro tipo 5.3 Eliminare ogni pratica abusiva come il matrimonio combinato, il fenomeno delle spose bambine e le mutilazioni genitali femminili 5.6 Garantire accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti in ambito riproduttivo, come concordato nel Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo e dalla Piattaforma d'Azione di Pechino e dai documenti prodotti nelle successive conferenze 5.c Adottare e intensificare una politica sana ed una legislazione applicabile per la promozione della parità di genere e l'emancipazione di tutte le donne e bambine, a tutti i livelli

27 Si veda <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/2019-08/a-shared-agenda-exploring-links-between-water-sanitation-hygiene-and-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-sustainable-development.pdf>



L'intervento di WeWorld in Mozambico

Le donne dell'acqua: un racconto di empowerment femminile

In Mozambico, l'approvvigionamento dell'acqua è una responsabilità che ricade quasi totalmente sulle donne e le loro figlie, che nel tragitto da casa alla fonte rischiano stupri, molestie e rapine. **Raccogliere l'acqua per l'intera famiglia può essere un'attività rischiosa data anche dalla mancanza delle donne in ruoli decisionali all'interno dei comitati di gestione dell'acqua.**

In Mozambico, si stima che un pozzo possa soddisfare le esigenze di circa 300 famiglie; eppure, nel distretto di Guro ogni punto d'acqua ne serve in media 600, mentre a Tambara si riforniscono circa 1.000 famiglie. Una condizione aggravata dal fatto che i pozzi pescano da falde piccole: anche per questo l'acqua dei pozzi è essenzialmente usata per cucinare e bere, mentre per altre necessità come lavarsi e fare il bagno, le donne usano l'acqua recuperata lungo le rive dei fiumi, con conseguenze potenzialmente gravi a causa delle possibili contaminazioni.

Per assicurare la manutenzione, la riparazione e la gestione delle fonti d'acqua, il governo ha istituito dei comitati di gestione dell'acqua composti da 12 persone (di cui 6 donne e 6 uomini). Nonostante questo, la presenza delle donne non è mai garantita. Per esempio, le 3 comunità di Tambara hanno 22 comitati dell'acqua, composti da 264 membri: 56 donne contro 208 uomini. Le donne, dunque, rappresentano solo il 21% dei membri dei comitati dell'acqua, in un'attività che è prevalentemente femminile. Tra loro solo il 4,5%, occupa delle posizioni decisionali: solo una donna presiede un comitato dell'acqua, i restanti 21 sono presieduti da uomini. Sono solo 2, invece, le donne che hanno la chiave della pompa a mano. Nel distretto di Guro, lo scenario è relativamente migliore: le donne rappresentano il 50% dei membri dei comitati di gestione e il 38,6% di questi comitati sono guidati da donne. **In generale, c'è un debole controllo di questi comitati da parte delle donne e questo significa che le decisioni non riflettono le preoccupazioni e le priorità delle donne.**

WeWorld lavora in Mozambico per promuovere l'empowerment femminile e rendere le donne protagoniste della gestione della risorsa idrica. Lo fa con un approccio sistemico volto a ridurre il divario di genere nei ruoli di gestione dei pozzi, intervenendo sui fattori di esclusione delle donne e adolescenti all'accesso e al controllo sulle risorse e aumentando la consapevolezza femminile, non solo per la promozione delle donne nei centri decisionali della società, della politica e dell'economia, ma anche per accrescere l'autostima e aumentare abilità e competenze.

Tra le tante donne coinvolte nel processo di empowerment che WeWorld svolge ogni giorno sul campo, c'è **Maria Jessinao, che ha il ruolo di capo dell'igiene** e controlla che il pozzo e le aree circostanti siano in buone condizioni. *"Per far sì che sia sempre tutto funzionante faccio i turni con altri 3 membri – racconta -. È una nuova responsabilità per me ma mi fa sentire davvero utile alla mia comunità".*

Deliessi Mastala, invece, è meccanica e si occupa della manutenzione della pompa. *"Grazie al comitato ci confrontiamo costantemente su come risolvere i problemi che possono verificarsi. Lavoriamo in gruppo ed è davvero un ottimo metodo. Sono grata per la formazione che sto ricevendo e sono molto felice perché penso di essere un'ispirazione per le altre donne della comunità".*

"È la prima volta che ricopro il ruolo di membro di un comitato, non ho esperienza in questo campo ma sono davvero entusiasta", conclude Graça Tomas.

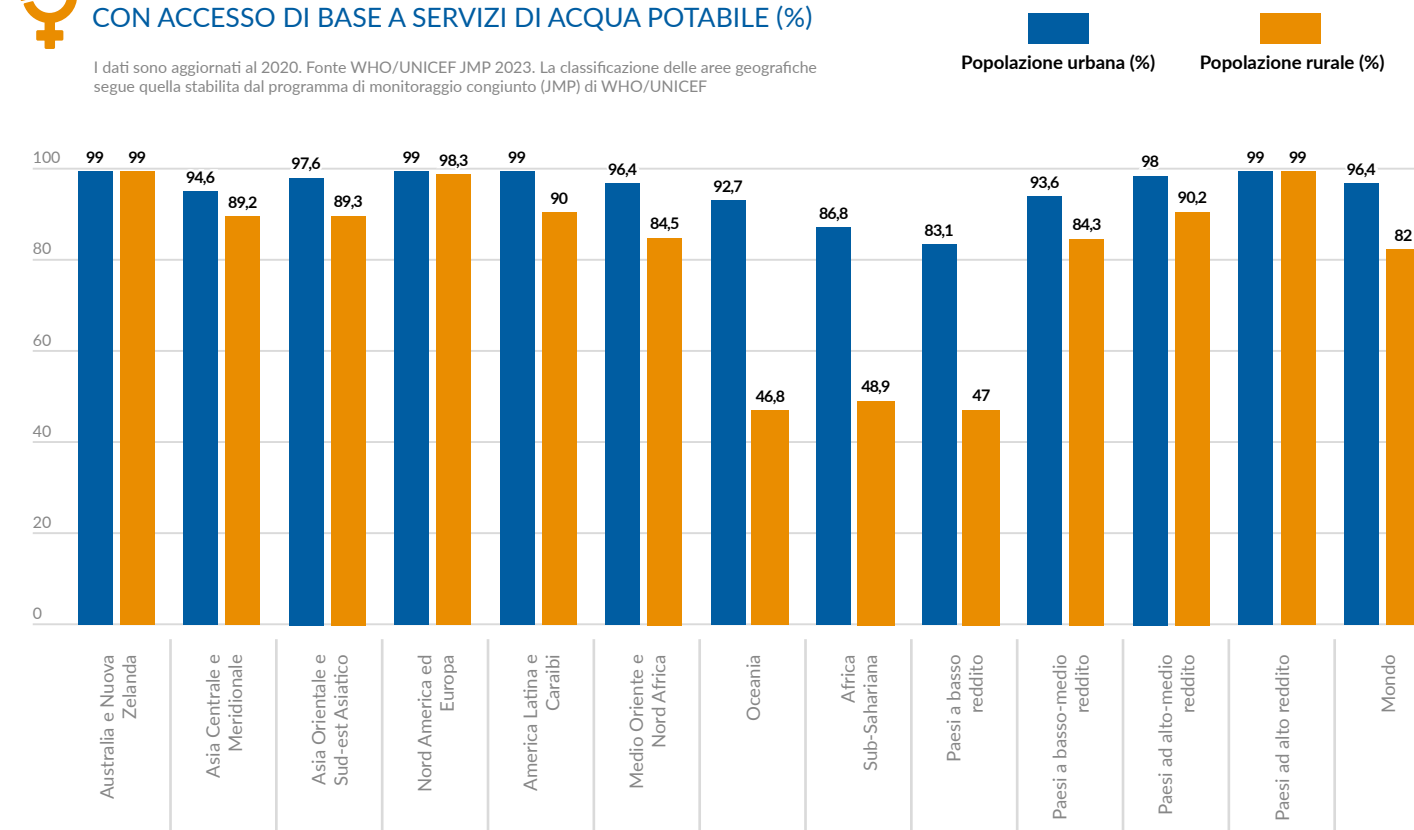


ACCESSO ALL'ACQUA



POPOLAZIONE URBANA E RURALE CON ACCESSO DI BASE A SERVIZI DI ACQUA POTABILE (%)

I dati sono aggiornati al 2020. Fonte WHO/UNICEF JMP 2023. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita dal programma di monitoraggio congiunto (JMP) di WHO/UNICEF



GARANTIRE UN ACCESSO SICURO

Chiunque ha il diritto di accedere a fonti sicure di acqua potabile: questo vale in situazioni di stabilità e nelle crisi, nei contesti urbani e rurali, e in ogni paese del mondo. **Quando le persone non hanno accesso all'acqua pulita, si registrano impatti negativi sulla loro salute, alimentazione, istruzione e su ogni altro aspetto della loro vita. La disponibilità di acqua in sé non è, però, sufficiente a mantenere le persone sane: l'acqua deve anche essere sicura, accessibile ed equa.** Ciò significa che deve provenire da una fonte affidabile come un pozzo, un rubinetto

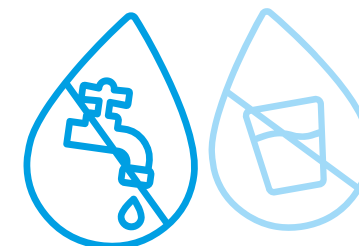
o una pompa a mano; privo di contaminazione fecale e chimica; prontamente disponibile per almeno 12 ore al giorno; e situato nei locali della casa o a distanza ragionevole (WHO, 2022d).

Oggi, **milioni di persone fanno ancora affidamento su fonti idriche a rischio elevato o moderato di contaminazione fecale a causa della mancanza di servizi igienici o di scarse reti fognarie** (ibid.). Anche l'acqua che è sicura alla fonte può essere esposta a contaminazione se non viene trattata, trasportata, conservata e maneggiata

in modo sicuro. **La contaminazione chimica rappresenta una minaccia quotidiana in molti luoghi del mondo: milioni di persone, infatti, bevono acqua contenente arsenico o fluoro a livelli considerati non sicuri dalle linee guida dell'OMS, presenti naturalmente nelle falde ma non eliminati da impianti di trattamento, mettendo così a rischio la popolazione** (ibid.)

Viste le condizioni precarie dei sistemi di fornitura d'acqua, nei paesi a basso reddito dal 30 al 40% dell'approvvigionamento idrico rurale non funziona in maniera corretta e non garantisce acqua sicura per il consumo umano, mettendo a serio rischio di salute le popolazioni

(WHO, 2022d)



L'impatto del cambiamento climatico su WASH

Fonte WaterAid, 2022



Effetti del cambiamento climatico	Impatto su WASH
Riduzioni delle precipitazioni	- Riduzione della disponibilità di acqua potabile per l'approvvigionamento - Flusso ridotto nei fiumi - Minore diluizione/aumento della concentrazione di inquinanti nell'acqua - Minaccia alle pratiche igieniche
Inondazioni	- Inquinamento e allagamento dei pozzi - Inaccessibilità delle fonti idriche - Allagamento delle latrine - Danni alle infrastrutture - Frane attorno alle fonti idriche - Sedimentazione e torbidità - Minaccia alla sostenibilità dei comportamenti igienico-sanitari - Aumento delle epidemie e malattie legate all'acqua contaminata (water borne diseases)
Siccità	- Diminuzione del deflusso fluviale - Diminuzione delle infiltrazioni - Abbassamento delle falde acquifere naturali - Conflitti per la gestione delle risorse naturali - Aumento delle malattie legate alla mancanza d'acqua (shigella, febbre tifoide, diarrea, ecc.)
Aumento delle temperature	- Danni alle infrastrutture - Aumento di agenti patogeni nell'acqua con conseguente aumento del rischio di malattie - Modifiche alla stagionalità del flusso fluviale, con conseguente riduzione della disponibilità di acqua nella stagione arida
Aumento del livello del mare: allagamento e intrusione salina nelle acque dolci	Riduzione della disponibilità di acqua potabile, con forti impatti sulla sua qualità

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

I servizi igienico-sanitari non sicuri rappresentano uno dei maggiori problemi sanitari e ambientali al mondo, in particolare per i più poveri, **e sono responsabili di 775.000 morti ogni anno** (Ritchie e Roser, 2021). **Le difficoltà di accesso a servizi igienici adeguati è uno dei principali fattori di rischio per le malattie infettive, tra cui colera, diarrea, dissenteria, epatite A, tifo e poliomielite. Inoltre, aggrava la malnutrizione e, in particolare, è collegata all'arresto della crescita infantile** (ibid.).

Il numero di morti dovute al mancato accesso a servizi igienico-sanitari adeguati varia di molto tra i paesi, **con un picco nei paesi a basso reddito, in particolare nell'Africa Sub-Sahariana**

e in Asia. I tassi qui sono spesso superiori a 50 decessi ogni 100.000 persone – nella Repubblica Centrafricana e in Ciad il dato arriva a 120 morti ogni 100.000 persone. In Europa, invece, i tassi sono inferiori a 0,1 decessi ogni 100.000 abitanti (ibid.). Proprio come per le difficoltà di accesso all'acqua potabile, **la mancanza di servizi igienico-sanitari adeguati e sicuri è in gran parte limitata ai paesi a basso e medio reddito, ed è, pertanto, sintomo di forti disuguaglianze.**

Oggi, **3,6 miliardi di persone utilizzano ancora servizi igienici di scarsa qualità**, con conseguenze non solo sulla loro salute, ma anche sull'ambiente in cui vivono (World Toilet Day, 2022). Infatti, **sistemi igienico-sanitari inadeguati**

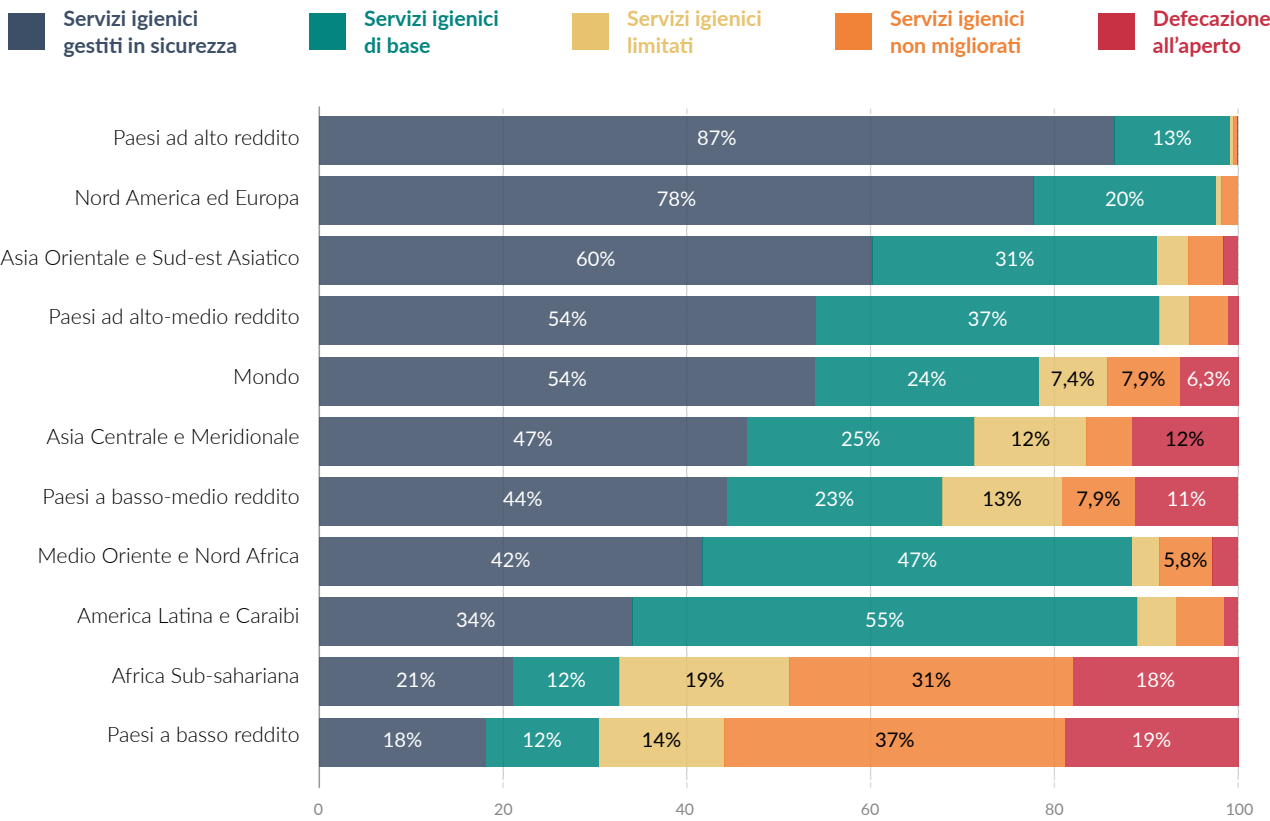
comportano inquinamento con materiale fecale nei fiumi, nei laghi e nel suolo, contaminando le già scarse risorse idriche. Per questo, è fondamentale investire per garantire a tutte e tutti un accesso sicuro ai cosiddetti **servizi igienico-sanitari "migliorati".**

I servizi igienico-sanitari "migliorati" sono definiti come strutture che assicurano la separazione igienica degli escrementi umani dal contatto umano e da fonti d'acqua. Bisogna, però, sottolineare che l'accesso a strutture igienico-sanitarie migliorate non garantisce necessariamente condizioni di sicurezza. **Per strutture igienico-sanitarie sicure o gestite in sicurezza (safely managed) si intende l'uso di una struttura igienico-sanitaria migliorata**



POPOLAZIONE CON ACCESSO AI SERVIZI IGIENICO-SANITARI (%)

I dati sono aggiornati al 2020. Fonte WHO/UNICEF JMP, 2021. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita dal programma di monitoraggio congiunto (JMP) di WHO/UNICEF



non condivisa con altre famiglie e in cui: gli escrementi sono smaltiti in modo sicuro in situ o vengono trasportati e trattati fuori sede. Le definizioni delle altre categorie di strutture igienico-sanitarie includono:

- **Servizio di base:** struttura privata migliorata che separa gli escrementi dal contatto umano;
- **Servizio limitato:** struttura migliorata condivisa con altre famiglie;
- **Servizio non migliorato:** struttura non migliorata che non separa gli escrementi dal contatto umano;
- **Nessun servizio:** defecazione all'aperto



Circa il 6% della popolazione mondiale non dispone di alcun servizio igienico-sanitario e deve invece praticare la defecazione all'aperto. Nei paesi a basso reddito il dato sale al 19%

(World Toilet Day, 2022)

IL COLLEGAMENTO TRA L'ARRESTO DELLA CRESCITA E L'ACCESSO INADEGUATO AI SERVIZI WASH

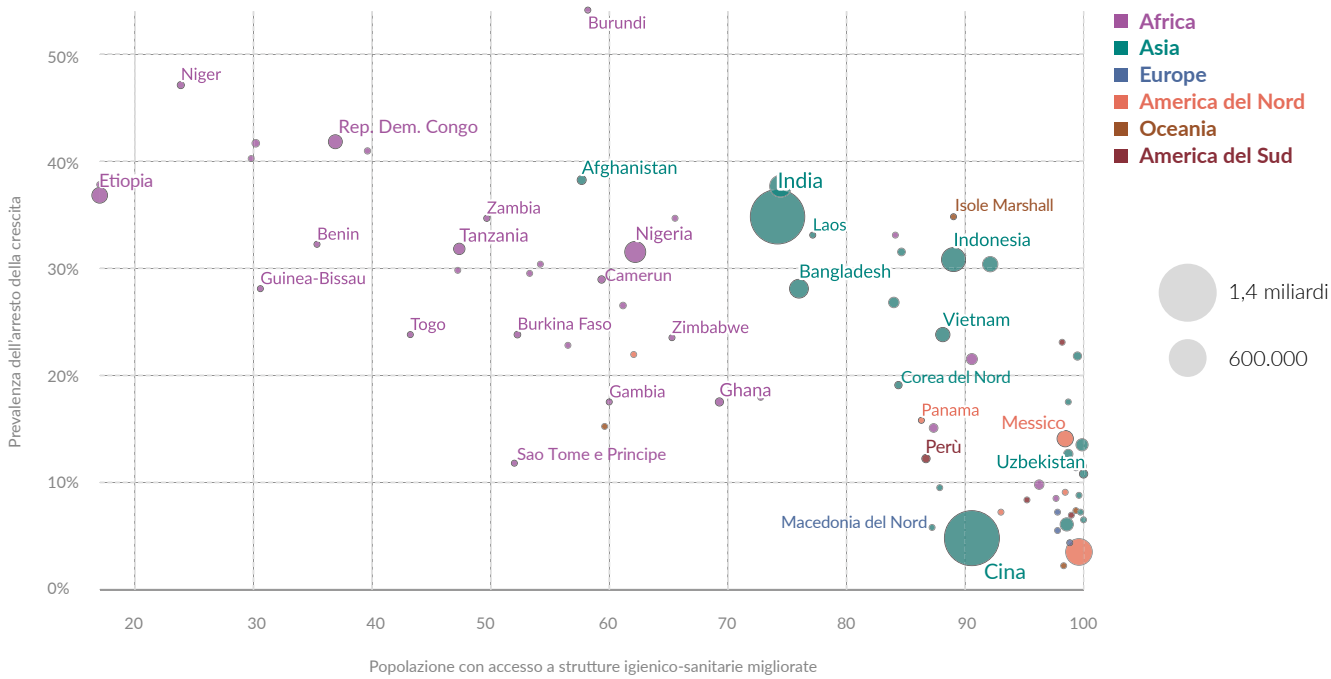
L'OMS definisce arresto della crescita (*stunting*) quel processo per cui l'altezza di un bambino o di una bambina è inferiore all'altezza media per gli standard di crescita infantile per l'età di riferimento²⁸. L'arresto della crescita è tendenzialmente segno di malnutrizione cronica, ma è anche collegato a una serie di fattori combinati, tra cui malattie infettive, diarrea infantile e scarsa igiene.

