

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68
info@unicef.it
www.unicef.it
C.F. 01561920586

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2013

Bambini e disabilità

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2013

BAMBINI E DISABILITÀ

unicef

uniti per
i bambini

unicef 



Fotografa il codice QR con lo smartphone
per accedere alla pubblicazione online
www.unicef.it/pubblicazioni

ISBN: 9788889285343
COD. NC130004

© United Nations Children's fund (UNICEF)
Maggio 2013



© United Nations Children's Fund (UNICEF)
Maggio 2013

Per riprodurre qualunque parte di questa pubblicazione è necessario chiedere l'autorizzazione.
Si prega di contattare: Comitato Italiano per l'UNICEF
Immagine e Pianificazione Media - Via Palestro, 68 - 00185 Roma
info@unicef.it
Tel 06 478091
Fax 06 47809270

Il rapporto è disponibile on line su www.unicef.it/pubblicazioni.

Le opinioni espresse nei saggi Prospettive e Focus rappresentano il punto di vista personale degli autori e non necessariamente riflettono le posizioni dell'UNICEF.

Foto di copertina:

Alunni in fila prima di entrare in aula, in un'immagine del 2007 nella Repubblica Araba di Siria.
© UNICEF/HQ2007-0745/Noorani



UNICEF Sede centrale
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

**UNICEF Ufficio Regionale per l'Europa
centrale e orientale/Comunità di Stati
indipendenti**
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Svizzera

**UNICEF Ufficio Regionale per l'Europa
centrale e orientale/Comunità di Stati
indipendenti**
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Svizzera

**UNICEF Ufficio Regionale per l'Africa
orientale e meridionale**
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya 00100

**UNICEF Ufficio Regionale per l'Africa
occidentale e centrale**
P.O. Box 29720, Yoff
Dakar, Senegal

**UNICEF Ufficio Regionale per l'America latina
e i Caraibi**
P.O. Box 0843-03045
Panama City, Panama

**UNICEF Ufficio Regionale per l'Asia orientale
e il Pacifico**
P.O. Box 2-154
Bangkok 10200, Thailandia

**UNICEF Ufficio Regionale per il Medio Oriente
e il Nord Africa**
P.O. Box 1551
Amman 11821, Giordania

UNICEF Ufficio Regionale per l'Asia meridionale
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2013

RINGRAZIAMENTI

Questo rapporto è il frutto della collaborazione di molte persone e istituzioni. Il team editoriale e di ricerca ringrazia tutti coloro che hanno contribuito generosamente con la loro esperienza ed energia, in particolare:

Vesna Bosnjak (International Social Services); Shuaib Chalkien (UN Special Rapporteur on Disability); Maureen Durkin (University of Wisconsin); Nora Groce and Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London); Nawaf Kabbara (Arab Organization of Disabled People); Lisa Jordan (Bernard van Leer Foundation); Connie Laurin-Bowie (International Disability Alliance); Barbara LeRoy (Wayne State University); Charlotte McClain-Nhlapo (United States Agency for International Development); Helen Meekosha (Women with Disabilities Australia); Peter Mittler (University of Manchester); Roseweter Mudarikwa (Secretariat of the African Decade on Persons with Disabilities); David Mugawe (African Child Policy Forum); Ghulam Nabi Nizamani (Pakistan Disabled Peoples' Organization); Victor Santiago Pineda (Victor Pineda Foundation); Tom Shakespeare (World Health Organization); Aleksandra Posarac (World Bank); Shantha Rau Barriga (Human Rights Watch); Eric Rosenthal (Disability Rights International); Albina Shankar (Mobility India); Armando Vásquez (Pan American Health Organization).

Judith Klein (Open Society Foundations); Gerrison Lansdown (independent); Malcolm MacLachlan and Hasheem Mannan (Trinity College Dublin); Susie Miles (independent); Daniel Mont (Leonard Cheshire Disability); Diane Richler (International Disability Alliance).

Sruthi Atmakur (City University of New York); Parul Bakshi and Jean-Francois Trani (Washington University in St. Louis); Nazmul Bari and Amzad Hossain (Centre for Disability in Development); Simone Bloem and Mihaylo Milovanovitch (Organization for Economic Co-operation and Development); Johan Borg (Lund University); Megan Burke, Stephane De Greef and Loren Persi Vicentic (Landmine and Cluster Munition Monitor); James Conroy (Center for Outcome Analysis); Audrey Cooper, Charles Reilly and Amy Wilson (Gallaudet University); Alexandre Cote (International Disability Alliance); Marcella Deluca, Sunanda Mavillapalli, Alex Mhando, Kristy Mitchell, Hannah Nicolls and Diana Shaw (Leonard Cheshire Disability/Young Voices); Avinash De Souza (De Souza Foundation); Catherine Dixon (Handicap International); Fred Doulton (Secretariat of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities); Natasha Graham (Global Partnership for Education); Jean Johnson (University of Hawaii); Chapal Khasnabis and Alana Officer (World Health Organization); Darko Krznaric (Queen's University); Gwynnyth Llewellyn (University of Sydney); Mitch Loeb (Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics); Rosemary McKay (Australian Agency for International Development); Amanda McRae (Human Rights Watch); Sophie Mitra (Fordham University); David Morissey, Sherzodbek Sharipov and Andrea Shettle (United States International Council on Disabilities); Zeldy Mycroft (The Chaeli Campaign); Emma Pearce (Women's Refugee Commission); Natalia Raileanu (Keystone Human Services); Richard Rieser (World of Inclusion); Marguerite Schneider (Stellenbosch University); Morsheda Akter Shilpi (Organization for the Poor Community Advancement); Silje Vold (Plan Norway).

Tracy Achieng; Grace Okumu Akimi; Sophia Rose Akoth; Abeida Onica Anderson; Washinton Okok Anyumba; Beatrice Atieno; Ssentongo Deo; Ivory Duncan; Argie Ergina; Mary Charles Felix; Michael Salah Hosea; Amna Hissein Idris; Tiffany Joseph; Hannah Wanja Maina; Saitoti Augustin Maina; Dianne Mallari; Modesta Mbijima; Shida Mganga; Nicole Mballah Mulavu; Joseph Kadiko Mutunkei; Ann Napaashu Nema; Rachael Nyaboke Nyabuti; Alice Akoth Nyamuok; Sarah Omanwa; Benson Okoth Otieno; Nakafu Phiona; Shalima Ramadhani; Rosemarie Ramitt; Nambobi Sadat; Veronicah Shangutit Sampeke; Ladu Michel Seme; Josephine Kiden Simon; Muhammad Tarmizi bin Fauzi; Elizabeth Mamunyak Tikami; Shemona Trinidad; e agli altri 20 giovani che hanno partecipato sotto anonimato alle indagini e ai focus group condotti specificamente per questo rapporto dai facilitatori della rete Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Bora Shin and Matthew Manos (veryniceDesign) per il lavoro di infografica e design online <www.unicef.org/sowc2013>.

Gli uffici UNICEF sul campo, quelli regionali e la sede centrale hanno contribuito a questo rapporto presentando risultati e fotografie, partecipando alle revisioni o commentando le stesure. Molti uffici sul campo e Comitati Nazionali hanno prodotto edizioni del rapporto in altre lingue.

Consigli e supporto su programmi, politiche, comunicazione e ricerche sono stati forniti da Yoka Brandt, Deputy Executive Director; Geeta Rao Gupta, Deputy Executive Director; Gordon Alexander, Director, Office of Research and colleagues; Nicholas Alipui, Director, Programme Division and colleagues; Ted Chaiban, Director, Office of Emergency Operations and colleghi; Colin Kirk, Director Office of Evaluation e colleghi; Jeffrey O'Malley, Director, Division of Policy and Strategy e colleghi; e Edward Carwardine, Deputy Director, Division of Communication e colleghi. Questa edizione si avvale anche della stretta collaborazione con Rosangela Berman-Bieler, Chief e colleghi all'interno della Disability Section of UNICEF's Programme Division.

Un ringraziamento speciale a David Anthony, Chief, Policy Advocacy Section; Claudia Cappa, Statistics and Monitoring Specialist; Khaled Mansour, Director of Communication fino al gennaio 2013; Julia Szczuka, deputy editor di questo rapporto fino a settembre 2012, per la loro generosità di intelletto e spirito.

TEAM DEL RAPPORTO

ATTIVITÀ REDAZIONALE E RICERCA

Abid Aslam, Editor

Nikola Balvin, Sue Le-Ba, Tiziana Maloney, Ricercatori

Christine Mills, Project Manager

Anna Grojec, Perspectives Editor

Marc Chalamet, Editor francese

Carlos Perellon, Editor spagnolo

Hirut Gebre-Egziabher (Lead), Lisa Kenney, Ami Pradhan, Assistenti alla ricerca

Charlotte Maitre (Lead), Carol Holmes, Pamela Knight, Natalie Leston,

Kristin Moehlmann, Copy Editors

Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Judith Yemane, Supporto editoriale

PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE

Catherine Langevin-Falcon, Chief, Publications Section; Jaclyn Tierney, Production

Officer; Germain Ake; Christine Kenyi; Maryan Lobo; Jorge Peralta-Rodriguez;

Elias Salem

TAVOLE STATISTICHE

Tessa Wardlaw, Associate Director, Statistics and Monitoring Section, Division

of Policy and Strategy; David Brown; Claudia Cappa; Liliana Carvajal; Archana Dwivedi; Anne Genreux; Elizabeth Horn-Phathanothai; Priscilla Idele; Claes Johansson; Rouslan Karimov; Rolf Luyendijk; Colleen Murray; Jin Rou New; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Nicole Petrowski; Tyler Porth; Chiho Suzuki; Andrew Thompson; Danzhen You

Progetto grafico di: Prographics, Inc.

EDIZIONE ITALIANA

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68

00185 Roma

info@unicef.it

www.unicef.it

Traduzione di Giampiero Cara

Edizione a cura di Laura Verderosa e Raffaella Zannetti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Valprinting, Nepi (VT)

Finito di stampare a maggio 2013



INTRODUZIONE

Esiste un bambino che non sogni di essere tenuto in considerazione e di vedere riconosciuti le proprie capacità e i propri talenti? La risposta è no. Tutti i bambini hanno sogni e speranze, anche quelli con disabilità. E tutti i bambini meritano la possibilità di realizzare i propri sogni.

Questa edizione de *La condizione dell'infanzia nel mondo* presenta testimonianze di giovani e di genitori a dimostrazione del fatto che, quando viene data loro questa possibilità, i bambini con disabilità si rivelano più che capaci di superare le barriere alla loro inclusione e prendersi il giusto posto di protagonisti paritari nella vita sociale, arricchendo le comunità in cui vivono.

Tuttavia, per troppi bambini con disabilità, l'opportunità di partecipare alla vita sociale semplicemente non esiste. Troppo spesso sono tra gli ultimi a cui vengono destinati servizi e risorse, soprattutto laddove tali servizi e risorse sono già scarsi. Con troppa regolarità vengono fatti oggetto di pietà o, peggio ancora, di discriminazioni e abusi.

Le privazioni che i bambini e gli adolescenti con disabilità si trovano a dover affrontare sono vere e proprie violazioni dei loro diritti e del principio di uguaglianza.

Come documenta questo rapporto, l'inclusione sociale dei bambini con disabilità è possibile, ma richiede prima un cambiamento di percezione, ossia il riconoscimento che i bambini con disabilità hanno gli stessi diritti degli altri e possono essere agenti di cambiamento e di auto-determinazione, anziché meri beneficiari di interventi caritatevoli e che le loro voci devono ricevere ascolto nelle nostre politiche e nei nostri programmi.

Contribuiamo alla loro esclusione non raccogliendo dati sufficienti a orientare le nostre decisioni. Quando non prendiamo in considerazione questi bambini, non li aiutiamo a incidere come dovrebbero nelle loro società.

Per fortuna, si stanno compiendo progressi, anche se non omogenei. Questo rapporto non si limita a esaminare le sfide da affrontare per garantire ai bambini con disabilità un accesso equo ai servizi cui hanno diritto in ambiti come la salute, l'alimentazione, l'istruzione e la programmazione per le emergenze, ma affronta la questione della raccolta di dati e di analisi necessarie per migliorare le politiche e le attività in tutti questi campi. Si discutono, inoltre, principi e approcci adattabili per promuovere l'inclusione.

Da qualche parte nel mondo a un bambino viene detto che non può giocare perché non è in grado di camminare, o a una bambina che non può apprendere perché non vede. Ogni bambino merita un'opportunità di giocare. E tutti avranno benefici se quella bambina riuscirà a leggere, a studiare e a partecipare.

Compiere progressi in questo senso sarà difficile. Ma i bambini non accettano limiti inutili. Non dovremmo accettarne neanche noi.

Anthony Lake
Direttore Generale, UNICEF

INDICE

RINGRAZIAMENTI	ii	CAPITOLO 4	
INTRODUZIONE		CARDINI DELLA PROTEZIONE	41
Anthony Lake, Direttore Generale, UNICEF	iii	Abusi e violenze	41
		Istituti e cure inadeguate.....	42
		Giustizia inclusiva.....	43
CAPITOLO 1		CAPITOLO 5	
INTRODUZIONE	1	RISPOSTA UMANITARIA	49
Dall'esclusione all'inclusione.....	1		
A proposito di numeri	3	CAPITOLO 6	
Un programma d'azione	9	MISURARE LA DISABILITÀ INFANTILE	63
		Definizioni in evoluzione	63
CAPITOLO 2		Contestualizzare la disabilità	64
I FONDAMENTI DELL'INCLUSIONE	11	Raccolta di dati	65
Cambiare atteggiamento	12	Impostazione del questionario.....	66
Una questione di abilità	13	Obiettivo e conseguenze	67
Sostenere i bambini e le loro famiglie	14	Una via da percorrere.....	68
Riabilitazione su base comunitaria.....	17		
Tecnologia di assistenza	18	CAPITOLO 7	
Progettazione universale	18	UN PROGRAMMA D'AZIONE	75
		Ratificare e attuare le Convenzioni	75
CAPITOLO 3		Combattere la discriminazione	75
UNA BASE SOLIDA	23	Abbatte le barriere dell'esclusione	77
Salute inclusiva.....	23	Porre fine all'affidamento in istituto	80
Vaccinazione.....	23	Sostenere le famiglie	81
Alimentazione	24	Superare gli standard minimi.....	81
Acqua e impianti igienici	25	Coordinare i servizi per aiutare il bambino	81
Salute sessuale e riproduttiva e HIV/AIDS	26	Coinvolgere i bambini con disabilità nei processi decisionali ..	84
Diagnosi e intervento precoci	27	Promesse globali, test locali.....	85
Istruzione inclusiva	27		
Cominciare subito	29		
Lavorare con gli insegnanti	32		
Coinvolgere i genitori, le comunità e i bambini	33		
Definizione delle responsabilità	36		

FOCUS

La violenza sui bambini con disabilità	44
Rischio, capacità di recupero e intervento umanitario inclusivo	52
Residui bellici esplosivi	54
Lezioni apprese.....	69
Dallo screening alla valutazione	70

PROSPETTIVE

Da pioniera a sostenitrice dell'inclusione Nancy Maguire	4
Convivere con l'albinismo: discriminazione e superstizione Michael Hosea.....	6
Voglio dei bei ricordi Nicolae Poraico.....	8
Per i giovani sordi, il linguaggio è fondamentale Krishneer Sen.....	20
Mio figlio Hanif Mohammad Absar	30
Una nuova normalità Claire Halford	34
Adeguarsi, adattarsi e responsabilizzare Yahia J. Elziq	38
Segregazione e abusi negli istituti Eric Rosenthal e Laurie Ahern	46
Mangiare l'elefante un morso alla volta Chaeli Mycroft.....	60
Dall'invisibilità all'inclusione dei bambini indigeni con disabilità Olga Montufar Contreras.....	72
Aprire le porte all'istruzione e all'impiego Ivory Duncan	78
Mettere fine alla "carestia di libri" con tecnologie e leggi sul diritto d'autore Kartik Sawhney	82
Bambini con disabilità e diritti umani universali Lenin Voltaire Moreno Garcés	86

GRAFICI

Tassi stimati di completamento della scuola primaria	12
Riabilitazione su base comunitaria (RBC)	16
Ausili tecnologici	19
Bambini con disabilità e istruzione secondaria.....	42
Dimessi per ultimi	43
Vittime minorenni nei paesi più colpiti da mine e residui bellici esplosivi, 2011	56
Vittime minorenni nei paesi più colpiti.....	57
Vittime minorenni per tipo di esplosivo	59
Quattro esperienze: percentuale di popolazione che presenta qualche forma di disabilità	64
Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e Protocollo opzionale: firme e ratifiche	76

NOTE	88
-------------------	----

TAVOLE STATISTICHE

Osservazioni.....	94
Classifica sulla mortalità sotto i 5 anni	99
Tavola 1. Indicatori di base	100
Tavola 2. Nutrizione	104
Tavola 3. Salute.....	108
Tavola 4. HIV/AIDS	112
Tavola 5. Istruzione.....	116
Tavola 6. Indicatori demografici	120
Tavola 7. Indicatori economici.....	124
Tavola 8. Donne.....	128
Tavola 9. Protezione dell'infanzia	132
Tavola 10. Tasso di progresso.....	136
Tavola 11. Adolescenti	140
Tavola 12. Disparità - Residenza.....	144
Tavola 13. Disparità - Benessere delle famiglie.....	148
Tavola 14. Sviluppo nella prima infanzia	152

CONVENZIONI, PROTOCOLLI OPZIONALI, FIRME E RATIFICHE

Nota sulla terminologia utilizzata nel presente rapporto.....	154
--	-----



Victor, un tredicenne affetto da paralisi cerebrale, gioca in acqua in Brasile. © Andre Castro/2012

INTRODUZIONE

Generalmente rapporti come questo cominciano con statistiche che evidenziano un problema. I bambini e i giovani a cui è dedicata quest'edizione de *La condizione dell'infanzia nel mondo*, però, non sono problemi.

Ognuno di loro, piuttosto, è una sorella, un fratello o un amico con una pietanza, una canzone o un gioco preferiti, oppure è una figlia o un figlio con i propri sogni e il desiderio di realizzarli. Ognuno di loro è un bambino che ha una disabilità, ma ha anche e soprattutto gli stessi diritti di qualunque altro bambino.

Se viene data loro l'opportunità di crescere come gli altri, i bambini con disabilità possono condurre vite appaganti e contribuire alla vita sociale, culturale ed economica delle comunità, come attestano le testimonianze raccolte in questo volume.

Tuttavia, sopravvivere e crescere bene può risultare particolarmente difficile per questi bambini, che rischiano la povertà più dei loro coetanei non disabili. Anche laddove i bambini condividono gli stessi svantaggi – come la povertà o l'appartenenza a una minoranza – quelli con disabilità devono affrontare ulteriori sfide a causa dei loro svantaggi e delle molteplici barriere che la società impone loro. I bambini che vivono in povertà sono in genere tra quelli che godono meno dei benefici dell'istruzione e dell'assistenza sanitaria, per esempio, ma chi tra loro è anche disabile ha probabilità ancora minori di accedere alla scuola o all'ambulatorio locale.

In molti paesi le risposte alla condizione dei bambini con disabilità si limitano in gran parte al ricovero in istituto o all'abbandono. Soluzioni del

genere costituiscono il problema e sono radicate in pregiudizi negativi o paternalistici di incapacità, dipendenza e differenza perpetuati dall'ignoranza. Se tutto questo non cambierà, i bambini con disabilità continueranno a vedersi negati i propri diritti, a subire discriminazioni, violenze e abusi, ad avere opportunità limitate e a essere esclusi dalla società.

È necessario impegnarsi in favore dei diritti di questi bambini e del loro futuro, dando la priorità ai più svantaggiati; è una questione di equità ed è a beneficio di tutti.

Dall'esclusione all'inclusione

I bambini con disabilità incontrano forme diverse di esclusione che li colpiscono in modi diversi, a seconda del tipo di disabilità che presentano, del luogo in cui vivono e della cultura o della classe sociale a cui appartengono.

Anche l'appartenenza di genere è determinante: le bambine hanno meno probabilità dei bambini di ricevere assistenza e cibo e maggiori probabilità di essere escluse dalle interazioni e dalle attività familiari. Le bambine e le giovani donne con disabilità sono "doppiamente disabili", perché non solo devono affrontare le disuguaglianze e i pregiudizi subiti da molti disabili, ma vengono anche limitate da ruoli di genere e barriere tradizionali¹. Le ragazze con disabilità, inoltre, hanno meno probabilità di andare a scuola, di ricevere una

formazione professionale o di trovare un impiego rispetto ai ragazzi disabili o alle ragazze non colpite da disabilità².

Al centro di tutte queste forme e gradi diversi di esclusione, però, si colloca l'esperienza comune dell'essere definiti e giudicati in base a ciò che non si ha, piuttosto che a ciò che si ha. I bambini con disabilità vengono spesso considerati inferiori, e ciò li espone a una maggiore vulnerabilità. La discriminazione basata sulla disabilità si manifesta sotto forma di emarginazione dalle risorse e dai processi decisionali, fino ad arrivare addirittura all'infanticidio³.

L'esclusione è spesso conseguenza dell'invisibilità. Pochi paesi dispongono di informazioni affidabili su quanti dei loro cittadini siano bambini disabili, in che misura e su come queste disabilità influiscano sulla loro vita. In alcune nazioni, le famiglie che crescono bambini con disabilità devono affrontare un certo ostracismo, a causa del quale persino parenti e familiari amorevoli

possono mostrarsi riluttanti a rivelare di avere un figlio disabile, magari perché desiderano evitare l'emarginazione o perché sono fin troppo protettivi nei confronti del loro bambino, o per entrambe le cose. Se il bambino nasce con un deficit è possibile addirittura che la sua nascita non venga registrata. Ovviamente in questo modo risulterà sconosciuto ai servizi sanitari, educativi e sociali, e perciò ne verrà escluso pur avendone diritto.

Le privazioni subite nell'infanzia possono avere effetti duraturi, limitando l'accesso a un impiego remunerativo o alla partecipazione a una vita produttiva. Per contro, l'accesso e l'utilizzo di servizi e tecnologie di sostegno possono mettere un bambino con disabilità nella condizione di prendere il proprio posto all'interno della comunità, offrendole il proprio contributo. In effetti il futuro è tutt'altro che fosco. Sono disponibili mezzi efficaci per costruire società inclusive in cui i bambini, con o senza disabilità, possano godere dei loro diritti in modo equo



Il quattordicenne Rahmatullah, che ha perso una gamba a causa dell'esplosione di una mina antiuomo, partecipa a un laboratorio di formazione per elettricisti presso un centro che assiste bambini colpiti dalla guerra a Kandahar, in Afghanistan. © UNICEF/AFGA2007-00420/Noorani

e si stanno via via abbattendo barriere fisiche, attitudinali e politiche verso il raggiungimento di tale scopo, sebbene il processo risulti ancora lungo e disomogeneo.

Ai sensi della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CDI) e della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD), i governi di tutto il mondo si sono assunti la responsabilità di garantire che tutti i bambini, indipendentemente dal loro grado di abilità o disabilità, godano degli stessi diritti, senza discriminazioni di alcun genere. Fino al mese di febbraio del 2013, 193 paesi avevano ratificato la CDI, mentre 127 paesi dell'Unione Europea avevano ratificato la CDPD.

Queste due Convenzioni testimoniano un crescente movimento globale dedicato all'inclusione dei bambini con disabilità nella vita comunitaria. L'interesse per l'inclusione è radicato nel riconoscimento che tutti i bambini sono membri della società a pieno titolo e ognuno è un individuo unico che ha diritto a essere rispettato e consultato, dotato di capacità e aspirazioni da coltivare, nonché di bisogni da soddisfare, i cui contributi vanno valorizzati e incoraggiati.

L'inclusione richiede alla società di rendere accessibili l'infrastruttura fisica, le informazioni e i mezzi di comunicazione affinché tutti possano davvero utilizzarli, di eliminare la discriminazione così che nessuno sia costretto a subirla, nonché di fornire protezione, sostegno e servizi che consentano a ogni bambino disabile di godere dei propri diritti come gli altri.

L'inclusione va oltre la semplice "integrazione". Quest'ultima implica che i bambini con disabilità vengano inseriti in un insieme preesistente di norme e criteri prevalenti. Nel contesto dell'istruzione, per esempio, si potrebbe tentare l'integrazione semplicemente ammettendo i bambini con disabilità nelle scuole tradizionali. Ma questo non equivarrebbe all'inclusione, che diviene possibile solo quando le scuole sono costruite e amministrare in modo tale che tutti i bambini possano usufruire di un apprendimento di qualità e di attività ricreative comuni. Per far questo

A proposito di numeri

Secondo una stima molto diffusa, circa 93 milioni di bambini – 1 su 20 di quelli al di sotto dei 14 anni – convivono con una disabilità moderata o grave.

Si tratta di stime internazionali sicuramente speculative, datate – questa circola dal 2004 – e derivanti da dati di qualità troppo variabile e da metodi troppo discontinui per essere affidabili. Per fornire un contesto alle questioni in discussione e illustrarle, questo rapporto presenta i risultati di indagini nazionali e studi indipendenti che però vanno interpretati anch'essi con cautela, senza paragonarli tra loro. Questo perché le definizioni di disabilità differiscono a seconda del luogo e del tempo, come pure della forma dello studio, nonché della sua metodologia e della sua analisi. Tali questioni vengono discusse nel capitolo 6 di questo rapporto, insieme a iniziative promettenti volte a migliorare la qualità e la disponibilità dei dati.

bisognerebbe fornire agli studenti con disabilità le necessarie facilitazioni, come l'accesso al Braille e alla Lingua dei segni (LIS), con programmi adattati per garantire loro pari opportunità di apprendere e interagire.

Dell'inclusione beneficiano tutti. Relativamente all'istruzione, rampe e soglie più ampie possono favorire l'accesso e la sicurezza di tutti i bambini, degli insegnanti, dei genitori e dei visitatori di una scuola, non solo di quelli che usano sedie a rotelle. E un programma inclusivo, incentrato sui bambini e comprendente rappresentanti con disabilità in modo da riflettere e soddisfare un vero spaccato della società, può ampliare gli orizzonti non solo dei bambini altrimenti penalizzati dalle disabilità nelle loro ambizioni od opzioni, ma anche di quelli non disabili, che impareranno ad apprezzare la diversità e acquisiranno le capacità e la preparazione necessarie a costruire una società inclusiva per tutti. Laddove il livello di istruzione offre possibilità di trovare un lavoro per guadagnarsi da vivere, la persona con disabilità è in grado di progredire e di prendere il proprio posto come membro a tutti gli effetti del mondo adulto, in grado di produrre oltre che di consumare.

(continua a p. 9)

PROSPETTIVE

Da pioniera a sostenitrice dell'inclusione

di Nancy Maguire



Nancy Maguire è un'attivista britannica. Ha la qualifica di assistente sociale ma, dopo aver viaggiato all'estero, ha deciso di lottare per i diritti delle persone con disabilità, soprattutto per le giovani donne. Ha lavorato con organizzazioni di disabili in Asia e in Africa meridionale e spera di ottenere un master in politica e sviluppo.

Sono nata a Londra nel 1986 e soffro di osteogenesi imperfetta, comunemente nota come "malattia delle ossa fragili". Molti bambini con le ossa fragili crescono protetti – o iperprotetti, secondo alcuni – da qualunque possibilità di farsi del male. I miei genitori volevano che fossi al sicuro, ma volevano anche che avessi l'opportunità di giocare, farmi delle amicizie e condurre un'infanzia il più normale possibile.

Negli anni Ottanta, l'istruzione inclusiva era ancora un concetto abbastanza nuovo. Come alla maggior parte dei genitori di bambini disabili, anche ai miei fu

consigliato di mandarmi in una scuola speciale. Mia madre è insegnante e, dopo aver visitato la scuola raccomandata, si convinse che mi avrebbero offerto un'istruzione di livello inferiore alla media. I miei genitori si sono sempre riferiti a mia sorella maggiore Katy, non affetta da alcuna disabilità, per valutare cosa fosse accettabile anche per me: se pensavano che una cosa non fosse abbastanza valida per Katy, allora non andava bene neanche per me.

Sono stata la prima bambina con disabilità a frequentare la mia scuola primaria e, in un certo senso, mi è sembrato di aver fatto da cavia per l'inclusione. Per esempio, pur avendo un atteggiamento positivo nei confronti della mia inclusione in tutti gli aspetti della vita scolastica, i miei insegnanti mancavano di esperienze su come adattare le lezioni di educazione fisica in modo da coinvolgermi in modo significativo.

Come per la maggior parte dei bambini, anche la mia infanzia non è stata sempre facile. Ho trascorso un sacco di tempo in ospedale, e anche all'interno di un sistema educativo tradizionale "inclusivo" ci sono state delle volte in cui mi sono sentita esclusa. Per esempio, non mi è stato permesso di partecipare alla festa natalizia del mio asilo perché gli insegnanti temevano che potessi rompermi un

osso. Alla scuola superiore, poi, a mensa avevano un tavolo a parte per i ragazzi con disabilità e gli insegnanti non riuscivano a capire perché io mi rifiutassi di sedermi. Nonostante battute d'arresto e ostacoli, però, sono riuscita a cavarmela bene dal punto di vista sia educativo sia sociale.

Sono stata sempre incoraggiata a provare cose nuove. Tra le mie attività extracurricolari c'erano il nuoto, il balletto, il tennis su carrozzina, la recitazione e il canto. In molte di queste attività ero anche l'unica bambina disabile. La cosa interessante è che spesso ho trovato questi gruppi più inclusivi della scuola in termini di partecipazione. Mi sentivo desiderata e gli altri trovavano modi creativi per coinvolgermi. Ciononostante, molte cose mi riuscivano difficili a causa della mia mobilità limitata. A volte questo m'infastidiva e crescendo e aumentando la mia autoconsapevolezza, sono diventata riluttante a mettermi in situazioni che potessero evidenziare le mie difficoltà.

Durante l'adolescenza, molte mie amiche attraversavano fasi di trasformazione in "dark" o "rasta", vestendosi o comportandosi in modo da attrarre l'attenzione. Mentre loro facevano di tutto per distinguersi e dimostrarsi diverse,

Le persone con disabilità acquisiscono sempre più visibilità in molti settori, dalla politica ai media. E questo aiuta a migliorare nei bambini la percezione di ciò che sono in grado di ottenere.

io cercavo disperatamente di essere "normale" e di inserirmi. Crescendo con una disabilità, ho ricevuto molte attenzioni. Spesso la gente per strada mi fissava, faceva commenti e chiedeva ai miei genitori: "Cos'ha che non va questa ragazza?". C'erano giorni in cui riuscivo a non curarmene, ma non esistono capacità di ripresa né sostegno familiare tali da impedire che questi commenti ti influenzino.

Così ho sviluppato una bassissima autostima e una cattiva immagine del mio corpo, peggiorata dal fatto di essere notevolmente sovrappeso. Trovavo difficile l'esercizio fisico e, come molte ragazze della mia età, mangiavo per consolarmi. Avevo anche interiorizzato la terminologia medica usata per descrivermi, soprattutto la parola "deforme", visto che avevo una curvatura della spina dorsale, che da allora ho corretto. A 14 anni ho sviluppato un disturbo alimentare, in parte perché volevo perdere peso, ma anche perché il peso mi sembrava l'unica caratteristica del mio aspetto fisico che potevo effettivamente controllare.

Pur avendo familiari e amici che mi sostenevano in tutti i modi possibili, non ho mai considerato positiva la mia disabilità. Pensavo di doverla superare come un'avversità. Ho tentato ossessivamente di essere più "non-disabile" che potevo ed

ero convinta che, se fossi riuscita a camminare, la mia vita sarebbe migliorata. Paradossalmente, invece, ora che non uso più una sedia a rotelle mi sento, sotto molti aspetti, più consapevole che mai della mia disabilità. La gente fa ancora dei commenti su di me perché sono piccola di statura, e si concede anche delle supposizioni sulla mia vita e sul mio grado di abilità; devo sempre dimostrare le mie capacità, soprattutto sul lavoro. Anche se non mi sento definita da essa, la mia disabilità è stata importante nel plasmare la persona che sono e ciò che ho ottenuto. Ora accetto di avere una disabilità: non la considero più un fatto negativo, né qualcosa di cui essere imbarazzata. In molti sensi, essere disabile mi ha avvantaggiato, dandomi opportunità che altrimenti non avrei mai potuto avere, come scrivere questo articolo.

L'esperienza di ogni bambino è diversa. Io provengo da una famiglia di classe medio-bassa del Regno Unito dove ho avuto accesso all'assistenza sanitaria gratuita e a una buona istruzione. Ma sono fortemente convinta che valori come il senso di appartenenza, l'autostima e l'aspirazione trascendano le distinzioni di genere, di classe e di nazionalità. Per sviluppare una maggiore autostima i bambini con disabilità hanno bisogno dell'opportunità di partecipare e di

contribuire a tutti gli aspetti della loro vita.

Le persone con disabilità stanno acquistando maggiore visibilità in molti settori, come la politica e i media, per esempio. E questo aiuta a migliorare nei bambini la percezione di ciò che sono in grado di ottenere. Crescendo, il mio modello è stato Stevie Wonder. Lo ammiravo perché era un musicista rispettato e di successo, malgrado la sua cecità. Tuttavia, mi avrebbe aiutato di più vedere persone con disabilità svolgere lavori comuni, tipo l'insegnante, il medico o il negoziante. Penso che questo avrebbe aiutato anche i miei genitori. Mia madre diceva che, quando ero bambina, cercava di non pensare al mio futuro perché la spaventava. Sapeva che ero una persona capace, ma temeva che avrei avuto possibilità di scelta limitate.

E invece, la mia disabilità non mi ha impedito di raggiungere obiettivi importanti. Sono un'assistente sociale qualificata, ho preso la patente di guida a 16 anni, sono andata a vivere da sola a 19 e ho vissuto e lavorato in Asia e in Africa. In futuro, spero di poter difendere i bambini con disabilità a livello internazionale, perché credo con passione nei diritti umani inalienabili e nel potenziale non sfruttato di questi bambini.

PROSPETTIVE

Convivere con l'albinismo: discriminazione e superstizione

di Michael Hosea



Michael Hosea è nato nel 1995. È il maggiore di sei fratelli, ma anche una delle tre persone affette da albinismo tra i suoi parenti stretti. Vive a Dodoma, nella Repubblica Unita di Tanzania, e sta per diplomarsi. Difende i diritti dei giovani con disabilità, soprattutto quelli affetti da albinismo come lui, attraverso il Leonard Cheshire Disability Young Voices Network.

Sono nato a Mwanza, la seconda città più importante della Repubblica Unita di Tanzania. Sono il primo di sei figli e vivo con i miei fratelli e i miei genitori a Dodoma, la capitale. Una delle mie sorelle e uno dei miei fratelli sono albinici come me.

Gli svantaggi provocati dalla mia malattia mi rendono la vita difficile. Ho sempre problemi con il sole e devo coprimi con abiti pesanti a maniche lunghe e indossare occhiali scuri per proteggermi

gli occhi. Ho problemi anche a scuola. A volte non riesco a vedere la lavagna e devo sempre sedermi all'ombra. Questo paese non dispone di tecnologie sufficienti per migliorare la vista – come occhiali, lenti d'ingrandimento e speciali apparecchiature informatiche – senza le quali i bambini affetti da albinismo hanno difficoltà a diplomarsi e a trovare un impiego. La mia famiglia è povera, quindi anche trovare i soldi per le tasse scolastiche è difficile.

La nostra vita viene ulteriormente complicata da come ci tratta la gente. Ci sono molte discriminazioni contro gli albinici e a volte mi manca la compagnia degli amici. Alcuni credono anche a miti orribili su di noi: che non siamo umani e non moriamo mai, che l'albinismo è una maledizione degli dèi e che chiunque ci tocchi viene maledetto a sua volta.

Ma la cosa peggiore di tutte è che chi pratica la stregoneria ci dà la caccia per ucciderci e usare i nostri capelli, nonché parti e organi del nostro corpo per incantesimi e

L'istruzione è la chiave per fermare gli omicidi, gli abusi e le discriminazioni. È importante che gli altri, compresi i componenti della mia famiglia estesa, capiscano che siamo persone come loro.

pozioni. Per secoli alcuni hanno creduto di potersi arricchire consegnando parti del corpo di un albino a uno stregone. Anche se è illegale uccidere gli albinici, come qualunque essere umano, l'avidità spinge ancora all'omicidio. Si tratta di una pratica tutta basata su menzogne, ma ci sono persone che, pur avendo commesso questi terribili reati, hanno continuato a vivere tranquillamente impuniti.

Qualche mese fa, grazie a un amico di mio padre, i miei fratelli e io siamo riusciti a sottrarci a omicidi a fini di stregoneria. L'amico ha avvertito mio padre che avrebbero dato la caccia ai suoi tre figli albinici, pregandolo di lasciare Mwanza. Non è stato facile, perché la situazione finanziaria dei miei genitori non era buona, ma abbiamo fatto le valigie e siamo partiti alle tre di quella stessa notte.

Abbiamo viaggiato per più di 500 chilometri fino a Dodoma e, dopo due giorni, siamo venuti a sapere che avevano fatto irruzione in casa nostra a Mwanza per ucciderci. Quando hanno scoperto che eravamo scappati, sono andati

a casa del nostro vicino. Era il nostro rappresentante albino locale e aveva fatto tanto per aiutarci e per difendere i diritti degli albinici nella nostra comunità. Gli hanno tagliato i genitali e le braccia e l'hanno lasciato morire. Questa notizia mi ha fatto così male che ho pianto tanto. Le cose vanno così.

Non capisco perché alcuni esseri umani facciano cose del genere ai propri simili, ma penso che l'istruzione sia la chiave per fermare gli omicidi, gli abusi e le discriminazioni. È importante che gli altri, compresi i componenti della mia famiglia estesa, capiscano che siamo persone come loro. Siamo tutti uguali.

Per alleviare le difficoltà della vita, mi piace scrivere canzoni e cantare. Ho appena scritto una canzone su noi albinici e sulla nostra lotta. Il mio sogno è quello di riuscire, un giorno, a registrare la mia musica in uno studio per diffondere il mio messaggio. Prego che tutte le persone del mondo possano un giorno comprendere che gli albinici non sono diversi da loro. Siamo tutti esseri umani e meritiamo di essere trattati con amore e con rispetto.

Nota:

L'albinismo è una rara malattia genetica ereditaria presente in tutte le etnie. Chi è affetto da albinismo ha una pigmentazione scarsa o nulla negli occhi, nei capelli e nella pelle a causa di una mancanza di melanina. È sensibile alla luce forte e corre rischi superiori alla media di ammalarsi di cancro alla pelle a causa dell'esposizione al sole. La maggior parte degli albinici ha anche problemi di vista. Secondo le stime di Under the Same Sun, un'organizzazione non governativa canadese, l'albinismo colpisce 1 individuo su 2.000 in Tanzania. Anche se, di per sé, questa malattia non influisce sulla speranza di vita, nella Repubblica Unita di Tanzania la vita media di una persona affetta da albinismo è di circa trent'anni.

Voglio dei bei ricordi

di Nicolae Poraico



Nicolae Poraico e suo fratello Grisha hanno trascorso diversi anni in un istituto per bambini disabili mentali nella Repubblica di Moldavia. A Nicolae è stata diagnosticata una moderata disabilità intellettiva, più grave invece per suo fratello. Nel 2010 Nicolae e Grisha si sono ricongiunti alla madre nel villaggio di Lapusna, grazie all'assistenza di Comunità per Tutti – Programma Moldavia della Keystone Human Services International Moldova Association, con il sostegno finanziario della Open Society Mental Health Initiative e dalla Fondazione Soros Moldova.

Avevo 11 anni quando sono entrato in istituto con mio fratello Grisha. Ora ne ho 16. Nostra madre ci aveva mandati là perché non avevamo abbastanza soldi per comprare o affittare una casa, e lei doveva lavorare di notte. Veniva a trovarci spesso, comunque.

Non ricordo il giorno in cui sono entrato in istituto. Ho anche dimenticato alcuni dei miei ricordi di quel tempo e spero di dimenticare anche gli altri. Voglio nuovi ricordi, bei ricordi.

Nei giorni di vacanza il cibo era buono. Era buono anche gli altri giorni. Dopo mangiato pulivo la cucina.

Ci hanno insegnato a recitare poesie e a cantare canzoni e ci hanno mostrato diversi giochi. Conosco una poesia su Gigel e due su mia madre.

Facevamo un sonnellino dalle 13 alle 16. Io non dormivo: ridevo, parlavo con altri ragazzi. Mettevo la testa sul cuscino, tenevo gli occhi aperti e guardavo gli altri. Vivevamo tutti in un'unica stanza, tutti e sedici i ragazzi della mia classe.

C'era un ragazzo di nome Victor. Lavorava in cucina. Andavamo insieme allo stadio vicino. Portava solo me allo stadio; aveva pane e latte acido e mangiavamo insieme. Quando mia madre ha riportato a casa me e mio fratello, Victor non l'ha

saputo perché stava dormendo. Mi ha dato la sua foto, affinché non mi scordassi di lui, ma io l'ho dimenticata nell'istituto.

Qualche volta il personale ci picchiava, non so perché. Mi hanno picchiato così tanto e con diversi bastoni che mi sono fatto male alla schiena. Non ero l'unico. Anche altri ragazzi sono stati feriti. E alcuni di questi ragazzi avevano dei coltelli.

Alcuni picchiavano gli altri e qualche volta anch'io ho fatto a pugni con loro. Cos'altro potevo fare? Se non mi difendevo, potevano uccidermi. Hanno picchiato pure Grisha, ma io l'ho difeso.

Non volevo stare in istituto. Se mia madre ci avesse lasciati lì, l'amministrazione avrebbe potuto mandarci in famiglie diverse e mia madre non ci avrebbe mai più ritrovati. Ma voglio andare a visitare l'istituto, giusto per vedere Victor e prendere il suo numero di telefono.

A casa è molto bello. Ora gioco con Colea, Igor e Dima. Qui nessuno mi picchia. Qualche volta parliamo di problemi con nostra madre e le chiediamo consiglio. Andiamo molto d'accordo e io vado a scuola tutti i giorni. Mi piacciono le lezioni di educazione fisica e di lingua romena. Sono contento di essere tornato qui. Sono contento di essere a Lapusna.

Un programma d'azione

I bambini con disabilità non andrebbero considerati semplici beneficiari di azioni caritatevoli. Hanno gli stessi diritti degli altri, tra cui il diritto alla vita e alle opportunità derivanti da un'assistenza sanitaria, un'alimentazione e un'istruzione di buon livello, il diritto di esprimere le proprie opinioni e di partecipare ai processi decisionali, nonché il diritto di godere di pari protezione. Questi bambini sono al centro degli sforzi per costruire società inclusive ed eque, non solo come beneficiari di tali società, ma anche come agenti di cambiamento. Dopotutto, chi meglio di loro può comprendere i propri bisogni e valutare la risposta agli stessi?

In qualunque impegno per promuovere l'inclusione e l'equità, i bambini disabili dovrebbero poter contare sul sostegno delle famiglie, delle organizzazioni, delle associazioni di genitori e dei gruppi comunitari. Ma dovrebbero poter contare anche su altri alleati. I governi hanno il potere di offrire un aiuto allineando politiche e programmi con lo spirito e le condizioni della CDPD, della CDI e di altri strumenti internazionali riguardanti la disabilità infantile. I partner internazionali possono dare una mano in conformità con le suddette Convenzioni. Le grandi aziende e altre entità del settore privato possono favorire l'inclusione e attrarre i migliori talenti, prevedendo la diversità nelle assunzioni.

La comunità di ricerca, dal canto suo, sta lavorando per migliorare la raccolta e l'analisi dei dati. Il loro lavoro favorirà il superamento dell'ignoranza e della discriminazione. Inoltre, poiché i dati aiutano a mirare gli interventi e a valutarne gli effetti, una raccolta e un'analisi migliori contribuiscono a garantire una destinazione ottimale delle risorse e dei servizi. Ma non è necessario che i responsabili politici attendano dati migliori per cominciare a costruire infrastrutture e servizi più inclusivi. È noto che l'inclusione coinvolge e avvantaggia intere comunità. Bisogna soltanto che questi sforzi rimangano flessibili, in modo da poterli adattare man mano che vengono alla luce nuovi dati. Il capitolo successivo di questo rapporto è incentrato sull'esclusione e sui fattori che la

determinano, insieme ad alcuni fondamenti filosofici e pratici dell'inclusione. I capitoli successivi – ognuno dei quali applica lo stesso approccio, consistente nell'esplorare sia gli ostacoli che le soluzioni più promettenti – sono dedicati ad aspetti specifici della vita dei bambini con disabilità. Il capitolo 3 prende in esame i servizi sanitari, nutrizionali ed educativi in grado di offrire ai bambini con disabilità solide basi su cui costruire vite piene e appaganti. Il capitolo 4 esplora le opportunità e le sfide che nascono dall'impegno per garantire un riconoscimento giuridico e protezione dallo sfruttamento o dall'abuso. Il capitolo 5, infine, si occupa dell'inclusione nel contesto delle crisi umanitarie. Molte delle privazioni subite dai bambini con disabilità scaturiscono e sono perpetuate dalla loro invisibilità. La ricerca sulla disabilità infantile è deplorabilmente inadeguata, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. La risultante mancanza di prove ostacola le buone politiche e la fornitura di servizi per i bambini più vulnerabili. Pertanto, il capitolo 6 esamina le sfide e le opportunità per i ricercatori, nonché i modi in cui i bambini con disabilità possono essere resi più visibili attraverso una raccolta e un'analisi efficaci dei dati. Il capitolo 7, che conclude quest'edizione de *La condizione dell'infanzia nel mondo*, delinea le azioni necessarie e praticabili che permetteranno ai governi, ai loro partner internazionali, alla società civile e al settore privato di favorire l'equità attraverso l'inclusione dei bambini disabili.



Wenjun, 9 anni, passeggia con la sua mamma affidataria in Cina. © UNICEF/China/2010/Liu



Bambini con e senza disabilità partecipano alle feste scolastiche in Bangladesh. © UNICEF/BANA2007-00655/Siddique

I FONDEAMENTI DELL'INCLUSIONE

L'adozione di un approccio fondato sul rispetto dei diritti, delle aspirazioni e del potenziale di tutti i bambini può ridurre l'esposizione di quelli con disabilità alla discriminazione, all'esclusione e all'abuso.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CDI) e la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD) mettono in discussione l'approccio caritatevole, che considera i bambini con disabilità beneficiari passivi di assistenza e protezione. Al contrario, queste Convenzioni richiedono il riconoscimento di ogni bambino come componente a tutti gli effetti della famiglia, della comunità e della società di appartenenza. Ciò richiede di concentrarsi non sui concetti tradizionali di "soccorso" del bambino, bensì sugli investimenti necessari a rimuovere le barriere fisiche, culturali, economiche, comunicative, attitudinali e a livello di mobilità che ostacolano la realizzazione dei suoi diritti, senza dimenticare il diritto a un coinvolgimento attivo nelle decisioni che riguardano la sua vita quotidiana.

Si afferma spesso che quando cambiamo, il mondo cambia insieme a noi. La sottovalutazione delle capacità delle persone con disabilità costituisce un ostacolo enorme alla loro inclusione che persiste non solo nella società in generale, ma anche nella mentalità di professionisti, politici e opinion maker. Può verificarsi nelle famiglie, tra i coetanei e negli stessi individui con disabilità, soprattutto in assenza di prove della valorizzazione e del sostegno al loro sviluppo. Gli atteggiamenti negativi o male informati, da cui scaturiscono privazioni come la mancanza di un alloggio dignitoso per i bambini disabili, restano tra i

principali ostacoli al raggiungimento delle pari opportunità.

Le percezioni negative a livello sociale possono far sì che i bambini con disabilità abbiano meno amici e vengano isolati o vessati, che le loro famiglie subiscano ulteriori stress e che le loro comunità li escludano. Secondo i primi studi su come i bambini con disabilità vengono percepiti dai coetanei emerge che anche a livello pre-scolare possono essere emarginati come amici o compagni di gioco, a volte perché altri bambini credono che non siano interessati a giocare e interagire con loro, o che non siano capaci di farlo⁴. Secondo uno studio compiuto su famiglie di bambini con disabilità nel Regno Unito, il 70% degli intervistati pensava che la comprensione e l'accettazione della disabilità fossero scarse o insoddisfacenti nella propria comunità e quasi la metà incontrava problemi nell'accesso a servizi di sostegno come l'assistenza all'infanzia⁵. In uno studio del 2007 sui bambini con bisogni educativi speciali, il 55% dichiarava di essere stato trattato ingiustamente a causa della propria disabilità⁶. Secondo un altro studio, in Madagascar l'ignoranza in tema di disabilità risultava comune tra i genitori e persino il 48% dei presidenti delle associazioni genitoriali riteneva erroneamente che la disabilità fosse contagiosa⁷. Uno studio svolto nel 2009 nella città vietnamita di Da Nang ha riportato la persistenza di casi di stigmatizzazione e discriminazione, malgrado

gli atteggiamenti generalmente tolleranti della comunità nei confronti dei bambini con disabilità e delle loro famiglie. La presenza pubblica di bambini con disabilità in occasione di feste come il Tet, che segna l'inizio del nuovo anno lunare, veniva considerata portatrice di sfortuna⁸.

Non c'è da meravigliarsi, dunque, che i bambini con disabilità siano tra i più esposti a scarsa autostima e isolamento. Nessun bambino dovrebbe essere definito da una disabilità. Ogni bambino è unico e ha il diritto di essere rispettato come tale. Quando le società accolgono principi inclusivi e dimostrano in pratica il loro sostegno all'equità, i bambini con disabilità possono godere degli stessi diritti e delle stesse possibilità di scelta degli altri. Consentire la partecipazione alla vita comunitaria e fornire opzioni educative, culturali e ricreative è della massima importanza per il sano sviluppo fisico e intellettuale di ogni bambino. Laddove c'è bisogno di un sostegno specializzato – per la comunicazione o la mobilità, per esempio – al fine di agevolare l'interazione e promuovere la

partecipazione alle attività quotidiane, l'accesso a tale sostegno dovrebbe essere gratuito e a disposizione di tutti.

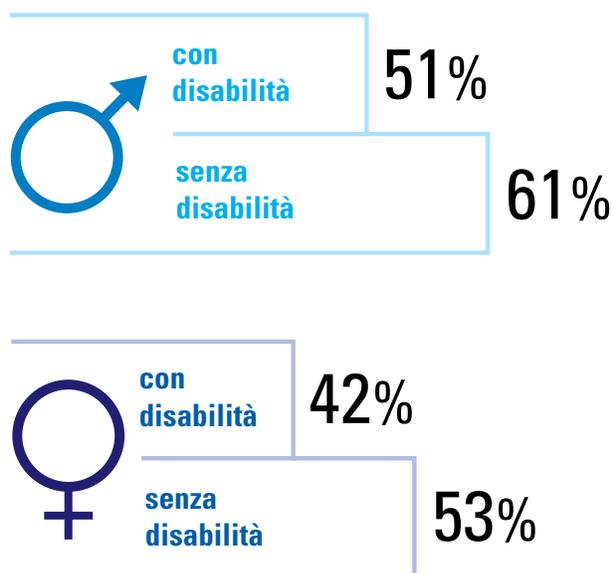
Cambiare atteggiamento

Cambierà ben poco nella vita dei bambini con disabilità finché non cominceranno a cambiare gli atteggiamenti delle comunità, dei media e dei governi. L'ignoranza riguardo alla natura e alle cause delle invalidità, l'invisibilità dei bambini stessi, la grave sottovalutazione del loro potenziale e delle loro capacità e altri impedimenti a opportunità e cure paritarie condannano i bambini a condizioni di silenzio e di emarginazione. Importanti campagne di sensibilizzazione finanziate dai governi, con la partecipazione di bambini come portavoce e sostenute da tutti i membri della società civile, possono informare su questi ostacoli alla realizzazione dei diritti, e contribuire al loro superamento. Inoltre, le organizzazioni di genitori e di persone disabili possono svolgere ruoli cruciali – come spesso fanno – nelle campagne per l'accoglienza e l'inclusione.

Portare la disabilità nel dibattito sociale e politico può contribuire a sensibilizzare leader e fornitori di servizi e dimostrare alla società nel suo complesso che la disabilità "fa parte della condizione umana"⁹. È possibile ridurre efficacemente il pregiudizio attraverso l'interazione tra bambini con e senza disabilità che possono alimentare atteggiamenti più positivi¹⁰. L'integrazione sociale fa bene a tutti. Ne consegue che, se cercano di ridurre le disuguaglianze, le società dovrebbero cominciare con bambini più disposti a costruire una società inclusiva per la generazione successiva. I bambini che hanno ricevuto un'istruzione inclusiva possono essere i migliori insegnanti di una società di questo tipo.

Anche i media possono svolgere un ruolo essenziale a favore dell'inclusione. Quando narra di bambini e adulti con disabilità la letteratura per l'infanzia veicola messaggi positivi su

Tassi stimati di completamento della scuola primaria



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, in base a indagini in 51 paesi.

persone ben inserite nella propria famiglia e comunità. È importante che i membri di tutti i gruppi e soprattutto coloro che possono subire discriminazioni in base alla razza, al genere, all'etnia o alla disabilità, vengano inclusi in storie e libri di testo, non necessariamente come protagonisti principali, purché si noti la loro presenza e partecipazione. Libri, film e rappresentazioni mediatiche svolgono un ruolo importante nell'insegnare ai bambini le consuetudini sociali. Come la rappresentazione dei personaggi femminili nei principali media implica concetti di gerarchia di genere e aspettative di genere tradizionali, così l'assenza, la distorsione o la stereotipizzazione delle persone con disabilità crea e rafforza i pregiudizi sociali e porta alla sottovalutazione del loro ruolo e del loro posto nella società.

Analogamente, la partecipazione ad attività sociali contribuisce a promuovere una visione positiva della disabilità. Lo sport, in particolare, ha contribuito a far superare molti pregiudizi. L'attività fisica può essere uno strumento potente per promuovere il rispetto. È di ispirazione vedere un bambino superare barriere fisiche e psicologiche, tra cui la mancanza d'incoraggiamento, di sostegno e la scarsità di ausili adeguati. In uno studio, alcuni bambini con disabilità che fanno attività fisica sono stati classificati come più capaci rispetto ai loro coetanei non disabili¹¹. Tuttavia, bisogna fare attenzione a non creare la falsa convinzione per cui solo i bambini con disabilità che si dimostrano eroici dal punto di vista fisico sono considerati meritevoli, facendo sentire inferiori quelli che non lo sono.

Lo sport ha contribuito anche alle campagne per ridurre la stigmatizzazione. Gli atleti con disabilità sono spesso tra i rappresentanti più riconosciuti dei disabili e molti, in occasioni come le paralimpiadi e le Special Olympics, promuovono campagne per proporsi come modelli per i bambini colpiti da disabilità fisiche o intellettive. Inoltre, le esperienze in Bosnia ed Erzegovina, nella Repubblica Democratica Popolare del Laos, in Malesia e nella Federazione Russa dimostrano

Una questione di abilità

In Montenegro, la campagna "Parliamo di abilità" è stata lanciata nel settembre del 2010 e ha avuto un impatto sulla conoscenza da parte dell'opinione pubblica di atteggiamenti e pratiche nei confronti dei bambini con disabilità. La campagna riunisce un'ampia coalizione di 100 organizzazioni nazionali e internazionali che vanno dal governo del Montenegro all'Unione Europea, Consiglio d'Europa, Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa, agenzie dell'ONU, ambasciate, associazioni di genitori di bambini disabili, oltre a media, settore privato, funzionari locali e bambini con e senza disabilità. Una delle strategie della campagna comportava l'uso di cartelloni pubblicitari in tutto il paese per rappresentare i bambini con disabilità come membri attivi della società, presentandoli in veste di atleti, amici, musicisti, ballerini, studenti, figlie, figli, fratelli e sorelle.

Secondo uno studio del novembre 2011 volto a misurare l'impatto della campagna, risulta che abbia contribuito a un aumento del 18% nel numero di persone che considera i bambini disabili membri paritari della società. Si è assistito anche a un miglioramento sia del comportamento nei confronti dei bambini con disabilità sia della comunicazione in generale.

che l'accesso allo sport e alle attività ricreative non solo giova direttamente ai bambini con disabilità, ma aiuta anche a migliorare la loro percezione all'interno della comunità, perché vengono considerati partecipanti, insieme ai coetanei, ad attività socialmente apprezzate¹².

Incoraggiare i bambini con disabilità a partecipare ad attività ricreative e sportive non significa soltanto incidere sugli atteggiamenti. Questa partecipazione è un diritto giustamente richiesto in modo specifico dalla CDPD, che esorta gli Stati parti ad "assicurare che i bambini con disabilità abbiano uguale accesso rispetto agli altri bambini alla partecipazione ad attività ludiche, ricreative, di tempo libero e sportive, incluse le attività presenti nel sistema scolastico".



Marmane, 8 anni, in un centro di riabilitazione gestito dall'organizzazione non governativa internazionale *Médecins sans Frontières* a Port-au-Prince, Haiti.
© UNICEF/HQ2005-1970/LeMoyné

Sostenere i bambini e le loro famiglie

La CDPD sottolinea il ruolo della famiglia come unità naturale della società, nonché quello dello Stato a sostegno della famiglia. Afferma che "le persone con disabilità e i membri delle loro famiglie dovrebbero ricevere la necessaria protezione e assistenza per il pieno e uguale godimento dei diritti"¹³.

Il processo di realizzazione dei diritti di un bambino con disabilità, nonché della sua inclusione nella vita comunitaria, comincia con la creazione di un ambiente domestico in grado di contribuire a un intervento precoce. È fondamentale favorire la stimolazione e l'interazione con genitori e tutori fin dai primi giorni e dalle prime settimane di vita e per tutti i vari stadi dello sviluppo educativo e ricreativo del

bambino. L'inclusione è importante a ogni età, ma prima viene data ai bambini con disabilità l'opportunità di interagire con i coetanei e con la società nel suo complesso, maggiori saranno i benefici per tutti.

Ai sensi della CDPD, i bambini con disabilità e le loro famiglie hanno diritto a un tenore di vita dignitoso, che preveda cibo, indumenti e alloggi adeguati. I bambini con disabilità, nonché i responsabili della loro assistenza, hanno diritto anche a servizi di sostegno finanziati o gratuiti come l'assistenza diurna, le terapie respiratorie e l'accesso a gruppi di auto-aiuto.

La protezione sociale per i bambini con disabilità e le famiglie è particolarmente importante, perché spesso devono affrontare costi più elevati per vivere, perdendo opportunità di guadagno.

Le stime riguardanti i costi aggiuntivi della disabilità sostenuti dalle famiglie vanno dall'11% al 69% del reddito nel Regno Unito, dal 29% al 37% in Australia, dal 20% al 37% in Irlanda, dal 9% in Vietnam al 14% in Bosnia ed Erzegovina¹⁴. I costi associati alla disabilità comprendono spese dirette – come quelle per le cure mediche, i viaggi, la riabilitazione o l'assistenza nella prestazione di cure – e i costi in termini di opportunità, come il reddito a cui si rinuncia quando genitori o altri familiari lasciano un impiego, o ne riducono l'entità, per assistere uno o più figli disabili¹⁵.

Secondo le stime dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro in 10 paesi a basso o medio reddito, i costi economici della disabilità ammontano al 3-5% del prodotto interno lordo¹⁶. Un esame su 14 paesi in via di sviluppo ha rilevato che le persone con disabilità avevano più probabilità di essere povere rispetto a quelle non disabili¹⁷. I disabili presentavano svantaggi in termini di istruzione, impiego, condizioni di vita, consumi e salute. In Malawi e in Uganda le famiglie con componenti disabili sono risultate più esposte alla povertà rispetto a quelle analoghe senza membri disabili¹⁸. In genere i

nuclei con presenza di disabili hanno redditi inferiori e corrono maggiori rischi di vivere al di sotto della soglia di povertà¹⁹. Nei paesi in via di sviluppo le famiglie con uno o più componenti disabili spendono molto di più per l'assistenza sanitaria²⁰. Ciò significa che anche una famiglia tecnicamente al di sopra della soglia di povertà ma con uno o più componenti disabili può avere, in effetti, un tenore di vita equivalente a quello di una famiglia al di sotto della soglia di povertà priva di componenti disabili.

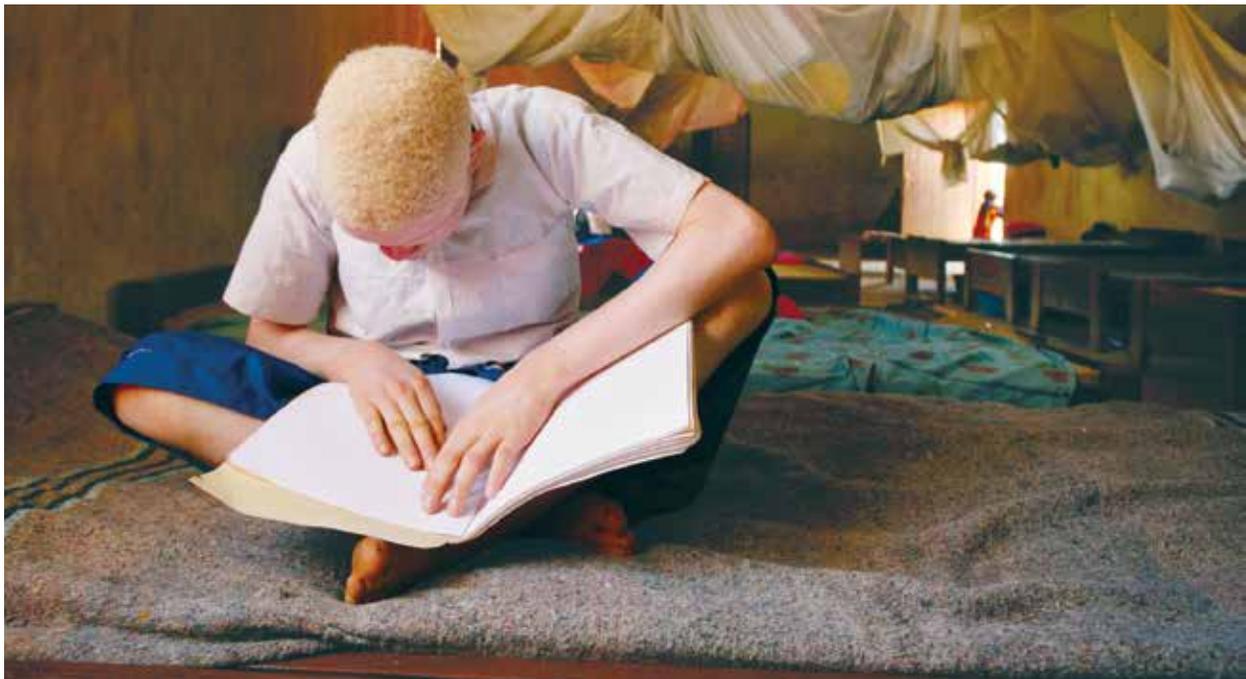
Esistono evidenze che la disabilità sin dall'infanzia riduce le opportunità di vita in un individuo.

I bambini con disabilità crescono più poveri, hanno minore accesso all'istruzione e all'assistenza sanitaria e sono più esposti al rischio di scioglimento del nucleo familiare e di abusi.

Gli Stati possono affrontare il conseguente maggior rischio di povertà infantile con iniziative di protezione sociale come nel caso

dei finanziamenti specifici per bambini disabili. Questi programmi sono relativamente facili da amministrare e offrono una certa flessibilità nel soddisfare i bisogni particolari di genitori e bambini e rispettano anche i diritti decisionali di entrambi.

Si è dimostrato che i finanziamenti vanno a beneficio dei bambini²¹, anche se può risultare difficile valutarne l'utilità sia per loro che per chi li assiste, nonché il grado della loro fruizione²². Un numero crescente di paesi a basso e medio reddito ha lanciato iniziative mirate di protezione sociale comprendenti programmi finanziari specifici per i bambini con disabilità. Tra questi figurano Bangladesh, Brasile, Cile, India, Lesotho, Mozambico, Namibia, Nepal, Sudafrica, Turchia e Vietnam. Il tipo di sovvenzioni e i criteri per ottenerle variano molto. Alcune sono legate alla gravità della disabilità del bambino. Il monitoraggio e la valutazione regolari degli effetti di questi finanziamenti sulla salute e sui risultati raggiunti, a livello educativo e ricreativo, saranno essenziali per garantirne la validità.



Un giovane albino legge in Braille presso una scuola nella città di Moshi, nella Repubblica Unita di Tanzania.
© UNICEF/HQ2008-1786/Pirozzi

Un altro strumento a disposizione dei governi è rappresentato da una pianificazione di bilancio specifica per la disabilità. Se un governo si impegna a garantire a tutti i bambini un'istruzione gratuita e di qualità include fin dall'inizio obiettivi specifici per i bambini con disabilità e provvede a stanziare una parte sufficiente delle risorse disponibili per necessità come la formazione degli insegnanti, l'accessibilità delle infrastrutture e dei programmi, nonché la fornitura e l'adattamento degli ausili per la mobilità.

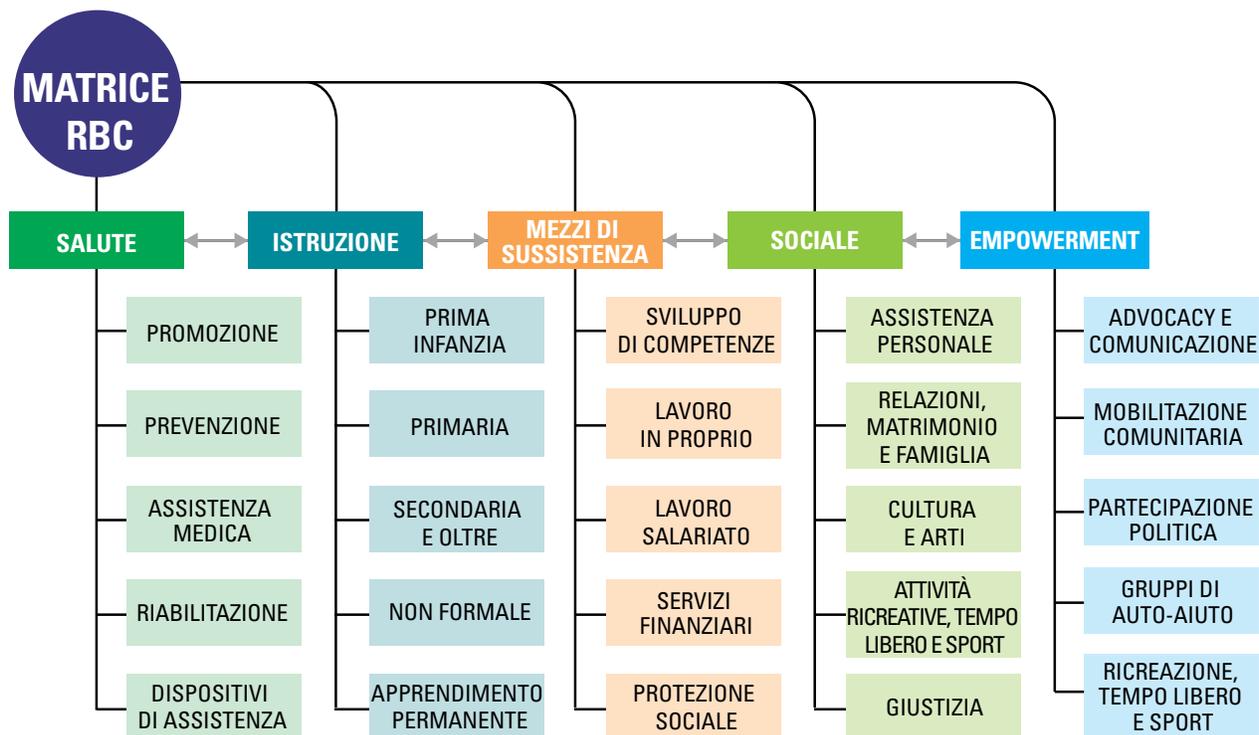
L'effettivo accesso ai servizi – tra cui l'istruzione, l'assistenza sanitaria, l'abilitazione (ossia l'allenamento e la cura necessari a svolgere le attività della vita quotidiana), la riabilitazione (prodotti e servizi per facilitare il recupero delle funzionalità dopo un danno subito) e le attività ricreative – andrebbe fornito a titolo gratuito, in linea con il modello più completo possibile di integrazione sociale e di sviluppo individuale del bambino, anche in termini di

sviluppo culturale e spirituale. Misure del genere possono favorire l'inclusione nella società, in linea con lo spirito dell'articolo 23 della CDI, secondo cui un bambino con una disabilità deve "condurre una vita piena e decente, in condizioni che ne garantiscano la dignità, ne favoriscano l'autonomia e ne agevolino l'attiva partecipazione alla vita della comunità"²³.

Gli Stati parti della CDPD si sono impegnati a eliminare le discriminazioni contro i bambini con disabilità e rendere prioritaria la loro inclusione nella società. Strategie nazionali con esiti misurabili aumenteranno le probabilità che tutti i bambini realizzino i loro diritti. La cooperazione internazionale e lo scambio di informazioni e di assistenza tecnica – comprendente anche progressi nell'insegnamento o negli approcci comunitari all'intervento precoce – potrebbero favorire questi obiettivi.

I servizi per i bambini con disabilità vengono

Riabilitazione su base comunitaria (RBC)



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità.



Un asilo inclusivo a Nizhny Novgorod, Federazione Russa. © UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

forniti da una serie di istituzioni governative e non governative. Un adeguato coordinamento multisettoriale, con il coinvolgimento dei familiari, contribuirebbe a evitare le lacune nella fornitura e andrebbe armonizzato rispetto ai cambiamenti in termini di capacità e bisogni del bambino, man mano che cresce e fa esperienze di vita.

Riabilitazione su base comunitaria

I programmi di riabilitazione su base comunitaria (RBC) vengono ideati e gestiti dalle comunità locali. La RBC cerca di favorire a chi è colpito da disabilità pari accesso alla riabilitazione e ad altri servizi e opportunità, come la sanità, l'istruzione e i mezzi di sussistenza. Sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tra la fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta, viene praticata in più di 90 paesi e rappresenta un'alternativa all'assistenza in istituto e da parte di specialisti verso l'autonomia, la collaborazione e la partecipazione a livello locale nell'affrontare i bisogni particolari delle persone con disabilità, in modo critico, attraverso la loro partecipazione attiva²⁴.

La RBC può dimostrarsi efficace nell'affrontare molteplici privazioni. I bambini con disabilità che vivono in comunità rurali e indigene devono superare molti svantaggi: hanno dei deficit, appartengono a un gruppo emarginato, vivono in luoghi remoti e per di più usufruiscono di un accesso scarso o nullo a servizi che potrebbero garantire loro sviluppo, protezione e partecipazione alla vita comunitaria²⁵. Una vasta iniziativa del Centro per la Ricerca e gli Studi Post-secondari di Antropologia Sociale (CIESAS) a Oaxaca, in Messico, fornisce un esempio di RBC per bambini indigeni con disabilità, nonché per le loro famiglie e comunità. In collaborazione con l'UNICEF e con i finanziamenti dell'agenzia di assistenza sociale governativa DIF-Oaxaca, il CIESAS si è servito della RBC per favorire l'inclusione dei bambini con disabilità in quattro remote comunità rurali²⁶ con popolazioni indigene numerose e basso valore dell'Indice di Sviluppo Umano (l'ISU classifica i paesi del mondo in base a tre indicatori chiave dello sviluppo, istruzione, speranza di vita e PIL, ndr). Team – formati da un medico, un terapista fisico od occupazionale, un educatore e due attivisti comunitari in grado di parlare correntemente

le lingue indigene locali – sono stati costituiti e inseriti all'interno delle comunità per condurre dei laboratori sulla discriminazione, l'inclusione e i diritti dell'infanzia. Questi team hanno promosso la formazione di reti di sostegno locali tra le famiglie dei bambini con disabilità e, laddove appropriato, hanno rimandato a cure o terapie mediche. Nel periodo 2007-2010, l'iniziativa ha determinato una maggiore accoglienza dei bambini indigeni con disabilità da parte di famiglie e comunità. Altri benefici sono stati la fornitura di servizi sociali, la costruzione – gestita dalla comunità stessa – di rampe per le sedie a rotelle finalizzate a rendere accessibili gli spazi pubblici, l'accordo tra ospedali statali e federali per fornire servizi gratuiti specialistici ai bambini con disabilità nonché 32 nuove iscrizioni di bambini disabili a scuola²⁷.

Tecnologia di assistenza

A seconda del tipo di disabilità un bambino

può aver bisogno di un certo numero di ausili e servizi assistenziali. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, però, in molti paesi a basso reddito, solo il 5-15% di chi ha bisogno di tecnologie di assistenza riesce a ottenerle²⁸. Tra le cause di questa mancanza ci sono i costi, che possono risultare particolarmente proibitivi nel caso dei bambini, i quali hanno bisogno di sostituire o di adattare periodicamente tali ausili e servizi, in corrispondenza alle varie fasi della crescita²⁹. Spesso i bambini hanno meno probabilità degli adulti di accedere a queste tecnologie di assistenza³⁰.

Progettazione universale

Gli approcci inclusivi sono costruiti intorno al concetto di accessibilità, con l'obiettivo di sollecitare il sistema principale finché funzioni per tutti, invece di creare sistemi paralleli. Un ambiente accessibile è essenziale perché i bambini con disabilità godano del diritto di partecipare alla vita della comunità. È



Liban, 8 anni, usa delle canadesi perché ha perso una gamba a causa dell'esplosione di una bomba a Mogadiscio, in Somalia. © UNICEF/HQ2011-2423/Grarup

Ausili tecnologici

Categoria	Esempi di prodotto
Mobilità	<ul style="list-style-type: none">• Bastone da passeggio, tutore per deambulazione, sedia a rotelle manuale e a motore, triciclo• Gamba o mano artificiale, calibro, stecche per le mani, tutore per piede equino• Poltrona ad angolo, sedia speciale, deambulatore• Posate e utensili da cucina adattati, bastone per vestirsi, sedile per doccia, copri water, macchina per l'alimentazione assistita
Vista	<ul style="list-style-type: none">• Occhiali, lente d'ingrandimento, software di ingrandimento per computer• Bastone bianco, strumento di navigazione GPS• Sistemi Braille per lettura e scrittura, lettore dello schermo per computer, riproduttore di audiolibri, registratore e riproduttore di suoni
Udito	<ul style="list-style-type: none">• Cuffie, apparecchio acustico• Telefono amplificato, impianto audio per disabili
Comunicazione	<ul style="list-style-type: none">• Carte di comunicazione con testi, lavagna di comunicazione con lettere, simboli o immagini• Apparecchiatura per la comunicazione elettronica con voce registrata o sintetica
Cognizione	<ul style="list-style-type: none">• Liste di incarichi, programma e calendario per immagini, istruzioni per immagini• Timer, promemoria manuale o automatico, smartphone con elenchi di compiti adattati, programmi, calendari e registratore audio• Giocattoli e giochi adattati

Fonte: Johan Borg; International Organization for Standardization (2008), http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53782.

necessario per esempio l'accesso a tutte le scuole perché i bambini con disabilità prendano parte all'istruzione. I bambini istruiti insieme ai coetanei hanno probabilità maggiori di diventare membri produttivi e di integrarsi nella vita delle loro comunità³¹.

L'accessibilità può riferirsi alla progettazione di un ambiente, di un prodotto o di una struttura. La progettazione universale si definisce come la progettazione di prodotti e ambienti utilizzabili da tutti nella misura massima possibile, senza bisogno di adattamenti specifici. L'approccio si concentra su progettazioni che funzionino per tutti, indipendentemente dall'età, dal grado di abilità o dalla situazione.

I principi della progettazione universale sono stati sviluppati da architetti, esperti di progettazione, ingegneri e ricercatori. Interessano varie discipline progettuali e constano di 7 requisiti: uso equo, flessibilità, semplicità e intuitività d'uso, informazioni

percettibili, tolleranza di errore, sforzo fisico contenuto e dimensioni e spazio sufficienti per l'approccio e l'uso.

In pratica, la progettazione universale si può trovare sotto forma di passo carraio o di rampe per marciapiede, di audiolibri, di legature in velcro, di armadietti con scaffali estraibili, di porte automatiche e di autobus con pavimenti bassi.

Il costo per integrare l'accessibilità in nuovi edifici e infrastrutture può essere trascurabile, perché ammonta a meno dell'1% dei costi per lo sviluppo del capitale³². Il costo degli adattamenti a edifici già completi, però, può risultare molto più elevato, soprattutto per quelli più piccoli, in cui può raggiungere il 20% del costo originario³³. Sembra ragionevole, pertanto, includere i criteri di accessibilità già nelle prime fasi di progettazione. Anzi, l'accessibilità andrebbe presa in considerazione anche al momento di finanziare progetti di sviluppo.

PROSPETTIVE

Per i giovani sordi, il linguaggio è fondamentale

di *Krishneer Sen*



Krishneer Sen, giovane attivista sordo di Suva, nelle Isole Figi e vincitore della borsa di studio World Deaf Leadership, studia tecnologia dell'informazione presso la Gallaudet University negli Stati Uniti. Nel 2012, ha lavorato come stagista per l'UNICEF Figi.

L'accesso all'informazione e ai mezzi di comunicazione è essenziale per chiunque voglia realizzare i propri diritti di cittadino. Senza metodi per raccogliere informazioni, esprimere opinioni e formulare richieste è impossibile ottenere un'istruzione, trovare un lavoro o partecipare alle questioni civiche.

Nel mio paese, le Isole Figi, la mancanza di accesso alle informazioni e ai mezzi di comunicazione rappresenta il problema principale per i bambini sordi. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) che sto studiando all'università aiutano i sordi di tutto il mondo, creando opportunità che semplicemente non sarebbero state possibili una generazione fa. Laddove è disponibile, la ICT offre ai sordi la possibilità di comunicare e di mettersi in collegamento con gli amici, ne riduce l'isolamento e apre dei canali per la loro partecipazione alla vita politica, economica, sociale e culturale. Coloro che non hanno accesso a questa tecnologia – perché vivono in zone rurali, sono poveri o non abbastanza istruiti, oppure non dispongono di apparecchi adeguatamente personalizzati – subiscono frustrazione ed esclusione.

I non udenti delle Isole Figi come me hanno un accesso limitato ai media, ai servizi d'emergenza e persino alle semplici conversazioni telefoniche. In mancanza di tecnologie come i telefoni con sottotitoli, dobbiamo contare su persone udenti che facciano da interpreti, oppure ricorrere agli SMS. Questa situazione non cambierà finché la politica sulla ICT e sui media per le persone con disabilità non diverrà una priorità a livello governativo.

I non udenti possono avere successo e contribuire alla società proprio come chi è in grado di udire. Lo sviluppo delle loro capacità comincia con l'istruzione e con il linguaggio. Dato che i bambini sordi crescono in un mondo di udenti, un'istruzione di qualità dev'essere necessariamente bilingue. Nelle Isole Figi, ai bambini non udenti si dovrebbe insegnare, fin dalla nascita, la lingua dei segni nella lingua locale, oltre che nelle lingue comunemente insegnate ai bambini udenti delle Figi (l'inglese e l'indù). L'istruzione bilingue aiuta i bambini non udenti a sviluppare la propria capacità comunicativa usando i linguaggi degli udenti, perché quelli in grado di comunicare in modo efficace con la lingua

Dobbiamo rendere i media più accessibili ai bambini non udenti ideando, sottotitolando o traducendo nella lingua dei segni i programmi televisivi.

dei segni troveranno più facile imparare altre lingue come l'inglese. Sono convinto che il bilinguismo darà ai bambini privi dell'udito quel migliore accesso all'istruzione di cui hanno bisogno per poter essere cittadini come tutti.

Da bambino guardavo i cartoni animati che la tv del mio paese mandava in onda senza sottotitoli né interpreti della lingua dei segni. La mia famiglia, tra l'altro, non conosceva bene la lingua dei segni. In seguito, mi sono reso conto che, se avevo difficoltà con l'inglese, era perché a casa non mi era stato insegnato usando soltanto i gesti. I genitori svolgono un ruolo importante nell'agevolare la capacità dei bambini non udenti di comunicare e di accedere alle informazioni; devono prendere l'iniziativa e usare la lingua dei segni per comunicare nella loro vita di tutti i giorni, a scuola come a casa.

Dobbiamo rendere i media più accessibili ai bambini non udenti sottotitolando o traducendo nella lingua dei segni i programmi televisivi, nonché ideando programmi per bambini che adottino questo linguaggio. Abbiamo bisogno

di un ambiente privo di barriere comunicative. Mi piacerebbe che la lingua dei segni delle Figi venisse adottata in vari tipi di programma, dalle notizie ai cartoni animati. In aggiunta alla televisione, i social media possono fornire strumenti potenti per migliorare la conoscenza sulle Figi e sugli affari internazionali, facendo sì che tutti, comprese le persone con disabilità, abbiano accesso a informazioni sulla situazione politica e possano dare un voto informato in occasione di elezioni.

Mettere la ICT a disposizione dei bambini sordi può facilitarne lo sviluppo sociale ed emozionale, inserirli in scuole tradizionali e prepararli a un impiego futuro. Io ho seguito lezioni base di informatica presso una scuola speciale e questo ha cambiato in meglio la mia vita. È stato attraverso Internet, infatti, che sono venuto a conoscenza della *Gallaudet University*, dove ora studio.

Oltre a migliorare l'istruzione, la ICT consente ai sordi e ad altri giovani di conoscere i propri diritti e di unirsi per impegnarsi a realizzarli. Facilitando l'attivismo, l'ICT può aiutarci ad aumentare la

visibilità delle persone con disabilità all'interno della società nel suo complesso, consentendo loro di parteciparvi attivamente.

Il mio sogno è quello di vedere i non udenti comunicare liberamente con gli udenti attraverso l'uso di ausili tecnologici. Per quando mi sarò laureato ho intenzione di avviare un progetto finalizzato a portare nelle Isole Figi tecnologie che possano facilitare la comunicazione tra udenti e non udenti, usando sia interpreti della lingua dei segni sia videoconferenze. Lavorerò con l'Associazione per i non udenti delle Isole Figi, di cui faccio parte da molti anni, per sostenere i diritti umani, le opportunità e l'uguaglianza.

Per far sì che il governo consideri prioritarie le necessità dei non udenti, siamo noi stessi a doverci patrocinare. Per facilitare l'attivismo tra i non udenti, dobbiamo educare i bambini sordi a usare sia la lingua dei segni sia le lingue delle comunità udenti in cui vivono, nonché lavorare per ampliare il loro accesso a tecnologie attraverso cui possano trovare informazioni e comunicare con gli altri, udenti e non.



Un'insegnante non udente fa lezione in una classe di bambini non udenti a Gulu, in Uganda. © UNICEF/UGDA2012-00108/Sibiloni

UNA BASE SOLIDA

Buona salute, alimentazione adeguata e istruzione di qualità: sono i fondamenti della vita che tutti desiderano e a cui tutti i bambini hanno diritto.

Salute inclusiva

Ai sensi della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CDI) e della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD), tutti i bambini hanno diritto al migliore livello possibile di salute. Ne consegue che i bambini disabili hanno pari diritto a un'assistenza completa: dalla vaccinazione nella prima infanzia a un'alimentazione adeguata, dal trattamento dei disturbi e dei traumi fisici alle informazioni riservate e ai servizi in materia di salute sessuale e riproduttiva, in adolescenza e in età adulta. Altrettanto essenziali risultano i servizi di base come l'accesso all'acqua potabile e ad impianti igienici adeguati.

Garantire che i bambini con disabilità godano davvero di questi diritti come gli altri è l'obiettivo di un approccio inclusivo alla salute. È una questione di giustizia sociale e di rispetto della dignità di tutti gli esseri umani. È anche un investimento nel futuro: come gli altri bambini, anche quelli con disabilità sono gli adulti di domani. Hanno bisogno di buona salute non solo perché risulta fondamentale per un'infanzia felice ma anche in prospettiva, perché saranno futuri genitori e membri produttivi della società.

Vaccinazione

Le vaccinazioni rappresentano una componente essenziale degli sforzi globali per ridurre

le malattie e i decessi infantili. Sono tra gli interventi di salute pubblica meno costosi e più efficaci, perché possono ridurre in misura notevole il fardello della morbilità e della mortalità, soprattutto tra i bambini sotto i cinque anni. Per questo motivo, la vaccinazione è stata un caposaldo delle iniziative sanitarie a livello nazionale e internazionale, raggiungendo un numero eccezionale di bambini. Una conseguenza di ciò è stata la diminuzione dell'incidenza della poliomielite, che può provocare una paralisi muscolare permanente, da più di 350.000 casi nel 1988 a 221 casi nel 2012³⁴.

C'è ancora molto da fare. Nel 2008, per esempio, più di un milione di bambini sotto i cinque anni sono morti per infezioni da pneumococco, diarrea da rotavirus e *haemophilus influenzae* di tipo B. La vaccinazione può effettivamente prevenire un gran numero di questi decessi³⁵.

L'inclusione dei bambini con disabilità nelle iniziative di vaccinazione è una questione non soltanto etica, ma anche imprescindibile per la salute pubblica e l'equità, perché gli obiettivi di copertura universale sono raggiungibili solo se i bambini con disabilità vengono inclusi nelle suddette iniziative³⁶.

La vaccinazione è senz'altro uno strumento fondamentale per contrastare le malattie che determinano disabilità, ma essere vaccinato non è meno importante per un bambino già disabile.

Purtroppo, molti di loro ancora non beneficiano di una maggiore copertura vaccinale, anche se corrono lo stesso rischio di contrarre malattie infantili. Se non sono vaccinati, o lo sono solo in parte, possono prodursi conseguenze come ritardi nel raggiungimento di fasi essenziali dello sviluppo, disturbi secondari evitabili e, nella peggiore delle ipotesi, decessi prevenibili³⁷.

Sarà più facile portare i bambini con disabilità sotto la protezione della vaccinazione se gli sforzi per promuoverla li includeranno. Mostrare i bambini con disabilità insieme agli altri nei manifesti e in tutti i materiali promozionali delle campagne, per esempio, può favorire la sensibilizzazione. Il miglioramento della comprensione a livello popolare dell'importanza della vaccinazione di ogni bambino comporta anche il raggiungimento dei genitori attraverso campagne di salute pubblica, organizzazioni della società civile e dei disabili, scuole e mass media.

Alimentazione

Si ritiene che in tutto il mondo ci siano circa 870 milioni di persone malnutrite. Tra loro, si calcola che circa 165 milioni abbiano subito un arresto dello sviluppo o una malnutrizione cronica, mentre più di 100 milioni sono considerate sottopeso. Un'alimentazione insufficiente o una dieta squilibrata, priva di vitamine e minerali (iodio, vitamina A, ferro e zinco, per esempio) possono esporre i neonati e i bambini a disturbi specifici o a una serie di infezioni che rischiano di provocare disabilità a livello fisico, sensoriale o intellettuale³⁸.

Ogni anno tra i 250.000 e i 500.000 bambini vengono considerati a rischio di cecità a causa della carenza di vitamina A, una sindrome facilmente prevenibile con un'integrazione orale del costo di pochi centesimi³⁹. Per una somma altrettanto esigua – cinque centesimi l'anno a persona – la iodurazione universale del sale resta



Una bambina fa i compiti in Bangladesh. © Broja Gopal Sasha/Centre for Disability in Development

la misura più economica per somministrare lo iodio e prevenire danni a livello cognitivo nei bambini delle zone in cui c'è carenza di questo elemento⁴⁰. Tali misure a basso costo aiutano non solo i bambini con disabilità, ma anche le loro madri, che faticano a crescere neonati e bambini in circostanze molto difficili.

L'arresto della crescita nella prima infanzia, determinato dal basso peso in rapporto all'altezza alla nascita, è provocato da alimentazione scadente e diarrea. Uno studio svolto in diversi paesi ha dimostrato che ogni episodio di diarrea nei primi due anni di vita contribuisce al fenomeno⁴¹ che, secondo le stime, colpisce il 28% dei bambini al di sotto dei cinque anni nei paesi a basso e medio reddito⁴². Le conseguenze dell'arresto della crescita, come gli scarsi risultati a livello cognitivo ed educativo, iniziano a manifestarsi quando i bambini sono molto piccoli, ma compromettono il resto della loro vita. Si è dimostrato, tuttavia, che gli sforzi a livello comunitario per migliorare le cure sanitarie di base riducono l'incidenza dell'arresto della crescita tra i bambini piccoli⁴³.

La malnutrizione nelle madri può determinare disabilità infantili prevenibili. Nei paesi a basso e medio reddito, circa il 42% delle donne in gravidanza soffre di anemia, e più di una su due presenta anemia da carenza di ferro⁴⁴. L'anemia colpisce anche più della metà dei bambini in età pre-scolare nei paesi in via di sviluppo. È una delle cause di disabilità più diffuse nel mondo, e costituisce pertanto un grave problema per la salute pubblica a livello globale⁴⁵. Anche la malnutrizione delle madri in allattamento può contribuire a una salute precaria dei neonati⁴⁶, facendo aumentare il rischio di malattie che possono provocare disabilità. Madri sane, invece, limitano l'incidenza di alcune disabilità, oltre a essere più capaci di provvedere ai bisogni dei loro figli.

La malnutrizione rappresenta una possibile causa di disabilità, ma può esserne anche la conseguenza. In effetti, i bambini disabili corrono

maggiori rischi di malnutrizione. Per esempio, un neonato affetto da palatoschisi può non riuscire a nutrirsi al seno o a consumare adeguatamente il cibo. I bambini affetti da paralisi cerebrale, dal canto loro, possono avere difficoltà a masticare o a deglutire⁴⁷. Certe malattie, come la fibrosi cistica, possono impedire l'assorbimento di sostanze nutritive. Alcuni neonati e bambini disabili talvolta hanno bisogno di diete specifiche o di un maggiore apporto calorico per mantenere un peso adeguato⁴⁸. Tuttavia, possono essere tenuti nascosti ai controlli e alle iniziative nutrizionali da parte della comunità. I bambini con disabilità che non frequentano la scuola non fruiscono di programmi nutrizionali a livello scolastico.

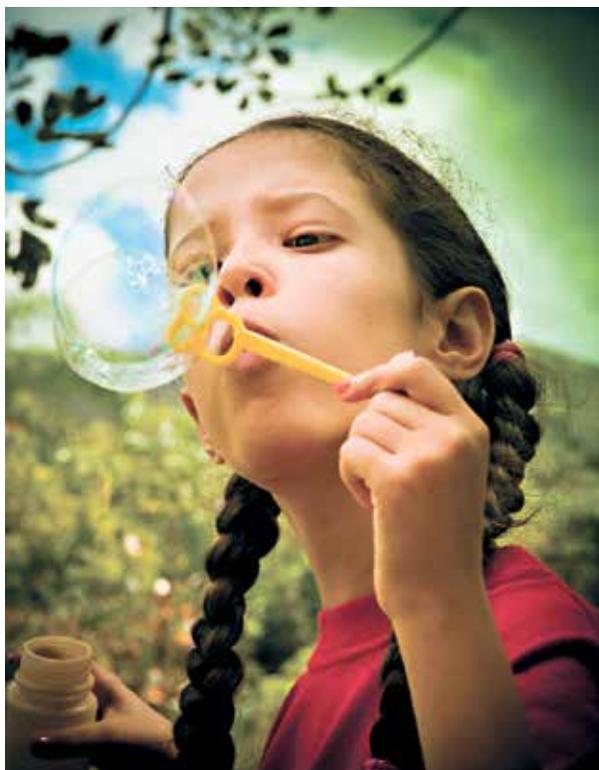
Una combinazione di caratteristiche fisiche e comportamenti può avere un effetto deleterio sull'alimentazione infantile. In alcune società, le madri non vengono incoraggiate ad allattare al seno un neonato disabile. È altresì possibile che, a causa della stigmatizzazione e della discriminazione, un bambino sia alimentato di meno, che gli venga negato il cibo o che riceva alimenti meno nutrienti rispetto ai fratelli non disabili⁴⁹. I bambini affetti da disabilità fisiche o intellettive possono nutrirsi con difficoltà, oppure richiedere più tempo e assistenza per mangiare. È probabile che, in alcuni casi, condizioni di cattiva salute o di deperimento che si presumono associate alla disabilità siano, in realtà, collegate a problemi di alimentazione⁵⁰.

Acqua e impianti igienici

È ampiamente riconosciuto ma poco documentato che, in tutto il mondo in via di sviluppo, le persone con disabilità debbano affrontare regolarmente particolari difficoltà nell'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici di base. I bambini con difficoltà fisiche possono non riuscire a prendere l'acqua o a trasportarla per lunghe distanze; altri magari trovano troppo alti i muri dei pozzi o i rubinetti dell'acqua. Le attrezzature e le porte dei gabinetti possono risultare troppo difficili da maneggiare,

e potrebbero mancare supporti dove appoggiare il contenitore dell'acqua mentre lo si riempie, oppure una maniglia a cui aggrapparsi per non perdere l'equilibrio e cadere in un pozzo, in uno stagno o in un wc. Anche sentieri lunghi o scivolosi e illuminazione scarsa possono limitare l'uso delle latrine da parte di bambini con disabilità.

Le barriere però vanno oltre i problemi fisici e di progettazione. Ci sono anche barriere sociali che variano a seconda delle culture. I bambini con disabilità si trovano spesso a dover affrontare stigmatizzazioni e discriminazioni quando si servono di impianti domestici e pubblici. Spesso vengono associati a paure assurde secondo cui potrebbero contaminare le sorgenti d'acqua o sporcare le latrine. Quando sono costretti a servirsi di impianti diversi rispetto ad altri membri della loro famiglia, i bambini o gli adolescenti, e soprattutto le ragazze, con disabilità corrono maggiori rischi di incidenti e di aggressioni fisiche, stupro compreso.



Beartriz, una bambina di 10 anni affetta da paralisi cerebrale, fa le bolle di sapone in Brasile.

© Andre Castro/2012

Un bambino con uno svantaggio fisico può incontrare difficoltà rilevanti a usare una pompa a mano o una latrina all'aperto, mentre un bambino sordo o affetto da una disabilità intellettiva, pur avendo minime difficoltà a livello fisico, è comunque esposto a derisioni o abusi che possono rendergli inaccessibili questi impianti.

I bambini con disabilità potrebbero non frequentare la scuola a causa della mancanza di un gabinetto accessibile. Spesso riferiscono di provare a bere e a mangiare di meno per ridurre la necessità di andare in bagno, soprattutto se non c'è nessuno che possa aiutarli. Questo fa aumentare per loro il rischio di malnutrizione. È altresì motivo di preoccupazione che in alcuni casi si stiano ancora progettando e costruendo nuovi impianti idrici e igienici senza la giusta attenzione ai bambini disabili. Sono sempre più disponibili interventi a bassa intensità tecnologica e a basso costo per le persone con disabilità: nuove latrine rialzate e pompe a mano facili da azionare, per esempio. Queste informazioni non sono ancora state ampiamente diffuse tra i professionisti del settore né incluse nelle politiche e pratiche relative⁵¹.

Salute sessuale e riproduttiva e HIV/AIDS

I bambini e i giovani che convivono con una disabilità fisica, sensoriale, intellettuale o psicosociale sono stati quasi del tutto ignorati dai programmi per la salute sessuale e riproduttiva e l'HIV/AIDS. Si ritiene spesso, e a torto, che questi giovani non siano attivi sessualmente, che abbiano scarse probabilità di assumere droghe o alcol e che corrano minori rischi di abuso, violenza o stupro rispetto ai loro coetanei non disabili e che pertanto rischino meno di contrarre l'infezione da HIV⁵². Di conseguenza, i bambini e i giovani con disabilità rischiano di più, in realtà, di diventare sieropositivi.

Le persone disabili sieropositive di tutte le età hanno meno probabilità di ricevere servizi adeguati. Assai di rado i centri di cura, test e counselling vengono adeguati alle loro esigenze

e ancor più di rado il personale sanitario viene preparato ad assistere bambini e adolescenti con disabilità⁵³.

Molti giovani disabili non ricevono neppure informazioni di base su come i loro corpi si sviluppano e cambiano. Un'educazione strutturata in materia di salute sessuale, riproduttiva e relazionale rientra raramente nei programmi e, anche laddove prevista, i bambini con disabilità possono esserne esclusi. Molti di loro, ai quali è stato insegnato ad essere silenziosi e obbedienti, non sanno come stabilire dei limiti con gli altri in termini di contatto fisico⁵⁴. Pertanto, il rischio di abusi aumenta, come illustra uno studio svolto in Sudafrica, secondo cui i bambini non udenti sono più esposti all'infezione da HIV⁵⁵.

Diagnosi e intervento precoci

I bambini si sviluppano rapidamente nei primi tre anni di vita e pertanto diagnosi e intervento precoci sono di particolare importanza. Lo screening dello sviluppo è uno strumento efficace per rilevare la disabilità nei bambini⁵⁶. Può effettuarsi nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, per esempio, durante le visite che precedono la vaccinazione o i check-up per il monitoraggio della crescita presso i centri sanitari della comunità. Lo scopo del controllo consiste nell'individuare i bambini a rischio, per sottoporli, se necessario, a ulteriori valutazioni e interventi e per fornire ai familiari informazioni essenziali sulla disabilità. Lo screening comprende esami della vista e dell'udito, oltre a valutazioni dei progressi rispetto a tappe fondamentali dello sviluppo come stare seduti o in piedi, gattonare, camminare, parlare e maneggiare oggetti.

Nei paesi ad alto reddito, i sistemi di assistenza sanitaria offrono numerose opportunità di individuare e gestire eventuali difficoltà legate allo sviluppo nei primi anni di vita del bambino. Ma gli interventi per migliorare sono sempre più disponibili anche nei paesi a medio e basso

reddito. Tra questi figurano la cura per la carenza di ferro, la formazione di chi si occupa dei bambini e l'offerta riabilitativa a livello comunitario⁵⁷.

Recenti studi compiuti nei paesi ad alto e a basso reddito hanno dimostrato che con farmaci anti-epilettici è possibile trattare con successo (ovvero controllare del tutto gli attacchi) fino al 70% dei bambini e degli adulti cui è stata appena diagnosticata la malattia. Dopo un periodo compreso tra i due e i cinque anni di trattamento efficace, i farmaci possono essere sospesi senza pericolo di ricadute in circa il 70% dei bambini e il 60% degli adulti. Tuttavia, nei paesi a basso reddito, circa i tre quarti delle persone affette da epilessia non ricevono le cure di cui hanno bisogno⁵⁸. I trattamenti esistono, ma la loro distribuzione risulta carente.

La diagnosi e il trattamento delle disabilità non sono un ambito distinto della medicina, bensì un aspetto integrante della salute pubblica. Ciononostante, di solito i responsabili politici e i ricercatori definiscono queste misure in "competizione"; a livello di risorse, con altre volte a promuovere la salute di individui senza disabilità⁵⁹.

I bambini con disabilità che superano la discriminazione e altri ostacoli per ottenere assistenza sanitaria possono tuttavia ricevere servizi di qualità scadente. Bisognerebbe sollecitare il feedback da parte dei bambini per migliorare strutture e servizi in modo da soddisfare i loro bisogni. La cooperazione internazionale può svolgere un ruolo importante nel tentativo di estendere servizi di maggiore qualità a bambini considerati a rischio di sviluppare disabilità.

Istruzione inclusiva

L'istruzione permette di accedere alla piena partecipazione sociale. È dunque particolarmente importante per i bambini con disabilità, che ne vengono invece spesso esclusi.

Molti dei benefici della frequenza scolastica maturano a lungo termine – garantendo mezzi di sussistenza nella vita adulta, per esempio – ma alcuni sono evidenti quasi da subito. La partecipazione scolastica è un modo importante con cui i bambini disabili possono modificare le idee sbagliate che ostacolano l'inclusione. E quando questi bambini riescono a frequentare la scuola, genitori e tutori possono trovare il tempo per altre attività, lavorare o anche soltanto riposarsi.

In linea di principio, tutti i bambini hanno lo stesso diritto all'istruzione. In pratica, però, ai bambini con disabilità questo diritto viene negato molto di più che a chiunque altro. Di conseguenza, viene minata la loro capacità di godere appieno dei diritti di cittadinanza e di assumere ruoli socialmente apprezzati, soprattutto attraverso un impiego remunerativo.

I dati provenienti dalle indagini a domicilio in 13 paesi a basso e medio reddito dimostrano che

i bambini con disabilità di età compresa tra 6 e 17 anni hanno probabilità significativamente inferiori di essere iscritti a scuola rispetto ai loro coetanei non disabili⁶⁰. Secondo uno studio compiuto nel 2004 in Malawi, un bambino affetto da disabilità aveva probabilità doppie di non frequentare la scuola rispetto a un bambino non disabile. Analogamente, un'indagine svolta nel 2008 in Tanzania ha rilevato che i bambini con disabilità che frequentavano la scuola primaria progredivano verso livelli più elevati di istruzione a un tasso pari alla metà di quello dei coetanei non disabili⁶¹.

Finché ai bambini con disabilità verrà negato un accesso paritario alle scuole locali, i governi non potranno realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio riguardante il raggiungimento dell'istruzione primaria universale (OSM 2), e gli Stati parti della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità non saranno in grado di adempiere alle proprie responsabilità ai sensi dell'articolo 24 di tale trattato⁶². Un recente



Nel Bengala occidentale, studenti apprendono la matematica usando il sistema Braille. © UNICEF/INDIA 2009-00026/Khemka

monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ha riconosciuto che "le sfide che i bambini con disabilità devono affrontare per realizzare il loro diritto all'istruzione restano molto difficili" e che questi bambini sono "tra i gruppi più emarginati ed esclusi rispetto all'istruzione"⁶³.

Anche se sostengono con forza l'istruzione inclusiva, le Convenzioni talvolta possono essere interpretate impropriamente per giustificare la perpetuazione dell'istruzione separata. Per esempio, relativamente ai bambini che frequentano scuole speciali si può affermare che abbiano accesso al diritto di essere "inclusi" nell'istruzione, anche se in realtà viene violato il loro diritto di vivere con la famiglia e nella comunità di appartenenza.

L'istruzione inclusiva implica l'offerta di significative opportunità di apprendimento per tutti gli studenti all'interno del sistema scolastico tradizionale. Idealmente, permette ai bambini con o senza disabilità di frequentare, in base all'età, le stesse classi presso la scuola locale, con l'ausilio di un sostegno personalizzato, se necessario. Richiede adeguamenti a livello architettonico – per esempio rampe invece di scale e soglie abbastanza ampie per chi usa sedie a rotelle. In una scuola inclusiva gli studenti fanno lezione in piccole classi in cui collaborano e si aiutano a vicenda invece di competere tra loro. E i bambini con disabilità non vengono segregati in aula all'ora di pranzo o durante la ricreazione.

Studi svolti in vari paesi evidenziano un forte legame tra povertà e disabilità⁶⁴, collegato a sua volta a questioni di genere, di salute e di occupazione. I bambini con disabilità vengono spesso intrappolati in un circolo di povertà ed esclusione: le bambine si prendono cura dei loro fratelli invece di frequentare la scuola, per esempio, oppure l'intera famiglia può essere stigmatizzata, fattore che ne determina la riluttanza a portare il bambino in mezzo alla



Ashiraff gioca con gli amici a scuola nel Togo grazie a un'organizzazione locale per i disabili e a partner internazionali che hanno garantito il suo diritto all'istruzione. © UNICEF/Togo/2012/Brisno

gente⁶⁵. L'istruzione di coloro che vengono esclusi o emarginati, invece, determina una riduzione della povertà⁶⁶.

Approcci inclusivi all'istruzione hanno ricevuto numerosi sostegni a livello globale in occasione della Conferenza mondiale sull'insegnamento per alunni con esigenze specifiche del 1994⁶⁷ ma anche, dal 2002, attraverso l'iniziativa globale Istruzione per tutti (*Education for All*) a favore del diritto all'istruzione delle persone con disabilità⁶⁸. Per ottimizzare il potenziale in modo da includere gli esclusi, impegni di questo tipo dovrebbero favorire l'applicazione dei principi di progettazione universale ai sistemi e agli ambienti preposti all'apprendimento.

Cominciare subito

I primi passi verso l'inclusione si compiono a casa nei primi anni di vita. Se non ricevono l'amore, gli stimoli sensoriali, l'assistenza sanitaria e l'inclusione sociale a cui hanno diritto, i bambini con disabilità possono perdersi alcune delle fasi più importanti dello sviluppo, limitando ingiustamente il proprio potenziale, con conseguenze significative, a

(continua a p. 32)

Mio figlio Hanif

di Mohammad Absar



Mohammad Absar vive nel villaggio di Maddhyam Sonapahar nella provincia del Mirershorai, in Bangladesh. Ha tre figli e tre figlie e mantiene la sua famiglia gestendo una bancarella di tè.

Mio figlio Hanif ha 9 anni e frequenta la seconda elementare. Quando aveva 4 anni si fece male giocando. Cominciò a lamentarsi perché gli doleva la gamba, che poi diventò rossa e gonfia. Lo portammo all'ospedale di Chittagong dove i medici cercarono di salvargli l'arto, che però si era gravemente infettato. Alla fine decisero di amputarlo.

Dopo la perdita della gamba, gli altri bambini cominciarono a tormentarlo, chiamandolo "zoppo" o "mostro senza gamba" e lo spingevano a terra

quando cercava di giocare con loro. Di solito prendevano in giro anche suo fratello, che soffre di una malattia mentale. Questo mi ha sempre rattristato e faceva impazzire mia moglie che si metteva a litigare con chi diceva cose brutte sui suoi bambini. Quanto ad Hanif, divenne sempre più riluttante a uscire di casa ed era molto triste.

Le cose sono migliorate da quando l'Organizzazione non governativa per il progresso della comunità povera (*Organization for the Poor Community Advancement, OPCA*) ha cominciato a condurre delle riunioni nella nostra zona per sensibilizzare le persone sulla disabilità e ad adottare un approccio positivo nei confronti di chi ha necessità speciali.

Un operatore della riabilitazione dell'OPCA è venuto a incontrarci con un insegnante della scuola primaria. Ci hanno incoraggiato a iscrivere Hanif a scuola. Dato che la scuola primaria locale dista un chilometro da casa, dovevo portarci mio figlio ogni mattina. Ho avviato una bancarella vicino alla scuola, in modo da potermi trovare lì per riaccompagnarlo a casa a fine giornata. All'inizio Hanif ha avuto tanti problemi. I suoi compagni di classe, come i suoi coetanei

nel quartiere, lo prendevano in giro e lo insultavano. Un giorno però l'operatore ci ha informato che il Centro per la disabilità nello sviluppo (*Centre for Disability in Development, CDD*), un'organizzazione non governativa nazionale con sede a Dacca, avrebbe donato a mio figlio una gamba artificiale. Così siamo arrivati nella capitale, dove ad Hanif è stata applicata la protesi, sono seguiti diversi giorni di riabilitazione e, alla fine gli sono state fornite un paio di stampelle. Il suo moncone è abbastanza piccolo, e perciò gli risulta un po' difficile salire le scale. A parte questo, però, ora riesce a fare quasi tutto da solo.

Vedendolo per la prima volta con la nuova gamba, la gente lo fissava. Era davvero sorprendente osservarlo camminare di nuovo. Io stesso non avrei mai immaginato che fosse possibile. Alcuni vicini sono venuti a casa nostra a vedere la protesi.

Ora che mio figlio può di nuovo camminare e partecipare a ogni genere di attività, gli altri bambini hanno smesso di insultarlo. Non lo spingono più a terra. E io non devo più accompagnarlo a scuola, perché ci va da solo, magari

Guardando Hanif si comprende che, con sostegno e incoraggiamento adeguati, i disabili possono partecipare attivamente alla vita della società.

con gli amici, che ne sono ben contenti. La cosa più importante è che Hanif è più felice e più sicuro di sé. La gamba artificiale gli permette di essere indipendente, di non sentirsi più inferiore agli altri bambini. Sta andando meglio a scuola e ora può praticare sport come il cricket e il calcio insieme ai coetanei.

Un operatore della riabilitazione ha visitato diverse volte la scuola di Hanif per incontri di sensibilizzazione sulla disabilità e sull'importanza dell'istruzione inclusiva. Ora l'ambiente intorno ad Hanif è a misura di disabile. La scuola lavora per soddisfare i suoi bisogni.

Quando è a scuola, Hanif ama disegnare. Fuori dalla scuola e durante le pause gli piace giocare. Da grande vuole fare l'insegnante, proprio come i suoi modelli, il signor Arup e il signor Shapan. Questi due insegnanti vogliono molto bene ad Hanif e lo sostengono in tutti i modi. Dato che la nostra famiglia è molto povera, all'arto artificiale di mio figlio e alle relative spese ha provveduto il CDD attraverso il progetto per la Promozione dei diritti delle persone con disabilità finanziato dalla *Manusher Jonno Foundation*. Se Hanif

ha problemi con la protesi, gli operatori della riabilitazione vengono a casa a risolverli. E man mano che mio figlio cresce gli adattano la gamba artificiale. Inoltre, Hanif riceve ogni mese un'indennità di 300 taka bengalesi da parte del dipartimento servizi sociali del nostro distretto. Io lo accompagno alla banca locale a ritirare la sua indennità. Ma Hanif avrà bisogno di un ulteriore sostegno per completare la sua istruzione.

Infatti, voglio che mio figlio sia ben istruito. L'istruzione lo emanciperà e contribuirà

a guidarlo verso una vita dignitosa. Penso che per lui sarebbe meglio un lavoro d'ufficio, così che non debba camminare troppo o stare in piedi. Magari potrebbe lavorare in un'organizzazione tipo il CDD, in un ambiente a misura di disabile in cui esprimere al meglio le sue capacità assicurandogli, al tempo stesso, una buona posizione. Potrà diventare un esempio: guardando Hanif si comprende che, con sostegno e incoraggiamento adeguati, i disabili possono partecipare attivamente alla vita della società.



Hanif impegnato nelle attività di classe. © Centre for Disability in Development

(continua da p. 29)

livello sia sociale sia economico, non soltanto per loro stessi, ma anche per le proprie famiglie e comunità.

Un bambino la cui disabilità o il cui ritardo nello sviluppo viene individuato a uno stadio precoce avrà una possibilità superiore di realizzare appieno le proprie capacità. L'istruzione nella prima infanzia, che sia pubblica, privata od offerta dalla comunità, dovrebbe rispondere alle necessità individuali del bambino. La prima infanzia è un periodo cruciale proprio perché circa l'80% della capacità del cervello si sviluppa prima dei tre anni di vita, ma anche perché il periodo tra la nascita e la scuola primaria offre opportunità di adattare il primo apprendimento alle necessità del bambino. Studi indicano che sarebbero proprio i bambini più svantaggiati a trarne i maggiori benefici⁶⁹.

L'istruzione prescolare non si limita agli asili e ad altre strutture per l'assistenza ai minori. Anche l'ambiente domestico svolge un ruolo fondamentale al fine di stimolare e agevolare lo sviluppo del bambino. Studi provenienti da Bangladesh⁷⁰, Cina⁷¹, India⁷² e Sudafrica⁷³ hanno dimostrato che una migliore interazione tra madre e figlio e un maggior numero di attività stimolanti favoriscono l'evoluzione cognitiva dei bambini piccoli in vari ambienti, dalla casa al centro sanitario⁷⁴.

Lavorare con gli insegnanti

Gli insegnanti rappresentano forse l'elemento chiave nell'ambiente di apprendimento di un bambino, quindi è importante che manifestino una comprensione chiara dell'istruzione inclusiva e un forte impegno a seguire tutti i bambini.

Troppo spesso, però, gli insegnanti mancano della preparazione e del sostegno necessari ai bambini con disabilità nelle scuole tradizionali. Questa è una delle cause della dichiarata indisponibilità degli educatori di molti paesi a sostenere l'inclusione dei bambini con disabilità nelle loro classi⁷⁵. Per esempio, secondo uno

studio compiuto in Israele, gli insegnanti destinati a sistemi speciali di insegnamento avevano preconetti sulle persone disabili e addirittura tra diversi tipi di disabilità⁷⁶. Le risorse per i bambini con disabilità tendono a essere stanziare per scuole speciali, piuttosto che per rendere inclusivo il sistema educativo tradizionale. Ciò può rivelarsi costoso oltre che inadeguato: in Bulgaria, per esempio, il budget per ogni bambino accolto in una scuola speciale può risultare fino a tre volte superiore rispetto a quello per l'inserimento in una scuola tradizionale⁷⁷.

In 22 paesi europei un esame della situazione dei bambini con disabilità intellettive ha sottolineato come la formazione degli insegnanti si sia dimostrata efficace nel favorire l'inclusione. Secondo uno studio del 2003 i presidi scolastici che avevano seguito un maggior numero di corsi sulla disabilità esprimevano punti di vista più inclusivi. E di questo nuovo atteggiamento hanno beneficiato gli studenti: punti di vista positivi sull'inclusione, infatti, si sono tradotti in un minor numero di soluzioni restrittive per gli studenti con disabilità⁷⁸. Secondo un altro studio del 2001, un corso sull'inclusione rivolto a futuri insegnanti si è rivelato efficace per l'inserimento in classe di bambini con leggere disabilità⁷⁹.

Le maggiori opportunità si hanno con gli insegnanti ancora nuovi alla professione. Secondo un recente esame sistematico della letteratura sul tema in paesi diversi tra loro come la Cina, Cipro, India, Iran, Repubblica di Corea, Stato di Palestina, Emirati Arabi Uniti e Zimbabwe, gli insegnanti con meno esperienza avevano atteggiamenti più disponibili rispetto a quelli in servizio da più tempo. Chi era stato formato all'istruzione inclusiva mostrava atteggiamenti più positivi rispetto a chi non aveva ricevuto alcuna formazione, inoltre a vantare gli atteggiamenti migliori erano gli insegnanti dotati di un'effettiva esperienza in merito⁸⁰.

Tuttavia, la formazione curricolare prepara di rado gli insegnanti a un'istruzione inclusiva. Laddove esiste, questa formazione è di qualità

variabile. Sebbene ne esistano in gran numero, i manuali non si rivelano sempre adeguati a un contesto specifico e perciò contengono spesso concetti astratti. Un esempio è rappresentato dall'apprendimento di gruppo. Alcuni insegnanti hanno risposto negativamente a immagini di bambini con e senza disabilità seduti insieme in gruppo, perché contrastavano con le modalità di interazione tra studenti tipiche delle classi più tradizionali⁸¹.

Un'altra sfida è rappresentata dalla mancanza di diversità tra lo stesso personale docente. Gli insegnanti con disabilità sono piuttosto rari e, in alcuni ambienti, esistono ostacoli considerevoli per disabili che vogliono ottenere la qualifica di insegnante. In Cambogia, per esempio, la legge stabilisce che gli insegnanti debbano essere "privi di disabilità"⁸².

Alcune partnership con la società civile offrono esempi incoraggianti su come migliorare la formazione degli insegnanti. In Bangladesh, un'Organizzazione nazionale non governativa, il *Centre for Disability in Development (CDD)*, durante il periodo scolastico, organizza corsi di formazione di dieci giorni rivolti a 20 insegnanti di 20 scuole diverse⁸³. Essendo i formatori stessi non vedenti o portatori di altre disabilità, rappresentano modelli importanti per docenti e studenti con o senza disabilità⁸⁴.

Gli insegnanti tendono a lavorare in condizioni di isolamento e ciò significa che spesso non hanno alcun sostegno in classe e vivono sotto pressione per portare a termine un programma didattico imposto dall'alto. L'istruzione inclusiva richiede un approccio flessibile all'organizzazione scolastica, allo sviluppo del programma e alla valutazione degli allievi.

Gli insegnanti devono essere in grado di richiedere un aiuto specialistico a colleghi più esperti nel lavoro con i bambini disabili, soprattutto quelli che presentano svantaggi sensoriali o intellettivi. Esperti di disabilità possono consigliare l'uso del Braille o dell'istruzione tramite computer⁸⁵.

Laddove scarseggiano, questi insegnanti specializzati possono recarsi in varie scuole, a seconda della necessità, ma possono risultare carenti in regioni a basso reddito come l'Africa subsahariana⁸⁶.

Coinvolgere i genitori, le comunità e i bambini

I programmi di istruzione inclusiva incentrati esclusivamente su attività in aula non riescono a coinvolgere le potenzialità dei genitori di prevenire violazioni come la collocazione dei bambini con disabilità in stanze a parte.

I genitori possono svolgere molti ruoli: dal fornire un trasporto accessibile al sensibilizzare gli altri, nonché da collegamento sia con il settore sanitario – affinché i bambini abbiano accesso a strumenti e forme di assistenza adeguati – sia con quello sociale, al fine di accedere a finanziamenti

(continua a p. 36)



Ragazzi giocano a calcio presso il Nimba Centre a Conakry, in Guinea. Il centro offre corsi di formazione a persone con disabilità. © UNICEF/HQ2010-1196/Asselin

Una nuova normalità

di Claire Halford



Claire Halford vive a Melbourne, in Australia, con il compagno e i loro due figli. Ha lavorato nella moda e nelle arti visive prima di dedicarsi a tempo pieno suo figlio Owen.

Tutte le donne, quando rimangono incinte, sperano di avere un bambino sano. Quando si chiede loro se sarà maschio o femmina, le mamme e i papà in attesa rispondono: "Oh, non ci importa, purché sia sano". Ricordo che, alla fine del primo trimestre di attesa del mio primogenito Owen, dissi all'ostetrica che avevo smesso di fumare e di bere e mangiavo sano, che mi dedicavo a leggeri esercizi fisici e che essere incinta mi faceva sentire bene. "Ottimo", mi disse allora lei con tono rassicurante. "Dopotutto, cosa può andare storto per una donna sana in un paese dotato di un'assistenza medica professionale avanzata?". Non sapevo che, nel giro di circa sei mesi, l'avrei scoperto sulla mia pelle.

La nascita di mio figlio, avvenuta regolarmente al termine della

gravidanza, è stata incredibilmente traumatica. Quando finalmente è venuto al mondo, non riusciva a respirare. Il suo cervello è stato privato dell'ossigeno necessario. È stato rianimato e messo in ventilazione forzata e per due settimane ha fatto avanti e indietro dal reparto di cure intensive a quello di cure speciali. Ha avuto il suo primo attacco epilettico ad appena un giorno di vita. E fino a quando non ha compiuto 2 anni, l'epilessia ha permeato ogni giorno della nostra vita.

A 5 mesi gli è stata diagnosticata una paralisi cerebrale (PC). Paralisi cerebrale è un termine ampio per descrivere una lesione al cervello che può verificarsi nell'utero, alla nascita o durante la prima infanzia. In Australia, la PC è la causa più comune di disabilità infantile, e colpisce i bambini di tutti i paesi, ricchi o poveri che siano. Interessa soprattutto il movimento e il tono muscolare. Owen ha una forma grave di PC: non può stare seduto, rotolarsi, camminare o parlare.

Dopo la diagnosi, mi arrivavano quasi ogni settimana, per posta, lettere dei medici. Le prime mi comunicavano realtà brutali, usando termini scientifici come "quadriplegico spastico", "menomazione visiva a livello corticale", e "ritardo complessivo dello sviluppo", che mi erano del tutto

estranei. Ogni ricerca che facevo online finiva con "diagnosi infausta".

In quei primi giorni, l'unica luce in quel buio scioccante era la meravigliosa personalità di Owen, con la sua risata contagiosa, il suo evidente interesse per il mondo circostante e il suo viso sempre più bello.

Il primo anno è stato molto difficile. Rabbia e delusione, solitudine e incredulità erano in agguato dietro ogni angolo. Come aveva detto l'ostetrica, una cosa del genere non sarebbe dovuta capitare a me, a lui, a noi. Era un errore! Amici e familiari non riuscivano né a dirne né a farne una giusta e perciò mi sono rivolta a chi si trovava in una situazione simile alla mia, attraverso gruppi di sostegno e su Internet.

Nel periodo in cui è arrivata la diagnosi di Owen ho ricevuto una telefonata dall'università in cui avevo lavorato. Mi avevano chiesto se mi sarebbe piaciuto tornare a insegnare part-time disegno dal vero. Quel lavoro sarebbe stato qualcosa di significativo a cui dedicarmi, ma l'ho rifiutato. Avevo un nuovo lavoro da svolgere: ormai ero responsabile a tempo pieno dell'assistenza di mio figlio.

A un certo punto, Owen ha avuto degli attacchi che non rispondevano ai farmaci per l'epilessia. Aveva due anni e abbiamo cominciato a

sottoporlo a una “dieta medica”. La dieta chetogenica è incredibilmente rigorosa, a base di molti grassi e pochi carboidrati. E per un bizzarro miracolo, ha funzionato. Nei primi tre mesi, il mio povero bambino sofferente è passato da un massimo di 200 a quasi zero attacchi al giorno. Da allora non ne ha praticamente più.

In seguito il mio compagno e io abbiamo avuto un altro figlio, un bambino sano che amiamo come Owen. Ci ha regalato un altro modo di guardare la vita. La nostra vita familiare è arrivata a definirci. Il legame che c'è tra noi ci rende più forti. Per noi il nostro stile di vita è normale e andiamo avanti. È normale guidare per la città per fare fisioterapia molte volte la settimana. È normale trasportare ogni giorno da una stanza all'altra pesanti attrezzature come deambulatori e sedili per il bagno. Conosciamo l'ospedale pediatrico come le nostre tasche e abbiamo una certa familiarità con molti dei principali specialisti in vari campi della pediatria.

Mi definisco l'“assistente personale” di mio figlio perché per lui bisogna occuparsi di un flusso incessante di documenti, richieste di fondi, appuntamenti con i medici, sedute di fisioterapia, check-up e analisi del sangue. Io mi occupo della maggior parte delle sue cure personali, come l'alimentazione e i bagnetti. Il mio compagno mi aiuta quando può, ma lavora tanto per tenerci tutti a galla dal punto di vista finanziario, affinché io possa prendermi cura di Owen vivendo in modo dignitoso. Cerchiamo di tenerci impegnati

nel fine settimana, facendo cose tipiche di una famiglia come visitare il mercato, mangiare al ristorante vietnamita o andare a vedere uno spettacolo per bambini. Owen ha una vita piuttosto impegnata e divertente per un bambino di cinque anni. Eppure, per quanto possano andar bene le cose, so che lo aspetta un viaggio lungo e difficile.

Speriamo di poter iserire Owen in una scuola primaria tradizionale con il sostegno del programma del *Cerebral Palsy Education Centre*. Da quando ha cominciato ad andarci, Owen ha dimostrato ampi miglioramenti in termini di comunicazione e di movimento. Frequenta anche le attività dell'associazione ippica *Riding for the Disabled*, che piacciono molto a entrambi. Negli anni abbiamo speso tanto tempo e tanti soldi per terapie e servizi, utili e meno utili. Stiamo migliorando la capacità di prendere decisioni pratiche piuttosto che emotive. È ancora dura per noi però; sto ancora combattendo o aspettando, talvolta per anni, qualcosa di cui lui ha disperatamente bisogno.

Le battaglie più dure riguardano il modo in cui la gente percepisce Owen. Io voglio solo che lo si tratti e gli si parli come un bambino normale, ma voglio anche che riceva attenzioni particolari e che le persone siano più pazienti con lui. Voglio che i miei amici e familiari lo aiutino e interagiscano di più con lui. Molti di loro tendono a concentrarsi su come sto io o su qualcos'altro di meno impegnativo dei problemi molto reali di Owen. È difficile anche per loro. Con tutte

le cose che bisogna fare per lui, qualche volta penso che sarebbe dovuto arrivare accompagnato da un manuale d'istruzioni.

Ho spesso temuto che le cose che mi definivano prima che diventassi l'assistente di mio figlio – il lavoro, gli interessi creativi e la vita sociale – si fossero perdute in un pozzo di dolore e di fatica. Tuttavia, per la maggior parte del tempo penso che la mia vita prima della nascita di Owen fosse relativamente superficiale. Quella di divenire la sua assistente è stata un'esperienza profonda e gioiosa oltre ogni immaginazione. Celebriamo piccole conquiste con grande eccitazione, e le mie aspettative di successo sono state dapprima infrante e poi trasformate in qualcosa di bello e semplice: Owen seduto senza aiuti per cinque secondi, oppure intento a guardare le Paralimpiadi in televisione, udendo le parole “paralisi cerebrale” e “campione” nella stessa frase. Prendendomi cura di Owen sono cresciuta, forse soprattutto nella mia capacità di entrare in empatia.

Ho imparato che, indipendentemente da ciò che non può fare, un bambino avrà pur sempre un'identità e un carattere destinato a lasciare un segno caratteristico in questo mondo. Se vogliamo essere una società illuminata, il nostro compito dev'essere quello di credere e incoraggiare. Solo così i bambini con limitazioni tanto difficili potranno crescere. E allora potremo renderci conto tutti che talvolta le cose che “vanno storte” sono solo diverse e spesso straordinarie.

(continua da p. 33)

e a regimi di credito volti a ridurre la povertà. In molti paesi, le scuole hanno dei comitati che s'impegnano, a livello comunitario, in una vasta gamma di attività a sostegno dell'inclusione. Per esempio, in Vietnam, comitati direttivi di comunità sono stati coinvolti in attività di sensibilizzazione, formazione a livello locale, fornitura di tecnologie di assistenza, di sostegno finanziario e sviluppo di ambienti accessibili⁸⁷. È importante che genitori e membri della comunità siano consapevoli di dover offrire il loro contributo.

Purtroppo è noto che la partecipazione dei bambini non si esprime adeguatamente all'interno delle strutture e dei sistemi educativi esistenti. Ciò vale per tutti i bambini, con o senza disabilità: pochi vengono coinvolti nelle decisioni riguardanti la loro istruzione e la loro vita. Ostacoli radicati in modi di pensare e di comportarsi che li percepiscono come vittime passive. Secondo il Rapporto del segretario generale dell'ONU sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel 2011, "resta difficile per i bambini con disabilità far sentire la loro voce. Di solito né iniziative come i consigli scolastici e i parlamenti dell'infanzia – veri e propri processi consultivi per sollecitare il parere dei minorenni – né i procedimenti giudiziari riescono a garantire l'inclusione dei bambini con disabilità, o a riconoscerne le capacità di partecipazione"⁸⁸.

La risorsa meno utilizzata nelle scuole e nelle comunità di tutto il mondo è rappresentata dai bambini stessi. Nel Regno Unito, il *Child-to-Child Trust* ha promosso per molti anni il coinvolgimento dei bambini nell'educazione sanitaria e in alcuni paesi questo approccio è stato adottato con buoni risultati all'interno di programmi per l'istruzione inclusiva e la riabilitazione su base comunitaria⁸⁹. Nella ricerca partecipativa, per esempio, spesso i bambini sottolineano l'importanza di un ambiente pulito e di servizi igienici, ma per i bambini con disabilità le questioni legate alla privacy e all'accessibilità sono di capitale importanza⁹⁰.

Definizione delle responsabilità

Se i governi e i loro partner avessero le idee chiare su chi debba fare cosa e come e a chi si debba fare rapporto si contribuirebbe a realizzare le aspirazioni di istruzione inclusiva. Altrimenti, la promessa di inclusione rischia di diventare una questione di cui si parla soltanto.

Secondo uno studio sui paesi impegnati in quella che un tempo era nota come la *Fast-track Initiative* (FTI) "Istruzione per tutti" e che ora viene chiamata Partnership Globale per l'istruzione, "alcuni paesi aderenti alla FTI, e soprattutto quelli che si stanno avvicinando al traguardo dell'istruzione primaria universale, dispongono attualmente di piani per il settore educativo nazionale che affrontano il problema dell'inclusione dei bambini con disabilità [...] Tuttavia, in numerose nazioni, le politiche e i provvedimenti per i bambini disabili rimangono a un livello superficiale o non sono stati attuati"⁹¹. Sempre secondo il rapporto in questione, in ben cinque paesi aderenti alla FTI i bambini con disabilità non venivano menzionati affatto.

Talvolta il problema consiste in mandati disgiunti o poco chiari. In Bangladesh, per esempio, c'è una certa confusione su quali ministeri siano responsabili dei bambini con disabilità in età scolare. L'incarico per attuare l'istruzione per tutti è affidato al Ministero dell'istruzione e al Ministero per l'istruzione primaria di massa, ma l'educazione dei bambini con disabilità viene gestita dal Ministero per l'assistenza sociale ed è considerata un'attività caritatevole, non una questione di diritti umani⁹². Dal 2002 i bambini con disabilità e quelli con bisogni educativi speciali sono stati inseriti attraverso il Programma di sviluppo dell'istruzione primaria⁹³ di cui è responsabile il Ministero dell'istruzione. Ma la gestione dell'istruzione integrata per i bambini con deficit visivi e per quelli con deficit uditivi o intellettivi ricade sotto la responsabilità del Ministero dell'assistenza sociale⁹⁴.



Lettura Braille a scuola in Uganda. © UNICEF/UGDA2012-00112/Sibiloni

L'esclusione nega ai bambini con disabilità i benefici dell'istruzione, destinati a durare per tutta la vita, ossia un lavoro migliore, la sicurezza economica e sociale e le opportunità di piena partecipazione alla vita sociale. Per contro, l'investimento in favore dell'istruzione dei bambini con disabilità può contribuire alla loro futura efficacia come membri della forza lavoro. In effetti, il potenziale reddito di una persona può aumentare fino al 10% per ogni anno di scuola in più⁹⁵. Ma l'istruzione inclusiva può anche ridurre la dipendenza attuale e futura, liberando altri componenti della famiglia da alcune responsabilità assistenziali e consentendo loro di riprendere un'attività produttiva, o semplicemente di riposarsi⁹⁶.

Acquisire capacità di base di lettura e scrittura migliora anche le condizioni di salute. Un bambino nato da una madre in grado di leggere ha il 50% di probabilità in più di sopravvivere oltre i cinque anni di età⁹⁷. Un livello

d'istruzione materna più basso, invece, è stato collegato a percentuali più elevate di arresto della crescita tra i bambini nei sobborghi urbani del Kenya⁹⁸, negli insediamenti Rom in Serbia⁹⁹, e in Cambogia¹⁰⁰. In Bangladesh, genitori più istruiti hanno fatto diminuire il rischio di arresto della crescita per i loro figli fino al 5,4% (4,6% nel caso delle madri e tra il 2,9% e il 5,4% per i padri), mentre per i genitori indonesiani un livello più alto di istruzione scolastica ha determinato una diminuzione fino al 5% (tra il 4,4% e il 5% per le madri e il 3% per i padri) delle probabilità che i loro figli soffrissero dello stesso problema¹⁰¹.

L'istruzione, insomma, è sia uno strumento utile sia un diritto il cui scopo, come stabilisce la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, è quello di promuovere "lo sviluppo della personalità del bambino, nonché delle sue facoltà e attitudini mentali e fisiche in tutta la loro potenzialità"¹⁰².

Adeguarsi, adattarsi e responsabilizzare

di Yahia J. Elziq



Yahia J. Elziq è consulente tecnico di Handicap International a Ramallah, nello Stato di Palestina.

Saja aveva sette anni quando l'ho incontrata.

All'epoca lavoravo come terapeuta occupazionale in uno dei tre centri nazionali di riabilitazione della Cisgiordania. Sebbene il centro in questione non fosse attrezzato in modo da poter soddisfare le necessità di una bambina affetta da paralisi cerebrale come Saja, siamo riusciti a offrirle le terapie necessarie a bloccare il deterioramento delle sue condizioni. I due principali ostacoli che ancora le impediscono di ottenere dei servizi di riabilitazione adeguati sono rappresentati dall'assenza di meccanismi di riferimento e di coordinamento tra i vari servizi in Cisgiordania e dalle limitazioni di movimento imposte ai palestinesi sotto occupazione. Il centro di riabilitazione specializzato in malattie come la sua si trova a Gerusalemme Est, ma alla famiglia di Saja è stato rifiutato il permesso di entrare in città.

Inoltre, i bambini disabili in Cisgiordania, come

altrove, devono affrontare una generale mancanza di conoscenze e di competenze in merito alla disabilità in tutto il settore pubblico e privato. E devono fare i conti anche con un punto di vista dominante secondo cui sono da commiserare e degni di ricevere carità, ma non hanno gli stessi diritti degli altri e non possono offrire il loro contributo alla società.

In un contesto simile, Saja è stata fortunata. Dopo un'attenta valutazione, la nostra squadra ha sviluppato un programma per sostenere e migliorare le sue possibilità di partecipare alla vita della comunità. La priorità per lei e la sua famiglia era quella di iscriverla in una scuola tradizionale. Tuttavia, per frequentare una scuola del genere, la bimba aveva bisogno di vari adattamenti a livello ambientale. L'edificio, per esempio, doveva essere accessibile con una sedia a rotelle. Per tutto questo era assolutamente necessaria la piena collaborazione della famiglia, della scuola e

Saja mi ha aperto gli occhi sulla mia capacità professionale e sull'impatto positivo che noi terapeuti possiamo avere se adottiamo atteggiamenti tendenti a emancipare i disabili.

della comunità. Saja aveva bisogno di attività integrate che coinvolgessero molte persone, a cominciare dai suoi genitori, i quali tendevano a usare le risorse disponibili più a beneficio del fratello, affetto dallo stesso disturbo, privandola dell'opportunità di sviluppare al massimo il suo potenziale.

Affrontare tali questioni è stato reso più difficile dalla mancanza di una politica adeguata a livello nazionale. Non esiste un programma educativo inclusivo per i bambini con disabilità né politiche specifiche. Per questi motivi il destino dei bambini con disabilità dipende molto dalla disponibilità dei membri della comunità a riconoscere che hanno gli stessi diritti di tutti gli altri loro coetanei. Quando questi diritti vengono riconosciuti molti problemi si possono risolvere, spesso semplicemente mobilitando le risorse comunitarie esistenti.

Per fortuna, nel caso di Saja, le trattative con il preside della scuola sono andate a buon

fine e la sua classe è stata spostata dal secondo piano al piano terra. Gli insegnanti hanno accettato l'idea di averla in classe. Usando le nostre reti di contatti professionali e personali, siamo riusciti a procurarle una carrozzina adatta e, grazie ad alcuni medici locali e a un centro sanitario, la sua famiglia è riuscita a ottenere per lei un trattamento gratuito per migliorare la vista.

Nel giro di appena un paio d'anni la situazione di Saja è nettamente migliorata: si sono affrontati alcuni dei suoi problemi di salute e la sua mobilità è migliorata, come sono migliorate anche l'autostima e la sicurezza di sé, insieme alle capacità di interagire a livello sociale e di affrontare la vita quotidiana.

Saja mi ha aperto gli occhi sulla mia capacità professionale, nonché sull'impatto positivo che noi terapeuti possiamo avere adottando atteggiamenti tendenti a emancipare i disabili. E cosa ancor più

importante, mi ha aiutato a comprendere il valore e l'importanza di un punto di vista olistico e di un approccio globale nel lavoro con le loro comunità di appartenenza. Questo è l'unico modo per garantire ai bambini con disabilità le stesse opportunità degli altri di partecipare alla vita comunitaria.

Voglio condividere questa consapevolezza con i responsabili politici. Buone politiche, elaborate con il coinvolgimento dei bambini con disabilità e delle organizzazioni di disabili e attuate in modo adeguato. Questo è il messaggio che la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e la Convenzione sui diritti dell'infanzia ci comunicano, e noi vogliamo promuoverlo ogni giorno.



Un'insegnante esperta di educazione inclusiva assiste Sok Chea, un bambino sordo di cinque anni, in un asilo della Cambogia.
© UNICEF/Cambogia/2011/Mufel

CARDINI DELLA PROTEZIONE

I bambini con disabilità sono tra i membri più vulnerabili della società. A loro vanno destinate misure immediate atte a proteggerli dagli abusi e far sì che ottengano giustizia.

Quella per ottenere protezione può essere una sfida particolarmente difficile per i bambini con disabilità. In società in cui vengono stigmatizzati e le famiglie esposte a rischi di esclusione sociale ed economica, molti di loro non sono neppure dotati di un documento d'identità. La loro nascita non viene registrata: perché forse si presume che non sopravvivano¹⁰³, i genitori non vogliono ammetterne l'esistenza, oppure li si considera un potenziale spreco di risorse pubbliche. Si tratta, in ogni caso, di un'evidente violazione dei diritti di questi bambini, oltre che di una barriera fondamentale alla loro partecipazione sociale. Può suggellarne l'invisibilità e aumentarne la vulnerabilità alle molteplici forme di sfruttamento derivanti dal non possedere un'identità ufficiale.

Gli Stati parti della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD) si sono dati il chiaro obbligo di garantire un'efficace protezione giuridica ai bambini con disabilità. Hanno accolto, inoltre, il principio della "sistemazione ragionevole", secondo cui si devono compiere gli adeguamenti necessari affinché i bambini con disabilità possano godere dei loro diritti alla pari degli altri. Perché le leggi e gli sforzi che ne derivano, volti a cambiare le norme sociali discriminatorie, risultino significativi, è necessario anche assicurarsi che tali leggi siano applicate e i bambini con disabilità vengano informati sul loro diritto a essere protetti dalla discriminazione e su come esercitarlo. Sistemi separati per i bambini con disabilità non sarebbero

appropriati. Come per gli altri aspetti della vita e della società discussi in questo rapporto, l'obiettivo è rappresentato dall'equità attraverso l'inclusione.

Abusi e violenze

L'esclusione dei bambini con disabilità e la discriminazione li rende troppo vulnerabili a violenze, abbandoni e abusi. Studi svolti negli Stati Uniti hanno dimostrato che i bambini con disabilità che frequentano la scuola dell'infanzia, o ancora più piccoli, hanno maggiori probabilità di subire abusi rispetto ai coetanei non disabili¹⁰⁴. Secondo un'indagine compiuta a livello nazionale sugli adulti sordi in Norvegia, le bambine avevano il doppio delle probabilità di subire abusi sessuali – e i bambini addirittura il triplo – rispetto ai coetanei non disabili¹⁰⁵. Si è dimostrato anche che i bambini che potevano aver già subito forme di stigmatizzazione e di isolamento avevano maggiori probabilità di essere abusati.

Alcune forme di violenza sono specifiche dei bambini con disabilità, perpetrate sotto forma di trattamenti finalizzati a modifiche comportamentali, compresi il trattamento elettroconvulsivo, la terapia farmacologica e gli elettroshock¹⁰⁶. Le bambine con disabilità patiscono inoltre abusi particolari e in molti paesi sono soggette a sterilizzazioni o aborti forzati¹⁰⁷. Procedure del genere vengono giustificate per evitare il ciclo mestruale o una gravidanza indesiderata, se non addirittura ascritte a

un concetto sbagliato di “protezione dell’infanzia”, data la spiccata vulnerabilità delle bambine disabili agli abusi sessuali e allo stupro¹⁰⁸. All’inizio del 2013 l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha cominciato a elaborare una guida per combattere gli abusi e la sterilizzazione forzata.

Istituti e cure inadeguate

In molti paesi i bambini con disabilità continuano a essere affidati a istituti. È raro che queste strutture riescano a offrire l’attenzione individuale di cui i bambini hanno bisogno per sviluppare appieno le loro capacità. La qualità dell’assistenza educativa, medica e riabilitativa fornita negli istituti risulta spesso insufficiente perché non vengono monitorati né applicati gli standard adeguati.

Ai sensi della Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza (CDI), i bambini con o senza disabilità hanno diritto che siano i genitori a prendersi cura di loro (articolo 7) e a non venirsene separati, a meno che un’autorità competente non stabilisca che ciò sia nell’interesse del bambino (articolo 9). La CDPD rinforza questo punto

nell’articolo 23, in cui afferma che, laddove la famiglia non sia in grado di prendersi cura di un bambino con disabilità, gli Stati parti devono adottare ogni provvedimento necessario per fornire un’assistenza alternativa all’interno della famiglia estesa o della comunità.

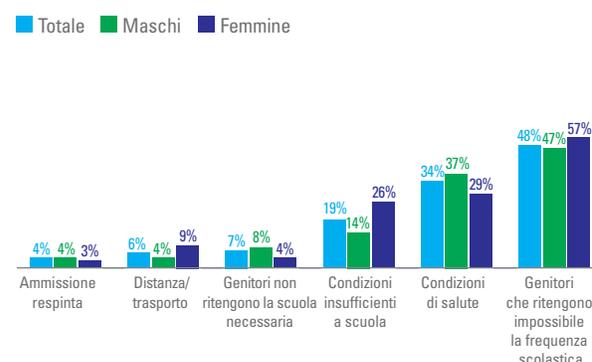
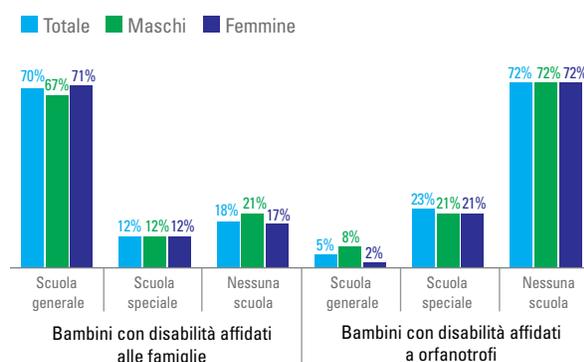
In molti paesi, l’adozione costituisce una forma diffusa di assistenza alternativa. Le famiglie possono mostrarsi riluttanti a sostenere l’assistenza di un bambino con disabilità a causa di quello che viene percepito come un carico extra di cure e di esigenze psicologiche. Le organizzazioni per l’affido possono incoraggiare l’idea di adottare bambini con disabilità e fornire formazione e sostegno adeguati. Laddove le autorità sono riuscite a constatare i pericoli dell’assistenza in istituto e hanno reinserito i bambini nelle loro famiglie o comunità, quelli con disabilità sono stati tra gli ultimi ad essere affidati a forme alternative di assistenza. In molti paesi dell’Europa centrale e orientale e della Confederazione di stati indipendenti si sta riformando l’assistenza per trasferire i bambini dai grandi istituti a case famiglia più piccole o a forme

Bambini con disabilità e istruzione secondaria

► Armenia, 2011

In genere i bambini con disabilità che vivono in famiglia ricevono la loro istruzione secondaria nelle scuole tradizionali, ma quelli che vivono negli istituti, invece, tendono ad esserne esclusi.

Il motivo principale per cui i bambini con disabilità assistiti dalle famiglie non frequentano la scuola è perché i loro genitori non li ritengono in grado di studiare.



Fonte: Ministero del lavoro e delle questioni sociali della Repubblica di Armenia e UNICEF, *It's About Inclusion: Access to education, health and social protection services for children with disabilities in Armenia*. UNICEF/Yerevan, 2012. <http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_Disability_Report_ENG_small.pdf>. Dimensioni dei campioni: 5.707 bambini nel campione totale; 5.322 bambini con disabilità affidati alle famiglie; 385 bambini con disabilità affidati agli istituti. Fascia di età: campione totale: 0-18 anni. Domande sull’istruzione secondaria: 6-18 anni.

di assistenza alternative. La Serbia, per esempio, ha avviato riforme su vasta scala nel 2001. È stata data la priorità alla de-istituzionalizzazione e l'adozione, che aveva solide basi nel paese, ha ricevuto grande impulso. È stato adottato un nuovo codice di famiglia ed è stato istituito un fondo per contribuire allo sviluppo di servizi sociali basati sulla comunità. Ne sono conseguiti progressi, ma un esame più accurato ha rivelato che i bambini non disabili erano stati dimessi dagli istituti a un ritmo molto più rapido rispetto a quelli con disabilità, circa il 70% dei quali era stato assegnato a tali istituti direttamente dai reparti maternità degli ospedali. Questo dato è servito a dimostrare quanto sia importante che le riforme vengano ideate e attuate affinché nessun bambino sia escluso dai progressi e da allora ha determinato un rinnovato impegno nei confronti della de-istituzionalizzazione¹⁰⁹.

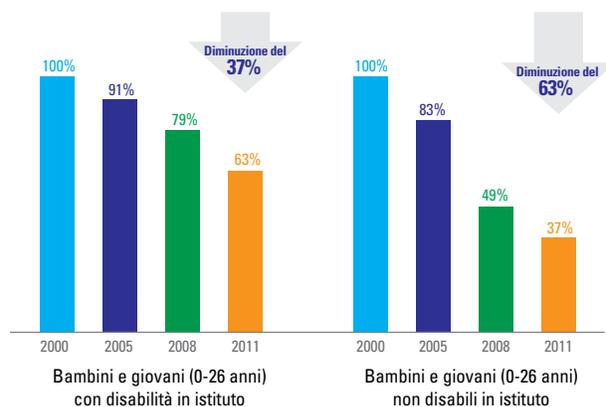
Giustizia inclusiva

La responsabilità di uno stato di proteggere i diritti di tutti i bambini sotto la sua giurisdizione si estende in modo equo ai bambini con disabilità che entrano in contatto con la legge come vittime, testimoni, sospettati o condannati. Provvedimenti specifici possono rivelarsi utili: è possibile, per esempio, interrogare i bambini con disabilità nella loro lingua, parlata o gestuale che sia. È possibile formare funzionari incaricati di applicare la legge, assistenti sociali, avvocati, giudici e rappresentanti di altre professioni rilevanti in modo che siano in grado di lavorare con i bambini disabili. La formazione sistematica e continua di tutti i professionisti coinvolti nell'amministrazione della giustizia minorile risulta essenziale, come pure l'istituzione di regolamenti e protocolli che rendano più equo il trattamento dei bambini con disabilità.

È importante altresì sviluppare soluzioni alternative ai procedimenti giudiziari ufficiali tenendo conto della gamma di capacità individuali dei bambini con disabilità. Le procedure giuridiche ufficiali andrebbero applicate solo come ultima istanza, nell'interesse dell'ordine pubblico e si dovrebbe aver cura di spiegare il procedimento e i diritti dell'infanzia.

Dimessi per ultimi

Con le riforme assistenziali attuate in Serbia i bambini disabili sono stati dimessi dagli istituti a un ritmo più lento rispetto a quelli senza disabilità.



Fonte: Istituto repubblicano per la protezione sociale, Serbia.
Dimensioni dei campioni: bambini e giovani (0-26 anni) con disabilità; 2.020 nel 2000, 1.280 nel 2011. Bambini e giovani (0-26 anni) non disabili; 1.534 nel 2000, 574 nel 2011.

I bambini con disabilità non andrebbero reclusi in istituti detentivi, né in attesa di giudizio né dopo la sentenza. Qualunque decisione risultante in una privazione della libertà dovrebbe mirare a un trattamento capace di affrontare i problemi che possono aver spinto il minore a commettere un crimine. Un tale trattamento andrebbe effettuato nel contesto di strutture adeguate con personale adeguatamente formato, nonché nel pieno rispetto dei diritti umani e delle tutele giuridiche¹¹⁰.



Un alunno impara l'alfabeto olandese in una scuola per bambini con difficoltà di apprendimento a Curaçao, Paesi Bassi. © UNICEF/HQ2011-1955/LeMoyné

La violenza sui bambini con disabilità

*di Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates
Centro per la salute pubblica,
Liverpool, John Moores University*

*Christopher Mikton, Alana Officer, Tom Shakespeare
Dipartimento per la prevenzione della violenza e delle lesioni personali e la disabilità,
Organizzazione Mondiale della Sanità*

Spesso i bambini e gli adulti con disabilità devono affrontare una vasta gamma di barriere fisiche, sociali e ambientali alla piena partecipazione sociale, tra cui un accesso ridotto all'assistenza sanitaria, all'istruzione e ad altri servizi di sostegno. Si ritiene anche che corrano rischi tre o quattro volte superiori di subire violenze rispetto ai coetanei non disabili. Comprendere la portata della violenza sui bambini con disabilità è un primo passo essenziale per sviluppare programmi efficaci che impediscano loro sia di patire violenze quanto di migliorare condizioni di salute e qualità della vita. A tale scopo, alcuni ricercatori della John Moores University di Liverpool e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno condotto il primo esame sistematico, con tanto di meta-analisi, degli studi esistenti sulla violenza sui bambini con disabilità (fino a 18 anni di età).

Diciassette studi, tutti provenienti da paesi ad alto reddito, soddisfacevano i criteri di inclusione nell'esame. Le stime sulla diffusione della violenza sui bambini con disabilità andavano dal 26,7% per vari tipi di violenza al 20,4% per quella fisica e al

13,7% per quella sessuale. Secondo le stime dei livelli di rischio, i bambini con disabilità avevano probabilità significativamente superiori di subire violenza rispetto ai loro coetanei non disabili: 3,7 volte maggiori per vari tipi combinati di violenza, 3,6 volte superiori per la violenza fisica e 2,9 volte maggiori per la violenza sessuale. Per esempio, i bambini con disabilità mentali o intellettive avevano probabilità 4,6 volte superiori di essere vittime di violenza sessuale rispetto ai coetanei non disabili.

L'esame in questione ha evidenziato l'assenza di studi di alta qualità sull'argomento da parte di paesi a basso e medio reddito, che in genere presentano tassi più elevati di disabilità rispetto alla popolazione, livelli di violenza più elevati e minori servizi di sostegno per i disabili. È pertanto urgente colmare questo divario nella ricerca.

Sono state proposte numerose spiegazioni per capire perché i bambini con disabilità corrano un rischio tanto maggiore di subire violenze rispetto ai non disabili. Doversi prendere cura di un bambino disabile può comportare uno sforzo

I bambini con disabilità corrono maggiori rischi di subire violenze rispetto ai coetanei non disabili.

extra per genitori e famiglie, oltre a far aumentare il rischio di abusi. Numeri significativi di bambini con disabilità continuano a essere affidati a istituti e questo li espone al rischio di abuso sessuale e fisico. I bambini con limitazione delle capacità comunicative risultano particolarmente vulnerabili agli abusi, perché le barriere a livello di comunicazione possono ostacolare la capacità di denunciare i colpevoli.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità mira a proteggere i diritti dei disabili garantendone la piena ed equa partecipazione alla vita sociale. Nel caso dei bambini questa partecipazione comprende un passaggio sicuro e stabile dall'infanzia all'età adulta. Come per tutti gli individui un'infanzia sicura offre le migliori opportunità per essere sani e ben inseriti nella vita adulta. È noto che le esperienze infantili negative, tra cui la violenza in varie forme, sono collegate a un'ampia gamma di esiti negativi, a livello sia sanitario sia sociale, per il resto della vita.

I bambini alloggiati lontano da casa hanno bisogno di maggiore assistenza e

protezione; pertanto, sarebbe necessario occuparsi con urgenza degli ambiti in cui il rischio di subire violenze e abusi, come istituti o altre strutture di accoglienza, è particolarmente alto. Sia che vivano in istituto, con le famiglie o con altri tutori, tutti i bambini con disabilità dovrebbero essere considerati un gruppo ad alto rischio di violenza. In questo senso possono beneficiare di interventi come le visite a domicilio e i programmi per i genitori, che si sono dimostrati efficaci al fine di prevenire la violenza e di mitigarne le conseguenze anche sui bambini non disabili. La valutazione dell'efficacia di simili interventi per i bambini con disabilità dovrebbe essere prioritaria.

PROSPETTIVE

Segregazione e abusi negli istituti

di Eric Rosenthal e Laurie Ahern



Eric Rosenthal, JD, è fondatore e direttore generale di Disability Rights International (DRI). Laurie Ahern ne è invece il presidente. Attraverso indagini svolte negli orfanotrofi e in altri istituti, DRI ha richiamato l'attenzione internazionale sui diritti umani delle persone con disabilità.

In tutto il mondo, milioni di bambini con disabilità vengono separati dalle famiglie e ospitati in istituti, collegi e case di cura. Quelli che sopravvivono agli istituti hanno davanti a sé la prospettiva di rimanere confinati per tutta la vita in strutture per adulti. Secondo la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD), segregare dei bambini in base alla loro disabilità ne viola i diritti. L'articolo 19 della Convenzione richiede ai governi di istituire leggi, politiche sociali e servizi di sostegno a livello di comunità necessari a prevenire

l'isolamento o la segregazione dalla comunità stessa.

Negli ultimi vent'anni, Disability Rights International (DRI) ha documentato le condizioni dei bambini con disabilità negli istituti di 26 paesi del mondo. Le nostre scoperte sono caratterizzate da sorprendente coerenza. Abbiamo intervistato madri e padri disperati che desiderano tenere a casa i loro bambini ma, ricevendo un sostegno inadeguato da parte dei governi, non possono permettersi di prendersene cura. Spesso i medici consigliano addirittura ai genitori di affidare il figlio a un istituto prima di affezionarsi troppo a lui.