Nel grafico sotto, viene riportata la prevalenza dell'arresto della crescita rispetto alla quota della popolazione che ha accesso a strutture igienico-sanitarie migliorate: **i tassi di arresto della crescita infantile sono in genere più alti nei paesi con minore accesso a strutture igienico-sanitarie migliorate.**



PREVALENZA DELL'ARRESTO DELLA CRESCITA RISPETTO ALLA QUOTA DI POPOLAZIONE CON ACCESSO A STRUTTURE IGIENICO-SANITARIE MIGLIORATE

I dati sono aggiornati al 2020. Fonte WHO/UNICEF JMP, 2022

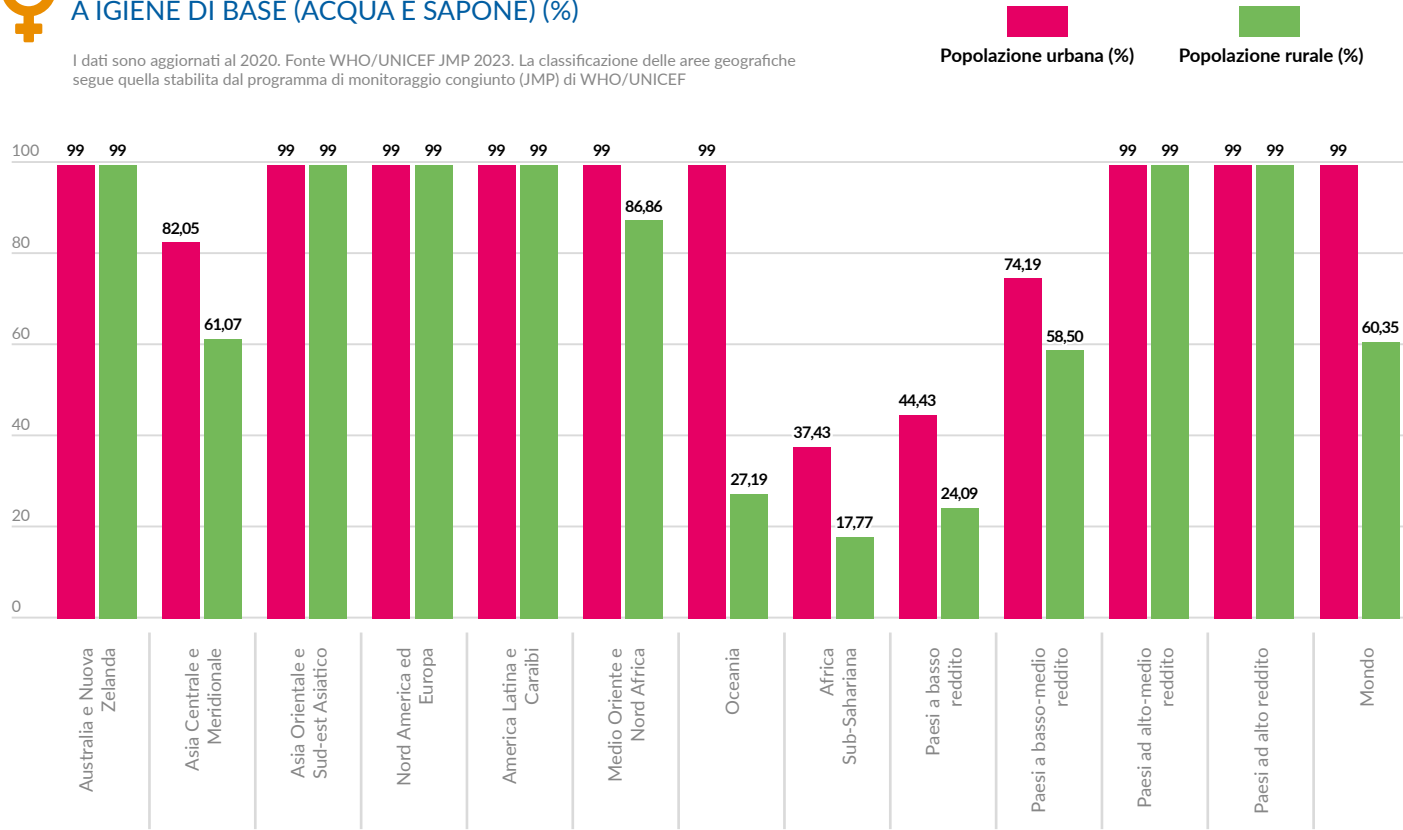


28 La prevalenza dell'arresto della crescita viene misurata come la quota di bambini/e sotto i 5 anni che riportano più di due deviazioni standard al di sotto della media stabilita dagli standard internazionali di crescita infantile (WHO Child Growth Standards). Si veda <https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>

IGIENE

POPOLAZIONE URBANA E RURALE CON ACCESSO A IGIENE DI BASE (ACQUA E SAPONE) (%)

I dati sono aggiornati al 2020. Fonte WHO/UNICEF JMP 2023. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita dal programma di monitoraggio congiunto (JMP) di WHO/UNICEF



Nonostante il COVID-19 abbia messo in luce l'importanza dell'igiene delle mani per prevenire la diffusione della malattia, **tre miliardi di persone in tutto il mondo, tra cui centinaia di milioni di bambini che vanno a scuola, non hanno accesso a strutture per lavarsi le mani con il sapone.** Le persone che vivono nelle aree rurali, nelle baraccopoli urbane, nelle aree soggette a disastri e nei paesi a basso reddito sono le più vulnerabili e le più colpite (UNICEF,2023c).

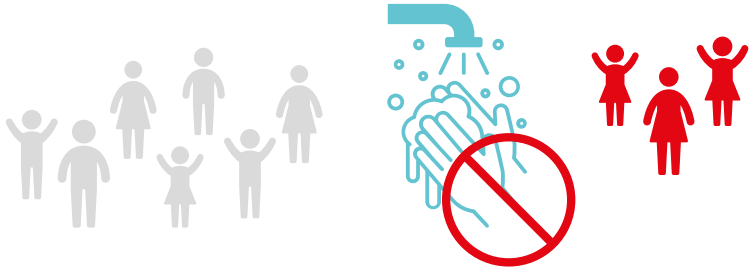
L'IMPORTANZA DELLE SCUOLE NEL GARANTIRE ADEGUATI SERVIZI E PRATICHE DI WASH

La presenza di servizi WASH adeguati e sicuri nelle scuole contribuisce positivamente alla salute, all'educazione e al benessere complessivo di bambine e bambini. Infatti, questi trascorrono una notevole quantità di tempo nelle scuole, rendendole il posto migliore per imparare e sperimentare

buone pratiche di WASH. La fornitura di acqua potabile nelle scuole rappresenta **una pratica altamente efficace per aumentare l'accesso all'educazione e i risultati dell'apprendimento** (UNICEF/WHO, 2022). Oltre alla necessità di acqua per mantenere l'igiene personale e ambientale, **la riduzione della disidratazione degli studenti nelle scuole è stata associata a migliori capacità cognitive.** I benefici, però, vanno oltre l'aula: apprendere pratiche WASH corrette a scuola contribuisce non solo alla salute delle generazioni future, ma anche a quella delle comunità in cui vivono e, quindi, allo sviluppo della società nel suo complesso. **Come agenti di cambiamento, bambine e bambini possono influenzare positivamente il comportamento della loro famiglia e dei membri della comunità.**

Circa 3 persone su 10 nel mondo non hanno accesso ad acqua e sapone

(WHO/UNICEF, 2023)



Educazione e Salute WeWorld e la modalità WASH in Schools

Accedere ad acqua potabile, servizi igienici e igiene adeguati (WASH) al di fuori della casa, e in particolare nell'ambiente scolastico, è fondamentale per la salute e l'istruzione di bambine e bambini. Questi, infatti, trascorrono una parte significativa della loro giornata a scuola, dove i servizi WASH possono migliorare le opportunità educative e ridurre il potenziale di trasmissione di malattie, oltre ad affrontare questioni relative alla dignità personale, in particolare per le ragazze. L'importanza di garantire adeguati servizi WASH nelle scuole è stata riconosciuta a livello globale nell'ambito degli SDG (in particolare agli obiettivi 4.a, 6.1, 6.2): qui sono considerati componenti chiave di un ambiente di apprendimento sicuro, non violento, inclusivo ed efficace. Nello specifico, l'SDG 4.A.1 mira a far sì che tutti i bambini e le bambine frequentino scuole che garantiscono l'accesso ai servizi WASH in Schools (WinS) di base, costituiti da:

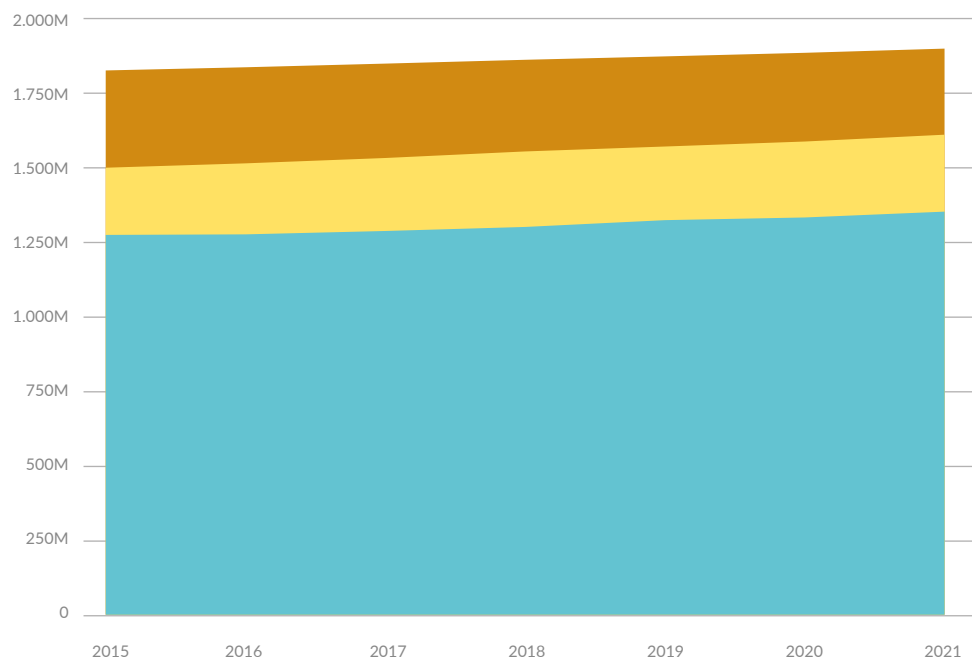
- a) acqua potabile a scuola proveniente da una fonte idrica migliorata;
- b) servizi igienici migliorati, separati per genere e utilizzabili (disponibili, funzionali, privati);
- c) impianti per il lavaggio delle mani, dotati di acqua e sapone.

Nell'ambito delle strategie globali di intervento in WASH ed Educazione, WeWorld ha adottato la modalità WASH in Schools (WinS) che prevede, appunto, una forte sinergia tra questi due settori. In tutti i paesi in cui WeWorld interviene con progetti educativi, la componente di WASH è ormai imprescindibile.



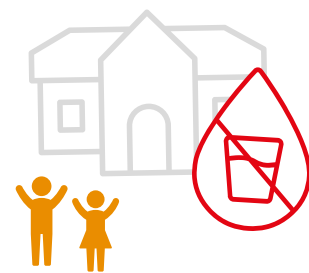
BAMBINE E BAMBINI CHE HANNO ACCESSO A SERVIZI DI ACQUA POTABILE NELLE SCUOLE

I dati si riferiscono al periodo 2015-2021. Fonte WHO/UNICEF JMP 2023

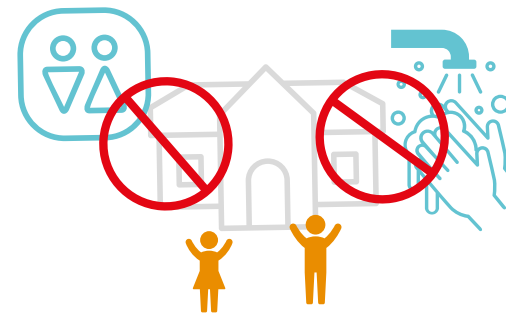


LEGENDA

■ Servizio base	L'acqua potabile proviene da una fonte non migliorata o non vi è alcuna fonte d'acqua nella struttura
■ Servizio limitato	L'acqua potabile proviene da una fonte migliorata, ma l'acqua non è disponibile nella struttura
■ Servizio assente	L'acqua potabile proviene da una fonte migliorata e l'acqua è disponibile nella struttura



546 milioni di bambini/e non hanno un servizio di acqua potabile di base nella loro scuola



Nel 2021, 539 milioni di bambini/e non disponevano di un servizio igienico-sanitario di base nella loro scuola

(UNICEF/WHO, 2022).



ACQUA POTABILE:

Nel 2021, il 71% delle scuole disponeva di un servizio di acqua potabile di base (sorgente migliorata con acqua disponibile al momento dell'indagine), il 14% aveva un servizio limitato (sorgente migliorata con acqua non disponibile) e il 15% non aveva alcun servizio (sorgente non migliorata o nessuna fonte). La copertura dei servizi di acqua potabile di base **variava dal 46% nei paesi a basso reddito al 100% nei paesi ad alto reddito** (UNICEF/WHO, 2022).

Nel 2021, 802 milioni di bambini/e non avevano un servizio igienico di base nella loro scuola.

(UNICEF/WHO, 2022).



IGIENE: Nel 2021, il 58% delle scuole disponeva di un servizio di igiene di base (attrezzature per il lavaggio delle mani con acqua e sapone disponibili al momento dell'indagine), il 17% disponeva di un servizio limitato (strutture per il lavaggio delle mani con acqua ma senza sapone disponibile) e il 25% non disponeva di alcun servizio (nessuna struttura o mancanza di acqua a scuola). Ciò si traduce in **802 milioni di bambini e bambine che non avevano un servizio igienico di base nella loro scuola.**

Nel caso dell'accesso all'igiene, le disuguaglianze tra paesi sono ancora più evidenti: la copertura dei servizi igienici di base variava dal 23% nei paesi a basso reddito a più del 99% nei paesi ad alto reddito. In particolare, quasi due terzi delle scuole (63%) in Africa Sub-sahariana non avevano alcun servizio igienico.



SERVIZI IGIENICO-SANITARI:

Nel 2021, il 72% delle scuole disponeva di un servizio igienico-sanitario di base (strutture migliorate con bagni divisi per sesso e utilizzabili al momento dell'indagine), il 16% aveva un servizio limitato (strutture migliorate non divise per sesso o non utilizzabili) e il 13% non aveva alcun servizio (struttura non migliorata o del tutto assente). **Ciò si traduce in 539 milioni di bambini/e che non disponevano di un servizio igienico-sanitario di base nella loro scuola** (UNICEF/WHO, 2022). La copertura dei servizi igienico-sanitari di base variava dal 47% nei paesi a basso reddito al 100% nei paesi ad alto reddito. Guardando alle differenze tra i diversi ordini scolastici, 2 scuole primarie su 3 (68%) e 3 scuole secondarie su 4 (75%) disponevano di un servizio igienico-sanitario di base, ma non vi erano dati sufficienti per generare stime globali per le scuole dell'infanzia. **Sebbene le definizioni e gli indicatori nazionali varino, in tutti i paesi con dati disponibili un numero significativamente inferiore di scuole disponeva di servizi igienici considerati accessibili ai bambini e alle bambine con disabilità** (ibid.).



Bambine e bambini che vivono nelle regioni afflitte da fragilità o in situazioni di crisi protratte hanno ancora più difficoltà ad accedere ai servizi WASH



1/3 dei bambini privi di un servizio igienico di base vive nei paesi meno sviluppati e più della metà vive in contesti fragili

(UNICEF/WHO, 2022)



1 bambino/a su 3 senza un servizio di acqua potabile di base nella propria scuola vive nei paesi meno sviluppati, e più della metà in contesti fragili

(UNICEF/WHO, 2022)



1/3 dei bambini privi di servizi igienico-sanitari di base nella propria scuola vive nei paesi meno sviluppati e 3 su 5 vivono in contesti fragili

(UNICEF/WHO, 2022)



L'intervento di WeWorld in Palestina Il diritto alla salute sulla Striscia di Gaza

Più di 15 anni di conflitti sulla Striscia di Gaza hanno limitato l'accesso a servizi WASH sufficienti e adeguati nelle strutture sanitarie del territorio, mettendo a rischio le condizioni di salute di oltre 2 milioni di palestinesi che vivono sotto assedio. WeWorld sta contribuendo a garantire il raggiungimento di standard WASH di alta qualità nelle strutture sanitarie della Striscia di Gaza, attraverso interventi integrati di WASH in Health, supportando in particolare l'ospedale Al-Shifa, la più grande struttura sanitaria di Gaza che fornisce servizi a oltre il 45% della popolazione totale di Gaza ogni anno. **Il lavoro condotto sul campo da WeWorld è stato istituzionalizzato grazie alla definizione di protocolli di WASH in Health in accordo con il Ministero della Salute, che sono stati poi adottati in tutta la Palestina.** Anche al fine di supervisionare l'attuazione dei protocolli e l'adozione di pratiche e interventi adeguati, WeWorld ricopre il ruolo di leader del sottogruppo di WASH in Health (sottogruppo tematico del WASH Cluster and Health Cluster) nell'area.

"WeWorld è intervenuta per migliorare i servizi idrici e igienico-sanitari nell'ospedale di Al-Shifa, compresa la riabilitazione delle strutture per l'acqua potabile, il miglioramento del sistema fognario e la costruzione di un impianto di trattamento delle acque reflue mediche. Attraverso questo impianto di trattamento innovativo e realizzato localmente, le acque reflue contaminate vengono trattate e smaltite in modo sicuro senza danneggiare la comunità e l'ambiente che circonda il complesso medico di Al-Shifa", ha affermato Eng Baha'Kilani, medico presso l'ospedale di Al-Shifa.

I progetti sanitari di WeWorld nell'area adottano un approccio sensibile al genere (gender-sensitive), anche attraverso la valutazione dei bisogni specifici delle donne e fornendo soluzioni tecniche basate su questi bisogni identificati.

Ciò include la fornitura di servizi igienici separati che offrano un'adeguata sicurezza e privacy per le donne. Inoltre, durante le sessioni di promozione dell'igiene della comunità, sono stati forniti 1.000 kit per l'igiene alle famiglie della comunità circostante, compresi gli articoli essenziali necessari per le donne (come gli articoli per la salute mestruale).

L'intervento in emergenza in Cisgiordania

WeWorld interviene per salvaguardare il diritto della salute anche in Cisgiordania, in particolare nei governatorati di Hebron, Betlemme e Ramallah.

Qui, i progetti realizzati mirano alla prevenzione del trasferimento forzato interno, migliorando l'accesso a servizi essenziali inclusivi e di qualità con un approccio multi-settoriale (WASH, istruzione, salute e protezione) in sei comunità palestinesi a rischio. Anche in questo caso, il genere è trasversale a tutte le componenti del progetto nella fase di valutazione, pianificazione e attuazione.

L'intervento ha previsto la costruzione di due scuole e un ambulatorio di salute primaria, che sono stati forniti di servizi WASH sensibili al genere: **infatti, disporre di servizi igienici gender-sensitive (e, dunque, divisi per sesso) è essenziale per il benessere e la dignità di bambine e ragazze.** WeWorld ha condotto una sessione di sensibilizzazione sull'igiene in tutte le comunità interessate. I contenuti della formazione e dei kit igienici distribuiti sono stati progettati attraverso la consultazione attiva dei membri della comunità, compresi i gruppi vulnerabili ed emarginati.



Salute **mestruale**

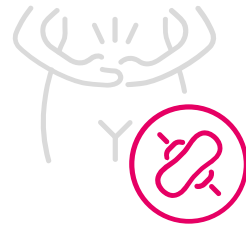
PROMUOVERE LA PARITÀ ATTRAVERSO LA SALUTE MESTRUALE

Le difficoltà che le persone possono incontrare nel gestire la loro salute mestruale ne compromette la capacità di accedere all'educazione e di godere pienamente di altri aspetti della vita e diritti fondamentali. In questo caso, il termine "persone" non viene utilizzato senza ragione. Infatti, sebbene il focus specifico di questo Atlante siano donne, ragazze e bambine²⁹, è importante ricordare che non tutte le persone che hanno le mestruazioni sono donne: vi sono, ad esempio, persone transgender e intersessuali che sperimentano le mestruazioni. Pertanto, quando si parla di salute mestruale bisognerebbe allargare il campo ad aspetti, quali le discriminazioni subite da categorie più vulnerabili come la comunità LGBTQIA+, che vanno oltre la sola biologia femminile.

Si stima che, ogni mese, nel mondo 1,8 miliardi di persone abbiano le mestruazioni, ma le difficoltà di accesso a infrastrutture igieniche adeguate, compresi servizi igienico-sanitari sicuri, privati e accessibili, dotati di acqua e sapone, dove le persone possono cambiarsi e pulire o smaltire i prodotti per l'igiene mestruale, rappresentano ancora un bisogno diffuso su vasta area (WASH United, 2022). È sempre più evidente che l'impossibilità di cambiare gli assorbenti mestruali o l'uso di panni mestruali riutilizzabili che non sono stati adeguatamente puliti può portare a infezioni anche molto gravi (WHO, 2021). Inoltre, è importante che le persone abbiano accesso a un'ampia gamma di prodotti mestruali e siano istruite su come usarli (si veda il box sui tipi di prodotti mestruali). **Promuovere o distribuire un solo tipo di prodotto, come i tamponi o gli assorbenti monouso, non tiene conto del fatto che le persone che hanno le mestruazioni non costituiscono un gruppo omogeneo e**

le loro esigenze e preferenze variano. Ad esempio, in alcuni contesti, i tamponi e le coppette mestruali potrebbero non essere culturalmente accettati e donne e ragazze potrebbero correre un rischio maggiore di infezione se non adeguatamente informate su come inserire, o quando cambiare questi prodotti, o su quali pratiche igieniche adottare. **Ancora oggi, molte donne e ragazze non hanno un vero controllo sui tipi di prodotti che utilizzano e non hanno la capacità di**

Si stima che, ogni mese, nel mondo 1,8 miliardi di persone abbiano le mestruazioni



smaltire o pulire questi prodotti in modo appropriato, con conseguenze personali, ambientali e culturali (PERIOD, 2022).