Far crescere i bambini in ambienti collettivi è implicitamente pericoloso. Anche negli istituti puliti e ben gestiti da personale qualificato, i bambini corrono maggiori rischi di ammalarsi o di morire rispetto a quelli che vivono in famiglia. I bambini che crescono in questi ambienti possono acquisire disturbi dello sviluppo e i più piccoli sono oltremodo esposti a danni psicologici irreversibili.

Anche negli istituti dove l'alimentazione è adeguata osserviamo spesso bambini emaciati perché semplicemente smettono di mangiare, a causa di un disturbo chiamato "arresto

della crescita". Neonati e bambini con disabilità possono patire la fame o essere carenti di elementi nutritivi perché il personale non può o non vuole trovare il tempo extra necessario per nutrirli. Alcuni di loro magari lasciano un biberon sul petto di un bambino costretto a letto, permettendogli in teoria di afferrarlo e di bere, cosa che però, in pratica, il bambino può essere incapace di fare.

Molti vengono lasciati a languire. Nel 2007 un investigatore di Disability Rights International fece un'orribile scoperta: un bambino che sembrava avere 7 o 8 anni ne aveva in realtà, secondo un'infermiera, ben 21, e non lasciava la sua culla dall'età di 11 anni.

Senza fare movimento, le disabilità fisiche peggiorano e i bambini possono sviluppare complicazioni mediche che ne minacciano la vita. Ad alcuni di loro vengono addirittura amputate braccia o gambe atrofizzate.

Privi di attenzioni e di sostegno emotivo molti bambini sviluppano forme di autolesionismo, dondolandosi avanti e indietro, battendo la testa contro il muro, mordendosi o infilandosi le dita negli occhi. La maggior parte delle strutture non dispone di personale in grado di aiutare i bambini a

È molto più difficile proteggere i bambini e offrire loro un'opportunità di vita in società quando i legami con la famiglia sono già stati spezzati.

interrompere comportamenti simili. Talvolta vengono addirittura legati in modo permanente al letto o tenuti in gabbia per impedirgli di farsi del male, o perché il personale è oberato di lavoro. Il Comitato contro la tortura e il Relatore speciale sulla tortura delle Nazioni Unite hanno dichiarato che l'uso prolungato di costrizioni fisiche può rappresentare una forma di tortura.

Per un bambino che si trova già in istituto, ammalarsi può essere una condanna a morte. In più di un paese il personale di queste strutture ha riferito che ai bambini con disabilità vengono negate le cure mediche. Questi dipendenti hanno anche dichiarato, sbagliando, che i bambini affetti da disturbi dello sviluppo non hanno la capacità di sentire dolore. Perciò, in alcuni casi, gli interventi medici vengono condotti senza anestesia. In una struttura in particolare, ai bambini venivano estratti i denti con le pinze; altrove, invece, ricevevano terapie elettroconvulsive senza anestesia né miorilassanti.

Alcuni erano stati sottoposti a elettroshock, legati e isolati per lunghi periodi con lo scopo preciso di farli soffrire, in base alla teoria secondo cui una "terapia avversativa" potrebbe far cessare

comportamenti ritenuti impropri. Negli Stati Uniti un'insegnante ha raccontato che una bambina cieca, sorda e muta è stata sottoposta a elettroshock perché gemeva troppo; alla fine si è scoperto che aveva un dente rotto.

Privi di supervisione e di tutele dei loro diritti alcuni bambini sono effettivamente scomparsi da alcuni istituti. I programmi di monitoraggio e di attuazione dei diritti umani volti a proteggere da violenza, sfruttamento e abusi, come richiede l'articolo 16 della CDPD, risultano assenti nella maggior parte delle strutture che abbiamo visitato. In alcuni casi le autorità non tengono sotto controllo i nomi né i numeri dei bambini detenuti in luoghi simili.

Le statistiche ufficiali sono inaffidabili e spesso i numeri sono limitati agli orfanotrofi e non comprendono i bambini detenuti in altri tipi di istituto, come i collegi, le strutture sanitarie o psichiatriche, i riformatori o i rifugi per senzatetto. E spesso non si contano neppure gli istituti privati o religiosi che possono essere molto più capienti degli orfanotrofi governativi.

Gli ingressi di alcuni orfanotrofi e di altri istituti sono ornati con simboli di governi, società donatrici, chiese o istituzioni benefiche private. Anche quando

l'assistenza finanziaria da parte di donatori internazionali o quella tecnica fornita da particolari agenzie costituiscono una piccola parte del bilancio operativo di un istituto, questo sostegno può offrire un'apparente "sigillo di approvazione". DRI ha rilevato aiuti bilaterali e multilaterali – sia ufficiali sia a livello di donazioni volontarie da parte del personale – per amenità come i campi da gioco in orfanotrofi in cui i bambini vengono legati ai letti e muoiono per mancanza di assistenza medica. Questi donatori possono anche essere benintenzionati, ma aiuti del genere vanno contro l'intento della CDPD e di altri strumenti giuridici che mirano a proteggere gli individui dalla segregazione.

Nessun bambino dovrebbe essere strappato alla famiglia a causa della propria disabilità. DRI esorta tutti i governi e le istituzioni donatrici a impegnarsi per prevenire nuovi affidamenti a orfanotrofi. È molto più difficile proteggere i bambini e offrire loro un'opportunità di vita in società quando i legami con la famiglia sono già stati spezzati. La detenzione di bambini in istituto costituisce una violazione fondamentale dei diritti umani. Possiamo mettervi fine su scala mondiale, attraverso una moratoria sui nuovi affidamenti.



Fadi, 12 anni, cammina tra le macerie a Rafah, nello Stato di Palestina, dove le violenze in corso hanno prodotto gravi conseguenze psicologiche, soprattutto sui bambini. © UNICEF/HQ2012-1583/EI Baba

RISPOSTA UMANITARIA

Le crisi umanitarie, come quelle determinate da guerre e disastri naturali, comportano particolari rischi per i bambini con disabilità.

Conflitti armati e guerre colpiscono i bambini in modi diretti e indiretti: direttamente sotto forma di ferite fisiche provocate da attacchi, fuoco di artiglieria ed esplosioni di mine terrestri, oppure disturbi psicologici derivanti da queste ferite o dall'aver assistito a eventi traumatici; e indirettamente, per esempio, attraverso la sospensione dei servizi sanitari, che impedisce di curare molte malattie e insufficienza alimentare che provoca malnutrizione¹¹¹.

I bambini vengono anche separati da famiglie, case e scuole, talvolta per anni.

La natura dei conflitti armati, che costituiscono una delle cause principali di disabilità tra i bambini, sta cambiando. Gli scontri stanno assumendo sempre di più la forma di guerre civili ricorrenti e di episodi di violenza caratterizzati dall'uso indiscriminato della forza e delle armi. Al tempo stesso, si prevede che, nei prossimi anni, disastri naturali colpiranno numeri crescenti di bambini e adulti, soprattutto in regioni a rischio come quelle in prossimità delle coste, man mano che le calamità legate al cambiamento climatico aumenteranno in termini di frequenza e di intensità¹¹².

Nelle emergenze i bambini con disabilità devono affrontare sfide particolari. Possono non riuscire a fuggire durante una crisi a causa di percorsi di evacuazione inaccessibili; per esempio, un bambino sulla sedia a rotelle potrebbe essere incapace di

fuggire da uno tsunami o da una sparatoria e quindi venire abbandonato dalla famiglia. Questi bambini dipendono talvolta da strumenti di assistenza o da badanti e, se li perdono, possono risultare estremamente esposti a violenze fisiche o ad abusi di natura sessuale, emotiva e verbale. I bambini con disabilità possono anche essere resi invisibili proprio dalla famiglia e dalla comunità; per esempio, un bambino con un deficit intellettivo potrebbe essere relegato in casa a causa della stigmatizzazione del suo disturbo.

Inoltre, i bambini con disabilità possono risultare esclusi dai servizi di sostegno e da programmi di assistenza sanitaria o alimentare a causa di barriere architettoniche poste da edifici inaccessibili o per atteggiamenti negativi. Oppure possono essere dimenticati nell'istituzione di servizi mirati. Per esempio, i sopravvissuti alle mine terrestri potrebbero non essere in grado di accedere ai servizi di riabilitazione fisica a causa della distanza, del costo elevato dei trasporti o dei criteri di ammissione ai programmi terapeutici.

Un intervento umanitario che includa la disabilità è fondato su:

- Un approccio incentrato sui diritti, in base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CDI) e alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD). L'articolo 11 della CDPD richiede specificamente

a chi ne ha il dovere di prendere tutti i provvedimenti necessari a garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di conflitto, di emergenza e di catastrofe naturale.

- Un approccio inclusivo che riconosca ai bambini disabili, oltre ai bisogni legati specificamente alla loro disabilità, le stesse necessità di tutti gli altri bambini, essendo la disabilità solo un aspetto della loro situazione. Un approccio inclusivo affronta anche le barriere sociali, attitudinali, informative e fisiche che impediscono ai bambini con disabilità di partecipare e di prendere delle decisioni.
- La garanzia dell'accessibilità a informazioni e infrastrutture, nonché della progettazione universale di queste ultime. A tal fine è necessario rendere accessibili ai bambini con disabilità l'ambiente fisico di tutte le strutture, dei centri sanitari, dei rifugi e delle scuole,

nonché l'organizzazione dei servizi sanitari e dei sistemi comunicativi e informativi.

- La promozione di una vita autonoma, affinché i bambini con disabilità possano vivere nel modo più indipendente possibile e partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita.
- La consapevolezza dell'età, del genere e della diversità con un'attenzione particolare alla doppia o tripla discriminazione che le donne o le bambine disabili devono affrontare.

Una risposta umanitaria che includa la disabilità garantisce che i bambini e gli adulti, come le loro famiglie, sopravvivano e vivano con dignità, apportando al tempo stesso dei benefici alla comunità in generale. Questo approccio richiede programmi olistici e inclusivi, non soltanto politiche e progetti isolati riguardanti le disabilità. Tra gli ambiti d'azione più importanti per l'intervento umanitario inclusivo della disabilità figurano:



Vijay, 12 anni, è sopravvissuto all'esplosione di una mina terrestre ed è diventato un educatore sul rischio di mine nello Sri Lanka. © UNICEF/Sri Lanka/2012/Tuladar



Residui bellici esplosivi (RBE) in mostra presso una scuola di Ajdabiya, in Libia. Gli studenti li hanno raccolti in giro per la città. © UNICEF/HQ2011-1435/Diffidenti

- Il miglioramento dei dati e delle valutazioni al fine di costruire una base di prove per le necessità e le priorità specifiche dei bambini con disabilità.
- L'accessibilità dei servizi umanitari ai bambini con disabilità, coinvolgendo questi ultimi nelle attività di pianificazione e di progettazione.
- L'ideazione di servizi specializzati per i bambini con disabilità e la garanzia che il recupero e la reintegrazione procedano in ambienti atti a favorire il benessere, la salute, il rispetto di sé e la dignità.
- L'adozione di provvedimenti per prevenire i ferimenti e gli abusi e promuovere l'accessibilità.
- Le partnership con comunità e altri attori a livello regionale e nazionale, comprese

le organizzazioni dei disabili, per sfidare i pregiudizi e gli atteggiamenti discriminatori e promuovere l'equità.

- La promozione della partecipazione dei bambini con disabilità, che si ottiene consultandoli e dando loro le opportunità per farsi sentire.

Le parti in conflitto hanno l'obbligo di proteggere i bambini dagli effetti della violenza armata e di fornire loro accesso a un'assistenza sanitaria e psicologica adeguata che ne agevoli il recupero e la reintegrazione. Il Comitato sui diritti dell'infanzia ha raccomandato agli Stati parti della CDI di aggiungere un riferimento esplicito ai bambini con disabilità all'impegno più ampio a non reclutare minorenni nelle forze armate¹¹³. Inoltre, i governi dovrebbero aver cura di affrontare il recupero e il reinserimento sociale dei bambini che acquisiscono delle disabilità in seguito a conflitti armati.

Rischio, capacità di recupero e intervento umanitario inclusivo

di *Maria Kett*

Vicedirettrice del Dipartimento di epidemiologia e salute pubblica, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College di Londra

L'articolo 11 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità obbliga gli Stati parti ad "assicurare la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, includendo i conflitti armati, le crisi umanitarie e le catastrofi naturali".

In occasione di un'emergenza – sia che si tratti di un conflitto armato o di una catastrofe naturale o provocata dall'uomo – i bambini sono tra i più esposti a carenze di cibo, di riparo, di assistenza sanitaria, di istruzione e di sostegno psicosociale adeguati. Questa vulnerabilità può risultare persino più acuta per quelli con disabilità.

Sapere quanti bambini con disabilità vivano in una zona colpita da un'emergenza è molto difficile, a causa dell'inesistenza di dati ancor prima dell'emergenza. I genitori o le comunità possono nascondere questi bambini a causa della stigmatizzazione, per esempio.

Al tempo stesso, numeri sempre maggiori di bambini possono subire conseguenze incurabili per emergenze croniche o improvvise. In caso di terremoto possono essere resi disabili da oggetti che cadono o da edifici che crollano. Possono altresì subire ferite molto gravi e traumi psicologici durante inondazioni e frane. I conflitti fanno aumentare la probabilità di disabilità a causa di scontri, mine, o altri residuati bellici esplosivi (RBE). Spesso, essendo più piccoli e nelle prime fasi dello sviluppo, i bambini riportano ferite più gravi rispetto agli adulti e richiedono un sostegno continuo a livello psicologico e fisioterapico.

Le sfide che i bambini con disabilità e le loro famiglie devono affrontare vengono riconosciute di rado nella valutazione degli effetti di un'emergenza. Comprendono la comparsa di nuove barriere architettoniche come rampe crollate, danneggiamento o smarrimento di dispositivi di assistenza, nonché la perdita di servizi (tipo interpreti della lingua dei segni o infermieri a domicilio) o di sistemi di sostegno (come i contributi assistenziali o i programmi di protezione sociale) precedentemente istituiti.

Esistono anche altri rischi. In caso di morte di altri componenti della famiglia, potrebbe non rimanere nessuno in grado di prendersi cura di un bambino fisicamente disabile o di comunicare con un minore affetto da una limitazione sensoriale. Se sono costrette a fuggire, e soprattutto se devono affrontare un lungo viaggio a piedi, le famiglie possono scegliere di abbandonare bambini di salute cagionevole o incapaci di camminare, o anche perché temono di vedersi rifiutati per causa loro l'asilo in un altro paese. Diverse nazioni, in effetti, praticano discriminazioni simili. C'è poi la possibilità che istituti e scuole residenziali chiudano o vengano abbandonati dal personale.

I bambini disabili, e soprattutto quelli con difficoltà di apprendimento, possono anche essere coinvolti direttamente nei conflitti: costretti ad arruolarsi come combattenti, cuochi o facchini proprio perché considerati di minor valore, o meno resistenti, rispetto ai bambini non disabili. In teoria i programmi di disarmo, smobilitazione e reintegrazione comprendono tutti gli ex combattenti minorenni, ma in realtà le risorse e i programmi per i bambini con disabilità sono spesso inesistenti. Pertanto, questi

bambini restano emarginati ed esclusi, e quindi poveri, vulnerabili e spesso costretti a mendicare, come è successo in Liberia e in Sierra Leone.

Il rischio di violenza, compresa quella di natura sessuale, aumenta quando la protezione della famiglia e le strutture sociali vengono meno, proprio come accade in occasione di conflitti e disastri. In situazioni del genere, le bambine sono particolarmente vulnerabili, ma rischiano anche i bambini con disabilità, che hanno meno probabilità di ricevere aiuto dopo le violenze subite.

Anche il recupero e la ricostruzione comportano delle sfide per i bambini con disabilità. Durante le operazioni di soccorso conseguenti allo tsunami del 2004 nell'Oceano Indiano, per esempio, a una bambina disabile furono consegnate cinque sedie a rotelle, piuttosto che cibo o indumenti.

Capacità di recupero e inclusione

I bambini hanno ripetutamente dimostrato le loro capacità di recupero. Si possono adottare misure per sostenere la loro partecipazione e inclusione. Dovrebbe trattarsi di provvedimenti specifici per gruppi e contesti particolari: ragazzi e ragazze vivono esperienze diverse durante i conflitti, come pure i bambini piccoli e gli adolescenti.

Come punto di partenza, ai bambini con disabilità bisognerebbe offrire l'opportunità

di partecipare anche alla pianificazione e all'attuazione di strategie volte alla riduzione del rischio di disastri e al mantenimento della pace, oltre che ai percorsi di recupero. L'ignoranza e i presupposti errati secondo cui questi bambini sarebbero incapaci di offrire un loro contributo ne hanno spesso impedito la partecipazione, ma le cose stanno cominciando a cambiare. In Bangladesh, per esempio, *Plan International* ha sfidato questi pregiudizi sia attraverso partnership con organizzazioni di disabili sia lavorando direttamente con le comunità a forme di riduzione del rischio di calamità incentrate sui bambini.

Analogamente, le disposizioni in favore dei bambini con disabilità stanno aumentando nell'ambito delle procedure di risposta ai disastri. In Pakistan, per esempio, *Handicap International* (HI) e *Save the Children* hanno costruito spazi inclusivi a misura di bambino e sviluppato delle direttive settoriali sull'inclusione di persone con disabilità soprattutto nei progetti di protezione. Ad Haiti, HI e CBM, un'organizzazione per lo sviluppo di matrice religiosa, hanno esercitato pressioni sul governo per migliorare l'inclusione delle persone con disabilità nella distribuzione di cibo e in altre iniziative simili. L'ONU utilizza spesso le emergenze come opportunità per "ricostruire meglio"; si tratta di un approccio che può

produrre opportunità per i bambini con disabilità, perché offre a tutte le parti interessate l'occasione di lavorare insieme. Inoltre, si sta inserendo la disabilità in direttive come quelle contenute nella *Carta umanitaria e norme minime di risposta in caso di disastri* del Progetto Sfera, formulata da un gruppo di organizzazioni internazionali per migliorare la qualità e l'affidabilità della risposta umanitaria. La disponibilità di direttive d'emergenza su come includere gli individui con disabilità – e i bambini in particolare – sta aumentando. È necessario però consolidare questi miglioramenti ed estenderli ad ambiti come l'alimentazione e la protezione dell'infanzia.

È necessario altresì un approccio unificato alla raccolta di dati. Bisognerebbe accentuare la collaborazione con le organizzazioni di disabili a livello locale e nazionale e, ove necessario, aumentare la capacità di questi gruppi di affrontare questioni specifiche per i bambini. E la misura in cui i bambini vengono inclusi nella risposta umanitaria deve essere verificata per monitorare e migliorare i risultati.

Saranno essenziali criteri chiari e liste di controllo per l'inclusione applicabili a tutta la gamma delle emergenze. Ma per metterli in pratica dovranno essere accompagnati dallo stanziamento di risorse.

Residuati bellici esplosivi

A cura della redazione per l'assistenza alle vittime del Landmine and Cluster Munition Monitor.

Il Landmine and Cluster Munition Monitor compie ricerche per conto della Campagna internazionale per il bando delle mine da terra e la Coalizione per le munizioni a grappolo. Costituisce l'organo di monitoraggio del Trattato per il bando delle mine e della Convenzione sulle munizioni a grappolo.

I residuati bellici esplosivi (RBE) e le mine terrestri antiuomo hanno effetti devastanti sui bambini e rappresentano un fattore che ha contribuito in modo significativo alla disabilità infantile. Tuttavia da quando, nel 1997, è stato firmato il Trattato per il bando delle mine, numerosi ettari di terra sono stati ripuliti da queste munizioni e restituiti a un uso produttivo.

Il trattato del 1997, il Protocollo II modificato del 1996 e il Protocollo V del 2003 della Convenzione su alcune armi convenzionali del 1980, nonché la Convenzione sulle munizioni a grappolo del 2008 hanno avuto un impatto positivo in termini di protezione di coloro che risiedono in zone contaminate da RBE e mine terrestri. Il movimento globale per il bando delle mine e delle munizioni a grappolo attesta l'importanza di una forte volontà politica tra le principali parti interessate a

promuovere il cambiamento a livello globale.

La programmazione degli interventi contro le mine poggia su cinque pilastri: bonifica, educazione ai rischi di RBE/mine, assistenza alle vittime, distruzione delle scorte e sensibilizzazione. Nonostante i grandi successi ottenuti in molti di questi ambiti, come indica la significativa diminuzione di vittime di RBE e mine terrestri a livello globale, l'assistenza alle vittime continua a essere l'anello più debole. Ciò vale soprattutto per i bambini.

A differenza degli altri quattro pilastri dell'azione contro le mine, l'assistenza alle vittime richiede una risposta trasversale comprendente interventi medici e paramedici per garantire la riabilitazione fisica, oltre a interventi sociali ed economici per agevolare la reintegrazione e il sostentamento delle vittime.

Fino a oggi gran parte dell'assistenza e dei finanziamenti all'azione contro le mine è stata rivolta alle attività di bonifica. Nel 2010, l'85% dei fondi complessivi sono stati stanziati per lo sminamento, mentre solo il 9% è stato destinato agli interventi per l'assistenza delle vittime.

I Criteri internazionali dell'azione contro le mine, in vigore per tutte le operazioni compiute dall'ONU, riguardano la bonifica, l'educazione al rischio di RBE/mine e la distruzione delle scorte, ma non l'assistenza alle vittime. Inoltre, il diritto a una riabilitazione fisica adeguata all'età e al genere e quello alla reintegrazione sociale ed economica dei sopravvissuti a mine terrestri e RBE sono sanciti dalle leggi sui diritti umani e dal diritto umanitario a livello internazionale. Tuttavia, pochi programmi per l'assistenza ai sopravvissuti considerano i bisogni specifici dei bambini, indipendentemente se superstiti diretti o vittime in senso lato.

Gli effetti sui bambini

Si è assistito a significative riduzioni nel numero di persone uccise o ferite dall'esplosione di mine terrestri. Tra il 2001 e il 2010, il numero di nuove vittime censite attraverso il *Landmine and Cluster Munitions Monitor*, l'organo di controllo del Trattato per il bando delle mine e della Convenzione sulle munizioni a grappolo, è diminuito da 7.987 a 4.191. Il grafico pubblicato a pagina 56 mostra una significativa diminuzione nel numero totale di morti e feriti provocati tra i civili da mine da terra e RBE nel periodo 2005-2010.

Da quando, nel 1999, è iniziato il monitoraggio, si sono registrate almeno 1.000 vittime minorenni ogni anno. Ma molte non vengono registrate, quindi il numero reale è probabilmente ben più elevato.

Ciononostante la percentuale di minorenni tra le vittime complessive è aumentata. Ogni anno, dal 2005, i bambini hanno rappresentato all'incirca il 20-30% di tutte le vittime di mine terrestri, residuati di munizioni a grappolo e altri RBE. Da quando, nel 1999, è iniziato il monitoraggio, si sono registrate almeno 1.000 vittime minorenni ogni anno. Nel 2010 il numero di queste vittime è stato superiore a 1.200 e i bambini hanno rappresentato il 55% di tutti i decessi civili. Considerando che, in molti paesi, numerose vittime non vengono registrate, il numero complessivo di minorenni è probabilmente molto più elevato e in alcune nazioni più colpite dalle mine la percentuale è ancora più alta. Nel 2011, infatti, i bambini hanno costituito il 61% di tutte le vittime civili in Afghanistan. Nello stesso anno, equivalevano al 58% delle vittime civili nella Repubblica Democratica Popolare del Laos, al 50% in Iraq e al 48% in Sudan.

Se attualmente i bambini costituiscono la maggioranza delle vittime provocate dalle mine terrestri, dai residuati di munizioni a grappolo e da altri

RBE, dal 2008 quelli di sesso maschile formano il gruppo di vittime più consistente, pari al 50% di tutte le vittime civili. Nel 2006, il primo anno in cui il *Landmine Monitor* ha cominciato a disaggregare per età e per genere i dati riguardanti le vittime, i ragazzi costituivano l'83% delle vittime minorenni e formavano il gruppo più colpito tra i civili in ben 17 paesi. Nel 2008, i maschi rappresentavano il 73% delle vittime minorenni e la categoria più colpita in 10 paesi. In molti paesi contaminati i bambini

hanno maggiori probabilità delle bambine di imbattersi in mine o RBE, perché sono più dediti ad attività all'aperto come la pastorizia e la raccolta di legna, di cibo o di rottami di ferro. I bambini in generale hanno maggiori probabilità di maneggiare congegni esplosivi rispetto agli adulti, spesso in modo inconsapevole, per curiosità o perché li confondono con giocattoli. I maschi, a loro volta, hanno maggiori probabilità delle femmine di manomettere i congegni esplosivi in cui s'imbattano.



Monica e Luis, entrambi quattordicenni in questa foto scattata nel 2004 in Colombia, siedono sul bordo di una piscina. Monica ha perduto un piede quando un cugino più piccolo ha portato a casa una granata, che è esplosa uccidendolo.
© UNICEF/HQ2004-0793/DeCesare

Assistenza ai bambini superstiti

Gli incidenti con i RBE e con le mine da terra colpiscono i bambini in modo diverso rispetto agli adulti, indipendentemente che vengano uccisi o feriti in modo diretto o che diventino vittime in conseguenza della morte o del ferimento di familiari o membri della comunità. I superstiti minorenni rimasti feriti hanno bisogni specifici in termini sia di soccorso fisico sia di riabilitazione e reintegrazione economica e sociale. Essendo fisicamente più piccoli degli adulti, i bambini hanno maggiori probabilità di morire o di subire ferite gravi in seguito a un'esplosione, come forti ustioni, ferite da schegge, arti danneggiati e altre lesioni in grado di provocare cecità o sordità. La loro altezza ridotta espone gli organi vitali perché più vicini

alla deflagrazione; inoltre, i bambini possono sopportare meno degli adulti una perdita di sangue considerevole. Se una mina terrestre antiuomo viene calpestata, la sua esplosione provoca invariabilmente ferite ai piedi e alle gambe, con infezioni secondarie che di solito determinano l'amputazione, provocando disabilità per tutta la vita, ma anche la necessità di un sostegno a lungo termine per la riabilitazione.

Più di un terzo di tutti i sopravvissuti subisce un'amputazione e mentre mancano i dati sulla percentuale esatta di bambini colpiti che devono essere operati, si ipotizza che sia ben più elevata rispetto agli adulti. Quando i bambini sopravvivono alle lesioni, la loro riabilitazione fisica risulta più complessa di quella dei superstiti adulti: se devono subire l'amputazione di arti la

riabilitazione sarà più complicata e spesso ripetuta nel tempo, poiché le loro ossa crescono più rapidamente del tessuto molle. Questi bambini hanno bisogno anche di cambiare le protesi durante la crescita. In pratica, sono pochi i paesi colpiti da mine terrestri e RBE che hanno la capacità di affrontare le specifiche e complesse necessità per la riabilitazione dei minorenni sopravvissuti.

In aggiunta al trauma fisico, le conseguenze psicologiche di sopravvivere all'esplosione di RBE o mine terrestri sono spesso devastanti per lo sviluppo del bambino. Comprendono senso di colpa, perdita di autostima, fobie e paure, disturbi del sonno, afasia e altri traumi che, se non curati, possono determinare disturbi mentali a lungo termine. Questi effetti psicologici della guerra sui bambini sono difficili da documentare e, purtroppo, non limitati a quelli colpiti a livello fisico.

Anche le necessità di reintegrazione sociale ed economica dei bambini sopravvissuti variano molto rispetto a quelle degli adulti. In molti paesi, i minorenni sopravvissuti sono costretti a interrompere la loro istruzione a causa del tempo necessario per il recupero, ma anche perché la riabilitazione costituisce un fardello finanziario per le famiglie. L'accesso all'istruzione

Vittime minorenni nei paesi più colpiti da mine e residuati bellici esplosivi, 2011*

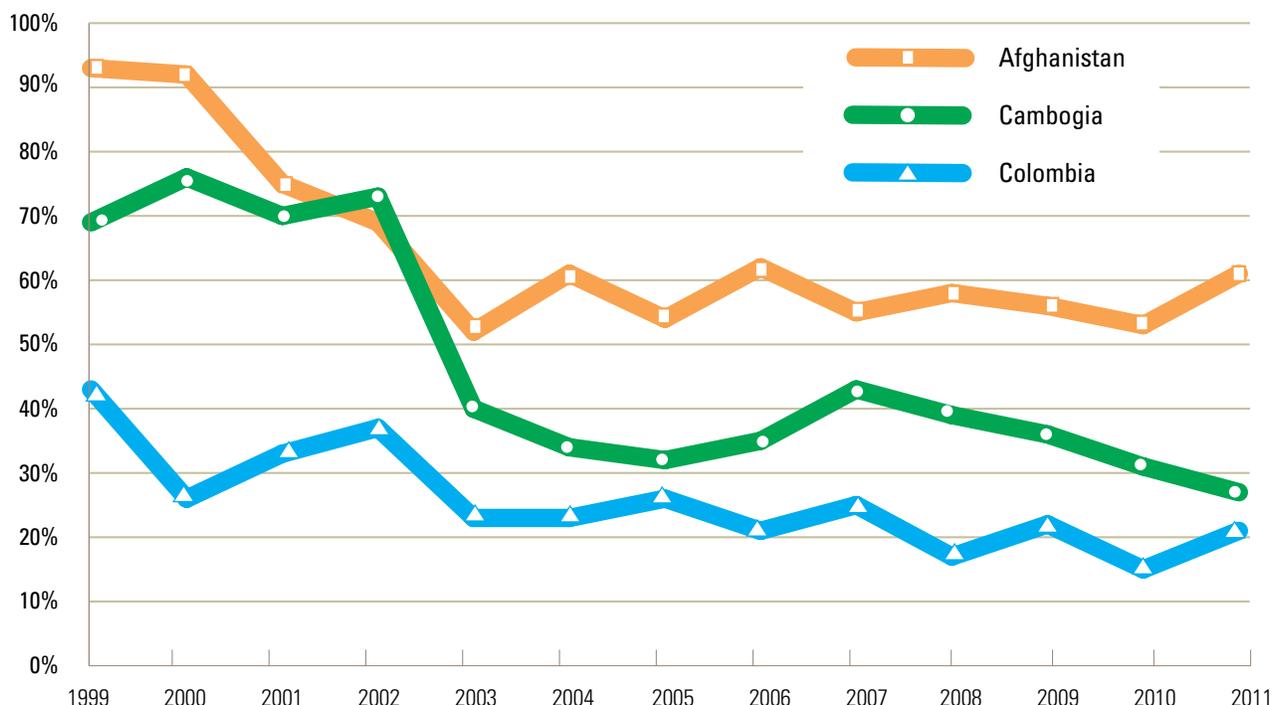
Paese	Totale vittime civili	Vittime minorenni	Vittime minorenni in % su vittime totali
Afghanistan	609	373	61%
Iraq	100	50	50%
Repubblica Democratica del Congo	22	15	68%
Repubblica Democratica Popolare del Laos	97	56	58%
Sudan	62	30	48%

* Comprende solo le vittime di cui sono noti lo stato civile/di sicurezza e l'età.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

Vittime minorenni nei paesi più colpiti*

Percentuale di bambini tra le vittime civili (1999-2011)



* I tre Stati parti al Trattato sul bando delle mine con le percentuali annue più elevate di vittime.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

gratuita per i bambini con disabilità conseguenti a un ferimento da mine terrestri o RBE è necessario sia per favorire un senso di normalità nella loro vita, consentendo la ripresa dallo stress psicosociale provocato dalle lesioni, sia per reintegrarli con i coetanei e consentire loro di partecipare quanto più possibile alla vita sociale. Ciononostante, i bambini resi disabili dall'esplosione di una mina terrestre o di un RBE sono i più esposti alla negazione di questo diritto: potrebbero non essere più in grado di camminare fino a scuola e di

rado ci sono altre alternative a livello di mobilità. Anche quando riescono a raggiungere la scuola, le aule potrebbero non essere accessibili e gli insegnanti non avere la preparazione necessaria per rispondere ai loro bisogni.

Le opportunità generatrici di reddito e i sussidi finanziari sono particolarmente necessari per aiutare i bambini e gli adolescenti resi disabili dalle mine terrestri o da altri RBE. Purtroppo tali opportunità e aiuti tengono conto di rado dell'età, se non addirittura affatto. Laddove l'età è stata presa in

considerazione, come nel corso di un progetto realizzato tra il 2008 e il 2010 in Cambogia, le difficoltà nel garantire azioni a favore di bambini e adolescenti, adeguate alle varie fasce di età, hanno determinato la totale esclusione di quelli sotto i 18 anni dagli interventi in favore delle vittime.

Secondo un esame compiuto nel 2011 su 43 studi riguardanti gli effetti dei programmi di potenziamento economico nei contesti di crisi in paesi a basso reddito, alcuni di questi sforzi avevano,

paradossalmente, aumento il rischio per i bambini di essere allontanati dalla scuola per lavorare e per le bambine di subire violenza. I programmi studiati presentavano iniziative come microcredito, acquisizione di competenze e interventi sull'agricoltura. L'esame in questione ha richiesto di "inserire la protezione e il benessere dell'infanzia nella stima, nella progettazione, nell'attuazione, nel monitoraggio e nella valutazione dei programmi di potenziamento economico". Inoltre, le opportunità di finanziamento e generatrici di reddito per i bambini e gli adolescenti devono tener conto non solo dell'età, ma anche del genere e del contesto culturale in cui vivono.

Nel frattempo, anche i bambini colpiti da mine terrestri e RBE attraverso la morte o il ferimento dei familiari, di chi li mantiene o di chi li assiste hanno necessità diverse da quelle degli adulti. Come i bambini sopravvissuti a esperienze dirette con gli ordigni bellici, anche loro possono risultare più esposti alla mancanza di opportunità educative, alla separazione dalla famiglia, al lavoro minorile e ad altre forme di sfruttamento o di abbandono.

Malgrado i particolari bisogni assistenziali dei bambini, pochi programmi di questo tipo tengono conto di esigenze

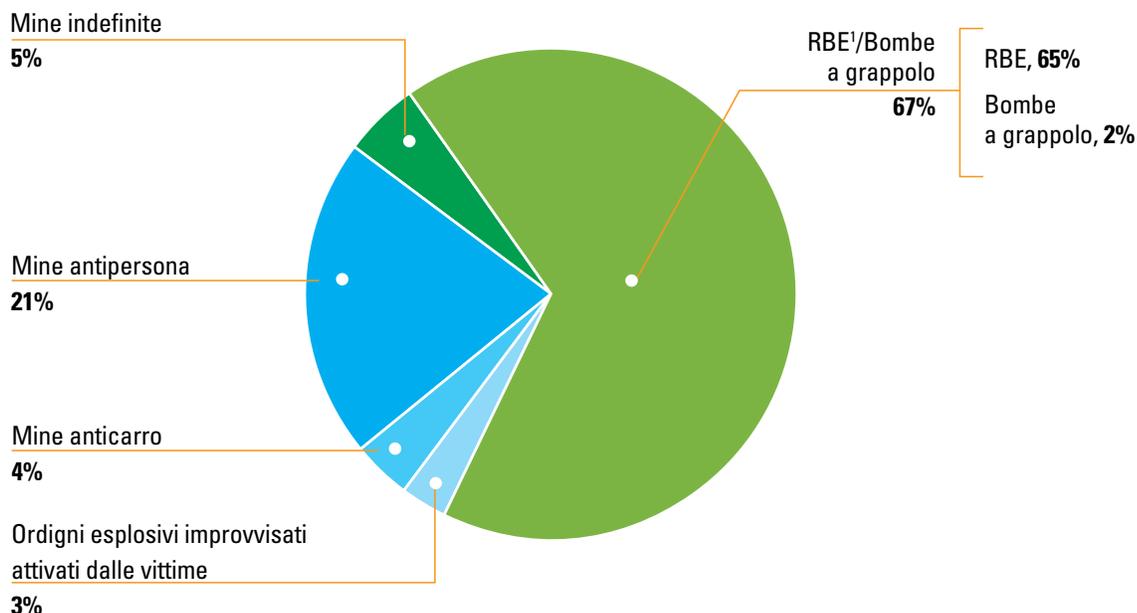
specifiche per età e genere. Benché siano state condotte ricerche sull'assistenza alle vittime in generale, finora bambini e adolescenti sono stati piuttosto trascurati. Intanto, mentre devono presentare un regolare rapporto sull'applicazione nazionale di questi strumenti internazionali, gli Stati parti del Trattato per il bando delle mine, dei Protocolli II e V della Convenzione su alcune armi convenzionali e della Convenzione sulle munizioni a grappolo non riferiscono in merito al loro impegno per affrontare i bisogni specifici dei sopravvissuti in base all'età. Non sorprende che, in un'indagine del 2009 su più di 1.600 sopravvissuti in 25 paesi colpiti, condotta da *Handicap International*, quasi i due terzi degli intervistati abbiano affermato che i servizi per i minorenni non sono stati "mai", o "quasi mai", adattati ai loro bisogni specifici anche in base all'età.

Le vittime infantili, colpite in modo diretto o indiretto, hanno ulteriori bisogni specifici in tutti gli aspetti dell'assistenza. Tuttavia, le informazioni disponibili sugli impegni per affrontare questi bisogni sono limitate. La maggior parte dei bambini coinvolti negli incidenti con mine terrestri o RBE vengono feriti. Eppure quasi tutti i sistemi di raccolta dati non registrano i loro bisogni. È essenziale quindi attuare

politiche specifiche e raccomandazioni programmatiche sull'assistenza alle vittime che soddisfino i bisogni dei superstiti minorenni. Eccone alcune:

- sostenere e promuovere l'istituzione di sistemi nazionali di controllo in grado di fornire informazioni sistematiche e continue sull'entità e la natura delle lesioni provocate da RBE e mine terrestri (e anche di altra natura, se necessario), includendo dati disaggregati per età e per genere sulle vittime minorenni;
- integrare una componente di assistenza alle vittime nei Criteri internazionali sugli interventi contro le mine, anche attraverso annotazioni tecniche e orientamenti sulle migliori pratiche, con indicazioni e considerazioni specifiche per i bambini in termini di assistenza ai sopravvissuti e alle vittime;
- sviluppare e promuovere la creazione di database in grado di fornire dati sistematici per monitorare, in modo adeguato e nel tempo, la riabilitazione psicosociale e i bisogni socio-economici di ogni superstite, minorenne o adulto che sia;
- sensibilizzare, attraverso forum a livello internazionale e nazionale, i governi, i destinatari degli interventi contro le mine, i donatori e altri interlocutori interessati

Vittime minorenni per tipo di esplosivo*



*Non sono compresi i tipi di esplosivi sconosciuti.

¹ Residui bellici esplosivi.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

all'importanza dell'assistenza alle vittime (compresi i bambini sopravvissuti e le persone uccise da esplosivi innescati dalle stesse vittime) come elemento chiave degli interventi contro le mine e delle leggi internazionali;

- rendere consapevoli i responsabili a livello governativo, umanitario e di sviluppo, nonché i fornitori di servizi, di quanto sia importante garantire ai bambini vittime e superstiti di RBE e mine terrestri la disponibilità di assistenza sanitaria e di riabilitazione fisica, di sostegno

psicosociale, di protezione, di istruzione e di supporto economico specifici per età e per genere;

- formare i professionisti del settore sanitario – compresi i responsabili della risposta d'emergenza, i chirurghi e i fornitori di ausili orto-protetici – alle necessità specifiche dei bambini superstiti e ai loro bisogni speciali;
- formare i professionisti del settore educativo – tra cui i dirigenti scolastici, gli insegnanti ed educatori – a forme di istruzione accessibili e adeguate ai bambini superstiti;

- formulare leggi, piani e politiche nazionali per rispondere ai bisogni dei superstiti e delle vittime di RBE e mine da terra, o delle persone con disabilità in generale, in modo da integrare i bisogni specifici per età e per genere dei superstiti e delle vittime minorenni;
- includere una forte componente di assistenza alle vittime nella stesura di una strategia inter-agenzie contro le mine, comprendente anche considerazioni sull'assistenza ai minori superstiti.

PROSPETTIVE

Mangiare l'elefante un morso alla volta

di Chaeli Mycroft



Chaeli Mycroft, vincitrice dell'edizione 2011 del Premio internazionale dei bambini per la pace, si definisce "ability activist" e "appassionata danzatrice su sedia a rotelle". Si sta preparando a studiare politica e filosofia all'Università di Cape Town in Sudafrica.

Alcuni considerano la disabilità un fardello, altri un dono. La mia disabilità mi ha regalato opportunità ed esperienze davvero uniche che altrimenti non avrei mai avuto. Sono felice e grata della mia disabilità perché mi ha fatto diventare la persona che sono oggi.

Non sto dicendo affatto che una disabilità sia una cosa facile da affrontare. È una situazione molto complessa, che influisce praticamente su ogni aspetto della tua vita. Ma io spero, nel corso della mia, di ispirare altri giovani a considerare la disabilità un'opportunità di concentrarsi sulle proprie capacità e non solo sulle proprie limitazioni. I miei familiari mi hanno sempre spronato a concentrarmi sulle

mie capacità, senza mai trattarmi con pietismo. Per questo sarò loro eternamente grata, perché mi hanno permesso di considerarmi alla pari con qualunque persona abile. Sono stata cresciuta anche con la consapevolezza che il mio contributo è importante quanto quello di chiunque altro e mi è stato insegnato a lottare per i miei diritti. I miei amici mi considerano una loro pari e accettano che talvolta la disabilità mi rende difficile fare le cose come loro. Quando ciò accade, dobbiamo solo essere un po' più creativi per far sì che io possa partecipare a qualunque attività comune. Quando eravamo più piccoli e giocavamo a cricket, per esempio, io facevo la segnapunti.

L'incredibile sostegno che ho ricevuto mi ha permesso di lavorare con i bambini disabili in Sudafrica. Per questo ho vinto il Premio internazionale dei bambini per la pace nel 2011, un evento che mi ha cambiato la vita in modo sorprendente. La Fondazione *KidsRights*, che assegna questo riconoscimento ogni anno, mi ha dato l'opportunità di diffondere il mio messaggio da una piattaforma mondiale e d'incontrare persone che altrimenti non avrei mai potuto conoscere. La fondazione finanzia anche la mia istruzione e mi permetterà di frequentare

Se le persone con disabilità non riescono a credere in se stesse, o se gli altri non credono in loro, ci crederò io, nella speranza che la mia positività possa diffondersi e favorirne altra.

l'università il prossimo anno, provvedendo a tutti gli adeguamenti necessari.

Tantissimi bambini con disabilità non vengono celebrati per le loro capacità e restano nascosti al mondo a causa della paura e dell'ignoranza. Dobbiamo renderci conto che le persone con disabilità sono essenziali tra la nostra popolazione. Noi che abbiamo delle disabilità siamo spesso i più capaci di pensare fuori dagli schemi, proprio perché siamo costretti a farlo. Dobbiamo fare in modo che le nostre disabilità lavorino per noi e non contro di noi e insegnare agli altri a essere altruisti ed empatici. L'empatia è una cosa di cui talvolta il mondo ha disperatamente bisogno.

Credo che le due questioni principali da affrontare a livello mondiale riguardano l'accessibilità e gli atteggiamenti. Sono ambiti collegati tra loro che non si possono affrontare separatamente. Se le persone riusciranno a cambiare i propri atteggiamenti nei confronti della disabilità a livello mondiale – passando da pietà, vergogna e inferiorità ad abbondanza, accettazione e uguaglianza – allora assisteremo a progressi straordinari. Gli atteggiamenti positivi possono determinare una migliore accessibilità, così come

l'inaccessibilità è un'espressione del punto di vista secondo cui i bisogni dei disabili sono meno importanti di quelli delle persone abili. Un atteggiamento, quest'ultimo, che ha conseguenze negative per qualunque individuo, disabile o meno.

Atteggiamenti migliori contribuirebbero ad affrontare altre questioni importanti, come le nostre opportunità educative. Ho ricevuto tutti i tipi di istruzione a cui una persona con disabilità possa aspirare: scuole specializzate, scuole primarie e superiori statali tradizionali, scuole superiori private tradizionali. Non direi di essere un'esperta, ma posso parlare di molti argomenti per esperienza diretta. Certo, non è stato sempre facile. Spesso ho dovuto lottare molto e a volte mi sono sentita incredibilmente infelice. Ho lavorato davvero sodo per ottenere l'inclusione e per facilitare questo compito a chi verrà dopo di me. Sto concludendo la mia carriera scolastica in un luogo in cui mi sento pienamente inclusa e accettata. Quando ci penso, provo soltanto sollievo: sollievo per non dover più lottare così tanto per essere felice. Ora posso lottare di più per altre persone con disabilità e per il loro diritto alla felicità.

Può sembrare che io sia sempre una persona super-positiva. Non è così. Ho dovuto affrontare le mie battaglie e sono certa che non siano finite. Quello che fa pendere l'ago della bilancia verso la positività è che sono circondata da chi crede nella mia abilità e ha una visione positiva del mio contributo alla società: sono persone che riequilibrano le mie giornate "no", e io le amo davvero per questo.

L'obiettivo della mia vita consiste nel trasformare la disabilità in qualcosa di completamente accettato e accolto dalla comunità globale. Si tratta di un compito senz'altro impegnativo, con molte sfaccettature, ma tutt'altro che impossibile, secondo me.

Tutto comincia dal credere in qualcosa. Io credo nelle mie capacità: credo con tutto il cuore di poter determinare cambiamenti, di poter modificare delle vite. Se le persone con disabilità non riescono a credere in se stesse, o se gli altri non credono in loro, ci crederò io, nella speranza che la mia positività possa diffondersi e favorirne altra. Questo a qualcuno può sembrare insignificante, ma è pur sempre un cambiamento.

Come si dice – "l'elefante bisogna cominciare a mangiarlo un morso alla volta"



Un'operatrice sanitaria valuta un bambino presso la *Atfaluna Society for Deaf Children*, nello Stato di Palestina. L'organizzazione offre istruzione e formazione professionale, assistenza sanitaria gratuita, servizi psicosociali e inserimento professionale.

© UNICEF/HQ2008-0159/Davey

MISURARE LA DISABILITÀ INFANTILE

Una società non può essere equa finché non porta all'inclusione tutti i bambini e quelli con disabilità si possono includere solo se li si rende visibili attraverso un'efficace raccolta e analisi dei dati.

Per riuscire a misurare la disabilità infantile occorre superare una serie di sfide. Dato che i bambini si sviluppano e imparano a svolgere compiti fondamentali con tempi diversi, può risultare difficile distinguere limitazioni significative da variazioni del normale sviluppo¹¹⁴. La natura e la gravità variabili delle disabilità, insieme alla necessità di applicare definizioni e misure specifiche a seconda dell'età, complicano ulteriormente gli sforzi per la raccolta di dati. Inoltre, la scarsa qualità dei dati sulla disabilità infantile deriva, in altri casi, dalla stigmatizzazione o dall'insufficienza degli investimenti volti a migliorare le modalità di misurazione. La mancanza di prove risultante da tali difficoltà ostacola lo sviluppo di buone politiche e la fornitura di servizi essenziali. Sono in corso comunque tentativi per migliorare la raccolta di dati e l'attività stessa di raccogliere informazioni sta suscitando un cambiamento positivo.

Definizioni in evoluzione

Anche se, in generale, si concorda che le definizioni di disabilità debbano includere determinanti sia mediche sia sociali, la misurazione è ancora in prevalenza una questione medica, incentrata su danni specifici all'integrità psicofisica.

Le stime sulla diffusione della disabilità variano a seconda della definizione che si adotta. È probabile che definizioni mediche più ristrette

producano stime più basse rispetto a definizioni più ampie che tengano conto delle barriere sociali al funzionamento e alla partecipazione¹¹⁵.

Una struttura che consente di analizzare la salute e la disabilità in un contesto più ampio di barriere sociali è rappresentata dalla Classificazione internazionale della funzionalità, della disabilità e della salute (ICF), sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità¹¹⁶. Questa classificazione considera la disabilità in due ambiti principali: sia come struttura e funzioni del corpo sia in termini di attività e partecipazione della persona. La disabilità, secondo la definizione della ICF, è una parte ordinaria dell'esistenza umana. La definizione integra efficacemente la disabilità, spostando l'attenzione dalla causa all'effetto e riconoscendo che ogni persona può sperimentare un certo grado di disabilità. Inoltre, la definizione dell'ICF riconosce che la funzionalità e la disabilità si verificano in un contesto, e pertanto è significativo valutare ulteriori fattori a livello non solo fisico ma anche sociale e ambientale.

Mentre la ICF è stata ideata soprattutto per la disabilità degli adulti, una classificazione derivata da essa, la Classificazione internazionale della funzionalità, della disabilità e della salute per i bambini e i giovani (ICF-CY) compie un ulteriore passo verso l'inserimento della dimensione sociale contemplando non solo il deficit ma anche il suo effetto sulle capacità dei bambini e sul loro grado

di interazione con l'ambiente. La classificazione investe quattro ambiti principali: strutture corporee (come organi, arti, sistema nervoso, visivo, uditivo e muscolo-scheletrico), funzioni corporee (funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, come l'ascolto o il ricordo), limitazioni in termini di attività (per esempio, camminare, arrampicarsi, vestirsi) e restrizioni a livello di partecipazione (come giocare con gli assistenti o altri bambini, o svolgere semplici compiti)¹¹⁷.

Contestualizzare la disabilità

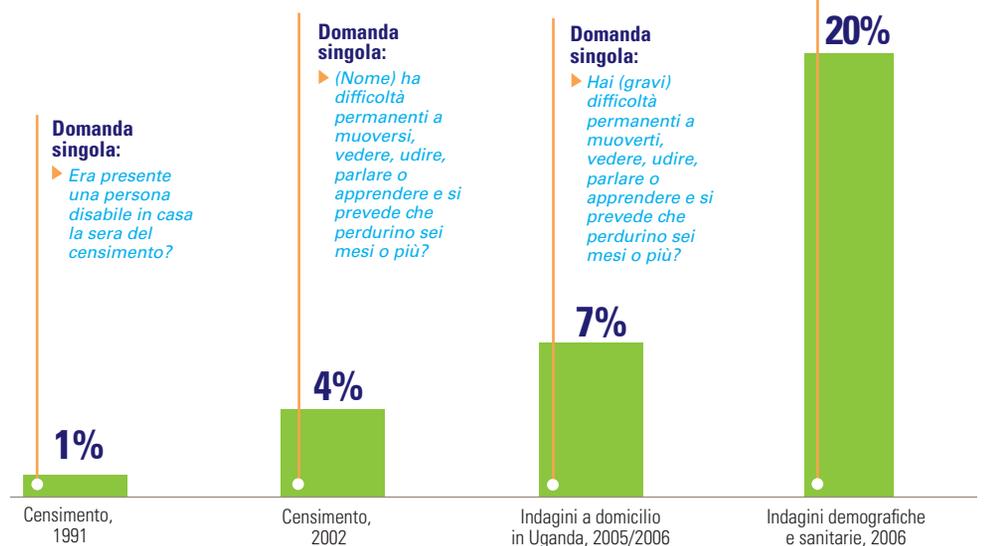
I dati andrebbero interpretati nel contesto. Le stime di diffusione della disabilità sono in funzione sia dell'incidenza sia della sopravvivenza e quindi bisognerebbe interpretare i risultati con una certa cautela, soprattutto nei paesi in cui i tassi di mortalità neonatale e infantile sono elevati¹¹⁸. Se viene riportata una bassa diffusione della disabilità, può essere a causa di basse percentuali di

sopravvivenza tra i bambini piccoli con disabilità oppure dell'incapacità di censire i bambini disabili confinati in istituto, nascosti da famiglie timorose della discriminazione o lasciati a vivere e a lavorare per strada.

Anche la cultura svolge un ruolo importante. L'interpretazione di quello che può essere considerato una funzionalità "normale" varia a seconda del contesto e incide sui risultati della misurazione. Il raggiungimento di tappe fondamentali della crescita può variare non solo tra bambini diversi, ma anche a seconda delle culture. I bambini possono essere incoraggiati a sperimentare nuove attività in fasi diverse del loro sviluppo. Per esempio, in uno studio il 50% dei bambini era in grado di "usare una tazza" a circa 35 mesi di età nell'India urbana, mentre lo stesso traguardo veniva raggiunto intorno ai dieci mesi in Thailandia¹¹⁹. Per questo è importante valutare i bambini rispetto a valori di riferimento

Quattro esperienze: percentuale di popolazione che presenta qualche forma di disabilità

► Uganda



Fonte: UNICEF, dalle indagini e dai censimenti sopra indicati.

adeguati alle circostanze e alla mentalità dei luoghi in cui vivono.

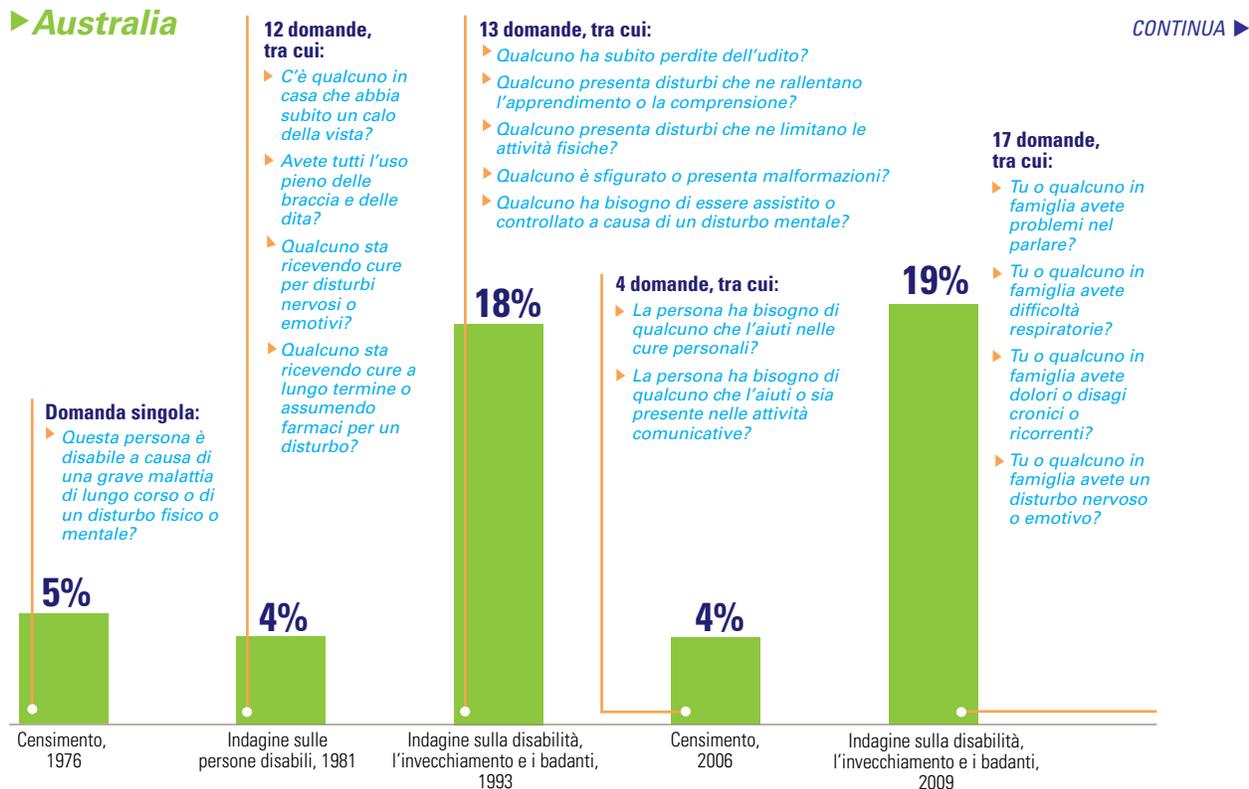
Pertanto gli strumenti di valutazione sviluppati nei paesi ad alto reddito, come la Scala d'intelligenza infantile di Wechsler e la Scala di sviluppo mentale di Griffith¹²⁰, non si possono applicare indiscriminatamente in tutti i paesi o comunità, perché spesso la loro capacità di rilevare e misurare in modo accurato la disabilità in contesti socioculturali diversi non viene verificata. Se variano i quadri di riferimento, gli strumenti di indagine possono risultare insufficienti nel valutare i costumi, il livello di comprensione culturale, le lingue o le espressioni locali. Per esempio, questionari che valutano lo sviluppo del bambino sulla base di attività "standard" come il preparare i cereali per la colazione o il dedicarsi a giochi da tavolo possono essere appropriati in alcuni contesti, ma non in quelli in cui i bambini non svolgono abitualmente simili attività¹²¹.

Raccolta di dati

È probabile che gli obiettivi specifici della raccolta di dati incidano sia sulla definizione di cosa costituisca "disabilità" sia sulle domande che vengono rivolte e sulle cifre che ne risultano. La misurazione del tipo di disabilità e della sua diffusione è spesso legata a iniziative politiche determinate, come i programmi di protezione sociale. I risultati possono essere usati per determinare il diritto a un beneficio, oppure per stabilire e pianificare la tipologia del sostegno. Per esempio è probabile che i criteri impiegati per definire l'eleggibilità a una prestazione di invalidità risultino più restrittivi rispetto ai criteri d'indagine volti a individuare gli individui colpiti da limitazioni funzionali e producano numeri nettamente diversi¹²².

A molti bambini viene diagnosticata la disabilità quando entrano in contatto con i sistemi educativi o di assistenza sanitaria. Tuttavia, nei paesi o nelle

Australia



comunità a basso reddito, il personale scolastico e medico potrebbe non essere in grado di riconoscere o registrare regolarmente la presenza di bambini con disabilità. La risultante scarsità di informazioni in merito nei paesi a basso reddito ha contribuito alla formazione di una mentalità sbagliata secondo cui la disabilità non merita priorità a livello globale¹²³.

Laddove l'istruzione o altri servizi ufficiali per i bambini con disabilità risultano carenti, per stimare la diffusione della disabilità si sono adottati altri metodi di enumerazione, come i censimenti, le indagini familiari – sia generiche sia mirate – e le interviste con informatori chiave. È probabile che gli strumenti generali di raccolta di dati sottostimino il numero di bambini con disabilità¹²⁴. Di solito utilizzano una domanda generica o filtro – chiedendo, per esempio, se in famiglia ci sia un “disabile” – oppure estendono le stesse domande a tutti i membri della famiglia, indipendentemente dall'età. I bambini,

in particolare, hanno maggiori probabilità di essere trascurati in indagini che non prevedono domande specifiche su di loro¹²⁵.

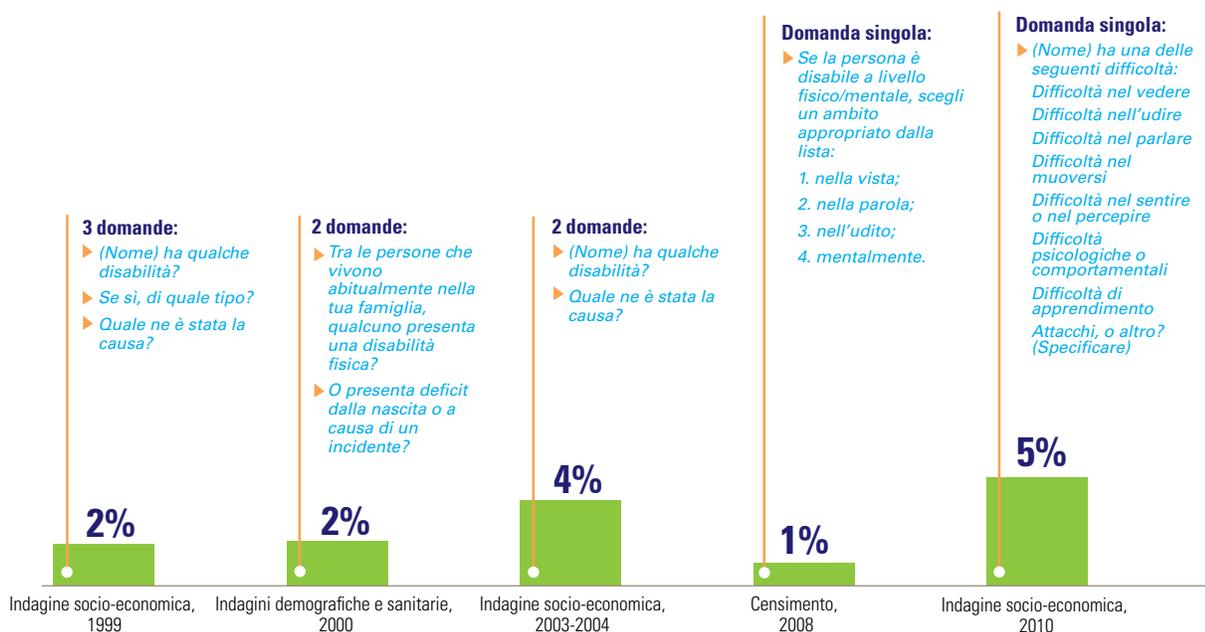
Indagini familiari mirate, ossia che affrontano specificamente la questione della disabilità infantile o includono misure specifiche per valutare la disabilità nei bambini, hanno prodotto risultati più accurati rispetto alle indagini familiari o ai censimenti in cui si rivolgono domande sulla disabilità in generale¹²⁶. Tali indagini tendono a riportare percentuali più elevate perché includono, di solito, domande più numerose e dettagliate.

Impostazione del questionario

Anche le indagini ben strutturate possono connotare erroneamente la disabilità se un unico insieme di domande viene applicato a bambini di tutte le età. La scelta delle domande dev'essere adeguata all'età di un bambino per rifletterne le

QUATTRO ESPERIENZE (Continua)

► Cambogia



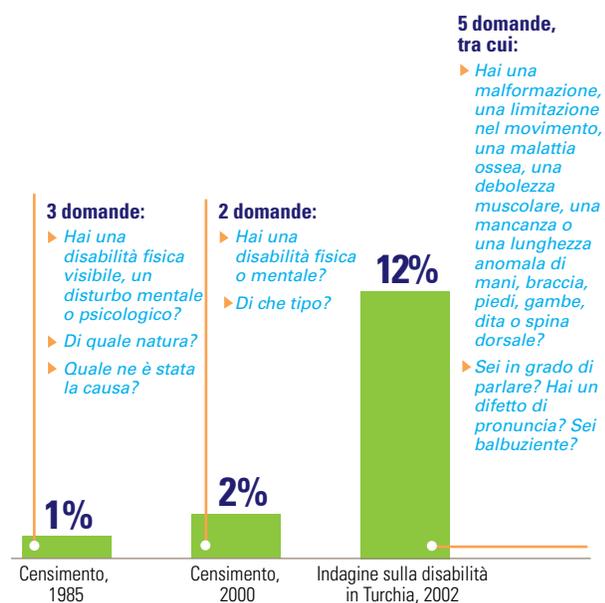
varie fasi di sviluppo e le capacità in evoluzione¹²⁷. Alcuni ambiti, come la cura personale (lavarsi e vestirsi, per esempio) non saranno appropriati per bambini molto piccoli. Data la complessità dei processi di sviluppo che si verificano nei primi due anni di vita, in assenza di valutazioni o strumenti specifici può risultare difficile distinguere la disabilità dalle variabili nel normale sviluppo¹²⁸.

Non sempre le domande che intendono valutare la disabilità nella popolazione adulta sono applicabili ai bambini; eppure molti strumenti di indagine sono identici per entrambi i gruppi. Tra le domande non pertinenti per i bambini ci sono quelle riguardanti le cadute a terra o la perdita di memoria, oltre alle domande su compiti che i bambini potrebbero essere troppo piccoli per svolgere in modo indipendente. Le domande che collegano la disabilità a una popolazione anziana non sono soltanto irrilevanti al fine di valutare i bambini, ma possono anche introdurre, nel pensiero di chi risponde, un pregiudizio su cosa

sia da considerare disabilità, influenzando così la natura e la qualità della risposta¹²⁹. Per valutare in modo appropriato la disabilità nei bambini, si dovrebbe quindi aver cura di adottare questionari idonei.

Molti strumenti per la raccolta di dati, comprese le indagini familiari e i censimenti, si basano solo sulle risposte dei genitori. Tuttavia, se è vero che i genitori e altri tutori si trovano spesso nella posizione ideale per individuare le difficoltà che i loro bambini possono incontrare nello svolgimento di compiti specifici, è vero anche che le loro risposte, da sole, non bastano a stabilire l'entità della disabilità. Una valutazione accurata richiede una comprensione profonda dei vari comportamenti adeguati all'età. Chi risponde alle indagini potrebbe avere una conoscenza limitata dei parametri specifici adottati per valutare i bambini in ogni fase dello sviluppo e quindi non essere qualificato per rilevare adeguatamente le manifestazioni di particolari tipi di disabilità. Alcuni disturbi temporanei, come un'otite per esempio, possono provocare difficoltà acute nello svolgimento di certi compiti ed essere riportati come forme di disabilità. Al tempo stesso, i genitori possono trascurare altri segnali, oppure esitare a riferirli a causa della mancata accettazione o della stigmatizzazione della disabilità nella loro cultura. La scelta della terminologia impiegata nei questionari può rinforzare o correggere fenomeni del genere, fuorvianti dal punto di vista statistico e discriminatori sul piano sociale.

► Turchia



Obiettivo e conseguenze

I tentativi di misurare la disabilità infantile rappresentano un'opportunità di collegare la valutazione con le strategie d'intervento offrendo la prima opportunità di individuare un bambino disabile e di sottoporlo a uno specialista o fargli ricevere assistenza immediata. Purtroppo, la capacità e le risorse necessarie a offrire una valutazione di controllo e sostegno dei bambini che risultano disabili sono spesso insufficienti¹³⁰. Riconoscendo il ruolo essenziale della diagnosi

precoce, andrebbe esplorata la possibilità di collegare lo screening e la valutazione con interventi semplici, soprattutto in ambienti a basso e medio reddito.

I dati si possono utilizzare per rilevare se il reddito, il genere o la condizione sociale influiscono sull'accesso all'istruzione, alle vaccinazioni o all'integrazione alimentare. Un regolare monitoraggio, dunque, rende possibile valutare se le iniziative che hanno lo scopo di

apportare benefici ai bambini raggiungono gli obiettivi previsti.

Tuttavia, l'attuale stato frammentario della raccolta di dati sulla disabilità infantile non deve fornire un pretesto per rimandare azioni significative verso l'inclusione. Man mano che emergeranno, nuovi dati e nuove analisi offriranno nuove opportunità di adattare i programmi in corso o previsti per i bambini con disabilità e le loro famiglie.

Una via da percorrere

L'UNICEF organizza consultazioni per migliorare la metodologia di misurazione della disabilità infantile nelle indagini campione a indicatori multipli e in altre attività per la raccolta di dati. Si tratta di una partnership con il *Washington Group on Disability Statistics*, ma anche con uffici statistici e agenzie per la raccolta di dati a livello nazionale, accademici, professionisti, organizzazioni di disabili e altre parti interessate. Questa partnership è considerata essenziale per il raggiungimento di un sistema di controllo e di reporting sulla disabilità infantile che sia affidabile e fruibile a livello globale.

Il *Washington Group* è stato istituito nel 2001 con il sostegno delle Nazioni Unite per migliorare la qualità e la comparabilità delle misure adottate in tema di disabilità a livello internazionale. Ha sviluppato o approvato questionari sulla disabilità negli adulti poi utilizzati da diversi paesi in censimenti e indagini e, nel 2010, ha cominciato a sviluppare una serie di domande per misurare i vari gradi di funzionalità e di disabilità tra bambini e giovani.

Il lavoro dell'UNICEF e del *Washington Group* finalizzato allo sviluppo di un metodo di screening che rifletta il pensiero corrente sulla funzionalità e la disabilità infantile si basa sulla struttura concettuale della Classificazione internazionale della funzionalità, della disabilità e della salute per i bambini e i giovani. Questo sforzo collaborativo mira a sviluppare un modulo di indagine in grado di produrre cifre comparabili a livello nazionale e di promuovere l'armonizzazione a livello internazionale dei dati sulla funzionalità e sulla disabilità infantili. Il modulo comprende i bambini dai 2 ai 17 anni e ne valuta le capacità a livello linguistico, uditivo, visivo, di apprendimento (sviluppo cognitivo e intellettuale), di mobilità e capacità motorie, emozionali e comportamentali. In aggiunta a questi tipi di attività relativamente basilari, il metodo di screening include anche aspetti della capacità del bambino di partecipare a una gamma più vasta di attività e di interazioni sociali. Invece di affidarsi a un semplice schema basato su risposte sì/no, questi aspetti vanno valutati in base a una scala di rating per riflettere meglio il grado di disabilità.

È in fase di sviluppo anche una metodologia standardizzata complessiva per una valutazione più approfondita della disabilità infantile. Consterà di protocolli per la raccolta di dati e di strumenti di valutazione, oltre a un quadro di riferimento per l'analisi delle scoperte. Riconoscendo che, in alcuni ambiti, gli specialisti possono scarseggiare, è in progettazione un toolkit che consentirà a insegnanti, operatori comunitari e altri professionisti del settore di gestire la nuova metodologia, permettendo inoltre di rafforzare la capacità di individuare e valutare i bambini con disabilità a livello locale.

Lezioni apprese

Dal 1995 l'UNICEF sostiene i paesi nel monitorare i progressi in ambiti chiave del benessere di bambini e donne attraverso le Indagini campione a indicatori multipli (MICS). Queste indagini familiari rappresentative a livello nazionale sono state condotte in più di 100 nazioni a basso e medio reddito, e alcune comprendevano un modulo specifico per accertare la disabilità infantile. Attualmente si lavora su queste informazioni per ideare uno strumento di misurazione più efficace nel valutare la disabilità infantile.

La disabilità è entrata a far parte dei questionari MICS nel 2000-2001 (MICS2). Da allora i dati pertinenti sono stati raccolti attraverso più di 50 indagini, rendendo le MICS la fonte principale di dati comparabili sull'argomento nei paesi a basso e medio reddito.

Il modulo standard sulla disabilità incluso nelle indagini MICS condotte tra il 2000 e il 2010 è rappresentato dal "Ten Questions Screen" (TQ), sviluppato nel 1984 all'interno dello Studio pilota internazionale sulla disabilità infantile grave. La sua

progettazione riflette come la disabilità veniva compresa e misurata all'epoca.

Il modulo TQ comincia con un'intervista ai principali tutori dei bambini dai 2 ai 9 anni, ai quali si chiede di fornire una valutazione personale dello sviluppo mentale e della funzionalità dei piccoli affidati alle loro cure. Tra le domande, quelle in cui si chiede se il bambino dimostri difficoltà nell'udire, se comprenda delle indicazioni, se manifesti attacchi o perda i sensi, oppure se abbia cominciato in ritardo a stare seduto, in piedi o a camminare rispetto ai coetanei. Le categorie di risposta non consentono sfumature e i bambini risultano positivi o negativi rispetto a ogni domanda.

La validità dell'approccio *Ten Questions* è stata ampiamente testata, ma i suoi risultati vanno interpretati con cautela. Il TQ è uno strumento di screening e richiede altre valutazioni a livello medico per produrre una stima affidabile del numero di bambini con disabilità in una determinata popolazione. I bambini con una grave disabilità hanno molte probabilità di risultare positivi,

ma valutazioni successive possono escludere la disabilità in coloro che risultano positivi a causa di malattie temporanee e facilmente curabili. Anche se si raccomanda di far seguire il TQ da una valutazione approfondita, pochi paesi hanno avuto fondi o capacità necessari a condurre una seconda fase di valutazioni cliniche per convalidare i risultati e sono stati ulteriormente ostacolati dalla mancanza di una metodologia standard adeguata al tipo di valutazione.

L'applicazione del TQ nel corso delle MICS del 2005-2006 ha prodotto un'ampia gamma di risultati nei vari paesi partecipanti. La percentuale di bambini risultati positivi rispetto alla disabilità andava dal 3% in Uzbekistan al 48% nella Repubblica Centrafricana. Non era chiaro se questa variazione riflettesse reali differenze tra le popolazioni campionate o altri fattori. Per esempio, la bassa percentuale riportata in Uzbekistan potrebbe aver risentito, tra l'altro, di un'ampia popolazione di bambini con disabilità residente in istituto e quindi non sottoposti a indagini familiari.

Dallo screening alla valutazione

Gli esperti di misurazione della disabilità infantile concordano che a tentativi di screening come le interviste basate sul *Ten Questions Screen* (TQ) devono far seguito valutazioni più approfondite. Queste valutazioni consentono di confermare i risultati iniziali dello screening e rendono possibile una migliore comprensione della portata e della natura della disabilità infantile in un paese. Cambogia, Bhutan ed ex Repubblica Jugoslava di Macedonia sono i tre paesi che hanno intrapreso tali valutazioni. Le loro esperienze consentono di assimilare lezioni importanti per la misurazione della disabilità infantile e l'adattamento della metodologia al contesto locale.

In Cambogia, tutti i bambini risultati positivi alle TQ, più un 10% selezionato a caso tra quelli negativi, sono stati sottoposti a un'ulteriore valutazione da parte di un team multiprofessionale composto da medici, specialisti dell'udito e della vista e psicologi, preparato e inviato in tutto il paese per

condurre valutazioni sulla disabilità infantile nei centri sanitari locali e in strutture analoghe. La decisione di servirsi di un team mobile di specialisti è stata presa per garantire una qualità costante dello screening in tutto il paese e per minimizzare lo sfasamento tra screening e valutazione.

Lo stesso metodo di campionamento è stato impiegato in Bhutan, dove nella fase di screening si sono individuati 3.500 bambini a rischio su un campione di 11.370. Un nucleo di sette professionisti è stato formato per due settimane su come condurre la valutazione. A loro volta, questi sette hanno avuto la responsabilità di formare altri 120 professionisti della sanità e dell'istruzione, poi suddivisi in due gruppi. Il primo consisteva di 30 supervisor reclutati tra medici generici, pediatri, oculisti, fisioterapisti ed educatori. Il secondo gruppo di 90 ispettori e relatori da inviare sul campo era composto in gran parte da insegnanti di scuola primaria e operatori

sanitari. La metodologia usata nell'ex Repubblica Jugoslava di Macedonia derivava da quella utilizzata in Cambogia, con adattamenti strutturati in base alla competenza tecnica e agli strumenti disponibili nel contesto locale. Sono stati condotti due studi: uno a livello nazionale e uno concentrato sulla popolazione Rom. La valutazione consisteva in una visita di un'ora con un medico e uno psicologo e in una valutazione di 10-15 minuti con un oftalmologo e un audiologo.

Le esperienze in tutti e tre i paesi dimostrano l'importanza delle partnership nel mobilitare risorse limitate e nel garantire percentuali di risposta elevate, che a loro volta producono risultati corposi. Queste partnership coinvolgevano le agenzie governative e i loro partner internazionali, le organizzazioni di disabili e altre organizzazioni della società civile. Nell'ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, per esempio, i partner hanno reso possibili delle valutazioni negli asili locali durante i fine settimana

Una strategia d'intervento in favore dei bambini individuati come portatori di disabilità andrebbe inclusa nelle politiche governative fin dalle prime fasi di pianificazione.

e ciò è risultato conveniente sia per i bambini sia per le loro famiglie.

È altresì importante adattare la composizione del team di valutazione principale e il tipo di strumenti utilizzati alla capacità locale. All'epoca dello studio, sia la Cambogia sia il Bhutan dovevano far fronte a una carenza di esaminatori qualificati. In Cambogia il problema è stato superato impiegando una squadra di valutazione mobile, mentre in Buthan si è posto l'accento sulla formazione di professionisti di medio livello. La disponibilità di specialisti locali non deve essere data per scontata; nel caso della Cambogia, per esempio, l'esperto principale proveniva dall'estero.

Gli strumenti di valutazione, ossia i questionari e i test, dovrebbero essere adattati a livello locale e risultare appropriati culturalmente. È necessaria un'attenzione particolare alla lingua. Uno dei problemi riscontrati in Cambogia riguardava la traduzione degli strumenti di

valutazione dall'inglese alla lingua khmer e soprattutto la ricerca di equivalenti linguistici dei concetti di deficit e disabilità.

Il modulo di valutazione diagnostica adottato nello studio cambogiano è stato adattato all'ex Repubblica jugoslava di Macedonia, mentre il locale test *Chaturich* è stato utilizzato per la componente psicologica della valutazione.

La valutazione determina l'azione

In Cambogia si è scoperto che alcuni bambini risultati positivi allo screening per deficit uditivo avevano un'otite o un accumulo di cerume. Questo limitava la loro capacità uditiva e in molti casi anche la partecipazione a scuola; una volta individuati, però, i loro disturbi sono stati curati con facilità, prevenendo infezioni secondarie più gravi e deficit a lungo termine.

Inoltre, la valutazione può contribuire alla sensibilizzazione e produrre cambiamenti anche durante i processi di raccolta e di analisi dei dati. In Bhutan, quando le valutazioni cliniche

hanno mostrato una maggiore incidenza di disabilità cognitive lievi tra i bambini provenienti dalle famiglie più povere e quelli nati da madri meno istruite, il governo ha deciso di concentrarsi sullo sviluppo della prima infanzia e sui servizi di puericultura nelle zone rurali, dove i livelli di reddito e di istruzione sono più bassi. E nell'ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, dai risultati che hanno rivelato un accesso non equo all'istruzione sono scaturiti piani per migliorare la partecipazione scolastica e combattere la discriminazione nei confronti dei bambini con disabilità.

Una strategia d'intervento in favore dei bambini individuati andrebbe inclusa nelle politiche governative fin dalle prime fasi di pianificazione e dovrebbe prevedere un rilevamento dei servizi disponibili, lo sviluppo di protocolli di riferimento e la preparazione di materiali informativi per le famiglie su come adattare le condizioni ambientali dei bambini in modo da migliorarne la funzionalità e la partecipazione alla vita domestica e comunitaria.

PROSPETTIVE

Dall'invisibilità all'inclusione dei bambini indigeni con disabilità

di Olga Montufar Contreras



Olga Montufar Contreras è presidente della Step by Step Foundation, un'organizzazione multiculturale che promuove l'inserimento sociale delle persone indigene con disabilità in Messico. Figlia di una donna sorda, ha studiato ingegneria e ha conseguito un Master in sviluppo e politica sociale.

Le popolazioni autoctone hanno dovuto convivere a lungo con la povertà estrema, la discriminazione e l'esclusione dalla società e dai servizi sociali. All'interno delle nostre comunità, i bambini con disabilità di entrambi i sessi sono i soggetti più vulnerabili. La loro emarginazione continua a persistere malgrado tre strumenti internazionali per i diritti umani – la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, la Dichiarazione ONU sui diritti delle popolazioni indigene e la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza – offrono un'opportunità storica per affrontare le sfide a cui i bambini autoctoni con disabilità devono far fronte.

Io sono cresciuta con una disabilità fisica provocata dalla poliomielite in una comunità autoctona, ma posso affermare che, con il passare degli anni, la situazione è cambiata poco o nulla. Oggi, proprio come quando ero piccola, i bambini con disabilità vengono ostracizzati e il rifiuto da parte della comunità si estende a genitori e fratelli, perché la disabilità viene interpretata

come una punizione divina e il bambino considerato un peso per la comunità. Oggi come allora è estremamente difficile accedere ai servizi e affrontare le spese aggiuntive che un familiare disabile comporta. Povertà opprimente, isolamento geografico ed emarginazione politica mantengono le discriminazioni e i pregiudizi da cui, a loro volta, vengono rafforzati. Le conseguenze possono essere gravi: molte madri, deboli e prive del potere di cambiare le cose, restano in silenzio sulla nostra condizione o ricorrono addirittura all'infanticidio.

La mia famiglia è una delle poche a mostrarsi solidale nei confronti dei figli disabili. Nel nostro caso, ciò è accaduto anche perché ci siamo trasferiti in città e abbiamo potuto ottenere un alloggio più vicino ai servizi. Ma nelle circostanze disperate in cui vive la maggior parte delle nostre famiglie, le violazioni dei diritti umani sono comuni e non destano preoccupazione. Ecco perché è necessario mobilitare le risorse e la volontà di prendere provvedimenti significativi.

I dati possono essere difficili da raccogliere, perché le famiglie indigene vivono spesso sparse, in zone remote. Inoltre, potrebbero mancare intervistatori in grado di parlare lingue autoctone.

Uno dei problemi più pressanti da affrontare è rappresentato dalla mancanza di dati sulle comunità autoctone in generale e sui nostri bambini con disabilità in particolare. I dati possono essere difficili da raccogliere perché le famiglie indigene vivono spesso sparse, in zone remote. Inoltre, potrebbero non esserci abbastanza intervistatori in grado di parlare le loro lingue. In molti casi queste famiglie negano la nostra esistenza agli operatori che conducono le indagini. E anche quando ci riconoscono e vogliono sostenerci, i genitori possono fornire informazioni insufficienti proprio per totale mancanza di servizi diagnostici e di screening. Un'ulteriore aggravante è che spesso i bambini disabili di entrambi i sessi non vengono registrati alla nascita e ciò costituisce uno dei principali ostacoli al riconoscimento della nostra cittadinanza e del nostro diritto ai servizi pubblici. Tutti questi elementi dovrebbero motivare la ricerca sulla disabilità tra le popolazioni indigene, i cui risultati possono costituire un punto di partenza per lo sviluppo di politiche e servizi pubblici che affrontino i

nostri bisogni e garantiscano i nostri diritti.

Anche la mancanza di accesso al sistema scolastico tradizionale va corretta. L'inclusione dei bambini autoctoni con disabilità viene richiesta ai sensi della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, ma in pratica risulta spesso oltre la portata di questi bambini delle nostre comunità, perché la distanza che devono percorrere ogni giorno per arrivare a scuola può essere proibitiva. Poche scuole dispongono di strutture e servizi minimi per rendere accessibile l'apprendimento. E ancora una volta le pratiche comunitarie tradizionali contribuiscono alla mancanza di inclusione a livello educativo. I capi tribù determinano i ruoli di maschi e femmine sin dalla nascita e, se un bambino presenta una disabilità, di solito si ritiene che mandarlo a scuola sia una perdita di tempo, oltre che un indebito fardello economico sulla famiglia. Molti pensano che chi ha una disabilità sia come un oggetto rotto che non vale la pena aggiustare. La situazione è ancora peggiore per le bambine, perché per noi

femmine è più difficile ottenere il permesso di studiare rispetto ai maschi disabili.

Anche quando riusciamo a superare le stigmatizzazioni della comunità e riusciamo ad andare a scuola, i nostri insegnanti devono affrontare due ostacoli: una conoscenza insufficiente delle lingue autoctone e una formazione inadeguata in termini di istruzione inclusiva. Questa mancanza di formazione rende più difficile includere i bambini disabili. Di conseguenza, siamo costretti ad affidarci alla buona volontà dei singoli insegnanti che accettano la sfida di includere nelle loro classi i bambini indigeni con disabilità.

In Messico come altrove, i governi, le agenzie internazionali e i gruppi comunitari stanno cercando di eliminare il divario tra quel che sarebbe ideale e ciò che è attualmente possibile. Dobbiamo continuare a lavorare insieme per garantire infanzie più giuste ed eque, per trasformare la vita di bambine e bambini indigeni disabili con speranze e opportunità, affinché possano far spiccare il volo ai loro sogni.



Nguyen è autistico e frequenta una lezione preparata su misura per lui presso il *Da Nang Inclusive Education Resource Centre* in Vietnam. Centri come questo sono stati istituiti per aiutare i bambini a prepararsi all'esame di ammissione in scuole tradizionali inclusive.
© UNICEF/Vietnam/2012/Bisin

UN PROGRAMMA D'AZIONE

Le nazioni del mondo hanno più volte affermato il loro impegno a costruire società più inclusive. Di conseguenza la situazione di molti bambini disabili e delle loro famiglie è migliorata.

Tuttavia, i progressi sono risultati variabili non solo da un paese all'altro, ma anche all'interno dello stesso paese. Troppi bambini con disabilità incontrano ancora delle barriere alla partecipazione alla vita civile, sociale e culturale delle loro comunità. Ciò vale sia in situazioni che si possono considerare normali sia durante le crisi umanitarie. Le seguenti raccomandazioni si applicano con pari urgenza nelle situazioni di emergenza umanitaria, come esposto in dettaglio nel capitolo 5. Ma per realizzare la promessa di uguaglianza attraverso l'inclusione sarà necessario agire nei modi e negli ambiti delineati in questo rapporto.

Ratificare e attuare le Convenzioni

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD) e la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CDI) offrono orientamenti dettagliati per lo sviluppo di società inclusive. All'inizio di quest'anno, 127 paesi e l'Unione Europea hanno ratificato la CDPD, mentre 193 hanno ratificato la CDI, dimostrando così un impegno nei confronti di tutti i loro cittadini. Questi paesi costituiscono un movimento globale al quale altri devono ancora unirsi.

Ma la ratifica, da sola, non basterà. Nel quadro degli impegni richiesti rientrano sforzi concreti da parte dei governi nazionali, delle autorità locali, dei datori di lavoro, delle organizzazioni di disabili e di genitori. E anche le organizzazioni

umanitarie e i donatori di tutto il mondo possono adeguare la propria assistenza a questi strumenti internazionali. La realizzazione delle promesse delle Convenzioni richiederà a tutti non solo un'applicazione diligente, ma anche un monitoraggio rigoroso e un impegno costante nel senso della responsabilità e dell'adattamento.

Combattere la discriminazione

La discriminazione è alla radice di molte delle sfide a cui i bambini con disabilità e le famiglie devono far fronte. I principi dell'uguaglianza dei diritti e della non discriminazione dovrebbero riflettersi in leggi e politiche ed essere integrati da sforzi per sensibilizzare l'opinione pubblica sulla disabilità, cominciando da coloro che offrono servizi essenziali in campi come la salute, l'istruzione e la protezione. A tale scopo, le agenzie internazionali e i loro partner a livello governativo e comunitario possono intensificare gli sforzi per aumentare nei dipendenti pubblici, a tutti i livelli, la comprensione dei diritti, delle capacità e dei problemi dei bambini con disabilità, affinché i responsabili politici e i fornitori di servizi possano superare i pregiudizi, propri o della società.

Quando le comunità accettano la disabilità come componente della diversità umana, quando i sistemi educativi e ricreativi sono disponibili e inclusivi e quando i genitori non sono costretti a

sostenere totalmente i costi aggiuntivi associati alla disabilità, le famiglie dei bambini con disabilità possono vivere come le altre famiglie. Le organizzazioni di genitori, che possono svolgere un ruolo cruciale in questo senso, dovrebbero essere sostenute per far sì che i bambini con disabilità vengano apprezzati, curati e aiutati all'interno delle loro stesse famiglie e comunità.

Gli Stati parti alla CDPD, insieme all'ONU e alle sue agenzie, si sono impegnati a condurre campagne di sensibilizzazione per modificare

gli atteggiamenti nei confronti dei bambini con disabilità e delle loro famiglie. Questo richiederà, tra le altre cose, di evidenziare le capacità di questi bambini, nonché di promuovere l'impegno della comunità nei loro confronti. Agli Stati parti si richiede anche di informare le famiglie su come evitare, riconoscere e denunciare i casi di sfruttamento, violenza e abuso.

La discriminazione in base alla disabilità è una forma di oppressione. L'istituzione di un chiaro diritto alla tutela dalla discriminazione è

Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e Protocollo opzionale: firme e ratifiche

155

PAESI HANNO FIRMATO LA CONVENZIONE*

128

PAESI HANNO RATIFICATO LA CONVENZIONE*

91

PAESI HANNO FIRMATO IL PROTOCOLLO

76

PAESI HANNO RATIFICATO IL PROTOCOLLO

27

PAESI NON HANNO FIRMATO

- Afghanistan
- Albania
- Algeria
- Andorra
- Angola
- Antigua e Barbuda
- Arabia Saudita
- Argentina
- Armenia
- Australia
- Austria
- Azerbaigian
- Bahamas
- Bahrain
- Bangladesh
- Barbados
- Belgio
- Belize
- Benin
- Bhutan

- Bielorussia
- Bolivia (Stato plurinazionale)
- Bosnia/Erzegovina
- Botswana
- Brasile
- Brunei Darussalam
- Bulgaria
- Burkina Faso
- Burundi
- Cambogia
- Camerun
- Canada
- Capo Verde
- Ciad
- Cile
- Cina
- Cipro
- Colombia
- Comore
- Congo

- Congo, Repubblica Democratica
- Corea, Repubblica
- Corea, Repubblica Democratica Popolare
- Costa d'Avorio
- Costa Rica
- Croazia
- Cuba
- Danimarca
- Dominica
- Ecuador
- Egitto
- El Salvador
- Emirati Arabi Uniti
- Eritrea
- Estonia
- Etiopia
- Federazione Russa
- Figi
- Filippine

- Finlandia
- Francia
- Gabon
- Gambia
- Georgia
- Germania
- Ghana
- Giamaica
- Giappone
- Gibuti
- Giordania
- Grecia
- Grenada
- Guatemala
- Guinea
- Guinea Equatoriale
- Guinea-Bissau
- Guyana
- Haiti
- Honduras

*Unione Europea inclusa.

Fonte: UN Enable; Raccolta di trattati delle Nazioni Unite. Per le note sui termini usati, vedi p. 154.

essenziale per ridurre la vulnerabilità dei bambini disabili. Le leggi acquistano un maggiore significato quando i bambini con disabilità vengono informati di questo loro diritto e viene mostrato loro come esercitarlo. Laddove non esistono leggi che proibiscano la discriminazione in base alla disabilità, le organizzazioni di disabili e la società civile nel suo insieme continueranno a fare pressione perché tali leggi si promulgino, così come per la fornitura di servizi e la promozione della trasparenza e della responsabilità.

Abbatere le barriere dell'esclusione

Tutti gli ambienti destinati ai bambini – centri per la prima infanzia, scuole, strutture sanitarie, trasporti pubblici, campi da gioco – si possono costruire in modo da facilitare l'accesso e la partecipazione dei minorenni con disabilità. Il principio di progettazione universale – quello secondo cui i prodotti, gli ambienti urbani, i programmi e i servizi dovrebbero essere utilizzabili nella misura massima possibile da tutti, indipendentemente dal grado di abilità, dall'età o dalla condizione

(continua a p. 80)



Aprire le porte all'istruzione e all'impiego

di Ivory Duncan



Nata nel 1991, Ivory Duncan sta cercando di laurearsi in Studi della comunicazione all'Università della Guyana. Difende i diritti dei giovani disabili attraverso la Leonard Cheshire Disability Young Voices Network e presta servizio come volontaria presso la Commissione nazionale sulla disabilità del suo paese.

Proprio come me, innumerevoli altri giovani con disabilità stanno cercando di costruirsi un futuro che non può essere dato per scontato. Ce la faremo a superare le barriere fisiche e finanziarie all'istruzione superiore? Se riusciremo a laurearci all'università o a diplomarci in una scuola professionale, che tipo di lavoro ci possiamo aspettare? Avremo uguali opportunità o dovremo affrontare discriminazioni? Saremo messi in grado di dimostrare il nostro valore nel competitivo mondo del lavoro? Altrimenti, come potremo essere in tutto e per tutto dei cittadini produttivi, membri della società sullo stesso piano dei non disabili?

Io ho perduto una gamba a causa di un incidente d'auto a 15 anni. I miei genitori, persone di umili mezzi, continuano ad aiutarmi a sostenere le spese affinché io possa ottenere un'istruzione universitaria, cercando nel frattempo di crescere altri due figli disabili. La vita può essere dura, ma sono grata per la mia fortuna: ho una famiglia che mi vuol bene

e mi sto impegnando per realizzare il mio sogno di laurearmi e costruirmi una carriera.

Per realizzare i nostri sogni dobbiamo compiere sforzi non richiesti, di solito, ai giovani non disabili. Per arrivare da casa all'università, per esempio, devo chiamare un taxi, perché le uniche alternative consisterebbero nel prendere una barca o nell'attraversare il *Demerara Harbour Bridge*, entrambe cose che non posso fare sulla sedia a rotelle. Pagare un taxi è costoso e i miei genitori hanno difficoltà a sbarcare il lunario. Anche frequentare l'università è una sfida dal punto di vista fisico. È difficile raggiungere le lezioni perché spesso le aule non sono accessibili agli utenti come me. Ci sono lunghe rampe di scale da fare e quando riesco finalmente ad arrivare, mi sento stanca e frustrata e ho difficoltà a concentrarmi. Ma ci provo lo stesso, perché so che è meglio provarci e non riuscirci che non provarci affatto.

Le sfide, però, cominciano molto prima di raggiungere

Vorrei essere certa che, quando conseguirò la laurea e mi metterò a cercare un lavoro, non subirò discriminazioni a causa della mia disabilità e che le mie capacità, le mie qualifiche e il mio potenziale verranno riconosciuti.

l'istruzione superiore. I bambini con disabilità possono facilmente venire reclusi, nascosti alla società e impossibilitati a frequentare la scuola o a offrire un contributo sociale significativo. Dovrebbero essere incoraggiati a frequentare le scuole tradizionali, se possibile, ma dovrebbero esserci anche delle scuole speciali con competenza professionale e servizi di sostegno. Le scuole per i bisogni speciali dovrebbero offrire un programma completo agli studenti con disabilità, per aiutarli a sviluppare la mente e dare loro opportunità di raggiungere l'eccellenza a livello accademico. Molti bambini e giovani con disabilità vogliono affrontare l'istruzione superiore, quindi è molto importante includerli nelle scuole e in altre istituzioni didattiche, nonché offrire loro le stesse possibilità degli altri studenti di scegliersi corsi e attività. Sta alle istituzioni didattiche e ai governi accogliere e sostenere studenti come me e offrirci la possibilità di ottenere il livello di istruzione

necessario a raggiungere i nostri obiettivi.

Per accogliere i bambini e i giovani con disabilità bisogna adattare i requisiti per l'ammissione e i criteri per superare gli esami. Gli insegnanti necessitano di una formazione adeguata e dell'opportunità di specializzarsi ulteriormente all'estero per migliorare la qualità dell'istruzione. Le scuole dovrebbero insegnare il Braille e altre forme di comunicazione, se necessario, nonché disporre di attrezzature speciali che molte scuole in Guyana, invece, non hanno affatto. Rendere gli istituti didattici a misura di disabile significa, inoltre, istituire strutture e servizi di trasporto specifici; dovrebbero esserci rampe per gli utenti di carrozzine, bagni accessibili e ascensori per chi non può salire le scale. Tutti gli aspetti e tutti i livelli dell'istruzione, dalla scuola elementare all'università, devono essere resi accessibili.

Anche i ministeri per l'istruzione e i servizi pubblici dovrebbero lavorare insieme per aiutare gli studenti disabili che desiderano

studiare oltre la scuola secondaria. Poiché le difficoltà finanziarie sono uno dei motivi principali per cui i giovani con disabilità non possono portare a termine la loro istruzione, quest'assistenza dovrebbe comprendere finanziamenti, prestiti e borse di studio.

I miei genitori hanno fatto molti sforzi e hanno investito più soldi di quanto potessero davvero permettersi per aiutarmi a frequentare la scuola fino all'università e io ora sto lavorando sodo, nonostante le difficoltà, per arrivare alle lezioni e apprendere, perché so che è quanto devo fare per ottenere il meglio dalla vita. Perciò vorrei anche poter essere certa che, quando conseguirò la laurea e mi metterò a cercare un lavoro, non subirò discriminazioni a causa della mia disabilità e che le mie capacità, le mie qualifiche e il mio potenziale verranno riconosciuti. Come giovane disabile che ha lavorato sodo per farsi un'istruzione merito, come gli altri, l'opportunità di realizzare i miei sogni, di guadagnare adeguatamente e di contribuire alla nostra società.

(continua da p. 77)

sociale – andrebbe applicato alla costruzione di infrastrutture pubbliche e private. Tutti i bambini traggono beneficio dalla possibilità di interagire e di capirsi tra loro a livelli diversi di abilità.

I principi della progettazione universale si applicano anche allo sviluppo di programmi scolastici e di formazione professionale inclusivi, come pure alle leggi, alle politiche e ai servizi per la protezione dell'infanzia. I bambini devono poter accedere a sistemi progettati per dotarli di tutte le capacità educative e pratiche che li aiuteranno ad affrontare la vita da adulti, sia per proteggerli da abbandoni, abusi e violenze durante la crescita. Se la protezione non funziona, questi bambini devono poter sporgere denuncia e chiedere giustizia. I governi hanno un ruolo decisivo da svolgere nell'introduzione e nell'attuazione dei provvedimenti legislativi, amministrativi ed educativi necessari a proteggere i bambini con disabilità da qualsiasi forma di sfruttamento, violenza e abuso in qualunque ambiente. È sbagliato creare sistemi separati per i bambini con disabilità: l'obiettivo dev'essere rappresentato

da meccanismi di protezione adatti e accessibili a tutti i bambini. La registrazione delle nascite è un meccanismo di questo tipo. Pur non costituendo una garanzia in sé, è pur sempre un elemento essenziale della protezione. Gli sforzi per registrare i bambini disabili, rendendoli pertanto visibili, meritano la priorità.

Porre fine all'affidamento in istituto

Troppo spesso invisibilità e abusi rappresentano il destino di bambini e adolescenti con disabilità confinati in istituto. Anche se ben gestite, sensibili ai bisogni dei bambini e soggette a controlli, queste strutture sostituiscono indegnamente una benefica vita domestica. Tra le misure da attuare subito per invertire la tendenza a rivolgersi troppo agli istituti potrebbe esserci una moratoria sulle nuove ammissioni, da affiancare alla promozione di un maggiore sostegno all'assistenza in famiglia e alla riabilitazione su base comunitaria. Inoltre, sono necessarie misure più ampie per ridurre a monte le pressioni che spingono all'allontanamento dei bambini da casa, come



Bambini con deficit uditivo e visivo imparano l'arte della ceramica in un istituto dell'oblast' di Mosca, Federazione Russa.
© UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

lo sviluppo di servizi pubblici, scuole e sistemi sanitari accessibili e in grado di rispondere ai problemi dei minori disabili e delle famiglie.

Sostenere le famiglie

La CDI afferma che i bambini dovrebbero crescere in un ambiente familiare. Ne consegue che le famiglie dei bambini e degli adolescenti con disabilità vanno adeguatamente supportate, al fine di fornire ambiente e qualità di vita migliori possibili per i loro figli. Il sostegno alle famiglie e ai badanti – con l'assistenza diurna sovvenzionata, per esempio, oppure con altri tipi di finanziamenti per compensare l'aumento dei costi e la riduzione del reddito conseguenti al doversi prendere cura di un minore disabile – può rivelarsi essenziale per ridurre la spinta ad affidare i bambini con disabilità agli istituti. Un sostegno simile può anche migliorare le prospettive per i bambini che rientrano nelle loro comunità dopo aver vissuto in istituto.

All'interno della famiglia la disabilità viene spesso associata a costi di vita più elevati e alla perdita di opportunità di maggior guadagno e pertanto può far aumentare il rischio di impoverimento. I bambini disabili che vivono in povertà possono avere particolari difficoltà a ricevere servizi come tecnologie di riabilitazione e di assistenza. Lasciarli in famiglia a badare a loro stessi equivarrebbe a disattendere la promessa dell'inclusione.

Le politiche sociali dovrebbero tener conto dei costi in termini di tempo e di denaro associati alla disabilità. Costi che possono essere compensati da finanziamenti sociali o da sussidi per i trasporti o per gli assistenti. Le indennità in contanti risultano più facili da erogare e più flessibili nel soddisfare i bisogni particolari dei bambini con disabilità e delle loro famiglie. Rispettano anche il diritto di decidere di genitori e figli. Laddove esistenti, i programmi di finanziamento economico per le famiglie che vivono in circostanze difficili si possono adattare perché le famiglie dei bambini con disabilità non vengano involontariamente escluse o non ricevano un sostegno inadeguato.

Queste raccomandazioni risulterebbero urgenti in qualunque circostanza, ma lo sono soprattutto in questo periodo di ristrettezze finanziarie, in cui aiuti e bilanci sociali vengono tagliati, la disoccupazione resta alta e beni e servizi diventano sempre più costosi. Le famiglie di tutto il mondo si trovano a dover affrontare un maggior rischio di povertà.

Superare gli standard minimi

Gli aiuti e i servizi esistenti andrebbero valutati continuamente col proposito di essere costantemente ottimizzati. Lo scopo dev'essere quello di andare oltre gli standard minimi. Bisogna concentrare l'attenzione sul servizio al singolo bambino con disabilità, oltre che sulla trasformazione di interi sistemi o società. Il coinvolgimento continuo di bambini disabili e delle loro famiglie nella valutazione dei servizi contribuirà a garantire una fornitura adeguata man mano che questi bambini crescono e i loro bisogni cambiano. Non è possibile ignorare l'importanza di una simile partecipazione. I bambini e i giovani con disabilità sono tra le fonti di informazione più autorevoli su quello di cui loro stessi hanno bisogno e su come si soddisfino tali necessità.

Coordinare i servizi per aiutare il bambino

Poiché gli effetti della disabilità investono vari settori, è possibile coordinare i vari servizi tenendo conto dell'intero spettro di sfide che i bambini con disabilità e le loro famiglie si trovano a dover affrontare. Un programma coordinato di intervento nei settori della sanità, dell'istruzione e dell'assistenza sociale contribuirebbe a promuovere l'individuazione precoce e la gestione delle disabilità infantili. In tutti i settori, gli interventi per la prima infanzia andrebbero rafforzati. Studi hanno dimostrato che i miglioramenti in termini di capacità funzionale possono risultare più ampi quando gli interventi si verificano nelle prime fasi dello sviluppo di un bambino. Nei primi anni di vita, le funzionalità possono migliorare attraverso la riabilitazione. E questi miglioramenti, a loro volta, avranno effetti

(continua a p. 84)

Mettere fine alla “carestia di libri” con tecnologie e leggi sul diritto d’autore

di Kartik Sawhney



Kartik Sawhney è uno studente liceale vincitore di premi nazionali a Nuova Dehli, in India. Contribuisce attivamente alla difesa dei diritti delle persone con disabilità e fa parte del Leonard Cheshire Disability Young Voices Network.

I non vedenti devono far fronte a quella che almeno un autore ha definito “carestia di libri”. Non è una novità per noi: è da molto tempo che i non vedenti e gli ipovedenti lottano per l’accessibilità. “Accessibilità” è un termine onnicomprensivo che riguarda l’accesso all’ambiente fisico, al trasporto, alle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, all’istruzione e ad altre opportunità. Secondo me è essenziale che tutti i materiali accessibili siano facilmente disponibili. L’urgenza è persino maggiore quando prendiamo in esame la situazione nelle nazioni in via di sviluppo.

Quando ho condotto un’indagine informale su quasi sessanta studenti non vedenti nei gradi primario e secondario delle scuole tradizionali in India, ho scoperto che meno del 20% aveva accesso a materiali nel formato preferito, mentre meno del 35% poteva disporre di materiali in qualunque formato. Essendo non vedente ho vissuto diverse esperienze in cui la mancanza di accessibilità ha impedito di avvalermi delle stesse opportunità degli altri. Lo

sforzo necessario per rendere accessibili i materiali di lettura è monumentale. Grazie ai progressi compiuti nel campo del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) – una tecnologia che converte testi scritti a mano o stampati in testi digitali, permettendo a voci computerizzate di leggerli – ci sono stati dei miglioramenti. Tuttavia i contenuti tecnici restano inaccessibili. Io trascorro circa due ore al giorno a trascrivere sul computer i materiali stampati delle mie lezioni di scienza e di matematica, per esempio, perché il software OCR non riesce a leggere diagrammi e simboli speciali in modo abbastanza preciso. La situazione degli studenti che vivono in zone rurali è anche peggiore, perché dipendono da altri esseri umani che leggono loro a voce alta interi volumi di informazioni. Per esempio, dei miei amici che vivono in un piccolo villaggio devono affidarsi per forza soltanto a volontari che vanno a trovarli ogni settimana.

Anche gran parte dei contenuti online non possono essere letti dai comuni programmi di lettura dello schermo,

Essendo non vedente, ho vissuto diverse esperienze in cui la mancanza di accessibilità mi ha impedito di avvalermi delle stesse opportunità degli altri.

soprattutto a causa di piattaforme e standard diversi utilizzati da autori e progettisti. Anche se il World Wide Web Consortium (W3C) ha prodotto linee guida perché i siti web garantiscano una meravigliosa esperienza a tutti, si tratta di un progetto ancora lontano dalla piena realizzazione. Incontro ogni giorno siti web non conformi allo standard W3C. Perciò è necessaria una maggiore attenzione da parte non solo dei governi, ma anche della società civile, del mondo accademico e delle organizzazioni internazionali. Il governo dell'India ha attuato provvedimenti per determinare un cambiamento positivo su questo fronte, offrendo un Premio nazionale per l'emancipazione dei disabili nella categoria "Sito web più accessibile". Questo incentivo spinge le organizzazioni a rendere accessibili i loro siti. Se applicate da un numero sufficiente di paesi, misure del genere potrebbero produrre una rivoluzione.

Non si tratta, però, di una questione riservata ai governi: chiunque può determinare un cambiamento positivo. Ricordo una conquista storica ottenuta nel 2011 da

un gruppo di giovani non vedenti a Bangalore, in India. Preparandosi per gli esami di ammissione a prestigiose scuole aziendali del paese, questi ragazzi hanno contattato il noto editore di testi educativi *Pearson Education* per chiedergli di pubblicare il proprio materiale in un formato accessibile. Pearson ha accettato e, da allora, ha reso accessibile gran parte dei propri testi ai non vedenti. Non tutti gli editori, però, si dimostrano così sensibili e comprensivi. La mancanza di conoscenza e di sensibilità rappresenta una delle sfide principali da affrontare. Finché non si verificherà un cambiamento di paradigma negli atteggiamenti verso i non vedenti, sarà difficile superare le difficoltà che oggi affliggono la comunità degli ipovedenti.

Esiste anche, però, un'altra barriera all'accesso, stavolta di natura politica e giuridica e non tecnica o a livello di atteggiamento. Attualmente solo 57 paesi hanno emendato le loro leggi sul diritto d'autore in modo da offrire delle concessioni alle persone non vedenti. Purtroppo, dunque, la fornitura di libri elettronici

ai non vedenti è considerata ancora una violazione del copyright in molti paesi e ciò impedisce agli editori locali di andare incontro alla comunità. Per un giovane studente si tratta di fatti molto inquietanti: dato che la maggior parte dei paesi si è impegnata a fornire sostegno e cooperazione massimi per il benessere e l'emancipazione delle persone con disabilità, emerge una grande differenza tra le leggi sulla carta e la loro effettiva, reale attuazione. Ora come ora c'è bisogno di tradurre le parole in azioni concrete. A tale scopo suggerisco un organismo internazionale che sovrintenda all'attuazione delle leggi internazionali sulla disabilità, senza però violare la sovranità nazionale.

La legge sul diritto d'autore dev'essere emendata. Spero che i paesi continuino a lavorare sul quadro giuridico, e che le Nazioni Unite agiscano per un referendum sulla questione. Ritengo che, con uno sforzo concertato, riusciremo a garantire questo diritto inalienabile a tutte le persone con disabilità, ovunque vivano: il diritto ad accedere a qualunque materiale di lettura!

(continua da p. 81)

maggiori se i sistemi scolastici saranno in grado di potenziarli. Inoltre, acquisire un'istruzione risulterebbe ancor più importante se fossero in atto anche programmi per agevolare la transizione dalla scuola al lavoro e se, in tutto l'ambito economico, ci si sforzasse di promuovere l'impiego di persone con disabilità.

Coinvolgere i bambini con disabilità nei processi decisionali

I bambini e gli adolescenti con disabilità sono al centro degli sforzi per costruire società inclusive, non solo come beneficiari, ma anche come agenti del cambiamento. Gli Stati parti alla CDPD hanno affermato il diritto dei bambini con disabilità a esprimere liberamente i propri punti di vista in tutte le questioni che li riguardano. Nel far questo, i governi hanno riaffermato i principi della CDI, obbligandosi a consultare i bambini con disabilità al momento di sviluppare e di attuare leggi e politiche di loro interesse.

Ciò è anche nell'interesse degli Stati, perché i bambini e i giovani con disabilità possono arricchire l'iter decisionale e la fornitura di servizi con le loro esperienze quotidiane, oltre a essere i più qualificati a fornire informazioni sull'effettiva soddisfazione dei loro bisogni e sull'effettivo utilizzo dei loro contributi nell'intero spettro dei problemi e degli interventi: dalla salute all'alimentazione, dalla salute sessuale e riproduttiva all'istruzione e ai servizi per il passaggio all'età adulta.

Il diritto a ricevere ascolto si applica a tutti i bambini, indipendentemente dal tipo e dal grado di disabilità e persino i minorenni con gravi disabilità possono essere aiutati a esprimere le loro scelte e i loro desideri. Un bambino in grado di esprimersi ha molte meno probabilità di subire abusi o forme di sfruttamento. La partecipazione risulta particolarmente importante per gruppi emarginati come i minorenni che vivono in istituto.



Ragazzi giocano a netball presso la Scuola elementare Ojwina di Lira, in Uganda. © UNICEF/UGDA2012-00120/Sibiloni



Nemanja, sei anni (prima a sinistra), con i suoi compagni di classe a Novi Sad, in Serbia. La sua scuola elementare è stata la prima a integrare i bambini con disabilità ai sensi di una legge mirata a ridurre l'istituzionalizzazione.

© UNICEF/HQ2011-1156/Holt

Riconoscere i bambini e gli adolescenti con disabilità quali soggetti di diritto e non passivi beneficiari di misure caritatevoli non significa eliminare il bisogno di riabilitazione, di cure mediche o di ausili e dispositivi adeguati. Significa, però, che bisogna rispettare i diritti, i punti di vista e le scelte di questi bambini e che altrettanto viene richiesto ai responsabili politici: comunicare con modi e con mezzi facilmente accessibili e fruibili dai bambini con disabilità.

Promesse globali, test locali

Per mantenere le promesse della CDPD, le agenzie e i donatori internazionali, insieme ai loro partner a livello nazionale e locale, possono includere i bambini con disabilità negli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi di tutti i programmi di sviluppo. Dati affidabili e oggettivi offrono un contributo importante

alla pianificazione e allo stanziamento di risorse, nonché a un posizionamento più chiaro dei minori con disabilità nell'agenda dello sviluppo. Il necessario lavoro statistico richiederà del tempo, ma potrebbe ricevere uno slancio molto importante se i donatori internazionali promuovessero un programma concertato di ricerca a livello globale sulla disabilità. Nel frattempo, la pianificazione e la programmazione dovranno continuare; negare o ritardare l'erogazione di servizi ai bambini con disabilità solo perché serve una maggiore quantità di dati sarebbe inaccettabile.

Il test definitivo di tutti gli sforzi a livello globale e nazionale avrà luogo a livello locale, verificando se ogni bambino con disabilità goda appieno dei propri diritti – tra cui l'accesso a servizi, aiuti e opportunità – alla pari degli altri bambini, anche negli ambienti più remoti e nelle situazioni di maggiore indigenza.

PROSPETTIVE

Bambini con disabilità e diritti umani universali

di *Lenín Voltaire Moreno Garcés*



Lenín Voltaire Moreno Garcés, vicepresidente della Repubblica dell'Ecuador dal 2007 al maggio del 2013, è stato l'unico titolare di un'alta carica dello Stato dell'America latina fisicamente disabile. Le statistiche riportate in questo saggio sono tratte da documenti relativi al programma nazionale.

Non può esistere l'esercizio universale dei diritti umani se di tali diritti non godono tutti, compresi i più vulnerabili. Spinto da questa convinzione, l'Ufficio del Vice-Presidente della Repubblica dell'Ecuador si è concentrato sul miglioramento della situazione delle persone con disabilità, cominciando dai bambini.

A partire da luglio del 2009, abbiamo condotto indagini in tutto l'Ecuador nell'ambito del progetto Missione di solidarietà Manuela Espejo. Facendo visita a 1.286.331 famiglie nelle 24 province e nei 221 cantoni del paese, siamo riusciti a identificare 293.743 persone con disabilità. Circa il 24% di questo totale presentava disabilità intellettive, mentre il restante 76% presentava disabilità fisiche o sensoriali. Secondo le nostre stime, la diffusione delle principali disabilità era pari a più del 2% della popolazione nazionale censita nel 2010.

Abbiamo scoperto che circa 55.000 minorenni di entrambi i sessi presentavano disabilità, per una percentuale pari al 19% di tutti i disabili dell'Ecuador. Fino a giugno del 2012, queste persone avevano ricevuto 87.629 donazioni per l'assistenza tecnica, consistenti

in ausili come sedie a rotelle, deambulatori, materassi antidecubito, bastoni da passeggio, apparecchi acustici e per la vista, a seconda dei bisogni individuati. Sono stati aperti tre negozi di protesi per poter fornire, solo nel 2012, 1.960 apparecchi protesici e ortopedici ai bambini del paese.

Abbiamo scoperto anche che molte famiglie vivono in circostanze estremamente difficili. L'assistenza ai bambini con gravi disabilità può essere particolarmente costosa, fino al punto da costringere le madri ad abbandonarli per poter guadagnare dei soldi. Così è stato istituito il Sussidio Joaquín Gallegos Lara, che fornisce l'equivalente di 240 dollari USA al mese per aiutare chi si prende cura di un bambino o di un adulto con disabilità. Viene offerta anche formazione sui servizi di pronto soccorso, d'igiene e di riabilitazione. L'Ecuador sta così riconoscendo per la prima volta il lavoro svolto con passione dalle famiglie che accudiscono persone disabili. Fino al giugno del 2012, hanno beneficiato di sussidi 6.585 bambini, per il 43% di sesso femminile.

Oltre al sostegno, il nostro approccio dà importanza anche

Noi governanti dobbiamo (...) comprendere che la disabilità non è tanto un problema, quanto piuttosto una circostanza. Sta a noi (...) aiutare i nostri cittadini più giovani a integrarsi.

alla diagnosi e all'intervento precoci. Fino al 2012, circa 1,1 milioni di bambini sotto i nove anni sono stati sottoposti a screening per rilevare eventuali deficit dell'udito e promuovere interventi tempestivi. A tale scopo nella rete del Ministero della Salute Pubblica siamo riusciti ad istituire 1.401 unità di servizio per lo screening audiometrico, la formazione di 1.500 operatori sanitari, all'allestimento di 30 unità di servizio per il trattamento dei disturbi del linguaggio e la fornitura di 1.508 apparecchi acustici.

Nel 2013, 714.000 bambini saranno sottoposti a visita oculistica in 24 centri specializzati e prevediamo che in circa 2.500 riceveranno assistenza per poter migliorare la loro ipovisione.

Abbiamo altresì istituito un programma nazionale per lo screening dei disturbi congeniti curabili nei neonati. Fino alla fine del 2011 questa iniziativa, nota come "Con pie derecho, La huella del futuro" (Con il piede giusto: l'impronta del futuro), ha portato allo screening di 98.034 neonati, rilevando 30 casi di ipotiroidismo congenito, galattosemia, iperplasia adrenale congenita o fenilchetonuria.

Ognuno di questi bambini ha ricevuto dei trattamenti per i propri disturbi che, se non curati nelle prime settimane o nei primi mesi di vita, comportano maggiori rischi di problemi cognitivi, disturbi del linguaggio, tremori o altri deficit.

Oltre al sostegno bio-sociale e alla diagnosi precoce, stiamo promuovendo l'inclusione sociale e culturale. Sotto la bandiera di "Un Ecuador di gioia e solidarietà", 70.000 bambini e giovani con e senza disabilità hanno partecipato a festeggiamenti inclusivi in tutto il paese. Il divertimento e i giochi vengono promossi come strumenti per creare spazi di integrazione. In queste feste, le persone con disabilità conducono, nei panni di istruttori, esercizi fisici, sperimentazioni di arti e mestieri, giochi e racconti di fiabe.

Circa 7.700 bambini e giovani emarginati o vulnerabili stanno progredendo nel loro sviluppo personale e nel percorso di autostima e di integrazione sociale attraverso attività come la danza, la musica, la pittura e la letteratura. Tra loro ci sono 1.100 bambini e giovani coinvolti nel Circo Sociale, un'iniziativa condotta in collaborazione con la compagnia di spettacolo

acrobatico canadese *Cirque du Soleil*. Queste innovazioni hanno risvegliato l'interesse tra i paesi vicini dell'Ecuador, diversi dei quali stanno cercando di saperne di più sulla nostra esperienza. La cosa più importante è che non c'è tempo da perdere. Nessun bambino dovrebbe essere costretto ad attendere servizi e aiuti che gli spettano di diritto; questo è soprattutto il caso dei bambini con disabilità, perché la loro vulnerabilità può aumentare con l'età.

Noi governanti dobbiamo affrontare senza indugio i compiti che ci aspettano. Dobbiamo comprendere che la disabilità non è tanto un problema, quanto piuttosto una circostanza. Sta a noi, indipendentemente dalla professione o dal ruolo che svolgiamo, aiutare i nostri cittadini più giovani a integrarsi. Non possiamo neppure sognare un paese in cui ci sia giustizia sociale, che si attenga ai principi del buon vivere, se non garantiamo alle persone con disabilità, soprattutto bambini e adolescenti, la possibilità di esercitare appieno i loro diritti. La disabilità non è sinonimo di incapacità: è un'espressione della meravigliosa diversità che arricchisce il genere umano.

Capitolo 1 Introduzione

- 1 World Health Organization, 'Community-based Rehabilitation Guidelines', WHO, Geneva, 2010, <www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>, 31 gennaio 2013.
- 2 Groce, Nora Ellen, 'Adolescents and Youth with Disabilities: Issues and challenges', *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 15, n. 2, luglio 2004, pagg. 13-32.
- 3 Committee on the Rights of the Child, Convention on the Rights of the Child General Comment N. 9 (2006): The rights of children with disabilities, CRC/C/GC/9, Geneva, 27 febbraio 2007, pagg. 2, 9; Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies', *The Lancet*, vol. 380, n. 9845, 8 settembre 2012, pagg. 899-907; World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, WHO, Geneva, 2011, p. 59.

BOX: A proposito di numeri

World Health Organization, *The Global Burden of Disease: 2004 update*, WHO, Geneva, 2008; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2010 revision*, United Nations, New York, 2011.

Capitolo 2 I fondamenti dell'inclusione

- 4 Bruce Marks, Susan, 'Reducing Prejudice against Children with Disabilities in Inclusive Settings', *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 44, n. 2, 1997, pagg. 119-120.
- 5 Contact a Family, 'What Makes My Family Stronger: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically', London, maggio 2009, <<http://89.16.177.37/professionals/research/researchandreports.html>>, 31 gennaio 2013.
- 6 United Kingdom Government, 'The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Committee on the Rights of the Child', United Kingdom, luglio 2007, p. 31, <www.ofmdfmi.gov.uk/uk_uncrc-2.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 7 D'Aiglepiere, Rohen, Focus Development Association and United Nations Children's Fund, 'Exclusion Scolaire et Moyens D'Inclusion au Cycle Primaire a Madagascar', febbraio 2012, p. 67, <www.unicef.org/madagascar/EXCLUSION-INCLUSIONweb.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 8 TNS and United Nations Children's Fund, 'Research Report on Children with Disabilities and their Families in Da Nang: Knowledge – attitudes – practices', Viet Nam, novembre 2009, p. 14.
- 9 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 3.
- 10 Maras, Pam, and Rupert Brown, 'Effects of Contact on Children's Attitudes Towards Disability: A longitudinal study', *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 26, n. 23, dicembre 1996, pagg. 2113-2134, cited in Maras, Pam, and Rupert Brown, 'Effects of Different Forms of School Contact on Children's Attitudes toward Disabled and Non-Disabled Peers', *British Journal of Educational Psychology*, vol. 70, n. 3, settembre 2000, p. 339.
- 11 Barg, Carolyn J., et al., 'Physical Disability, Stigma, and Physical Activity in Children', *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 57, n. 4, dicembre 2010, p. 378.
- 12 International Disability in Sport Working Group and the United Nations Office of the Special Advisor to the Secretary-General on Sport for Development and Peace, 'Sport in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities', IDSWG, Northeastern University, Boston, 2007.
- 13 Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) Preamble.
- 14 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 43.
- 15 Mont, Daniel M., and Nguyen Viet Cuong, 'Disability and Poverty in Vietnam', *World Bank Economic Review*, vol. 25, n. 2, 2011, pagg. 323-359.
- 16 Buckup, Sebastian, 'The Price of Exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work', International Labour Office Employment Working Paper n. 43, International Labour Organization, Ginevra, 2009.
- 17 Mitra, Sophie, Aleksandra Posarac and Brandon Vick, 'Disability and Poverty in Developing Countries: A snapshot from the World Health Survey', Social Protection Discussion Paper n. 1109, The World Bank, Washington, D.C., aprile 2011.
- 18 Groce, Nora, et al., 'Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice', *Third World Quarterly*, vol. 32, n. 8, 2011, pagg. 1493-1513.
- 19 Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', SINTEF Health Research, Oslo, 26 agosto 2004, <www.safod.com/LC/Malawi.pdf>, 31 gennaio 2013; Hoogeveen, Johannes G., 'Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and disability in Uganda', *Journal of African Economies*, vol. 14, n. 4, 1 agosto 2005, pagg. 603-631.
- 20 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pagg. 10, 39-40.
- 21 Gertler, Paul J., and Lia C. Fernald, 'The Medium Term Impact of Oportunidades on Child Development in Rural Areas', Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico, 30 novembre 2004; Behrman, Jere R., and John Hoddinott, 'Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican PROGRESA impact on child nutrition', *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 67, n. 4, agosto 2005, pagg. 547-569; Hoddinott, John, and Emmanuel Skouffias, 'The Impact of PROGRESA on Food Consumption', *Economic Development and Cultural Change*, vol. 53, n. 1, ottobre 2004, pagg. 37-61; Maluccio, John A., et al., 'The Impact of an Experimental Nutritional Intervention in Childhood on Education among Guatemalan Adults', Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 207, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., giugno 2006.
- 22 Groce, Nora, et al., 'Poverty and Disability: A critical review of the literature in low and middle-income countries', Working Paper Series n. 16, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, London, settembre 2011.
- 23 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Convention on the Rights of the Child, article 23.
- 24 World Health Organization, 'Community-Based Rehabilitation', WHO, Geneva, <www.who.int/disabilities/cbr/en/>, 31 gennaio 2013.
- 25 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluation: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico, 2010, as cited in Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (SCRPD), 'Compilation of best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts', Working document in response to General Assembly Resolution A/65/186 and with the intention of facilitating the discussions leading up to the envisaged High Level Meeting on disability and development at the 67th session of the General Assembly in 2012.
- 26 Municipalities of Santa Maria Guienagati, San Martín Peras, Coicoyan de las Flores and San José Tanago.
- 27 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluation: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'*, 2010.
- 28 World Health Organization, 'Assistive Devices/Technologies: What WHO is doing', WHO, Geneva, <www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>, 31 gennaio 2013.
- 29 Borg, Johan, Anna Lindström and Stig Larsson, 'Assistive Technology in Developing Countries: National and international responsibilities to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', *The Lancet*, vol. 374, n. 9704, 28 novembre 2009, pagg. 1863-1865.
- 30 François, Isabelle, et al., 'Causes of Locomotor Disability and Need for Orthopaedic Devices in a Heavily Mined Taliban-Controlled Province of Afghanistan: Issues and challenges for public health managers', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 3, n. 5, maggio 1998, pagg. 391-396; Matsen, S. L., 'A Closer Look at Amputees in Vietnam: A field survey of Vietnamese using prostheses', *Prosthetics and Orthotics International*, vol. 23, n. 2, agosto 1999, pagg. 93-101; May-Teerink, Teresa Lynn, 'A Survey of Rehabilitative Services and People Coping with Physical Disabilities in Uganda, East Africa', pagg. 311-316; Bigelow, Jeffrey, et al., 'A Picture of Amputees and the Prosthetic Situation in Haiti', *Disability & Rehabilitation*, vol. 26, n. 4, 2004, pagg. 246-252; Lindsay, Sally, and Irina Tsybina, 'Predictors of Unmet Needs for Communication and Mobility Assistive Devices among Youth with a Disability: The role of socio-cultural factors', *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 6, n. 1, gennaio 2011, pagg. 10-21.
- 31 Steinfeld, Edward, 'Education for All: The cost of accessibility', Education Notes, The World Bank, Washington, D.C., agosto 2005, <http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Education-Notes/EdNotes_CostOfAccess_2.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 32 Based on evaluations by the Department of Public Works in South Africa, Accessible Design Case Studies, 2004, in Metts, Robert, 'Disability and Development', Background paper prepared for the disability and development research agenda meeting, 16 novembre 2004, The World Bank, Washington, D.C., pagg. 15-45.

33 South African Disability Institute, Special Housing for Disabled People, data provided by Philip Thompson, Africa Chair, International Commission on Technology and Accessibility, as cited in Metts, Robert, 'Disability and Development', p. 17; Metts, Robert, 'Disability and Development', pagg. 15-45.

BOX: Parliamo di abilità

United Nations Children's Fund Montenegro, "It's about Ability" Campaign Honoured for the Best Humanitarian Action in Montenegro, UNICEF Montenegro, Podgorica, Montenegro, 15 febbraio 2011, <www.unicef.org/montenegro/media_16505.html>, 31 gennaio 2013.

Perovic, Jelena, 'Survey: It's about ability campaign results in positive change for children with disability in Montenegro', UNICEF Montenegro, Podgorica, Montenegro, 14 dicembre 2011, <www.unicef.org/montenegro/15868_18773.html>, 31 gennaio 2013.

Capitolo 3 Una base solida

- 34 World Health Organization, 'Fact Sheet: Poliomyelitis', WHO, Ginevra, 2011; Polio News, Global Polio Eradication Initiative, gennaio 2013.
- 35 World Health Organization, 'Global Immunization Data', WHO, Ginevra, ottobre 2012.
- 36 United Nations Department of Economic and Social Affairs, 'Disability and the Millennium Development Goals: A review of the MDG process and strategies for inclusion of disability issues in Millennium Development Goal efforts', United Nations, New York, dicembre 2011.
- 37 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pagg. 58-60.
- 38 Gakidou, Emmanuela, et al., 'Improving Child Survival through Environmental and Nutritional Interventions: The importance of targeting interventions toward the poor', *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n. 16, ottobre 2007, pagg. 1876-1887.
- 39 World Health Organization, *Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition - Progress report*, WHO, Ginevra, 2000, pagg. 14-15.
- 40 World Health Organization, 'Micronutrient deficiencies: Iodine deficiency disorders', WHO, Ginevra, 2012, <www.who.int/nutrition/topics/idd/en/>, 31 gennaio 2013.
- 41 Checkley William, et al., 'Multi-Country Analysis of the Effects of Diarrhoea on Childhood Stunting', *International Journal of Epidemiology*, vol. 37, n. 4, agosto 2008, pagg. 816-830.
- 42 Walker, Susan P, et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet*, vol. 378, n. 9799, 8 ottobre 2011, pagg. 1325-1338.
- 43 United Nations Children's Fund, *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority*, UNICEF, New York, novembre 2009, p. 6.
- 44 Walker, Susan P, et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', pagg. 1325-1338.
- 45 World Health Organization, 'Medical Devices: Anaemia prevention and control', WHO, Ginevra, 2012, <www.who.int/medical_devices/initiatives/anaemia_control/en/>, 31 gennaio 2013.
- 46 Scholl, Theresa O., 'Maternal Iron Status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate', *Nutrition Reviews*, vol. 69, n. 11, novembre 2011, S23-S29; Vaughan, Owen R., et al., 'Environmental Regulation of Placental Phenotype: Implications for fetal growth', *Reproduction, Fertility and Development*, vol. 24, n. 1, 6 dicembre 2011, pagg. 80-96.
- 47 Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh', *Child: Care, Health and Development*, vol. 38, n. 6, novembre 2012, pagg. 878-888.
- 48 National Institutes for Health (NIH), MedlinePlus, 'Cystic Fibrosis - Nutritional Considerations', <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002437.htm>, 31 gennaio 2013; O'Brien, S., et al., 'Intestinal Bile Acid Malabsorption in Cystic Fibrosis', *Gut*, vol. 34, n. 8, agosto 1993, pagg. 1137-1141.
- 49 United Nations Children's Fund, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's report on violence against children - Summary report', UNICEF, New York, 28 luglio 2005, pagg. 6-7; World Bank, May 2004, "Disability in Bangladesh: A situation analysis" The Danish Bilharziasis Laboratory for the World Bank, People's Republic of Bangladesh <<http://siteresources.world-bank.org/DISABILITY/Resources/Regions/South%20Asia/DisabilityinBangladesh.pdf>>, pagg. 15, 31 gennaio 2013.
- 50 World Health Organization, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries - A review*, WHO, Ginevra, 2012; Thommessen, M., et al., 'Feeding Problems, Height and Weight in Different Groups of Disabled Children', *Acta Paediatrica*, vol. 80, n. 5, maggio 1991, pagg. 527-533; Sullivan, Peter B., ed., *Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability*, Mac Keith Press, Londra, 2009, p. 61; Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy', pagg. 878-888.
- 51 Groce, N., et al., 'Water and Sanitation Issues for Persons with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A literature review and discussion of implications for global health and international development', *Journal of Water and Health*, vol. 9, n. 4, 2011, pagg. 617-627.
- 52 Human Rights Watch, 'Fact Sheet: HIV and disability', Human Rights Watch, New York, June 2011. Also, see World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 77 for misconceptions on sexual activity, p. 59 for drug/alcohol use and p. 147 for risk of abuse.
- 53 United Nations Children's Fund, 'Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities', UNICEF, luglio 2012.
- 54 World Health Organization and United Nations Population Fund, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA guidance note*, WHO, 2009, pagg. 5-9, 12, <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>>, 31 gennaio 2013; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Sexuality Education in Asia and the Pacific: Review of policies and strategies to implement and scale up*, UNESCO Bangkok, Bangkok, 2012, p. 2, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>>, 31 gennaio 2013.
- 55 Willemsse, Karin, Ruth Morgan and John Meletse, 'Deaf, Gay, HIV Positive, and Proud: Narrating an alternative identity in post-Apartheid South Africa', *Canadian Journal of African Studies*, vol. 43, n. 1, aprile 2009, pagg. 83-104.
- 56 Sices, Laura, 'Developmental Screening in Primary Care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement', The Commonwealth Fund, New York, dicembre 2007, pp. v and 6; Johnson-Staub, Christine, 'Charting Progress for Babies in Child Care Project: Promote access to early, regular, and comprehensive screening', CLASP, Washington, D.C., febbraio 2012, p. 1.
- 57 Ertem, Ilgi O., et al., 'A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries', *Pediatrics*, vol. 121, n. 3, marzo 2008, pp. e581-e589; World Health Organization, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in low- and middle income countries*, WHO 2012 p.1
- 58 World Health Organization, 'Epilepsy: Fact sheet No. 999', WHO, Geneva, October 2012, <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>, 31 gennaio 2013.
- 59 Metts, Robert, 'Disability and Development', pagg. 15-45.
- 60 Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', *World Bank Economic Review*, vol. 22, n. 1, 2008, pagg. 141-163, as cited in World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011.
- 61 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2010: Reaching the marginalized*, UNESCO and Oxford University Press, Paris and Oxford, UK, 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>>, 31 gennaio 2013; Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', SINTEF Health Research, Oslo, 26 agosto 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, 31 gennaio 2013; Government of the United Republic of Tanzania, '2008 Tanzania Disability Survey', United Republic of Tanzania National Bureau of Statistics, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania, 2009, p. 19, <nbs.go.tz/tnada/index.php/ddi/browser/5/download/24>, 31 gennaio 2013.
- 62 World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, p. 206.
- 63 United Nations, Report of the Secretary-General on the Status of the Convention on the Rights of the Child, A/66/230, United Nations, New York, 3 agosto 2011, p. 8.
- 64 For review, see World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pagg. 39-40; Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', pagg. 141-163; Sundrum, Ratna, et al., 'Cerebral Palsy and Socioeconomic Status: A retrospective cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 90, n. 1, January 2005, pagg. 15-18; Newacheck, Paul W., et al., 'Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, n. 3, marzo 2003, pagg. 244-248.
- 65 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, October 2007, p. 15, box 5.1, <www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf>, 31 gennaio 2013.

- 66 van der Berg, Servaas, *Poverty and Education*, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris, 2008.
- 67 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest N. 13, p. 27, box 5.1.
- 68 UNICEF, *The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education*, 2012, p. 8; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 'The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flagship', Paris, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132277e.pdf>>, 31 gennaio 2013.
- 69 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 'Inclusion of Children with Disabilities: The early childhood imperative', UNESCO Policy Brief on Early Childhood No. 46, UNESCO, Paris, aprile-giugno 2009, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156e.pdf>>, 31 gennaio 2013.
- 70 Nahar, Baitun, et al., 'Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 63, n. 6, giugno 2009, pagg. 725-731.
- 71 Jin, X., et al., "'Care for Development" Intervention in Rural China: A prospective follow-up study', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, n. 3, 2007, pagg. 213-218.
- 72 Nair, M. K., et al., 'Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial', *Indian Pediatrics*, vol. 46, supplement, gennaio 2009, pagg. s20-s26.
- 73 Potterton, Joanne, et al., 'The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV', *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 52, n. 6, giugno 2010, pagg. 547-551.
- 74 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', pagg. 1325-1338.
- 75 Forlin, Chris, et al., 'Demographic Differences in Changing Pre-Service Teachers' Attitudes, Sentiments and Concerns about Inclusive Education', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 13, n. 2, marzo 2009, pagg. 195-209. Felicia Wilczenski's 'Attitudes toward Inclusive Education Scale' (ATIES), developed in 1992, has been particularly influential in studies of teacher attitudes: Wilczenski, Felicia L., 'Measuring Attitudes toward Inclusive Education', *Psychology in the Schools*, vol. 29, n. 4, ottobre 1992, pagg. 306-312. For a review, see Kuyini, Ahmed Bawa, and Ishwar Desai, 'Principals' and Teachers' Attitudes and Knowledge of Inclusive Education as Predictors of Effective Teaching Practices in Ghana', *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 7, n. 2, giugno 2007, pagg. 104-113.
- 76 Tur-Kaspa, Hana, Amatzia Weisel and Tova Most, 'A Multidimensional Study of Special Education Students' Attitudes towards People with Disabilities: A focus on deafness', *European Journal of Special Needs Education*, vol. 15, n. 1, marzo 2000, pagg. 13-23.
- 77 Latimier, Camille, and Jan Šiška, 'Children's Rights for All!: Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities', Inclusion Europe, Brussels, ottobre 2011, p. 21.
- 78 Praisner, Cindy L., 'Attitudes of Elementary School Principals toward the Inclusion of Students with Disabilities', *Exceptional Children*, vol. 69, n. 2, 2003, pagg. 135-145.
- 79 Shade, Richard A., and Roger Stewart, 'General Education and Special Education Preservice Teachers' Attitudes towards Inclusion', *Preventing School Failure*, vol. 46, n. 1, 2001, pagg. 37-41.
- 80 de Boer, Anke, Sip Jan Pijl and Alexander Minnaert, 'Regular Primary Schoolteachers' Attitudes towards Inclusive Education: A review of the literature', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n. 3, aprile 2011, pagg. 345-346.
- 81 Miles, Susie, and Ian Kaplan, 'Using Images to Promote Reflection: An action research study in Zambia and Tanzania', *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 5, n. 2, June 2005, pagg. 79-80.
- 82 Kalyanpur, Maya, 'Paradigm and Paradox: Education for All and the inclusion of children with disabilities in Cambodia', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n. 10, dicembre 2011, p. 1058.
- 83 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, n. 2, 2012, p. 293.
- 84 Schurmann, Erik, 'Training Disabled Teachers in Mozambique', Enabling Education No. 10, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2006, <www.eenet.org.uk/resources/docs/enabling_education10.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 85 United Nations Children's Fund, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest n. 13, p. 30.
- 86 ync, Paul, et al., 'Inclusive Educational Practices in Uganda: Evidencing practice of itinerant teachers who work with children with visual impairment in local mainstream schools', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n. 10, dicembre 2011, pagg. 1119-1134; Miles, Susie, and Sue Stubbs, 'Inclusive Education and Children with Disabilities', UNICEF background discussion paper written for *The State of the World's Children 2013*, 2012, p. 23.
- 87 Prag, Anat, 'Fostering Partnerships for Education Policy and Reform: Vietnam', Enabling Education No. 8, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2004, <www.eenet.org.uk/resources/docs/eenet_news8.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 88 Report of the Secretary-General on the Status of the Convention on the Rights of the Child, 3 agosto 2011.
- 89 Stubbs, Sue, 'Inclusive Education: Where there are few resources', *The Atlas Alliance*, Oslo, September 2008, p. 36, <www.child-to-child.org/about/index.html>, 31 gennaio 2013; Fosere, Mamello, 'Mamello's Story', Enabling Education N. 5, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2001, p. 10, <www.eenet.org.uk/resources/eenet_newsletter/news5/page10.php>.
- 90 Lewis, Ingrid, 'Water, Sanitation, Hygiene (WASH) and Inclusive Education', Enabling Education N. 14, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2010, pagg. 9-13, <www.eenet.org.uk/resources/docs/Enabling%20Education~issue%2014~2010.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 91 Bines, Hazel, 'Education's Missing Millions: Including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans – Main report of study findings', World Vision UK, Milton Keynes, UK, settembre 2007, p. 3.
- 92 Munir, Shirin Z., and Sultana S. Zaman, 'Models of Inclusion: Bangladesh experience', ch. 19 in *Inclusive Education across Cultures: Crossing boundaries, sharing ideas*, edited by Mithu Alur and Vianne Timmons, Sage Publications India, Nuova Delhi, 2009, p. 292.
- 93 Ahsan, Mohammad Tariq, and Lindsay Burnip, 'Inclusive Education in Bangladesh', *Australasian Journal of Special Education*, vol. 31, n. 1, aprile 2007, p. 65.
- 94 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, n. 2, 2012, pagg. 283-302.
- 95 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Building Human Capacities in Least Developed Countries to Promote Poverty Eradication and Sustainable Development*, UNESCO, Paris, 2011, p. 8.
- 96 Lansdown, Gerison, 'Vulnerability of Children with Disabilities', UNICEF background research paper written for *The State of the World's Children 2013*, 2012, p. 8.
- 97 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Education Counts: Towards the Millennium Development Goals*, UNESCO, Parigi, 2011, p. 17.
- 98 Abuya, Benta A., James Ciera and Elizabeth Kimani-Murage, 'Effect of Mother's Education on Child's Nutritional Status in the Slums of Nairobi', *BMC Pediatrics*, vol. 12, n. 80, giugno 2012.
- 99 Janevic, Teresa, et al., 'Risk Factors for Childhood Malnutrition in Roma Settlements in Serbia', *BMC Public Health*, vol. 10, agosto 2010.
- 100 Miller, Jane E., and Yana V. Rodgers, 'Mother's Education and Children's Nutritional Status: New evidence from Cambodia', *Asian Development Review*, vol. 26, n. 1, 2009, pagg. 131-165.
- 101 Semba, Richard D., et al., 'Effect of Paternal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study', *The Lancet*, vol. 371, n. 9609, gennaio 2008, pagg. 322-328.
- 102 Convention on the Rights of the Child, article 29.

Capitolo 4 Cardini della protezione

- 103 Cody, Clare, *Count Every Child: The right to birth registration*, Plan Ltd., Woking, UK, 2009.
- 104 Algood, C. L., et al., 'Maltreatment of Children with Developmental Disabilities: An ecological systems analysis', *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n. 7, luglio 2011, pagg. 1142-1148; Stalker, K., and K. McArthur, 'Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research', *Child Abuse Review*, vol. 21, n. 1, gennaio/febbraio 2012, pagg. 24-40.
- 105 Kvam, Marit Hoem, 'Sexual Abuse of Deaf Children: A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway', *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n. 3, marzo 2004, pagg. 241-251; Lansdown, Gerison, 'Vulnerability of Children with Disabilities', p. 6.

- 106 Mental Disability Rights International, 'Behind Closed Doors: Human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey', MDRI, Washington, D.C., 28 settembre 2005, pagg. 1, 23, 72, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/turkey-final-9-26-05.pdf>, 31 gennaio 2013; Mental Disability Rights International, 'Torture Not Treatment: Electric shock and long-term restraint in the United States on children and adults with disabilities at the Judge Rotenberg Center', MDRI, Washington, D.C., 2010, pagg. 1-2, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/USReportandUrgentAppeal.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 107 Human Rights Watch, Open Society Foundations, Women with Disabilities Australia, International Disability Alliance and Stop Torture in Health Care, 'Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A briefing paper', novembre 2011, <www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011_global_DR.pdf>, 31 gennaio 2013.
- 108 Dowse, Leanne, 'Moving Forward or Losing Ground?: The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia', Paper prepared for Women with Disabilities Australia and presented at the Disabled Peoples' International World Summit, Winnipeg, Canada, 8-10 settembre 2004.
- 109 Information obtained from UNICEF Serbia; United Nations Children's Fund and Serbian Government Ministry of Labour and Social Policy, 'Transforming Residential Institutions for Children and Developing Sustainable Alternatives', Belgrado, 2011, pagg. 4-8.
- 110 Convention on the Rights of the Child General Comment n. 9 (2006), p. 21.

FOCUS

La violenza sui bambini con disabilità

Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities', pagg. 899-907.

World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pagg. 29, 59 e 137, pagg. 29, 59 e 137.

Pinheiro, Paulo Sérgio, *World Report on Violence against Children*, United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children, Geneva, 2006.

Krug, Etienne G., et al., eds., *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Ginevra, 2002.

Hibbard, Roberta A., et al., 'Maltreatment of Children with Disabilities', *Pediatrics*, vol. 119, n. 5, 1 maggio 2007, pagg. 1018-1025.

Ammerman, Robert T., et al., 'Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and correlates', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 33, n. 4, maggio 1994, pagg. 567-576.

Sullivan, Patricia M., 'Violence Exposure among Children with Disabilities', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 12, n. 2, giugno 2009, pagg. 196-216.

Ammerman, Robert T., and Nora J. Baladerian, *Maltreatment of Children with Disabilities*, National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, 1993.

United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A/RES/61/106, United Nations, New York, 2008.

Gilbert, Ruth, et al., 'Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries', *The Lancet*, vol. 373, n. 9657, 3 gennaio 2009, pagg. 68-81.

Felitti, Vincent J., et al., 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences (ACE) study', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n. 4, maggio 1998, pagg. 245-258.

MacMillan, Harriet L., et al., 'Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment', *The Lancet*, vol. 373, n. 9659, 17 gennaio 2009, pagg. 250-266.

Capitolo 5 Risposta umanitaria

111 Von der Assen, Nina, Mathijs Euwema and Huib Cornelje, 'Including Disabled Children in Psychological Programmes in Areas Affected by Armed Conflict', *Intervention*, vol. 8, n. 1, marzo 2010, pagg. 29-39.

112 Bartlett, Sheridan, 'The Implications of Climate Change for Children in Lower-Income Countries', *Children, Youth and Environments*, vol. 18, n. 1, 2008, pagg. 71-98.

113 Convention on the Rights of the Child General Comment n. 9 (2006), p. 22.

FOCUS

Rischio, capacità di recupero e intervento umanitario inclusivo

Child Policy Forum, 'Violence against Children in Africa: A compilation of the main findings of the various research projects conducted by the African Child Policy Forum (ACPF) since 2006', ACPF, Addis Abeba, marzo 2011.

Handicap International, 'Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A training manual', Handicap International, Kathmandu, gennaio 2009, <www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>, 31 gennaio 2013.

International Committee of the Red Cross, 'Promotion and Protection of the Rights of Children: ICRC statement to the United Nations, 2011', ICRC, Ginevra, 17 October 2011, <www.icrc.org/eng/resources/documents/statement/united-nations-children-statement-2011-10-18.htm>, 31 gennaio 2013.

IRIN, 'DRC: Child disability, the forgotten crisis', IRIN, Goma, Democratic Republic of the Congo, 23 October 2009, <www.irinnews.org/Report/86710/DRC-Child-disability-the-forgotten-crisis>, 2 ottobre 2012.

Kett, Maria, and Mark van Ommeren, 'Disability, Conflict and Emergencies', *The Lancet*, vol. 374, n. 9704, 28 novembre 2009, pagg. 1801-1803, <www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2962024-9/fulltext>, 31 gennaio 2013.

Kett, Maria, and Jean-François Trani, 'Vulnerability and Disability in Darfur', *Forced Migration Review*, vol. 35, luglio 2010, pagg. 12-14.

Nelson, Brett D., et al., 'Impact of Sexual Violence on Children in the Eastern Democratic Republic of Congo', *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 27, n. 4, ottobre-dicembre 2011, pagg. 211-225.

Pearn, John H., 'The Cost of War: Child injury and death', in *Contemporary Issues in Childhood Diarrhoea and Malnutrition*, 1st edition, edited by Zulfigar Ahmed Bhutta, Oxford University Press, Karachi, Pakistan, pagg. 334-343.

Penrose, Angela, and Mie Takaki, 'Children's Rights in Emergencies and Disasters', *The Lancet*, vol. 367, n. 9511, 25 febbraio 2006, pagg. 698-699.

Plan International, 'Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation - Lessons from Plan International', Plan UK, Londra, 2010.

Handicap International and Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*, Save the Children UK, Londra, 2011.

Tamashiro, Tami, 'Impact of Conflict on Children's Health and Disability', Background paper prepared for the *Education for All Global Monitoring Report 2011: The hidden crisis - Armed conflict and education*, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Parigi, giugno 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190712e.pdf>>, 31 gennaio 2013.

Trani, Jean-François, et al., 'Disability, Vulnerability and Citizenship: To what extent is education a protective mechanism for children with disabilities in countries affected by conflict?', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n. 10, 2011, pagg. 1187-1203.

United Nations Children's Fund, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's Report on Violence against Children - Summary report', UNICEF, New York, 28 luglio 2005, pagg. 4-5, <www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf>, 31 gennaio 2013.

United Nations General Assembly, Report of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict, A/62/228, United Nations, New York, 13 agosto 2007.

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations: Resource kit for fieldworkers*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, June 2008, <http://womensrefugeecommission.org/resources/cat_view/68-reports/81-disabilities>, 31 gennaio 2013.

World Health Organization and the World Bank, *World Report on Disability*, 2011, pagg. 34-37.

FOCUS

Residui bellici esplosivi

Under the Mine Ban Treaty, victims are defined as those who are directly impacted and therefore have been killed by a landmine blast or survived one, as well as the surviving family members of those killed and injured. Under the Convention on Cluster Munitions, victims also include affected family members and affected communities. Throughout this document, 'victims' refers to survivors, family members of those affected and affected communities; 'casualties' refers to those directly killed or injured by blasts; while 'survivors' specifically refers to those who have been directly impacted and survived landmines/Explosive Remnants of War blasts.

Landmine and Cluster Munition Monitor, *Landmine Monitor 2011*, Mines Action Canada, ottobre 2011, p. 51.

'Mines' include victim-activated anti-personnel mines, anti-vehicle mines and improvised explosive devices; 2010 is the most recent year for which verified casualty totals were available for all countries at the time of publication. Please see <www.the-monitor.org>, 31 gennaio 2013, for a full definition of casualties and devices as presented here and for updated casualty data.

The Landmine Monitor identified more than 1,500 child casualties in 1999 and more than 1,600 in 2001.

This includes only the casualties for which the civilian/security status and the age were known.

Boys accounted for 1,371 of the 2,735 civilian casualties caused by explosive remnants of war (ERW) between 2008 and 2010.

Landmine and Cluster Munition Monitor, *Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – Novembre 2011*, Landmine and Cluster Munition Monitor, Ginevra, p. 2.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – novembre 2010, pagg. 1-3.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – marzo 2010, pagg. 2, 3.

Percentages are of civilian casualties for which the age was known. Children made up 30 per cent of casualties from all types of mines.

Landmine and Cluster Munition Monitor, 'The Issues: Landmines', Landmine and Cluster Munition Monitor, Geneva, <www.the-monitor.org/index.php/LM/The-Issues/Landmines>, 31 gennaio 2013.

Walsh, Nicolas E., and Wendy S. Walsh, 'Rehabilitation of Landmine Victims: The ultimate challenge', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n. 9, 2003, pagg. 665-670.

International Save the Children Alliance, 'Child Landmine Survivors: An inclusive approach to policy and practice', International Save the Children Alliance, Londra, 2000.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land mines, unexploded ordnance, improvised explosive devices and cluster bombs', *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, vol. 2, 2009, pagg. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – novembre 2010, pagg. 1-3.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War', pagg. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – giugno 2009, pagg. 1-4.

Munoz, Wanda, Ulrike Last and Teng Kimsean, *Good Practices from the Project: Towards sustainable income generating activities for mine victim and other persons with disabilities in Cambodia*, Handicap International Federation (HiC) Cambodia, Phnom Penh, Cambodia, 2010.

Child Protection in Crisis (CPC) Network, Livelihoods and Economic Strengthening Task Force, *The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children: a review of the evidence*, CPC Network, agosto 2011, pagg. ii, 1, 18.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – novembre 2010, pagg. 1-3.

Handicap International, *Voices from the Ground: Landmine and explosive remnants of war survivors speak out on victim assistance*, Handicap International, Brussels, settembre 2009, p. 210.

Capitolo 6 Misurare la disabilità infantile

114 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, UNICEF, New York, 2008, p.9.

115 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', Social Protection Discussion Paper No. 0706, The World Bank, Washington, D.C., marzo 2007, p. 35; Maulik, Pallab K., and Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle- Income Countries: Overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology', *Pediatrics*, vol. 120, Supplement 1, luglio 2007, p. S21.

116 World Health Organization, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF – The international classification of functioning, disability and health*, WHO, Ginevra, 2002.

117 Msall, Michael E., and Dennis P. Hogan, 'Counting Children with Disability in Low- Income Countries: Enhancing prevention, promoting child development, and investing in economic well-being', *Pediatrics*, vol. 120, n. 1, luglio 2007, p. 183.

118 Durkin, Maureen S., 'The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries', *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, vol. 8, n. 3, 2002, p. 211; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

119 Lansdown, R. G., et al., 'Culturally Appropriate Measures for Monitoring Child Development at Family and Community Level: A WHO collaborative study', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 74, n. 3, 1996, p. 287.

120 See appendix 2 of Maulik and Darmstadt, 2007.

121 Robertson, Janet, Chris Hatton and Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', CEDR Research Report, n. 3, Centre for Disability Research, Lancaster University, Lancaster, UK, luglio 2009, p. 22; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pagg. 9, 58; Gladstone, M. J., et al., 'Can Western Developmental Screening Tools Be Modified for Use in a Rural Malawian Setting?', *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 93, n. 1, gennaio 2008, pagg. 23-29.

122 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', p. 35; Washington Group on Disability Statistics, 'Understanding and Interpreting Disability as Measured Using the WG Short Set of Questions', 20 aprile 2009, p. 2.

123 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

124 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries: Rationale and study design', *International Journal of Mental Health*, vol. 20, n. 2, 1991, pagg. 47-60; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

125 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pagg. 47-60.

126 Ibid.; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9.

127 World Health Organization and the United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *Training Manual on Disability Statistics*, Bangkok, 2008, pagg.107-108.

128 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pagg. 8-9; Nair, M. K., et al., 'Developmental Screening Chart', *Indian Pediatrics*, vol. 28, n. 8, 1991, pagg. 869-872.

129 United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9; Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pagg. 47-60.

130 Robertson, Janet, Chris Hatton and Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', p. 20.

FOCUS

Lezioni apprese

United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, p. 9; Thorburn Marigold, et al., 'Identification of Childhood Disability in Jamaica: The ten question screen', *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 15, n. 2, giugno 1992, pagg. 115-127.

United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, p. 9.

Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', pagg. 47-60; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pagg. 9-10.

Zaman, Sultana S., et al., 'Validity of the 'Ten Questions' for Screening Serious Childhood Disability: Results from urban Bangladesh', *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, n. 3, 1990, p. 613.

Previous UNICEF publications reported that the number of participating countries was 20. This number was correct when those publications were printed, but the final number of countries that administered the Ten Questions as part of MICS3 was 25.

United Nations Children's Fund and University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 23.

FOCUS

Dallo screening alla valutazione

Maulik, Pallab K., and Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries', luglio 2007, p. S6; United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 58.

Tavole Statistiche

Statistiche economiche e sociali su paesi e aree del mondo,
con particolare riferimento al benessere dei bambini.