La differenza tra igiene mestruale e salute mestruale



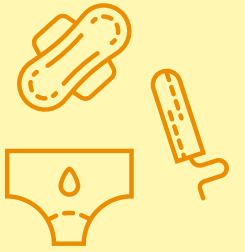
Spesso, i termini **igiene mestruale** e **salute mestruale** vengono usati in maniera intercambiabile. Eppure, l'igiene mestruale in senso stretto si riferisce solo ai tipi di prodotti igienici utilizzati per gestire le mestruazioni e/o al processo di gestione igienica delle mestruazioni su base giornaliera. Il termine, inoltre, porta con sé un'accezione negativa, rafforzando lo stigma che associa le mestruazioni a qualcosa di sporco o impuro (PERIOD, 2022). In un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, sono stati compiuti sforzi significativi per passare dal concetto di "igiene mestruale" a quello di "salute mestruale", che va al di là della semplice gestione del periodo mestruale, allargando lo sguardo a tutto il ciclo mestruale e alla salute e al benessere generale. **Infatti, per salute mestruale si intende uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale in relazione al ciclo mestruale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità** (PERIOD, 2022). Raggiungere la salute mestruale implica che le donne, le ragazze e tutte le persone che hanno un ciclo mestruale, nel corso della loro vita, siano in grado di:

- Accedere a informazioni accurate, tempestive e adatte all'età sul ciclo mestruale, le mestruazioni e i cambiamenti sperimentati durante il corso della vita, nonché le relative pratiche di cura di sé e d'igiene;
- Prendersi cura del proprio corpo durante le mestruazioni in modo tale da supportare le proprie preferenze in termini di igiene, comfort, privacy e sicurezza. Ciò include l'accesso e l'utilizzo di prodotti mestruali efficaci e convenienti e la disponibilità di strutture e servizi di supporto, tra cui acqua pulita, servizi igienico-sanitari accessibili, servizi per lavare il corpo e le mani, la possibilità di cambiare i prodotti mestruali e pulire e/o smaltire i materiali usati;
- Accedere tempestivamente alla diagnosi, al trattamento e alla cura dei disagi e dei disturbi legati al ciclo mestruale, compreso l'accesso a servizi sanitari appropriati;
- Vivere in un ambiente positivo e rispettoso del ciclo mestruale, libero da stigma e disagio psicologico, e in cui possano trovare il supporto di cui hanno bisogno per prendersi cura del proprio corpo e prendere decisioni informate;
- Decidere se e come partecipare a tutte le sfere della vita, comprese quelle civili, culturali, economiche, sociali e politiche, durante tutte le fasi del ciclo mestruale, libere da esclusione, restrizione, discriminazione, coercizione e/o violenza.

²⁹ Per questa ragione, le analisi e i commenti contenuti in questa sezione riguarderanno soprattutto donne, ragazze e bambine.

I prodotti mestruali

I cosiddetti "prodotti mestruali" sono prodotti fisici interni o esterni utilizzati per assorbire o raccogliere sangue mestruale ed effluenti. I prodotti mestruali possono essere riutilizzabili o monouso e usa e getta. L'uso di parole come "prodotti igienici" o "sanitari" può rafforzare l'idea negativa che le mestruazioni siano intrinsecamente sporche o che la vagina debba essere igienizzata. Un linguaggio come questo insinua anche che l'uso corretto dei prodotti mestruali (cioè assorbenti, tamponi e coppette mestruali) rappresenti la soluzione rapida al "problema antigienico" delle mestruazioni, senza considerare la salute mestruale come una questione sociale più ampia (PERIOD, 2022). I principali prodotti mestruali e metodi utilizzati sono:



- **PRODOTTI USA E GETTA O PRODOTTI MONOUSO.** Si tratta di prodotti che possono essere utilizzati una sola volta per gestire il flusso mestruale e che devono poi essere smaltiti. Gli esempi più comuni sono gli assorbenti o i tamponi mestruali usa e getta. La scelta di un determinato tipo di prodotto per gestire le mestruazioni è altamente personale e influenzata dallo stile di vita, dai bisogni, dalla cultura e dallo stato socio-economico. È importante, però, notare che i prodotti mestruali monouso, come tamponi e assorbenti, sono diventati un contributore significativo ai rifiuti di plastica monouso a livello globale (Blair et al., 2022).
 - **PRODOTTI RIUTILIZZABILI.** Sono prodotti che possono essere utilizzati più volte per raccogliere o assorbire il flusso mestruale, come assorbenti in tessuto, coppette mestruali e biancheria intima mestruale. Un prodotto riutilizzabile è destinato a essere utilizzato più di una volta e può durare da un ciclo mestruale a 10 anni, a seconda del tipo utilizzato (PERIOD, 2022). L'uso di prodotti per le mestruazioni riutilizzabili è solitamente un'opzione più sostenibile dal punto di vista ambientale, rispetto ai prodotti per le mestruazioni usa e getta e spesso è ovviamente correlata all'accessibilità ad acqua e servizi igienico-sanitari adeguati (ibid.).
 - **SANGUINAMENTO LIBERO (free bleeding).** La pratica del sanguinamento libero consiste nel non utilizzare alcun materiale o prodotto mestruale per assorbire o raccogliere il flusso mestruale. Tale pratica può rappresentare sia una scelta libera e consapevole per coloro che scelgono di sanguinare non ricorrendo a prodotti mestruali, sia una costrizione dettata dalla necessità per le persone che non hanno accesso a questi prodotti. In passato, le donne erano solite sanguinare liberamente nella terra durante le lune nuove come parte delle tradizioni rituali, tuttavia nei tempi moderni la pratica è stata spesso associata ad atti di ribellione (di stampo femminista e anti-patriarcale) o sfida contro l'industria dei prodotti mestruali (ibid.).
 - **PRODOTTI PER LE MESTRUAZIONI SOSTENIBILI.** Questo termine si riferisce a comportamenti rispettosi dell'ambiente e al ricorso a prodotti mestruali che riducono i rifiuti, l'inquinamento o sono realizzati con sostanze chimiche e plastica basse o assenti. Nel 2018, in Regno Unito il Women's Environmental Network (WEN) ha lanciato l'*Environmenstrual Week*, una settimana di appuntamenti dedicata alla promozione di prodotti mestruali ecologici (l'iniziativa prende, infatti, il nome dall'unione delle parole *environment*, che significa ambiente, e *menstrual*, mestruale). Da allora, la settimana viene normalmente celebrata nel mese di ottobre³⁰.
- A prescindere dal tipo di prodotto che consapevolmente si decide di utilizzare, **alla base di una corretta salute mestruale dovrebbe sempre esserci la scelta informata dell'individuo**. Per scelta informata si intende una decisione presa dopo che tutte le informazioni disponibili sulle alternative sanitarie sono state considerate per indirizzare la decisione finale, coerentemente con i valori della persona. **Tutte le persone che hanno le mestruazioni dovrebbero poter conoscere e accedere a prodotti mestruali che siano sicuri, comodi e che supportino una produzione e un uso sostenibili.**

30 Per maggiori informazioni, si veda <https://www.wen.org.uk/environmenstrualweek/>



Menstrual Hygiene Management (MHM) modality: l'approccio di WeWorld alla salute mestruale

All'interno della sua strategia globale WASH (Water, Sanitation and Hygiene), WeWorld ha adottato anche la modalità di lavoro della gestione dell'igiene mestruale (Menstrual Hygiene Management – MHM).

Il concetto di MHM implica che “donne e ragazze adolescenti usino materiali puliti per la gestione mestruale per assorbire o raccogliere il sangue, che possano essere cambiati in condizioni di privacy tutte le volte che è necessario per la durata del periodo mestruale, usando acqua e sapone per lavare il corpo, e avere accesso a strutture adeguate per smaltire i materiali usati. Il concetto comprende, dunque, **tutte le questioni fondamentali legate al ciclo mestruale e a come gestirlo con dignità e senza provare disagio o paura**” (UNICEF/WHO, 2019).

Il più ampio spettro della salute e dell'igiene mestruale (Menstrual Health and Hygiene – MHH) integra la definizione di MHM, **includendo “fattori sistemici più ampi che collegano le mestruazioni con la salute come il benessere, l'uguaglianza di genere, l'istruzione, l'equità, l'empowerment e i diritti”** (ibid.). In questo senso, le attività e i programmi dedicati alla salute e all'igiene mestruale rappresentano un punto di partenza per sollevare questioni più ampie come l'uguaglianza di genere e l'emancipazione delle donne, comprendendo questioni essenziali come l'educazione sessuale, la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, i matrimoni precoci, le fistole ostetriche, le mutilazioni genitali femminili e la violenza in generale. La modalità di MHM può contribuire a processi di trasformazione che consentono alle donne e alle ragazze di raggiungere il loro pieno potenziale: infatti, questi programmi possono aiutare le donne a sviluppare capacità per superare gli ostacoli alla loro salute, libertà e sviluppo.

In particolare, gli investimenti nel benessere delle ragazze adolescenti producono un triplice beneficio: per loro, per le donne che diventeranno e per le comunità in cui vivono, che possono beneficiare della loro partecipazione attiva e paritaria. Esempi di luoghi e strutture adatte all'implementazione di attività di MHM sono: scuole primarie e secondarie, centri di educazione formale e informale, centri di protezione per le donne, centri di rifugio e soccorso, strutture dedicate alla salute infantile, ospedali o centri per la nutrizione.

Questa modalità di lavoro è integrata nei progetti che WeWorld implementa, ad esempio, in Kenya, Tanzania, Mozambico, Haiti, Siria, Libano, Libia e Nicaragua.



NICARAGUA



L'intervento di WeWorld in Nicaragua Salute, educazione, empowerment: come eliminare i tabù sulle mestruazioni.

Dal 1984, WeWorld è presente in Nicaragua per prevenire la violenza di genere e promuovere processi di emancipazione di ragazze e donne, incoraggiando un cambiamento dei modelli culturali e degli schemi sociali che inducono comportamenti violenti e discriminatori. Il paese affronta da tempo una pesante contrazione economica che, pur avendo effetti su tutta la popolazione, ha un particolare impatto sulla componente femminile e sui minori. Dal punto di vista demografico, la popolazione del Nicaragua è molto giovane (il 45% ha meno di 25 anni). Negli ultimi anni, **si è registrato un incremento degli indici di violenza e dei femminicidi**: le stime indicano che il 40% delle donne di età compresa tra i 15 ei 49 anni ha subito violenze psicologiche, fisiche o sessuali e almeno il 25% è stato vittima di stupro, in particolare le più giovani. Insieme al Guatemala, il Nicaragua è al quarto posto in America Centrale e nei Caraibi in termini di prevalenza delle gravidanze precoci e supera di gran lunga la media regionale per matrimoni o unioni precoci, con il 35% delle donne che hanno una relazione prima dei 18 anni (cfr. *WeWorld Index 2022*).

L'azione di WeWorld nel paese si struttura in tre componenti principali: **prevenzione e assistenza diretta, sensibilizzazione e, infine, empowerment economico**. Attraverso l'assistenza si garantisce supporto medico e legale alle vittime e ai loro figli/e. Gli interventi includono programmi di formazione sui diritti delle donne e l'educazione alla parità di genere. Attraverso attività e diffusione di contenuti su media locali e social network, le campagne di sensibilizzazione accrescono la consapevolezza della popolazione sulle tematiche di genere. Infine, l'empowerment economico permette alle donne di intraprendere attività produttive individuali o collettive, che costituiscono opportunità per emanciparsi e uscire dal ciclo di violenza. In Nicaragua, WeWorld sostiene la “Red de Albergues” o Rete di Case Rifugio, spazio di coordinamento delle organizzazioni femminili che offrono accoglienza, protezione e supporto gratuito alle donne vittime di violenza e ai loro bambini/e.

Una sintesi di queste tre componenti di intervento è data dal progetto **#WithHer** che, in particolare, **si pone l'obiettivo di creare percorsi di empowerment e fuoriuscita dalla violenza, rompendo al tempo stesso i tabù sulle mestruazioni, ancora molto forti nel paese.**

“Nella cultura indigena miskita quando le donne hanno le mestruazioni non possono toccare le fonti d'acqua o coltivare la terra perché sono considerate sporche e si pensa possano trasmettere malattie” riporta **Tiziana Rossetti, rappresentante paese in Nicaragua per WeWorld.**

Oggi, milioni di donne e ragazze in tutto il mondo sono stigmatizzate, escluse e discriminate semplicemente perché hanno le mestruazioni. A peggiorare una situazione già complessa interviene la mancanza di infrastrutture e prodotti igienici a prezzi accessibili per le donne. È per questo che, **all'interno del progetto #WithHer, grazie a finanziamenti di donatori privati, della Comunità Europea e grazie al sostegno tecnico di Cotonella, WeWorld ha aperto un Atelier per**



la produzione di slip mestruali: un laboratorio sartoriale per produrre un capo d’abbigliamento ancora oggi considerato di “lusso”, da lavare senza vergogna.

“Molto spesso le donne che incontriamo nelle zone rurali del Nicaragua - continua **Rossetti** - non possono permettersi degli assorbenti perché molto costosi. Le donne usano quindi delle pezze realizzate da vecchi abiti. Una volta usate, molte le lavano all’interno delle case senza stenderle al sole perché si vergognano. Talvolta vengono lavate con troppo cloro o con acqua sporca. Le pezze, non adeguatamente pulite, causano spesso irritazioni e infezioni”.

Anche in Nicaragua, la gestione del ciclo mestruale ha un impatto diretto sull’educazione e sulla dignità delle donne e delle ragazze. “Le bambine molto spesso non vanno a scuola perché vengono prese in giro e hanno paura di sporcarsi a causa di infrastrutture inadeguate: la mancanza di acqua e servizi igienici puliti, sicuri e separati rendono le mestruazioni davvero difficili da gestire fuori casa” aggiunge Rossetti.

Proprio per questi motivi, WeWorld sta promuovendo un approccio di WASH (WATER, Sanitation and Hygiene) nelle scuole con un focus intersezionale di genere: i benefici legati a buone pratiche di salute mestruale (disponibilità di prodotti mestruali, bagni puliti e sicuri, con possibilità di chiusura interna e per cambiarsi, personale scolastico comprensivo e protettivo, informazioni corrette sull’igiene mestruale) portano a una maggiore partecipazione, autostima e infine possono avere un impatto positivo sulla frequenza scolastica da parte delle studentesse.

“Per la mia famiglia spendere 20 pesos per un assorbente era troppo, non potevamo permettercelo. Così ho iniziato a tagliare con il machete vecchi vestiti, li lavavo al fiume e li conservavo per usarli”, racconta **Angelica**, incontrata nel nuovo Atelier di WeWorld. “Ho avuto la mia prima mestruazione poco dopo aver compiuto 15 anni. La mia famiglia non mi aveva mai parlato delle mestruazioni. La prima a cui l’ho detto è stata mia sorella che mi ha dato un panno da indossare. A mia figlia di 13 anni è venuto il ciclo lo scorso anno. So cosa significhi la vergogna e dato che ci sono passata le compro gli assorbenti”.

“Il ciclo è una cosa naturale, le bambine non devono preoccuparsi e bisogna insegnare loro come proteggersi, come prendersi cura di sé stesse e come pulirsi – le fa eco **Vittoria** - Non ero a conoscenza delle mutande-assorbente ma penso che possano far sentire le donne a loro agio, togliendo loro la paura di incidenti. Queste nuove mutande possono aiutare molte donne a sentirsi più comode”.

“Siamo molto orgogliosi di questa nuova attività. Le donne si sentono, e sono, parte integrante del progetto che coinvolgerà circa 240 donne vittime di violenza in un percorso di empowerment, per la realizzazione di un prodotto alternativo ed economico, che sensibilizza sul tema della salute mestruale e che rende più sicura la loro salute in generale, anche in ottica ambientalista – conclude **Rossetti**. - Il primo obiettivo dell’Atelier è quello di fornire alle donne ospitate nelle case rifugio un percorso che, grazie alle competenze acquisite, consenta loro di prendersi più cura di sé e dei propri figli e figlie attraverso una maggiore consapevolezza dei diritti di genere e della salute mestruale, riutilizzare le competenze per una propria indipendenza economica e coinvolgere il resto delle comunità per un cambiamento culturale”.

**DIFFERENZE NELLE PRATICHE DI SALUTE MESTRUALE
TRA DONNE CHE VIVONO IN CONTESTI URBANI E RURALI (%)**
I dati si riferiscono al periodo 2016-2020. Fonte WHO/UNICEF JMP 2023

	CONTESTO RURALE					CONTESTO URBANO				
	Percentuale di donne (15-49 anni) che hanno avuto le mestruazioni nell'anno precedente					Percentuale di donne (15-49 anni) che hanno avuto le mestruazioni nell'anno precedente				
	Hanno accesso a un luogo privato e sicuro in cui lavarsi e cambiarsi	Partecipano ad attività quando hanno le mestruazioni	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale riutilizzabili	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale mono-uso	Hanno accesso a un luogo privato e sicuro in cui lavarsi e cambiarsi	Partecipano ad attività quando hanno le mestruazioni	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale riutilizzabili	Fanno uso di prodotti per l'igiene mestruale mono-uso
PAESE										
Algeria	88	77	94	7	87	91	74	95	3	91
Bangladesh	97		98	71	25	97		98	51	47
Burkina Faso	72	82	85	63	22	79	82	92	16	76
Central African Republic	92	66	96	77	19	92	72	94	39	55
Chad	94	66	95	87	8	92	69	93	55	38
Costa Rica	99	92	99	2	96	99	94	99	2	96
Côte d'Ivoire	80	68	100	72	28	80	81	99	38	61
Cuba	97	67	98	4	94	94	74	97	2	95
Dem. People's Republic of Korea	99	99	99	74	25	99	98	99	43	55
Democratic Republic of the Congo	89	85	93	78	15	92	86	96	35	61
Ethiopia	80		78	55	23	80		96	25	71
Gambia	98	83	99	79	21	95	79	98	50	47
Ghana	93	80	98	18	80	95	82	98	7	91
Indonesia	90		97	17	79	96		99	9	91
Iraq	87	88	96	17	79	89	90	96	8	87
Kenya	89		99	16	83	89		99	6	94
Kiribati	91	85	98	24	74	94	83	98	11	87
Kyrgyzstan	93	94	97	25	72	94	91	97	8	89
Lao People's Democratic Republic	74	88	75	3	72	93	88	94	2	92
Lesotho	94	86	98	12	85	95	88	98	3	96
Madagascar	91	92	93	79	14	90	90	97	58	39
Mongolia	90	96	91	5	86	89	97	92	2	90
Montenegro	98	94	97	4	93	97	93	97	4	93
Nepal	82	0	93	71	21	89	0	94	54	41
Niger	47		83	73	10	61		94	35	58
Nigeria	67	79	95	43	51	90	74	96	11	85
North Macedonia	97	92	98	1	97	98	94	99	1	98
Sao Tome and Principe	93	87	100	96	4	95	90	99	97	2
Serbia	99	89	98	0	98	99	92	98	1	98
Sierra Leone	90	80	97	88	9	96	80	97	48	50
State of Palestine	83	89		2	92	80	86		2	94
Suriname	96	82	87	6	81	96	83	95	3	92
Togo	90	87	96	76	20	93	88	97	39	58
Tonga	94	84		1	94	94	87		1	90
Tunisia	56	87	96	6	90	56	90	96	3	93
Turkmenistan	99	99	99	1	99	99	99	99	1	98
Uganda	85		98	46	52	92		98	24	74
Zimbabwe	96	83	97	29	68	97	84	99	11	88

La povertà mestruale (period poverty)

L'accesso limitato o inadeguato ai prodotti mestruali o all'educazione alla salute mestruale a causa di vincoli finanziari, o stigmi socio-culturali negativi associati alle mestruazioni, può portare alla cosiddetta povertà mestruale. Il termine è comunemente usato nell'ambito della salute mestruale per attirare l'attenzione sull'intersezione tra accesso adeguato e informato ai prodotti mestruali e stato socio-economico, anche al fine di mobilitare interventi politici e sociali intorno alla salute mestruale. Oggetto di forte dibattito e mobilitazioni in questo senso è la **Tampon Tax** (tassa sui prodotti mestruali). In diversi paesi del mondo, questi prodotti non sono soggetti a un'imposta unica o speciale, ma vengono spesso classificati come beni non di prima necessità. Negli ultimi anni, si è assistito alla nascita di una moltitudine di movimenti statali o nazionali per eliminare le tasse sui prodotti mestruali o per creare specifiche esenzioni fiscali. Negli Stati Uniti, alcuni stati non hanno alcuna imposta sulle vendite, mentre altri hanno esentato i

prodotti mestruali dall'imposta. Kenya, Canada, Scozia e Irlanda esentano i prodotti mestruali dall'imposta sul valore aggiunto, mentre in altri paesi, i movimenti per rimuovere o ridurre le tasse relative ai prodotti mestruali sono ancora in corso o non hanno avuto successo (Global Citizen, 2021). Tutti questi movimenti sono accomunati dal concetto di **equità mestruale** (period equity), coniato dall'attivista statunitense Jennifer Weiss-Wolf, per sostenere gli sforzi politici volti a porre fine alle tasse sui prodotti mestruali. Tuttavia, è importante notare che, mentre la povertà mestruale può costituire una narrazione avvincente per coinvolgere, attrarre o attivare le persone sull'argomento, il termine può spesso apparire riduttivo perché collega l'incapacità di gestire le mestruazioni esclusivamente ai vincoli finanziari. Il rischio, infatti, è che insistendo sul collegamento tra povertà e ciclo mestruale, visto come la ragione biologica per cui donne, ragazze e altre categorie di persone che hanno le mestruazioni sperimentano la

povertà, si finisca per ignorare come la gestione delle mestruazioni sia riconducibile a sfide più ampie legate alla salute, al benessere e alla sessualità. La povertà mestruale è senz'altro uno strumento utile e di mobilitazione per l'attivismo legato ai gruppi economicamente più svantaggiati; tuttavia, non è sempre adatto a descrivere gli sforzi dell'intero movimento mestruale (PERIOD, 2022). La povertà mestruale, dunque, non è "il problema", piuttosto è uno dei tanti ostacoli alla normalizzazione della salute mestruale. **Combattere la povertà mestruale, pertanto, significa occuparsi di una vasta gamma di fattori che mantengono le persone con le mestruazioni in condizioni di povertà, tra cui la mancanza di accesso all'acqua, a prodotti accessibili e di qualità, spazi e strutture inadeguate per gestire le mestruazioni, mancanza di informazioni e stigma che ancora circondano l'argomento.**



#FermaLaTamponTax: la campagna di WeWorld

Negli ultimi mesi del 2020, WeWorld ha avviato una campagna volta a ridurre la tassazione sui prodotti mestruali, partendo dalla considerazione che la pandemia di COVID-19 avesse fortemente peggiorato la condizione delle donne e che l'abbassamento dell'IVA su tali prodotti non fosse più procrastinabile. La campagna ha avuto un ottimo riscontro: nel giro di poche settimane, sono state raccolte oltre 600.000 firme grazie a una petizione lanciata insieme al collettivo OndeRosa e diversi/e parlamentari hanno supportato WeWorld, presentando emendamenti alla Legge di Bilancio 2021. La Tampon Tax è stata poi ridotta al 10% nella Legge di Bilancio del 2022, sino ad arrivare a un ulteriore ribassamento al 5% di tutti i prodotti assorbenti (inclusi quelli per l'infanzia) nella Legge di Bilancio 2023. La campagna di WeWorld è stata un successo!