Osservazioni	94
Note generali sui dati	94
Stime sulla mortalità infantile	94
Note a tavole specifiche	95
Spiegazione dei simboli	98
Classificazione regionale	98
Classifica della mortalità sotto i 5 anni	99

TAVOLE

1 Indicatori di base	100
2 Nutrizione	104
3 Salute	108
4 HIV/AIDS	112
5 Istruzione	116
6 Indicatori demografici	120
7 Indicatori economici	124
8 Donne.....	128
9 Protezione dell'infanzia	132
10 Tasso di progresso.....	136
11 Adolescenti.....	140
12 Disparità: residenza	144
13 Disparità: benessere	148
14 Sviluppo nella prima infanzia	152

OSSERVAZIONI

Questa guida di riferimento presenta in un unico volume i dati statistici più recenti sulla sopravvivenza, lo sviluppo e la protezione dei bambini nei paesi, nelle aree e nelle regioni del mondo. In questa edizione viene inclusa, per la prima volta, una tavola sullo sviluppo nella prima infanzia.

Le tavole statistiche presentate in questo volume contribuiscono inoltre a supportare il lavoro di controllo dell'UNICEF sui progressi e risultati degli obiettivi concordati a livello internazionale per i diritti dell'infanzia e lo sviluppo. L'UNICEF è la principale agenzia responsabile del monitoraggio globale degli obiettivi riguardanti l'infanzia contenuti nella Dichiarazione del Millennio, così come gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio; l'organizzazione è anche partner chiave nel lavoro delle Nazioni Unite sul monitoraggio di questi obiettivi e indicatori.

Sono stati compiuti sforzi per massimizzare la comparabilità delle statistiche tra i vari paesi e gli anni. Tuttavia, i dati utilizzati a livello nazionale possono differire in termini di metodi utilizzati per la loro raccolta o per ottenere stime, e in termini di popolazione interessata. Inoltre, i dati qui presentati sono soggetti a metodologie in continua evoluzione, a revisioni della serie di dati temporali (ad esempio, vaccinazione, tassi di mortalità materna) e a cambiamenti nelle classificazioni regionali. Inoltre, i dati comparabili da un anno all'altro non sono disponibili per alcuni indicatori. Non è quindi consigliabile confrontare i dati provenienti da edizioni precedenti de *La condizione dell'infanzia nel mondo*.

Tutti i numeri presentati in questa guida di riferimento sono disponibili online su <www.unicef.org/publications>, su <www.unicef.org/sowc2013> e sul database globale delle statistiche dell'UNICEF su <www.childinfo.org>. Si prega di far riferimento a questi siti web per consultare le ultime versioni in inglese delle tavole statistiche e per eventuali aggiornamenti o correzione della versione cartacea.

Note generali sui dati

I dati presentati nelle seguenti tavole statistiche sono tratti dai database globali dell'UNICEF e sono accompagnati da definizioni, fonti e spiegazioni dei simboli. Il rapporto si basa sulle stime interagenzie e sulle indagini nazionali a domicilio come le indagini campione a indicatori multipli (MICS) e le indagini demografiche e sanitarie (DHS). Sono stati inoltre utilizzati dati di altre organizzazioni delle Nazioni Unite. I dati presentati quest'anno nelle tavole statistiche rispecchiano le informazioni disponibili ad agosto 2012.

Questo rapporto include le ultime stime e proiezioni del World Population Prospects: *The 2010 revision and World Urbanization Prospects: The 2011 revision* (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli Affari Economici e Sociali, Divisione Popolazione). La qualità dei dati rischia di essere compromessa per i paesi che di recente hanno subito disastri, specialmente laddove si sono verificati danni alle infrastrutture nazionali di base o dove si sono verificate le maggiori migrazioni di popolazione.

Indagini campione a indicatori multipli (MICS). L'UNICEF supporta i paesi nella raccolta di dati statisticamente efficaci e comparabili a livello internazionale attraverso le MICS. Dal 1995, sono state condotte quasi 240 ricerche in circa 100

paesi e aree. La quinta fase delle MICS, che coinvolge più di 60 paesi, è attualmente in corso. Le MICS sono fra le principali fonti di dati per monitorare i progressi verso gli obiettivi di sviluppo per l'infanzia concordati a livello internazionale, compresi gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM). Maggiori informazioni sono disponibili su <www.childinfo.org>.

Stime sulla mortalità infantile

Ogni anno, ne *La condizione dell'infanzia nel mondo*, l'UNICEF riporta una serie di stime sulla mortalità infantile – che includono il tasso annuo di mortalità infantile sotto 1 anno, il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni e il numero di decessi sotto i 5 anni – per almeno due anni di riferimento. Questi dati rappresentano le migliori stime disponibili al momento in cui il rapporto viene pubblicato. Le stime si basano sul lavoro dell'Inter-agency Group for Mortality Estimation (IGME), composto da UNICEF, OMS, Banca Mondiale e Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Le stime IGME sulla mortalità vengono aggiornate ogni anno attraverso una revisione dettagliata di tutti i punti relativi ai recenti dati disponibili che spesso si traduce in adeguamenti alle stime precedentemente riportate. Pertanto, edizioni consecutive de *La condizione dell'infanzia nel mondo* non devono essere utilizzate per

Tasso di mortalità sotto i 5 anni (su 1.000 nati vivi)

Regioni UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Africa subsahariana	236	212	197	184	178	170	154	133	112	109
Africa orientale e meridionale	214	191	183	170	162	155	135	112	88	84
Africa occidentale e centrale	259	237	215	202	197	190	175	155	135	132
Medio Oriente e Nord Africa	190	157	122	90	72	61	52	44	37	36
Asia meridionale	195	175	154	135	119	104	89	75	64	62
Asia orientale e Pacifico	120	92	75	62	55	49	39	29	22	20
America latina e Caraibi	117	100	81	65	53	43	34	26	22	19
ECO/CSI	88	75	68	56	48	45	35	28	22	21
Paesi meno sviluppati	238	223	206	186	171	156	136	118	102	98
Mondo	141	123	111	96	87	82	73	63	53	51

Decessi sotto i 5 anni (in milioni)

Regioni UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Africa subsahariana	3.1	3.2	3.4	3.5	3.8	4.0	4.0	3.8	3.4	3.4
Africa orientale e meridionale	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.7	1.6	1.5	1.2	1.2
Africa occidentale e centrale	1.6	1.7	1.8	1.9	2.1	2.2	2.2	2.2	2.1	2.1
Medio Oriente e Nord Africa	1.2	1.1	1.0	0.8	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Asia meridionale	5.3	5.1	5.0	4.6	4.3	3.9	3.3	2.7	2.4	2.3
Asia orientale e Pacifico	5.2	3.5	2.3	2.4	2.2	1.6	1.3	0.9	0.6	0.6
America latina e Caraibi	1.2	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.2
ECO/CSI	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Paesi meno sviluppati	3.3	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	3.3	3.0	2.7	2.6
Mondo	16.9	14.8	13.1	12.7	12.0	10.8	9.6	8.2	7.1	6.9

analizzare le tendenze della mortalità nel tempo. Le stime comparabili sulla mortalità sotto i 5 anni per il periodo 1970-2011 a livello globale e regionale sono presentate in questa pagina. Gli indicatori sulla mortalità di ogni paese tra il 1970 e il 2010, basati sulle stime più recenti dell'IGME, sono inseriti nella tavola 10 (per gli anni 1970, 1990, 2000, 2011) e sono anche disponibili su <www.childinfo.org> e <www.childmortality.org>.

Note su tavole specifiche

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Tasso di mortalità sotto i cinque anni per genere: per la prima volta l'IGME (Interagency Group for Mortality Estimation) ha prodotto specifiche stime per genere sul tasso di mortalità sotto i cinque anni. I dettagli sui metodi di stima sono disponibili nell'allegato dell'ultimo rapporto dell'IGME, su <www.childmortality.org>.

Quota di reddito familiare: la quota percentuale di reddito familiare percepita dal 20 per cento più ricco e dal 40 per cento più povero delle famiglie è stata spostata dalla tavola 1 alla tavola 7, dove ora viene presentata insieme ad altri indicatori economici.

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Sottopeso, arresto della crescita, deperimento e sovrappeso: l'UNICEF e l'OMS hanno avviato un processo di armonizzazione dei dati antropometrici utilizzati per il calcolo e la stima delle medie regionali e globali e l'analisi dei trend. Come parte di questo processo, la diffusione di sottopeso e arresto della crescita per le regioni e il mondo in via di sviluppo sono derivati da un modello descritto in M. de Onis e al. "Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition" (International Journal of Epidemiology, vol. 33, 12 Novembre 2004, pp. 1260-1270) e sono disponibili online su <www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/index.html>. A causa delle differenze nella fonte dei dati e nella metodologia, queste stime di diffusione non sono paragonabili alle medie pubblicate nelle edizioni precedenti de *La condizione dell'infanzia nel mondo* e non possono essere paragonabili alle stime per le altre regioni nella pubblicazione corrente.

Somministrazione di vitamina A: sottolineando l'importanza per i bambini di ricevere due dosi annuali di vitamina A (a distanza di 4-6 mesi), questo rapporto presenta solo la copertura completa dei supplementi di vitamina A. In assenza di un metodo diretto per la

misurazione di questo indicatore, la copertura completa è riportata come la stima di copertura più bassa registrata in uno dei due cicli nell'anno di riferimento.

TAVOLA 3. SALUTE

Cura della diarrea: per la prima volta la tavola include il trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO). I SRO sono un intervento fondamentale per la sopravvivenza dei bambini e quindi è altrettanto fondamentale monitorarne la diffusione. Questo indicatore sostituisce quello utilizzato in anni precedenti, relativo al trattamento della diarrea con la terapia di reidratazione orale e alimentazione continua, comunque sempre consultabile su <www.childinfo.org>.

Acqua e servizi igienici: in questo rapporto le stime sull'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici provengono dal Programma di monitoraggio congiunto OMS/UNICEF (JMP) per la fornitura di acqua e servizi igienici. Queste sono le stime ufficiali delle Nazioni Unite per misurare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi all'acqua potabile e ai servizi igienici e si basano su una classificazione standard di ciò che costituisce la copertura. Il JMP stima la copertura utilizzando la retta di regressione lineare costituita da tutti i dati di copertura disponibili attraverso censimenti e indagini campione a domicilio. I dettagli completi sulla metodologia JMP sono disponibili su <www.childinfo.org> e <www.wssinfo.org>.

Vaccinazione: questo rapporto presenta le stime OMS e UNICEF sulla copertura vaccinale a livello nazionale. Si tratta delle stime ufficiali delle Nazioni Unite per misurare i progressi verso l'indicatore OMS per la copertura vaccinale contro il morbillo. Dal 2000, le stime vengono aggiornate una volta all'anno nel mese di luglio, a seguito di un processo in cui i paesi presentano una revisione e un aggiornamento del loro profilo dati. Poiché il sistema incorpora nuovi dati empirici, ogni revisione annuale sostituisce la pubblicazione di dati precedenti, quindi i livelli di copertura presenti in revisioni precedenti non sono confrontabili. Per una spiegazione più dettagliata del processo <www.childinfo.org/immunization_countryreports.html>.

Le medie regionali per i sei antigeni sono calcolate come segue:

- Per il BCG, le medie regionali includono solo quei paesi in cui il BCG è incluso nel programma nazionale di vaccinazioni di routine.
- Per il DPT, polio, morbillo, HepB e Hib, le medie regionali comprendono tutti i paesi.
- Per la protezione dal tetano alla nascita (PAB-Protection at Birth), le medie regionali includono solo i paesi dove tetano materno e neonatale sono endemici.

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Nel 2012, il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) ha pubblicato nuove stime sull'HIV e l'AIDS per il 2011 che riflettono i cambiamenti chiave nelle linee guida OMS per la cura dell'HIV negli adulti e bambini; per la prevenzione della trasmissione dell'HIV madre-figlio e per i tassi netti di sopravvivenza dei bambini sieropositivi. Inoltre ci sono dati più affidabili ottenuti da indagini basate sulla popolazione, estesi sistemi nazionali di sorveglianza sentinella e da programmi di servizio statistico in un certo numero di paesi. Sulla base di una metodologia perfezionata, l'UNAIDS ha prodotto retrospettivamente nuove stime sulla diffusione dell'HIV, sul numero di sieropositivi e su coloro che hanno bisogno di cure, sulle morti legate all'AIDS, sulle nuove infezioni da HIV e sul numero di bambini i cui genitori sono morti per tutte le cause, incluso l'AIDS, negli anni passati. Solo le nuove stime dovrebbero essere utilizzate per le analisi dei trend.

Le nuove stime su HIV e AIDS sono incluse in questa tavola solo per le medie globali e regionali e sono inoltre pubblicate nel rapporto UNAIDS *Global AIDS Report, 2012*. Nel complesso, le cifre globali e regionali pubblicate ne *La condizione dell'infanzia nel mondo 2013* non sono paragonabili alle stime precedentemente pubblicate. Maggiori informazioni sulle stime su HIV e AIDS, sulla metodologia e sugli aggiornamenti sono disponibili su <www.unaids.org>.

TAVOLA 8. DONNE

Rapporto mortalità materna (arrotondato): la tavola presenta i nuovi rapporti "arrotondati" sulla mortalità materna per il 2008, come forniti dal Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG), composto da OMS, UNICEF, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (UNFPA) e Banca Mondiale, insieme a esperti tecnici indipendenti. Per fornire queste stime il gruppo interagenzie ha utilizzato un duplice approccio: operando arrotondamenti per correggere i dati mal classificati e sottostimati nelle stime attuali sulla mortalità materna dai sistemi di registrazione civile e utilizzando un modello per fornire stime per i paesi che non hanno stime affidabili sulla mortalità materna a livello nazionale. Queste stime "arrotondate" non dovrebbero essere comparate con le precedenti stime inter-agenzie, perché l'approccio metodologico non è lo stesso. Un rapporto completo sulle stime di paesi e regioni per gli anni 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010, nonché i dettagli sulla metodologia, sono disponibili su a <www.childinfo.org/maternal_mortality.html>.

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Punizioni dei bambini: le stime precedentemente utilizzate nelle pubblicazioni UNICEF e nei rapporti paese delle MICS prima del 2010 sono state calcolate utilizzando misurazioni familiari che non tenevano in considerazione l'ulteriore livello di selezione dei bambini per la somministrazione

del modulo sulle punizioni nelle indagini MICS. (Per la somministrazione del modulo sulle punizioni dei bambini è stata effettuata una selezione casuale di un bambino tra i 2 e i 14 anni). Nel gennaio 2010, è stato deciso di produrre stime più accurate attraverso l'utilizzo di misurazioni familiari che tenessero in considerazione un ulteriore livello di selezione. Le statistiche derivate dai MICS 3 (indagini campione a indicatori multipli) sono state ricalcolate seguendo questo nuovo approccio. Tutte le pubblicazioni dell'UNICEF prodotte dopo il 2010, inclusa *La condizione dell'infanzia nel mondo 2013*, utilizzano queste stime revisionate.

Lavoro minorile: nuovi dati provenienti dalla quarta raccolta delle MICS (MICS4, 2009-2012) inclusi nella tavola sono stati ricalcolati secondo la definizione dell'indicatore utilizzato nelle MICS3, per garantire la comparabilità tra paesi. In questa definizione le attività come la raccolta di acqua o di legna da ardere sono classificate come lavori domestici, piuttosto che come attività economiche. Secondo questo approccio, un bambino di età compresa tra 5-14 anni dovrebbe essere impegnato in queste due mansioni per almeno 28 ore alla settimana per essere considerato un bambino lavoratore.

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Il tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5) viene utilizzato come principale indicatore dei progressi nella condizione dei bambini. Nel 1970, circa 16,9 milioni di bambini sotto i 5 anni morivano ogni anno. Se confrontato con il 2011 questo numero stimato è stato pari a 6,9 milioni, evidenziando un significativo declino a lungo termine nel numero globale di decessi sotto i cinque anni.

Il TMS5 comporta diversi vantaggi come indicatore della condizione dei bambini:

- In primo luogo misura un risultato finale del processo di sviluppo piuttosto che un "fattore" come il livello di scolarizzazione, la disponibilità di calorie pro capite o il numero di medici per mille abitanti.
- In secondo luogo è il risultato di una vasta gamma di fattori: come la disponibilità di antibiotici per curare la polmonite; le zanzariere impregnate con insetticida per prevenire la malaria; il benessere nutrizionale e la salute delle madri; il livello di copertura vaccinale e l'uso della terapia di reidratazione orale; la disponibilità di servizi per la salute materno-infantile, tra cui cure prenatali; il reddito e la disponibilità alimentare in famiglia; l'accesso all'acqua potabile e impianti igienici di base; la sicurezza complessiva dell'ambiente in cui vive il bambino.
- In terzo luogo il TMS5 è meno suscettibile a errori di media rispetto, ad esempio, al prodotto pro capite nazionale lordo (PNL). Questo perché la scala naturale non permette ai figli dei ricchi di avere 1000 volte più

probabilità di sopravvivere, anche se la scala "umana" consente loro di avere un reddito di mille volte superiore. In sintesi, è molto più difficile per una minoranza ricca incidere sul TMS5 di una nazione; questo indicatore offre quindi una più accurata, anche se lungi dall'essere perfetta, immagine dello stato di salute della maggior parte dei bambini e della società nel suo insieme.

La velocità dei progressi nella riduzione del TMS5 può essere valutata calcolando il tasso di riduzione annuo (TRA). A differenza del confronto tra le variazioni assolute, il TRA misura le variazioni relative che riflettono le differenze rispetto al valore iniziale.

Quando vengono raggiunti livelli più bassi di mortalità sotto i cinque anni, la stessa riduzione in termini assoluti rappresenta una riduzione maggiore anche in termini percentuali. Il TRA mostra quindi un più alto tasso di progresso per una riduzione assoluta di 10 punti, per esempio, se tale riduzione avviene a un livello molto basso di mortalità sotto i 5 anni piuttosto che a un livello più alto nello stesso periodo di tempo. Una diminuzione di 10 punti del TMS5 da 100 nel 1990 a 90 nel 2011 rappresenta una riduzione del 10 per cento, corrispondente ad un TRA di circa lo 0,5 per cento, mentre lo stesso calo di 10 punti da 20 a 10 nello stesso periodo, rappresenta una riduzione del 50 per cento o un TRA del 3,3 per cento. (Un valore negativo nella riduzione percentuale indica un aumento del TMS5 durante il periodo specificato).

Se utilizzato in combinazione con i tassi di crescita del prodotto interno lordo (PIL), il tasso di riduzione della mortalità sotto i 5 anni può quindi offrire un quadro dei progressi compiuti da qualsiasi paese o regione, su un periodo di tempo, verso il soddisfacimento di alcuni dei bisogni umani più essenziali.

Come indicato dalla tavola 10, non vi è alcuna relazione fissa tra il tasso di riduzione annuo del TMS5 e il tasso annuo di crescita del PIL pro capite. Confrontando questi due indicatori comprendiamo il rapporto tra progresso economico e sviluppo umano.

Infine, la tavola presenta il tasso di fertilità totale per ciascun paese e area e il corrispondente TRA. Ovviamente molte delle nazioni che hanno ottenuto una significativa riduzione del loro TMS5 hanno raggiunto riduzioni significative della fertilità.

TAVOLE 12-13. EQUITÀ

Trattamento della diarrea: per la prima volta, queste tavole includono il trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale. Questo indicatore sostituisce quello utilizzato in anni precedenti riferito al trattamento della diarrea con terapia di reidratazione orale e alimentazione continua.

Spiegazione dei simboli

I seguenti simboli compaiono in tutte le tavole:

- Dati non disponibili.
- x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, ad eccezione dei dati 2005-2006 relativi all'India.
- y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del paese. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * I dati si riferiscono all'anno più recente disponibile nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- ** Esclusa la Cina.

Le fonti e gli anni per punti sui dati specifici sono disponibili su <www.childinfo.org>. I simboli relativi a singole tavole sono spiegati in calce alle tavole stesse.

Classificazione regionale

Le medie alla fine di ognuna delle 14 tavole statistiche sono calcolate utilizzando i dati dei paesi e delle aree come di seguito classificati.

Africa subsahariana

Africa orientale e meridionale; Africa occidentale e centrale; Gibuti; Sudan¹

Africa orientale e meridionale

Angola; Botswana; Burundi; Comore; Eritrea; Etiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambico; Namibia; Ruanda; Seychelles; Somalia; Sudafrica; Sud Sudan¹; Swaziland; Uganda; Tanzania, Repubblica Unita; Zambia; Zimbabwe

Africa occidentale e centrale

Benin; Burkina Faso; Camerun; Capo Verde; Repubblica Centrafricana; Ciad; Congo; Costa d'Avorio; Congo, Repubblica Democratica; Guinea Equatoriale; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; Sao Tomé/Principe; Senegal; Sierra Leone; Togo

Medio Oriente e Nord Africa

Algeria; Arabia Saudita; Bahrein; Egitto; Emirati Arabi Uniti; Gibuti; Giordania; Iran (Repubblica islamica); Iraq; Kuwait; Libano; Libia; Marocco; Oman; Qatar; Siria, Repubblica araba; Sudan¹; Stato di Palestina; Tunisia; Yemen

Asia meridionale

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; India; Maldive; Nepal; Pakistan; Sri Lanka

Asia orientale e Pacifico

Brunei Darussalam; Cambogia; Cina; Corea, Repubblica; Corea, Repubblica democratica popolare; Figi; Filippine; Indonesia; Isole Cook; Isole Marshall; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica democratica popolare; Malesia; Micronesia (Stati federati); Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nuova Guinea; Samoa; Singapore; Thailandia; Timor-Est; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnam

America latina e Caraibi

Antigua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolivia (Stato plurinazionale); Brasile; Cile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Giamaica; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Messico; Nicaragua; Panama; Paraguay; Perù; Repubblica Dominicana; Saint Kitts/Nevis; Saint Vincent/Grenadines; Saint Lucia; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguay; Venezuela (Repubblica bolivariana)

ECO/CSI

Albania; Armenia; Azerbaigian; Bielorussia; Bosnia/Erzegovina; Bulgaria; Croazia; Federazione Russa; Georgia; Kazakistan; Kirghizistan; Macedonia, ex Repubblica jugoslava; Moldavia; Montenegro; Romania; Serbia; Tagikistan; Turchia; Turkmenistan; Ucraina; Uzbekistan

Paesi/territori meno sviluppati

I paesi/territori meno sviluppati sono quei paesi e territori classificati come tali dalle Nazioni Unite.

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Benin; Bhutan; Burkina Faso; Burundi; Cambogia; Ciad; Comore; Congo, Repubblica Democratica; Eritrea; Etiopia; Gambia; Gibuti; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Haiti; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldive; Mali; Mauritania; Mozambico; Myanmar; Nepal; Niger; Repubblica Centrafricana; Ruanda; Samoa; Sao Tomé/Principe; Senegal; Sierra Leone; Somalia; Sudan¹; Sud Sudan¹; Tanzania, Repubblica unita; Timor-Est; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Classifica della mortalità sotto i 5 anni

La tavola seguente elenca i paesi e i territori in ordine decrescente in base al tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5), stimato nel 2011, un indicatore fondamentale della condizione dei bambini. Nelle tavole successive, i paesi e le aree sono elencati in ordine alfabetico.

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2011)		Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2011)		Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2011)	
	Valore	Posizione		Valore	Posizione		Valore	Posizione
Sierra Leone	185	1	Iraq	38	67	Kuwait	11	133
Somalia	180	2	Guyana	36	68	Maldive	11	133
Mali	176	3	Corea, Repubblica Democratica Popolare	33	69	Bahrain	10	135
Ciad	169	4	Marocco	33	69	Isole Cook	10	135
Congo, Repubblica Democratica	168	5	Indonesia	32	71	Costa Rica	10	135
Repubblica Centrafricana	164	6	Kirghizistan	31	72	Macedonia, ex Repubblica jugoslava	10	135
Guinea-Bissau	161	7	Mongolia	31	72	Ucraina	10	135
Angola	158	8	Algeria	30	74	Uruguay	10	135
Burkina Faso	146	9	Guatemala	30	74	Cile	9	141
Burundi	139	10	Suriname	30	74	Libano	9	141
Camerun	127	11	Tuvalu	30	74	Oman	9	141
Guinea	126	12	Kazakistan	28	78	Arabia Saudita	9	141
Niger	125	13	Trinidad e Tobago	28	78	Antigua e Barbuda	8	145
Nigeria	124	14	Botswana	26	80	Bosnia/Erzegovina	8	145
Sud Sudan ¹	121	15	Isole Marshall	26	80	Lettonia	8	145
Guinea Equatoriale	118	16	Nicaragua	26	80	Qatar	8	145
Costa d'Avorio	115	17	Repubblica Dominicana	25	83	Slovacchia	8	145
Mauritania	112	18	Iran (Repubblica islamica)	25	83	Stati Uniti	8	145
Togo	110	19	Filippine	25	83	Brunei Darussalam	7	151
Benin	106	20	Ecuador	23	86	Malesia	7	151
Swaziland	104	21	Stato di Palestina	22	87	Montenegro	7	151
Mozambico	103	22	Paraguay	22	87	Saint Kitts/Nevis	7	151
Afghanistan	101	23	Isole Salomone	22	87	Serbia	7	151
Gambia	101	23	Vietnam	22	87	Emirati Arabi Uniti	7	151
Congo	99	25	Capo Verde	21	91	Bielorussia	6	157
Gibuti	90	26	Egitto	21	91	Canada	6	157
Uganda	90	26	Georgia	21	91	Cuba	6	157
Sao Tomé/Principe	89	28	Honduras	21	91	Ungheria	6	157
Lesotho	86	29	Giordania	21	91	Lituania	6	157
Sudan ¹	86	29	Niue	21	91	Malta	6	157
Malawi	83	31	Saint Vincent/Grenadines	21	91	Nuova Zelanda	6	157
Zambia	83	31	Barbados	20	98	Polonia	6	157
Comore	79	33	Panama	20	98	Australia	5	165
Ghana	78	34	Palau	19	100	Croazia	5	165
Liberia	78	34	Samoa	19	100	Corea, Repubblica	5	165
Etiopia	77	36	Armenia	18	102	Regno Unito	5	165
Yemen	77	36	Colombia	18	102	Austria	4	169
Kenya	73	38	Giamaica	18	102	Belgio	4	169
Pakistan	72	39	Perù	18	102	Repubblica Ceca	4	169
Haiti	70	40	Belize	17	106	Danimarca	4	169
Eritrea	68	41	Bahamas	16	107	Estonia	4	169
Tanzania, Repubblica Unita	68	41	Brasile	16	107	Francia	4	169
Zimbabwe	67	43	Figi	16	107	Germania	4	169
Gabon	66	44	Libia	16	107	Grecia	4	169
Senegal	65	45	Messico	16	107	Irlanda	4	169
Tagikistan	63	46	Moldavia, Repubblica	16	107	Israele	4	169
Madagascar	62	47	Saint Lucia	16	107	Italia	4	169
Myanmar	62	47	Tunisia	16	107	Monaco	4	169
India	61	49	Cina	15	115	Paesi Bassi	4	169
Papua Nuova Guinea	58	50	El Salvador	15	115	Spagna	4	169
Bhutan	54	51	Mauritius	15	115	Svizzera	4	169
Ruanda	54	51	Siria, Repubblica araba	15	115	Andorra	3	184
Timor Est	54	51	Tonga	15	115	Cipro	3	184
Turkmenistan	53	54	Turchia	15	115	Finlandia	3	184
Bolivia (Stato Plurinazionale)	51	55	Venezuela (Repubblica bolivariana)	15	115	Islanda	3	184
Uzbekistan	49	56	Albania	14	122	Giappone	3	184
Nepal	48	57	Argentina	14	122	Lussemburgo	3	184
Kiribati	47	58	Seychelles	14	122	Norvegia	3	184
Sudafrica	47	58	Grenada	13	125	Portogallo	3	184
Bangladesh	46	60	Romania	13	125	Singapore	3	184
Azerbaijan	45	61	Vanuatu	13	125	Slovenia	3	184
Cambogia	43	62	Bulgaria	12	128	Svezia	3	184
Laos, Repubblica Democratica Popolare	42	63	Dominica	12	128	San Marino	2	195
Micronesia (Stati Federati)	42	63	Federazione Russa	12	128	Santa Sede	-	-
Namibia	42	63	Sri Lanka	12	128	Liechtenstein	-	-
Nauru	40	66	Thailandia	12	128			

¹ In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione e sono inclusi nella tavola che riporta le medie per l'Africa orientale e meridionale, per il Medio Oriente e il Nord Africa, per le regioni dell'Africa subsahariana e per i paesi meno sviluppati. Ai fini di questo rapporto, il Sud Sudan è considerato come uno dei paesi meno sviluppati.

TAVOLA 1: INDICATORI DI BASE

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5)		TMS5 per genere 2011		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2011	Popolazione totale (in migliaia) 2011	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2011	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2011	PNL pro capite (USD) 2011	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2011	Tasso totale alfabetismo adulti (%) 2007-2011*	% iscrizione netta alla scuola primaria 2008-2011*
		1990	2011	maschi	femmine	1990	2011								
Afghanistan	23	192	101	103	99	129	73	36	32.358	1.408	128	410 x	49	-	-
Albania	122	41	14	15	14	36	13	7	3.216	41	1	3.980	77	96	80
Algeria	74	66	30	32	28	54	26	17	35.980	712	21	4.470	73	73	97
Andorra	184	8	3	4	3	7	3	1	86	-	0	41.750 x	-	-	79
Angola	8	243	158	165	150	144	96	43	19.618	803	120	4.060	51	70	86
Antigua e Barbuda	145	27	8	9	7	23	6	4	90	-	0	12.060	-	99	88
Arabia Saudita	141	43	9	10	8	34	8	5	28.083	605	6	17.820	74	87	90
Argentina	122	28	14	16	13	24	13	8	40.765	693	10	9.740	76	98	-
Armenia	102	47	18	19	15	40	16	11	3.100	47	1	3.360	74	100	-
Australia	165	9	5	5	4	8	4	3	22.606	307	1	46.200 x	82	-	97
Austria	169	9	4	5	4	8	4	3	8.413	74	0	48.300	81	-	-
Azerbaijan	61	95	45	47	43	75	39	19	9.306	184	8	5.290	71	100	85
Bahamas	107	22	16	17	15	18	14	7	347	5	0	21.970 x	76	-	98
Bahrain	135	21	10	10	10	18	9	4	1.324	23	0	15.920 x	75	92	-
Bangladesh	60	139	46	48	44	97	37	26	150.494	3.016	134	770	69	57	-
Barbados	98	18	20	22	18	16	18	10	274	3	0	12.660 x	77	-	95
Belgio	169	10	4	5	4	9	4	2	10.754	123	1	46.160	80	-	99
Belize	106	44	17	19	15	35	15	8	318	8	0	3.690	76	-	97
Benin	20	177	106	109	103	107	68	31	9.100	356	36	780	56	42	94
Bhutan	51	138	54	57	50	96	42	25	738	15	1	2.070	67	53 x	90
Bielorussia	157	17	6	6	5	14	4	3	9.559	107	1	5.830	70	100	92
Bolivia (Stato Plurinazionale)	55	120	51	54	48	83	39	22	10.088	264	13	2.040	67	91	-
Bosnia/Erzegovina	145	19	8	9	7	17	7	5	3.752	32	0	4.780	76	98	87
Botswana	80	53	26	28	24	41	20	11	2.031	47	1	7.480	53	84	87
Brasile	107	58	16	17	14	49	14	10	196.655	2.996	44	10.720	73	90	-
Brunei Darussalam	151	12	7	8	7	9	6	4	406	8	0	31.800 x	78	95	-
Bulgaria	128	22	12	13	11	19	11	7	7.446	75	1	6.550	73	98	100
Burkina Faso	9	208	146	151	142	105	82	34	16.968	730	101	570	55	29	58
Burundi	10	183	139	145	133	110	86	43	8.575	288	39	250	50	67	-
Cambogia	62	117	43	47	37	85	36	19	14.305	317	13	830	63	74	96
Camerun	11	145	127	135	120	90	79	33	20.030	716	88	1.210	52	71	94
Canada	157	8	6	6	5	7	5	4	34.350	388	2	45.560	81	-	-
Capo Verde	91	58	21	23	20	45	18	10	501	10	0	3.540	74	84	93
Ciad	4	208	169	177	160	113	97	42	11.525	511	79	690	50	34	-
Cile	141	19	9	10	8	16	8	5	17.270	245	2	12.280	79	99	94
Cina	115	49	15	15	14	39	13	9	1.347.565	16.364	249	4.930	73	94	100 z
Cipro	184	11	3	3	3	10	3	1	1.117	13	0	29.450 x	80	98	99
Colombia	102	34	18	20	16	28	15	11	46.927	910	16	6.110	74	93	92
Comore	33	122	79	85	74	86	59	32	754	28	2	770	61	75	-
Congo	25	119	99	103	94	75	64	32	4.140	145	14	2.270	57	-	91
Congo, Repubblica Democratica	5	181	168	178	158	117	111	47	67.758	2.912	465	190	48	67	-
Corea, Repubblica	165	8	5	5	4	6	4	2	48.391	479	3	20.870	81	-	99
Corea, Repubblica Democratica Popolare	69	45	33	35	32	23	26	18	24.451	348	12	d	69	100	-
Costa d'Avorio	17	151	115	125	105	104	81	41	20.153	679	75	1.100	55	56	61
Costa Rica	135	17	10	11	9	15	9	6	4.727	73	1	7.660	79	96	-
Croazia	165	13	5	6	5	11	4	3	4.396	43	0	13.850	77	99	96
Cuba	157	13	6	6	5	11	5	3	11.254	110	1	5.460 x	79	100	100
Danimarca	169	9	4	4	3	7	3	2	5.573	64	0	60.390	79	-	96
Dominica	128	17	12	13	11	14	11	8	68	-	0	7.090	-	-	98
Ecuador	86	52	23	25	21	41	20	10	14.666	298	7	4.140	76	92	98
Egitto	91	86	21	22	20	63	18	7	82.537	1.886	40	2.600	73	72	96
El Salvador	115	60	15	17	14	47	13	6	6.227	126	2	3.480	72	84	95
Emirati Arabi Uniti	151	22	7	7	6	19	6	4	7.891	94	1	40.760	77	90 x	-
Eritrea	41	138	68	74	61	86	46	22	5.415	193	13	430	62	68	35
Estonia	169	20	4	4	3	16	3	2	1.341	16	0	15.200	75	100	96
Etiopia	36	198	77	82	72	118	52	31	84.734	2.613	194	400	59	39	82
Federazione Russa	128	27	12	13	10	23	10	7	142.836	1.689	20	10.400	69	100	96
Figi	107	30	16	18	15	25	14	8	868	18	0	3.680	69	-	99
Filippine	83	57	25	29	22	40	20	12	94.852	2.358	57	2.210	69	95	89
Finlandia	184	7	3	3	3	6	2	2	5.385	61	0	48.420	80	-	98
Francia	169	9	4	5	4	7	3	2	63.126	792	3	42.420	82	-	99
Gabon	44	94	66	72	59	69	49	25	1.534	42	3	7.980	63	88	-
Gambia	23	165	101	107	94	78	58	34	1.776	67	6	610	58	50	69

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5)		TMS5 per genere 2011		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2011	Popolazione totale (in migliaia) 2011	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2011	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2011	PNL pro capite (USD) 2011	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2011	Tasso totale alfabetismo adulti (%) 2007-2011*	% iscrizione netta alla scuola primaria 2008-2011*
		1990	2011	maschi	femmine	1990	2011								
Georgia	91	47	21	23	18	40	18	15	4.329	51	1	2.860	74	100	100
Germania	169	9	4	4	4	7	3	2	82.163	699	3	43.980	80	-	100
Ghana	34	121	78	83	72	76	52	30	24.966	776	60	1.410	64	67	84
Giamaica	102	35	18	21	16	28	16	11	2.751	50	1	4.980	73	87	82
Giappone	184	6	3	4	3	5	2	1	126.497	1.073	4	45.180	83	-	100
Gibuti	26	122	90	95	84	94	72	33	906	26	2	1.270 x	58	-	45
Giordania	91	37	21	22	19	31	18	12	6.330	154	3	4.380	73	93	91
Grecia	169	13	4	5	4	12	4	3	11.390	117	1	25.030	80	97	-
Grenada	125	21	13	13	12	17	10	7	105	2	0	7.220	76	-	97
Guatemala	74	78	30	33	28	56	24	15	14.757	473	14	2.870	71	75	99
Guinea	12	228	126	128	123	135	79	39	10.222	394	48	440	54	41	77
Guinea Equatoriale	16	190	118	124	112	118	80	37	720	26	3	14.540	51	94	56
Guinea-Bissau	7	210	161	174	147	125	98	44	1.547	59	9	600	48	54	75
Guyana	68	63	36	40	32	48	29	20	756	13	0	2.900 x	70	-	84
Haiti	40	143	70	74	66	99	53	25	10.124	266	19	700	62	49 x	-
Honduras	91	55	21	23	20	43	18	11	7.755	205	4	1.970	73	85	96
India	49	114	61	59	64	81	47	32	1.241.492	27.098	1.655	1.410	65	63	98
Indonesia	71	82	32	34	29	54	25	15	242.326	4.331	134	2.940	69	93	99
Iran (Repubblica islamica)	83	61	25	25	25	47	21	14	74.799	1.255	33	4.520 x	73	85	-
Iraq	67	46	38	41	35	37	31	20	32.665	1.144	42	2.640	69	78	-
Irlanda	169	9	4	4	4	8	3	2	4.526	72	0	38.580	81	-	100
Islanda	184	6	3	3	2	5	2	1	324	5	0	35.020	82	-	99
Isole Cook	135	19	10	11	8	16	8	5	20	-	0	-	-	-	98
Isole Marshall	80	52	26	29	23	41	22	12	55	-	0	3.910	-	-	99
Isole Salomone	87	42	22	21	22	34	18	11	552	17	0	1.110	68	-	-
Israele	169	12	4	5	4	10	4	2	7.562	156	1	28.930	82	-	97
Italia	169	10	4	4	3	8	3	2	60.789	557	2	35.330	82	99	99
Kazakistan	78	57	28	32	24	48	25	14	16.207	345	11	8.220	67	100	100
Kenya	38	98	73	78	67	64	48	27	41.610	1.560	107	820	57	87	84
Kirghizistan	72	70	31	34	28	58	27	16	5.393	131	4	920	68	99	95
Kiribati	58	88	47	50	45	64	38	19	101	-	0	2.110	-	-	-
Kuwait	133	17	11	12	10	14	9	5	2.818	50	1	48.900 x	75	94	98
Laos, Repubblica Democratica Popolare	63	148	42	44	39	102	34	18	6.288	140	6	1.130	67	73 x	97
Lesotho	29	88	86	93	79	71	63	39	2.194	60	5	1.220	48	90	74
Lettonia	145	21	8	9	8	17	7	5	2.243	24	0	12.350	73	100	96
Libano	141	33	9	10	9	27	8	5	4.259	65	1	9.110	73	90	93
Liberia	34	241	78	83	74	161	58	27	4.129	157	12	240	57	61	-
Libia	107	44	16	17	16	33	13	10	6.423	144	2	12.320 x	75	89	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	36	-	-	137.070 x	-	-	99
Lituania	157	17	6	6	5	14	5	3	3.307	35	0	12.280	72	100	96
Lussemburgo	184	8	3	3	3	7	2	2	516	6	0	78.130	80	-	97
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	135	38	10	11	9	34	9	6	2.064	22	0	4.730	75	97	98
Madagascar	47	161	62	65	58	98	43	23	21.315	747	45	430	67	64	-
Malawi	31	227	83	87	79	134	53	27	15.381	686	52	340	54	75	97
Maldiva	133	105	11	12	10	76	9	7	320	5	0	6.530	77	98 x	97
Malesia	151	17	7	7	6	15	6	3	28.859	579	4	8.420	74	93	-
Mali	3	257	176	182	169	132	98	49	15.840	728	121	610	51	31	66
Malta	157	11	6	7	5	10	5	4	418	4	0	18.620 x	80	92 x	94
Marocco	69	81	33	35	30	64	28	19	32.273	620	21	2.970	72	56	94
Mauritania	18	125	112	120	104	81	76	40	3.542	118	13	1.000	59	58	74
Mauritius	115	24	15	16	14	21	13	9	1.307	16	0	8.240	73	89	93
Messico	107	49	16	17	14	38	13	7	114.793	2.195	34	9.240	77	93	100
Micronesia (Stati Federati)	63	56	42	47	36	44	34	17	112	3	0	2.900	69	-	-
Moldavia, Repubblica	107	35	16	17	15	29	14	8	3.545	44	1	1.980	69	99	90
Monaco	169	8	4	4	3	6	3	2	35	-	0	183.150 x	-	-	-
Mongolia	72	107	31	35	26	76	26	12	2.800	65	2	2.320 x	68	97	99
Montenegro	151	18	7	8	7	16	7	5	632	8	0	7.060	75	98	83
Mozambico	22	226	103	107	99	151	72	34	23.930	889	86	470	50	56	92
Myanmar	47	107	62	69	56	77	48	30	48.337	824	53	d	65	92	-
Namibia	63	73	42	45	38	49	30	18	2.324	60	2	4.700	62	89	86
Nauru	66	40	40	56	24	32	32	22	10	-	0	-	-	-	-
Nepal	57	135	48	49	47	94	39	27	30.486	722	34	540	69	60	-
Nicaragua	80	66	26	29	22	50	22	13	5.870	138	4	1.170	74	78 x	94

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMSS)		TMSS per genere 2011		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2011	Popolazione totale (in migliaia) 2011	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2011	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2011	PNL pro capite (USD) 2011	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2011	Tasso totale alfabetismo adulti (%) 2007-2011*	% iscrizione netta alla scuola primaria 2008-2011*
		1990	2011	maschi	femmine	1990	2011								
Niger	13	314	125	127	122	133	66	32	16.069	777	89	360	55	29 x	58
Nigeria	14	214	124	129	119	127	78	39	162.471	6.458	756	1.200	52	61	58
Niue	91	14	21	21	21	12	18	10	1	-	0	-	-	-	-
Norvegia	184	8	3	3	3	7	3	2	4.925	61	0	88.890	81	-	99
Nuova Zelanda	157	11	6	7	5	9	5	3	4.415	64	0	29.350 x	81	-	99
Oman	141	48	9	9	8	36	7	5	2.846	50	0	19.260 x	73	87	98
Paesi Bassi	169	8	4	4	4	7	3	3	16.665	181	1	49.730	81	-	100
Pakistan	39	122	72	76	68	95	59	36	176.745	4.764	352	1.120	65	55	74
Palau	100	32	19	23	14	27	14	9	21	-	0	7.250	-	-	-
Panama	98	33	20	21	18	26	17	9	3.571	70	1	7.910	76	94	99
Papua Nuova Guinea	50	88	58	60	55	64	45	23	7.014	208	12	1.480	63	61	-
Paraguay	87	53	22	25	20	41	19	13	6.568	158	3	2.970	72	94	86
Perù	102	75	18	20	17	54	14	9	29.400	591	11	5.500	74	90	98
Polonia	157	17	6	6	5	15	5	4	38.299	410	2	12.480	76	100	96
Portogallo	184	15	3	4	3	11	3	2	10.690	97	0	21.250	79	95	99
Qatar	145	20	8	8	7	17	6	4	1.870	21	0	80.440	78	96	96
Regno Unito	165	9	5	6	5	8	4	3	62.417	761	4	37.780	80	-	100
Repubblica Ceca	169	14	4	4	4	13	3	2	10.534	116	0	18.520	78	-	-
Repubblica Centrafricana	6	169	164	170	157	112	108	46	4.487	156	25	470	48	56	71
Repubblica Dominicana	83	58	25	27	23	45	21	14	10.056	216	5	5.240	73	90	93
Romania	125	37	13	14	11	31	11	8	21.436	221	3	7.910	74	98	88
Ruanda	51	156	54	57	51	95	38	21	10.943	449	23	570	55	71	99
Saint Kitts/Nevis	151	28	7	8	6	22	6	5	53	-	0	12.480	-	-	86
Saint Lucia	107	23	16	17	14	18	14	9	176	3	0	6.680	75	-	90
Saint Vincent/Grenadines	91	27	21	23	19	21	20	13	109	2	0	6.100	72	-	98
Samoa	100	30	19	21	16	25	16	8	184	4	0	3.190	72	99	95
San Marino	195	12	2	2	2	11	2	1	32	-	0	50.400 x	-	-	92
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	28	96	89	92	86	62	58	29	169	5	0	1.360	65	89	99
Senegal	45	136	65	69	60	69	47	26	12.768	471	30	1.070	59	50	78
Serbia	151	29	7	8	6	25	6	4	9.854	110	1	5.680	75	98	95
Seychelles	122	17	14	15	13	14	12	9	87	-	0	11.130	-	92	-
Sierra Leone	1	267	185	194	176	158	119	49	5.997	227	42	340	48	42	-
Singapore	184	8	3	3	2	6	2	1	5.188	47	0	42.930	81	96	-
Siria, Repubblica araba	115	36	15	16	14	30	13	9	20.766	466	7	2.750 x	76	83	99
Slovacchia	145	18	8	9	7	16	7	4	5.472	58	0	16.070	75	-	-
Slovenia	184	10	3	3	3	9	2	2	2.035	20	0	23.610	79	100	97
Somalia	2	180	180	190	170	108	108	50	9.557	416	71	d	51	-	-
Spagna	169	11	4	5	4	9	4	3	46.455	499	2	30.990	81	98	100
Sri Lanka	128	29	12	13	11	24	11	8	21.045	373	5	2.580	75	91	94
Stati Uniti	145	11	8	8	7	9	6	4	313.085	4.322	32	48.450	79	-	96
Stato di Palestina	87	43	22	23	21	36	20	13	4.152	137	3	a	73	95	89
Sud Sudan*	15	217	121	122	119	129	76	38	10.314	-	43	a	-	-	-
Sudafrica	58	62	47	50	44	48	35	19	50.460	1.052	47	6.960	53	89	90
Sudan*	29	123	86	91	81	77	57	31	34.318	-	95	-	-	-	-
Suriname	74	52	30	33	26	44	26	16	529	10	0	7.640 x	71	95	91
Svezia	184	7	3	3	3	6	2	2	9.441	113	0	53.230	81	-	99
Svizzera	169	8	4	5	4	7	4	3	7.702	77	0	76.380	82	-	99
Swaziland	21	83	104	113	94	61	69	35	1.203	35	4	3.300	49	87	86
Tagikistan	46	114	63	70	56	89	53	25	6.977	194	12	870	68	100	98
Tanzania, Repubblica Unita	41	158	68	70	65	97	45	25	46.218	1.913	122	540	58	73	98
Thailandia	128	35	12	13	11	29	11	8	69.519	824	10	4.420	74	94 x	90
Timor Est	51	180	54	57	51	135	46	24	1.154	44	2	2.730 x	62	58	86
Togo	19	147	110	118	102	85	73	36	6.155	195	21	560	57	57	94
Tonga	115	25	15	18	13	21	13	8	105	3	0	3.580	72	99 x	-
Trinidad e Tobago	78	37	28	31	24	32	25	18	1.346	20	1	15.040	70	99	97
Tunisia	107	51	16	18	15	40	14	10	10.594	179	3	4.070	75	78	99
Turchia	115	72	15	16	14	60	12	9	73.640	1.289	20	10.410	74	91	97
Turkmenistan	54	94	53	57	48	75	45	22	5.105	109	5	4.110	65	100	-
Tuvalu	74	58	30	33	27	45	25	14	10	-	0	5.010	-	-	-
Ucraina	135	19	10	11	9	17	9	5	45.190	494	5	3.120	68	100	91
Uganda	26	178	90	97	83	106	58	28	34.509	1.545	131	510	54	73	91
Ungheria	157	19	6	7	6	17	5	4	9.966	100	1	12.730	74	99	98
Uruguay	135	23	10	11	9	20	9	5	3.380	49	1	11.860	77	98	99
Uzbekistan	56	75	49	55	42	62	42	15	27.760	589	30	1.510	68	99	92

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5)		TMS5 per genere 2011		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2011	Popolazione totale (in migliaia) 2011	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2011	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2011	PNL pro capite (USD) 2011	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2011	Tasso totale alfabetismo adulti (%) 2007-2011*	% iscrizione netta alla scuola primaria 2008-2011*
		1990	2011	maschi	femmine	1990	2011								
Vanuatu	125	39	13	14	12	31	11	7	246	7	0	2.870	71	83	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	115	31	15	17	13	26	13	8	29.437	598	9	11.920	74	96	95
Vietnam	87	50	22	25	19	36	17	12	88.792	1.458	32	1.260	75	93	98
Yemen	36	126	77	80	73	89	57	32	24.800	940	70	1.070	65	64	78
Zambia	31	193	83	86	80	114	53	27	13.475	622	46	1.160	49	71	93
Zimbabwe	43	79	67	73	61	53	43	30	12.754	377	24	640	51	-	-

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.447	-	1.300 x	61	-	-
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	---	---------	----	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE*

Africa subsahariana		178	109	114	103	107	69	34	876.497	32.584	3.370	1.269	55	63	76
Africa orientale e meridionale		162	84	89	79	100	55	29	418.709	14.399	1.177	1.621	56	68	86
Africa occidentale e centrale		197	132	138	126	116	83	39	422.564	16.712	2.096	937	53	57	67
Medio Oriente e Nord Africa		72	36	38	34	54	28	16	415.633	10.017	351	6.234	71	77	90
Asia meridionale		119	62	61	63	85	48	32	1.653.679	37.402	2.309	1.319	66	62	92
Asia orientale e Pacifico		55	20	21	19	41	17	11	2.032.532	28.448	590	4.853	73	94	96
America latina e Caraibi		53	19	21	17	42	16	10	591.212	10.790	203	8.595	74	91	95
ECO/CIS		48	21	23	19	40	18	10	405.743	5.823	125	7.678	70	98	95
Paesi meno sviluppati		171	98	102	93	107	65	33	851.103	28.334	2.649	695	59	60	80
Mondo		87	51	53	50	61	37	22	6.934.761	135.056	6.914	9.513	69	84	91

○ In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità sotto i 5 anni – Probabilità di morire entro i primi 5 anni di vita su 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità infantile – Probabilità di morire entro il primo anno di vita su 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità neonatale – Probabilità di morire entro i primi 28 giorni di vita su 1.000 nati vivi.

PNL pro capite – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) provenienti dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.

Speranza di vita alla nascita – Durata di vita media prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso totale di alfabetismo degli adulti – Numero di persone alfabetizzate con 15 anni o più, espresso come percentuale sul totale della popolazione in quella fascia di età.

Rapporto iscrizione netta alla scuola primaria – Numero di bambini iscritti alla scuola primaria o secondaria che ufficialmente sono in età da scuola primaria, espresso come percentuale sul totale del numero di bambini ufficialmente in età da scuola primaria.

A causa dell'inclusione dei bambini in età da scuola primaria iscritti alla scuola secondaria, questo indicatore può anche essere definito come il rapporto di iscrizione netta alla primaria.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tassi di mortalità infantile e sotto i cinque anni – Stime del gruppo interagenzie delle Nazioni Unite sulla mortalità infantile (UNICEF, OMS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, Divisione Statistiche delle Nazioni Unite, Banca Mondiale).

Tasso di mortalità neonatale – OMS, attraverso sistemi di registrazione demografici e indagini a domicilio.

Popolazione totale e nascite – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Decessi sotto i 5 anni – Gruppo interagenzie delle Nazioni Unite sulla mortalità infantile (UNICEF, OMS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, Divisione Statistiche delle Nazioni Unite, Banca Mondiale).

PNL pro capite – Banca Mondiale.

Speranza di vita alla nascita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tasso alfabetismo degli adulti e rapporto iscrizione netta alla scuola primaria – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

NOTE

- Paesi a basso reddito (pari o inferiore a 1.025 USD pro capite).
 - Paesi a medio-basso reddito (tra i 1.026 e i 4.035 USD pro capite).
 - Paesi a medio-alto reddito (tra i 4.036 e i 12.475 USD pro capite).
 - Paesi ad alto reddito (pari o superiore a 12.476 USD pro capite).
- Dati non disponibili.
- I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - Dati forniti dal Ministero per l'istruzione cinese. I dati dell'Istituto di statistica dell'UNESCO non riportano, al momento, i tassi di iscrizione netta della Cina.
- * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

TAVOLA 2: NUTRIZIONE

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%) 2007-2011*	Allattamento al seno immediato (%) 2007-2011*	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%) 2007-2011*	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%) 2007-2011*	Allattamento a 2 anni di età (%) 2007-2011*	Sottopeso (%) ^β 2007-2011*		Arresto crescita (%) ^β 2007-2011*	Deperimento (%) ^β 2007-2011*	Sovrappeso (%) ^β 2007-2011*	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale ^Δ (%) 2011	Consumo di sale iodato (%) 2007-2011*
						moderato e grave	grave					
Afghanistan	-	-	-	29 x	54 x	33 x	12 x	59 x	9 x	5 x	100	28 x
Albania	7 x	43	39	78	31	5	2	19	9	23	-	76 y
Algeria	6 x	50 x	7 x	39 x, y	22 x	3 x	1 x	15 x	4 x	13 x	-	61 x
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	12 x	55	11 x	77 x	37 x	16 y	7 y	29 y	8 y	-	55	45
Antigua e Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 x	-	-
Argentina	7	-	-	-	28	2 x	0 x	8 x	1 x	10 x	-	-
Armenia	7	36	35	48 y	23	5	1	19	4	17	-	97 x
Australia	7 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	7 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijan	10 x	32 x	12 x	83 x	16 x	8 x	2 x	25 x	7 x	14 x	-	54 x
Bahamas	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	22 x	36 x	64	71	90	36	10	41	16	2	94	84 x
Barbados	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	14	51 x	10 x	-	27 x	4 x	1 x	22 x	2 x	14 x	-	-
Benin	15 x	32	43 x	76 y	92	18 x	5 x	43 x	8 x	11 x	98	86
Bhutan	10	59	49	67	66	13	3	34	6	8	-	96 x
Bielorussia	4 x	21 x	9 x	38 x	4 x	1 x	1 x	4 x	2 x	10 x	-	94 y
Bolivia (Stato Plurinazionale)	6	64	60	83	40	4	1	27	1	9	21	89 y
Bosnia/Erzegovina	5 x	57 x	18 x	29 x	10 x	1 x	0 x	10 x	4 x	26 x	-	62 x
Botswana	13	40	20	46 y	6	11	4	31	7	11	75	65
Brasile	8	43 x	41 y	70 x	25 x	2 x	-	7 x	2 x	7	-	96 x
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	9	-	-	-	-	-	-	-	-	14 x	-	100 x
Burkina Faso	16 x	20 x	25	61	80	26	7	35	11	-	87	34 x
Burundi	11 x	-	69	70 y	79	29	8	58	6	3	83	98 x
Cambogia	11	65	74	82 y	43	28	7	40	11	2	92	83 y
Camerun	11 x	20 x	20	63 x, y	24	15	5	33	6	6	-	49 x
Canada	6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	6 x	73 x	60 x	80 x	13 x	-	-	-	-	-	-	75
Ciad	20	29	3	46	59	30	13	39	16	3	-	54
Cile	6	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-
Cina	3	41	28	43 y	-	4	-	10	3	7	-	97 y
Cipro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	6 x	57	43	86	33	3	1	13	1	5	-	-
Comore	25 x	25 x	21 x	34 x	45 x	-	-	-	-	22 x	-	82 x
Congo	13 x	39 x	19 x	78 x	21 x	11 x	3 x	30 x	8 x	9 x	-	82 x
Congo, Repubblica Democratica	10	43	37	52	53	24	8	43	9	-	98	59
Corea, Repubblica	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	6	18	65 x	31 x	36	19	4	32	5	-	100	25 y
Costa d'Avorio	17 x	25 x	4 x	51 x	37 x	16 y	5 y	27 y	5 y	-	100	84 x
Costa Rica	7	-	15 x	92	40	1	-	6	1	8	-	-
Croazia	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	5	70 x	49	77	17	-	-	-	-	-	-	88 x
Danimarca	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	8	-	40 x	77 x	23 x	6 x	-	-	-	5 x	-	-
Egitto	13	56	53	70	35	6	1	29	7	21	-	79
El Salvador	9	33	31	72 y	54	6 y	1 y	19 y	1 y	6	-	62 x
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	14 x	78 x	52 x	43 x	62 x	35 x	13 x	44 x	15 x	2 x	46	68 x
Estonia	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	20 x	52	52	55 x	82	29	9	44	10	2	71	15 y
Federazione Russa	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35 x
Figi	10 x	57 x	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filippine	21	54	34	90	34	22 y	-	32 y	7 y	3	91	45 x
Finlandia	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	14 x	71 x	6 x	62 x	9 x	8 x	2 x	25 x	4 x	6 x	-	36 x

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%) 2007-2011*	Allattamento al seno immediato (%) 2007-2011*	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%) 2007-2011*	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%) 2007-2011*	Allattamento a 2 anni di età (%) 2007-2011*	Sottopeso (%) ^β 2007-2011*		Arresto crescita (%) ^β 2007-2011*	Deparimento (%) ^β 2007-2011*	Sovrappeso (%) ^β 2007-2011*	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale ^Δ (%) 2011	Consumo di sale iodato (%) 2007-2011*
						moderato e grave	grave					
Gambia	10	52	34	34	31	18	4	24	10	2	93	21
Georgia	5	69	55	43 y	17	1	1	11	2	20	-	100
Germania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 x	-	-
Ghana	13	52	63	76	44	14	3	28	9	6	-	32 x
Giamaica	12 x	62 x	15 x	36 x	24 x	2	-	4	2	-	-	-
Giappone	8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gibuti	10 x	67	1 x	35 x	18 x	23 y	5 y	31 y	10 y	10 x	95	0 x
Giordania	13	39	22	84 y	11	2	0	8	2	7	-	88 x
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	11	56	50	71 y	46	13 y	-	48 y	1 y	5	28	76
Guinea	12 x	40 x	48	32 y	-	21	7	40	8	-	88	41
Guinea Equatoriale	13 x	-	24 x	-	-	11 x	-	35 x	3 x	8 x	-	33 x
Guinea-Bissau	11	55	38	43	65	18	5	32	6	3	100	12
Guyana	14	43 x	33	81	49	11	2	18	5	6	-	11
Haiti	25 x	44 x	41 x	90 x	35 x	18 x	6 x	29 x	10 x	4 x	36	3 x
Honduras	10 x	79 x	30 x	84 x	48 x	8 x	1 x	29 x	1 x	6 x	-	-
India	28 x	41 x	46 x	56 x	77 x	43 x	16 x	48 x	20 x	2 x	66	71
Indonesia	9	29	32	85	50	18	5	36	13	14	76	62 y
Iran (Repubblica islamica)	7 x	56 x	23 x	68 x	58 x	-	-	-	-	-	-	99 x
Iraq	15 x	31 x	25 x	62 x	36 x	6 x	2 x	26 x	6 x	15 x	-	28 x
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islanda	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Cook	3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	18	73	31	77 y	53	-	-	-	-	-	-	-
Isole Salomone	13	75	74	81 y	67	12	2	33	4	3	-	-
Israele	8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	6 x	64 x	17 x	50 x	16 x	4 x	1 x	17 x	5 x	17 x	-	92 x
Kenya	8	58	32	85	54	16	4	35	7	5	-	98
Kirghizistan	5 x	65 x	32 x	60 x	26 x	2 x	0 x	18 x	3 x	11 x	-	76 x
Kiribati	-	-	69	-	82	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	11 x	30 x	26 x	41 x	48 x	31 x	9 x	48 x	7 x	1 x	92	84 x
Lesotho	11	53	54	68	35	13	2	39	4	7	-	84
Lettonia	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	12	-	15	35 x	15	-	-	-	-	17 x	-	71
Liberia	14	44	34 y	51 y	41	15 y	2 y	42 y	3 y	4	96	-
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	21	23	41	13	1	0	5	2	16 x	-	94 x
Madagascar	16	72	51	86	61	36 x	-	50	15 x	-	91	53
Malawi	13 x	58 x	72	86	77	13	3	47	4	9	96	50 x
Maldivi	22 x	64	48	91	68	17	3	19	11	7	-	44 x
Malesia	11	-	-	-	-	13 x	-	17 x	-	-	-	18
Mali	19 x	46 x	38 x	25 x	56 x	27 x	10 x	38 x	15 x	-	96	79 x
Malta	6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marocco	15 x	52 x	31 x	66 x	15 x	3	-	15	2	11	-	21 x
Mauritania	34	81	46	61 y	47 y	20 y	4 y	23 y	12 y	-	100	23
Mauritius	14 x	-	21 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Messico	7	18	19	27	-	3 x	-	16 x	2 x	8 x	-	91 x
Micronesia (Stati Federati)	18 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	6 x	65 x	46 x	18 x	2 x	3 x	1 x	10 x	5 x	9 x	-	60 x
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	5	71	59	78	66	5	2	16	2	14 x	85	70
Montenegro	4 x	25 x	19 x	35 x	13 x	2 x	1 x	7 x	4 x	16 x	-	71 x
Mozambico	16	63	41	86	52	15	4	43	6	7	100	25
Myanmar	9	76	24	81 y	65	23	6	35	8	3	96	93
Namibia	16 x	71	24 x	91 x	28 x	17	4	29	8	5	-	63 x
Nauru	27	76	67	65 y	65	5	1	24	1	3	-	-
Nepal	18	45	70	66	93	29	8	41	11	1	91	80

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%) 2007-2011*	Allattamento al seno immediato (%) 2007-2011*	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%) 2007-2011*	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%) 2007-2011*	Allattamento a 2 anni di età (%) 2007-2011*	Sottopeso (%) ^β 2007-2011*		Arresto crescita (%) ^β 2007-2011*	Deperimento (%) ^β 2007-2011*	Sovrappeso (%) ^β 2007-2011*	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale ^Δ (%) 2011	Consumo di sale iodato (%) 2007-2011*
						moderato e grave	grave					
Nicaragua	9	54	31	76 y	43	6	1	22	1	6	2	97 x
Niger	27 x	42	27	65 y	-	39 y	12 y	51 y	12 y	4 x	95	32
Nigeria	12	38	13	76	32	23	9	41	14	11	73	97 x
Niue	0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuova Zelanda	6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	12	85 x	-	91 x	73 x	9	1	10	7	2	-	69 x
Paesi Bassi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	32	29	37	36 y	55	32	12	44	15	6	90	69
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	10 x	-	-	-	-	4 y	-	19 y	1 y	-	-	-
Papua Nuova Guinea	11 x	-	56 x	76 x, y	72 x	18 x	5 x	43 x	5 x	3 x	12	92 x
Paraguay	6	47	24	67 y	14	3 x	-	18 x	1 x	7 x	-	93
Perù	8	51	71	82	55 y	4	1	20	0	-	-	91
Polonia	6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portogallo	8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regno Unito	8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Ceca	7 x	-	-	-	-	-	-	-	-	4 x	-	-
Repubblica Centrafricana	14	43	34	56 x, y	32	24	8	41	7	2	0	65
Repubblica Dominicana	11	65	8	88	12	3	0	10	2	8	-	19 x
Romania	8 x	-	16 x	41 x	-	4 x	1 x	13 x	4 x	8 x	-	74 x
Ruanda	7	71	85	79	84	11	2	44	3	7	76	99
Saint Kitts/Nevis	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100 x
Saint Lucia	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent /Grenadines	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	10	88	51	71 y	74	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	8 x	45	51	74	20	13	3	29	11	12	44	86
Senegal	19	23 x	39	61 x	51	18	5	27	10	3	-	47
Serbia	5	8	14	84	15	2	1	7	4	16	-	32
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	11	45	32	25	48	22	8	44	9	10	99	63
Singapore	8 x	-	-	-	-	3 x	0 x	4 x	4 x	3 x	-	-
Siria, Repubblica araba	10	46	43	-	25	10	-	28	12	18	-	79 x
Slovacchia	7 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	-	26 x	9 x	16 x	35 x	32 x	12 x	42 x	13 x	5 x	12	1 x
Spagna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	17	80	76	87 y	84	21	4	17	15	1	-	92 y
Stati Uniti	8 x	-	-	-	-	1 x	0 x	3 x	0 x	8 x	-	-
Stato di Palestina	7 x	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	86 x
Sud Sudan ^α	-	-	45	21	38	28	12	31	23	-	-	54
Sudafrica	-	61 x	8 x	49 x	31 x	9	-	24	5	-	44	-
Sudan ^α	-	-	41	51	40	32	13	35	16	-	-	10
Suriname	11 x	34 x	2 x	58 x	15 x	7 x	1 x	11 x	5 x	4 x	-	-
Svezia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Svizzera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Swaziland	9	55	44	66	11	6	1	31	1	11	41	52
Tagikistan	10 x	57 y	25 x	15 x	34 x	15	6	39	7	-	99	62
Tanzania, Repubblica Unita	8	49	50	92	51	16	4	42	5	6	97	59
Thailandia	7	50 x	15	-	-	7 x	1 x	16 x	5 x	8 x	-	47 x
Timor Est	12 x	82	52	82	33	45	15	58	19	6	59	60
Togo	11	46	62	44	64	17	4	30	5	2	22	32
Tonga	3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	19 x	41 x	13 x	83 x	22 x	-	-	-	-	5 x	-	28 x
Tunisia	5 x	87 x	6 x	61 x, y	15 x	3 x	-	9 x	3 x	9 x	-	97 x
Turchia	11	39	42	68 y	22	2	0	12	1	-	-	69
Turkmenistan	4 x	60 x	11 x	54 x	37 x	8 x	2 x	19 x	7 x	-	-	87 x
Tuvalu	6	15	35	40 y	51	2	0	10	3	6	-	-
Ucraina	4	41	18	86	6	-	-	-	-	-	-	18 x
Uganda	14 x	42 x	62	75 x	46	14	3	33	5	3	60	96 x
Ungheria	9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%) 2007-2011*	Allattamento al seno immediato (%) 2007-2011*	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%) 2007-2011*	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%) 2007-2011*	Allattamento a 2 anni di età (%) 2007-2011*	Sottopeso (%) ^β 2007-2011*		Arresto crescita (%) ^β 2007-2011*	Deperimento (%) ^β 2007-2011*	Sovrappeso (%) ^β 2007-2011*	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale ^Δ (%) 2011	Consumo di sale iodato (%) 2007-2011*
						moderato e grave	grave	moderato e grave	moderato e grave	moderato e grave		
Uruguay	9	59	65	35 y	27	5 x	2 x	15 x	2 x	9 x	-	-
Uzbekistan	5 x	67 x	26 x	47 x	38 x	4 x	1 x	19 x	4 x	13 x	95	53 x
Vanuatu	10	72	40	68	32	-	-	-	-	5	-	23
Venezuela (Repubblica bolivariana)	8	-	-	-	-	4	-	16	5	6	-	-
Vietnam	5	40	17	50	19	12	2	23	4	-	99 w	45
Yemen	-	30 x	12 x	76 x	-	43 x	19 x	58 x	15 x	5 x	9	30 x
Zambia	11	57	61	94	42	15	3	45	5	8	72	77 x
Zimbabwe	11	69 x	31	86	20	10	2	32	3	6	56	94 y

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^α	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 x	-	-
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^β

Africa subsahariana	12	48	37	71	50	21	7	40	9	7	78	48
Africa orientale e meridionale	-	56	52	84	59	18	5	40	7	5	72	50
Africa occidentale e centrale	12	41	25	65	43	23	8	39	12	9	83	-
Medio Oriente e Nord Africa	-	-	-	-	-	8	-	20	9	12	-	-
Asia meridionale	28	39	47	55	75	33	14	39	16	3	73	71
Asia orientale e Pacifico	6	41	28	57	42 **	6	4 **	12	4	5	85 **	87
America latina e Caraibi	8	-	37	-	-	3	-	12	2	7	-	-
ECO/CIS	7	-	-	-	-	2	-	12	1	16	-	-
Paesi meno sviluppati	-	52	49	68	64	23	7	38	10	4	82	50
Mondo	15	42	39	60	58 **	16	10 **	26	8	7	75 **	76

α In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Basso peso alla nascita – Percentuale di neonati che pesa meno di 2.500 grammi.

Allattamento al seno immediato – Percentuale di neonati attaccati al seno entro un'ora dalla nascita.

Allattati esclusivamente al seno <6 mesi – Percentuale di neonati tra 0 e 5 mesi nutrita esclusivamente con latte materno nelle 24 ore precedenti l'indagine.

Introduzione di alimenti solidi, semisolidi o morbidi (6-8 mesi) – Percentuale di bambini tra 6 e 8 mesi che ha ricevuto alimenti solidi, semi solidi o morbidi nelle ultime 24 ore precedenti l'indagine.

Allattati al seno a 2 anni di età (20-23 mesi) – Percentuale di bambini tra 20-23 mesi che ha ricevuto latte materno nelle 24 ore precedenti l'indagine.

Sottopeso (OMS) – Moderato e grave: percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con peso inferiore di due punti percentili rispetto alla mediana per quella fascia d'età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Grave – percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con peso inferiore di tre punti percentili rispetto alla mediana di quella fascia di età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Arresto della crescita (OMS) – Moderato e grave: percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con altezza inferiore di due punti percentili rispetto alla mediana di quella fascia d'età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Deperimento (OMS) – Moderato e grave: percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi il cui rapporto peso/altezza è inferiore di due punti percentili rispetto alla mediana di quella fascia di età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Sovrappeso – Moderato e grave: percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi il cui rapporto peso/altezza è superiore di due punti percentili rispetto alla mediana di quella fascia di età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Vitamina A – Percentuale di bambini tra 6 e 59 mesi che ha ricevuto 2 dosi di vitamina A.

Consumo sale iodato – Percentuale di famiglie che consuma sale iodato in misura adeguata (15 porzioni per milione o più).

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Basso peso alla nascita – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), indagini campione a indicatori multipli (MICS), altre indagini nazionali a domicilio, dati provenienti da sistemi di rilevamento routinario, UNICEF e OMS.

Allattamento al seno – DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio e UNICEF.

Sottopeso, deperimento, arresto della crescita e sovrappeso – DHS, MICS, altre ricerche nazionali sulla famiglia, OMS e UNICEF.

Vitamina A – UNICEF.

Consumo di sale iodato – MICS, DHS, altre indagini nazionali a domicilio e UNICEF.

NOTE

- Dati non disponibili.

w Si riferisce ai paesi che attuano programmi di somministrazione di vitamina A rivolti a bambini di una ridotta fascia di età. La cifra della copertura corrisponde ai bambini raggiunti.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, a eccezione dei dati relativi all'India negli anni 2005-2006. Sono escluse le stime su dati antecedenti al 2000.

y I dati differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

Δ Il dato sulla copertura completa della somministrazione di vitamina A si riferisce alla percentuale inferiore registrata nei 2 punti annuali di rilevazione della copertura (cioè, il valore più basso tra il primo ciclo (gennaio-giugno) e il secondo ciclo (luglio-dicembre) del 2010).

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

θ Le medie regionali per il sottopeso (moderato e grave), arresto della crescita (moderata e grave), deperimento (moderato e grave) e sovrappeso (tra cui l'obesità) sono stimate utilizzando i dati provenienti da UNICEF OMS Joint Global Nutrition Database, revisione 2011 (completato nel luglio 2012). L'indicatore per il sottopeso grave non è stato incluso in quest'analisi e le medie regionali per quest'ultimo si basano su una popolazione media ponderata calcolata dall'UNICEF.

TAVOLA 3: SALUTE

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2010			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2010			Vaccini EPI finanziati dal governo (%) 2011	Copertura vaccinale (%) 2011								Polmonite (%) 2007-2012*		Diarrea (%) 2007-2012*	Malaria (%) 2007-2012*		
	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale		TBC	DPT1 ⁶	DPT3 ⁶	Polio3	Morbilli	HepB3	Hib3	Neonati protetti contro il tetano ²	Ricorso a cure per sospetta polmonite	Trattamento antibiotico per sospetta polmonite	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO)	Trattamento antimalarico nei bambini con febbre	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida
Afghanistan	50	78	42	37	60	30	-	68	86	66	66	62	66	60	61	64	53	-	-	-	
Albania	95	96	94	94	95	93	-	99	99	99	99	99	99	87	70	60	54	-	-	-	
Algeria	83	85	79	95	98	88	-	99	99	95	95	95	95	90	53 x	59 x	19 x	-	-	-	
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	51	60	38	58	85	19	-	88	99	86	85	88	86	70	-	-	-	28	26	35	
Antigua e Barbuda	-	95	-	-	98	-	-	-	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	97	-	-	100	-	-	98	99	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	
Argentina	-	98	-	-	-	-	-	99	98	93	95	93	93	-	57	36	33	-	-	-	
Armenia	98	99	97	90	95	80	-	96	98	95	96	97	95	-	-	-	-	-	-	-	
Australia	100	100	100	100	100	100	-	-	92	92	92	94	92	-	-	-	-	-	-	-	
Austria	100	100	100	100	100	100	-	-	93	83	83	76	83	-	36 x	-	21 x	1 x	1 x	-	
Azerbaigian	80	88	71	82	86	78	78	82	79	74	80	67	48	38	-	-	-	-	-	-	
Bahamas	-	98	-	100	100	100	-	-	99	98	97	90	95	98	92	-	-	-	-	-	
Bahrain	-	100	-	-	100	-	100	-	99	99	99	99	99	94	35	71	78	-	-	-	
Bangladesh	81	85	80	56	57	55	30	95	99	96	96	96	96	94	-	-	-	-	-	-	
Barbados	100	100	100	100	100	100	-	-	93	91	91	93	91	-	90 x	67 x	36 x	-	-	-	
Belgio	100	100	100	100	100	100	-	-	99	98	98	95	97	98	-	-	-	-	-	-	
Belize	98	98	99	90	93	87	-	98	98	95	95	98	95	88	71 x	44 x	27 x	-	-	-	
Benin	75	84	68	13	25	5	17	97	94	85	85	72	85	85	31	-	50	38	71	80	
Bhutan	96	100	94	44	73	29	4	95	98	95	95	95	95	-	89	74	49	61	-	-	
Bielorussia	100	100	99	93	91	97	-	99	99	98	98	99	98	21	-	51	64	35	-	-	
Bolivia (Stato Plurinazionale)	88	96	71	27	35	10	-	90	90	82	82	84	82	82	74	91 x	73 x	35 x	-	-	
Bosnia/Erzegovina	99	100	98	95	99	92	-	94	94	88	89	89	88	85	-	14 x	-	49 x	-	-	
Botswana	96	99	92	62	75	41	100	99	98	96	96	94	93	96	50	-	-	-	-	-	
Brasile	98	100	85	79	85	44	-	99	99	96	97	97	96	97	92	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	96	99	97	99	91	93	96	95	-	-	-	-	-	
Bulgaria	100	100	100	100	100	100	-	98	96	95	95	95	96	95	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	79	95	73	17	50	6	32	99	93	91	90	63	91	91	88	56	47	21	35	47	57
Burundi	72	83	71	46	49	46	3	90	99	96	94	92	96	96	80	55	43	38	17	45	52
Cambogia	64	87	58	31	73	20	23	94	96	94	94	93	94	91	64	39	34	-	4 x	5 x	
Camerun	77	95	52	49	58	36	9	80	90	66	67	76	66	66	75	30	-	17	21	21	36
Canada	100	100	99	100	100	99	-	-	98	95	99	98	70	95	-	-	-	-	-	-	
Capo Verde	88	90	85	61	73	43	100	99	99	90	90	96	90	90	92	-	-	-	-	-	
Ciad	51	70	44	13	30	6	11	53	45	22	31	28	22	22	60	26	31	13	36	10	42
Cile	96	99	75	96	98	83	-	91	98	94	93	91	94	94	-	-	-	-	-	-	
Cina	91	98	85	64	74	56	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Cipro	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	87	96	96	-	-	-	-	-	-	
Colombia	92	99	72	77	82	63	-	83	95	85	85	88	85	85	79	64	-	54	-	-	3 x
Comore	95	91	97	36	50	30	-	76	94	83	85	72	83	83	85	56 x	-	19 x	63 x	9 x	-
Congo	71	95	32	18	20	15	9	95	90	90	90	90	90	83	52	-	35	25	26	27	
Congo, Repubblica Democratica	45	79	27	24	24	24	0	67	79	70	78	71	70	70	40	42	27	39	38	51	
Corea, Repubblica	98	100	88	100	100	100	-	99	99	99	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Corea, Repubblica Democratica Popolare	98	99	97	80	86	71	-	98	95	94	99	99	94	-	93	80	88	74	-	-	-
Costa d'Avorio	80	91	68	24	36	11	30	74	75	62	58	49	62	62	82	38	-	17	18	39	68
Costa Rica	97	100	91	95	95	96	-	78	87	85	82	83	84	81	-	-	-	-	-	-	
Croazia	99	100	97	99	99	98	-	99	97	96	96	96	97	96	-	-	-	-	-	-	
Cuba	94	96	89	91	94	81	-	99	96	96	99	99	96	96	-	97	70	51	-	-	-
Danimarca	100	100	100	100	100	100	-	-	94	91	91	87	-	91	-	-	-	-	-	-	
Dominica	-	96	-	-	-	-	-	99	99	98	99	99	98	98	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	94	96	89	92	96	84	-	99	99	99	99	98	98	99	85	-	-	-	-	-	-
Egitto	99	100	99	95	97	93	100	98	97	96	96	96	96	-	86	73	58	28	-	-	-
El Salvador	88	94	76	87	89	83	-	91	90	89	89	89	90	90	88	67	51	58	-	-	-
Emirati Arabi Uniti	100	100	100	98	98	95	-	98	94	94	94	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	4	3	99	99	99	99	99	99	99	93	44 x	-	45 x	13	49	71
Estonia	98	99	97	95	96	94	100	99	96	93	93	94	94	93	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	44	97	34	21	29	19	-	69	61	51	62	57	51	51	88	27	7	26	10	33	53
Federazione Russa	97	99	92	70	74	59	-	95	97	97	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Figi	98	100	95	83	94	71	-	99	99	99	99	94	99	99	94	-	-	-	-	-	-
Filippine	92	93	92	74	79	69	-	84	85	80	80	79	76	14	76	50	42	47	0 x	-	-
Finlandia	100	100	100	100	100	100	100	-	99	99	99	97	-	99	-	-	-	-	-	-	-
Francia	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	89	65	97	-	-	-	-	-	-	-

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2010			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2010			Vaccini EPI finanziati dal governo (%) 2011	Copertura vaccinale (%) 2011								Polmonite (%) 2007-2012*		Diarrea (%) 2007-2012*	Malaria (%) 2007-2012*		
	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale		TBC	DPT1 ^a	DPT3 ^b	Polio3	Morbilli	HepB3	Hib3	Neonati protetti contro il tetano ^c	Ricorso a cure per sospetta polmonite	Trattamento antibiotico per sospetta polmonite	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO)	Trattamento antimalarico nei bambini con febbre	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida
Gabon	87	95	41	33	33	30	100	89	69	45	44	55	45	75	48 x	-	25 x	-	55	70	
Gambia	89	92	85	68	70	65	100	90	99	96	95	91	96	91	69	70	39	30	33	51	
Georgia	98	100	96	95	96	93	78	96	95	94	90	94	92	-	74 x	56 x	40 x	-	-	-	
Germania	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	95	99	93	-	-	-	-	-	-	-	
Ghana	86	91	80	14	19	8	-	98	94	91	91	91	91	88	41	56	35	53	39	48	
Giamaica	93	98	88	80	78	82	-	99	99	99	99	88	99	80	75 x	52 x	40 x	-	-	-	
Giappone	100	100	100	100	100	100	-	94	99	98	96	94	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gibuti	88	99	54	50	63	10	0	89	89	87	87	84	87	87	62 x	43 x	62 x	1	20	30	
Giordania	97	98	92	98	98	98	100	95	98	98	98	98	98	90	75	79	20	-	-	-	
Grecia	100	100	99	98	99	97	-	91	99	99	99	99	95	83	-	-	-	-	-	-	
Grenada	-	97	-	97	96	97	-	-	98	94	95	95	94	94	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	92	98	87	78	87	70	-	89	91	85	86	87	85	85	64 x	-	37	-	-	-	
Guinea	74	90	65	18	32	11	24	93	86	59	57	58	59	80	42 x	-	33 x	74	5	8	
Guinea Equatoriale	-	-	-	-	-	-	100	73	65	33	39	51	-	-	75	-	29 x	49 x	1 x	-	
Guinea-Bissau	64	91	53	20	44	9	-	93	92	76	73	61	76	76	80	52	35	19	51	36	53
Guyana	94	98	93	84	88	82	-	97	97	93	93	98	93	93	90	65	18	50	6	24	26
Haiti	69	85	51	17	24	10	-	75	83	59	59	59	-	-	70	31 x	3 x	40 x	5 x	-	-
Honduras	87	95	79	77	85	69	-	99	99	98	98	99	98	98	94	56 x	54 x	56 x	1 x	-	-
India	92	97	90	34	58	23	100	87	83	72	70	74	47	-	87	69 x	13 x	26 x	8 x	-	-
Indonesia	82	92	74	54	73	39	100	82	86	63	70	89	63	-	85	66	-	35	1	3	3
Iran (Repubblica islamica)	96	97	92	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	95	93 x	-	-	-	-	-
Iraq	79	91	56	73	76	67	-	92	90	77	78	76	76	-	85	82 x	82 x	31 x	1 x	0 x	-
Irlanda	100	100	100	99	100	98	-	41	98	95	95	92	95	95	-	-	-	-	-	-	-
Islanda	100	100	100	100	100	100	-	-	98	96	96	93	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Isole Cook	-	98	-	100	100	100	-	98	98	93	93	89	93	93	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	94	92	99	75	83	53	2	99	99	94	95	97	97	92	-	-	-	-	-	-	-
Isole Salomone	-	-	-	-	98	-	47	89	94	88	93	73	88	88	85	73	23	-	19	40	49
Israele	100	100	100	100	100	100	-	-	96	94	94	98	99	93	-	-	-	-	-	-	-
Italia	100	100	100	-	-	-	-	-	98	96	96	90	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	95	99	90	97	97	98	-	96	99	99	99	99	99	95	-	71 x	32 x	74 x	-	-	-
Kenya	59	82	52	32	32	32	57	92	95	88	88	87	88	88	73	56	50	39	23	47	56
Kirghizistan	90	99	85	93	94	93	-	98	97	96	94	97	96	96	-	62 x	45 x	20 x	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	86	99	99	95	90	95	95	-	81	51	62	-	-	-
Kuwait	99	99	99	100	100	100	-	99	99	99	99	99	99	99	95	-	-	-	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	67	77	62	63	89	50	6	77	83	78	79	69	78	78	80	32 x	52 x	46 x	8 x	41 x	45 x
Lesotho	78	91	73	26	32	24	42	95	93	83	91	85	83	83	83	66	-	51	-	-	-
Lettonia	99	100	96	-	-	-	100	95	97	94	94	99	91	93	-	-	-	-	-	-	-
Libano	100	100	100	-	100	-	-	-	84	81	75	79	81	81	-	74 x	-	44 x	-	-	-
Liberia	73	88	60	18	29	7	91	73	61	49	56	40	49	49	91	62	-	53	57	37	50
Libia	-	-	-	97	97	96	-	99	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	98	-	-	95	-	100	98	95	92	92	94	95	92	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	96	95	99	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	100	100	99	88	92	82	-	98	95	95	95	98	90	89	-	93 x	74 x	62	-	-	-
Madagascar	46	74	34	15	21	12	21	82	96	89	88	70	89	89	78	42	-	17	20	46	57
Malawi	83	95	80	51	49	51	-	99	98	97	86	96	97	97	87	70	-	69	43	39	57
Maldivi	98	100	97	97	98	97	100	98	97	96	96	96	96	-	95	22 x	-	57	-	-	-
Malesia	100	100	99	96	96	95	-	99	99	99	99	95	97	99	90	-	-	-	-	-	-
Mali	64	87	51	22	35	14	-	89	85	72	71	56	72	72	89	38 x	-	14 x	35	70	85
Malta	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	96	84	82	96	-	-	-	-	-	-	-
Marocco	83	98	61	70	83	52	-	99	99	99	98	95	98	99	89	70	-	23 x	-	-	-
Mauritania	50	52	48	26	51	9	21	86	91	75	73	67	75	75	80	45	24	20	21	-	12
Mauritius	99	100	99	89	91	88	100	99	99	98	98	99	98	98	95	-	-	-	-	-	-
Messico	96	97	91	85	87	79	-	99	99	97	97	98	98	97	88	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	75	96	84	83	92	83	72	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	96	99	93	85	89	82	-	98	96	93	96	91	96	78	-	60 x	-	33 x	-	-	-
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	89	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	82	100	53	51	64	29	69	99	99	99	99	98	99	99	-	87	72	38 x	-	-	-
Montenegro	98	99	96	90	92	87	100	97	98	95	95	91	91	90	-	89 x	57 x	16 x	-	-	-
Mozambico	47	77	29	18	38	5	20	91	90	76	73	82	76	76	83	65	22	55	30	18	28
Myanmar	83	93	78	76	83	73	-	93	99	99	99	99	52	-	93	69	34	61	-	11	-
Namibia	93	99	90	32	57	17	-	89	88	82	85	74	82	82	83	53 x	-	63	20	34	54

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2010			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2010			Vaccini EPI finanziati dal governo (%) 2011	Copertura vaccinale (%) 2011							Polmonite (%) 2007-2012*		Diarrea (%) 2007-2012*	Malaria (%) 2007-2012*			
	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale		TBC	DPT1 ¹	DPT3 ²	Polio3	Morbillo	HepB3	Hib3	Neonati protetti contro il tetano ³	Ricorso a cure per sospetta polmonite	Trattamento antibiotico per sospetta polmonite	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO)	Trattamento antimalarico nei bambini con febbre	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida
Nauru	88	88	—	65	65	—	100	99	99	99	99	99	99	—	69	47	—	—	—	—	
Nepal	89	93	88	31	48	27	20	97	96	92	92	88	92	82	50	7	39	1	—	—	
Nicaragua	85	98	68	52	63	37	—	98	99	98	99	99	98	81	58 x	—	59	2 x	—	—	
Niger	49	100	39	9	34	4	14	61	80	75	44	76	75	84	51	—	34	—	64	76	
Nigeria	58	74	43	31	35	27	—	64	53	47	73	71	50	—	60	45	23	26	49	29	42
Niue	100	100	100	100	100	100	5	99	99	98	98	99	98	99	—	—	—	—	—	—	
Norvegia	100	100	100	100	100	100	100	—	99	94	94	93	—	95	—	—	—	—	—	—	
Nuova Zelanda	100	100	100	—	—	—	100	—	95	95	95	93	95	94	—	—	—	—	—	—	
Oman	89	93	78	99	100	95	—	99	99	99	99	99	99	91	—	—	—	—	—	—	
Paesi Bassi	100	100	100	100	100	100	100	—	99	97	97	96	—	97	—	—	—	—	—	—	
Pakistan	92	96	89	48	72	34	—	85	88	80	75	80	80	80	75	69	50	41	3	—	0
Palau	85	83	96	100	100	100	0	—	99	84	98	85	91	85	—	—	—	—	—	—	
Panama	—	97	—	—	—	—	—	97	95	87	91	97	87	87	—	—	—	—	—	—	
Papua Nuova Guinea	40	87	33	45	71	41	45	83	83	61	58	60	62	61	61	63 x	—	—	—	—	
Paraguay	86	99	66	71	90	40	—	94	97	90	87	93	90	90	85	—	—	—	—	—	
Perù	85	91	65	71	81	37	—	91	94	91	91	96	91	91	85	68	51	32	—	—	
Polonia	—	100	—	—	96	—	—	93	99	99	96	98	98	99	—	—	—	—	—	—	
Portogallo	99	99	100	100	100	100	100	96	99	98	97	96	97	97	—	—	—	—	—	—	
Qatar	100	100	100	100	100	100	—	97	94	93	93	99	93	93	—	—	—	—	—	—	
Regno Unito	100	100	100	100	100	100	—	—	98	95	95	90	—	95	—	—	—	—	—	—	
Repubblica Ceca	100	100	100	98	99	97	—	—	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	
Repubblica Centrafricana	67	92	51	34	43	28	—	74	64	54	47	62	54	54	80	30	31	16	32	36	47
Repubblica Dominicana	86	87	84	83	87	75	—	98	91	84	84	79	80	71	90	70	57	41	—	—	
Romania	—	99	—	—	—	—	100	99	96	89	89	93	96	89	—	—	—	—	—	—	
Ruanda	65	76	63	55	52	56	11	99	98	97	93	95	97	97	85	50	—	29	11	70	82
Saint Kitts/Nevis	99	99	99	96	96	96	—	99	99	97	98	99	98	98	—	—	—	—	—	—	
Saint Lucia	96	98	95	65	71	63	—	97	98	97	97	95	97	97	—	—	—	—	—	—	
Saint Vincent/Grenadines	—	—	—	—	—	96	—	99	98	95	95	99	96	96	—	—	—	—	—	—	
Samoa	96	96	96	98	98	98	100	99	99	91	91	67	91	91	—	—	68	—	—	—	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	90	86	86	83	86	85	—	—	—	—	—	—	
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Sao Tomé/Principe	89	89	88	26	30	19	15	99	98	96	96	91	96	96	—	75	—	49	8	56	61
Senegal	72	93	56	52	70	39	32	95	94	83	73	82	83	83	88	50	—	22	8	35	63
Serbia	99	99	98	92	96	88	—	99	91	91	91	95	89	91	—	90	82	36	—	—	
Seychelles	—	100	—	—	98	—	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	
Sierra Leone	55	87	35	13	23	6	2	96	94	84	81	80	84	84	85	74	58	73	62	30	36
Singapore	100	100	—	100	100	—	—	99	98	96	96	95	96	—	—	—	—	—	—	—	
Siria, Repubblica araba	90	93	86	95	96	93	—	90	86	72	75	80	66	72	94	77 x	71 x	50 x	—	—	—
Slovacchia	100	100	100	100	100	99	100	97	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	
Slovenia	99	100	99	100	100	100	—	—	98	96	96	95	—	96	—	—	—	—	—	—	
Somalia	29	66	7	23	52	6	0	41	52	41	49	46	—	—	64	13 x	32 x	13 x	8 x	11 x	12 x
Spagna	100	100	100	100	100	100	—	—	99	97	97	95	97	97	—	—	—	—	—	—	
Sri Lanka	91	99	90	92	88	93	39	99	99	99	99	99	99	99	95	58	—	50	0	3	5
Stati Uniti	99	100	94	100	100	99	—	—	98	94	94	90	91	88	—	—	—	—	—	—	
Stato di Palestina	85	86	81	92	92	92	—	98	99	99	99	99	98	—	—	65 x	—	—	—	—	—
Sud Sudan ^o	—	—	—	—	—	—	0	57	58	46	46	64	—	—	44	48	33	39	36	25	53
Sudafrica	91	99	79	79	86	67	100	78	77	72	73	78	76	72	77	65 x	—	40 x	—	—	—
Sudan ^o	—	—	—	—	—	—	2	92	98	93	93	87	93	93	74	56	66	22	65	—	25
Suriname	92	97	81	83	90	66	—	—	90	86	86	85	86	86	93	74 x	37 x	44 x	—	3 x	—
Svezia	100	100	100	100	100	100	—	23	99	98	98	96	—	98	—	—	—	—	—	—	
Svizzera	100	100	100	100	100	100	0	—	95	95	95	92	—	95	—	—	—	—	—	—	
Swaziland	71	91	65	57	64	55	—	98	98	91	85	98	91	91	86	58	61	57	2	2	10
Tagikistan	64	92	54	94	95	94	18	97	98	96	97	98	96	96	—	64 x	41 x	73	2 x	1 x	2 x
Tanzania, Repubblica Unita	53	79	44	10	20	7	23	99	96	90	88	93	90	90	88	71	—	44	59	64	64
Thailandia	96	97	95	96	95	96	100	99	99	99	99	98	98	—	91	84 x	65 x	57 x	—	—	—
Timor Est	69	91	60	47	73	37	100	68	69	67	66	62	67	—	81	71	45	71	6	42	42
Togo	61	89	40	13	26	3	25	90	95	81	81	67	81	81	81	32	41	11	34	57	57
Tonga	100	100	100	96	98	96	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	94	98	93	92	92	92	—	—	96	90	91	92	90	90	—	74 x	34 x	—	—	—	—
Tunisia	—	99	—	—	96	—	—	98	98	98	98	96	98	43	96	59 x	—	55 x	—	—	—
Turchia	100	100	99	90	97	75	—	97	98	97	97	97	96	97	90	41 x	—	—	—	—	—
Turkmenistan	—	97	—	98	99	97	—	98	98	97	97	99	97	71	—	83 x	50 x	40 x	—	—	—
Tuvalu	98	98	97	85	88	81	—	99	99	96	96	98	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Ucraina	98	98	98	94	96	89	—	90	73	50	58	67	21	26	—	—	—	—	—	—	—

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2010			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2010			Vaccini EPI finanziati dal governo (%) 2011	Copertura vaccinale (%) 2011							Polmonite (%) 2007-2012*		Diarrea (%) 2007-2012*	Malaria (%) 2007-2012*			
	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale		TBC	DPT1 ^a	DPT3 ^b	Polio3	Morbillo	HepB3	Hib3	Neonati protetti contro il tetano ^c	Ricorso a cure per sospetta polmonite	Trattamento antibiotico per sospetta polmonite	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO)	Trattamento antimalarico nei bambini con febbre	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida
Uganda	72	95	68	34	34	34	19	86	91	82	82	75	82	82	85	79	47	44	65	43	60
Ungheria	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
Uruguay	100	100	100	100	100	99	99	99	99	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Uzbekistan	87	98	81	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	99	68 x	56 x	28 x	99	99	99	
Vanuatu	90	98	87	57	64	54	16	81	78	68	67	52	59	75	99	99	23	53	56	68	
Venezuela (Repubblica bolivariana)	95	99	93	76	94	68	30	98	97	95	96	96	95	95	87	73	68	47	1	9	10
Vietnam	55	72	47	53	93	34	13	59	89	81	81	71	81	81	66	44 x	38 x	33 x	99	99	99
Yemen	61	87	46	48	57	43	19	88	87	81	83	83	81	81	81	68	47	60	34	50	64
Zimbabwe	80	98	69	40	52	32	99	98	99	99	99	92	93	93	66	48	31	21	2	10	29

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^a	58 †	67 †	52 †	26 †	44 †	14 †	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------------	------	------	------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^a

Africa subsahariana	61	83	49	30	43	23	27	79	79	71	76	74	70	60	76	49	34	32	38	38	50
Africa orientale e meridionale	61	87	50	35	54	27	39	85	85	79	79	79	76	76	81	55	30	39	31	41	54
Africa occidentale e centrale	62	82	47	26	35	20	17	73	71	62	72	69	63	44	72	44	33	27	42	36	49
Medio Oriente e Nord Africa	86	93	76	82	91	70	75	93	96	92	92	90	91	48	85	–	–	–	–	–	–
Asia meridionale	90	96	88	38	60	28	90	87	85	75	73	77	57	23	85	65	24	34	7	–	–
Asia orientale e Pacifico	90	97	84	67	77	58	95	95	95	91	92	95	89	10	85**	64**	–	43**	–	6**	–
America latina e Caraibi	94	98	81	79	84	60	–	95	96	92	92	93	90	90	85	–	–	–	–	–	–
ECO/CIS	96	99	91	85	87	80	–	96	95	92	93	94	89	58	–	–	–	–	–	–	–
Paesi meno sviluppati	63	82	56	35	48	30	19	82	87	78	79	76	75	74	81	50	43	42	36	41	53
Mondo	89	96	81	63	79	47	84	88	89	83	84	84	75	43	82**	60**	31**	35**	19**	–	–

^a In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Accesso a fonti migliorate di acqua potabile – Percentuale di popolazione che utilizza una delle seguenti fonti di approvvigionamento: acqua potabile convogliata in abitazione, appezzamento, giardino o cortile del vicino; rubinetto pubblico o serbatoio, pozzo tubolare o di trivellazione; sorgente protetta; acqua piovana, acqua imbottigliata più una delle precedenti fonti come seconda opzione.

Accesso a impianti igienici adeguati – Percentuale di popolazione con accesso ad alcuni dei seguenti impianti igienici non in condivisione con altre famiglie: latrine dotate di scarico o collegate a un sistema fognario convogliato, latrine migliorate con fessure per l'aerazione, sistemi igienici collegati a fosse settiche, latrine dotate di un basamento, latrine con la tavoletta, latrine con sistema di copertura, gabinetto di compostaggio.

Vaccinazioni EPI finanziate dal governo – Percentuale delle vaccinazioni infantili di routine, effettuate in un paese, finanziate dal governo nazionale (inclusi prestiti).

EPI – Programma Esteso di Vaccinazione: Le vaccinazioni di questo programma comprendono quelle contro tubercolosi (TBC), difterite-pertosse-tetano (DPT), poliomielite e morbillo, oltre alla protezione dei bambini dal tetano neonatale tramite la vaccinazione delle donne in gravidanza. Alcuni paesi inseriscono nel programma altre vaccinazioni come ad esempio l'antipatite B (HepB), l'*Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) o la febbre gialla.

TBC – Percentuale di neonati che ha ricevuto il Bacille Calmette-Guérin (vaccino contro la tubercolosi).

DPT1 – Percentuale di neonati che ha ricevuto la prima dose di vaccino contro difterite-pertosse-tetano.

DPT3 – Percentuale di neonati che ha ricevuto tre dosi di vaccino contro difterite-pertosse-tetano.

Polio3 – Percentuale di neonati che ha ricevuto tre dosi di vaccino antipolio.

Morbillo – Percentuale di neonati che ha ricevuto la prima dose di vaccino contro il morbillo.

HepB3 – Percentuale di bambini che ha ricevuto tre dosi di vaccino contro l'epatite B.

Hib3 – Percentuale di bambini che ha ricevuto tre dosi di vaccino *Haemophilus influenzae* tipo B.

Neonati protetti contro il tetano – Percentuale di vaccinati contro il tetano alla nascita.

Ricorso a cure per sospetta polmonite – Percentuale di bambini sotto i 5 anni che nelle due settimane precedenti l'indagine ha presentato casi di sospetta polmonite (tosse, respiro affannoso o difficoltà respiratoria) e sono stati visitati da un operatore sanitario qualificato.

Trattamento antibiotico per sospetta polmonite – Percentuale di bambini sotto i 5 anni che nelle due settimane precedenti l'indagine ha presentato casi di sospetta polmonite (tosse, respiro affannoso o difficoltà respiratoria) e che ha ricevuto antibiotici.

Trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) – Percentuale di bambini sotto i 5 anni con diarrea nelle due settimane precedenti l'indagine, che ha ricevuto sali per la reidratazione orale (bustine di sali reidratanti o confezioni di sali già diluiti).

Trattamento antimalarico nei bambini con febbre – Percentuale di bambini sotto i 5 anni affetti da febbre nelle ultime due settimane precedenti l'indagine che ha ricevuto trattamenti antimalarici. NB: questo indicatore si riferisce al trattamento antimalarico somministrato a tutti i bambini in stato febbrile piuttosto che ai casi confermati di malaria, e dovrebbe quindi essere interpretato con cautela. Per maggiori informazioni visitare il sito: <http://www.childinfo.org/malaria_maltreatment.php>.

Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida – Percentuale di bambini sotto i 5 anni che ha dormito sotto una zanzariera trattata con insetticida la notte precedente l'indagine.

Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida – Percentuale di famiglie in possesso di almeno una zanzariera trattata con insetticida.

PRINCIPALI FONTI DEI DATI

Accesso a fonti migliorate di acqua potabile e a impianti igienici adeguati – UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Joint Monitoring Programme.

Vaccini EPI finanziati dal governo – In base a dati governativi su format redatti da UNICEF e OMS.

Vaccinazioni – UNICEF e OMS.

Ricorso a cure e trattamento per sospetta polmonite – Indagini statistiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini nazionali a domicilio.

Cura della diarrea – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.

Prevenzione e cura della malaria – DHS e MICS, indagini sugli indicatori di malaria (MIS) e altre indagini nazionali a domicilio.

NOTE

– Dati non disponibili

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, a eccezione dei dati relativi all'India negli anni 2005-2006. Sono escluse le stime su dati antecedenti al 2000.

β La copertura per la DPT1 dovrebbe essere alta almeno quanto quella per la DPT3. Le discrepanze presenti nei casi in cui la copertura per la DPT1 è inferiore a quella per la DPT3 riflettono le lacune nella raccolta dei dati e nel processo di presentazione degli stessi. L'UNICEF e l'OMS stanno lavorando con sistemi nazionali e territoriali al fine di eliminare queste discrepanze.

λ L'OMS e UNICEF hanno impiegato un format per calcolare la percentuale di nascite che possono essere considerate protette contro il tetano perché le donne incinte sono state vaccinate con due o più dosi di tossoide del tetano (TT). Il format ha l'obiettivo di migliorare l'accuratezza di questo indicatore catturando o includendo altri scenari potenziali in cui le donne possono essere protette (ad esempio le donne che ricevono dosi di TT con vaccinazioni integrative). Una spiegazione esauriente della metodologia si trova su <www.childinfo.org>.

† I dati sulla mortalità materna, nella colonna "registrati" si riferiscono ai dati rilevati dalle autorità nazionali. I dati nella colonna "arrotondati" sono quelli stimati dal Gruppo Interagenzie delle Nazioni Unite nel 2010 e resi noti a maggio 2012. Periodicamente il Gruppo Interagenzie delle Nazioni Unite (OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale) produce a livello internazionale una serie di dati sulla mortalità materna per risolvere i problemi rappresentati dai decessi non registrati o mal classificati, comprese le stime per i paesi privi di dati. Si prega di notare che, principalmente a causa di un aumento del numero di paesi e fonti per i dati inclusi nelle ultime stime, questi valori non sono confrontabili con quelli riportati in precedenza come "arrotondati". La serie di dati confrontabili sulla mortalità materna del 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010 sono disponibili su <www.childinfo.org>.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 4: HIV/AIDS

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2011	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2011			Donne sieropositive (in migliaia) 2011	Bambini sieropositivi (in migliaia) 2011	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)						Orfani			
		stima	stima minima	stima massima			Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2011			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2007-2011*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2007-2011*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2011	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2011	Rapporto frequenza scolastica orfani (%) 2007-2011*
							totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine			
Afghanistan	<0,1	6	3	17	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	36	55	–	–	–	–
Algeria	–	–	13	28	–	–	–	–	–	–	13 x	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,1	230	160	340	120	34	1,1	0,1	1,6	32	25	–	–	140	1.300	85
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	46	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,4	95	79	120	35	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	0,2	4	2	7	<1	–	0,1	0,1	0,1	9	16	86	–	–	–	–
Australia	0,2	22	18	27	7	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Austria	0,4	18	13	24	5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaijan	0,1	7	5	9	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	5 x	5 x	29 x	–	–	–	–
Bahamas	2,8	7	6	7	3	–	0,4	0,3	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	8	5	16	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	8	–	–	–	–	84 x
Barbados	0,9	1	1	2	<0,5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belgio	0,3	20	16	26	6	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belize	2,3	5	4	5	2	–	1,0	1,0	1,0	–	40 x	–	–	–	–	66 x
Benin	1,2	64	56	73	33	9	0,6	0,3	0,8	35 x	16 x	44	35	47	380	90
Bhutan	0,3	1	<1	3	<0,5	–	0,2	0,3	0,2	–	21	–	–	–	–	70
Bielorussia	0,4	20	15	30	6	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia (Stato Plurinazionale)	0,3	17	9	30	1	–	0,1	0,2	<0,1	28	24	41	–	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44 x	–	–	–	–	–
Botswana	23,4	300	280	310	160	15	6,6	4,1	9,0	–	–	–	–	100	140	–
Brasile	0,3	490	430	570	200	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	0,1	4	3	6	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1,1	120	100	150	56	23	0,5	0,3	0,6	36	31	75	65	130	880	101
Burundi	1,3	80	72	93	38	19	0,4	0,3	0,6	47	45	–	–	120	610	82
Cambogia	0,6	64	52	96	31	–	0,1	0,1	0,1	44	44	–	–	–	–	86
Camerun	4,6	550	510	600	280	60	2,1	1,2	2,9	34 x	32 x	67	47	340	1.300	91 x
Canada	0,3	71	63	89	13	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	1,0	3	2	5	3	–	0,6	0,1	1,1	–	–	–	–	–	–	–
Ciad	3,1	210	180	280	100	34	1,5	0,9	2,1	–	10	–	57 p	180	880	117
Cile	0,5	51	34	73	5	–	0,2	0,3	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cina	<0,1	780	620	940	231	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,5	150	90	240	29	–	0,3	0,4	0,1	–	24	–	39	–	–	–
Comore	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Congo	3,3	83	74	92	40	13	1,8	1,2	2,5	22	8	40	26	51	230	–
Congo, Repubblica Democratica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	16	–	–	74
Corea, Repubblica	<0,1	15	12	19	4	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	3,0	360	320	400	170	61	1,0	0,6	1,4	–	–	57	34	410	1.200	83 x
Costa Rica	0,3	9	7	10	4	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Croazia	<0,1	1	<1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,2	14	12	16	3	–	<0,1	0,1	<0,1	–	54	–	66	–	–	–
Danimarca	0,2	6	5	7	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	56	–	–	–	–	–
Ecuador	0,4	35	19	84	8	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Egitto	<0,1	10	6	18	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	5	–	–	–	–	–
El Salvador	0,6	24	12	59	10	–	0,3	0,3	0,3	–	27	–	–	–	–	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,6	23	13	52	12	4	0,2	0,1	0,3	–	–	–	–	19	280	–
Estonia	1,3	10	8	12	3	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	1,4	790	720	870	390	180	0,3	0,2	0,4	34	24	47	–	950	4.600	90
Federazione Russa	–	–	730	1.300	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	0,1	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Filippine	<0,1	19	16	24	4	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	21	–	–	–	–	–
Finlandia	0,1	3	3	4	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Francia	0,4	160	130	200	46	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2011	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2011			Donne sieropositive (in migliaia) 2011	Bambini sieropositivi (in migliaia) 2011	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)						Orfani			
							Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2011			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2007-2011*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2007-2011*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2011	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2011	Rapporto frequenza scolastica orfani (%) 2007-2011*
							totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine			
Gabon	5,0	46	34	67	24	3	2,1	1,2	3,0	–	–	–	–	21	64	–
Gambia	1,5	14	7	28	8	–	0,8	0,4	1,2	–	33	–	49 p	–	–	103
Georgia	0,2	5	2	8	1	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Germania	0,1	73	66	82	11	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1,5	230	200	260	110	31	0,6	0,4	0,9	34	28	42	–	180	970	76
Giamaica	1,8	30	24	39	10	–	0,7	0,9	0,6	54	63	77	57	–	–	–
Giappone	<0,1	8	6	10	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Gibuti	1,4	9	7	12	5	1	0,2	0,1	0,3	–	18 x	–	–	9	46	–
Giordania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13 y	–	–	–	–	–
Grecia	0,2	11	10	13	3	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Grenada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	60	65	–	–	–	–	–
Guatemala	0,8	65	19	280	26	–	0,4	0,4	0,5	24	22	74	27 p	–	–	–
Guinea	1,4	85	68	100	41	11	0,6	0,4	0,9	–	–	–	–	52	570	–
Guinea Equatoriale	4,7	20	17	29	10	3	2,8	1,6	4,1	–	–	–	–	6	46	–
Guinea-Bissau	2,5	24	20	28	12	3	1,5	0,9	2,0	–	15	–	50	8	110	109
Guyana	1,1	6	6	7	3	–	0,3	0,2	0,3	47	54	76	–	–	–	–
Haiti	1,8	120	96	130	61	13	0,8	0,4	1,1	40 x	34 x	51 x	23 x	87	420	86 x
Honduras	–	33	25	45	10	–	–	–	–	–	30 x	–	27 x	–	–	108 x
India	–	–	–	–	–	–	–	–	–	36 x	20 x	32 x	17 x, p	–	–	72 x
Indonesia	0,3	380	240	570	110	–	0,2	0,2	0,2	15 y	10 y	–	–	–	–	–
Iran (Repubblica islamica)	0,2	96	80	120	13	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3 x	–	–	–	–	84 x
Irlanda	0,3	8	6	10	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Islanda	0,3	<1	<0,5	<1	<0,2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39	27	23 p	9 p	–	–	–
Isole Salomone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35	29	39	18	–	–	–
Israele	0,2	9	7	11	3	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Italia	0,4	150	120	200	49	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	0,2	19	17	23	8	–	<0,1	<0,1	0,1	–	22 x	–	–	–	–	–
Kenya	6,2	1.600	1.500	1.700	800	220	2,6	1,6	3,5	55	48	67	37	1.100	2.600	–
Kirghizistan	0,4	12	9	19	4	–	0,3	0,3	0,3	–	20 x	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	49	44	33	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Repubblica Democratica Popolare	0,3	10	8	15	5	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23,3	320	300	340	170	41	10,9	6,4	15,4	29	39	60	45	140	200	98
Lettonia	0,7	9	7	13	3	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Libano	0,1	3	2	4	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	1,0	25	21	32	12	5	0,2	0,1	0,3	27	21	28	16	33	230	85
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	0,1	2	1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Lussemburgo	0,3	<1	<1	1	<0,5	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27 x	–	36 x, p	–	–	–
Madagascar	0,3	34	26	47	10	–	0,1	0,2	0,1	26	23	9	7	–	–	74
Malawi	10,0	910	850	970	430	170	3,5	2,1	4,9	45	42	41	31	610	1.000	97
Maldive	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	35 y	–	–	–	–	–
Malesia	0,4	81	72	89	8	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Mali	1,1	110	83	140	55	–	0,2	0,1	0,3	–	15	–	27 p	–	–	92
Malta	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Marocco	0,2	32	21	46	15	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	1,1	24	13	41	13	–	0,3	0,2	0,4	14	5	–	–	–	–	66
Mauritius	1,0	7	5	10	2	–	0,5	0,6	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Messico	0,2	180	160	200	32	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Repubblica	0,5	15	12	17	6	–	0,1	0,1	0,1	39 y	42 y	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	<0,1	<1	<1	<1	<0,5	–	<0,1	<0,1	0,1	29	32	69	65 p	–	–	102
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambico	11,3	1.400	1.200	1.600	750	200	5,5	2,8	8,2	34	36	37	33	800	2.000	83
Myanmar	0,6	220	180	260	77	–	0,3	0,2	0,3	–	32	–	–	–	–	–
Namibia	13,4	190	160	230	100	20	4,6	2,7	6,5	62	65	82	74	75	120	100

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2011	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2011			Donne sieropositive (in migliaia) 2011	Bambini sieropositivi (in migliaia) 2011	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)						Orfani			
							Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2011			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2007-2011*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2007-2011*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2011	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2011	Rapporto frequenza scolastica orfani (%) 2007-2011*
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	13	17 p	8 p	–	–	–
Nepal	0,3	49	32	100	10	–	0,1	0,1	0,1	34	26	45	–	–	–	–
Nicaragua	0,2	8	3	19	5	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Niger	0,8	65	57	70	33	–	0,4	0,2	0,5	16 x	13 x	42 x	p	–	–	67 x
Nigeria	3,7	3.400	3.000	3.800	1.700	440	2,0	1,1	2,9	33	22	56	29	2.200	10.800	117
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	0,1	5	4	6	1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	0,1	3	2	3	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paesi Bassi	0,2	25	20	36	8	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	0,1	130	76	260	28	–	0,1	0,1	0,1	–	3	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0,8	18	12	29	4	–	0,3	0,4	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nuova Guinea	0,7	28	24	33	12	4	0,3	0,2	0,4	–	–	–	–	12	250	–
Paraguay	0,3	13	6	32	4	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	51	–	–	–
Perù	0,4	74	38	200	20	–	0,2	0,2	0,1	–	19	–	38 p	–	–	–
Polonia	0,1	35	28	46	10	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Portogallo	0,7	48	37	62	14	–	0,2	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Regno Unito	0,3	94	74	120	29	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	<0,1	2	2	2	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	4,6	130	100	130	62	20	1,9	1,2	2,6	26 x	17 x	73 x	59 x	140	350	89 x
Repubblica Dominicana	0,7	44	37	50	24	–	0,2	0,1	0,4	34	41	62	34	–	–	98
Romania	0,1	16	13	20	5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	2,9	210	180	250	110	27	1,3	0,8	1,7	47	53	58 p	29 p	170	660	91
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	53	–	–	–	–	–
Saint Lucia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent/Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	1,0	<1	<1	1	<0,5	–	0,4	0,4	0,3	43	43	59	–	–	–	–
Senegal	0,7	53	43	65	28	–	0,4	0,3	0,5	31	29	49	–	–	–	97
Serbia	0,1	4	2	5	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	48	54	63	65 p	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1,6	49	39	69	27	4	0,9	0,5	1,3	–	23	–	12	18	310	88
Singapore	0,1	3	3	5	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7 x	–	–	–	–	–
Slovacchia	<0,1	<0,5	<0,5	<1	<0,2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Slovenia	0,1	<1	<0,5	<1	<0,2	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,7	35	23	52	15	–	0,3	0,3	0,4	–	4 x	–	–	–	–	78 x
Spagna	0,4	150	130	160	35	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	<0,1	4	3	11	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Stati Uniti	0,6	1.300	1.000	2.000	300	–	0,2	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sud Sudan*	3,1	150	100	200	77	16	1,7	1,0	2,5	–	10	–	7	75	410	78
Sudafrica	17,3	5.600	5.300	5.900	2.900	460	8,6	5,3	11,9	–	–	–	–	2.100	3.500	101
Sudan*	0,4	69	56	84	22	–	0,2	0,2	0,2	11	5	–	–	–	–	96
Suriname	1,0	3	2	5	2	–	0,2	0,2	0,2	–	41 x	–	80 x	–	–	–
Svezia	0,2	9	7	13	3	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Svizzera	0,4	20	16	27	6	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Swaziland	26,0	190	180	200	100	17	10,8	6,3	15,3	54	58	85	69	75	110	99
Tagikistan	0,3	11	8	15	4	–	0,1	0,1	0,1	13	14	78	–	–	–	–
Tanzania, Repubblica Unita	5,8	1.600	1.500	1.700	760	230	2,9	1,8	4,0	43	48	36	32	1.300	3.000	90
Thailandia	1,2	490	450	550	200	–	0,2	0,3	0,2	–	46 x	–	–	–	–	93 x
Timor Est	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	12	–	–	–	–	75
Togo	3,4	150	120	190	73	19	1,5	0,9	2,1	42	33	54	39	89	250	86
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad e Tobago	1,5	13	12	15	7	–	0,8	0,6	1,0	–	54 x	–	67 x	–	–	–
Tunisia	<0,1	2	2	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Turchia	<0,1	6	4	8	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61	39	–	–	–	–	–

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2011	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2011			Donne sieropositive (in migliaia) 2011	Bambini sieropositivi (in migliaia) 2011	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)						Orfani			
							Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2011			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2007-2011*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2007-2011*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2011	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2011	Rapporto frequenza scolastica orfani (%) 2007-2011*
Ucraina	0,8	230	180	310	94	–	0,1	0,1	0,1	43	45	64	63	–	–	–
Uganda	7,2	1.400	1.300	1.500	670	190	3,8	2,4	5,3	39	39	31	24	1.100	2.600	88
Ungheria	0,1	4	3	5	1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	0,6	12	6	33	4	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31 x	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–	92
Venezuela (Repubblica bolivariana)	0,5	99	51	230	25	–	0,2	0,4	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Vietnam	0,5	250	200	330	48	–	0,2	0,3	0,2	–	51	–	–	–	–	–
Yemen	0,2	22	19	25	9	–	0,1	0,1	0,1	–	2 x,y	–	–	–	–	–
Zambia	12,5	970	900	1.100	460	170	5,0	3,1	7,0	41	38	43	42 p	680	1.200	92
Zimbabwe	14,9	1.200	1.200	1.300	600	200	5,6	3,6	7,6	47	52	51	39 p	1.000	1.300	95

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE[#]

Africa subsahariana	4,8	23.500	22.100	24.900	11.800	3.100	2,2	1,3	3,0	36	28	49	30	15.200	53.600	95
Africa orientale e meridionale	7,0	17.200	16.300	17.800	8.700	2.200	3,1	1,9	4,3	40	36	44	30	10.700	27.200	89
Africa occidentale e centrale	2,6	6.300	5.700	6.800	3.200	850	1,3	0,7	1,8	33	21	56	30	4.500	26.300	100
Medio Oriente e Nord Africa	0,1	260	220	320	74	32	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	160	6.000	–
Asia meridionale	0,2	2.500	1.600	3.400	890	110	0,1	0,1	0,1	34	17	33	17	600	42.900	72
Asia orientale e Pacifico	0,2	2.400	2.100	2.700	720	64	0,1	0,1	0,1	–	23 **	–	–	510	28.700	–
America latina e Caraibi	0,4	1.600	1.300	1.900	540	58	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	600	9.500	–
ECO/CIS	0,6	1.500	1.100	1.800	410	18	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	170	6.500	–
Paesi meno sviluppati	1,9	10.300	9.600	10.900	5.000	1.600	0,9	0,6	1,3	30	24	–	–	7.800	43.200	88
Mondo	0,8	34.000	31.400	35.900	15.000	3.400	0,4	0,3	0,5	–	21 **	–	–	17.300	151.000	–

^o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

[#] Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Diffusione dell'HIV tra gli adulti – Percentuale stimata di adulti sieropositivi (15-49 anni) al 2011.

Persone sieropositive – Numero stimato di persone (di tutte le età) sieropositive al 2011.

Donne sieropositive – Numero stimato di donne (dai 15 anni in poi) sieropositive al 2011.

Bambini sieropositivi – Numero stimato di bambini (0-14 anni) sieropositivi al 2011.

Diffusione dell'HIV tra i giovani – Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) sieropositivi al 2011.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) che conosce i due principali modi per prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un unico partner fedele e non affetto dal virus), che rifiuta le due maggiori false convinzioni locali sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che è consapevole che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

Uso del profilattico tra i giovani pluripartner – Riferito a giovani (15-24 anni) che hanno dichiarato di avere avuto più di un partner sessuale negli ultimi 12 mesi e di aver utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale (%).

Bambini orfani per l'AIDS – Numero stimato di bambini (0-17 anni) che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS al 2011.

Bambini orfani in generale – Numero stimato di bambini (0-17 anni) che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa al 2011.

Rapporto frequenza scolastica orfani – Percentuale di bambini (10-14 anni) che ha perso entrambi i genitori biologici e che frequenta attualmente la scuola, in rapporto ai bambini della stessa età non orfani che vivono con almeno un genitore e che frequentano la scuola.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso stimato di diffusione dell'HIV tra gli adulti – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Numero stimato di persone sieropositive – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Numero stimato di donne sieropositive – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Numero stimato di bambini sieropositivi – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Diffusione dell'HIV tra i giovani – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Aids Indicator Surveys (AIS), Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini nazionali a domicilio; database indagini sugli indicatori dell'HIV/AIDS, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Uso del profilattico tra i giovani pluripartner – AIS, DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; database indagini sugli indicatori dell'HIV/AIDS, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Bambini orfani per l'AIDS – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Bambini orfani in generale – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012.

Rapporto frequenza scolastica orfani – AIS, DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; database indagini sugli indicatori dell'HIV/AIDS, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, a eccezione dei dati relativi all'India negli anni 2005-2006. Sono escluse le stime su dati antecedenti al 2000.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

p Basato su piccoli denominatori (generalmente 25-49 casi non ponderati).

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 5: ISTRUZIONE

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) (%) 2007-2011*		Numero su 100 abitanti 2011		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria							Presenza nella scuola secondaria				
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*		Tasso completamento ciclo primario (%) 2008-2011*2007-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*	
					maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	dati amministr.	dati indagini	maschi	femmine
Afghanistan	-	-	54	5	-	-	114	79	-	-	66 x	40 x	-	90 x	-	-	18 x	6 x
Albania	99	99	96	49	56	55	87	87	80	80	90	91	95	100	-	-	84	82
Algeria	94 x	89 x	99	14	79	76	113	107	98	96	97 x	96 x	95	93 x	-	-	57 x	65 x
Andorra	-	-	75	81	104	99	84	85	78	79	-	-	-	-	74	75	-	-
Angola	80	66	48	15	103	105	137	112	93	78	77	75	32	83 x	12	11	21	17
Antigua e Barbuda	-	-	182	82	76	76	106	97	91	84	-	-	-	-	85	85	-	-
Arabia Saudita	99	97	191	48	-	-	106	106	90	89	-	-	-	-	78	83	-	-
Argentina	99	99	135	48	73	75	118	117	-	-	-	-	94	-	78	87	-	-
Armenia	100	100	104	-	29	34	101	104	-	-	99 x	98 x	-	100 x	85	88	93 x	95 x
Australia	-	-	108	79	79	78	105	105	97	98	-	-	-	-	85	86	-	-
Austria	-	-	155	80	100	100	100	99	-	-	-	-	97	-	-	-	-	-
Azerbaijan	100	100	109	50	26	25	94	93	85	84	74 x	72 x	96	100 x	-	-	83	82
Bahamas	-	-	86	65	-	-	113	115	-	-	-	-	89	-	82	88	-	-
Bahrain	100	100	128	77	-	-	-	-	-	-	86 x	87 x	-	99 x	-	-	77 x	85 x
Bangladesh	75	78	56	5	14	13	-	-	-	-	85 y	88 y	66	94 x	45	50	-	-
Barbados	-	-	127	72	108	108	119	122	-	-	-	-	-	-	81	88	-	-
Belgio	-	-	117	78	118	118	105	104	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-
Belize	-	-	64	-	45	47	127	116	-	-	95 x	95 x	90	98 x	-	-	58 x	60 x
Benin	66	45	85	4	18	19	135	117	-	-	65 x	58 x	-	89 x	-	-	34 x	23 x
Bhutan	80 x	68 x	66	21	2	2	110	112	88	91	91	93	91	94	50	54	54	56
Bielorussia	100	100	112	40	100	98	100	100	-	-	93 x	94 x	100	100 x	-	-	95 x	97 x
Bolivia (Stato Plurinazionale)	100	99	83	30	45	45	105	104	-	-	97	97	-	96	68	69	78	75
Bosnia/Erzegovina	100	100	85	60	17	17	111	113	86	88	97 x	98 x	99	100 x	-	-	89 x	89 x
Botswana	94	97	143	7	19	19	112	108	87	88	86	88	93	-	57	65	36 x	44 x
Brasile	97	99	123	45	-	-	-	-	-	-	95 x	95 x	-	88 x	-	-	74 x	80 x
Brunei Darussalam	100	100	109	56	88	88	107	109	-	-	-	-	96	-	95	99	-	-
Bulgaria	98	98	141	51	80	79	103	102	99	100	-	-	97	-	84	82	-	-
Burkina Faso	47	33	45	3	3	3	79	72	61	56	49 x	44 x	64	89 x	18	14	17 x	15 x
Burundi	78	78	14	1	9	9	157	155	-	-	73	74	56	82 x	18	15	7	7
Cambogia	88	86	70	3	13	13	130	124	96	95	85 y	85 y	-	92 x	-	-	45 y	44 y
Camerun	89	77	52	5	28	29	129	111	-	-	82 x	77 x	66	87 x	-	-	39 x	37 x
Canada	-	-	75	83	71	71	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	97	99	79	32	70	70	114	105	95	92	-	-	-	-	61	71	-	-
Ciad	53	41	32	2	2	2	107	78	-	-	56	48	28	94 x	-	-	20	12
Cile	99	99	130	54	55	58	108	103	94	94	-	-	-	-	81	84	-	-
Cina	99	99	73	38	54	54	110	113	100 z	100 z	-	-	99 z	-	-	-	-	-
Cipro	100	100	98	58	81	81	106	105	99	99	-	-	-	-	96	96	-	-
Colombia	98	99	98	40	49	49	116	114	92	91	90	92	85	95	72	77	73	79
Comore	86	85	29	6	22	21	109	100	-	-	31 x	31 x	-	19 x	-	-	10 x	11 x
Congo	87 x	78 x	94	6	12	13	118	112	92	89	86 x	87 x	-	93 x	-	-	39 x	40 x
Congo, Repubblica Democratica	68	62	23	1	3	3	100	87	-	-	78	72	55	75	-	-	35	28
Corea, Repubblica	-	-	109	84	118	119	106	105	98	99	-	-	-	-	76	82	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	100	100	4	-	-	-	-	-	-	-	99	99	-	-	-	-	98	98
Costa d'Avorio	72	62	86	2	4	4	96	80	67	56	59 x	51 x	61	90 x	-	-	32 x	22 x
Costa Rica	98	99	92	42	71	72	110	109	-	-	96	96	89	-	-	-	59 x	65 x
Croazia	100	100	116	71	62	61	93	93	95	97	-	-	99	-	88	94	-	-
Cuba	100	100	12	23	100	100	104	102	100	100	-	-	95	-	86	85	-	-
Danimarca	-	-	126	90	97	96	99	99	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	164	51	111	114	113	111	-	-	-	-	88	-	-	-	-	-
Ecuador	98	99	105	31	109	115	114	115	-	-	92 y	93 y	-	-	-	-	71 y	73 y
Egitto	91	84	101	36	24	23	103	98	-	-	90	87	-	99	71	69	70	70
El Salvador	96	96	126	18	63	65	117	111	95	95	-	-	86	-	57	59	-	-
Emirati Arabi Uniti	94 x	97 x	149	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	92	87	4	6	14	13	48	41	37	33	69 x	64 x	69	-	32	25	23 x	21 x
Estonia	100	100	139	77	96	96	100	98	96	96	-	-	98	-	91	93	-	-
Etiopia	63	47	17	1	5	5	106	97	85	80	64	65	47	84 x	-	-	16	16
Federazione Russa	100	100	179	49	91	89	99	99	95	96	-	-	96	-	-	-	-	-
Figi	-	-	84	28	17	19	106	104	99	99	-	-	91	-	-	-	-	-
Filippine	97	98	92	29	51	52	107	105	88	90	88 x	89 x	76	90 x	56	67	55 x	70 x
Finlandia	-	-	166	89	68	68	99	99	98	98	-	-	100	-	94	94	-	-
Francia	-	-	105	80	109	108	111	109	99	99	-	-	-	-	98	99	-	-

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) (%) 2007-2011*		Numero su 100 abitanti 2011		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria							Presenza nella scuola secondaria				
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*		Tasso completamento ciclo primario (%) 2008-2011* 2007-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*	
					maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine
Gabon	99	97	117	8	41	43	184	179	-	-	94 x	94 x	-	-	-	-	34 x	36 x
Gambia	72	62	89	11	30	31	82	84	68	70	40	45	61	93	-	-	34	34
Georgia	100	100	102	37	52	64	107	111	-	-	95	96	96	98 x	-	-	85 x	88 x
Germania	-	-	132	83	114	113	103	102	-	-	-	-	96	-	-	-	-	-
Ghana	82	80	85	14	68	70	107	107	84	85	72	74	72	81	51	47	40	44
Giamaica	93	98	108	32	113	113	91	87	83	81	97 x	98 x	95	99 x	80	87	89 x	93 x
Giappone	-	-	103	80	-	-	103	103	-	-	-	-	100	-	99	100	-	-
Gibuti	-	-	21	7	4	4	62	56	47	42	67 x	66 x	64	92 x	28	20	45 x	37 x
Giordania	99	99	118	35	33	31	92	92	91	91	99	99	-	-	83	88	85	89
Grecia	99	99	106	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	-	-	-	-	95	102	103	103	96	99	-	-	-	-	95	86	-	-
Guatemala	89	85	140	12	70	72	119	114	100	98	-	-	-	-	43	40	23 x	24 x
Guinea	70	57	44	1	14	14	103	86	83	70	55 x	48 x	66	96 x	36	22	27 x	17 x
Guinea Equatoriale	98	98	59	-	47	63	88	85	57	56	61 x	60 x	62	-	-	-	23 x	22 x
Guinea-Bissau	79	65	26	3	7	7	127	119	77	73	69	65	-	79	-	-	27	20
Guyana	-	-	69	32	74	78	83	86	82	86	94	96	83	100	78	83	70	79
Haiti	74	70	41	-	-	-	-	-	-	-	48 x	52 x	-	85 x	-	-	18 x	21 x
Honduras	94	96	104	16	43	44	116	116	95	97	87 x	90 x	-	-	-	-	35 x	43 x
India	88	74	72	10	54	56	116	116	99	98	85 x	81 x	-	95 x	-	-	59 x	49 x
Indonesia	100	99	98	18	43	44	117	119	-	-	98	98	-	-	68	67	57 y	59 y
Iran (Repubblica islamica)	99	99	75	21	41	44	114	115	-	-	94 x	91 x	94	-	92	80	-	-
Iraq	85	81	78	5	-	-	-	-	-	-	91 x	80 x	-	93 x	-	-	46 x	34 x
Irlanda	-	-	108	77	99	97	108	108	99	100	-	-	-	-	98	100	-	-
Islanda	-	-	106	95	97	97	99	100	99	100	-	-	-	-	87	89	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	166	149	107	110	98	99	-	-	-	-	76	82	-	-
Isole Marshall	-	-	-	-	45	47	102	101	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-
Isole Salomone	-	-	50	6	49	50	-	-	-	-	63 y	69 y	-	-	-	-	29 y	30 y
Israele	-	-	122	70	103	109	103	103	97	97	-	-	99	-	97	100	-	-
Italia	100	100	152	57	100	96	102	101	100	99	-	-	100	-	94	94	-	-
Kazakistan	100	100	143	45	48	47	111	111	-	-	99 x	98 x	100	100 x	89	88	95 x	95 x
Kenya	92	94	65	28	52	52	115	112	84	85	72	75	-	96	52	48	40	42
Kirghizistan	100	100	105	20	19	19	100	99	95	95	91 x	93 x	98	99 x	79	79	88 x	91 x
Kiribati	-	-	14	10	-	-	111	115	-	-	-	-	-	-	-	-	55 y	63 y
Kuwait	99	99	-	74	81	83	104	107	97	100	-	-	96	-	86	93	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	89 x	79 x	87	9	22	22	131	122	98	95	81 x	77 x	-	65 x	42	38	39 x	32 x
Lesotho	86	98	48	4	-	-	104	102	72	75	87	91	69	84 x	23	37	26	40
Lettonia	100	100	103	72	85	82	101	100	95	97	-	-	95	-	83	84	-	-
Libano	98	99	79	52	82	81	106	103	94	93	98	98	92	93 x	71	79	77	85
Liberia	71	82	49	3	-	-	101	91	-	-	32	28	-	-	-	-	14	14
Libia	100	100	156	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	102	85	102	105	109	102	100	98	-	-	79	-	64	64	-	-
Lituania	100	100	151	65	75	73	96	95	96	96	-	-	98	-	91	91	-	-
Lussemburgo	-	-	148	91	87	86	99	100	96	98	-	-	-	-	84	86	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	99	109	57	25	26	89	91	97	99	99	98	-	99	-	-	84	81
Madagascar	66	64	38	2	9	9	150	147	-	-	78	80	35	89	23	24	27	28
Malawi	87	87	25	3	-	-	133	138	-	-	76 x	79 x	53	81 x	28	27	19	20
Maldivi	99	99	166	34	113	115	111	107	97	97	82	84	-	99	-	-	52	63
Malesia	98	98	127	61	64	69	-	-	-	-	-	-	98	-	65	71	-	-
Mali	56	34	68	2	3	3	86	75	71	61	62	55	75	96 x	35	24	38	24
Malta	97	99	125	69	119	115	101	101	93	94	-	-	80	-	82	80	-	-
Marocco	87	72	113	51	65	50	115	108	95	93	91 x	88 x	91	-	-	-	39 x	36 x
Mauritania	71	65	93	5	-	-	99	105	73	76	56	59	71	77	-	-	21	17
Mauritius	96	98	99	35	97	96	99	100	92	94	-	-	98	-	-	-	-	-
Messico	98	98	82	36	101	102	115	113	99	100	97 x	97 x	94	-	70	73	-	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	99	100	105	38	76	75	94	93	90	90	84 x	85 x	95	100 x	78	79	82 x	85 x
Monaco	-	-	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	94	97	105	20	76	79	123	121	100	99	95	97	94	99	-	-	91	95
Montenegro	99	99	-	40	32	30	107	106	-	-	97 x	98 x	-	97 x	-	-	90 x	92 x
Mozambico	79	65	33	4	-	-	121	109	95	89	82	80	27	60	17	15	21	20
Myanmar	96	96	3	1	10	10	126	126	-	-	90	91	75	93	49	52	52 y	53 y
Namibia	91	95	105	12	-	-	108	107	84	89	91	93	83	89 x	-	-	47	62

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) (%) 2007-2011*		Numero su 100 abitanti 2011		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria							Presenza nella scuola secondaria				
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*		Tasso completamento ciclo primario (%) 2008-2011*2007-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*	
					maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine
Nauru	-	-	65	-	96	93	90	96	-	-	-	-	-	-	-	-	52 y	69 y
Nepal	88	78	44	9	-	-	-	-	-	67 y	70 y	-	95 x	-	-	46 x	38 x	
Nicaragua	85 x	89 x	82	11	55	56	119	116	93	95	71 y	70 y	-	56 x	43	49	35 x	47 x
Niger	52 x	23 x	27	1	4	4	73	60	64	52	44 x	31 x	69	88 x	13	8	13 x	8 x
Nigeria	78	66	59	28	14	14	87	79	60	55	65	60	80	98	-	-	45	43
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	-	-	117	94	100	98	99	99	99	99	-	-	99	-	94	94	-	-
Nuova Zelanda	-	-	109	86	91	95	101	101	99	100	-	-	-	-	94	95	-	-
Oman	98	98	169	68	45	45	107	104	100	97	-	-	-	-	89	90	-	-
Paesi Bassi	-	-	-	92	93	93	108	107	-	-	-	-	-	-	87	88	-	-
Pakistan	79	61	62	9	-	-	104	85	81	67	70	62	62	-	38	29	35	29
Palau	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	98	97	204	43	67	67	109	106	99	98	-	-	94	-	66	72	-	-
Papua Nuova Guinea	65	72	34	2	101	99	63	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	99	99	99	24	35	35	101	98	86	86	87	89	78	-	58	62	81 x	80 x
Perù	98	97	110	37	79	79	108	108	98	98	96	96	90	95	77	78	81 y	82 y
Polonia	100	100	128	65	65	66	98	97	96	96	-	-	98	-	90	92	-	-
Portogallo	100	100	115	55	82	82	116	112	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	96	98	123	86	57	54	103	103	96	97	-	-	-	-	76	93	-	-
Regno Unito	-	-	131	82	81	82	106	106	100	100	-	-	-	-	95	97	-	-
Repubblica Ceca	-	-	122	73	107	105	106	106	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	72	58	25	2	6	6	109	78	81	61	56 x	47 x	46	62 x	18	10	12 x	9 x
Repubblica Dominicana	96	98	87	36	38	38	115	102	96	90	95	96	-	78	58	67	56	68
Romania	97	97	109	44	79	79	96	95	88	87	-	-	97	-	82	83	-	-
Ruanda	77	78	41	7	10	11	141	144	-	-	86	89	-	76 x	-	-	15	16
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	92	88	93	94	86	86	-	-	74	-	89	88	-	-
Saint Lucia	-	-	123	42	62	59	96	92	90	89	-	-	92	-	85	85	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	121	43	79	80	109	101	-	-	-	-	-	-	85	96	-	-
Samoa	99	100	-	-	35	41	107	109	93	97	88 y	89 y	-	-	73	83	51 y	70 y
San Marino	-	-	112	50	96	89	89	101	91	93	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	a	a	a	a	-	-	-	-	-	-	a	a	-	-
Sao Tome/Principé	95	96	68	20	44	48	131	130	-	-	86	85	68	84	44	52	30	31
Senegal	74	56	73	18	12	14	84	89	76	80	60	63	60	93 x	-	-	35	32
Serbia	99	99	125	42	53	53	96	96	95	94	98	99	99	99	89	91	88	90
Seychelles	99	99	146	43	106	97	117	117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	69	50	36	-	7	7	129	120	-	-	73	76	-	93	-	-	40	33
Singapore	100	100	149	75	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica araba	96	94	63	23	10	9	119	116	100	98	87 x	86 x	95	100 x	67	67	63 x	63 x
Slovacchia	-	-	109	74	92	89	102	102	-	-	-	-	98	-	-	-	-	-
Slovenia	100	100	107	72	87	85	98	97	97	97	-	-	100	-	91	92	-	-
Somalia	-	-	7	1	-	-	-	-	-	-	18 x	15 x	-	85 x	-	-	12 x	8 x
Spagna	100	100	114	68	126	127	106	105	100	100	-	-	99	-	94	96	-	-
Sri Lanka	98	99	87	15	-	-	99	99	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-
Stati Uniti	-	-	106	78	68	70	102	101	95	96	-	-	93	-	89	90	-	-
Stato di Palestina	99	99	-	55	40	39	92	90	90	88	91 x	92 x	-	-	81	87	-	-
Sud Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	25	-	65	-	-	8	4
Sudafrica	97	98	127	21	65	65	104	100	90	91	80 x	83 x	-	-	-	-	41 x	48 x
Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	72	-	82	-	-	33	30
Suriname	98	99	179	32	85	86	116	111	91	91	95 x	94 x	90	92 x	46	55	56 x	67 x
Svezia	-	-	119	91	95	95	102	101	100	99	-	-	99	-	94	94	-	-
Swizzera	-	-	130	85	99	100	103	102	99	99	-	-	-	-	84	82	-	-
Swaziland	92	95	64	18	22	23	121	111	86	85	96	97	84	93	29	37	42	52
Tagikistan	100	100	91	13	9	8	104	100	99	96	99 y	96 y	99	100 x	90	80	89 x	74 x
Tanzania, Repubblica Unita	78	76	56	12	33	34	101	103	98	98	79	82	81	91 x	-	-	26	24
Thailandia	98 x	98 x	113	24	98	101	91	90	90	89	98 x	98 x	-	99 x	68	76	77 x	83 x
Timor Est	80	79	53	1	-	-	119	115	86	86	71	73	67	91	34	39	43	48
Togo	88	75	50	4	9	9	147	132	-	-	91	87	59	90	-	-	51	40
Tonga	99 x	100 x	53	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad/Tobago	100	100	136	55	-	-	107	103	98	97	98 x	98 x	89	98 x	-	-	84 x	90 x
Tunisia	98	96	117	39	-	-	111	107	-	-	95 x	93 x	95	-	-	-	-	-
Turchia	99	97	89	42	22	21	103	101	98	97	94 y	92 y	92	95 x	77	71	-	-
Turkmenistan	100	100	69	5	-	-	-	-	-	-	99 x	99 x	-	100 x	-	-	84 x	84 x
Tuvalu	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35 y	47 y
Ucraina	100	100	123	31	99	96	99	100	91	91	70	76	98	100	86	86	85	85

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) (%) 2007-2011*		Numero su 100 abitanti 2011		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria							Presenza nella scuola secondaria						
					Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione lorda (%) 2008-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*		Tasso completamento ciclo primario (%) 2008-2011* 2007-2011*		Rapporto iscrizione netta (%) 2008-2011*		Rapporto frequenza netta (%) 2007-2011*			
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine	maschi	femmine
Uganda	90	85	48	13	14	14	120	122	90	92	82 y	80 y	32	72 x	-	-	17 y	17 y		
Ungheria	99	99	117	59	85	84	102	101	98	98	-	-	98	-	91	91	-	-		
Uruguay	98	99	141	51	89	89	115	111	100	99	-	-	95	-	66	73	-	-		
Uzbekistan	100	100	92	30	26	26	95	93	93	91	96 x	96 x	98	100 x	93	91	91 x	90 x		
Vanuatu	94	94	-	-	58	59	120	114	-	-	80	82	71	88	46	49	38	36		
Venezuela (Repubblica bolivariana)	98	99	98	40	71	76	104	101	95	95	91 x	93 x	92	82 x	68	76	30 x	43 x		
Vietnam	97	96	143	35	84	79	109	103	-	-	98	98	-	99	-	-	78	84		
Yemen	96	74	47	15	1	1	96	78	86	70	75 x	64 x	-	73 x	49	31	49 x	27 x		
Zambia	82	67	61	12	-	-	115	116	91	94	81	82	53	87	-	-	38	36		
Zimbabwe	-	-	72	16	-	-	-	-	-	-	87	89	-	79 x	-	-	48	49		

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	-	-	56	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
--------------------------------	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE[#]

Africa subsahariana	76	67	53	13	18	18	103	96	78	74	72	70	60	-	-	-	31	29		
Africa orientale e meridionale	80	72	51	11	21	22	113	108	88	85	75	75	49	-	33	30	23	23		
Africa occidentale e centrale	73	61	54	14	14	14	96	86	69	64	68	64	68	90	-	-	40	36		
Medio Oriente e Nord Africa	94	89	94	29	25	23	103	97	92	87	-	-	-	-	68	63	-	-		
Asia meridionale	86	73	69	9	48	49	107	105	93	91	83	79	-	95	54	46	55	46		
Asia orientale e Pacifico	99	99	81	35	56	56	110	112	96	96	96 **	97 **	95	-	70	74	61 **	63 **		
America latina e Caraibi	97	97	107	39	70	70	116	112	96	95	-	-	91	-	71	76	-	-		
ECO/CIS	99	99	132	42	57	56	100	99	95	95	-	-	96	-	83	82	-	-		
Paesi meno sviluppati	76	68	42	6	13	13	106	100	82	78	76	75	56	-	35	29	27	24		
Mondo	92	87	85	33	48	48	107	105	92	90	82 **	79 **	81	-	64	61	49 **	45 **		

^o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

[#] Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di alfabetismo tra i giovani – Numero di alfabetizzati tra i 15 e i 24 anni, espresso come percentuale sul totale della popolazione di quella fascia di età.

Telefonia mobile – Numero di contratti attivi registrati a un servizio pubblico di telefonia mobile, incluso il numero di sim card prepagate attive negli ultimi tre mesi.

Internet – Numero stimato di internauti sulla popolazione totale, inclusi coloro che accedono ad internet da qualsiasi dispositivo (inclusi telefoni mobili) negli ultimi dodici mesi.

Rapporto iscrizione lorda alla pre-scuola – Numero di bambini iscritti alla pre-scuola, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età da pre-scuola.

Rapporto iscrizione lorda alla scuola primaria – Numero di bambini iscritti alla scuola primaria, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età da scuola primaria.

Rapporto iscrizione netta alla scuola primaria – Numero di bambini iscritti alla scuola primaria o secondaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età ufficiale da scuola primaria. A causa dell'inclusione di bambini in età da scuola primaria, iscritti però a quella secondaria, questo indicatore può anche rappresentare un arrotondamento del rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria.

Rapporto di frequenza netta alla scuola primaria – Numero di bambini che frequenta la scuola primaria o secondaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età ufficiale da scuola primaria. A causa dell'inclusione di bambini in età da scuola primaria, che frequentano però la secondaria, questo indicatore può anche rappresentare un arrotondamento del rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria.

Tasso completamento del ciclo scolastico primario – Percentuale di bambini che entra in prima elementare e che porta a termine il ciclo fino alla quinta.

Rapporto di iscrizione netta alla scuola secondaria – Numero di ragazzi iscritti alla scuola secondaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei ragazzi in età ufficiale da scuola secondaria. Il rapporto netto di iscrizione alla secondaria non include i ragazzi in età da scuola secondaria iscritti invece all'istruzione terziaria a causa di problemi nel riportare l'età e la registrazione a quel livello.

Rapporto di frequenza netta alla scuola secondaria – Numero di ragazzi iscritti alla scuola secondaria o terziaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei ragazzi in età ufficiale da scuola secondaria. A causa dell'inclusione di ragazzi in età di scuola secondaria, che frequentano però la terziaria, questo indicatore può anche rappresentare un arrotondamento del rapporto netto di iscrizione alla scuola secondaria.

Tutti i dati fanno riferimento alle Classificazioni Ufficiali degli Standard Internazionali per l'Istruzione (ISCED) sia per i livelli di istruzione primaria che secondaria e possono quindi non corrispondere a quelli del sistema scolastico di uno specifico paese.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Alfabetismo tra i giovani – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

Uso del telefono e di internet – Unione Internazionale delle Telecomunicazioni, Ginevra.

Iscrizione alla pre-scuola e alla scuola primaria e secondaria – UIS. Stime basate su dati amministrativi provenienti dagli Education Management Information Systems nazionali (EMIS) e dalle stime delle Nazioni Unite sulla popolazione.

Frequenza della scuola primaria e secondaria – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) e Indagini campione a indicatori multipli (MICS).

Tasso completamento del ciclo scolastico primario – Dati amministrativi: UIS. Dati delle ricerche: DHS e MICS. Medie regionali e globali calcolate dall'UNICEF.

NOTE

- Dati non disponibili.
- x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, ad eccezione dei dati relativi all'India negli anni 2005-2006. Sono escluse le stime su dati antecedenti al 2000.
- y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- z Dati forniti dal Ministero cinese della Pubblica Istruzione. I dati UIS attualmente non riportano il tasso netto di iscrizione o completamento del ciclo scolastico primario per la Cina.
- * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- ** Esclusa la Cina.