IL LEGAME TRA EDUCAZIONE E SALUTE MESTRUALE



Con il termine "menarca" ci si riferisce alla prima mestruazione. L'età in cui si verifica il menarca è influenzata da fattori genetici e ambientali e di solito avviene tra i 10 e i 16 anni. Questa tem-

pistica può variare molto tra diversi paesi e tra le popolazioni, ma in generale negli ultimi decenni è stato osservato un abbassamento dell'età media della prima mestruazione (Khan, 2022).

Il menarca è spesso associato al raggiungimento della pubertà da parte delle femmine, segnalando quei cambiamenti biologici che consentono la riproduzione. In diverse società (come visto nelle sezioni precedenti), il menarca ha anche una valenza sociale, sancendo il passaggio dallo stato di bambina a quello di donna (collegandosi a fenomeni come MGF, matrimoni e gravidanze precoci), con tutta una serie di conseguenze in termini di accesso alla vita sociale, e soprattutto all'educazione.



In Africa Sub-Sahariana 1 ragazza su 10 ha perso la scuola durante le mestruazioni

(UNESCO, 2014)

Ciò rappresenta un grande paradosso, specie se si pensa che le scuole potrebbero rappresentare luoghi privilegiati per la salute mestruale di milioni di bambine e ragazze, luoghi in cui ricevere prodotti mestruali adeguati e apprendere buone pratiche di igiene personale.

A livello globale, però, le mestruazioni influenzano ancora fortemente l'accesso e la partecipazione di bambine e ragazze a percorsi di istruzione. In Etiopia, ad esempio, il 50% delle ragazze perde da 1 a 4 giorni di scuola ogni mese a causa delle mestruazioni (Khan, 2022). In Kenya, si stima che le ragazze perdano in media 4 giorni di scuola al mese, il che si traduce in 165 giorni di apprendimento in meno su 4 anni (ibid.). Tale criticità, però, non interessa solo i paesi del Sud globale. In Regno Unito, uno studio di Plan International (2021) ha rilevato che il 64% delle ragazze tra i 14 e i 21 anni ha perso parte o un giorno intero di scuola a causa delle mestruazioni, e il 13% delle ragazze perde un giorno intero di scuola almeno una volta al mese. Le mestruazioni possono anche avere un effetto sull'abbandono scolastico delle ragazze adolescenti, una grande sfida per molti paesi.

Per sensibilizzare bambine e ragazze sulla necessità di un'adeguata ed efficace gestione della salute mestruale a partire dalle scuole, e per contrastare i tabù e lo stigma che ancora circondano le mestruazioni, è stata lanciata la **Giornata dell'igiene mestruale**³¹, che si celebra ogni anno il 28 maggio. La data del 28 maggio è legata alla durata del ciclo mestruale che in media dura 28 giorni e al fatto che, tendenzialmente, le persone hanno le mestruazioni per 5 giorni ogni mese (e maggio è proprio il quinto mese dell'anno). La Giornata è nata soprat-

In India 1 ragazza su 5 abbandona la scuola dopo la comparsa del ciclo

(Khan, 2022)



tutto per promuovere buone pratiche WASH: infatti, come visto nella sezione precedente, all'interno del quadro di giustizia sessuale e riproduttiva, la gestione dell'igiene mestruale (menstrual hygiene management) è intrinsecamente legata a buone pratiche e servizi WASH. Eppure, in molti paesi, le scuole devono ancora affrontare sfide significative per garantire la disponibilità di strutture adeguate per le ragazze (si veda il box sul nesso tra educazione e WASH nella sezione precedente). Studi (World Bank, 2017) hanno ribadito la fondamentale intersezione tra acqua e genere, sottolineando, però, come l'esistenza di un bagno separato non sia sufficiente a garantirne l'utilizzo da parte di donne e ragazze. In questo senso, investire su privacy, pulizia, sicurezza e disponibilità delle risorse idriche rappresenta un intervento cruciale.

³¹ Sebbene, anche in questo caso, vi sia un dibattito sull'opportunità di intitolare la giornata alla salute mestruale.

WASH in Schools e MHM: il lavoro di WeWorld nelle scuole

Nel quadro più ampio del WASH in Schools (WinS), anche la gestione dell'igiene mestruale (MHM) svolge un ruolo fondamentale per il raggiungimento di diversi SDG, tra cui il 3, 4, 5 3 6 (si veda il box sul collegamento tra WASH e diritti sessuali e riproduttivi nella sezione precedente).

È ormai universalmente riconosciuto che il settore dell'educazione ha un ruolo guida da svolgere nella promozione di ruoli di genere non discriminatori, nonché della collaborazione intersettoriale con il settore sanitario e il settore idrico, per rendere l'accesso alla MHM un servizio universale disponibile per tutte le ragazze.

Per garantire la salute mestruale di donne e bambine nell'ambito della sua strategia WASH in Schools, WeWorld conduce attività di:

- Formazione e *capacity building* per insegnanti e personale educativo;
- Attività di sensibilizzazione (anche in materia di smaltimento e gestione dei rifiuti);
- Integrazione delle sessioni di igiene mestruale all'interno del curriculum formale o non formale;
- Distribuzione dei cosiddetti *"dignity kit"*, ovvero kit di prodotti di base necessari a garantire l'igiene personale e mestruale. Questi kit vengono progettati tenendo conto della cultura locale, delle abitudini, della disponibilità di articoli e delle linee guida della strategia WASH.



Infatti, anche quando i servizi igienici sono separati per studenti e studentesse, è necessario che siano forniti di acqua corrente e sapone, il che non sempre accade. Assicurarsi che vi siano porte sulle latrine dei servizi igienici che si chiudano correttamente e possano bloccarsi fornisce ulteriore privacy per le ragazze. Inoltre, per garantire adeguate pratiche di salute mestruale questi servizi dovrebbero essere dotati di impianti di smaltimento dei prodotti mestruali funzionanti ed efficaci, ma che, purtroppo, sono spesso carenti. In Kenya, ad esempio, un'indagine su 62 scuole primarie nelle zone rurali ha rilevato che **l'84% delle scuole aveva latrine separate per le ragazze, ma ben il 77% di queste non aveva una serratura e solo il 13% aveva acqua dentro o vicino la latrina**. Inoltre, solo il 10% delle scuole ha riferito di fornire sempre assorbenti igienici alle ragazze. Le modalità di smaltimento degli assorbenti usati non erano adeguate nella maggior parte delle scuole coinvolte nello studio (ibid.).

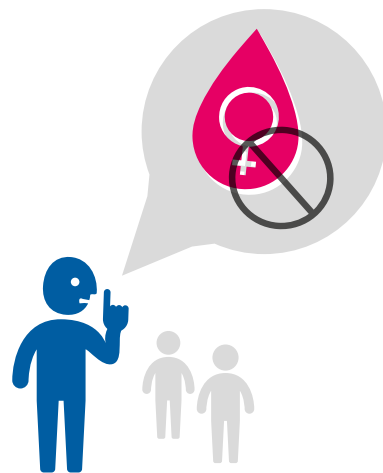
La promozione di adeguate pratiche igieniche nelle scuole può portare a tassi di iscrizione più elevati e minori assenze per le ragazze, nonché a una maggiore parità di genere in classe.

Una fonte d'acqua aggiuntiva, latrine private e servizi igienici adeguati incentivano i genitori a mandare le figlie a scuola, sollevando anche l'onere della responsabilità della raccolta dell'acqua, dato che, nella maggior parte dei casi, sono proprie donne e bambine a doversi fare carico di raggiungere le fonti idriche, spesso molto lontane dalle loro abitazioni (Khan, 2022). Fornire l'accesso a fonti d'acqua sicure, a servizi igienico-sanitari adeguati e ai prodotti mestruali può, dunque, stimolare un circolo virtuoso che permette a bambine e ragazze di superare gli ostacoli all'istruzione, in particolare per quelle che vivono in condizioni di povertà. **Un altro fondamentale intervento riguarda la promozione di percorsi di educazione alla salute sessuale e, più nello specifico, di educazione sulla pubertà e le mestruazioni.** Spesso, il tema della salute sessuale e riproduttiva non

viene affrontato nelle scuole (se viene affrontato) fino a quando le ragazze non hanno raggiunto il menarca. Ciò costituisce un'opportunità persa: è, infatti, essenziale gettare le basi per una corretta salute sessuale e riproduttiva sin dall'età prepuberale, coinvolgendo sia studentesse sia studenti. In un sondaggio condotto su 4.127 bambine/i e ragazzi/e provenienti da quattro paesi – Brasile, Indonesia, Paesi Bassi e Uganda – il motivo più comune addotto per evitare l'argomento era che le mestruazioni sono una "questione privata" per ragazze e donne. Gli intervistati, di età compresa tra i 16 e i 25 anni, hanno anche ammesso di associare spesso le mestruazioni a parole come "sporco" (55%), "imbarazzante" (31%) e "disgustoso" (38%) (PERIOD, 2022). **L'educazione sulla pubertà e le mestruazioni, fornita sia a ragazze che a ragazzi, come parte di un curriculum completo di educazione sessuale può aiutarli a comprendere meglio i cambiamenti fisici, diventare più consapevoli dei miti socialmente costruiti intorno alle mestruazioni e ridurre lo stigma contro le mestruazioni e le discriminazioni di genere, ancora particolarmente diffuse** (Plan International, 2021).

Più di 1 ragazzo su 3 pensa che le mestruazioni dovrebbero essere tenute segrete

(Plan International, 2021)



MESTRUAZIONI, STEREOTIPI E DISCRIMINAZIONI DI GENERE

Per secoli, **le donne con le mestruazioni sono state descritte come impure e le mestruazioni stesse come un fenomeno invalidante per la partecipazione delle donne a diverse sfere della vita, giustificandone così l'esclusione da ambiti quali l'istruzione, il lavoro o la politica** (Siviero, 2021). Le tradizioni religiose hanno avuto una responsabilità fondamentale, prescrivendo per le donne con le mestruazioni una serie di comportamenti da seguire per non compromettere l'integrità di ciò con cui entravano in contatto. Nel libro del Levitico dell'Antico Testamento, un passo recita **"Quando una donna abbia flusso di sangue, cioè il flusso nel suo corpo, la sua immondezza durerà sette giorni; chiunque la toccherà sarà immondo fino alla sera"** (ibid.).

Oltre dalle religioni, questa visione delle mestruazioni e delle conseguenze derivanti dal contatto con una donna con le mestruazioni sono state descritte anche da filosofi, scrittori e medici. Negli scritti ippocratici e nei primi studi di "ginecologia" antica, le mestruazioni erano sintomo di un equilibrio instabile connotato alle donne, nonché indizio della "malattia femminile". Col passare dei secoli, e sino all'Illuminismo, **la convinzione prevalente era che il sangue mestruale fosse sangue impuro caratterizzato da negatività, velenosità e pericolosità**. A partire dal Settecento, i medici cominciarono a trattare l'argomento in maniera diversa, osservando ad esempio la durata media delle mestruazioni o l'età del menarca, ma

LE REGOLE
il Marchese
L'ARMATA ROSSA
il Barone Rosso
LO SBARCO DEGLI INGLESI

l'idea alla base di questi studi continuava a collegare la presenza di ovaie alla supposta tendenza all'isteria, alla sensibilità e all'indisciplina delle donne. Tutte queste credenze sono rimaste a lungo radicate nelle superstizioni popolari tali per cui le donne con le mestruazioni farebbero impazzire la maionese o impedirebbero al pane di lievitare (ibid.).

In un articolo sulla storia degli studi mestruali (2021), la scrittrice Jane McChrystal ha sottolineato come la stigmatizzazione delle mestruazioni e il divario di genere in campo medico abbiano prodotto un ritardo enorme nella raccolta di dati e di conoscenze specifiche sulle mestruazioni. **Le cose sono iniziate progressivamente a cambiare solo con le prime mediche: infatti, la presenza di donne all'università, e nello specifico agli studi di medicina, ha consentito di modificare l'approccio alla salute e l'immaginario medico e collettivo sulle mestruazioni**. Il divario di conoscenza, però, non è stato del tutto colmato e **ancora oggi vi sono importanti differenze tra ciò che i medici fanno sui corpi degli uomini e quello che fanno sui corpi delle donne, con conseguenze pesanti sulla salute di queste ultime**.

Nonostante i progressi innegabili in campo medico, e nonostante alcune credenze siano state ampiamente superate in diversi paesi del mondo, continua a permanere un certo tabù attorno al tema, anche nel Nord globale (McChrystal, 2021). Si pensi anche solo alle difficoltà nel nominare le mestruazioni: in Italia, **le regole, il marchese, l'armata rossa, il barone rosso, lo sbarco degli inglesi o le mie cose** sono tutti modi alternativi per evitare di usare la parola mestruazioni. Questa incapacità di parlare con serenità del tema, oltre a secoli di pregiudizio e false credenze, è anche dovuta alla mancanza (se non inesistenza) di un'adeguata educazione sessuale. Le donne con le mestruazioni continuano a essere giudicate isteriche, irascibili e ipersensibili, alimentando la credenza che "in quei giorni" sia meglio non

Spesso le **pubblicità** rappresentano il sangue mestruale con un **liquido blu**, e non rosso, **che macchia** soltanto **un'area centrale e limitata dell'assorbente**

(Lino, 2016)



avere a che fare con le donne o affidare loro compiti troppo impegnativi (Falcone, 2018).

Guardando alle pubblicità dei prodotti mestruali, l'immagine della donna con le mestruazioni appare completamente diversa. Qui le donne sono libere da ogni tipo di limitazione solitamente associato alle mestruazioni: praticano sport estremi, escono con amiche e amici, lavorano, ballano e fanno la ruota, dimostrando come le mestruazioni non siano affatto una malattia invalidante. Eppure, le stesse pubblicità che intendono promuovere modelli positivi, **spesso rappresentano il sangue mestruale con un liquido blu, e non rosso, che macchia soltanto un'area centrale e limitata dell'assorbente** (Lino, 2016). È evidente, dunque, come ancora **la strada verso una completa normalizzazione, anche della narrazione, delle mestruazioni sia lunga e come questa debba passare da una corretta educazione sessuale non solo trasversale al genere, ma alle generazioni**.

IL DIBATTITO SUL CONGEDO MESTRUALE

La necessità di rafforzare e accrescere le conoscenze e raccogliere più dati sulla salute sessuale e riproduttiva e, più nello specifico, sulla salute mestruale è testimoniata anche dall'attenzione emergente rispetto ai cosiddetti disagi, condizioni e disturbi mestruali (**menstrual discomforts, conditions and disorders – MDCD**). Si tratta di un termine generico per

L'endometriosi colpisce circa il 10% della popolazione femminile (190 milioni di donne e ragazze) in tutto il mondo

(WHO, 2021b)



indicare tutti i disagi, i dolori, le condizioni e le malattie correlate al ciclo mestruale che una persona può sperimentare. **Esistono molti tipi diversi di MDCC che variano in base al dolore provato durante le mestruazioni, la presenza o meno di sanguinamento mestruale abbondante, coaguli di sangue o sconvolgimento emotivo. Alcuni MDCC includono la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)³², la dismenorrea (dolore uterino che insorge durante le mestruazioni), i disturbi disforici premestruali (PMDD), l'endometriosi o i fibromi uterini.** Non tutti i MDCC sono riconducibili a una malattia diagnosticabile o curabile, ma si riferiscono all'intera gamma di sintomi fisici, mentali o emotivi dolorosi che una persona potrebbe sperimentare in relazione al proprio ciclo mestruale.

L'endometriosi, in particolare, è una condizione cronica e progressiva che è stata a lungo ignorata. Si tratta di una malattia caratterizzata dalla presenza di tessuto simile all'endometrio (il rivestimento interno dell'utero) all'esterno dell'utero (WHO, 2021b). **L'endometriosi causa una reazione infiammatoria cronica che può provocare la formazione di tessuto**

³² Uno dei più comuni disordini endocrini in età riproduttiva. Si veda <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4488&menu=patologie>

cicatriziale (aderenze, fibrosi) all'interno del bacino e di altre parti del corpo. L'endometriosi può anche causare infertilità per via dei probabili effetti sulla cavità pelvica, sulle ovaie, sulle tube di Falloppio o sull'utero (ibid.). Spesso, l'endometriosi viene scambiata per altre condizioni che causano dolore pelvico, comprese le cisti ovariche, portando a ritardi nelle diagnosi: **in media, infatti, una diagnosi di endometriosi richiede otto anni** (PERIOD, 2022). **L'endometriosi ha significative implicazioni sociali, di salute pubblica ed economiche.** Può ridurre la qualità della vita a causa di forti dolori, affaticamento, depressione, ansia e infertilità. Alcune persone che soffrono di endometriosi sperimentano un dolore così debilitante da non riuscire ad andare al lavoro a scuola (WHO, 2021b). Inoltre, il dolore provato durante i rapporti sessuali a causa di questa condizione può portare a interrompere o evitare totalmente i rapporti sessuali, con pesanti ripercussioni sulla salute sessuale delle persone affette e/o dei loro partner (ibid.).

Affrontare adeguatamente l'endometriosi, con politiche di prevenzione e diagnosi precoci, potrebbe garantire l'empowerment di coloro che ne sono affetti, sostenendo contemporaneamente il loro diritto al lavoro, all'educazione e al più alto standard di salute sessuale e riproduttiva, qualità della vita e benessere generale.

Nel quadro delle MDCC, **si inserisce anche il dibattito sul congedo mestruale, una forma di congedo che concede alla persona con mestruazioni la possibilità di prendere ferie o di usufruire di giorni di malattia extra e retribuiti dal proprio impiego e/o lavorare in maniera flessibile** (PERIOD, 2022).

In media, una diagnosi di endometriosi richiede 8 anni

(PERIOD, 2022)



A livello globale, le politiche sull'erogazione del congedo mestruale sono molto diverse, e possono essere applicate dal livello nazionale a quello aziendale. Guardando ai sistemi paese, sono ancora pochi in tutto il mondo i paesi che hanno incorporato il congedo mestruale nei loro codici del lavoro (come Giappone, Corea del Sud, Taiwan, Indonesia e Spagna), sia a livello nazionale che in accordi industriali (Euronews, 2023). In Europa, il caso più recente ed eclatante è quello della Spagna che, a febbraio 2023, ha approvato una legge sul congedo mestruale retribuito, diventando il primo paese europeo a farlo (Politico, 2023). **Tuttavia, oggi l'argomento è molto controverso.**

Da una parte, **chi si oppone al congedo mestruale sottolinea che questo influenzerebbe negativamente gli sforzi fatti per garantire maggiore parità di genere, in quanto aumenterebbe il divario retributivo e rafforzerebbe le disuguaglianze, presentando le donne come lavoratrici più costose o meno affidabili** (PERIOD, 2022).

Al contrario, **chi lo sostiene afferma che il congedo mestruale garantisce luoghi di lavoro sensibili al genere che riconoscono le diverse esigenze ed esperienze di tutte le dipendenti e i dipendenti.**

Nel dibattito interviene, poi, un altro punto di vista che fa capo al concetto di **gender pain gap** (il divario di genere nel dolore). **Questo concetto comprende quella serie di disparità osservate e vissute nel sistema sanitario da uomini e donne, in particolare il pregiudizio nei confronti delle espressioni di dolore delle donne, che incidono negativamente sulla diagnosi e sul trattamento delle loro condizioni di salute rispetto a quelle degli uomini** (ibid.).