TAVOLA 6: INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2011			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2011	Popolaz. urbana (%) 2011	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990-2011	2011-2030 ^q	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011	2011	2011	1990-2011	2011-2030 ^q
Afghanistan	32.358	17.219	5.686	4,3	2,6	29	22	16	52	52	43	35	42	49	6,2	24	5,6	4,1
Albania	3.216	877	203	-0,1	0,1	8	6	6	33	25	13	67	72	77	1,5	53	1,7	1,5
Algeria	35.980	11.641	3.464	1,7	1,0	16	6	5	49	32	20	53	67	73	2,2	73	3,3	1,7
Andorra	86	16	4	2,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	1,9	1,0
Angola	19.618	10.399	3.393	3,1	2,4	27	23	14	52	53	41	37	41	51	5,3	59	5,3	3,3
Antigua e Barbuda	90	28	8	1,7	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	0,9	1,5
Arabia Saudita	28.083	9.923	3.186	2,6	1,7	15	5	4	47	36	22	52	69	74	2,7	82	3,0	1,9
Argentina	40.765	12.105	3.423	1,1	0,7	9	8	8	23	22	17	66	72	76	2,2	93	1,4	0,8
Armenia	3.100	763	225	-0,6	0,0	5	8	9	23	21	15	70	68	74	1,7	64	-0,9	0,3
Australia	22.606	5.190	1.504	1,3	1,1	9	7	7	20	15	14	71	77	82	2,0	89	1,5	1,2
Austria	8.413	1.512	381	0,4	0,1	13	11	9	15	11	9	70	75	81	1,4	68	0,6	0,5
Azerbaijan	9.306	2.430	846	1,2	0,8	7	7	7	29	27	20	65	65	71	2,2	54	1,2	1,4
Bahamas	347	95	27	1,4	0,9	6	6	5	26	24	15	66	69	76	1,9	84	1,7	1,1
Bahrain	1.324	311	102	4,7	1,2	7	3	3	38	29	19	64	72	75	2,5	89	4,7	1,3
Bangladesh	150.494	55.515	14.421	1,7	1,0	23	10	6	47	36	20	42	59	69	2,2	28	3,4	2,7
Barbados	274	59	15	0,3	0,1	9	8	9	22	16	11	69	75	77	1,6	44	1,7	1,1
Belgio	10.754	2.182	619	0,4	0,2	12	11	10	15	12	11	71	76	80	1,8	97	0,4	0,3
Belize	318	131	37	2,4	1,7	8	5	4	42	37	24	66	72	76	2,7	45	2,2	1,8
Benin	9.100	4.568	1.546	3,1	2,5	26	17	12	48	47	39	40	49	56	5,2	45	4,3	3,7
Bhutan	738	258	70	1,3	1,0	23	14	7	47	38	20	41	53	67	2,3	36	5,0	2,6
Bielorussia	9.559	1.766	527	-0,3	-0,4	7	11	14	16	14	11	71	71	70	1,5	75	0,3	0,0
Bolivia (Stato Plurinazionale)	10.088	4.254	1.230	2,0	1,5	20	11	7	46	36	26	46	59	67	3,3	67	2,9	2,0
Bosnia/Erzegovina	3.752	686	167	-0,7	-0,4	7	9	10	23	15	8	66	67	76	1,1	48	0,3	0,6
Botswana	2.031	788	229	1,8	0,8	13	7	13	46	35	23	55	64	53	2,7	62	3,7	1,5
Brasile	196.655	59.010	14.662	1,3	0,6	10	7	6	35	24	15	59	66	73	1,8	85	1,9	0,8
Brunei Darussalam	406	124	37	2,3	1,3	7	4	3	36	29	19	67	73	78	2,0	76	3,0	1,7
Bulgaria	7.446	1.249	378	-0,8	-0,8	9	12	15	16	12	10	71	71	73	1,5	73	-0,3	-0,2
Burkina Faso	16.968	8.824	3.047	2,9	2,8	23	17	12	48	47	43	41	49	55	5,8	27	6,0	5,2
Burundi	8.575	3.813	1.221	2,0	1,5	20	19	14	44	46	34	44	46	50	4,2	11	4,7	4,0
Cambogia	14.305	5.480	1.505	1,9	1,0	20	12	8	42	44	22	44	56	63	2,5	20	3,1	2,4
Camerun	20.030	9.420	3.102	2,4	1,9	19	14	14	45	42	36	46	53	52	4,4	52	3,7	2,8
Canada	34.350	6.926	1.936	1,0	0,8	7	7	8	17	14	11	73	77	81	1,7	81	1,3	0,9
Capo Verde	501	190	50	1,7	0,8	15	9	5	41	39	20	53	65	74	2,3	63	3,4	1,7
Ciad	11.525	5.992	2.047	3,1	2,5	22	17	16	46	47	44	44	51	50	5,9	22	3,3	3,5
Cile	17.270	4.615	1.222	1,3	0,6	10	6	6	29	23	14	62	74	79	1,8	89	1,6	0,8
Cina	1.347.565	317.892	82.205	0,8	0,2	9	7	7	36	21	12	63	69	73	1,6	51	3,9	1,8
Cipro	1.117	244	65	1,8	0,8	7	7	7	19	19	12	73	77	80	1,5	70	2,0	1,1
Colombia	46.927	15.951	4.509	1,6	1,0	9	6	5	38	27	19	61	68	74	2,3	75	2,1	1,3
Comore	754	366	124	2,6	2,3	18	11	9	47	37	37	48	56	61	4,9	28	2,6	3,0
Congo	4.140	1.940	637	2,6	2,1	14	12	11	43	38	35	53	56	57	4,5	64	3,4	2,7
Congo, Repubblica Democratica	67.758	35.852	12.037	3,0	2,4	21	19	16	48	50	43	44	47	48	5,7	34	4,0	3,8
Corea, Repubblica	48.391	9.842	2.488	0,6	0,2	9	6	6	32	16	10	61	72	81	1,4	83	1,1	0,4
Corea, Repubblica Democratica Popolare	24.451	6.757	1.706	0,9	0,4	7	5	10	35	21	14	62	71	69	2,0	60	1,1	0,7
Costa d'Avorio	20.153	9.539	2.992	2,3	2,1	21	13	12	52	41	34	44	53	55	4,3	51	3,5	3,2
Costa Rica	4.727	1.405	359	2,1	1,0	7	4	4	33	27	16	67	76	79	1,8	65	3,2	1,6
Croazia	4.396	806	215	-0,1	-0,3	10	11	12	15	12	10	69	72	77	1,5	58	0,2	0,3
Cuba	11.254	2.343	543	0,3	-0,1	7	7	7	29	17	10	70	74	79	1,5	75	0,4	0,0
Danimarca	5.573	1.212	327	0,4	0,3	10	12	10	15	12	11	73	75	79	1,9	87	0,5	0,4
Dominica	68	21	6	-0,2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-0,3	0,4
Ecuador	14.666	5.234	1.469	1,7	1,0	12	6	5	42	29	20	58	69	76	2,4	67	2,7	1,7
Egitto	82.537	30.537	9.092	1,8	1,3	16	9	5	41	32	23	50	62	73	2,7	43	1,8	2,0
El Salvador	6.227	2.394	631	0,7	0,7	13	8	7	43	32	20	57	66	72	2,2	65	2,0	1,3
Emirati Arabi Uniti	7.891	1.590	451	7,0	1,5	7	3	1	37	26	13	62	72	77	1,7	84	7,3	1,7
Eritrea	5.415	2.588	879	2,6	2,3	21	16	8	47	41	36	43	48	62	4,4	21	4,0	4,4
Estonia	1.341	250	80	-0,7	-0,2	11	13	13	15	14	12	71	69	75	1,7	69	-0,9	0,0
Etiopia	84.734	40.698	11.915	2,7	1,8	21	18	9	47	48	31	43	47	59	4,0	17	4,1	3,6
Federazione Russa	142.836	26.115	8.264	-0,2	-0,2	9	12	14	14	14	12	69	68	69	1,5	74	-0,1	0,0
Figi	868	300	91	0,8	0,5	8	6	7	34	29	21	60	66	69	2,6	52	1,9	1,2
Filippine	94.852	39.205	11.161	2,1	1,5	9	7	6	39	33	25	61	65	69	3,1	49	2,1	2,3
Finlandia	5.385	1.084	303	0,4	0,2	10	10	10	14	13	11	70	75	80	1,9	84	0,6	0,4
Francia	63.126	13.837	3.985	0,5	0,4	11	9	9	17	13	13	72	77	82	2,0	86	1,2	0,8
Gabon	1.534	642	188	2,4	1,8	20	11	9	34	38	27	47	61	63	3,2	86	3,4	2,0
Gambia	1.776	897	292	2,9	2,4	26	13	9	51	47	38	38	53	58	4,8	57	4,8	3,2

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2011			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2011	Popolaz. urbana (%) 2011	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990-2011	2011-2030 ⁴	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011		1990-2011	2011-2030 ⁴	
Georgia	4.329	892	258	-1,1	-0,7	9	9	11	19	17	12	67	71	74	1,5	53	-1,3	-0,3
Germania	82.163	13.437	3.504	0,2	-0,2	12	11	11	14	11	9	71	75	80	1,4	74	0,2	0,1
Ghana	24.966	11.174	3.591	2,5	2,0	17	11	8	47	39	31	49	57	64	4,1	52	4,2	3,0
Giamaica	2.751	956	254	0,7	0,2	8	7	7	36	26	18	68	71	73	2,3	52	1,0	0,6
Giappone	126.497	20.375	5.418	0,2	-0,3	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,4	91	1,0	0,0
Gibuti	906	382	115	2,3	1,8	20	14	10	49	42	29	43	51	58	3,7	77	2,4	1,9
Giordania	6.330	2.747	817	2,9	1,5	11	5	4	51	36	25	61	70	73	3,0	83	3,6	1,7
Grecia	11.390	2.001	600	0,5	0,1	8	9	10	17	10	10	72	77	80	1,5	61	0,7	0,6
Grenada	105	35	10	0,4	0,1	9	8	6	28	28	19	64	69	76	2,2	39	1,2	1,0
Guatemala	14.757	7.072	2.192	2,4	2,3	15	9	5	44	39	32	52	62	71	3,9	50	3,3	3,2
Guinea	10.222	5.045	1.691	2,7	2,3	30	21	13	49	46	38	34	44	54	5,2	35	3,8	3,7
Guinea Equatoriale	720	327	111	3,1	2,2	25	20	14	39	47	36	40	47	51	5,1	39	3,7	3,0
Guinea-Bissau	1.547	739	244	2,0	2,0	26	22	16	46	46	38	37	43	48	5,0	44	4,1	3,2
Guyana	756	297	60	0,2	0,3	12	10	6	37	25	18	56	61	70	2,2	28	0,0	1,0
Haiti	10.124	4.271	1.245	1,7	1,1	18	13	9	39	37	26	47	55	62	3,3	53	4,7	2,6
Honduras	7.755	3.338	975	2,2	1,7	15	7	5	47	38	26	52	66	73	3,1	52	3,4	2,6
India	1.241.492	448.336	128.542	1,7	1,1	16	11	8	38	31	22	49	58	65	2,6	31	2,6	2,3
Indonesia	242.326	77.471	21.210	1,3	0,8	15	8	7	40	26	18	52	62	69	2,1	51	3,7	1,9
Iran (Repubblica islamica)	74.799	20.819	6.269	1,5	0,6	16	8	5	42	34	17	51	62	73	1,6	69	2,4	0,9
Iraq	32.665	16.146	5.294	3,0	2,8	12	7	6	45	38	35	58	67	69	4,6	66	2,8	2,9
Irlanda	4.526	1.137	370	1,2	0,9	11	9	6	22	14	16	71	75	81	2,1	62	1,6	1,4
Islanda	324	81	24	1,1	1,0	7	7	6	21	17	15	74	78	82	2,1	94	1,3	1,1
Isole Cook	20	8	2	0,7	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	1,9	0,8
Isole Marshall	55	20	5	0,7	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	1,2	1,5
Isole Salomone	552	254	81	2,8	2,2	13	11	6	45	40	31	54	57	68	4,2	20	4,7	4,0
Israele	7.562	2.417	754	2,5	1,4	7	6	5	26	22	21	72	76	82	2,9	92	2,6	1,4
Italia	60.789	10.308	2.910	0,3	0,0	10	10	10	17	10	9	71	77	82	1,4	68	0,4	0,4
Kazakistan	16.207	4.800	1.726	-0,1	0,8	9	9	10	26	23	21	62	67	67	2,5	54	-0,3	1,0
Kenya	41.610	20.317	6.805	2,7	2,4	15	10	10	51	42	37	52	59	57	4,7	24	4,4	4,1
Kirghizistan	5.393	1.957	624	1,0	1,1	11	8	7	31	31	24	60	66	68	2,7	35	0,7	1,8
Kiribati	101	36	10	1,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	2,7	2,0
Kuwait	2.818	863	282	1,4	1,9	6	3	3	49	21	18	67	72	75	2,3	98	1,4	1,9
Laos, Repubblica Democratica Popolare	6.288	2.581	682	1,9	1,1	18	13	6	42	42	22	46	54	67	2,7	34	5,7	3,3
Lesotho	2.194	970	276	1,4	0,8	17	10	15	43	36	28	49	59	48	3,1	28	4,6	2,9
Lettonia	2.243	382	117	-0,8	-0,4	11	13	14	14	14	11	70	69	73	1,5	68	-0,9	-0,2
Libano	4.259	1.271	328	1,8	0,5	9	7	7	33	26	15	65	69	73	1,8	87	2,0	0,6
Liberia	4.129	2.057	700	3,2	2,4	23	21	11	49	46	39	41	42	57	5,2	48	2,2	3,2
Libia	6.423	2.293	717	1,9	1,0	16	4	4	49	26	23	52	68	75	2,5	78	2,0	1,3
Liechtenstein	36	7	2	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0,3	1,1
Lituania	3.307	616	173	-0,5	-0,4	9	11	14	17	15	11	71	71	72	1,5	67	-0,6	-0,1
Lussemburgo	516	110	29	1,4	1,1	12	10	8	13	13	12	70	75	80	1,7	85	1,7	1,3
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	2.064	445	112	0,4	-0,1	8	8	9	24	17	11	66	71	75	1,4	59	0,5	0,4
Madagascar	21.315	10.570	3.378	3,0	2,7	21	16	6	48	45	35	44	51	67	4,6	33	4,6	4,3
Malawi	15.381	8.116	2.829	2,4	3,2	24	18	12	52	48	44	41	47	54	6,0	16	3,8	4,7
Maldiva	320	104	26	1,8	0,9	21	9	4	50	41	17	44	61	77	1,7	41	4,0	2,6
Malesia	28.859	10.244	2.796	2,2	1,3	7	5	5	33	28	20	64	70	74	2,6	73	4,0	1,9
Mali	15.840	8.525	2.995	2,9	2,8	30	21	14	49	49	46	34	44	51	6,2	35	4,8	4,3
Malta	418	77	20	0,6	0,2	9	8	8	16	16	9	70	75	80	1,3	95	0,8	0,3
Marocco	32.273	10.790	3.048	1,3	0,8	17	8	6	47	30	19	52	64	72	2,2	57	2,0	1,4
Mauritania	3.542	1.635	522	2,7	2,0	18	11	9	47	41	33	47	56	59	4,5	41	2,9	3,0
Mauritius	1.307	344	81	1,0	0,3	7	6	7	29	22	13	63	69	73	1,6	42	0,8	0,8
Messico	114.793	39.440	10.943	1,5	0,9	10	5	5	43	28	19	61	71	77	2,3	78	1,9	1,2
Micronesia (Stati Federati)	112	48	13	0,7	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,4	23	0,1	1,6
Moldavia, Repubblica	3.545	740	223	-1,0	-0,6	10	10	13	18	19	12	65	68	69	1,5	48	-0,9	0,6
Monaco	35	7	2	0,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,7	0,0
Mongolia	2.800	934	317	1,2	1,2	15	10	6	44	32	23	56	61	68	2,5	69	2,0	2,0
Montenegro	632	145	39	0,2	0,0	3	5	10	10	11	12	69	76	75	1,6	63	1,5	0,4
Mozambico	23.930	12.086	3.877	2,7	2,1	25	21	14	48	43	37	39	43	50	4,8	31	4,6	3,3
Myanmar	48.337	14.832	3.981	1,0	0,6	16	11	8	40	27	17	50	57	65	2,0	33	2,3	2,2
Namibia	2.324	994	288	2,4	1,4	15	9	8	43	38	26	53	61	62	3,2	38	3,9	2,8
Nauru	10	4	1	0,6	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,6	0,4
Nepal	30.486	12.883	3.453	2,2	1,4	21	13	6	44	39	24	43	54	69	2,7	17	5,3	3,4
Nicaragua	5.870	2.390	684	1,7	1,1	14	7	5	46	37	23	54	64	74	2,6	58	2,1	1,7
Niger	16.069	8.922	3.196	3,4	3,4	26	24	13	56	56	48	38	41	55	7,0	18	4,2	5,3

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2011			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2011	Popolaz. urbana (%) 2011	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990-2011	2011-2030 ^q	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011	2011	2011	1990-2011	2011-2030 ^q
Nigeria	162.471	79.931	27.195	2,4	2,4	22	19	14	46	44	40	42	46	52	5,5	50	4,1	3,5
Niue	1	1	0	-2,3	-1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-1,4	-0,5
Norvegia	4.925	1.117	309	0,7	0,7	10	11	8	17	14	12	74	77	81	1,9	79	1,2	0,9
Nuova Zelanda	4.415	1.091	320	1,2	0,9	9	8	7	22	17	15	71	75	81	2,2	86	1,3	1,0
Oman	2.846	910	290	2,0	1,2	16	5	4	49	38	18	51	71	73	2,2	73	2,5	1,6
Paesi Bassi	16.665	3.526	907	0,5	0,2	8	9	8	17	13	11	74	77	81	1,8	83	1,4	0,5
Pakistan	176.745	73.756	22.064	2,2	1,5	15	10	7	43	40	27	53	61	65	3,3	36	3,0	2,6
Palau	21	7	2	1,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	2,4	1,4
Panama	3.571	1.213	345	1,9	1,2	8	5	5	37	26	20	65	72	76	2,5	75	3,5	1,7
Papua Nuova Guinea	7.014	3.168	975	2,5	2,0	17	10	7	44	35	30	46	56	63	3,9	12	1,6	3,6
Paraguay	6.568	2.587	744	2,1	1,5	7	6	5	37	33	24	65	68	72	2,9	62	3,2	2,1
Perù	29.400	10.421	2.902	1,4	1,0	14	7	5	42	30	20	53	66	74	2,5	77	2,0	1,3
Polonia	38.299	7.023	2.008	0,0	-0,1	8	10	10	17	15	11	70	71	76	1,4	61	0,0	0,1
Portogallo	10.690	1.930	501	0,4	-0,2	11	10	10	21	11	9	67	74	79	1,3	61	1,5	0,5
Qatar	1.870	302	97	6,5	1,2	6	2	2	36	24	12	66	74	78	2,2	99	6,8	1,3
Regno Unito	62.417	13.153	3.858	0,4	0,6	12	11	9	15	14	12	72	76	80	1,9	80	0,5	0,8
Repubblica Ceca	10.534	1.836	567	0,1	0,1	12	12	10	16	12	11	70	72	78	1,5	73	0,0	0,2
Repubblica Centrafricana	4.487	2.098	658	2,0	1,8	23	17	16	43	41	35	42	49	48	4,5	39	2,3	2,8
Repubblica Dominicana	10.056	3.672	1.051	1,6	1,0	11	6	6	42	30	21	58	68	73	2,5	70	2,7	1,5
Romania	21.436	3.928	1.093	-0,4	-0,3	9	11	12	21	14	10	68	69	74	1,4	53	-0,4	0,0
Ruanda	10.943	5.352	1.909	2,1	2,5	20	32	12	51	45	41	44	33	55	5,3	19	8,1	4,3
Saint Kitts/Nevis	53	17	5	1,3	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	0,9	1,7
Saint Lucia	176	55	15	1,2	0,7	9	6	6	39	28	17	64	71	75	2,0	18	-1,3	-1,4
Saint Vincent/Grenadines	109	35	9	0,1	0,1	11	7	7	40	25	17	61	69	72	2,0	49	0,9	0,8
Samoa	184	81	22	0,6	0,5	10	7	5	39	32	24	55	65	72	3,8	20	0,3	0,3
San Marino	32	6	2	1,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	1,5	0,4
Santa Sede	0	0	0	-2,5	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-2,5	-0,1
Sao Tomé/Principe	169	79	24	1,8	1,7	13	10	8	41	38	31	55	61	65	3,6	63	3,5	2,5
Senegal	12.768	6.425	2.125	2,7	2,4	24	13	9	51	44	37	41	53	59	4,7	43	3,1	3,3
Serbia	9.854	2.089	551	0,1	-0,2	9	10	12	18	15	11	68	72	75	1,6	56	0,7	0,4
Seychelles	87	43	14	1,0	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	1,4	1,0
Sierra Leone	5.997	2.965	984	2,0	1,9	29	25	15	47	44	38	35	39	48	4,9	39	2,8	2,9
Singapore	5.188	1.104	238	2,6	0,7	5	5	5	23	19	9	68	76	81	1,3	100	2,6	0,7
Siria, Repubblica araba	20.766	8.923	2.446	2,5	1,5	11	5	4	47	36	22	60	71	76	2,9	56	3,1	2,2
Slovacchia	5.472	1.024	281	0,2	0,1	9	10	10	18	15	11	70	71	75	1,3	55	0,0	0,3
Slovenia	2.035	344	102	0,3	0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	79	1,5	50	0,2	0,4
Somalia	9.557	4.896	1.701	1,8	2,8	24	20	15	51	45	43	40	45	51	6,3	38	2,9	4,1
Spagna	46.455	8.306	2.546	0,8	0,4	9	9	9	20	10	11	72	77	81	1,5	77	1,0	0,6
Sri Lanka	21.045	6.183	1.886	0,9	0,5	9	7	7	31	20	18	63	70	75	2,3	15	0,3	2,0
Stati Uniti	313.085	75.491	21.629	1,0	0,8	9	9	8	16	16	14	71	75	79	2,1	82	1,4	1,0
Stato di Palestina	4.152	2.051	635	3,3	2,6	13	5	4	50	45	33	56	68	73	4,4	74	3,7	2,9
Sud Sudan ^q	10.314	-	-	2,6	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	4,0	3,9
Sudafrica	50.460	18.045	4.989	1,5	0,4	14	8	15	38	29	21	53	62	53	2,4	62	2,3	1,1
Sudan ^q	34.318	-	-	2,5	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	3,2	2,9
Suriname	529	176	47	1,3	0,7	9	7	7	37	23	18	63	67	71	2,3	70	2,0	1,1
Svezia	9.441	1.916	562	0,5	0,5	10	11	10	14	14	12	74	78	81	1,9	85	0,6	0,7
Svizzera	7.702	1.435	382	0,7	0,3	9	9	8	16	12	10	73	78	82	1,5	74	0,7	0,5
Swaziland	1.203	548	158	1,6	1,0	18	10	14	49	43	29	48	59	49	3,3	21	1,2	1,5
Tagikistan	6.977	3.052	883	1,3	1,3	10	8	6	40	39	28	60	63	68	3,2	27	0,5	2,1
Tanzania, Repubblica unita	46.218	23.690	8.267	2,8	3,0	18	15	10	48	44	41	47	51	58	5,5	27	4,5	4,7
Thailandia	69.519	17.111	4.270	0,9	0,3	10	5	7	38	19	12	60	73	74	1,6	34	1,6	1,6
Timor Est	1.154	616	201	2,1	2,9	23	18	8	42	43	38	40	46	62	6,1	28	3,6	4,1
Togo	6.155	2.831	870	2,5	1,8	20	14	11	49	42	32	45	53	57	4,0	38	3,8	3,0
Tonga	105	46	14	0,4	0,8	7	6	6	36	31	27	65	70	72	3,9	23	0,6	1,5
Trinidad/Tobago	1.346	334	96	0,5	0,0	7	7	8	27	21	15	65	69	70	1,6	14	2,7	1,7
Tunisia	10.594	3.001	885	1,2	0,7	14	6	6	39	27	17	54	69	75	2,0	66	1,9	1,1
Turchia	73.640	23.107	6.489	1,5	0,9	16	8	5	39	26	18	50	63	74	2,1	72	2,4	1,6
Turkmenistan	5.105	1.785	499	1,6	1,0	11	8	8	37	35	21	58	63	65	2,4	49	1,9	1,8
Tuvalu	10	4	1	0,4	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	1,5	1,3
Ucraina	45.190	7.977	2.465	-0,6	-0,6	9	13	16	15	13	11	71	70	68	1,5	69	-0,5	-0,2
Uganda	34.509	19.042	6.638	3,2	2,9	16	17	12	49	50	45	50	47	54	6,1	16	4,8	5,3
Ungheria	9.966	1.800	493	-0,2	-0,2	11	14	13	15	12	10	69	69	74	1,4	69	0,1	0,4
Uruguay	3.380	912	245	0,4	0,3	10	10	9	21	18	15	69	73	77	2,1	93	0,6	0,4
Uzbekistan	27.760	9.849	2.802	1,4	1,0	10	7	7	36	35	21	63	67	68	2,3	36	0,9	1,7
Vanuatu	246	109	34	2,5	2,2	14	8	5	42	36	29	52	63	71	3,8	25	3,8	3,4

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2011			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2011	Popolaz. urbana (%) 2011	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Venezuela (Repubblica bolivariana)	29.437	10.215	2.935	1,9	1,2	7	5	5	37	29	20	64	71	74	2,4	94	2,4	1,3
Vietnam	88.792	25.532	7.202	1,3	0,7	18	8	5	41	30	16	48	66	75	1,8	31	3,4	2,5
Yemen	24.800	12.687	4.179	3,5	2,7	24	12	6	51	52	38	40	56	65	5,1	32	5,5	4,3
Zambia	13.475	7.169	2.509	2,6	3,1	17	17	15	49	44	46	49	47	49	6,3	39	2,5	4,3
Zimbabwe	12.754	5.841	1.706	0,9	1,7	13	9	13	48	37	29	55	61	51	3,2	39	2,3	3,0

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^a	–	20.660	6.472	–	–	19	14	9	46	41	32	45	53	61	4,3	–	–	–
--------------------------------	---	--------	-------	---	---	----	----	---	----	----	----	----	----	----	-----	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^b

Africa subsahariana	876.497	428.333	140.617	2,5	2,3	20	16	12	47	44	37	44	50	55	4,9	37	3,8	3,4
Africa orientale e meridionale	418.709	196.675	63.188	2,5	2,2	19	15	12	47	43	35	47	51	56	4,5	30	3,6	3,4
Africa occidentale e centrale	422.564	210.616	70.843	2,6	2,4	22	18	13	47	45	39	42	48	53	5,3	43	3,9	3,5
Medio Oriente e Nord Africa	415.633	157.845	48.169	2,1	1,5	16	8	5	44	34	24	52	63	71	2,8	60	2,7	1,9
Asia meridionale	1.653.679	614.255	176.150	1,8	1,1	17	11	8	40	33	23	49	59	66	2,7	31	2,8	2,4
Asia orientale e Pacifico	2.032.532	533.810	141.248	1,0	0,4	10	7	7	36	23	14	61	68	73	1,8	50	3,4	1,8
America latina e Caraibi	591.212	195.081	52.898	1,4	0,9	10	7	6	36	27	18	60	68	74	2,2	79	2,0	1,1
ECO/CIS	405.743	95.460	28.590	0,2	0,1	10	11	11	20	18	14	66	68	70	1,8	65	0,3	0,6
Paesi meno sviluppati	851.103	395.405	124.162	2,4	2,1	22	15	10	47	43	33	43	51	59	4,2	29	3,9	3,6
Mondo	6.934.761	2.207.145	638.681	1,3	0,9	12	9	8	33	26	19	59	65	69	2,4	52	2,2	1,7

^a In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

^b Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità non elaborato – Numero annuo di decessi su 1.000 abitanti.

Tasso di natalità non elaborato – Numero annuo di nascite su 1.000 abitanti.

Speranza di vita – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

Popolazione urbana – Percentuale di popolazione che vive in aree urbane, definita in base ai criteri adottati a livello nazionale per il censimento della popolazione più recente.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione infantile – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tassi di mortalità e di natalità non elaborati – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Speranza di vita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tasso totale di fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Popolazione urbana – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

NOTE

– Dati non disponibili.

^a Basato su proiezioni varianti di media fertilità.

TAVOLA 7: INDICATORI ECONOMICI

Paesi e aree	PNL pro capite (USD) 2011		Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di inflazione medio annuo (%)	Popolazione sotto soglia internazionale povertà di 1,25 USD al giorno (%)	Spesa statale in % sul PIL (2007-2010*)			Flusso di AUS in milioni di USD 2010	Flusso di AUS in % sul PNL del paese beneficiario 2010	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi 2010	Quota di reddito familiare (%; 2005-2011*)	
	USD	PPP USD	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	salute	istruzione	difesa				40% più povero	20% più ricco
Afghanistan	410 x	910 x, e	-	-	-	-	2	-	2	6.374	-	-	23	37
Albania	3.980	8.900	-0,7 x	5,3	13	1	3	-	2	338	3	9	20	43
Algeria	4.470	8.370 e	1,6	1,5	12	-	5	4	3	199	0	1	-	-
Andorra	41.750 x	-	-1,4	2,5 x	3 x	-	5	4	-	-	-	-	-	-
Angola	4.060	5.290	-	4,1	205	54 x	-	3	5	239	0	4	8 x	62 x
Antigua e Barbuda	12.060	15.670 e	7,8 x	0,6	4	-	4	2	-	19	2	-	-	-
Arabia Saudita	17.820	24.870	-1,4	0,2	5	-	2	6	8	-	-	-	-	-
Argentina	9.740	17.250	-0,8	2,3	8	1	6	6	1	155	0	16	14	49
Armenia	3.360	6.140	-	6,1	47	1	2	4	4	340	4	31	22	40
Australia	46.200 x	36.910 x	1,6	2,2	3	-	6	5	2	-	-	-	-	-
Austria	48.300	41.970	2,5	1,8	1	-	8	5	1	-	-	-	22 x	38 x
Azerbaijan	5.290	9.020	-	5,9	50	0	1	3	3	156	0	1	20	42
Bahamas	21.970 x	29.850 x, e	1,9	0,7	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Bahrain	15.920 x	21.240 x	-1,0 x	1,3 x	3 x	-	3	3	3	-	-	-	-	-
Bangladesh	770	1.940	0,6	3,6	4	43	1	2	1	1.417	1	3	21	41
Barbados	12.660 x	18.850 x, e	1,7	1,1 x	3 x	-	4	7	-	16	-	-	-	-
Belgio	46.160	39.300	2,2	1,6	2	-	7	6	1	-	-	-	21 x	41 x
Belize	3.690	6.070 e	2,9	1,8	1	-	4	6	1	25	2	11	-	-
Benin	780	1.630	0,5	1,3	5	47 x	2	5	1	691	10	-	18 x	46 x
Bhutan	2.070	5.480	-	5,3	7	10	5	5	-	131	9	-	17	45
Bielorussia	5.830	14.560	-	4,7	113	0	4	5	1	137	0	4	23	36
Bolivia (Stato Plurinazionale)	2.040	4.920	-1,1	1,6	7	16	3	-	2	676	4	8	9	59
Bosnia/Erzegovina	4.780	9.200	-	8,3 x	5 x	0	7	-	1	492	3	16	18	43
Botswana	7.480	14.560	8,1	3,4	9	-	8	8	3	157	1	1	-	-
Brasile	10.720	11.500	2,3	1,6	49	6	4	6	2	664	0	19	10	59
Brunei Darussalam	31.800 x	49.790 x	-2,2 x	-0,4 x	5 x	-	-	2	3	-	-	-	-	-
Bulgaria	6.550	13.980	3,4 x	3,3	37	0	4	4	2	-	-	14	22	37
Burkina Faso	570	1.310	1,3	2,8	3	45	4	5	1	1.065	12	-	17	47
Burundi	250	610	1,2	-1,4	14	81	5	7	3	632	40	1	21	43
Cambogia	830	2.260	-	6,5 x	4 x	23	2	2	1	737	7	1	19	46
Camerun	1.210	2.360	3,4	0,8	4	10	2	4	2	538	2	4	17	46
Canada	45.560	39.830	2,0	1,8	2	-	7	5	1	-	-	-	20 x	40 x
Capo Verde	3.540	4.000	-	5,0	2	21 x	3	6	1	329	21	4	12 x	56 x
Ciad	690	1.370	-0,9	3,1	6	62 x	4	3	6	490	7	-	17 x	47 x
Cile	12.280	16.160	1,5	3,4	6	1	4	5	3	198	0	15	12	58
Cina	4.930	8.430	6,6	9,3	5	13	2	-	2	648	0	2	15	48
Cipro	29.450 x	30.910 x	5,9 x	2,0	3	-	2	8	2	-	-	-	-	-
Colombia	6.110	9.640	1,9	1,6	13	8	5	5	4	910	0	19	10	60
Comore	770	1.120	-0,1 x	-0,8	4	46 x	2	8	-	68	13	-	8 x	68 x
Congo	2.270	3.280	3,3	0,4	8	54 x	-	6	1	1.314	15	-	13	53
Congo, Repubblica Democratica	190	350	-2,2	-2,6	211	88	-	3	1	3.413	28	-	15	51
Corea, Repubblica	20.870	30.290	6,2	4,1	4	-	4	5	3	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	a	-	-	-	-	-	-	-	-	79	-	-	-	-
Costa d'Avorio	1.100	1.730	-1,7	-0,6	5	24	1	5	2	848	4	-	16	48
Costa Rica	7.660	11.950 e	0,7	2,6	12	3	7	6	-	96	0	7	12	56
Croazia	13.850	19.330	-	2,8	24	0	7	4	2	149	0	-	20	42
Cuba	5.460 x	-	3,9	3,0 x	4 x	-	11	14	3	129	-	-	-	-
Danimarca	60.390	42.330	2,0	1,4	2	-	9	9	1	-	-	-	-	-
Dominica	7.090	12.460 e	5,2 x	2,2	3	-	4	4	-	32	9	7	-	-
Ecuador	4.140	8.310	1,3	1,5	5	5	3	-	4	153	0	8	13	54
Egitto	2.600	6.160	4,3	2,8	7	2	2	4	2	594	0	5	22	40
El Salvador	3.480	6.690 e	-1,9	2,4	4	9	4	4	1	284	1	12	13	53
Emirati Arabi Uniti	40.760	48.220 e	-4,3 x	-1,9	5	-	2	1	6	-	-	-	-	-
Eritrea	430	580 e	-	-0,8 x	13 x	-	1	-	-	161	8	-	-	-
Estonia	15.200	21.270	-	5,5 x	6 x	1 x	5	6	2	-	-	-	18 x	43 x
Etiopia	400	1.110	-	3,3	7	39 x	2	5	1	3.529	12	4	22	39
Federazione Russa	10.400	20.050	-	2,3	52	0	3	4	4	-	-	13	17	47
Figi	3.680	4.590	0,6	1,3	4	6	3	4	2	76	3	1	16	50
Filippine	2.210	4.160	0,5	1,9	7	18	1	3	1	535	0	15	15	50
Finlandia	48.420	37.990	2,9	2,5	2	-	7	7	2	-	-	-	24 x	37 x
Francia	42.420	35.860	2,1	1,2	2	-	9	6	3	-	-	-	-	-

Paesi e aree	PNL pro capite (USD) 2011		Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di inflazione medio annuo (%)	Popolazione sotto soglia internazionale povertà di 1,25 USD al giorno (%)	Spesa statale in % sul PIL (2007-2010*)			Flusso di AUS in milioni di USD 2010	Flusso di AUS in % sul PNL del paese beneficiario 2010	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi 2010	Quota di reddito familiare (%; 2005-2011*)	
	USD	PPP USD	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	salute	istruzione	difesa				40% più povero	20% più ricco
Gabon	7.980	13.650	0,2	-0,7	6	5 x	1	-	1	104	1	-	16	48
Gambia	610	2.060	0,6	0,9	6	34 x	3	4	-	121	16	5	13 x	53 x
Georgia	2.860	5.390	3,1	2,7	67	15	3	3	6	626	5	15	16	47
Germania	43.980	40.170	2,3	1,3	1	-	8	5	1	-	-	-	22 x	37 x
Ghana	1.410	1.820	-2,0	2,5	26	29	3	5	0	1.694	6	3	15	49
Giamaica	4.980	7.770 e	-1,3	0,5	15	0 x	3	6	1	141	1	19	14 x	52 x
Giappone	45.180	35.510	3,4	0,7	-1	-	7	3	1	-	-	-	-	-
Gibuti	1.270 x	2.450 x	-	-1,4 x	3 x	19 x	5	8	4	133	-	7	17 x	46 x
Giordania	4.380	5.970	2,5 x	2,6	4	0	6	-	6	955	3	4	19	44
Grecia	25.030	26.040	1,3	2,2	5	-	7	-	3	-	-	-	19 x	41 x
Grenada	7.220	10.530 e	4,2 x	2,9	4	-	4	-	-	34	6	12	-	-
Guatemala	2.870	4.800 e	0,2	1,3	7	14	2	3	0	398	1	10	10	60
Guinea	440	1.050	-	2,9	8	43	1	2	-	214	5	5	17	46
Guinea Equatoriale	14.540	24.110	-	18,2	11	-	3	-	-	85	1	-	-	-
Guinea-Bissau	600	1.250	0,0	-1,2	17	49 x	2	-	-	141	16	-	19 x	43 x
Guyana	2.900 x	3.460 x, e	-1,3	2,8 x	11 x	-	7	3	-	153	6	2	-	-
Haiti	700	1.190 e	-	-1,0 x	15 x	62 x	1	-	-	3.076	46	6	9 x	63 x
Honduras	1.970	3.840 e	0,8	1,6	13	18	3	-	2	576	4	5	8	60
India	1.410	3.620	2,0	4,9	6	33	1	-	3	2.807	0	5	21	42
Indonesia	2.940	4.530	4,6	2,7	14	18	1	4	1	1.393	0	16	20	43
Iran (Repubblica islamica)	4.520 x	11.400 x	-2,3	2,7 x	22 x	2 x	2	5	2	122	-	-	17	45
Iraq	2.640	3.770	-	-1,9 x	13 x	3	3	-	6	2.192	3	-	21	40
Irlanda	38.580	33.310	-	0,6 x	1 x	-	7	6	1	-	-	-	20 x	42 x
Islanda	35.020	31.640	3,2	2,1	5	-	7	8	0	-	-	-	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-
Isole Marshall	3.910	-	-	0,5	2	-	16	-	-	91	49	-	-	-
Isole Salomone	1.110	2.360 e	-	-0,9	7	-	5	7	-	340	61	6	-	-
Israele	28.930	27.290	1,9	1,8	5	-	4	6	6	-	-	-	16 x	45 x
Italia	35.330	32.350	2,8	0,8	3	-	7	5	2	-	-	-	18 x	42 x
Kazakistan	8.220	11.310	-	4,1	54	0	3	4	1	222	0	70	22	38
Kenya	820	1.720	1,2	0,4	9	43 x	-	7	2	1.631	5	4	14	53
Kirghizistan	920	2.290	-	0,7	35	6	3	6	4	373	8	14	18	43
Kiribati	2.110	3.480 e	-5,3	1,1	3	-	10	-	-	23	11	-	-	-
Kuwait	48.900 x	53.820 x	-6,7 x	1,4 x	6 x	-	3	-	4	-	-	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	1.130	2.600	-	4,7	21	34	1	2	0	416	6	13	19	45
Lesotho	1.220	2.070	2,4	2,3	8	43 x	5	13	2	257	10	2	10 x	56 x
Lettonia	12.350	17.820	3,4	4,4	17	0	4	6	1	-	-	74	18	44
Libano	9.110	14.000	-	2,5	7	-	4	2	4	449	1	14	-	-
Liberia	240	520	-4,0	5,5	30	84	4	3	0	1.423	177	1	18	45
Libia	12.320 x	16.750 x, e	-	-	-	-	2	-	1	9	-	-	-	-
Liechtenstein	137.070 x	-	2,2	3,0 x	1 x	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Lituania	12.280	19.690	-	3,6	20	0	5	6	2	-	-	32	18	44
Lussemburgo	78.130	63.540	2,6	2,7	3	-	5	-	1	-	-	-	21 x	39 x
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	4.730	11.490	-	1,2	22	0	5	-	2	178	2	12	15	49
Madagascar	430	950	-2,3	-0,3	13	81	3	3	1	473	5	-	15	50
Malawi	340	870	0,0	1,3	25	74 x	4	-	1	1.027	21	-	18 x	47 x
Maldiva	6.530	8.540	-	5,8 x	5 x	-	5	9	-	111	8	20	17 x	44 x
Malesia	8.420	15.190	4,0	3,1	4	0	2	6	2	2	0	5	13	51
Mali	610	1.050	0,1	2,1	5	50	3	4	2	1.093	12	-	20	41
Malta	18.620 x	24.170 x	6,0	2,4	3	-	6	6	1	-	-	-	-	-
Marocco	2.970	4.910	1,9	2,5	3	3	2	5	3	994	1	9	17	48
Mauritania	1.000	2.410	-1,1	1,3	8	23	2	4	3	373	10	-	16	47
Mauritius	8.240	14.760	3,2 x	3,5	6	-	2	3	0	125	1	2	-	-
Messico	9.240	15.120	1,7	1,3	12	1	3	5	1	473	0	8	13	54
Micronesia (Stati Federati)	2.900	3.610 e	-	0,4	2	31 x	13	-	-	125	41	-	7 x	64 x
Moldavia, Repubblica	1.980	3.670	1,8 x	-0,1	38	0	6	10	0	468	7	9	20	41
Monaco	183.150 x	-	1,4	2,1 x	1 x	-	3	1	-	-	-	-	-	-
Mongolia	2.320	4.360	-	3,3	24	-	4	5	1	304	5	4	18	44
Montenegro	7.060	13.720	-	3,4 x	7 x	0	7	-	1	77	2	-	22	39
Mozambico	470	980	-1,0 x	4,3	17	60	4	-	1	1.959	21	3	15	51
Myanmar	a	-	1,6	7,4 x	24 x	-	0	-	-	358	-	8	-	-
Namibia	4.700	6.600	-2,1 x	1,9	9	32 x	4	6	3	259	2	-	8 x	69 x

Paesi e aree	PNL pro capite (USD) 2011		Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di inflazione medio annuo (%)	Popolazione sotto soglia internazionale povertà di 1,25 USD al giorno (%)	Spesa statale in % sul PIL (2007-2010*)			Flusso di AUS in milioni di USD 2010	Flusso di AUS in % sul PNL del paese beneficiario 2010	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi 2010	Quota di reddito familiare (%; 2005-2011*)	
	USD	PPP USD	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	salute	istruzione	difesa				40% più povero	20% più ricco
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-
Nepal	540	1.260	1,1	1,9	7	25	2	5	2	821	5	4	20	41
Nicaragua	1.170	2.840 e	-3,7	1,9	17	12 x	5	-	1	628	10	11	16	47
Niger	360	720	-2,0	-0,2	4	44	3	4	1	749	14	-	20	43
Nigeria	1.200	2.300	-1,3	2,1	20	68	2	-	1	2.069	1	0	13	54
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-
Norvegia	88.890	58.090	3,2	2,0	4	-	8	7	2	-	-	-	24 x	37 x
Nuova Zelanda	29.350 x	29.140 x	1,1 x	1,8 x	2 x	-	8	6	1	-	-	-	-	-
Oman	19.260 x	25.770 x	3,1	2,7	5	-	2	4	10	-40	-	-	-	-
Paesi Bassi	49.730	43.770	1,6	1,9	2	-	8	6	2	-	-	-	-	-
Pakistan	1.120	2.880	2,6	1,9	10	21	1	3	3	3.021	2	10	23	40
Palau	7.250	12.330 e	-	-0,1 x	3 x	-	9	-	-	26	20	-	-	-
Panama	7.910	14.740 e	0,3	3,4	2	7	5	4	-	129	1	5	11	56
Papua Nuova Guinea	1.480	2.590 e	-1,0	0,1	8	-	2	-	0	513	6	13	-	-
Paraguay	2.970	5.310	3,1	0,3	10	7	3	4	1	105	1	4	11	56
Perù	5.500	10.160	-0,6	3,2	10	5	3	3	1	-254	0	15	12	53
Polonia	12.480	20.450	-	4,4	10	0	5	6	2	-	-	-	20	42
Portogallo	21.250	24.530	2,5	1,5	4	-	8	6	2	-	-	-	-	-
Qatar	80.440	87.030	-	0,8 x	11 x	-	2	2	2	-	-	-	-	-
Regno Unito	37.780	36.970	2,1	2,4	2	-	8	6	3	-	-	-	-	-
Repubblica Ceca	18.520	24.190	-	2,7	5	-	6	5	1	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	470	810	-1,3	-0,5	3	63	2	1	2	264	13	-	10	61
Repubblica Dominicana	5.240	9.490 e	2,1	3,9	11	2	2	2	1	177	0	7	13	53
Romania	7.910	15.140	0,9 x	2,8	44	0	4	4	2	-	-	29	21	38
Ruanda	570	1.240	1,2	2,3	9	63	5	4	1	1.034	19	2	13	57
Saint Kitts/Nevis	12.480	14.490 e	6,3 x	1,6	5	-	4	4	-	11	2	17	-	-
Saint Lucia	6.680	9.080 e	5,3 x	0,7	3	-	5	4	-	41	5	6	-	-
Saint Vincent/Grenadines	6.100	10.560 e	3,3	3,2	4	-	3	5	-	17	3	14	-	-
Samoa	3.190	4.430 e	-	2,8	6	-	5	5	-	147	27	3	-	-
San Marino	50.400 x	-	1,7	3,2 x	3 x	-	6	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	1.360	2.080	-	-	-	28 x	3	-	-	-	-	5	14 x	56 x
Senegal	1.070	1.960	-0,5	1,1	4	34 x	3	6	2	931	7	-	17	46
Serbia	5.680	11.640	-	1,4	23 x	0	6	5	2	651	2	24	23	37
Seychelles	11.130	25.320 e	2,9	2,0	6	0	3	-	1	56	7	4	9	70
Sierra Leone	340	850	-0,5	1,1	16	53 x	1	4	2	475	25	2	16 x	49 x
Singapore	42.930	59.790	5,9	3,5	1	-	2	4	5	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica araba	2.750 x	5.090 x	2,2	1,8 x	7 x	2 x	1	5	4	137	0	3	19 x	44 x
Slovacchia	16.070	22.610	-	3,7	6	0	6	5	1	-	-	-	24	36
Slovenia	23.610	27.110	-	3,2	12	0 x	6	6	2	-	-	-	21 x	39 x
Somalia	a	-	-0,8	-	-	-	-	-	-	499	-	-	-	-
Spagna	30.990	31.930	1,9	1,9	4	-	7	5	1	-	-	-	19 x	42 x
Sri Lanka	2.580	5.560	3,0	4,1	10	7	2	3	4	581	1	9	17	48
Stati Uniti	48.450	48.890	2,1	1,7	2	-	8	5	5	-	-	-	16 x	46 x
Stato di Palestina	b	-	-	-2,4 x	4 x	0	-	-	-	2.519	-	-	19	43
Sud Sudan*	b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudafrica	6.960	10.790	0,1	1,3	8	14	3	5	1	1.032	0	5	7	68
Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	7.640 x	7.710 x, e	-2,2 x	1,7 x	46 x	-	4	-	-	104	-	-	-	-
Svezia	53.230	42.350	1,8	2,2	2	-	8	7	1	-	-	-	23 x	37 x
Svizzera	76.380	50.900	1,7 x	0,9	1	-	6	5	1	-	-	-	20 x	41 x
Swaziland	3.300	5.970	3,1	1,8	9	41	4	8	3	92	3	2	11	57
Tagikistan	870	2.310	-	0,2	73	7	2	5	-	430	8	18	21	39
Tanzania, Repubblica Unita	540	1.510	-	2,5	13	68	3	7	1	2.961	13	3	18	45
Thailandia	4.420	8.390	4,7	2,8	3	0	3	4	2	-11	0	5	17	47
Timor Est	2.730 x	5.210 x, e	-	1,9 x	7 x	37	9	16	5	292	11	-	21	41
Togo	560	1.030	-0,3	-0,1	4	39	1	3	2	421	15	-	19	42
Tonga	3.580	4.690 e	-	1,5	6	-	5	-	-	70	19	-	-	-
Trinidad/Tobago	15.040	24.940 e	0,5	4,8	5	-	3	-	-	4	0	-	-	-
Tunisia	4.070	9.090	2,5	3,3	4	1 x	3	6	1	551	1	9	16	48
Turchia	10.410	16.730	2,0	2,4	44	0	5	-	3	1.049	0	33	17	45
Turkmenistan	4.110	8.350 e	-	5,8	86	-	1	-	-	43	0	-	-	-
Tuvalu	5.010	-	-	2,1	3	-	10	-	-	13	35	-	-	-

Paesi e aree	PNL pro capite (USD) 2011		Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di inflazione medio annuo (%)	Popolazione sotto soglia internazionale povertà di 1,25 USD al giorno (%)	Spesa statale in % sul PIL (2007-2010*)			Flusso di AUS in milioni di USD 2010	Flusso di AUS in % sul PNL del paese beneficiario 2010	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi 2010	Quota di reddito familiare (%; 2005-2011*)	
	USD	PPP USD	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	salute	istruzione	difesa				40% più povero	20% più ricco
Ucraina	3.120	7.080	-	0,6	67	0	4	5	3	624	0	39	24	36
Uganda	510	1.320	-	3,7	7	38	2	3	2	1.730	10	1	15	51
Ungheria	12.730	20.380	3,0	2,5	11	0	5	5	1	-	-	-	21	40
Uruguay	11.860	14.740	0,9	2,1	15	0	5	-	2	49	0	12	14	51
Uzbekistan	1.510	3.440 e	-	2,5	78	-	2	-	-	229	1	-	19 x	44 x
Vanuatu	2.870	4.500 e	1,2 x	0,6	3	-	3	5	-	108	15	-	-	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	11.920	12.620	-1,7	0,4	32	7	3	4	1	53	0	8	14	49
Vietnam	1.260	3.260	-	6,0	10	17	3	5	2	2.945	3	2	19	43
Yemen	1.070	2.180	-	1,1	15	18 x	2	5	4	666	-	2	18	45
Zambia	1.160	1.490	-2,3	0,8	28	69	4	1	2	913	6	1	10	59
Zimbabwe	640	-	-0,4	-3,0	1	-	-	2	1	738	11	-	-	-

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	1.300 x	2.020 x	0,1	3,4	26	20	2	-	-	2.055	4	4	18	42
--------------------------------	---------	---------	-----	-----	----	----	---	---	---	-------	---	---	----	----

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^e

Africa subsahariana	1.269	2.269	0,0	2,0	29	53	3	5	1	40.604	4	3	15	50
Africa orientale e meridionale	1.621	2.868	0,3	1,9	34	51	3	5	1	19.572	3	4	16	50
Africa occidentale e centrale	937	1.721	-0,5	2,0	21	59	-	-	-	18.844	5	1	15	50
Medio Oriente e Nord Africa	6.234	9.655	-0,1	0,8	7	-	2	4	5	11.535	1	5	19	43
Asia meridionale	1.319	3.366	2,0	4,5	6	32	-	-	-	15.263	1	5	21	42
Asia orientale e Pacifico	4.853	8.185	5,6	7,5	5	14	2 **	4 **	2 **	9.289	0	4	16	47
America latina e Caraibi	8.595	11.759	1,4	1,7	28	5	4	5	1	9.272	0	13	12	56
ECO/CIS	7.678	14.216	-	2,5	51	0	3	4	3	6.582	0	23	19	43
Paesi meno sviluppati	695	1.484	-0,1	3,1	45	51	2	4	2	44.538	8	4	19	45
Mondo	9.513	11.580	2,4	2,6	8	22	6 **	5 **	3 **	90.358	0	9	17	46

^o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

PNL pro capite – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) proveniente dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.

PNL pro capite (PPP USD) – Il prodotto nazionale lordo (PNL) pro capite convertito in dollari internazionali tenendo conto delle differenze nei livelli dei prezzi (potere d'acquisto) tra paesi. Si basa sui dati dell'International Comparison Program (ICP).

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il tasso di crescita è calcolato sulla base di dati espressi in valuta locale.

Popolazione che vive sotto la soglia internazionale di povertà di 1,25 dollari USA al giorno – Percentuale di popolazione che vive con meno di 1,25 dollari al giorno ai prezzi del 2005 adeguata alla parità del potere d'acquisto. La nuova soglia di povertà riflette le revisioni ai tassi di cambio della parità del potere d'acquisto (PPP) basati sui risultati dell'ICP 2005. Le revisioni rivelano che il costo della vita nei paesi in via di sviluppo è più alto rispetto alle stime precedenti. Pertanto, a seguito di queste revisioni, i tassi di povertà dei singoli non possono essere comparati con i tassi di povertà riportati nelle precedenti edizioni. Informazioni più dettagliate su definizioni, metodologia e fonti dei dati presentati sono disponibili su <www.worldbank.org>.

AUS – Assistenza ufficiale allo sviluppo.

Servizio del debito – Somma degli interessi e dei rimborsi di capitale sul debito estero e dei debiti di lungo termine pubblicamente garantiti.

Quota di reddito familiare – Percentuale di reddito percepita dal 20% delle famiglie a più alto reddito e dal 40% di quelle a più basso reddito.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

PNL pro capite – Banca Mondiale.

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Tasso di inflazione – Banca Mondiale.

Popolazione che vive con meno di 1,25 dollari USA al giorno – Banca Mondiale.

Spesa per salute, istruzione e difesa – Fondo Monetario Internazionale (FMI).

AUS – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Servizio del debito – Banca Mondiale.

Quota di reddito familiare – Banca Mondiale.

NOTE

a Paesi a reddito basso (PNL pro capite pari o inferiore a 1.025 USD).

b Paesi a reddito medio-basso (PNL pro capite tra 1.026 e 4.035 USD).

c Paesi a reddito medio-alto (PNL pro capite tra 4.036 e 12.475 USD).

d Paesi a reddito alto (PNL pro capite pari o superiore a 12.476 USD).

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

e Le stime si basano sulla regressione; altre cifre PPP sono estrapolate da stime comparative benchmark del 2005.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 8: DONNE

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi 2011	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi 2007-2011*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % sui maschi 2008-2011*		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi 2008-2011*	Diffusione contraccettivi (%) 2007-2012*	Assistenza prenatale (%) 2007-2012*		Assistenza al parto (%) 2007-2012*			Rapporto mortalità materna*		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	Cesareo	2007-2011*		Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su)
												Registrato	Arrotondato	
Afghanistan	101	-	69	51	-	21	48	15	39	33	4	330	460	32
Albania	108	97	99	98	100	69	97	67	99	97	19	21	27	2.200
Algeria	104	79 x	94	102	104	61 x	89 x	-	95 x	95 x	-	-	97	430
Andorra	-	-	101	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	106	70	81	69	73	6 x	80	-	47	46	-	-	450	39
Antigua e Barbuda	-	101	92	101	-	-	100	-	100	-	-	0	-	-
Arabia Saudita	103	90	99	95	-	24	97	-	97	-	-	-	24	1.400
Argentina	110	100	99	112	101	78 x	99 x	89 x	95	99	-	44	77	560
Armenia	109	100	102	102	-	55	99	93	100	99	13	9	30	1.700
Australia	106	-	99	95	-	71 x	98	92	-	99	31	-	7	8.100
Austria	107	-	99	96	103	-	-	-	-	-	24	-	4	18.200
Azerbaijan	109	100	99	98	102	51 x	77 x	45 x	88 x	78 x	5 x	24	43	1.000
Bahamas	109	-	102	105	96	45 x	98	-	99	-	-	0	47	1.100
Bahrain	102	97	-	-	-	-	100	-	97	-	-	-	20	1.800
Bangladesh	102	85	-	113	114	61	55	26	32	29	17	220	240	170
Barbados	109	-	102	109	-	-	100	-	100	-	-	0 x	51	1.300
Belgio	107	-	100	97	103	75 x	-	-	-	-	18	-	8	7.500
Belize	104	-	91	-	103	34 x	94 x	-	94	89	-	55	53	610
Benin	107	55	87	-	-	13	86	61 x	84	87	4 x	400 x	350	53
Bhutan	106	59 x	102	101	105	66	97	77	65	63	12	260 x	180	210
Bielorussia	118	100	100	-	-	13	86	61 x	84	87	4 x	400 x	350	53
Bolivia														
(Stato Plurinazionale)	107	91	99	99	-	61	86	72	71	68	19	310	190	140
Bosnia/Erzegovina	107	97	102	103	99	36 x	99 x	-	100 x	100 x	-	3	8	11.400
Botswana	96	101	96	106	104	53	94	73	95	99	-	160	160	220
Brasile	110	100	-	-	-	81 x	98	91	97 x	98	50	75	56	910
Brunei Darussalam	106	97	101	103	100	-	99	-	100	100	-	-	24	1.900
Bulgaria	110	99	100	95	99	-	-	-	100	93	31	8	11	5.900
Burkina Faso	104	59	91	76	109	16	94	34	66	66	2	340	300	55
Burundi	106	85	99	72	118	22	99	33	60	60	4	500	800	31
Cambogia	105	80	95	90	-	51	89	59	71	54	3	210	250	150
Camerun	104	80	86	83	98	23	85	-	64	61	2 x	670 x	690	31
Canada	106	-	100	98	-	74 x	100	99	100	99	26	-	12	5.200
Capo Verde	111	89	92	120	-	61 x	98 x	72 x	78 x	76	11 x	54	79	480
Ciad	106	54	73	42	96	5	53	23	23	16	2	1.100 x	1.100	15
Cile	108	100	95	103	-	58 x	-	-	100	100	-	20	25	2.200
Cina	105	94	103	104	-	85 x	94	-	100	98	27	30	37	1.700
Cipro	106	98	99	100	-	-	99	-	-	100	-	-	10	6.300
Colombia	110	100	98	110	101	79	97	89	99	99	43	63	92	430
Comore	105	87	92	-	-	26 x	75 x	-	62 x	-	-	380 x	280	67
Congo	105	-	95	-	-	45	93	-	94	92	3 x	780 x	560	39
Congo, Repubblica Democratica	107	74	87	58	88	17	89	45	80	75	7	550	540	30
Corea, Repubblica	109	-	99	99	100	80	-	-	-	-	32	-	16	4.800
Corea, Repubblica Democratica Popolare	110	100	-	-	-	69 x	100	94	100	95	13	77	81	670
Costa d'Avorio	104	72	83	-	96	18	91	-	59	57	6 x	540 x	400	53
Costa Rica	106	100	99	106	103	82	90	86	99	99	21 y	23	40	1.300
Croazia	110	99	100	107	101	-	-	-	100	-	19	9	17	4.100
Cuba	105	100	98	99	102	74	100	100	100	100	-	41	73	1.000
Danimarca	106	-	100	102	100	-	-	-	-	-	21	-	12	4.500
Dominica	-	-	98	109	105	-	100	-	100	-	-	0	-	-
Ecuador	108	97	101	103	-	73 x	84 x	58 x, y	98 x	85 x	26 x	61	110	350
Egitto	105	79	96	96	-	60	74	66	79	72	28	55	66	490
El Salvador	114	94	95	101	101	73	94	78 y	96	85	25	56	81	490
Emirati Arabi Uniti	103	102 x	-	-	-	-	100	-	100	100	-	0	12	4.000
Eritrea	108	73	84	76	94	8 x	70 x	41 x	28 x	26 x	3 x	-	240	86
Estonia	115	100	99	102	100	-	-	-	100 x	-	-	7 x	2	25.100
Etiopia	106	59	91	82	100	29	43	19	10	10	2	680	350	67
Federazione Russa	119	100	100	98	-	80	-	-	100	-	-	17	34	2.000
Fiji	108	-	98	109	95	32	100	-	100	-	-	23	26	1.400
Filippine	110	101	98	108	111	51	91	78	62	44	10	160 x	99	300
Finlandia	108	-	99	105	100	-	100 x	-	-	100	16	-	5	12.200
Francia	108	-	99	101	-	71 x	100 x	-	-	-	21	-	8	6.200

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi 2011	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi 2007-2011*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % sui maschi 2008-2011*		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi 2008-2011*	Diffusione contraccettivi (%) 2007-2012*	Assistenza prenatale (%) 2007-2012*		Assistenza al parto (%) 2007-2012*			Rapporto mortalità materna ^a		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita (%)	Parti in centri sanitari	Cesareo	2007-2011*		Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 sc)
												Registrato	Arrotolato	
Gabon	103	92	97	-	-	33 x	94 x	63 x	86 x	85 x	6 x	520 x	230	130
Gambia	104	67	102	95	94	13	98	72	57	56	3	730 x	360	56
Georgia	110	100	103	-	105	53	98	90	100	98	24	19	67	960
Germania	106	-	100	95	101	-	100 x	-	-	-	29	-	7	10.600
Ghana	103	84	100	91	91	34	96	87	68	67	11	450	350	68
Giamaica	107	112	95	103	102	72	99	87	98	97	15	95 x	110	370
Giappone	109	-	100	100	100	54 x	-	-	-	100 x	-	-	5	13.100
Gibuti	105	-	90	80	101	23	92 x	-	93 x	87 x	12	550 x	200	140
Giordania	104	93	100	106	-	59	99	94	99	99	19	19	63	470
Grecia	106	98	-	-	-	76 x	-	-	-	-	-	-	3	25.500
Grenada	104	-	100	103	-	54 x	100	-	99	-	-	0	24	1.700
Guatemala	111	87	96	93	-	54	93	-	52	51	16	140	120	190
Guinea	106	58	84	59	76	9 x	88	50	46	39	2	980 x	610	30
Guinea Equatoriale	105	93	97	-	108	10 x	86 x	-	65 x	-	-	-	240	88
Guinea-Bissau	107	60	94	-	-	14	93	70	44	42	-	410 x	790	25
Guyana	109	-	104	111	96	43	92	79	92	89	13	86	280	150
Haiti	104	84 x	-	-	-	32 x	85 x	54 x	26 x	25 x	3 x	630 x	350	83
Honduras	107	100	100	123	-	65 x	92 x	81 x	67 x	67 x	13 x	-	100	270
India	105	68 x	100	92	-	55	74 x	37 x	52	47	9 x	210	200	170
Indonesia	105	94	102	100	-	61	93	82	79	55	15	230	220	210
Iran (Repubblica islamica)	105	90	101	86	100	79 x	98 x	94 x	97 x	96 x	40 x	25 x	21	2.400
Iraq	110	82	-	-	-	50 x	84 x	-	80	65	21 x	84 x	63	310
Irlanda	106	-	100	105	-	65 x	100 x	-	100 x	100	25	-	6	8.100
Islanda	104	-	100	103	-	-	-	-	-	-	17	-	5	8.900
Isole Cook	-	-	102	110	-	29	100	-	100	100	-	0	-	-
Isole Marshall	-	-	99	103	91	45	81	77	99	85	9	140	-	-
Isole Salomone	104	-	-	-	-	35	74	65	86	85	6	150	93	240
Israele	106	-	101	102	98	-	-	-	-	-	-	-	7	5.100
Italia	107	99	99	99	100	-	99 x	68 x	-	99 x	40	-	4	20.300
Kazakistan	118	100	100	97	100	51 x	100 x	-	100	100 x	-	17	51	770
Kenya	104	93	98	90	-	46	92	47	44	43	6	490	360	55
Kirghizistan	113	99	99	99	99	48 x	97 x	-	99	97 x	-	64	71	480
Kiribati	-	-	104	111	-	22	88	71	80	66	10	0	-	-
Kuwait	102	97	103	107	100	-	100	-	100	-	-	-	14	2.900
Laos, Repubblica Democratica Popolare	104	77 x	93	83	-	38 x	35 x	-	20 x	17 x	2	410 x	470	74
Lesotho	97	115	98	138	124	47	92	70	62	59	7	1.200	620	53
Lettonia	115	100	99	98	100	-	92 x	-	100 x	-	-	32	34	2.000
Libano	106	92	97	112	103	54	96 x	-	98 x	-	-	-	25	2.100
Liberia	104	88	91	-	-	11	79	66	46	37	4	990	770	24
Libia	107	86	-	-	-	-	93	-	100	-	-	-	58	620
Liechtenstein	-	-	94	103	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	117	100	99	98	100	-	100 x	-	100 x	-	-	9	8	9.400
Lussemburgo	107	-	101	102	-	-	-	-	100 x	100 x	29	-	20	3.200
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	106	97	101	99	-	40	99	94	98	98	25	4	10	6.300
Madagascar	105	91	98	94	105	40	86	49	44	35	2	500	240	81
Malawi	100	84	104	91	103	46	95	46	71	73	5	680	460	36
Maldiva	103	100 x	96	-	-	35	99	85	95	95	32	140 x	60	870
Malesia	106	95	-	107	100	-	91	-	99	99	-	30	29	1.300
Mali	104	47	87	70	95	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	460 x	540	28
Malta	106	103 x	101	89	91	-	100 x	-	-	100	-	-	8	8.900
Marocco	107	64	94	-	100	67	77	-	74	73	16	130	100	400
Mauritania	106	79	105	85	99	9	75	16 x	61	48	3 x	690	510	44
Mauritius	109	95	101	100	99	76 x	-	-	98 x	98 x	-	22 x	60	1.000
Messico	106	97	99	107	102	73	96	86	95	80	43	52	50	790
Micronesia (Stati Federati)	103	-	-	-	-	55	80	-	100	-	-	0	100	290
Moldavia, Repubblica	111	99	100	102	104	68 x	98 x	89 x	100	99	9 x	15	41	1.500
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	112	101	98	107	102	55	99	-	99	99	21	47	63	600
Montenegro	107	98	98	101	-	39 x	97 x	-	100	100	-	13	8	7.400
Mozambico	104	61	90	82	94	12	92	-	55	58	2 x	500	490	43
Myanmar	105	95	100	106	107	46	83	-	71	36	-	320 x	200	250
Namibia	102	99	99	-	107	55	95	70	81	81	13	450	200	160

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi 2011	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi 2007-2011*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % sui maschi 2008-2011*		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi 2008-2011*	Diffusione contraccettivi (%) 2007-2012*	Assistenza prenatale (%) 2007-2012*		Assistenza al parto (%) 2007-2012*			Rapporto mortalità materna*		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	Cesareo	2007-2011*		Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su)
												Registrato	Arrotondato	
Nauru	-	-	106	120	-	36	95	40	97	99	8	300 x	-	-
Nepal	103	66	-	-	-	50	58	50	36	35	5	280 x	170	190
Nicaragua	109	100 x	98	110	-	72	90	78	74	74	20	63	95	350
Niger	102	35 x	82	66	94	18	46 x	15 x	18 x	17 x	1 x	650 x	590	23
Nigeria	103	70	91	88	107	15	58	45	39	35	2	550	630	29
Niue	-	-	-	-	-	23 x	100	-	100	-	-	0 x	-	-
Norvegia	106	-	100	98	100	88 x	-	-	-	-	16	-	7	7.900
Nuova Zelanda	105	-	100	105	-	-	-	-	-	-	23	-	15	3.300
Oman	107	90	97	99	-	24	99	96	99	99	14	26	32	1.200
Paesi Bassi	105	-	99	99	-	69	-	-	-	100	14	-	6	10.500
Pakistan	103	59	82	76	92	27	61	28	43	41	7	280	260	110
Palau	-	-	-	-	-	22	90	81	100	100	-	0	-	-
Panama	107	99	97	107	100	52	96	-	89	88	-	60	92	410
Papua Nuova Guinea	107	90	89	-	-	32 x	79 x	55 x	53 x	52 x	-	730 x	230	110
Paraguay	106	98	97	105	106	79	96	91	82	-	33	100	99	310
Perù	107	89	100	98	101	75	95	94	85	85	23	93	67	570
Polonia	112	100	99	99	100	-	-	-	100 x	-	21	2	5	14.400
Portogallo	108	97	97	104	-	67 x	100 x	-	100 x	-	31	-	8	9.200
Qatar	99	99	100	121	-	-	100	-	100	-	-	-	7	5.400
Regno Unito	105	-	100	102	-	84	-	-	-	-	26	-	12	4.600
Repubblica Ceca	108	-	99	101	100	-	-	-	100	-	20	2	5	12.100
Repubblica Centrafricana	107	62	71	58	90	15	68	38	54	53	5	540 x	890	26
Repubblica Dominicana	108	100	88	112	-	73	99	95	98	98	42	160	150	240
Romania	110	99	99	99	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	21	27	2.600
Ruanda	105	90	102	102	-	52	98	35	69	69	7	480	340	54
Saint Kitts/Nevis	-	-	100	99	90	54	100	-	100	-	-	0	-	-
Saint Lucia	108	-	96	99	97	-	99	-	100	-	-	0 x	35	1.400
Saint Vincent/Grenadines	106	-	93	102	-	48 x	100	-	99	-	-	0 x	48	940
Samoa	109	100	102	114	-	29	93	58	81	81	13	29 x	100	260
San Marino	-	-	113	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	105	90	100	103	121	38	98	72	82	79	5	160	70	330
Senegal	104	63	106	88	105	13	93	50	65	73	6	390	370	54
Serbia	106	97	99	102	100	61	99	94	100	100	25	9	12	4.900
Seychelles	-	101	100	109	-	-	-	-	-	-	-	57 x	-	-
Sierra Leone	103	59	93	-	-	11	93	75	63	50	5	860	890	23
Singapore	106	96	-	-	100	-	-	-	-	100 x	-	-	3	25.300
Siria, Repubblica araba	104	86	98	100	101	54	88	64	96	78	26	65 x	70	460
Slovacchia	111	-	99	101	100	-	97 x	-	100	-	24	10	6	12.200
Slovenia	109	100	99	100	100	-	100 x	-	100	-	-	10	12	5.900
Somalia	106	-	-	-	-	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	-	1.000 x	1.000	16
Spagna	108	98	99	102	101	66 x	-	-	-	-	26	-	6	12.000
Sri Lanka	109	97	100	-	-	68	99	93	99	98	24	39 x	35	1.200
Stati Uniti	107	-	99	101	89	79	-	-	-	-	31	13	21	2.400
Stato di Palestina	105	94	98	108	-	50 x	99 x	-	99 x	97 x	15 x	-	64	330
Sud Sudan*	-	-	-	-	-	4	40	17	19	12	1	2.100 x	-	-
Sudafrica	102	96	96	105	-	60 x	97	87	91 x	89 x	21 x	400 x	300	140
Sudan*	-	-	-	-	-	9	56	47	23	21	7	94 x	-	-
Suriname	110	99	95	123	122	46 x	90 x	-	90 x	88 x	-	180	130	320
Svezia	105	-	99	99	100	-	100 x	-	-	-	-	-	4	14.100
Svizzera	106	-	100	97	-	-	-	-	-	-	30	-	8	9.500
Swaziland	98	99	92	100	107	65	97	77	82	80	12	590 x	320	95
Tagikistan	110	100	96	87	101	37	89	49	88	88	-	45	65	430
Tanzania, Repubblica Unita	103	85	102	-	113	34	88	43	49	50	5	450	460	38
Thailandia	109	96 x	99	108	-	80	99	80	100	99	24	12 x	48	1.400
Timor Est	103	83	96	101	111	22	84	55	29	22	2	560	300	55
Togo	106	61	90	-	123	15	72	55	59	67	9	-	300	80
Tonga	108	100 x	-	-	-	32	98	-	98	98	-	36	110	230
Trinidad/Tobago	110	99	97	107	106	43 x	96 x	-	98 x	97 x	-	-	46	1.300
Tunisia	106	82	96	106	102	60 x	96 x	68 x	95 x	89 x	21 x	-	56	860
Turchia	106	89	98	91	103	73	92	74	91	90	37	29 x	20	2.200
Turkmenistan	114	100	-	-	-	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	12	67	590
Tuvalu	-	-	-	-	-	31	97	67	98	93	7	0 x	-	-
Ucraina	118	100	101	98	101	67	99	75	99	99	10	16	32	2.200

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi 2011	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi 2007-2011*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % sui maschi 2008-2011*		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi 2008-2011*	Diffusione contraccettivi (%) 2007-2012*	Assistenza prenatale (%) 2007-2012*		Assistenza al parto (%) 2007-2012*			Rapporto mortalità materna*		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	Cesareo	2007-2011*		Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 sc)
												Registrato	Arrotondato	
Uganda	103	78	101	85	101	30	93	48	57	57	5	440	310	49
Ungheria	111	100	99	99	100	-	-	-	100	-	31	19	21	3.300
Uruguay	110	101	97	-	104	78 x	96	90	100	-	34	34	29	1.600
Uzbekistan	110	100	97	99	101	65 x	99 x	-	100 x	97 x	-	21	28	1.400
Vanuatu	106	96	95	102	94	38	84	-	74	80	-	86	110	230
Venezuela (Repubblica bolivariana)	108	100	97	110	105	-	94 x	-	95 x	95 x	-	63	92	410
Vietnam	105	96	94	109	-	78	94	60	93	92	20	69	59	870
Yemen	105	58	82	62	-	28 x	47 x	14 x	36 x	24 x	9 x	370 x	200	90
Zambia	102	77	101	-	95	41	94	60	47	48	3	590	440	37
Zimbabwe	97	-	-	-	-	59	90	65	66	65	5	960	570	52

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	730	31
--------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^e

Africa subsahariana	104	76	93	82	101	24	77	46	49	47	4	-	500	39
Africa orientale e meridionale	104	82	96	89	103	34	81	44	44	43	4	-	410	52
Africa occidentale e centrale	104	70	89	76	100	17	74	47	55	52	4	-	570	32
Medio Oriente e Nord Africa	105	82	94	92	-	48	77	-	73	62	-	-	170	190
Asia meridionale	104	69	98	91	-	52	70	35	49	44	9	-	220	150
Asia orientale e Pacifico	105	94	102	104	-	64**	93	77**	92	84	23	-	82	680
America latina e Caraibi	109	98	97	108	102	-	96	89	90	89	40	-	81	520
ECO/CIS	113	98	99	97	101	73	-	-	97	-	-	-	32	1.700
Paesi meno sviluppati	104	76	94	84	102	35	74	38	48	44	6	-	430	52
Mondo	106	90	97	97	100**	55**	81	50**	66	61	16	-	210	180

o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Speranza di vita – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso di alfabetismo tra gli adulti – Numero di persone alfabetizzate, oltre i 15 anni di età, in grado di leggere e scrivere con consapevolezza una breve presentazione sulla vita quotidiana, espresso come percentuale sul totale della popolazione di questa fascia di età.

Rapporto iscrizione lorda alla primaria – Iscrizione totale alla scuola primaria indipendentemente dall'età, espresso come percentuale sulla popolazione ufficiale appartenente alla fascia di età da scuola primaria.

Rapporto iscrizione lorda alla secondaria – Iscrizione totale alla scuola secondaria indipendentemente dall'età, espresso come percentuale sulla popolazione ufficiale appartenente alla fascia di età da scuola secondaria.

Tasso di completamento del ciclo scolastico primario – Percentuale di bambini che entra in prima elementare e che porta a termine il ciclo fino alla quinta.

Diffusione contraccettivi – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni in coppia che ricorre alla contraccezione.

Copertura assistenza prenatale – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che almeno una volta durante la gravidanza è stata assistita da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche) e percentuale di donne che ha ricevuto cure almeno quattro volte.

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Parti in centri sanitari – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che ha partorito in un centro sanitario.

Parto cesareo – Percentuale di nascite con parto cesareo (percentuale di cesarei tra il 5% e il 15% con un adeguato livello di cure ostetriche di emergenza).

Rapporto mortalità materna – Numero di decessi di donne per cause legate alla gravidanza su 100.000 nati vivi nello stesso periodo. La colonna "registrati" indica le cifre censite nei paesi non arrotondate per i casi non segnalati o mal classificati. I valori del rapporto mortalità materna sono stati arrotondati secondo il seguente schema: <100, nessun arrotondamento; 100-999, arrotondato a 10; e >1.000 arrotondato a 100.

Rischio di mortalità materna nel corso della vita – Il rischio di morte materna nel corso della vita tiene conto sia della probabilità di rimanere incinta sia della probabilità di morire a causa della gravidanza, sommate nell'arco degli anni riproduttivi di una donna.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Speranza di vita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Alfabetismo tra gli adulti – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

Iscrizione alla scuola primaria e secondaria – UIS.

Completamento del ciclo scolastico primario – UIS.

Frequenza alla scuola primaria e secondaria – UIS. Medie regionali e globali calcolate dall'UNICEF.

Diffusione contraccettivi – MICS, DHS e altre fonti rappresentative a livello nazionale; Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Assistenza prenatale – MICS, DHS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Assistenza qualificata al parto – MICS, DHS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Parti in centri sanitari – MICS, DHS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Parto cesareo – DHS, MICS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Rapporto mortalità materna (registrato) – Fonti rappresentative a livello nazionale comprese indagini a domicilio e registrazioni demografiche.

Rapporto mortalità materna (arrotondato) – United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group (OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale).

Rischio di mortalità materna nel corso della vita – United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group (OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale).

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Le stime dei dati antecedenti al 2000 non sono presentati.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

† I dati sulla mortalità materna, nella colonna "registrati" si riferiscono ai dati rilevati dalle autorità nazionali. I dati nella colonna "arrotondati" sono quelli stimati dal Gruppo Interagenzie delle Nazioni Unite nel 2010 e resi noti a maggio 2012. Periodicamente il Gruppo Interagenzie delle Nazioni Unite (OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale) produce a livello internazionale una serie di dati sulla mortalità materna per risolvere i problemi rappresentati dai decessi non registrati o mal classificati, comprese le stime per i paesi privi di dati. Si prega di notare che, principalmente a causa di un aumento del numero di paesi e fonti per i dati inclusi nelle ultime stime, questi valori non sono confrontabili con quelli riportati in precedenza come "arrotondati". La serie di dati confrontabili sulla mortalità materna del 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010 sono disponibili su <www.childinfo.org>.