Questo pregiudizio è radicato negli stereotipi sul dolore che sono

Diversi studi dimostrano che è molto probabile che il dolore delle donne venga minimizzato o ignorato dagli operatori sanitari rispetto alle loro controparti maschili

(WHO, 2021b)

stati tramandati nel discorso medico sui corpi femminili nel corso dei secoli (si veda la sezione "Mestruazioni, stereotipi e discriminazioni di genere"). La ricerca in materia di *gender pain gap* e sui pregiudizi che lo supportano è, infatti, molto recente. **Diversi studi dimostrano che è molto probabile che il dolore delle donne venga minimizzato o ignorato dagli operatori sanitari rispetto alle loro controparti maschili** (WHO, 2021b).

Le donne di colore, comprese le comunità nere, asiatiche, indigene e altre comunità storicamente emarginate, hanno molte più probabilità di sperimentare maggiori discriminazioni, spesso rischiando che il loro dolore venga sottovalutato e dato per scontato a causa di false credenze sulla differenza razziale e sulla sensibilità al dolore (PERIOD, 2022). In questo senso, **il congedo mestruale viene visto come una normalizzazione del dolore e non come un tentativo attivo di porre rimedio ai disagi e disturbi vissuti dalle persone che hanno le mestruazioni.**

In definitiva, è importante notare che il dibattito sul congedo mestruale ha sollevato questioni importanti relative a come promuovere l'inclusività sul posto di lavoro per coloro che hanno le mestruazioni. **Indipendentemente dal fatto che il congedo mestruale sia previsto o meno, è fondamentale adottare misure concrete per fornire adeguate risposte e strumenti per le persone che hanno le mestruazioni durante il lavoro.**

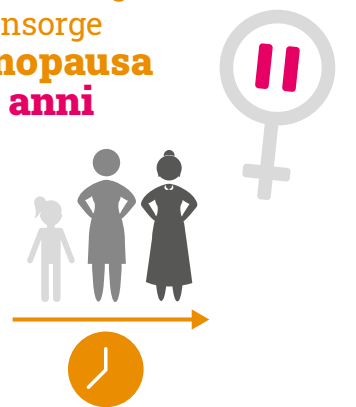
IL CONTINUUM DELLA SALUTE MESTRUALE: LA MENOPAUSA

La menopausa rappresenta uno dei momenti parte del **continuum** della vita della donna e segna la fine del periodo riproduttivo (WHO, 2022e). Dopo la menopausa, una donna non può rimanere incinta, tranne in rari casi in cui vengono utilizzati trattamenti specializzati per la fertilità. La menopausa segue la pre-menopausa e viene diagnosticata dopo che la persona che ha le mestruazioni ha trascorso 12 mesi senza ciclo mestruale. **L'età media globale in cui insorge la menopausa è di 51 anni.** Non è possibile prevedere quando una singola donna sperimenterà la menopausa, sebbene esistano associazioni tra l'età di comparsa della menopausa e determinati fattori demografici, di salute e genetici. Questa può anche essere indotta come conseguenza di procedure chirurgiche che comportano l'asportazione di entrambe le ovaie o di interventi medici che causano la cessazione della funzione ovarica (ad esempio radioterapia o chemioterapia).

Molte donne smettono di avere le mestruazioni prima della menopausa, ad esempio quelle che hanno subito determinate procedure chirurgiche (isterectomia o rimozione chirurgica del rivestimento dell'utero), così come quelle che utilizzano alcuni contraccettivi ormonali e altri farmaci che causano mestruazioni poco frequenti o assenti. Queste potrebbero, tuttavia, sperimentare altri cambiamenti legati alla transizione menopausale quali alterazioni del ritmo sonno-veglia, vampate di calore, secchezza vaginale, ecc.

È fondamentale vedere la menopausa solo come uno dei punti del continuum della vita e non come arrivo finale e, di conseguenza, dedicare le dovute attenzioni alle fasi pre- e post-menopausali.

L'età media globale in cui insorge la menopausa è di 51 anni



Oggi, la popolazione globale delle donne in post-menopausa è in crescita. Nel 2021, **le donne di età pari o superiore a 50 anni rappresentavano il 26% di tutte le donne e ragazze a livello globale.** Rispetto a 10 anni prima, questa percentuale è aumentata del 22%, in ragione del fatto che le donne vivono più a lungo (WHO, 2022e).

È fondamentale vedere la menopausa solo come uno dei punti del continuum della vita e non come arrivo finale e, di conseguenza, dedicare le dovute attenzioni alle fasi pre- e post-menopausali. Lo stato di salute di una donna che entra nel periodo di pre-menopausa sarà in gran parte determinato dalla precedente storia di salute e riproduttiva, dallo stile di vita e da fattori ambientali. I sintomi della pre-menopausa e della post-menopausa possono essere dannosi per la vita personale e professionale e i cambiamenti associati alla menopausa influiranno sulla salute di una donna mentre invecchia. **Pertanto, cure adeguate e informate nella fase di pre-menopausa svolgono un ruolo importante nella promozione di un invecchiamento sano e di una migliore qualità della vita in generale.**

Le donne in pre-menopausa hanno bisogno di accedere a servizi sanitari di qualità e di poter contare su comunità e sistemi che possano sostenerle. **Sfortunatamente, sia la consapevolezza da parte delle interessate, che l'accesso alle informazioni e ai servizi relativi alla menopausa rimangono una sfida significativa nella maggior**

parte dei paesi. Spesso all'interno delle famiglie, delle comunità, dei luoghi di lavoro o persino delle strutture sanitarie non si discute di menopausa. Capita, inoltre, che le donne sperimentino sintomi correlati alla menopausa senza sapere che esistono opzioni di consulenza e trattamento che potrebbero aiutarle ad alleviare il disagio (ibid.). **Il fatto che non si discuta di menopausa, dunque, finisce per spingere le persone a non chiedere supporto o ad attirare l'attenzione sulle esperienze che vivono.**

Inoltre, non è raro riscontrare che gli operatori sanitari non sono formati a riconoscere i sintomi della pre-menopausa e post-menopausa e, di conseguenza, a consigliare le pazienti sulle opzioni terapeutiche disponibili e sull'**importanza di mantenersi in buona salute prima, durante e dopo la transizione menopausale.** Attualmente, la menopausa riceve un'attenzione limitata nei programmi di formazione di molti operatori sanitari e il benessere sessuale delle donne in menopausa è trascurato in molti paesi (WHO, 2022e). Ciò significa che i comuni effetti ginecologici della menopausa, tra cui secchezza vaginale e dolore durante i rapporti, possono non essere affrontati. Allo stesso modo, le donne più anziane potrebbero non considerarsi a rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV, o potrebbero non essere consigliate a praticare sesso sicuro o sottoporsi a test. **Molti governi non dispongono di politiche sanitarie e finanziamenti per l'inclusione dei servizi di diagnosi, consulenza e**

trattamento relativi alla menopausa come parte dei loro servizi abitualmente disponibili. I servizi legati alla menopausa rappresentano una sfida particolare in contesti in cui vi sono spesso altre priorità urgenti e concorrenti per il finanziamento della salute, come nei casi di paesi che vivono situazioni di emergenza e crisi protratta (WHO, 2022e).

La menopausa può, infine, rappresentare un passaggio importante dal punto di vista sociale, oltre che biologico. Infatti, a livello sociale, l'esperienza della menopausa di una donna può essere influenzata da norme di genere, fattori familiari e socioculturali, inclusi i modi in cui il processo di invecchiamento femminile e la transizione menopausale sono considerati nella cultura in cui è inserita. **Per questo è essenziale che le donne siano messe nelle condizioni di vivere positivamente questo importante passaggio che offre l'opportunità di rivalutare salute, stile di vita e rapporto con il proprio corpo** (WHO, 2022e).

Non agire in questo senso può avere gravi ripercussioni sulla vita delle donne e, di conseguenza, sulle società in cui vivono, al punto che a livello internazionale si è recentemente aperto un dibattito sulla cosiddetta **"economia della menopausa"** (Ladynomics, 2022). Diversi studi dimostrano che la menopausa può costare molto alle donne, che devono ricorrere a interventi medici e farmacologici. **A livello globale, il "business" della menopausa in termini di visite specialistiche, prescrizioni, farmaci, ecc., varrebbe**

circa 600 miliardi di dollari (Hinchliffe, 2020). Inoltre, le donne in menopausa riportano livelli maggiori di ansia e depressione, e devono sostenere costi maggiori in termini di cure sanitarie (Keshishian et al., 2015), e si vedono spesso costrette ad assentarsi dal lavoro a causa dei sintomi e del disagio provato.

Uno studio condotto in Regno Unito, ad esempio, stima che circa 1 donna su 3 tra le lavoratrici tra i 50 e i 64 anni abbiamo bisogno di assentarsi dal lavoro per alleviare i sintomi della menopausa (Ladynomics, 2022). Anche in questo caso, politiche aziendali di inclusione e welfare potrebbero fare la differenza nel sostenere le dipendenti in un periodo così complesso, anche attraverso attività di formazione e sensibilizzazione. **Il problema, infatti, non è la menopausa in sé, bensì il contesto economico, lavorativo e sociale che non tiene conto delle differenze di genere e generazionali, spingendo verso un modello lavorativo standard di impronta maschile, che non ammette interruzioni** (cfr. WeWorld (2022), *Papà, non mammo*).

A livello globale, il "business" della menopausa in termini di visite specialistiche, prescrizioni, farmaci, ecc., varrebbe circa 600 miliardi di dollari

(Hinchliffe, 2020)



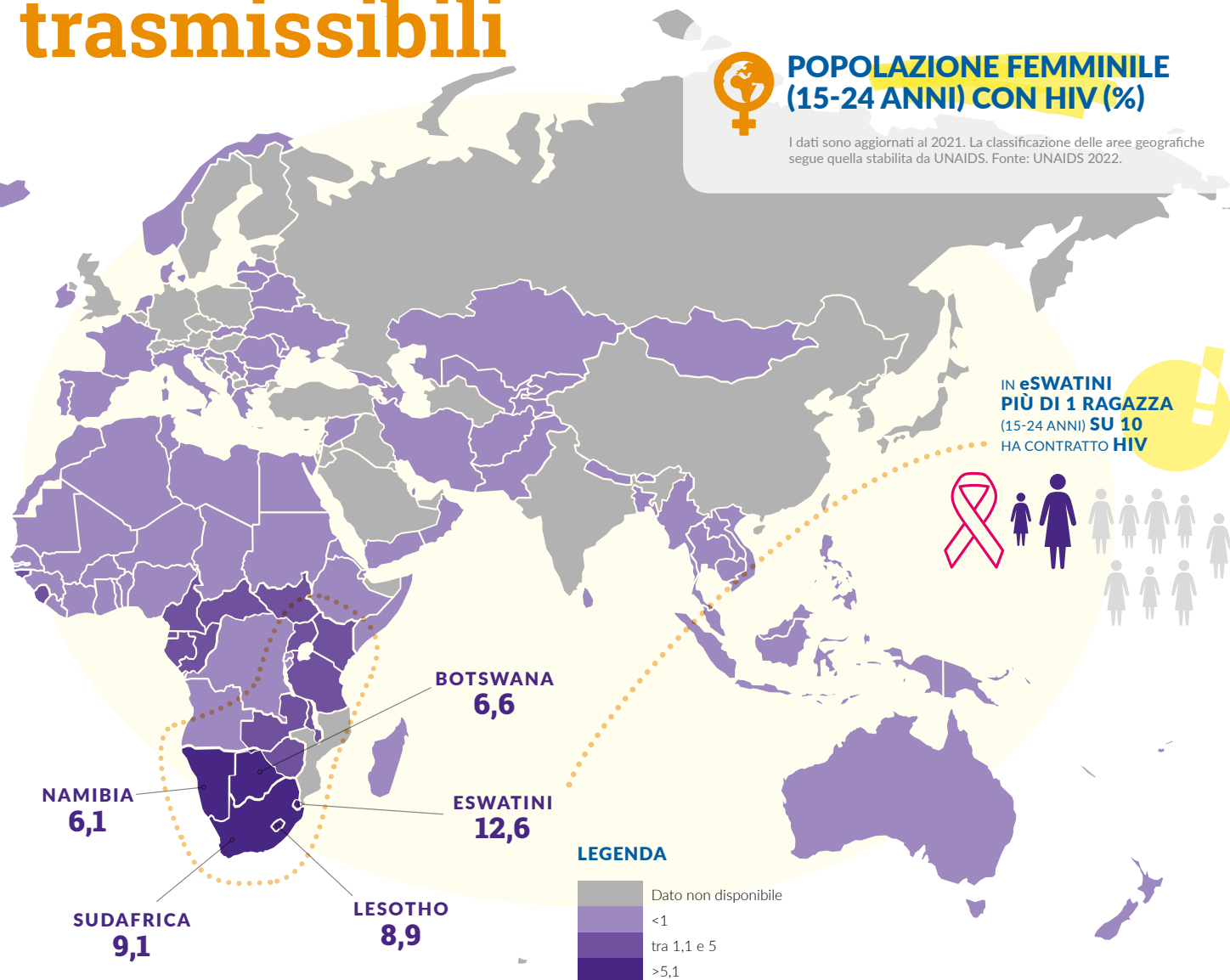
Salute e benessere sessuale

Malattie sessualmente trasmissibili



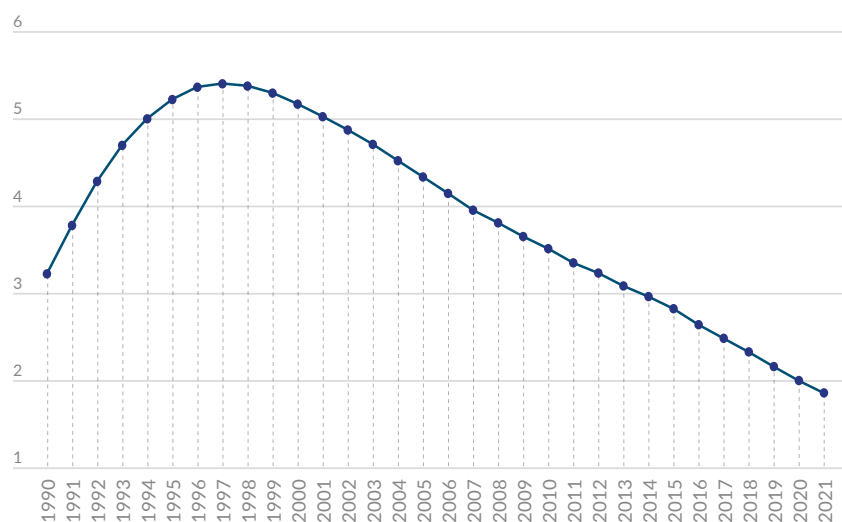
POPOLAZIONE FEMMINILE (15-24 ANNI) CON HIV (%)

I dati sono aggiornati al 2021. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da UNAIDS. Fonte: UNAIDS 2022.



SI CONTINUA A REGISTRARE UNA MAGGIORE INCIDENZA DI HIV TRA LE GIOVANI DONNE (15-24 ANNI) IN AFRICA ORIENTALE E MERIDIONALE

I dati sono aggiornati al 2021. Fonte: UNAIDS 2022.



L'intervento di WeWorld in Burundi Giornata mondiale contro l'AIDS

Dal 1994, WeWorld è presente in Burundi con progetti legati ad acqua, nutrizione, sviluppo socio-economico e salute. Nel 2017, è stato attivato un programma volto al rafforzamento dei servizi sanitari in cinque campi rifugiati per persone provenienti dalla Repubblica Democratica del Congo, garantendo assistenza sanitaria a oltre 17.000 persone: alcune convivono con l'HIV/AIDS³³.

Si tratta di un tema complesso, che ancora porta con sé stigma e pregiudizi, come racconta la **Dott.ssa Happy Pauliane Mwete, responsabile del centro sanitario del campo profughi di Musasa e responsabile WeWorld per l'area di Muyinga e Ngozi, in Burundi.**

“In passato, all'interno dei campi per rifugiati, si sono verificati diversi casi di discriminazione e molti rifugiati chiedevano che le persone con HIV/AIDS vivessero isolate e portate in disparte rispetto alle comunità. Mi è capitato di vedere un genitore vietare al proprio figlio di giocare con quello di un paziente con HIV/AIDS. Un giorno i piccoli sono sfuggiti al controllo dei genitori e hanno passato del tempo insieme. La famiglia si è recata allarmata al Centro sanitario chiedendoci di sottoporre il bambino a un test per verificare che non fosse malato.

È in questi casi che ci prendiamo del tempo per intervenire con formazioni adeguate. I rifugiati, infatti, hanno partecipato a numerose sessioni di sensibilizzazione in cui hanno appreso le diverse modalità di contagio, i metodi di prevenzione, i trattamenti disponibili e hanno conosciuto cosa significa vivere

con la malattia attraverso le testimonianze di altre persone.

Oggi, con il passare del tempo e grazie a regolari campagne di sensibilizzazione, registriamo pochi casi di discriminazione nei campi; molti rifugiati hanno aumentato le loro conoscenze sull'HIV/AIDS e grazie al lavoro sul campo di tutti i partner, le persone con HIV sono state integrate in diverse attività professionali e culturali, migliorando la loro inclusione e riducendo la stigmatizzazione.

La comunità oggi è generalmente attenta e solidale.

Capita però che i primi a non accettare la malattia per la paura dello stigma siano i pazienti stessi. Queste persone a volte rifiutano le cure mediche presso il Centro sanitario e preferiscono essere curati in cliniche fuori dai campi.

Eppure, i centri sanitari dei campi sono funzionanti e hanno le attrezzature mediche necessarie per lo screening, il trattamento e la prevenzione. Eseguiamo anche il test della carica virale dell'HIV per il controllo. All'interno dei centri di salute si riescono a fornire tutte le cure mediche secondo le raccomandazioni e il protocollo del Ministero della Salute.

Bisogna continuare a lavorare per eliminare lo stigma e diffondere il messaggio che c'è vita dopo la diagnosi di HIV.



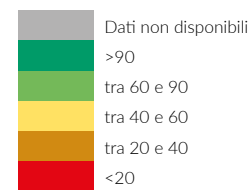
³³ L'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) è una malattia infettiva causata dal virus dell'HIV e che identifica uno stadio clinico avanzato del virus.



COPERTURA DELLA TERAPIA ANTIRETROVIRALE PER LA PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE MADRE FIGLIO DELL'HIV (PMTCT) (%)

I dati, aggiornati al 2021, si riferiscono alla percentuale di donne incinte che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale per la PMTCT. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da UNAIDS. Fonte: UNAIDS 2022.

LEGENDA



Sono più di 30 i diversi batteri, virus e parassiti che vengono trasmessi attraverso il contatto sessuale, compreso il sesso vaginale, anale e orale (WHO, 2022f). Alcune malattie sessualmente trasmissibili (STIs) possono anche essere trasmesse da madre a figlio durante la gravidanza, il parto e l'allattamento. Otto agenti patogeni sono collegati alla maggiore incidenza di malattie sessualmente trasmissibili: **sifilide, gonorrea, clamidia e tricomoniassi, epatite B, herpes simplex virus (HSV), HIV e papillomavirus umano (HPV)**³⁴. Ogni giorno vengono

³⁴ Inoltre, stanno emergendo focolai di nuove infezioni che possono essere trasmesse tramite contatto sessuale come vaiolo delle scimmie, Shigella sonnei, Neisseria meningitidis (meningococco), Ebola e Zika, così come la ricomparsa di STI trascurate come il linfogranuloma venereo. Questi preannunciano crescenti sfide nella fornitura di servizi adeguati per la prevenzione e il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili (WHO, 2022f).



Nel mondo 1 milione e 700.000 bambini/e tra 0-14 anni convivono con l'HIV

(WHO, 2022f)

Gravidanza e HIV

Durante la gravidanza, il parto e l'allattamento, una donna con HIV può trasmettere l'infezione al figlio/a (mother-to-child transmission, MTCT). Il passaggio del virus può avvenire tramite la placenta o, al momento del parto, attraverso l'esposizione alle secrezioni, al sangue materno, o infine con il latte materno. **Per questo, la prevenzione della trasmissione del virus da madre a figlio/a (PMTCT) è estremamente importante.** La principale misura preventiva sta nell'eseguire il test dell'HIV prima o nel corso della gravidanza, così da poter mettere in atto le misure terapeutiche per impedire o limitare la trasmissione del virus in caso di infezione. Attualmente, le terapie disponibili (antiretrovirali) consistono nell'assunzione per bocca di combinazioni di farmaci, che hanno diversi meccanismi di azione, con l'obiettivo di sopprimere la replicazione del virus dell'HIV, riducendone la carica virale. **Al momento del parto, in cui i bambini/e sono maggiormente esposti al rischio di contagio, questa terapia dovrebbe essere potenziata** (WHO, 2022f).



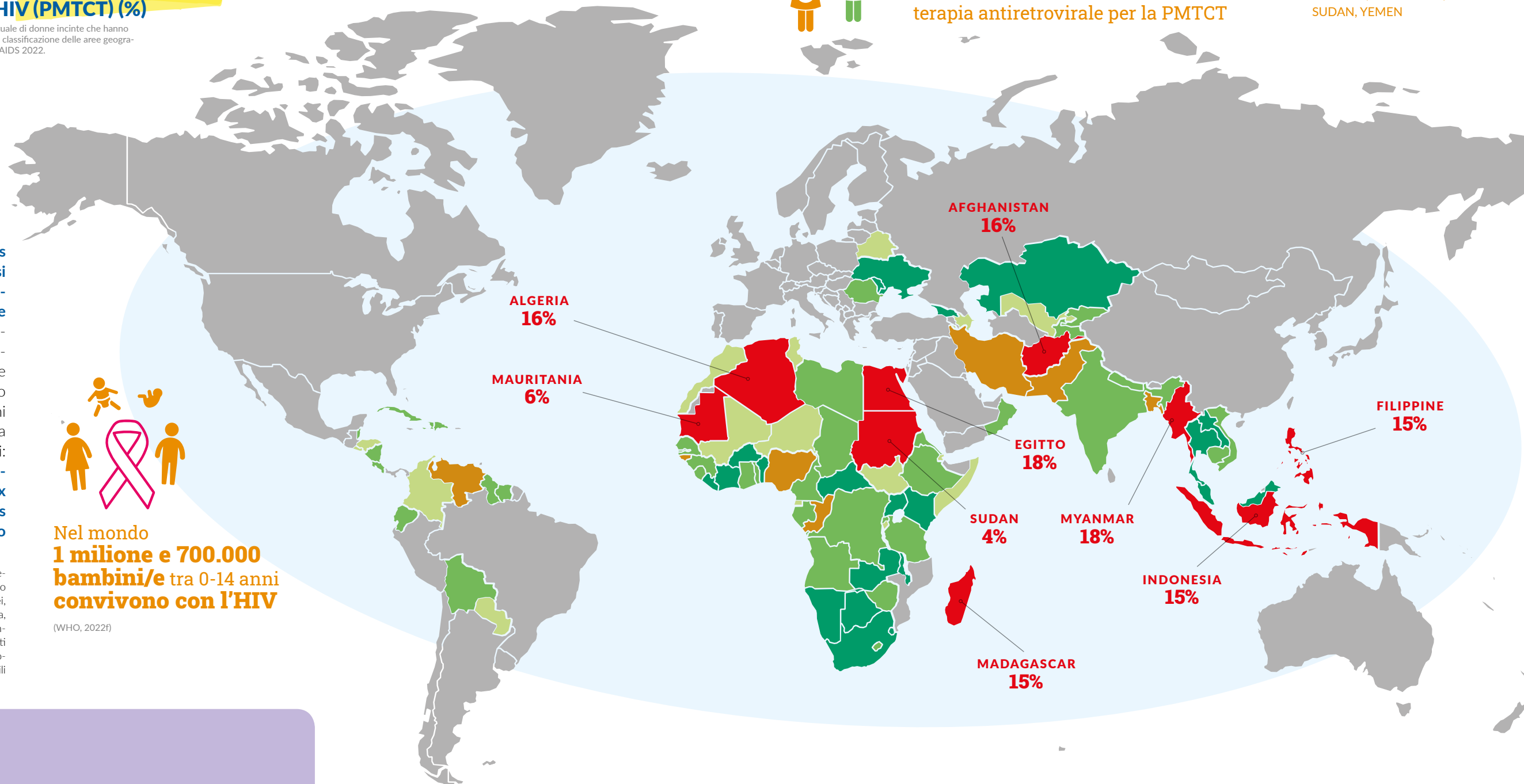
Nel 2020, l'OMS ha stimato 374 milioni di nuove infezioni di cui: clamidia (129 milioni), gonorrea (82 milioni), sifilide (7,1 milioni) e tricomoniassi (156 milioni)



Nei paesi afflitti da **fragilità e conflitto**, in media, poco più di **1 donna incinta su 2** riceve la terapia antiretrovirale per la PMTCT



AFGHANISTAN, REP. DEM. CONGO, ETIOPIA, MALI, NIGERIA, PAKISTAN, SIRIA, SOMALIA, SUD SUDAN, SUDAN, YEMEN



contratte più di 1 milione di malattie sessualmente trasmissibili (ibid.). Nel 2020, l'OMS ha stimato **374 milioni di nuove infezioni** di cui: clamidia (129 milioni), gonorrea (82 milioni), sifilide (7,1 milioni) e tricomoniassi (156 milioni)³⁵.

³⁵ La ricerca per sviluppare vaccini contro l'herpes genitale e l'HIV è avanzata, con diversi vaccini candidati allo sviluppo clinico iniziale. Ci sono prove crescenti che suggeriscono che il vaccino per prevenire la meningite (MenB) fornisce una protezione incrociata contro la gonorrea. Sono necessarie ulteriori ricerche sui vaccini per clamidia, gonorrea, sifilide e tricomoniassi (WHO, 2022f).

Le malattie sessualmente trasmissibili possono avere gravi conseguenze oltre l'impatto immediato dell'infezione stessa:

- Malattie come l'herpes, la gonorrea e la sifilide possono aumentare il rischio di acquisizione dell'HIV.
- La trasmissione da madre a figlio/a delle malattie sessualmente trasmissibili può portare a morte fetale, morte neonatale, basso peso alla nascita e nascita prematura, sepsi, congiuntivite neonatale e deformità, cecità e sordità congenite.

- L'infezione da HPV può provocare tumori cervicali e di altro tipo (si veda il paragrafo dedicato all'HPV e al tumore cervicale).
- L'epatite B ha provocato circa 820.000 decessi nel 2019 (WHO, 2022f), principalmente per cirrosi e carcinoma epatocellulare. Le STIs come la gonorrea e la clamidia rappresentano le principali cause di malattia infiammatoria pelvica e infertilità nelle donne (si veda anche la sezione sulla salute natale).

Tumori diffusi tra le donne

Cancro al seno

Il tumore al seno non è una malattia trasmissibile o infettiva. A differenza di alcuni tumori che hanno cause correlate all'infezione, come l'infezione da papillomavirus umano (HPV) e il cancro cervicale, non sono note infezioni virali o batteriche legate allo sviluppo del cancro al seno. **Circa la metà dei tumori al seno si sviluppa in donne che non hanno fattori di rischio di cancro al seno diversi dal sesso (femminile) e dall'età (oltre 40 anni).** Vi sono, però, fattori che possono aumentare il rischio di cancro al seno, tra



Il cancro al seno è il tipo di cancro più comunemente diagnosticato, rappresentando 1 diagnosi di cancro su 8 in tutto il mondo

(International Agency for Research on Cancer, 2022)

Effetto COVID-19

La pandemia di COVID-19 ha comportato la sospensione o la riduzione degli appuntamenti per lo screening del cancro, così come per la diagnosi. Allo stesso tempo, le persone idonee allo screening del cancro potrebbero essere state riluttanti a presentarsi all'appuntamento a causa del timore di essere esposte a COVID-19 in ospedale, clinica o ambulatorio medico (WCRFI, 2022). Le riduzioni dello screening e del trattamento del cancro durante la pandemia pongono un problema di salute pubblica: infatti, sebbene l'incidenza del cancro sia rimasta probabilmente la stessa, meno casi sono stati diagnosticati in modo tempestivo. **Ciò significa che la mortalità per cancro potrebbe aumentare in futuro perché le persone ottengono la diagnosi di cancro e iniziano il trattamento in una fase successiva della malattia.**



cui l'aumento dell'età, l'obesità, l'uso dannoso di alcol, la storia familiare di cancro al seno, l'esposizione a radiazioni, la storia riproduttiva (come l'età in cui sono iniziate le mestruazioni e l'età della prima gravidanza), l'uso di tabacco e terapia ormonale post-menopausale (WHO, 2021c).

Nel 2020, sono stati registrati circa 2,3 milioni di nuovi casi di cancro al seno a livello globale e circa 685.000 decessi, con grandi variazioni geografiche osservate tra regioni e paesi del mondo. **I tassi di incidenza del cancro al seno sono più alti nei paesi del Nord globale (che hanno sistemi di prevenzione più solidi e diffusi), mentre i paesi in via di sviluppo registrano una quota sproporzionata di decessi per cancro al seno** (International Agency for Research on Cancer, 2022). Diversi studi mostrano che i tassi di mortalità per cancro al seno sono diminuiti nel tempo nella maggior parte dei paesi ad alto reddito, ma **rimangono elevati e sono in aumento in molti paesi a reddito medio-basso e a basso reddito** (Lima et al., 2021).

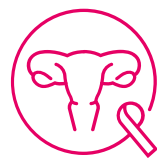
Il trattamento del cancro al seno può essere molto efficace, specialmente quando la malattia viene identificata precocemente. **Esistono, però, disparità significative in tutto il mondo in merito a chi può accedere ai servizi oncologici, inclusi screening e cure. In alcune regioni ciò è dovuto al fatto che l'infrastruttura per fornire questi servizi non esiste, mentre in altre perché i servizi risultano troppo costosi** (WCRFI, 2023). Se tali servizi di screening non sono disponibili o inaccessibili, è probabile che il cancro venga diagnosticato in una fase successiva, riducendo la probabilità che la persona sopravviva. Lo stesso vale per le cure per il cancro: se le persone non possono accedervi, è improbabile che abbiano una lunga aspettativa di vita una volta diagnosticata la malattia (ibid.).



Nel 2020, sono stati registrati circa 2,3 milioni di nuovi casi di cancro al seno a livello globale e circa 685.000 decessi

Il cancro cervicale è il quarto tipo di cancro più comune tra le donne

(WCRFI, 2022)



L'intervento di WeWorld in Bolivia e Perù Il servizio di telemedicina

La sospensione o la riduzione dei servizi sanitari a causa della pandemia di COVID-19 ha interessato tutto il mondo in maniera trasversale. Tuttavia, **ha reso ancora più difficile accedere a cure, screening e consulti alle persone che vivono in aree in cui i sistemi sanitari sono assenti o più fragili, o dove le reti di medicina di prossimità sono poco diffuse.**

Le popolazioni delle zone rurali di Apurímac in Perù e di La Paz e Pando in Bolivia non hanno accesso a servizi sanitari di qualità. Questo è dovuto, da un lato, **a un deficit di risorse umane professionalizzate e delle scarse risorse finanziarie governative investite in sanità, e dall'altro a una mancanza di infrastrutture e strade in zone geograficamente poco accessibili.** In questo

quadro, il progetto binazionale **"Salute e Telemedicina: consolidamento e rafforzamento dell'accesso alle cure sanitarie di base in Perù e Bolivia"** intende facilitare l'accesso ai servizi sanitari attraverso l'uso della telemedicina.

WeWorld è presente in Bolivia dal 1987 e in Perù dal 2002. Il progetto interviene in tutte le province della regione di Apurímac (Abancay, Andahuaylas, Antabamba, Aymaraes, Chincheros Cotobambas e Grau) in Perù e nelle regioni di La Paz e Pando in Bolivia, creando un sistema sanitario integrato, in grado di garantire risposte efficienti ed efficaci ai bisogni della popolazione più vulnerabile, aggravati pesantemente dalla pandemia. Focalizzandosi sui principali problemi dei sistemi sanitari pubblici, l'iniziativa

mira a quattro risultati concreti: potenziare i sistemi sanitari nel contesto di riferimento attraverso innovazioni tecnologiche e formazione del personale di salute; migliorare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria erogati attraverso la telemedicina per la popolazione più vulnerabile di Apurímac e di La Paz e Pando; diffondere una corretta cultura della salute e della prevenzione e sensibilizzare verso stili di vita sani presso le comunità beneficiarie dell'intervento; migliorare la qualità dei servizi sanitari e delle politiche sanitarie dei due Paesi attraverso studi di settore e scambio di nuove pratiche. In Bolivia, in particolare, WeWorld rafforzerà il sistema di Telemedicina appoggiando il Programma Nazionale di Telemedicina del Ministero della Salute nazionale.

PERÙ
BOLIVIA

Cancro cervicale

Il cancro cervicale è un tipo di cancro ginecologico³⁶ che si sviluppa nella cervice di una donna (nota anche come "collo dell'utero"). **Il cancro cervicale è il quarto tipo di cancro più comune tra le donne** (dopo il cancro al seno, al colon e ai polmoni): nel 2020, rappresentava il 7% del totale delle nuove diagnosi di cancro (WCRFI, 2022). Sempre nel 2020, **in tutto il mondo è stato diagnosticato il cancro cervicale a 604.127 donne e 341.831 donne sono morte a causa della malattia** (ibid.). Quasi tutti i casi di cancro cer-

vicale (99%) sono legati all'**infezione da papillomavirus umano (HPV)**, un virus estremamente comune trasmesso attraverso il contatto sessuale (WHO, 2022g). Sebbene la maggior parte delle infezioni da HPV si risolva spontaneamente e non causi sintomi, **l'infezione persistente può causare il cancro cervicale nelle donne.**

Il cancro cervicale è uno dei tumori più prevenibili. Approcci efficaci di prevenzione primaria (vaccinazione contro l'HPV) e secondaria (screening e trattamento delle lesioni precancerose e dell'HPV) prevengono la maggior parte dei casi di cancro cervicale. **Una strategia globale basata sulla vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) e lo screening basato sull'HPV si è dimostrata la misura più conveniente in molti paesi del mondo** (De Martel, 2017). Tuttavia, i progressi verso una maggiore prevenzione sono spesso lenti, **con un accesso relativamente basso al vaccino e un uso limitato dello screening del cancro cervicale in particolare nei paesi meno sviluppati** (ibid.).

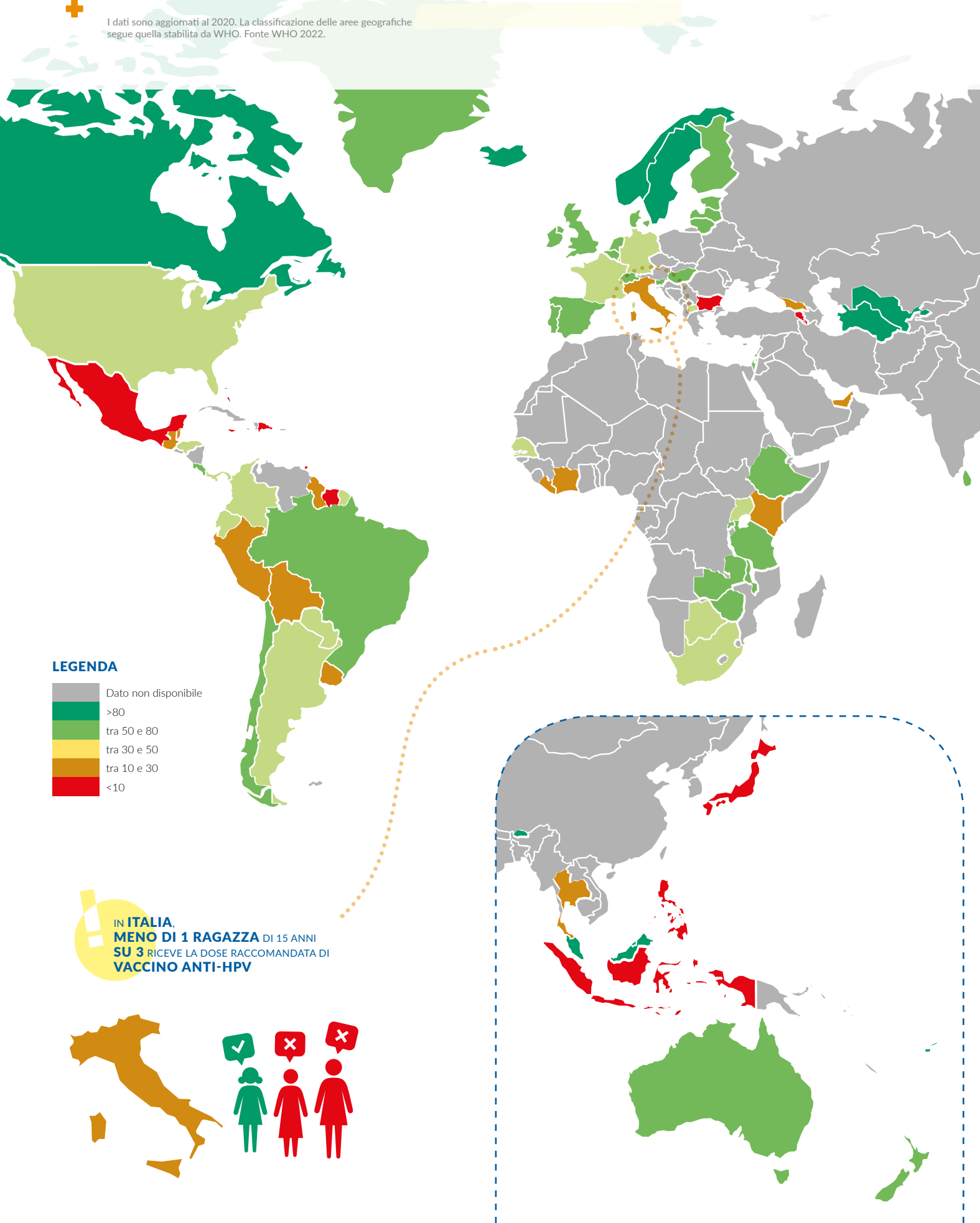
La prevalenza globale dell'HPV è stimata al 12%, con grandi differenze da una regione del mondo all'altra. L'incidenza più elevata è stata registrata in Africa Sub-sahariana (24%), seguita da America Latina e Caraibi (16%), Europa orientale (14%) e Sud-est asiatico (14%). Inoltre, l'HPV risulta più diffuso nei gruppi di età inferiore ai 25 anni (22%), motivo per cui **è necessario promuovere campagne di vaccinazione anti-HPV tra le adolescenti** (De Martel, 2017). Una volta diagnosticato, il cancro cervicale è una delle forme di cancro curabili con maggior successo, a condizione che venga rilevato precocemente e gestito in modo efficace. I tumori diagnosticati in fase avanzata possono anche essere controllati con un trattamento appropriato e cure palliative. **Con un approccio globale per la prevenzione, lo screening e il trattamento, il cancro cervicale potrebbe essere debellato nel giro di una generazione e non rappresentare più una preoccupazione per la salute pubblica** (WHO, 2022g).

³⁶ Si definisce cancro ginecologico qualsiasi cancro che ha origine dagli organi riproduttivi di una donna. I tumori ginecologici possono originare in punti diversi all'interno della pelvi di una donna, che è l'area di addome sotto l'ombelico e tra le ossa del bacino. Tipi di cancro ginecologico: Tipi di cancro ginecologico: il (in minuscolo) cancro cervicale inizia dalla cervice, che è l'estremità inferiore e stretta dell'utero; cancro ovarico inizia dalle ovaie, che si trovano su ciascun lato dell'utero. Alcuni tumori ovarici possono anche iniziare nelle tube di Falloppio o nel peritoneo; cancro uterino inizia nell'utero; cancro vaginale inizia nella vagina, che è il canale cavo simile a un tubo tra il fondo dell'utero e l'esterno del corpo; cancro vulvare inizia nella vulva, la parte esterna degli organi genitali femminili (WCRFI, 2022).



RAGAZZE DI 15 ANNI CHE RICEVONO LA DOSE RACCOMANDATA DI VACCINO ANTI-HPV (%)

I dati sono aggiornati al 2020. La classificazione delle aree geografiche segue quella stabilita da WHO. Fonte WHO 2022.



Conclusioni e raccomandazioni

I 12 impegni globali di Nairobi

Il Summit di Nairobi del 2019 ha mobilitato uno slancio globale, portando alla proclamazione di oltre 1.300 impegni da parte di diversi stakeholder, compresi i governi. Al Summit, **è seguito anche ampio sostegno alla Dichiarazione di Nairobi**, che delinea l'ambizione collettiva di raggiungere gli obiettivi dell'ICPD in tutto il mondo. **I 12 impegni globali della Dichiarazione sono fondamentali per garantire un'attuazione completa, efficace e accelerata del Programma d'azione dell'ICPD (stabilito al Cairo nel 1994³⁸) e per realizzare gli obiettivi dell'Agenda 2030.**

➤ **In questo senso, si intende:**



Intensificare gli sforzi per l'attuazione e il finanziamento completo, efficace e accelerato del Programma d'azione dell'ICPD, delle azioni chiave per la sua ulteriore attuazione, dei risultati delle sue revisioni, e dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

➤ **Far sì che l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi diventi parte integrante della copertura sanitaria universale (UHC), impegnandosi a lottare per:**



Zero bisogno insoddisfatto di informazioni e servizi di pianificazione familiare e disponibilità universale di contraccettivi moderni di qualità, accessibili, convenienti e sicuri.



Zero morti materne prevenibili e morbidità materne, integrando, tra l'altro, un pacchetto completo di interventi per la salute sessuale e riproduttiva, compreso l'accesso all'aborto sicuro nella misura massima consentita dalla legge, misure per prevenire ed evitare aborti non sicuri, e per la fornitura di assistenza post-aborto, nelle strategie, politiche e programmi nazionali di copertura sanitaria universale (UHC), e per proteggere e garantire il diritto di tutti gli individui all'integrità corporea, all'autonomia e ai diritti riproduttivi, e per fornire l'accesso ai servizi essenziali a sostegno di questi diritti.



Accesso per tutti gli adolescenti e i giovani, in particolare le ragazze, a informazioni complete e adeguate all'età, istruzione e servizi completi, di qualità e tempestivi a misura di adolescente **per poter prendere decisioni e scelte libere e informate sulla loro vita sessuale e riproduttiva**, per proteggere adeguatamente se stessi da gravidanze indesiderate, da tutte le forme di violenza sessuale e di genere e da pratiche dannose, malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV/AIDS, al fine di facilitare una transizione sicura verso l'età adulta.

➤ **Affrontare la violenza sessuale e di genere e le pratiche dannose, in particolare i matrimoni e le gravidanze precoci e le mutilazioni genitali femminili, impegnandosi per:**



Zero violenza sessuale e di genere e pratiche dannose, compresi zero matrimoni infantili, precoci e forzati, così come zero mutilazioni genitali femminili; l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro tutte le donne e le ragazze, per realizzare il pieno potenziale socioeconomico di tutti gli individui.

➤ **Mobilizzare i finanziamenti necessari per portare a termine il Programma d'azione dell'ICPD e sostenere i risultati già ottenuti:**



Utilizzando i processi di bilancio nazionale, compresi il bilancio di genere e l'audit, aumentare i finanziamenti nazionali ed esplorare strumenti e strutture di finanziamento nuovi, partecipativi e innovativi per garantire un'attuazione completa, efficace e accelerata del Programma d'azione dell'ICPD.



Aumentando i finanziamenti internazionali per l'attuazione completa, efficace e accelerata del Programma d'azione dell'ICPD, per integrare e catalizzare i finanziamenti nazionali, in particolare dei programmi per la salute sessuale e riproduttiva, e altre misure e interventi di sostegno che promuovano l'uguaglianza di genere e l'emancipazione di donne e ragazze.

➤ **Attingere alla diversità demografica per guidare la crescita economica e raggiungere uno sviluppo sostenibile:**



Investendo nell'educazione, nelle opportunità di lavoro, nella salute, compresi i servizi di pianificazione familiare e di salute sessuale e riproduttiva, degli adolescenti e dei giovani, in particolare delle ragazze, in modo da sfruttare appieno le potenzialità del dividendo demografico.



Costruendo società pacifiche, giuste e inclusive, dove nessuno sia lasciato indietro, dove tutte e tutti, indipendentemente da razza, colore, religione, sesso, età, disabilità, lingua, origine etnica, orientamento sessuale e identità o espressione di genere, si sentano valorizzati e siano in grado di plasmare il proprio destino e contribuire alla prosperità delle loro società.



Fornendo dati di qualità, aggiornati e disaggregati, che garantiscano la privacy dei cittadini e delle cittadine e siano inclusivi anche degli adolescenti e dei più giovani, investendo nelle innovazioni della salute digitale, anche nei sistemi di big data, e nel miglioramento dei sistemi di dati per informare le politiche volte a raggiungere uno sviluppo sostenibile.



Basandosi sull'assunto che nulla sulla salute e il benessere dei giovani possa essere discusso e deciso senza il loro significativo coinvolgimento e partecipazione ("niente su di noi, senza di noi").

➤ **Sostenere il diritto ai servizi di salute sessuale e riproduttiva in contesti di fragilità ed emergenza umanitaria:**



Garantendo che i bisogni e i diritti umani fondamentali delle popolazioni colpite, in particolare di donne e ragazze, **siano affrontati come componenti cardine delle risposte alle crisi umanitarie e ambientali, nonché nei contesti di ricostruzione post-crisi**, attraverso la fornitura e l'accesso a servizi completi, informazioni ed educazione sulla salute sessuale e riproduttiva, compreso l'accesso a servizi di aborto sicuro nella misura massima consentita dalla legge e assistenza post-aborto, per ridurre in modo significativo la mortalità e la morbidità materne, la violenza sessuale e di genere e le gravidanze non pianificate.

WE DO CARE. Conclusioni e raccomandazioni

A novembre 2022, **la popolazione mondiale ha raggiunto il picco di 8 miliardi di persone**: un risultato straordinario che riflette, tra le altre cose, i notevoli traguardi conseguiti nel corso di molti decenni per garantire un maggiore accesso ad assistenza sanitaria, informazione ed educazione e ridurre la povertà. Tuttavia, un simile risultato dovrebbe spingerci a riflettere sulle sfide e le opportunità per ulteriori progressi. **Mai più che in questo preciso momento storico, caratterizzato da poli-crisi e profondi cambiamenti, le persone hanno avuto bisogno di esercitare i propri diritti e di poter compiere scelte informate come chiave per la loro resilienza.**

La pandemia di COVID-19, pur avendo superato la sua fase peggiore, non è svanita. La guerra in Ucraina ha provocato ondate di shock in tutto il mondo, minacciando la sicurezza alimentare e aumentando il costo della vita. Il recente terremoto in Siria e Turchia ha rimesso in evidenza l'estrema fragilità a cui sono esposte le persone che vivono in situazioni di crisi e conflitto protratte. Il cambiamento climatico minaccia l'esistenza stessa del nostro pianeta e le crescenti disuguaglianze, unite a una sempre più diffusa polarizzazione sociale e politica, minano le speranze di uno sviluppo sostenibile. In questo contesto, **vi è un serio rischio che i diritti sessuali e riproduttivi delle persone non ricevano l'attenzione prioritaria che meritano.**

Sono passati quasi quattro anni dal Summit di Nairobi (2019) e, per il 2024, è in programma la prossima Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (ICPD). In vista di questo importante appuntamento, **è necessario ribadire l'importanza di un'agenda per la giustizia sessuale e riproduttiva come veicolo**

per mantenere gli impegni presi nel 2019, al fine non solo di garantire i diritti sessuali e riproduttivi in sé, ma combattere tutte quelle violazioni di altri diritti, libertà fondamentali e disparità sociali, politiche, culturali ed economiche.

Dal 2019, **almeno 77 paesi³⁷ hanno creato piani d'azione nazionali per tradurre nel proprio contesto gli impegni di Nairobi**, integrandoli nelle politiche nazionali o settoriali e/o sviluppando sistemi per monitorare i progressi. Eppure, come mostrato in questo Atlante, sono ancora molti i divari esistenti, trasversali al Nord e al Sud globale. I progressi compiuti dalla proclamazione degli obiettivi dell'Agenda 2030 e le previsioni di miglioramento auspicato con i 12 impegni di Nairobi sono stati frenati dalla pandemia di COVID-19.

Inoltre, oggi, il rilancio dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva, dell'autonomia corporea e della libertà dalla violenza di genere **è messo in pericolo da limitazioni dei diritti delle donne e dal permanere di situazioni di conflitto e crisi protratte**. Si pensi, ad esempio, al caso dell'Afghanistan dove, recentemente, i talebani hanno proibito la vendita di contraccettivi, sostenendo

che il loro uso da parte delle donne sia riconducibile a una cospirazione occidentale per controllare la popolazione musulmana (The Guardian, 2023). **In questi paesi, ridotti in condizioni insostenibili e inaccettabili, l'accesso all'assistenza sanitaria e alla salute sessuale e riproduttiva è ostacolato, se non direttamente impedito.**

Le sei sezioni dell'Atlante (Salute natale, Politiche del corpo, Violenza di genere, WASH e diritti sessuali e riproduttivi, Salute mestruale, Salute e benessere sessuale) evidenziano grandi criticità e lacune non solo da un punto di vista dell'accesso universale alle cure e alle informazioni sulla propria salute, ma anche normativo, con diversi paesi che non garantiscono l'autonomia corporea dei propri cittadini e cittadine. Ancora una volta, **a pagare il prezzo più alto, sono donne, bambine, bambini e adolescenti che vivono in aree caratterizzate da povertà cronica, conflitti e disuguaglianze** tra cui, in primis, l'Africa Sub-Sahariana, seguita da Asia Centro-meridionale, Medio Oriente e America Latina. Come ribadito, **ciò ha conseguenze non solo sui diritti sessuali e riproduttivi in sé, ma su tutta un'altra serie di diritti umani fondamentali, tra cui il diritto all'educazione.**

³⁷ Albania, Angola, Argentina, Bangladesh, Benin, Bolivia, Burkina Faso, Cambogia, Camerun, Repubblica Centrafricana, Ciad, Colombia, Comore, Congo, Isole Cook, Costa Rica, Costa d'Avorio, Cuba, Repubblica Democratica del Congo, Gibuti, Repubblica Dominicana, Ecuador, Egitto, Stati Federati di Micronesia, Fiji, Georgia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Haiti, India, Iraq, Giordania, Kazakistan, Kenya, Kiribati, Kirghizistan, Repubblica Democratica Popolare del Laos, Libano, Madagascar, Malawi, Malesia, Mali, Isole Marshall, Mauritania, Messico, Marocco, Myanmar, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Macedonia del Nord, Pakistan, Paraguay, Perù, Filippine, Ruanda, Samoa, Senegal, Sierra Leone, Isole Salomone, Somalia, Sud Africa, Sud Sudan, Sri Lanka, Sudan, Siria, Tailandia, Tonga, Tunisia, Turchia, Turkmenistan, Uganda, Repubblica Unita di Tanzania, Vanuatu, Vietnam e Zimbabwe. Si veda https://www.naibisummiticpd.org/sites/default/files/HLC%20Report_11-01.pdf

Il ruolo fondamentale dell'educazione sessuale

Se i diritti sessuali e riproduttivi sono incompleti, le persone non svilupperanno l'agency (la capacità) per prendere decisioni consapevoli sui propri corpi e sul resto della propria vita. Come ormai universalmente riconosciuto, **la consapevolezza dei propri diritti sessuali e riproduttivi deve passare attraverso un'educazione sessuale di qualità, completa e comprensiva di tutti gli aspetti cognitivi, emotivi, fisici e sociali della sessualità (comprehensive sexual education).**

Un'educazione di questo tipo mira a dotare bambine, bambini e giovani di conoscenze, abilità, attitudini e valori che consentiranno loro di: realizzare il loro diritto a salute, benessere e dignità; sviluppare relazioni sociali e sessuali rispettose; considerare come le loro scelte influenzino il proprio benessere e quello degli altri; e, comprendere e garantire la protezione dei loro diritti per tutta la vita (PERIOD, 2022). Pertanto, ne consegue che, **laddove non è presente una corretta educazione sessuale, non è possibile affermare una giustizia sessuale e riproduttiva.**

Negli ultimi decenni, **è stato sempre più riconosciuto e dimostrato che l'insegnamento degli aspetti cognitivi, emotivi, sociali e fisici della sessualità può avere un impatto positivo sulla salute sessuale e riproduttiva di bambine/e e giovani** (UNESCO, 2018). Prove emergenti suggeriscono anche che l'offerta di programmi di educazione sessuale a bambini/e e giovani a scuola **può avere un effetto positivo su questioni sociali più ampie, come la parità di genere, i diritti umani e il benessere e la sicurezza delle nuove generazioni.** Ad esempio, i programmi di educazione sessuale che includono un focus sui diritti di genere sono stati collegati a risultati quali la riduzione del rischio di abusi sessuali sui minori (ibid.).

Negli ultimi decenni, sono emersi standard e regolamenti internazionali in materia di educazione sessuale che sono concordi nell'identificarla come un mezzo essenziale per migliorare tutta quella serie di diritti umani fondamentali integrati nel più ampio quadro della giustizia sessuale e riproduttiva. Da più parti, organismi, trattati e convenzioni internazionali ribadiscono che tutti i bambini, le bambine e i giovani dovrebbero avere accesso a un'educazione sessuale adeguata alla loro età. La stessa Agenda del Cairo del 1994 invitava i governi a fornire percorsi di educazione sessuale adeguati e adattati all'età per migliorare il benessere di bambini/e e adolescenti, promuovere la parità di genere e garantire la protezione della loro salute riproduttiva.

Tanti sono gli strumenti, trattati e accordi internazionali che ribadiscono l'importanza dell'educazione sessuale³⁹. In par-

ticolare, le linee guida UNESCO in materia, pubblicate per la prima volta nel 2009 e aggiornate nel 2018⁴⁰, indicano 8 concetti chiave attorno ai quali dovrebbero essere costruiti curricula di educazione sessuale di qualità:



RELAZIONI



VALORI, DIRITTI, CULTURA E SESSUALITÀ



GENERE



VIOLENZA E COME PROTEGGERSI



COMPETENZE PER LA SALUTE E IL BENESSERE



IL CORPO UMANO E IL SUO SVILUPPO



SESSUALITÀ E COMPORTAMENTO SESSUALE



SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Generale del 2003 del Comitato sui diritti dell'Infanzia; la Risoluzione 2009/1 dell'ICPD del 2009; gli Standard per l'Educazione Sessuale in Europa dell'OMS del 2010; la Risoluzione 2012/1 su giovani e adolescenti dell'ICPD del 2012; il Commento Generale del 2013 del Comitato sui diritti dell'Infanzia; target inseriti negli obiettivi 3,4 e 5 dell'Agenda 2030 del 2015; il Commento Generale del 2016 del Comitato sui diritti dell'Infanzia; le Linee guida internazionali dell'UNESCO, pubblicate per la prima volta nel 2009 e aggiornate nel 2018.

40 Si veda <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

39 Tra questi: la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) del 1989, con specifico riferimento all'articolo 19; la Strategia regionale Europea sulla salute sessuale e riproduttiva del 2001; il Commento

La proposta di WeWorld per l'Italia: educazione sessuale nelle scuole

Dal 1975, anno della prima proposta di legge per l'educazione sessuale obbligatoria nelle scuole, in Italia sono state scritte 16 leggi, ma nessuna di queste è mai arrivata all'approvazione. L'ultimo tentativo di introdurre la materia risale al 2015, quando l'allora Ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, istituì una commissione per adeguare nel nostro paese le linee guida dell'OMS sull'educazione sessuale, seguite già da gran parte dei paesi europei.

Pur non avendo una politica comune in materia, nella maggior parte degli Stati membri dell'UE l'educazione sessuale è obbligatoria, ad eccezione di Bulgaria, Cipro, Italia, Lituania, Polonia e Romania (Lo Moro et al., 2023). Per quanto riguarda l'Italia, le motivazioni alla base sono diverse: da una parte, persiste un dibattito non risolto all'interno della Chiesa cattolica tra coloro che si oppongono apertamente a ogni forma di educazione sessuale e coloro che, invece, hanno mostrato posizioni più aperte ad affrontare il tema di un'educazione all'affettività (ibid.). D'altro canto, negli ultimi anni una minoranza rumorosa di attivisti e associazioni pro-vita ha portato avanti diverse campagne e mobilitazioni, mediatiche e di piazza, volte a screditare l'importanza dell'educazione sessuale, facendo anche leva su alcuni gruppi

politici e su atteggiamenti di una quota non indifferente dell'opinione pubblica, che tendono a promuovere idee di stampo tradizionalista e conservatore (Prearo, 2022; Siviero, 2016.). Di conseguenza, nel nostro paese l'educazione sessuale rimane facoltativa e soggetta a un'ampia discrezionalità nelle modalità di insegnamento. Sebbene alcune scuole prevedano insegnamenti di educazione sessuale, ciò dipende dalla volontà dei dirigenti scolastici. Inoltre, gli insegnamenti **tendono a concentrarsi esclusivamente sugli aspetti biologici, piuttosto che sui più ampi aspetti psicologici, sociali o emotivi**, come, invece, raccomandato dalle linee guida dell'OMS e dell'UNESCO (ibid.). In questo contesto, diversi studi condotti tra adolescenti italiani volti a valutare le loro conoscenze sulla sessualità hanno dimostrato che vi è un urgente bisogno di educazione sessuale⁴¹. In particolare, un'indagine svolta nel 2016 (Drago et al., 2016) ha mostrato come **la maggior parte delle studentesse e degli studenti iscritti ritenga che la scuola debba svolgere un ruolo centrale in questo processo educativo. Tuttavia, nonostante questa consapevolezza, gli stessi studenti e studentesse hanno valutato l'educazione sessuale ricevuta nella loro scuola scarsa o assente** (ibid.).

Per valutare potenziali lacune negli insegnamenti dell'educazione sessuale nel nostro paese, uno studio condotto nel 2022 (Lo Moro et al., 2023) ha esplorato le diverse iniziative regionali italiane svoltesi tra il 2006 e il 2021. **Un totale di 12 regioni italiane su 20 ha avuto almeno un programma di educazione sessuale, per un totale di 39 progetti.** Complessivamente, sono stati trattati quasi tutti i temi individuati dall'UNESCO, ma con notevoli differenze tra Nord, Centro e Sud Italia. **Contraccezione, amore, matrimonio, convivenza e famiglia sono stati i temi principali** (nel 92% delle regioni). **Solo il 25% delle regioni ha parlato di gravidanza e parto. La disabilità è stato l'argomento meno dibattuto** (17%). La presenza di iniziative locali finanziate dalle aziende sanitarie locali e dalle Regioni riesce a sopperire solo in parte a queste carenze e differenze territoriali. La revisione delle diverse iniziative ha, però, mostrato che sono stati raggiunti miglioramenti rilevanti dopo gli interventi di educazione sessuale, riconfermandone l'importanza (Lo Moro et al., 2023). **Aumentare l'offerta di insegnamenti di educazione sessuale, raggiungere standard educativi adeguati e appiattire le differenze esistenti non solo tra le diverse regioni italiane, ma anche tra l'Italia gli altri paesi europei, sono interventi non più rimandabili se l'intento è quello di offrire alle prossime generazioni adeguate conoscenze e competenze sul sesso e la sessualità e, di conseguenza, garantirne il benessere.**

41 Si veda Bergamini et al., 2013; Bogani et al., 2015; Borraccino et al., 2020; Drago et al., 2016; Orlando et al., 2019; Smorti et al., 2019.



© Claudio Majorana

Come evidenziato dai dati e dalle testimonianze riportate in questo Atlante, la realizzazione delle promesse e degli obiettivi globali promossi dall'Agenda 2030, dal Programma d'azione dell'ICPD e dagli impegni di Nairobi dipende dall'esistenza di una vera giustizia sessuale e riproduttiva. Questo concetto rimanda a un intero spettro di diritti alla base del principio di autonomia corporea, applicando un'ottica intersezionale che vuole raggiungere i gruppi di individui soggetti a molteplici forme di discriminazioni e violazioni dei loro diritti.

Da questa prospettiva, **la piena realizzazione dei diritti sessuali e riproduttivi non riguarda solo l'assistenza sanitaria, ma anche l'accesso sicuro a un'educazione di qualità, all'informazione, a un lavoro dignitoso, a un ambiente salubre e sicuro, la libertà da qualsiasi forma di emarginazione e violenza, e la possibilità di far sentire la propria voce nei processi decisionali** (High Level Commission on the Nairobi Summit, 2022). La giustizia sessuale e riproduttiva, in sostanza, dovrebbe diventare la chiave per liberare il pieno potenziale di tutti gli esseri umani, così da creare un futuro più equo, sicuro e sostenibile.

Per questo, come ribadito anche dalla Commissione di alto livello sull'andamento del Piano d'azione dell'ICPD, entro il 2030 sarà fondamentale:

● **RENDERE LA GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA L'OBIETTIVO PRINCIPALE:**

Tutti gli sforzi sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi devono essere compiuti in un quadro di giustizia sessuale e riproduttiva. In questo senso, i diritti umani e le libertà fondamentali devono essere considerati universali, indivisibili, interdipendenti e correlati. Questo tipo di approccio include l'ideazione e l'utilizzo di meccanismi di responsabilità, il coinvolgimento attivo dei movimenti della società civile che rivendicano la giustizia sessuale e riproduttiva e il rafforzamento e la creazione di nuove alleanze. **L'impegno più concreto dei governi nazionali dovrebbe tradursi nella promozione di leggi e scelte di bilancio in linea con il raggiungimento della giustizia sessuale e riproduttiva e della parità di genere.**

● **METTERE I DIRITTI E LO SVILUPPO AL CENTRO: Essenziale in questo percorso è lo sviluppo di una copertura sanitaria universale in cui la salute e i diritti sessuali e riproduttivi siano parte integrante dei servizi considerati essenziali.** I piani nazionali di ripresa dalla pandemia di COVID-19 dovrebbero essere utilizzati per concretizzare la copertura sanitaria universale in grado di adottare un approccio che segua l'individuo per tutta la vita (*life-course approach*). Mettere al centro i bisogni degli utenti, ascoltandone le istanze ed esperienze, contribuirà a difendere i loro diritti e a migliorare la qualità dell'assistenza.

● **PENSARE IN MODO DIVERSO:**

Promuovere e perseguire innovazione nell'erogazione dei servizi sanitari per accelerare la giustizia sessuale e riproduttiva e sostenere l'autonomia corporea delle persone. Un punto di partenza potrebbe essere sviluppare il potenziale dell'assistenza autogestita o della telemedicina, che potrebbe rivelarsi particolarmente utile per raggiungere alcuni gruppi emarginati.

● **GUARDARE PIÙ LONTANO:**

Dare priorità ai gruppi di individui che affrontano maggiori disparità nell'ambito della giustizia sessuale e riproduttiva. In questo senso, colmare le lacune nell'azione umanitaria rappresenta una priorità urgente, unita alla necessità di porre maggiore enfasi sulla riduzione dei rischi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nei piani futuri di riduzione del rischio di catastrofi.

● **INVESTIRE RISORSE:**

Aumentare i finanziamenti nazionali e internazionali dedicati alla salute e i diritti sessuali e riproduttivi a livelli sufficienti per raggiungere la giustizia sessuale e riproduttiva. La spesa dedicata deve essere riconoscibile e misurabile nei bilanci sanitari nazionali e tenere conto dei contributi dei donatori. Dovrebbero essere introdotti servizi completi gratuiti per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

● **RACCONTARE NUOVE STORIE:**

Creare nuove narrazioni sulla giustizia sessuale e riproduttiva potrebbe aiutare le persone a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri diritti e di come esercitarli. Ciò richiede lo **sviluppo di sistemi più solidi di raccolta e utilizzo dei dati, che devono essere aggiornati e disaggregati in modo da poter cogliere gli aspetti critici della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi**, anche in relazione alle dimensioni della parità di genere e dell'intersezionalità. Per galvanizzare un sostegno più ampio, la giustizia sessuale e riproduttiva deve diventare una bussola in grado di infondere nuova energia e ispirare l'azione.

Bibliografia

Abrams Z. (2022), *The facts about abortion and mental health*, <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health> accesso febbraio 2023

Arnold M., Morgan E., Rungay H., Mafra A., Singh D., Laversanne M., Vignat J., Gralow J.R., Cardoso F., Siesling S., Soerjomataram I. (2022), *Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040*, [https://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776\(22\)00144-8/fulltext](https://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776(22)00144-8/fulltext), accesso febbraio 2023

Arnsenault C. et al. (2022), *COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries*, <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01750-1> , accesso dicembre 2022

Associazione Luca Coscioni (2022), *Aborto*, <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/aborto> , accesso febbraio 2023

Badalassi G., Gentile F. (2022), *Ebbene sì, esiste pure l'economia della menopausa*, <https://www.ladynomics.it/ebbene-si-esiste-pure-leconomia-della-menopausa-%EF%BF%BC/> , accesso febbraio 2023

Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. (2020), *Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019*, [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext), accesso febbraio 2023

Bello C., Llach L. (2023), *Painful periods? Spain just passed Europe's first paid 'menstrual leave' law*, <https://www.euronews.com/next/2023/02/16/spain-set-to-become-the-first-european-country-to-introduce-a-3-day-menstrual-leave-for-work> , accesso febbraio 2023

Bergamini M. et al. (2013), *Risk perception of sexually transmitted diseases and teenage sexual behavior: Attitudes towards in a sample of Italian adolescents*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24396993/> , accesso marzo 2023

Blair L.A.G., Bajón-Fernández Y., Villa R. (2022), *An exploratory study of the impact and potential of menstrual hygiene management waste in the UK*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666790822000404> , accesso febbraio 2023

Bogani G, Cromi A., Serati M., Monti Z., Apolloni C., Nardelli F., Di Naro E., Ghezzi, F. (2015), *Impact of school-based educational programs on sexual behaviors among adolescents in northern Italy*, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2014.958791> , accesso marzo 2023

Borraccino A., Moro G. L., Dalmasso P., et al. (2020), *Sexual behaviour in 15-year-old adolescents: Insights into the role of family, peer, teacher, and classmate support*, <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1136/668> , accesso marzo 2023

Campbell O. M. R., Cegolon L., Macleod D., Benova L. (2016), *Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low- and middleincome countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys.*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954561/> , accesso febbraio 2023

Camut C. (2023), *Spain approves paid menstrual leave, first country in Europe to do so*, <https://www.politico.eu/article/bill-europe-spain-parliament-creates-first-menstrual-leave-in-europe/> , accesso febbraio 2023

Center for Reproductive Rights (2022), *The World's Abortion Laws*, <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> , accesso febbraio 2023

Chao F., Gerland P., Cook A.R., Alkema L. (2019), *Systematic assessment of the sex ratio at birth for all countries and estimation of national imbalances and regional reference levels*, <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1812593116>, accesso febbraio 2023

Commissione Europea (2022), *Sexuality education across the European Union*, <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/5724b7d8-764f-11eb-9ac9-01aa75ed71a1>, accesso febbraio 2023

Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zhenming X., Chung W., Hwa Ok B. (2010), *Why is Son preference so persistent in East and South Asia? a cross-country study of China, India and the Republic of Korea*, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00220380412331293807>, accesso febbraio 2023

Diamond-Smith N., Luke N., & McGarvey S. (2008), *Too*

many girls, too much dowry': son preference and daughter aversion in rural Tamil Nadu, India, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691050802061665?journalCode=tchs20>, accesso febbraio 2023

Drago F., Ciccarese G., Zangrillo F., Gasparini G., Cogorno L., Riva S., Parodi A. (2016), *A survey of current knowledge on sexually transmitted diseases and sexual behaviour in Italian adolescents*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847084/> , accesso marzo 2023

Education Cannot Wait (2022), *ECW's Strategic Plan 2023–2026 Achieving Results: A New Way of Working*, <https://www.educationcannotwait.org/resource-library/ecws-strategic-plan-2023-2026-achieving-results-new-way-working> , accesso febbraio 2023

Esho T., Komba E., Richard F., Shell-Duncan B. (2021), *Intersections between climate change and female genital mutilation among the Maasai of Kajiado County, Kenya*, <https://jogh.org/documents/2021/jogh-11-04033.pdf> , accesso febbraio 2023

European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (2022), *Contraception Policy Atlas in Europe*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2022-02/CEptionInfoA3_EN%202022%20v10.pdf, accesso febbraio 2023

Falcone A. (2018), *Educazione sessuale e affettiva a scuola: perché renderla obbligatoria*, <https://annalisafalcone.it/2018/01/16/educazione-sessuale-a-scuola-perche-renderla-obbligatoria/>, accesso febbraio 2023

Farina P., Ortensi L.E., Pettinato T. (2020) *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*, <https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/280487/411349/mpdf.pdf> , accesso febbraio 2023

Ganatra B., Gerdts C., Rossier C., Johnson Jr B. R., Tunçalp Ö., Assifi A. et al. (2017), *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext), accesso febbraio 2023

Girls not brides (2021), *Child marriage and health*, <https://www.girlsnotbrides.org/learning-resources/child-marriage-and-health/> , accesso febbraio 2023

Global Citizen (2021), *The Tampon Tax: Everything You Need to Know*, <https://www.globalcitizen.org/en/content/tampon-tax-explained-definition-facts-statistics/> , accesso febbraio 2023

Hague F., Miedema E., Le Mat M. (2018), *Understanding the 'Comprehensive' in Comprehensive Sexuality Education. A literature Review*, https://www.researchgate.net/publication/324080732_Understanding_the_'Comprehensive'_in_Comprehensive_Sexuality_Education_A_literature_Review , accesso dicembre 2022

Hesketh T., Lu L., Xing Z. W. (2011), *The consequences of son preference and sex-selective abortion in China and other Asian countries*, <https://www.cmaj.ca/content/183/12/1374> , accesso febbraio 2023

High Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up (2021), *Sexual and reproductive justice as the vehicle*, https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/HLC%20Report_11-01.pdf, accesso febbraio 2023

High Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up (2022), *No exceptions, No Exclusions. Realizing sexual and reproductive health, rights and justice for all*, [https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20HLC-ExSumm-English%20\(1\).pdf](https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20HLC-ExSumm-English%20(1).pdf) , accesso dicembre 2022

Hinchliffe E. (2020), *Menopause is a \$600 billion opportunity, report finds*, <https://fortune.com/2020/10/26/menopause-startups-female-founders-fund-report/> , accesso marzo 2023

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www-humanitarianresponse.info/files/documents/files/virginity_testing_eng.pdf11f , accesso dicembre 2022

Il Post (2020), *In Francia si discute di certificati di verginità*, <https://www.ilpost.it/2020/09/18/francia-certificati-verginita/>, accesso febbraio 2023

Il Post (2022), *San Marino ha depenalizzato l'aborto*, <https://www.ilpost.it/2022/09/01/san-marino-aborto/>

International Agency for Research on Cancer (2022), *Current and future burden of breast cancer: global statistics for 2020 and 2040*, <https://www.iarc.who.int/news-events/current-and-future-burden-of-breast-cancer-global-statistics-for-2020-and-2040/>, accesso febbraio 2023

International Women's Health Coalition (2020), *Integrating*

sexual and reproductive health in WASH, https://canwach.ca/wp-content/uploads/2020/10/SRHR-WASH-Fact-Sheet_WebFinal.pdf, accesso febbraio 2023

International Women's Empowerment Network (2021), *Hygiene Empowerment Resource (H.E.R) Program*, <https://www.iwenetwork.org/programs-1>, accesso febbraio 2023

Ipsos (2022), *8 miliardi di abitanti nel mondo: un trend di crescita destinato a proseguire?*, <https://www.ipsos.com/it-it/diminuzione-popolazione-mondiale-principali-fattori-impatto-covid#:~:text=Affinch%C3%A9%20l'umani-t%C3%A0%20si%20mantenga,che%20si%20hanno%20ogni%20anno>, accesso febbraio 2023

ISSM (2018), *What is virginity testing? Why is it used, and what are its potential effects?*, <https://www.issm.info/sexual-health-qa/what-is-virginity-testing-why-is-it-used-and-what-are-its-potential-effects/> , accesso febbraio 2023

Khan M. M. (2022), *Menstrual health and hygiene: What role can schools play?*, <https://blogs.worldbank.org/education/menstrual-health-and-hygiene-what-role-can-schools-play>, accesso febbraio 2023

Lima S. et al. (2021), *Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns*, [https://www.thelancet.com/journals/elelim/article/PIIS2589-5370\(21\)00265-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/elelim/article/PIIS2589-5370(21)00265-0/fulltext), accesso febbraio 2023

Lino C. (2016), *Cosa sono davvero le mestruazioni*, <https://www.ilpost.it/2016/01/22/mestruazioni-assorbenti/> , accesso febbraio 2023

Lo Moro G. et al. (2023), *Sex Education in Italy: An Overview of 15 Years of Projects in Primary and Secondary School*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02541-6> , accesso marzo 2023

Maitreyi Bordia D. (2017), *The RISING TIDE. A new look at water and gender*, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/27949/W17068.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, accesso febbraio 2023

McChrystal J. (2021), *No Girl Left Behind. While science and medicine advance, myths around menstruation persist*, <https://www.historytoday.com/archive/history-matters/no-girl-left-behind>, accesso febbraio 2023

Ministero della Salute (2022), *Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2020*, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3236 , accesso febbraio 2023

Morison T. (2021), *Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology*, <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12605> , accesso dicembre 2022

Oakes A.H., Boyce C., Patton C. et al. (2022), *Rates of Routine Cancer Screening and Diagnosis Before vs After the COVID-19 Pandemic*, <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2798851> , accesso gennaio 2023

OHCHR (2020), *Information series on sexual and reproductive health and rights. Abortion*, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf , accesso febbraio 2023

OHCHR (2023), *Child and forced marriage, including in humanitarian settings*, <https://www.ohchr.org/en/women/child-and-forced-marriage-including-humanitarian-settings#:~:text=Worldwide%2C%20more%20than%20650%20million,union%2C%20before%20reaching%20age%2018>, accesso febbraio 2023

Olson R., Moreno C. (2017), *Virginity testing: a systematic review*, <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0319-0> , accesso febbraio 2023

Orlando G., Campaniello M., Iatosti S., Grisdale, P. J. (2019), *Impact of training conferences on high-school students' knowledge of sexually transmitted infections (STIs)*, <https://www.jpmh.org/index.php/jpmh/article/view/1072> , accesso febbraio 2023

Our World in Data (2021), *Sanitation*, <https://ourworldindata.org/sanitation>, accesso febbraio 2023

OVOItalia (2017), *Indagine Doxa-OVOItalia*, <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/> , accesso febbraio 2023

PERIOD (2022), *Glossary for the Global Mestruary Movement*, <https://period.org/uploads/Global-Glossary-for-the-Menstrual-Movement-v1.3.pdf>, accesso febbraio 2023

Plan International (2021), *New survey shows 'deep-rooted' taboos around periods*, <https://plan-international.org/>

news/2022/05/25/new-survey-shows-deep-rooted-taboos-around-periods/, accesso febbraio 2023

Prearo M. (2022), *Il fronte 'anti-gender' all'attacco in nome della pseudoscienza*, <https://www.valigiablui.it/carriera-alias-scuola/>, accesso marzo 2023

Puri S., Adams V., Ivey S., Nachtigall R. D. (2011), *There is such a thing as too many daughters, but not too many sons: A qualitative study of son preference and fetal sex selection among Indian immigrants in the United States*, <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0277953611000700>, accesso febbraio 2023

Quaglia V. (2022), *Abortire in Italia: un diritto a rischio?*, <https://www.rivistailmulino.it/a/abortire-in-italia-un-diritto-a-rischio>, accesso febbraio 2023

Rice S. (2022), *Nutrition in the 1000-Day Window: Biden-Harris Administration Setting the Foundation for the Health of Our Nation*, <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2022.307137>

B. Chalmers (1992), *WHO appropriate technology for birth revisited*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1420006/>, accesso febbraio 2023

Richie H., Roser M. (2019), *Gender ration*, <https://ourworldindata.org/gender-ratio>, accesso febbraio 2023

Ritchie H., Roser M. (2021), *Clean Water*, <https://ourworldindata.org/water-access>, accesso febbraio 2023

Rodgers YVM, Coast E, Lattof SR, Poss C, Moore B. (2021), *The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes*, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250692>, accesso febbraio 2023

Siviero G. (2016), *I movimenti no-gender, spiegati bene*, <https://www.ilpost.it/giuliasiviero/2016/02/22/i-movimenti-no-gender-spiegati-bene/>, accesso marzo 2023

Siviero G. (2021), *Furono le medicine a farci cambiare approccio alle mestruazioni*, <https://www.ilpost.it/2021/10/15/furono-le-mediche-a-farci-cambiare-approccio-alle-mestruazioni/>, accesso febbraio 2023

Smorti M., Milone A., Gonzalez J., Vitali Rosati G. (2019). *Adolescent selfie: An Italian Society of Paediatrics Survey of the Lifestyle of Teenagers*, <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-019-0653-7>, accesso marzo 2023

The Guardian (2023), *Taliban fighters stop chemists selling contraception*, <https://www.theguardian.com/global-development/2023/feb/17/taliban-ban-contraception-western-conspiracy>, accesso marzo 2023

UN (2020), *Fertility among young adolescents aged 10 to 14 years*, <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Fertility-young-adolescents2020.pdf>, accesso febbraio 2023

UN (2022), *World Contraceptive Use*, <https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use>, accesso febbraio 2023

UN Women (2018), *Gender Equality in the 2030 Agenda: Gender-Responsive Water and Sanitation Systems*, <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/6/issue-brief-gender-responsive-water-and-sanitation-systems>, accesso febbraio 2023

UNAIDS/WHO (1999), *World Health Organization Communicable Disease Surveillance and Response*, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc240-sextransminfsurv_en_0.pdf, accesso febbraio 2023

UNDESA (2019), *World Population prospects 2022. Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates*, Online Edition, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>, accesso febbraio 2023

UNDESA (2022), *World Population Prospects 2022. Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>, accesso febbraio 2023

UNESCO (2014), *Puberty education & menstrual hygiene management*, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000226792>, accesso febbraio 2023

UNESCO (2018), *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>, accesso marzo 2023

UNFPA (2015), *Girlhood, Not Motherhood*, <https://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>, accesso febbraio 2023

UNFPA (2022a), *My body, My life, My world. Operational Guidance*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA-MBMLMW_OperationalGuidance-EN.pdf, accesso dicembre 2022

UNFPA (2022b), *Gender-biased sex selection*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/3_Infographic_Macro_factsheet_web.pdf, accesso febbraio 2023

UNFPA (2022c), *World Mental Health Day*, <https://www.unfpa.org/events/world-mental-health-day>, accesso febbraio 2023

UNFPA (2022c), *Climate justice requires ending climate crisis-related child marriages*, <https://esaro.unfpa.org/en/news/climate-justice-requires-ending-climate-crisis-related-child-marriages>, accesso febbraio 2023

UNFPA (2023a), *Family planning*, <https://www.unfpa.org/family-planning>, accesso febbraio 2023

UNFPA (2023b), *Obstetric fistula*, <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2017), *First 1,000 days*, <https://www.unicef.org/southafrica/media/551/file/ZAF-First-1000-days-brief-2017.pdf>, accesso gennaio 2023

UNICEF (2018), *Drinking water, sanitation and hygiene in schools: Global baseline report 2018*, <https://data.unicef.org/resources/wash-in-schools/>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2020), *Levels and trends in child mortality 2020. Estimates developed by the UN Inter-agency group for child mortality estimation*, <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2021), *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, <https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2021a), *Healt Results 2021. Maternal, Newborn and adolescent health*, https://www.unicef.org/media/123406/file/Health_Results_2021_Maternal_Newborn_Adolescent_Health.pdf, accesso dicembre 2022

UNICEF (2022a), *Antenatal care*, <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>, accesso gennaio 2023

UNICEF (2022b), *Child marriage*, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>

UNICEF (2023), *Water, Sanitation and Hygiene (WASH). Safe water, toilets and good hygiene keep children alive and healthy*, <https://www.unicef.org/wash>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2023a), *A child or youth died once every 4.4 seconds in 2021 – UN report*, <https://www.unicef.org/press-releases/child-or-youth-died-once-every-44-seconds-2021-un-report>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2023b), *Female Genital Mutilation (FGM)*, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>, accesso febbraio 2023

UNICEF (2023c), *Water. Ensuring an adequate and safe water supply for the survival and growth of children*, <https://www.unicef.org/wash/water>, accesso febbraio 2023

UNICEF/WHO (2019), *Guidance on menstrual health and hygiene*, <https://www.unicef.org/media/91341/file/UNICEF-Guidance-menstrual-health-hygiene-2019.pdf>, accesso febbraio 2023

UNICEF/WHO (2022), *Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools: 2000-2021 data update*, <https://washdata.org/sites/default/files/2022-10/jmp-2022-wins-data-update.pdf>, accesso febbraio 2023

VAWnet (2017), *Reproductive Justice & Violence Against Women: Understanding the Intersections*, <https://vawnet.org/sc/reproductive-justice-violence-against-women-understanding-intersections>, accesso febbraio 2023

Wang Z., Liu J., Shuai H. et al. (2021), *Mapping global prevalence of depression among postpartum women*, <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01663-6>, accesso febbraio 2023

Water Aid (2022a), *No climate resilience without WASH: a call to action*, <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoox256/files/no-climate-resilience-without-wash-a-call-to-action.pdf>, accesso febbraio 2023

Water Aid (2022b), *The role of water, sanitation and hygiene in sexual and reproductive health rights*, <https://washmatters.wateraid.org/publications/the-role-of-water-sanitation-and-hygiene-in-sexual-and-reproductive-health-rights>, accesso febbraio 2023

WHO (2014), *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/>

handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf;jsessionid=4419156F967A50EFD1D78625F57A1D39?sequence=17, accesso gennaio 2023

WHO (2018a), *Births attended by skilled health personnel*, <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/births-attended-by-skilled-health-personnel>, accesso gennaio 2023

WHO (2018b), *Obstetric fistula*, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>, accesso gennaio 2023

WHO (2020a), *Infertility*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>, accesso gennaio 2023

WHO (2020b), *Family planning/contraception methods*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, accesso febbraio 2023

WHO (2021a), *Abortion*, https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1, accesso febbraio 2023

WHO (2021b), *Endometriosis*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis#:~:text=Endometriosis%20is%20a%20disease%20characterized,other%20parts%20of%20the%20body>, accesso febbraio 2023

WHO (2021c), *Breast cancer*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>, accesso febbraio 2023

WHO (2022), *WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth*, <https://www.who.int/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-child-birth>, accesso gennaio 2023

WHO (2022a), *WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth*, <https://www.who.int/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-child-birth>, accesso gennaio 2023

WHO (2022b), *Health risks of female genital mutilation (FGM)*, [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/health-risks-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/health-risks-of-female-genital-mutilation), accesso febbraio 2023

WHO (2022c), *Adolescent pregnancy*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>, accesso febbraio 2023

WHO (2022d), *Water, sanitation and hygiene (WASH)*, https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash#tab=tab_1, accesso febbraio 2023

WHO (2022e), *Menopause*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>, accesso febbraio 2023

WHO (2022f), *Sexually Transmitted Infections (STIs)*, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)), accesso febbraio 2023

WHO (2022g), *Cervical cancer*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>, accesso febbraio 2023

WHO (2023), *Gender and health*, https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accesso febbraio 2023

WHO (2023a), *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>, accesso febbraio 2023

WHO Regional Office for Europe and BZgA (2010), *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf, accesso marzo 2023

World Bank (2017), *Educating girls, Ending Child Marriage*, <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2017/08/22/educating-girls-ending-child-marriage>, accesso febbraio 2023

World Bank/CRW (2017) *Economic impacts of child marriage: global synthesis report*, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/530891498511398503/pdf/116829-WP-P151842-PUBLIC->, accesso febbraio 2023

World Cancer Research Fund International (2022), *The impact of COVID-19 on cancer screening and treatment*, <https://www.wcrf.org/impact-covid-19-cancer-screening-treatment/>, accesso febbraio 2023

World Cancer Research Fund International (2023), *Differences in cancer incidence and mortality across the globe*, <https://www.wcrf.org/differences-in-cancer-incidence-and-mortality-across-the-globe/>, accesso febbraio 2023

World Toilet Day (2022), *Making the Invisible Visible*, https://www.worldtoiletday-info.translate.google/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=it&x_tr_hl=it&x_tr_pto=sc, accesso febbraio 2023





WeWorld è un'organizzazione italiana indipendente impegnata da 50 anni a garantire i diritti di donne e bambini in 27 Paesi, compresa l'Italia.

WeWorld lavora in **129 progetti** raggiungendo oltre **8,1 milioni di beneficiari diretti e 55,6 milioni di beneficiari indiretti**.

È attiva in **Italia, Siria, Libano, Palestina, Libia, Tunisia, Afghanistan, Burkina Faso, Benin, Repubblica Democratica del Congo, Burundi, Kenya, Tanzania, Mozambico, Mali, Niger, Bolivia, Brasile, Nicaragua, Guatemala, Haiti, Cuba, Perù, Tailandia, Cambogia, Ucraina e Moldavia**.

Bambine, bambini, donne e giovani, attori di cambiamento in ogni comunità sono i protagonisti dei progetti e delle campagne di WeWorld nei seguenti settori di intervento: **diritti umani** (parità di genere, prevenzione e contrasto della violenza sui bambini e le donne, migrazioni), **aiuti umanitari** (prevenzione, soccorso e riabilitazione), **sicurezza alimentare, acqua, igiene e salute, istruzione ed educazione, sviluppo socio-economico e protezione ambientale, educazione alla cittadinanza globale e volontariato internazionale**.

Mission

La nostra azione si rivolge soprattutto a bambine, bambini, donne e giovani, attori di cambiamento in ogni comunità per un mondo più giusto e inclusivo. Aiutiamo le persone a superare l'emergenza e garantiamo una vita degna, opportunità e futuro attraverso programmi di sviluppo umano ed economico (nell'ambito dell'Agenda 2030).

Vision

Vogliamo un mondo migliore in cui tutti, in particolare bambini e donne, abbiano uguali opportunità e diritti, accesso alle risorse, alla salute, all'istruzione e a un lavoro degno.

Un mondo in cui l'ambiente sia un bene comune rispettato e difeso; in cui la guerra, la violenza e lo sfruttamento siano banditi. Un mondo, terra di tutti, in cui nessuno sia escluso.

WEWORLD

VIA SERIO 6,
20139 MILANO - IT
T. +39 02 55231193
F. +39 02 56816484

VIA BARACCA 3,
40133 BOLOGNA - IT
T. +39 051 585604
F. +39 051 582225

www.weworld.it