TAVOLA 9: PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e aree	Lavoro minorile (%)* 2002-2011*			Matrimoni precoci (%) 2002-2011*		Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*	Mutilazione genitale femminile/ escissione (%) 2002-2011*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2002-2011*		Punizioni violente (%)* 2005-2011*		
	totale	maschi	femmine	entro 15 anni	entro 18 anni		total	diffusione		sostegno alla pratica ^c	maschi	femmine	totale	maschi
						donne ^a		figlie ^b						
Afghanistan	10	11	10	15	40	37	-	-	-	-	90	74	75	74
Albania	12	14	9	0	10	99	-	-	-	36	30	75	78	71
Algeria	5 y	6 y	4 y	0	2	99	-	-	-	-	68	88	89	87
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	24 x	22 x	25 x	-	-	29 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	7 y	8 y	5 y	-	-	91 x, y	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	4 y	5 y	3 y	0	7	100	-	-	-	20	9	70	72	67
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijan	7 y	8 y	5 y	1	12	94	-	-	-	58	49	75	79	71
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrain	5 x	6 x	3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	32	66	10	-	-	-	36	36	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	6	7	5	3	26	95	-	-	-	-	9	71	71	70
Benin	46	47	45	8	34	60	13	2	1	14	47	-	-	-
Bhutan	3	3	3	6	26	100	-	-	-	-	68	-	-	-
Bielorussia	5	6	4	0	7	-	-	-	-	-	-	84	87	80
Bolivia (Stato Plurinazionale)	26 y	28 y	24 y	3	22	76 y	-	-	-	-	16	-	-	-
Bosnia/Herzegovina	5	7	4	0	6	100	-	-	-	-	5	38	40	36
Botswana	9 y	11 y	7 y	-	-	72	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasile	3 y	4 y	2 y	11	36	93 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	39	42	36	10	52	77	76	13 y	9	34	44	83	84	82
Burundi	26	26	27	3	20	75	-	-	-	44	73	-	-	-
Cambogia	37 y	-	-	2	18	62	-	-	-	22 y	46 y	-	-	-
Camerun	31	31	30	11	36	70	1	1	7	-	56	93	93	93
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	3 x, y	4 x, y	3 x, y	3	18	91	-	-	-	16 y	17	-	-	-
Ciad	26	25	28	29	68	16	44	18	38	-	62	84	85	84
Cile	3	3	2	-	-	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Cina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cipro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	9 y	12 y	6 y	6	23	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Comore	27 x	26 x	28 x	-	-	83 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	25	24	25	7	33	81 y	-	-	-	-	76	-	-	-
Congo, Repubblica Democratica	15	13	17	9	39	28	-	-	-	-	76	92	92	91
Corea, Repubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	35	36	34	8	35	55	36	9	20	-	65	91	91	91
Costa Rica	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croazia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	9	40	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Danimarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	8	7	8	4	22	90	-	-	-	-	-	-	-	-
Egitto	7	8	5	2	17	99	91	24 y	54	-	39 y	92 y	-	-
El Salvador	5 y	7 y	3 y	5	25	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	20	47	-	89	63	49	-	71	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	27 y	31 y	24 y	16	41	7	74	38	-	45	68	-	-	-
Federazione Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Figi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 y	-	-
Filippine	-	-	-	2	14	83 x	-	-	-	-	14	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	-	-	-	11 x	34 x	89 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	19	21	18	7	36	53	76	42 y	64	-	75	90	90	91

Paesi e aree	Lavoro minorile (%) ^a 2002-2011 ^a			Matrimoni precoci (%) 2002-2011 ^a		Registrazione anagrafica (%) 2005-2011 ^a	Mutilazione genitale femminile/ escissione (%) 2002-2011 ^a			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2002-2011 ^a		Punizioni violente (%) ^a 2005-2011 ^a		
	totale	maschi	femmine	entro 15 anni	entro 18 anni		total	diffusione		sostegno alla pratica ^c	maschi	femmine	totale	maschi
						donne ^a		figlie ^b						
Georgia	18	20	17	1	14	99	—	—	—	—	7	67	70	63
Germania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ghana	34	34	34	5	21	63	4	0 y	2	26 y	44	94	94	94
Giamaica	6	7	5	1	9	98	—	—	—	22 y	3 y	89	90	87
Giappone	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gibuti	8	8	8	2	5	89	93	49	37	—	—	72	73	71
Giordania	2 y	3 y	0 y	1	10	—	—	—	—	—	90 y	—	—	—
Grecia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	21 y	—	—	7	30	97	—	—	—	—	—	—	—	—
Guinea	25	26	24	20	63	43	96	57	69	—	86	—	—	—
Guinea Equatoriale	28 x	28 x	28 x	—	—	32 x	—	—	—	—	—	—	—	—
Guinea-Bissau	38	40	36	7	22	24	50	39	34	—	40 y	82	82	81
Guyana	16	17	16	6	23	88	—	—	—	19	16	76	79	74
Haiti	21	22	19	6	30	81	—	—	—	—	29	—	—	—
Honduras	16	16	15	11	39	94	—	—	—	—	16	—	—	—
India	12	12	12	18	47	41	—	—	—	51	54	—	—	—
Indonesia	7 y	8 y	6 y	4	22	53	—	—	—	16 y	31 y	—	—	—
Iran (Repubblica islamica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iraq	11	12	9	3	17	95	—	—	—	—	59	86	87	84
Irlanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Isole Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Isole Marshall	—	—	—	6	26	96	—	—	—	58	56	—	—	—
Isole Salomone	—	—	—	3	22	—	—	—	—	65	69	72 y	—	—
Israele	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kazakistan	2	2	2	0	6	100	—	—	—	17	12	49	54	45
Kenya	26 x	27 x	25 x	6	26	60	27	—	9	44	53	—	—	—
Kirghizistan	4	4	3	1	10	94	—	—	—	—	38	54 y	58 y	49 y
Kiribati	—	—	—	3	20	94	—	—	—	60	76	81 y	—	—
Kuwait	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Laos, Repubblica Democratica Popolare	11	10	13	—	—	72	—	—	—	—	81	74	75	72
Lesotho	23 x	25 x	21 x	2	19	45	—	—	—	48	37	—	—	—
Lettonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Libano	2	3	1	1	6	100	—	—	—	—	10 y	82	82	82
Liberia	21	21	21	11	38	4 y	58	—	—	30	59	94	94	94
Libia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lussemburgo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	13	12	13	1	7	100	—	—	—	—	15	69	71	67
Madagascar	28 y	29 y	27 y	14	48	80	—	—	—	30	32	—	—	—
Malawi	26	25	26	12	50	—	—	—	—	13	13	—	—	—
Maldiva	—	—	—	0	4	93	—	—	—	14 y	31 y	—	—	—
Malesia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mali	21	22	21	15	55	81	89	75	73	—	87	—	—	—
Malta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marocco	8	9	8	3	16	85 x, y	—	—	—	—	64	91	92	90
Mauritania	16	18	15	15	35	56	72	66	53	—	—	—	—	—
Mauritius	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Messico	5	6	5	5	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Micronesia (Stati Federati)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldavia, Repubblica	16	20	12	1	19	98 x	—	—	—	22 y	21	—	—	—
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	10	10	11	0	5	99	—	—	—	9 y	10	46	48	43
Montenegro	10	12	8	0	5	98	—	—	—	—	11	63	64	61
Mozambico	22	21	24	21	56	31	—	—	—	—	36	—	—	—
Myanmar	—	—	—	—	—	72	—	—	—	—	—	—	—	—
Namibia	—	—	—	2	9	67	—	—	—	41	35	—	—	—
Nauru	—	—	—	2	27	83	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	34 y	30 y	38 y	10	41	42	—	—	—	22	23	—	—	—
Nicaragua	15 x	18 x	11 x	10	41	81 y	—	—	—	—	14	—	—	—

Paesi e aree	Lavoro minorile (%) ^a 2002-2011*			Matrimoni precoci (%) 2002-2011*		Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*	Mutilazione genitale femminile/ escissione (%) 2002-2011*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2002-2011*		Punizioni violente (%) ^a 2005-2011*		
	totale	maschi	femmine	entro 15 anni	entro 18 anni		total	diffusione		sostegno alla pratica ^c	maschi	femmine	totale	maschi
						donne ^a		figlie ^b						
Niger	43	43	43	36	75	32 y	2	1	3	—	70	—	—	—
Nigeria	29	29	29	16	39	30	30 y	30 y	22	30	43	—	—	—
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvegia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nuova Zelanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oman	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paesi Bassi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pakistan	—	—	—	7	24	27	—	—	—	—	—	—	—	—
Palau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	7 y	10 y	4 y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Papua Nuova Guinea	—	—	—	2	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	15	17	12	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perù	34 y	31 y	36 y	3	19	93	—	—	—	—	—	—	—	—
Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portogallo	3 x, y	4 x, y	3 x, y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regno Unito	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Repubblica Ceca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Repubblica Centrafricana	29	27	30	29	68	61	24	1 y	11	80 y	80	92	92	92
Repubblica Dominicana	13	18	8	12	41	79	—	—	—	—	4	67	69	65
Romania	1 x	1 x	1 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruanda	29	27	30	1	8	63	—	—	—	25	56	—	—	—
Saint Kitts/Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint Lucia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint Vincent/Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	—	—	—	—	—	48	—	—	—	46	61	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé/Principe	8	8	7	5	34	75	—	—	—	22	20	—	—	—
Senegal	17 y	18 y	16 y	12	33	75	26	13 y	17	25	60	—	—	—
Serbia	4	5	4	1	5	99	—	—	—	7 y	3	67	70	64
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	26	27	25	18	44	78	88	10 y	72	—	73	82	81	82
Singapore	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Siria, Repubblica araba	4	5	3	3	13	95	—	—	—	—	—	89	90	88
Slovacchia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovenia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	49	45	54	8	45	3	98	46	65	—	76 y	—	—	—
Spagna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	—	—	—	2	12	97	—	—	—	—	53 y	—	—	—
Stati Uniti	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stato di Palestina	—	—	—	7	19	96 y	—	—	—	—	—	95	—	—
Sud Sudan ^o	—	—	—	9	52	35	—	—	—	—	79	—	—	—
Sudafrica	—	—	—	1	6	92 y	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudan ^o	—	—	—	7	33	59	88	37 y	42	—	47	—	—	—
Suriname	6	7	5	3	19	97	—	—	—	—	13	86	87	85
Svezia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Svizzera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Swaziland	7	8	7	1	7	50	—	—	—	23 y	28	89	90	88
Tagikistan	10	9	11	1	13	88	—	—	—	—	74 y	78	80	75
Tanzania, Repubblica Unita	21 y	23 y	19 y	7	37	16	15	3	6	38	54	—	—	—
Thailandia	8	8	8	3	20	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Timor Est	4	4	4	3	19	55	—	—	—	81	86	—	—	—
Togo	28	28	29	6	25	78	4	0 y	2	—	43	93	94	93
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	1	1	1	2	8	96	—	—	—	—	8	77	78	77
Tunisia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turchia	3 y	3 y	2 y	3	14	94	—	—	—	—	25	—	—	—
Turkmenistan	—	—	—	1	7	96	—	—	—	—	38 y	—	—	—
Tuvalu	—	—	—	0	10	50	—	—	—	73	70	—	—	—
Ucraina	7	8	7	0	10	100	—	—	—	11	4	70	76	65
Uganda	25 y	27 y	24 y	10	40	30	1	1 y	9	44	58	—	—	—
Ungheria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	8 y	8 y	8 y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uzbekistan	—	—	—	0	7	100	—	—	—	59 y	70	—	—	—

Paesi e aree	Lavoro minorile (%) ^a 2002-2011 ^a			Matrimoni precoci (%) 2002-2011 ^a		Registrazione anagrafica (%) 2005-2011 ^a	Mutilazione genitale femminile/ escissione (%) 2002-2011 ^a			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2002-2011 ^a		Punizioni violente (%) ^a 2005-2011 ^a		
	totale	maschi	femmine	entro 15 anni	entro 18 anni		diffusione		sostegno alla pratica ^c	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
						donne ^a	figlie ^b							
Vanuatu	–	–	–	9	27	26	–	–	–	–	–	78 y	–	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	8 x	9 x	6 x	–	–	92 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Vietnam	7	7	7	1	9	95	–	–	–	–	36	74	76	71
Yemen	23	21	24	11	32	22	23 x, y	20 x, y	41 x, y	–	–	95	95	95
Zambia	41 y	42 y	40 y	9	42	14	1	–	–	49	62	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	31	49	–	–	–	34	40	–	–	–

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	13 x	14 x	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^e

Africa subsahariana	27	28	26	12	37	41	40	24	21	35	55	–	–	–
Africa orientale e meridionale	27	28	25	9	34	37	42	–	–	40	55	–	–	–
Africa occidentale e centrale	27	28	27	14	41	42	34	23	22	30	56	–	–	–
Medio Oriente e Nord Africa	9	10	8	3	17	81	–	–	–	–	52	90	–	–
Asia meridionale	12	13	12	18	46	37	–	–	–	49	52	–	–	–
Asia orientale e Pacifico	8 **	8 **	7 **	3 **	18 **	70 **	–	–	–	–	30 **	–	–	–
America latina e Caraibi	9	9	7	7	29	93	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CIS	5	6	4	1	10	96	–	–	–	–	27	–	–	–
Paesi meno sviluppati	23	24	22	16	46	35	–	–	–	36	54	–	–	–
Mondo	15 **	15 **	14 **	11 **	34 **	51 **	–	–	–	–	47 **	–	–	–

^o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

[#] Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Lavoro minorile – Percentuale di bambini tra i 5 e i 14 anni che al momento dell'indagine lavorava. Un bambino è considerato coinvolto in attività legate al lavoro, secondo la seguente classificazione: bambini tra i 5 e gli 11 anni che, durante la settimana precedente l'indagine, hanno svolto almeno un'ora di attività produttrice di reddito o almeno 28 ore di lavoro domestico, o bambini tra i 12 e i 14 anni che, durante la settimana precedente l'indagine, hanno svolto almeno 14 ore di attività produttrici di reddito o almeno 28 ore di lavoro domestico.

Matrimoni precoci – Percentuale di donne tra i 20 e i 24 anni che si è sposata o ha iniziato a convivere prima dei 15 anni e percentuale di donne tra i 20 e i 24 anni che si è sposata o ha iniziato a convivere prima dei 18 anni.

Registrazione anagrafica – Percentuale di bambini con meno di 5 anni che al momento dell'indagine era stata registrata. Il numeratore di questo indicatore include bambini il cui certificato di nascita è stato visionato dall'intervistatore o le cui madri o tutori abbiano dichiarato l'avvenuta registrazione anagrafica.

Mutilazione genitale femminile/escissione – (a) Donne: percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni vittime di mutilazioni/escissione; (b) Figlie: sostegno alla percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni con almeno una figlia vittima di mutilazione/escissione; (c) Sostegno alla pratica: percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che ritiene giusto continuare la pratica della mutilazione genitale femminile/escissione.

Giustificazione delle percosse sulle mogli – Percentuale di donne e uomini tra i 15 e i 49 anni che giustifica un marito se colpisce o picchia la propria moglie in almeno una delle seguenti circostanze: se la moglie brucia il cibo, se discute con lui, se esce senza avvisarlo, se trascura i figli o se rifiuta di avere rapporti sessuali.

Punizioni violente – Percentuale di bambini tra i 2 e i 14 anni che subisce qualsiasi tipo di punizione violenta (psicologica o fisica).

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Lavoro minorile – Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Indagini demografiche e sanitarie (DHS).

Matrimoni precoci – MICS, DHS e altre indagini nazionali.

Registrazione anagrafica – MICS, DHS, altre indagini nazionali e sistemi di registrazione demografica.

Mutilazione genitale femminile/escissione – MICS, DHS e altre indagini nazionali.

Giustificazione delle percosse sulle mogli – MICS, DHS e altre indagini nazionali.

Punizioni violente – MICS, DHS e altre indagini nazionali.

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

+ Una spiegazione più dettagliata della metodologia e dei recenti cambiamenti nel calcolo di tali stime si possono trovare nelle Note generali sui dati a pagina 94.

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 10: TASSO DI PROGRESSO

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%) ^a del tasso di mortalità sotto i 5 anni				Riduzione dal 1990 (%) ^b	Riduzione dal 2000 (%) ^b	Tasso medio annuo di crescita del PIL pro capite (%)		Tasso totale di fertilità			Tasso medio annuo di riduzione (%)		Tasso totale di fertilità	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011		
Afghanistan	23	309	192	136	101	2,4	3,4	2,7	3,1	47	26	-	-	7,7	8,0	6,2	-0,2	1,2		
Albania	122	-	41	26	14	-	4,5	5,5	5,0	65	46	-0,7 x	5,3	4,9	3,2	1,5	2,1	3,6		
Algeria	74	199	66	46	30	5,5	3,6	3,9	3,8	55	35	1,6	1,5	7,4	4,7	2,2	2,3	3,6		
Andorra	184	-	8	5	3	-	5,1	3,8	4,4	60	34	-1,4	2,5 x	-	-	-	-	-		
Angola	8	-	243	199	158	-	2,0	2,1	2,1	35	21	-	4,1	7,3	7,2	5,3	0,1	1,4		
Antigua e Barbuda	145	-	27	15	8	-	5,9	6,1	6,0	72	49	7,8 x	0,6	-	-	-	-	-		
Arabia Saudita	141	-	43	21	9	-	7,3	7,3	7,3	78	55	-1,4	0,2	7,3	5,8	2,7	1,1	3,6		
Argentina	122	58	28	20	14	3,7	3,1	3,3	3,2	49	31	-0,8	2,3	3,1	3,0	2,2	0,1	1,5		
Armenia	102	-	47	30	18	-	4,6	4,8	4,7	63	41	-	6,1	3,2	2,5	1,7	1,2	1,8		
Australia	165	21	9	6	5	4,2	3,8	2,9	3,4	51	27	1,6	2,2	2,7	1,9	2,0	1,9	-0,2		
Austria	169	29	9	6	4	5,6	5,2	2,6	3,8	55	25	2,5	1,8	2,3	1,5	1,4	2,4	0,3		
Azerbaijan	61	-	95	69	45	-	3,2	3,9	3,6	53	35	-	5,9	4,6	3,0	2,2	2,2	1,5		
Bahamas	107	31	22	17	16	1,8	2,6	0,4	1,4	26	4	1,9	0,7	3,5	2,6	1,9	1,5	1,6		
Bahrain	135	81	21	12	10	6,9	5,0	2,0	3,4	51	19	-1,0 x	1,3 x	6,5	3,7	2,5	2,8	1,9		
Bangladesh	60	226	139	84	46	2,4	5,0	5,5	5,3	67	45	0,6	3,6	6,9	4,5	2,2	2,1	3,4		
Barbados	98	47	18	17	20	4,8	0,4	-1,2	-0,5	-10	-15	1,7	1,1 x	3,1	1,7	1,6	2,9	0,5		
Belgio	169	24	10	6	4	4,3	5,4	2,7	4,0	57	26	2,2	1,6	2,2	1,6	1,8	1,7	-0,7		
Belize	106	-	44	26	17	-	5,1	4,0	4,5	62	36	2,9	1,8	6,3	4,5	2,7	1,7	2,4		
Benin	20	261	177	140	106	1,9	2,4	2,5	2,4	40	24	0,5	1,3	6,7	6,7	5,2	0,0	1,2		
Bhutan	51	286	138	89	54	3,6	4,4	4,6	4,5	61	40	-	5,3	6,7	5,8	2,3	0,7	4,3		
Bielorussia	157	-	17	14	6	-	2,3	8,1	5,3	67	59	-	4,7	2,3	1,9	1,5	1,0	1,2		
Bolivia (Stato Plurinazionale)	55	226	120	81	51	3,2	3,9	4,3	4,1	58	37	-1,1	1,6	6,6	4,9	3,3	1,5	1,9		
Bosnia/Erzegovina	145	-	19	10	8	-	6,7	2,0	4,3	59	20	-	8,3 x	2,9	1,7	1,1	2,6	1,9		
Botswana	80	131	53	81	26	4,5	-4,3	10,4	3,4	51	68	8,1	3,4	6,6	4,7	2,7	1,7	2,6		
Brasile	107	129	58	36	16	4,0	4,9	7,5	6,3	73	56	2,3	1,6	5,0	2,8	1,8	2,9	2,1		
Brunei Darussalam	151	-	12	10	7	-	2,5	2,6	2,6	41	25	-2,2 x	-0,4 x	5,8	3,5	2,0	2,4	2,7		
Bulgaria	128	39	22	21	12	2,9	0,7	4,9	2,9	45	42	3,4 x	3,3	2,2	1,7	1,5	1,1	0,6		
Burkina Faso	9	291	208	182	146	1,7	1,4	2,0	1,7	30	19	1,3	2,8	6,6	6,8	5,8	-0,2	0,8		
Burundi	10	229	183	165	139	1,1	1,0	1,5	1,3	24	15	1,2	-1,4	6,8	6,5	4,2	0,2	2,1		
Cambogia	62	-	117	102	43	-	1,4	7,9	4,8	64	58	-	6,5 x	5,9	5,7	2,5	0,2	3,9		
Camerun	11	206	145	140	127	1,8	0,4	0,8	0,6	12	9	3,4	0,8	6,2	5,9	4,4	0,2	1,4		
Canada	157	22	8	6	6	4,9	2,9	0,9	1,9	33	10	2,0	1,8	2,2	1,7	1,7	1,5	-0,1		
Capo Verde	91	160	58	39	21	5,1	4,0	5,5	4,8	63	45	-	5,0	6,9	5,3	2,3	1,3	3,9		
Ciad	4	257	208	189	169	1,1	1,0	1,0	1,0	19	10	-0,9	3,1	6,5	6,7	5,9	-0,1	0,6		
Cile	141	82	19	11	9	7,4	5,5	2,0	3,6	53	19	1,5	3,4	4,0	2,6	1,8	2,1	1,7		
Cina	115	117	49	35	15	4,3	3,3	7,9	5,8	70	58	6,6	9,3	5,5	2,3	1,6	4,3	1,9		
Cipro	184	-	11	7	3	-	5,3	6,7	6,0	72	52	5,9 x	2,0	2,6	2,4	1,5	0,4	2,4		
Colombia	102	105	34	25	18	5,6	3,2	3,1	3,2	48	29	1,9	1,6	5,6	3,1	2,3	2,9	1,3		
Comore	33	219	122	100	79	2,9	2,0	2,1	2,0	35	20	-0,1 x	-0,8	7,1	5,6	4,9	1,2	0,7		
Congo	25	152	119	109	99	1,2	0,9	0,9	0,9	17	9	3,3	0,4	6,3	5,4	4,5	0,8	0,8		
Congo, Repubblica Democratica	5	244	181	181	168	1,5	0,0	0,7	0,4	8	8	-2,2	-2,6	6,2	7,1	5,7	-0,7	1,1		
Corea, Repubblica	165	49	8	6	5	9,4	2,7	1,6	2,1	36	16	6,2	4,1	4,5	1,6	1,4	5,2	0,8		
Corea, Repubblica Democratica Popolare	69	-	45	58	33	-	-2,5	5,0	1,4	26	42	-	-	4,0	2,4	2,0	2,6	0,9		
Costa d'Avorio	17	233	151	139	115	2,2	0,9	1,7	1,3	24	17	-1,7	-0,6	7,9	6,3	4,3	1,2	1,7		
Costa Rica	135	71	17	13	10	7,1	2,9	2,2	2,5	41	22	0,7	2,6	5,0	3,2	1,8	2,3	2,6		
Croazia	165	-	13	8	5	-	4,3	4,5	4,4	60	39	-	2,8	2,0	1,7	1,5	0,9	0,6		
Cuba	157	41	13	9	6	5,6	4,5	3,5	4,0	56	32	3,9	3,0 x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9		
Danimarca	169	16	9	6	4	3,2	4,4	3,8	4,1	57	34	2,0	1,4	2,1	1,7	1,9	1,2	-0,6		
Dominica	128	54	17	15	12	5,7	1,6	2,1	1,8	32	21	5,2 x	2,2	-	-	-	-	-		
Ecuador	86	138	52	34	23	4,8	4,3	3,7	4,0	56	33	1,3	1,5	6,3	3,7	2,4	2,7	1,9		
Egitto	91	237	86	44	21	5,1	6,6	6,8	6,7	75	52	4,3	2,8	5,9	4,4	2,7	1,6	2,3		
El Salvador	115	158	60	34	15	4,8	5,7	7,3	6,6	75	55	-1,9	2,4	6,2	4,0	2,2	2,3	2,8		
Emirati Arabi Uniti	151	92	22	12	7	7,1	5,9	5,7	5,8	70	46	-4,3 x	-1,9	6,6	4,4	1,7	2,0	4,5		
Eritrea	41	247	138	98	68	2,9	3,4	3,4	3,4	51	31	-	-0,8 x	6,6	6,2	4,4	0,3	1,7		
Estonia	169	-	20	11	4	-	6,2	9,7	8,1	82	66	-	5,5 x	2,1	1,9	1,7	0,4	0,6		
Etiopia	36	230	198	139	77	0,7	3,6	5,3	4,5	61	44	-	3,3	6,8	7,1	4,0	-0,2	2,7		
Federazione Russa	128	40	27	21	12	2,0	2,5	5,3	4,0	56	44	-	2,3	2,0	1,9	1,5	0,3	1,0		
Figi	107	53	30	22	16	2,9	2,8	2,8	2,8	45	26	0,6	1,3	4,5	3,4	2,6	1,5	1,2		
Filippine	83	88	57	39	25	2,2	3,8	3,9	3,8	55	35	0,5	1,9	6,3	4,3	3,1	1,9	1,6		
Finlandia	184	16	7	4	3	4,4	4,4	3,6	4,0	57	33	2,9	2,5	1,9	1,7	1,9	0,3	-0,3		
Francia	169	18	9	5	4	3,6	4,9	2,5	3,6	53	24	2,1	1,2	2,5	1,8	2,0	1,8	-0,6		
Gabon	44	-	94	82	66	-	1,4	2,1	1,7	31	20	0,2	-0,7	4,7	5,2	3,2	-0,5	2,3		
Gambia	23	286	165	130	101	2,8	2,3	2,4	2,3	39	23	0,6	0,9	6,1	6,1	4,8	0,0	1,1		

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%) ^a del tasso di mortalità sotto i 5 anni				Riduzione dal 1990 (%) ^b	Riduzione dal 2000 (%) ^b	Tasso medio annuo di crescita del PIL pro capite (%)		Tasso totale di fertilità			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Georgia	91	-	47	33	21	-	3,6	4,2	3,9	56	37	3,1	2,7	2,6	2,2	1,5	0,9	1,6
Germania	169	26	9	5	4	5,6	4,5	2,7	3,6	53	26	2,3	1,3	2,0	1,4	1,4	1,9	-0,2
Ghana	34	183	121	99	78	2,1	2,0	2,2	2,1	36	21	-2,0	2,5	7,0	5,6	4,1	1,1	1,5
Giamaica	102	63	35	26	18	3,0	3,0	3,0	3,0	47	28	-1,3	0,5	5,5	2,9	2,3	3,1	1,2
Giappone	184	18	6	5	3	5,1	3,5	2,5	3,0	47	24	3,4	0,7	2,1	1,6	1,4	1,5	0,6
Gibuti	26	-	122	106	90	-	1,4	1,5	1,5	26	15	-	-1,4 x	7,4	6,2	3,7	0,9	2,5
Giordania	91	97	37	28	21	4,8	2,7	2,7	2,7	44	26	2,5 x	2,6	7,9	5,8	3,0	1,6	3,1
Grecia	169	38	13	8	4	5,5	5,0	5,1	5,0	65	43	1,3	2,2	2,4	1,4	1,5	2,5	-0,3
Grenada	125	-	21	16	13	-	2,9	1,9	2,4	39	18	4,2 x	2,9	4,6	3,8	2,2	0,9	2,6
Guatemala	74	172	78	48	30	4,0	4,8	4,2	4,5	61	37	0,2	1,3	6,2	5,6	3,9	0,6	1,7
Guinea	12	316	228	175	126	1,6	2,7	3,0	2,8	45	28	-	2,9	6,8	6,7	5,2	0,1	1,3
Guinea Equatoriale	16	-	190	152	118	-	2,2	2,3	2,3	38	22	-	18,2	5,7	5,9	5,1	-0,2	0,7
Guinea-Bissau	7	242	210	186	161	0,7	1,2	1,3	1,3	24	14	0,0	-1,2	6,1	6,6	5,0	-0,5	1,4
Guyana	68	78	63	49	36	1,0	2,5	2,8	2,7	43	27	-1,3	2,8 x	5,6	2,6	2,2	3,8	0,7
Haiti	40	229	143	102	70	2,3	3,4	3,4	3,4	51	31	-	-1,0 x	5,8	5,4	3,3	0,3	2,4
Honduras	91	156	55	35	21	5,2	4,5	4,5	4,5	61	39	0,8	1,6	7,3	5,1	3,1	1,7	2,4
India	49	189	114	88	61	2,5	2,6	3,3	3,0	46	30	2,0	4,9	5,5	3,9	2,6	1,7	2,0
Indonesia	71	164	82	53	32	3,5	4,4	4,6	4,5	61	39	4,6	2,7	5,5	3,1	2,1	2,8	1,9
Iran (Repubblica islamica)	83	203	61	44	25	6,0	3,3	5,1	4,3	59	43	-2,3	2,7 x	6,5	4,8	1,6	1,5	5,1
Iraq	67	115	46	43	38	4,6	0,7	1,1	0,9	18	11	-	-1,9 x	7,4	6,0	4,6	1,0	1,2
Irlanda	169	23	9	7	4	4,6	2,5	5,1	3,9	56	43	-	0,6 x	3,8	2,0	2,1	3,2	-0,3
Islanda	184	16	6	4	3	4,6	4,8	4,0	4,4	60	36	3,2	2,1	3,0	2,2	2,1	1,6	0,1
Isole Cook	135	61	19	17	10	5,8	1,1	5,3	3,3	50	44	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	80	98	52	38	26	3,2	3,2	3,3	3,3	50	30	-	0,5	-	-	-	-	-
Isole Salomone	87	102	42	31	22	4,5	3,2	3,1	3,1	48	29	-	-0,9	6,9	5,9	4,2	0,8	1,6
Israele	169	-	12	7	4	-	5,1	4,3	4,7	63	38	1,9	1,8	3,8	3,0	2,9	1,2	0,1
Italia	169	33	10	6	4	6,1	5,5	3,8	4,6	62	34	2,8	0,8	2,5	1,3	1,4	3,2	-0,5
Kazakistan	78	79	57	42	28	1,7	3,0	3,7	3,3	50	33	-	4,1	3,5	2,8	2,5	1,1	0,5
Kenya	38	153	98	113	73	2,2	-1,5	4,0	1,4	26	36	1,2	0,4	8,1	6,0	4,7	1,5	1,2
Kirghizistan	72	143	70	47	31	3,6	3,9	4,0	4,0	56	35	-	0,7	4,9	3,9	2,7	1,2	1,8
Kiribati	58	154	88	65	47	2,8	2,9	2,9	2,9	46	27	-5,3	1,1	-	-	-	-	-
Kuwait	133	60	17	13	11	6,4	2,9	1,4	2,1	36	14	-6,7 x	1,4 x	7,2	2,6	2,3	5,1	0,6
Laos, Repubblica Democratica Popolare	63	-	148	81	42	-	6,0	6,0	6,0	72	48	-	4,7	6,0	6,2	2,7	-0,1	4,0
Lesotho	29	177	88	117	86	3,5	-2,9	2,8	0,1	2	27	2,4	2,3	5,8	4,9	3,1	0,8	2,1
Lettonia	145	-	21	17	8	-	1,7	6,7	4,3	60	52	3,4	4,4	1,9	1,9	1,5	0,0	1,2
Libano	141	57	33	19	9	2,7	5,6	6,5	6,0	72	51	-	2,5	5,1	3,1	1,8	2,4	2,7
Liberia	34	280	241	164	78	0,7	3,9	6,7	5,4	68	52	-4,0	5,5	6,7	6,5	5,2	0,1	1,1
Libia	107	139	44	27	16	5,7	4,9	4,7	4,8	63	40	-	-	7,6	4,8	2,5	2,3	3,1
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	3,0 x	-	-	-	-	-
Lituania	157	26	17	12	6	2,0	3,9	6,6	5,3	67	52	-	3,6	2,3	2,0	1,5	0,7	1,4
Lussemburgo	184	22	8	5	3	4,7	5,4	3,9	4,6	62	35	2,6	2,7	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,3
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	135	-	38	16	10	-	8,4	4,8	6,5	74	41	-	1,2	3,1	2,1	1,4	1,9	1,9
Madagascar	47	176	161	104	62	0,4	4,4	4,8	4,6	62	41	-2,3	-0,3	7,3	6,3	4,6	0,8	1,5
Malawi	31	334	227	164	83	1,9	3,2	6,2	4,8	64	50	0,0	1,3	7,3	6,8	6,0	0,4	0,6
Maldiva	133	266	105	53	11	4,6	6,9	14,5	10,9	90	80	-	5,8 x	7,2	6,1	1,7	0,8	6,1
Malesia	151	54	17	11	7	5,8	4,8	4,4	4,6	62	39	4,0	3,1	4,9	3,5	2,6	1,6	1,4
Mali	3	373	257	214	176	1,9	1,8	1,8	1,8	32	18	0,1	2,1	6,9	7,1	6,2	-0,1	0,6
Malta	157	27	11	8	6	4,4	3,7	2,5	3,1	48	24	6,0	2,4	2,0	2,1	1,3	-0,2	2,2
Marocco	69	177	81	53	33	3,9	4,3	4,3	4,3	60	38	1,9	2,5	7,1	4,0	2,2	2,8	2,8
Mauritania	18	197	125	118	112	2,3	0,6	0,5	0,5	10	5	-1,1	1,3	6,8	5,9	4,5	0,7	1,4
Mauritius	115	85	24	19	15	6,3	2,5	1,9	2,2	37	19	3,2 x	3,5	4,0	2,3	1,6	2,7	1,7
Messico	107	108	49	29	16	4,0	5,2	5,6	5,4	68	46	1,7	1,3	6,7	3,4	2,3	3,4	1,9
Micronesia (Stati Federati)	63	-	56	49	42	-	1,5	1,4	1,5	26	15	-	0,4	6,9	5,0	3,4	1,7	1,8
Moldavia, Repubblica	107	70	35	24	16	3,5	3,8	3,6	3,7	54	33	1,8 x	-0,1	2,6	2,4	1,5	0,3	2,4
Monaco	169	-	8	5	4	-	4,2	2,4	3,3	50	24	1,4	2,1 x	-	-	-	-	-
Mongolia	72	-	107	63	31	-	5,2	6,6	5,9	71	52	-	3,3	7,6	4,1	2,5	3,1	2,4
Montenegro	151	-	18	13	7	-	3,3	5,1	4,3	59	43	-	3,4 x	2,4	1,9	1,6	1,2	0,6
Mozambico	22	275	226	172	103	1,0	2,7	4,7	3,7	54	40	-1,0 x	4,3	6,6	6,2	4,8	0,3	1,2
Myanmar	47	172	107	84	62	2,4	2,5	2,6	2,6	42	25	1,6	7,4 x	6,1	3,4	2,0	2,8	2,6
Namibia	63	113	73	74	42	2,2	-0,1	5,2	2,7	43	44	-2,1 x	1,9	6,5	5,2	3,2	1,1	2,4
Nauru	66	-	40	40	40	-	0,0	0,0	0,0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	57	249	135	83	48	3,1	4,8	5,0	4,9	64	42	1,1	1,9	6,1	5,2	2,7	0,8	3,2
Nicaragua	80	161	66	42	26	4,5	4,5	4,6	4,5	61	39	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,6	1,9	2,9
Niger	13	324	314	216	125	0,2	3,8	5,0	4,4	60	42	-2,0	-0,2	7,4	7,8	7,0	-0,3	0,5

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%) ^a del tasso di mortalità sotto i 5 anni				Riduzione dal 1990 (%) ^b	Riduzione dal 2000 (%) ^b	Tasso medio annuo di crescita del PIL pro capite (%)		Tasso totale di fertilità			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Nigeria	14	259	214	188	124	1,0	1,3	3,8	2,6	42	34	-1,3	2,1	6,5	6,4	5,5	0,1	0,7
Niue	91	-	14	29	21	-	-7,3	3,0	-1,9	-49	28	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	184	16	8	5	3	3,3	5,4	4,2	4,7	63	37	3,2	2,0	2,5	1,9	1,9	1,5	-0,2
Nuova Zelanda	157	21	11	7	6	3,1	4,1	2,1	3,0	47	20	1,1 x	1,8 x	3,1	2,1	2,2	2,0	-0,2
Oman	141	195	48	22	9	7,1	7,8	8,3	8,1	82	60	3,1	2,7	7,3	7,2	2,2	0,1	5,5
Paesi Bassi	169	16	8	6	4	3,2	2,9	4,0	3,5	52	35	1,6	1,9	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,6
Pakistan	39	182	122	95	72	2,0	2,5	2,5	2,5	41	24	2,6	1,9	6,6	6,0	3,3	0,5	2,8
Palau	100	-	32	25	19	-	2,6	2,6	2,6	42	25	-	-0,1 x	-	-	-	-	-
Panama	98	62	33	26	20	3,1	2,6	2,5	2,5	41	24	0,3	3,4	5,3	3,0	2,5	2,8	1,0
Papua Nuova Guinea	50	151	88	72	58	2,7	2,0	2,0	2,0	34	19	-1,0	0,1	6,2	4,8	3,9	1,2	1,0
Paraguay	87	75	53	35	22	1,7	4,0	4,1	4,1	57	37	3,1	0,3	5,7	4,5	2,9	1,2	2,1
Perù	102	158	75	39	18	3,7	6,6	7,0	6,8	76	53	-0,6	3,2	6,3	3,8	2,5	2,5	2,1
Polonia	157	36	17	10	6	3,6	5,9	4,6	5,2	66	40	-	4,4	2,2	2,0	1,4	0,4	1,8
Portogallo	184	66	15	7	3	7,5	7,1	6,8	6,9	77	53	2,5	1,5	3,0	1,5	1,3	3,3	0,7
Qatar	145	57	20	13	8	5,2	4,7	4,5	4,6	62	39	-	0,8 x	6,9	4,2	2,2	2,5	3,0
Regno Unito	165	21	9	7	5	4,1	3,3	2,3	2,8	45	23	2,1	2,4	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,1
Repubblica Ceca	169	-	14	7	4	-	7,6	4,9	6,2	73	42	-	2,7	2,0	1,8	1,5	0,6	1,0
Repubblica Centrafricana	6	226	169	172	164	1,5	-0,2	0,5	0,2	3	5	-1,3	-0,5	6,0	5,8	4,5	0,1	1,1
Repubblica Dominicana	83	122	58	39	25	3,7	4,1	4,0	4,1	58	36	2,1	3,9	6,2	3,5	2,5	2,9	1,5
Romania	125	64	37	27	13	2,7	3,3	6,9	5,2	67	53	0,9 x	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	1,5
Ruanda	51	223	156	183	54	1,8	-1,6	11,1	5,1	65	70	1,2	2,3	8,1	7,0	5,3	0,7	1,3
Saint Kitts/Nevis	151	71	28	16	7	4,6	5,5	7,2	6,4	74	55	6,3 x	1,6	-	-	-	-	-
Saint Lucia	107	63	23	18	16	5,2	2,2	1,4	1,7	31	14	5,3 x	0,7	6,1	3,4	2,0	2,9	2,6
Saint Vincent/Grenadines	91	96	27	22	21	6,5	1,9	0,4	1,1	21	5	3,3	3,2	6,0	3,0	2,0	3,6	1,8
Samoa	100	-	30	23	19	-	2,6	1,8	2,2	37	18	-	2,8	6,1	4,8	3,8	1,2	1,1
San Marino	195	-	12	5	2	-	8,1	9,8	9,0	85	66	1,7	3,2 x	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	28	96	96	93	89	0,0	0,4	0,4	0,4	8	4	-	-	6,5	5,4	3,6	0,9	1,9
Senegal	45	295	136	130	65	3,9	0,4	6,4	3,5	52	50	-0,5	1,1	7,4	6,6	4,7	0,5	1,6
Serbia	151	-	29	13	7	-	8,1	5,3	6,6	75	44	-	1,4	2,4	2,1	1,6	0,6	1,4
Seychelles	122	66	17	14	14	6,9	1,8	0,0	0,9	17	0	2,9	2,0	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1	342	267	241	185	1,2	1,0	2,4	1,7	31	23	-0,5	1,1	5,9	5,7	4,9	0,1	0,7
Singapore	184	27	8	4	3	6,4	6,5	3,7	5,0	65	33	5,9	3,5	3,2	1,8	1,3	2,9	1,5
Siria, Repubblica araba	115	113	36	23	15	5,7	4,6	3,6	4,1	58	33	2,2	1,8 x	7,6	5,3	2,9	1,8	3,0
Slovacchia	145	-	18	12	8	-	4,2	3,7	3,9	56	34	-	3,7	2,5	2,0	1,3	1,0	2,0
Slovenia	184	-	10	5	3	-	6,6	6,0	6,2	73	48	-	3,2	2,3	1,5	1,5	2,0	0,1
Somalia	2	-	180	180	180	-	0,0	0,0	0,0	0	0	-0,8	-	7,2	6,6	6,3	0,4	0,2
Spagna	169	29	11	7	4	4,9	5,0	4,1	4,5	61	36	1,9	1,9	2,9	1,3	1,5	3,8	-0,5
Sri Lanka	128	76	29	19	12	4,8	4,1	4,1	4,1	58	36	3,0	4,1	4,3	2,5	2,3	2,8	0,4
Stati Uniti	145	23	11	9	8	3,6	2,8	1,1	2,0	34	12	2,1	1,7	2,2	1,9	2,1	0,7	-0,3
Stato di Palestina	87	-	43	30	22	-	3,6	2,8	3,2	49	27	-	-2,4 x	7,9	6,5	4,4	0,9	1,9
Sud Sudan ^c	15	302	217	165	121	1,6	2,8	2,8	2,8	45	27	-	-	-	-	-	-	-
Sudafrica	58	-	62	74	47	-	-1,7	4,2	1,4	25	37	0,1	1,3	5,6	3,7	2,4	2,1	2,0
Sudan ^c	29	148	123	104	86	0,9	1,7	1,7	1,7	30	17	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	74	-	52	40	30	-	2,6	2,7	2,7	43	26	-2,2 x	1,7 x	5,7	2,7	2,3	3,6	0,8
Svezia	184	13	7	4	3	3,4	4,9	3,5	4,2	58	32	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Svizzera	169	18	8	6	4	4,1	3,5	2,4	2,9	46	23	1,7 x	0,9	2,1	1,5	1,5	1,6	0,1
Swaziland	21	181	83	114	104	3,9	-3,2	0,9	-1,0	-24	9	3,1	1,8	6,9	5,7	3,3	0,9	2,7
Tagikistan	46	-	114	95	63	-	1,9	3,7	2,8	45	33	-	0,2	6,9	5,2	3,2	1,4	2,2
Tanzania, Repubblica Unita	41	208	158	126	68	1,4	2,2	5,7	4,0	57	47	-	2,5	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6
Thailandia	128	102	35	19	12	5,3	6,4	3,7	5,0	65	34	4,7	2,8	5,6	2,1	1,6	4,9	1,4
Timor Est	51	-	180	109	54	-	5,0	6,4	5,7	70	51	-	1,9 x	5,9	5,3	6,1	0,5	-0,6
Togo	19	220	147	128	110	2,0	1,4	1,4	1,4	25	14	-0,3	-0,1	7,1	6,3	4,0	0,6	2,2
Tonga	115	43	25	20	15	2,9	2,2	2,2	2,2	37	21	-	1,5	5,9	4,6	3,9	1,2	0,9
Trinidad/Tobago	78	52	37	32	28	1,7	1,4	1,3	1,4	25	14	0,5	4,8	3,5	2,4	1,6	1,8	1,9
Tunisia	107	181	51	30	16	6,3	5,5	5,5	5,5	68	45	2,5	3,3	6,6	3,6	2,0	3,0	2,9
Turchia	115	194	72	35	15	5,0	7,1	7,7	7,4	79	57	2,0	2,4	5,5	3,0	2,1	3,0	1,9
Turkmenistan	54	-	94	71	53	-	2,8	2,8	2,8	44	26	-	5,8	6,3	4,3	2,4	1,9	2,9
Tuvalu	74	-	58	43	30	-	2,9	3,3	3,1	48	30	-	2,1	-	-	-	-	-
Ucraina	135	34	19	19	10	2,8	0,4	5,6	3,1	48	46	-	0,6	2,1	1,9	1,5	0,6	1,2
Uganda	26	190	178	141	90	0,3	2,4	4,1	3,3	49	36	-	3,7	7,1	7,1	6,1	0,0	0,8
Ungheria	157	43	19	11	6	4,2	5,3	5,1	5,2	66	43	3,0	2,5	2,0	1,8	1,4	0,6	1,2
Uruguay	135	55	23	17	10	4,3	3,0	4,6	3,8	55	40	0,9	2,1	2,9	2,5	2,1	0,7	0,9
Uzbekistan	56	-	75	61	49	-	2,1	2,1	2,1	35	20	-	2,5	6,5	4,2	2,3	2,2	2,8
Vanuatu	125	102	39	23	13	4,9	5,2	5,0	5,1	66	43	1,2 x	0,6	6,3	4,9	3,8	1,2	1,2

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%) ^g del tasso di mortalità sotto i 5 anni				Riduzione dal 1990 (%) ^g	Riduzione dal 2000 (%) ^g	Tasso medio annuo di crescita del PIL pro capite (%)		Tasso totale di fertilità			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Venezuela (Repubblica bolivariana)	115	61	31	22	15	3,4	3,3	3,6	3,4	51	33	-1,7	0,4	5,4	3,4	2,4	2,2	1,7
Vietnam	87	-	50	34	22	-	3,9	4,1	4,0	57	36	-	6,0	7,4	3,6	1,8	3,6	3,3
Yemen	36	293	126	99	77	4,2	2,4	2,4	2,4	39	23	-	1,1	7,5	8,7	5,1	-0,7	2,5
Zambia	31	179	193	154	83	-0,4	2,3	5,6	4,0	57	46	-2,3	0,8	7,4	6,5	6,3	0,7	0,1
Zimbabwe	43	119	79	106	67	2,0	-2,9	4,1	0,8	15	37	-0,4	-3	7,4	5,2	3,2	1,8	2,3

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	3,4	6,6	6,0	4,3	0,5	1,5
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE#

Africa subsahariana	236	178	154	109	1,4	1,5	3,1	2,3	39	29	0,0	2,0	6,7	6,2	4,9	0,3	1,2
Africa orientale e meridionale	214	162	135	84	1,4	1,8	4,3	3,1	48	38	0,3	1,9	6,8	6,0	4,5	0,6	1,4
Africa occidentale e centrale	259	197	175	132	1,4	1,2	2,6	1,9	33	24	-0,5	2,0	6,6	6,5	5,3	0,1	1,0
Medio oriente e Nord Africa	190	72	52	36	4,8	3,4	3,3	3,3	50	30	-0,1	0,8	6,7	5,0	2,8	1,5	2,8
Asia meridionale	195	119	89	62	2,5	2,9	3,3	3,1	48	30	2,0	4,5	5,7	4,2	2,7	1,6	2,1
Asia orientale e Pacifico	120	55	39	20	3,9	3,4	5,9	4,7	63	48	5,6	7,5	5,6	2,6	1,8	3,8	1,8
America latina e Caraibi	117	53	34	19	4,0	4,4	5,2	4,8	64	44	1,4	1,7	5,3	3,2	2,2	2,5	1,8
ECO/CIS	88	48	35	21	3,1	3,2	4,6	3,9	56	40	-	2,5	2,8	2,3	1,8	0,9	1,3
Paesi meno sviluppati	238	171	136	98	1,7	2,3	3,0	2,7	43	28	-0,1	3,1	6,7	5,9	4,2	0,6	1,7
Mondo	141	87	73	51	2,4	1,8	3,2	2,5	41	29	2,4	2,6	4,7	3,2	2,4	1,9	1,3

^o In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità sotto i 5 anni – Probabilità di morire tra la nascita e il compimento del quinto anno espressa su 1.000 nati vivi.

Riduzione dal 1990 – Percentuale di riduzione del tasso di mortalità sotto i 5 anni (TMS5) dal 1990 al 2011. Nel 2000 la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite ha stabilito l'obiettivo della riduzione di due terzi (67%) del TMS5 tra il 1990 e il 2015. Questo indicatore permette di valutare il progresso verso questo obiettivo.

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. La crescita è calcolata sulla base di dati espressi in valuta locale.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso di mortalità sotto i 5 anni – Gruppo Interagenzie per le stime sulla mortalità infantile (UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Banca Mondiale).

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Tasso totale di fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

NOTE

– Dati non disponibili.

θ Un valore negativo indica un aumento nel tasso di mortalità sotto i 5 anni.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

TAVOLA 11: ADOLESCENTI

Paesi e aree	Popolazione tra i 10-19 anni		Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2002-2011*		Parti prima dei 18 anni (%) 2007-2011*	Tasso di parti tra le adolescenti 2006-2010*	Giustificazione delle percorse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2002-2011*		Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2002-2011*		Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2008-2011*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2008-2011*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2007-2011*	
	Totale (migliaia) 2011	In proporzione al totale della popolazione (%) 2011	maschi	femmine			maschi	femmine	maschi	femmine			maschi	femmine
Afghanistan	8.015	25	-	20	26	90	-	84	-	-	62	27	-	-
Albania	551	17	1	8	3	11	37	24	97	99	95	81	21	36
Algeria	6.425	18	-	2	-	4	-	66	-	-	133	50	-	12 x
Andorra	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	88	84	-	-
Angola	4.720	24	-	-	-	165 x	-	-	-	-	39	22	-	-
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	67 x	-	-	-	-	122	80	55	40
Arabia Saudita	4.926	18	-	-	-	7	-	-	-	-	106	95	-	-
Argentina	6.769	17	-	-	-	68	-	-	-	-	109	68	-	-
Armenia	435	14	1	8	2	28	21	8	94	92	96	85	4	10
Australia	2.917	13	-	-	-	16	-	-	-	-	113	167	-	-
Austria	929	11	-	-	-	10	-	-	-	-	102	96	-	-
Azerbaijan	1.378	15	0	10	4 x	41	63	39	97	95	92	75	2 x	3 x
Bahamas	58	17	-	-	-	41	-	-	-	-	101	90	-	-
Bahrain	153	11	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	31.601	21	-	46	40	133 x	-	41	-	63 y	66	40	-	7
Barbados	38	14	-	-	-	50	-	-	-	-	99	103	-	-
Belgio	1.207	11	-	-	-	11	-	-	-	-	114	109	-	-
Belize	73	23	-	15	19 x	90 x	-	11	-	-	-	-	-	39 x
Benin	2.094	23	2	22	23 x	114 x	12	41	83	64	-	-	31 x	17 x
Bhutan	148	20	-	15	15	59	-	70	-	-	78	42	-	22
Bielorussia	1.025	11	-	4	3 x	21	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia														
(Stato Plurinazionale)	2.232	22	4	13	20	89 x	-	17	100	97	94	73	24	22
Bosnia/Erzegovina	434	12	-	7	-	17	-	4	-	-	99	84	-	45 x
Botswana	434	21	-	-	-	51	-	-	-	-	91	68	-	-
Brasile	33.906	17	-	25	-	71	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	65	16	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	696	9	-	-	-	48	-	-	-	-	83	94	-	-
Burkina Faso	3.978	23	2	32	28	130	40	39	61	55	28	9	31	29
Burundi	1.946	23	1	9	11	65	56	74	83	69	34	13	45	43
Cambogia	3.222	23	2	10	7	48	25 y	42 y	73	76	60	-	41	43
Camerun	4.481	22	-	22	33 x	127	-	58	77	61	-	-	-	32 x
Canada	4.137	12	-	-	-	14	-	-	-	-	99	102	-	-
Capo Verde	113	23	2	8	22 x	92 x	24	23	88	88	109	67	-	-
Ciad	2.690	23	-	48	47	193 x	-	59	55	24	29	18	-	10
Cile	2.769	16	-	-	-	54	-	-	-	-	100	82	-	-
Cina	195.432	15	-	-	-	6	-	-	-	-	92	71	-	-
Cipro	153	14	-	-	-	4	-	-	-	-	102	96	-	-
Colombia	8.759	19	-	14	20	85	-	-	-	-	105	80	-	21
Comore	161	21	-	-	-	95 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	909	22	2	19	29 x	132 x	-	76	75	63	-	-	18	8
Congo, Repubblica Democratica	16.323	24	-	25	25	135	-	72	55	43	48	32	-	13
Corea, Repubblica	6.458	13	-	-	-	2	-	-	-	-	100	94	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	4.103	17	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7
Costa d'Avorio	4.653	23	2	20	29 x	111	-	63	86	75	-	-	-	-
Costa Rica	832	18	3	11	9	67	-	-	-	-	116	75	-	-
Croazia	490	11	-	-	-	13	-	-	-	-	105	87	-	-
Cuba	1.454	13	-	20	9	51	-	-	-	-	94	85	-	54
Danimarca	701	13	-	-	-	6	-	-	-	-	116	119	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	48	-	-	-	-	108	84	-	-
Ecuador	2.843	19	-	16	-	100 x	-	-	-	-	85	65	-	-
Egitto	15.964	19	-	13	7	50 x	-	50 y	-	97 y	94	51	16	3
El Salvador	1.440	23	-	21	-	65	-	-	-	-	86	44	-	-
Emirati Arabi Uniti	898	12	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	1.171	22	-	29	25 x	-	-	70	-	85	44	22	-	-
Estonia	133	10	-	-	-	21	-	-	-	-	105	103	-	-
Etiopia	20.948	25	2	19	22	79	51	64	42	38	45	16	32	24
Federazione Russa	14.023	10	-	-	-	30	-	-	-	-	90	86	-	-
Figi	159	18	-	-	-	31 x	-	-	-	-	100	69	-	-
Filippine	20.508	22	-	10	7	53	-	15	-	94	88	76	-	19
Finlandia	627	12	-	-	-	8	-	-	-	-	99	115	-	-
Francia	7.482	12	-	-	-	12	-	-	-	-	110	117	-	-

Paesi e aree	Popolazione tra i 10-19 anni		Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2002-2011*		Parti prima dei 18 anni (%) 2007-2011*	Tasso di parti tra le adolescenti 2006-2010*	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2002-2011*		Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2002-2011*		Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2008-2011*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2008-2011*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2007-2011*	
	Totale (migliaia) 2011	In proporzione al totale della popolazione (%) 2011	maschi	femmine			maschi	femmine	maschi	femmine			maschi	femmine
	Gabon	346	23	2 x	18 x	35 x	-	-	-	89 x	83 x	-	-	-
Gambia	421	24	-	24	23	104 x	-	74	-	-	63	45	-	33
Georgia	541	13	-	11	6	44	-	5	-	-	93	81	-	-
Germania	8.059	10	-	-	-	9	-	-	-	-	101	107	-	-
Ghana	5.412	22	1	7	16	70	37	53	90	85	83	39	30	28
Giamaica	562	21	-	5	16	72	28 y	4 y	-	-	91	95	52 y	61 y
Giappone	11.799	9	-	-	-	5	-	-	-	-	103	102	-	-
Gibuti	202	22	-	4	-	27 x	-	-	-	-	44	25	-	16 x
Giordania	1.418	23	-	7	4	32	-	91 y	-	97 y	94	73	-	12
Grecia	1.087	10	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	20	20	-	-	-	53 x	-	-	-	-	121	89	-	-
Guatemala	3.467	23	-	20	22	92	-	-	-	-	65	48	24	20
Guinea	2.334	23	3	36	44 x	153 x	-	79	66	55	46	26	-	-
Guinea Equatoriale	154	21	-	-	-	128 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	349	23	-	19	31 x	137	-	39 y	-	-	-	-	-	12
Guyana	181	24	1	16	16	97	25	18	94	94	99	78	45	53
Haiti	2.270	22	2	17	15 x	69 x	-	29	88	83	-	-	34 x	31 x
Honduras	1.777	23	-	20	26 x	108 x	-	18	-	98	75	71	-	28 x
India	243.492	20	5	30	22 x	39	57	53	88	72	81	50	35 x	19 x
Indonesia	42.771	18	-	14	10	52 x	-	41 y	-	79 y	92	63	2 y	6
Iran (Repubblica islamica)	12.015	16	-	16	-	31	-	-	-	-	98	87	-	-
Iraq	7.490	23	-	19	-	68	-	57	-	-	-	-	-	3 x
Irlanda	567	13	-	-	-	16	-	-	-	-	110	138	-	-
Islanda	45	14	-	-	-	15	-	-	-	-	97	115	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	47 x	-	-	-	-	97	67	-	-
Isole Marshall	-	-	5	21	21	105	71	47	86	85	110	92	35	27
Isole Salomone	121	22	0	13	15	70 x	73	72	71	54	-	-	26	29
Israele	1.206	16	-	-	-	14	-	-	-	-	94	110	-	-
Italia	5.742	9	-	-	-	7	-	-	-	-	107	97	-	-
Kazakistan	2.402	15	1	5	3 x	31	14	9	99	99	105	80	-	22 x
Kenya	9.322	22	0	12	26	106	54	57	91	81	91	44	52	42
Kirghizistan	1.082	20	-	8	2 x	31	-	28	-	-	94	62	-	19 x
Kiribati	-	-	5	16	9	39 x	65	77	58	57	99	72	46	41
Kuwait	394	14	-	-	-	14	-	-	-	-	110	89	-	-
Laos, Repubblica democratica popolare	1.509	24	-	-	55 x	110 x	-	79	-	-	55	32	-	-
Lesotho	531	24	1	16	13	92	54	48	64	69	58	29	28	35
Lettonia	216	10	-	-	-	15	-	-	-	-	95	96	-	-
Libano	772	18	-	3	-	18 x	-	22 y	-	-	90	73	-	-
Liberia	921	22	3	19	38	177	37	48	73	63	-	-	21	18
Libia	1.117	17	-	-	-	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	103	23	-	-
Lituania	391	12	-	-	-	17	-	-	-	-	96	105	-	-
Lussemburgo	63	12	-	-	-	7	-	-	-	-	110	88	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	280	14	-	4	2	20	-	14	-	-	90	78	-	23 x
Madagascar	5.060	24	11	34	36	147	33	35	61	60	42	15	26	23
Malawi	3.673	24	2	23	35	157	21	16	82	65	40	15	45	40
Maldivi	66	21	-	5	1	19	-	41 y	-	100	-	-	-	22 y
Malesia	5.537	19	5	6	-	14	-	-	-	-	91	50	-	-
Mali	3.723	24	-	40	46 x	190 x	-	83	81	79	48	26	-	14
Malta	50	12	-	-	-	20	-	-	-	-	103	97	-	-
Marocco	6.094	19	-	11	8 x	18 x	-	64	-	90	-	-	-	-
Mauritania	791	22	-	25	19	88 x	-	-	55 x	44 x	26	22	10	4
Mauritius	211	16	-	-	-	31	-	-	-	-	96	85	-	-
Messico	21.658	19	-	15	39	87	-	-	-	-	117	61	-	-
Micronesia (Stati Federati)	27	24	-	-	-	52 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	459	13	1	10	5 x	26	25	24	99	98	89	86	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	500	18	1	5	2	20	9	14	-	-	89	90	24	28
Montenegro	83	13	-	2	-	24	-	6	-	-	114	94	-	-
Mozambico	5.577	23	5	43	42 x	193	-	37	95	88	34	11	31	37
Myanmar	8.665	18	-	7	-	17 x	-	-	-	-	62	38	-	31
Namibia	530	23	0	5	17	74 x	44	38	86	88	-	-	59	62

Paesi e aree	Popolazione tra i 10-19 anni		Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%)		Parti prima dei 18 anni (%)	Tasso di parti tra le adolescenti	Giustificazione delle percorse sulle mogli tra gli adolescenti (%)		Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%)		Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2008-2011*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2008-2011*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%)	
	Totale (migliaia) 2011	In proporzione al totale della popolazione (%) 2011	2002-2011*				2007-2011*	2006-2010*	2002-2011*				2002-2011*	
			maschi	femmine	maschi	femmine			maschi	femmine	maschi	femmine		
Nauru	-	-	9	18	22	84 x	-	-	89	86	-	-	8	8
Nepal	7.043	23	7	29	19	81	27	24	86	76	-	-	33	25
Nicaragua	1.319	22	-	24	28 x	109 x	-	19	-	95 x	80	54	-	-
Niger	3.776	24	3	59	51 x	199 x	-	68	66	48	19	4	14 x	12 x
Nigeria	36.205	22	1	29	28	123	35	40	82	64	47	41	28	20
Niue	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	646	13	-	-	-	10	-	-	-	-	98	124	-	-
Nuova Zelanda	612	14	-	-	-	29	-	-	-	-	104	137	-	-
Oman	462	16	-	-	-	12	-	-	-	-	108	93	-	-
Paesi Bassi	2.019	12	-	-	-	5	-	-	-	-	127	116	-	-
Pakistan	39.894	23	-	16	10	16	-	-	-	-	44	26	-	2
Palau	-	-	-	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	646	18	-	-	-	88	-	-	-	-	93	54	-	-
Papua Nuova Guinea	1.561	22	3	15	14 x	70 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	1.385	21	-	11	-	63	-	-	-	-	78	56	-	-
Perù	5.769	20	-	11	13	72	-	-	-	91	101	77	-	17
Polonia	4.300	11	-	-	-	16	-	-	-	-	97	97	-	-
Portogallo	1.100	10	-	-	-	16	-	-	-	-	116	98	-	-
Qatar	151	8	-	-	-	15	-	-	-	-	101	86	-	-
Regno Unito	7.442	12	-	-	-	25	-	-	-	-	109	96	-	-
Repubblica Ceca	1.069	10	-	-	-	11	-	-	-	-	93	88	-	-
Repubblica Centrafricana	1.030	23	11	55	45	133 x	87 y	79	-	-	-	-	26 x	16 x
Repubblica Dominicana	1.967	20	-	17	25	98 x	-	7	98	98	90	70	33	39
Romania	2.252	11	-	-	-	41	-	-	-	-	96	98	-	-
Ruanda	2.356	22	0	3	5	41	35	56	88	73	43	20	44	49
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	67 x	-	-	-	-	100	93	-	-
Saint Lucia	32	18	-	-	-	49 x	-	-	-	-	98	93	-	-
Saint Vincent/Grenadines	21	19	-	-	-	70	-	-	-	-	119	91	-	-
Samoa	44	24	1	7	5	29	50	58	97	97	105	76	5	2
San Marino	-	-	-	-	-	1 x	-	-	-	-	99	96	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	40	24	1	20	25	110	25	23	96	95	71	19	39	39
Senegal	3.004	24	1	24	22	93	31	61	86	81	-	-	28	26
Serbia	1.207	12	1	5	3	22	6	2	99	100	99	85	43	53
Seychelles	-	-	-	-	-	62	-	-	-	-	131	104	-	-
Sierra Leone	1.366	23	-	23	38	98 x	-	63	66	51	-	-	26	16
Singapore	747	14	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica araba	4.786	23	-	10	9 x	75 x	-	-	-	-	92	37	-	6 x
Slovacchia	635	12	-	-	-	21	-	-	-	-	91	88	-	-
Slovenia	193	9	-	-	-	5	-	-	-	-	96	98	-	-
Somalia	2.140	22	-	25	-	123 x	-	75 y	-	-	-	-	-	3 x
Spagna	4.299	9	-	-	-	13	-	-	-	-	120	133	-	-
Sri Lanka	3.165	15	-	9	4	24	-	54 y	-	88 y	-	-	-	-
Stati Uniti	41.478	13	-	-	-	39	-	-	-	-	103	90	-	-
Stato di Palestina	1.040	25	1	13	-	60	-	-	-	-	88	78	-	-
Sud Sudan*	-	-	-	40	28	-	-	72	-	-	-	-	-	8
Sudafrica	9.940	20	2	4	15 x	54	-	-	-	-	96	92	-	-
Sudan*	-	-	-	24	14	-	-	52	-	-	-	-	-	4
Suriname	96	18	-	11	-	66	-	19	-	-	89	56	-	41 x
Svezia	1.097	12	-	-	-	6	-	-	-	-	97	101	-	-
Svizzera	867	11	-	-	-	4	-	-	-	-	108	86	-	-
Swaziland	301	25	0	4	22	111 x	34	42	94	89	67	45	52	56
Tagikistan	1.670	24	-	6	4 x	27 x	-	85 y	-	-	98	61	9	11
Tanzania, Repubblica Unita	10.475	23	4	18	28	128	39	52	79	70	-	-	41	46
Thailandia	10.192	15	-	15	8 x	47	-	-	-	-	91	64	-	46 x
Timor Est	301	26	0	8	9	54	72	81	61	62	63	49	15	11
Togo	1.416	23	0	12	17	-	-	41	-	-	-	-	-	33
Tonga	23	22	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad/Tobago	189	14	-	6	-	33	-	10	-	-	92	87	-	49 x
Tunisia	1.709	16	-	-	-	6	-	-	-	-	116	73	-	-
Turchia	13.004	18	-	10	8 x	38	-	30	-	-	96	64	-	-
Turkmenistan	1.013	20	-	5	2 x	21	-	37 y	-	96 x	-	-	-	4 x
Tuvalu	-	-	2	8	3	28 x	83	69	89	95	-	-	57	31
Ucraina	4.638	10	3	6	3	30	8	3	99	99	104	78	33	39

Paesi e aree	Popolazione tra i 10-19 anni		Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%)		Parti prima dei 18 anni (%)	Tasso di parti tra le adolescenti	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%)		Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%)		Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%)	
	Totale (migliaia) 2011	In proporzione al totale della popolazione (%) 2011	2002-2011*				2002-2011*	maschi	femmine	maschi			femmine	2007-2011*
			maschi	femmine	2007-2011*	2006-2010*	maschi	femmine	maschi	femmine	2008-2011*	2008-2011*	maschi	femmine
Uganda	8.326	24	2	20	33	159 x	52	62	88	82	35	13	36	36
Ungheria	1.072	11	-	-	-	19	-	-	-	-	99	98	-	-
Uruguay	524	15	-	-	-	60	-	-	-	-	113	68	-	-
Uzbekistan	5.798	21	-	5	2 x	26	63	63	-	-	96	124	-	27 x
Vanuatu	54	22	-	13	-	-	-	-	-	-	65	41	-	14
Venezuela (Repubblica bolivariana)	5.499	19	-	16 x	-	101	-	-	-	-	90	71	-	-
Vietnam	15.251	17	-	8	3	35	-	35	97	94	88	65	-	51
Yemen	6.073	25	-	19	-	80 x	-	-	-	-	54	34	-	2 x,y
Zambia	3.176	24	1	18	34	151 x	55	61	80	71	-	-	38	36
Zimbabwe	3.196	25	1	23	21	115	48	48	59	53	-	-	42	46

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan ^o	10.044	23	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-
--------------------------------	--------	----	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE^a

Africa subsahariana	200.971	23	2	23	26	109	42	55	73	62	47	30	34	26
Africa orientale e meridionale	94.195	22	3	19	26	102	46	55	71	64	49	30	38	35
Africa occidentale e centrale	96.530	23	1	28	27	121	35	55	75	60	46	31	28	19
Medio Oriente e Nord Africa	82.134	20	-	14	-	37	-	57	-	-	89	57	-	-
Asia meridionale	333.425	20	5	29	22	38	56	52	88	71	75	45	34	15
Asia orientale e Pacifico	317.250	16	-	11 **	8 **	14	-	34 **	-	85 **	89	68	-	20 **
America latina e Caraibi	108.552	18	-	18	-	77	-	-	-	-	102	75	-	-
ECO/CIS	53.462	13	-	7	-	31	-	31	-	-	95	80	-	-
Paesi meno sviluppati	193.984	23	-	27	28	106	-	55	68	61	50	26	-	22
Mondo	1.199.890	17	-	22 **	20 **	43	-	49 **	-	73 **	82	59	-	19 **

^a In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Adolescenti attualmente sposati o conviventi – Percentuale di ragazzi e ragazze tra 15 e 19 anni attualmente sposati o conviventi. Questo indicatore ha lo scopo di fornire una fotografia dell'attuale stato civile di ragazzi e ragazze in questa fascia di età. Tuttavia, vale la pena notare che quelli non ancora sposati al momento dell'indagine sono ancora esposti a questa probabilità prima di superare l'adolescenza.

Parti prima dei 18 anni – Percentuale di donne tra 20 e 24 anni che ha partorito prima dei 18 anni. Questo indicatore standardizzato da indagini basate sulla popolazione considera i livelli di fertilità delle adolescenti fino a 18 anni. Essendo basato sulle risposte di donne tra 20 e 24 anni, il loro rischio di partorire prima di 18 anni è ormai superato.

Tasso di parti tra le adolescenti – Numero di parti su 1.000 ragazze tra 15 e 19 anni.

Giustificazione delle percosse sulle mogli – Percentuale di ragazzi e ragazze tra 15 e 19 anni che giustifica un marito se picchia o colpisce la propria moglie in almeno una delle seguenti circostanze: se la moglie brucia il cibo; se discute con lui; se esce senza avvisarlo; se trascura i figli o se rifiuta di avere rapporti sessuali.

Utilizzo dei media tra gli adolescenti – Percentuale di ragazzi e ragazze tra 15 e 19 che utilizza almeno uno dei seguenti mezzi di informazione almeno una volta alla settimana: quotidiani; periodici; televisione e radio.

Rapporto iscrizione lorda secondaria inferiore – Numero di iscritti alla scuola secondaria inferiore indipendentemente dall'età, espresso come percentuale sul numero totale di ragazzi della fascia di età ufficiale per la scuola secondaria inferiore.

Rapporto iscrizione lorda secondaria superiore – Numero di iscritti alla scuola secondaria superiore indipendentemente dall'età, espresso come percentuale sul numero totale di ragazzi della fascia di età ufficiale per la scuola secondaria superiore.

Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti – Percentuale di ragazzi e di ragazze (15-19 anni) che conosce correttamente i due principali modi per prevenire la trasmissione dell'HIV (uso del preservativo e rapporti sessuali con un unico partner fedele e non infetto), che rifiuta le due maggiori false convinzioni dell'HIV e che sa che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione adolescente – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Adolescenti attualmente sposati o conviventi – Indagini campione a indicatori multipli (MICS), Indagini demografiche e sanitarie (DHS) e altre indagini nazionali.

Parti prima dei 18 anni – DHS.

Tasso di parti tra le adolescenti – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Giustificazione delle percosse sulle mogli – DHS, MICS e altre indagini nazionali.

Utilizzo dei media – AIDS Indicator Survey (AIS), DHS e altre indagini nazionali.

Rapporto iscrizione lorda – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

Conoscenza esauriente dell'HIV – Indagini sull'indicatore dell'AIDS (AIS), DHS, MICS, Indagini sulla salute riproduttiva (RHS) e altre indagini nazionali a domicilio; Database delle indagini sugli indicatori dell'HIV/AIDS, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, eccetto per i dati 2005-2006 riferiti all'India. Le stime dei dati antecedenti al 2000 non sono presentati.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 12: DISPARITÀ - RESIDENZA

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2010		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale
Afghanistan	60	33	1,8	74	31	2,4	-	-	-	48	54	0,9	73 x	47 x	1,6 x	-	-	-	60	30	2,0
Albania	99	98	1,0	100	99	1,0	5	6	1,2	33x	36x	0,9x	90	91	1,0	51	26	2,0	95	93	1,0
Algeria	99	99	1,0	98 x	92 x	1,1 x	3x	4 x	1,4 x	18x	19x	1,0 x	98 x	95 x	1,0 x	16 x	10x	1,7 x	98	88	1,1
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Angola	34 x	19x	1,7 x	71	26	2,8	-	-	-	-	-	-	85	67	1,3	-	-	-	85	19	4,5
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	99	100	1,0	100	99	1,0	3	7	2,6	22x	28x	0,8x	-	-	-	16	16	1,0	95	80	1,2
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Azerbaijan	96	92	1,0	97 x	80 x	1,2x	4x	12 x	3,1 x	19x	5x	3,6x	74 x	72 x	1,0 x	7 x	2x	3,3 x	86	78	1,1
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Bahrain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Bangladesh	13	9	1,5	54	25	2,1	28	39	1,4	84	76	1,1	86 y	86 y	1,0 y	-	-	-	57	55	1,0
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Belgio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Belize	95	96	1,0	99 x	93 x	1,1 x	2x	6 x	2,9 x	-	-	-	97 x	94 x	1,0 x	49 x	29x	1,7 x	93	87	1,1
Benin	68	56	1,2	92	79	1,2	15x	21 x	1,4 x	58	47	1,2	74 x	55 x	1,3 x	22 x	11 x	1,9 x	25	5	5,0
Bhutan	100	100	1,0	90	54	1,6	11	14	1,3	64	60	1,1	96	90	1,1	32	15	2,1	73	29	2,5
Bielorussia	-	-	-	100 x	100 x	1,0x	1 x	2 x	1,7 x	38x	33x	1,1 x	92 x	95 x	1,0 x	-	-	-	91	97	0,9
Bolivia (Stato Plurinazionale)	79 y	72y	1,1 y	88	51	1,7	3	6	2,3	38	32	1,2	98	96	1,0	32	9	3,5	35	10	3,5
Bosnia/Erzegovina	99	100	1,0	100 x	100 x	1,0x	2x	1 x	0,7 x	34x	35x	1,0 x	98 x	98 x	1,0 x	46 x	42x	1,1 x	99	92	1,1
Botswana	78	67	1,2	99	90	1,1	-	-	-	47x	51x	0,9 x	89	85	1,0	-	-	-	75	41	1,8
Brasile	-	-	-	98 x	94 x	1,0x	2x	2 x	0,8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	44	1,9
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Burkina Faso	93	74	1,3	93	61	1,5	-	-	-	31	19	1,6	79 x	38 x	2,1 x	46	24	1,9	50	6	8,3
Burundi	87	74	1,2	88	58	1,5	18	30	1,7	33	38	0,9	87	73	1,2	59	43	1,4	49	46	1,1
Cambogia	74	60	1,2	95	67	1,4	19	30	1,6	33	34	1,0	85 y	85 y	1,0 y	55	41	1,3	73	20	3,7
Camerun	86	58	1,5	87	47	1,9	7	20	2,8	27	12	2,2	90 x	71 x	1,3 x	42 x	18x	2,4 x	58	36	1,6
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0
Capo Verde	-	-	-	91 x	64 x	1,4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	43	1,7
Ciad	42	9	4,9	60	12	5,1	22	33	1,5	27	10	2,8	-	-	-	18	7	2,6	30	6	5,0
Cile	-	-	-	100 x	99 x	1,0x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	83	1,2
Cina	-	-	-	100	99	1,0	1	4	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	56	1,3
Cipro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Colombia	97	95	1,0	98	86	1,1	3	5	1,6	57	49	1,2	91	91	1,0	30	21	1,4	82	63	1,3
Comore	87 x	83x	1,1 x	79 x	57 x	1,4x	-	-	-	25x	17x	1,5 x	41 x	29 x	1,4 x	-	-	-	50	30	1,7
Congo	88 y	75y	1,2 y	98	86	1,1	8x	15 x	2,0 x	38	27	1,4	-	-	-	9	6	1,5	20	15	1,3
Congo, Repubblica Democratica	24	29	0,8	96	75	1,3	17	27	1,6	26	27	1,0	86	70	1,2	21	12	1,7	24	24	1,0
Corea, Repubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Corea, Repubblica Democratica Popolare	100	100	1,0	100	100	1,0	13	27	2,0	75	73	1,0	100	99	1,0	11	4	2,8	86	71	1,2
Costa d'Avorio	79	41	2,0	84	45	1,9	9x,y	20 x,y	2,2 xy	22	14	1,5	67 x	48 x	1,4 x	-	-	-	36	11	3,3
Costa Rica	-	-	-	100	99	1,0	-	-	-	-	-	-	96	96	1,0	-	-	-	95	96	1,0
Croazia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	98	1,0
Cuba	100 y	100y	1,0 y	-	-	-	-	-	-	54	37	1,4	-	-	-	55	49	1,1	94	81	1,2
Danimarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	89	92	1,0	98 x	99 x	1,0x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	84	1,1
Egitto	99	99	1,0	90	72	1,2	6	6	1,0	28	29	1,0	91	87	1,0	7	3	2,3	97	93	1,0
El Salvador	99	99	1,0	97	94	1,0	4y	7 y	2,0 y	60	56	1,1	-	-	-	-	-	-	89	83	1,1
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	95	1,0
Eritrea	-	-	-	65 x	10 x	6,2x	23x	40 x	1,7 x	59x	39x	1,5 x	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	94	1,0
Etiopia	29	5	5,9	51	4	12,7	16	30	1,9	45	24	1,9	86	61	1,4	38	19	2,0	29	19	1,5
Federazione Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	59	1,3
Figi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	71	1,3
Filippine	87 x	78x	1,1 x	78	48	1,6	-	-	-	58	36	1,6	-	-	-	23	17	1,4	79	69	1,1
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2010		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale
Gabon	90 x	87 x	1,0 x	92 x	67 x	1,4 x	-	-	-	23 x	29 x	0,8 x	-	-	-	-	-	-	33	30	1,1
Gambia	54	52	1,0	77	41	1,9	12	22	1,9	39	39	1,0	53	35	1,5	41	24	1,7	70	65	1,1
Georgia	99	98	1,0	99 x	98 x	1,0 x	1	1	1,6	44 x	36 x	1,2 x	97	95	1,0	-	-	-	96	93	1,0
Germania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Ghana	72	55	1,3	88	54	1,6	11	16	1,5	37	34	1,1	80	68	1,2	34	22	1,5	19	8	2,4
Giamaica	-	-	-	99	98	1,0	-	-	-	-	-	-	97 x	98 x	1,0 x	66	60	1,1	78	82	1,0
Giappone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Gibuti	90	82	1,1	95 x	40 x	2,3 x	18 y	27 y	1,5 y	-	-	-	67 x	49 x	1,4 x	18 x	9 x	2,0 x	63	10	6,3
Giordania	-	-	-	99	99	1,0	2	2	1,3	20	20	1,0	-	-	-	-	-	-	98	98	1,0
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	97	1,0
Guatemala	96	97	1,0	77	37	2,1	8 y	16 y	1,9 y	38	37	1,0	-	-	-	32	14	2,2	87	70	1,2
Guinea	78	33	2,4	84	31	2,7	15	23	1,5	52 x	28 x	1,9 x	-	-	-	-	-	-	32	11	2,9
Guinea Equatoriale	43 x	24 x	1,8 x	87 x	49 x	1,8 x	-	-	-	43 x	19 x	2,2 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	30	21	1,4	69 x	27 x	2,6 x	13	21	1,6	28	13	2,1	84	57	1,5	22	8	2,8	44	9	4,9
Guyana	91	87	1,0	98	90	1,1	7	12	1,7	42 x	38 x	1,1 x	96	94	1,0	72	47	1,5	88	82	1,1
Haiti	87	78	1,1	47 x	15 x	3,0 x	12 x	20 x	1,7 x	51 x	35 x	1,4 x	-	-	-	38 x	26 x	1,4 x	24	10	2,4
Honduras	95	93	1,0	90 x	50 x	1,8 x	4 x	11 x	2,4 x	55 x	56 x	1,0 x	92 x	86 x	1,1 x	37 x	21 x	1,8 x	85	69	1,2
India	59	35	1,7	76	43	1,7	33 x	46 x	1,4 x	33 x	24 x	1,4 x	-	-	-	33 x	14 x	2,4 x	58	23	2,5
Indonesia	71	41	1,7	84	76	1,1	15	21	1,4	33	35	0,9	99	97	1,0	16 y	6 y	2,5 y	73	39	1,9
Iran (Repubblica islamica)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Iraq	95	96	1,0	86	71	1,2	6 x	7 x	1,1 x	30 x	32 x	0,9 x	92 x	78 x	1,2 x	4 x	1 x	4,4 x	76	67	1,1
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	98	1,0
Islanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Isole Marshall	96	96	1,0	97	68	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	12	2,7	83	53	1,6
Isole Salomone	-	-	-	95	84	1,1	8	12	1,5	-	-	-	72 y	65 y	1,1 y	34	28	1,2	98	-	-
Israele	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	3 x	5 x	1,7 x	-	-	-	98 x	98 x	1,0 x	24 x	21 x	1,1 x	97	98	1,0
Kenya	76	57	1,3	75	37	2,0	10	17	1,7	40	39	1,0	81	72	1,1	57	45	1,3	32	32	1,0
Kirghizistan	96	93	1,0	100 x	96 x	1,0 x	2 x	2 x	0,9 x	-	-	-	93 x	92 x	1,0 x	23 x	18 x	1,3 x	94	93	1,0
Kiribati	95	93	1,0	84	77	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	43	1,1	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Laos, Repubblica democratica popolare	84	68	1,2	68 x	11 x	6,2 x	20 x	34 x	1,7 x	79 x	43 x	1,9 x	93 x	75 x	1,2 x	-	-	-	89	50	1,8
Lesotho	43	46	1,0	88	54	1,6	12	13	1,1	57	50	1,1	93	88	1,0	44	36	1,2	32	24	1,3
Lettonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Liberia	5 y	3 y	1,9 y	79	32	2,4	17 y	20 y	1,2 y	57	52	1,1	46	21	2,2	26	15	1,8	29	7	4,1
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1,0
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	100	100	1,0	98	98	1,0	1	2	2,3	19 x	30 x	0,6 x	99	98	1,0	33 x	18 x	1,8 x	92	82	1,1
Madagascar	92	78	1,2	82	39	2,1	31 x	37 x	1,2 x	32	14	2,2	93	77	1,2	40	19	2,1	21	12	1,8
Malawi	-	-	-	84	69	1,2	10	13	1,3	72	69	1,0	88 x	88 x	1,0 x	56	38	1,5	49	51	1,0
Maldive	93	92	1,0	99	93	1,1	11	20	1,8	-	-	-	83	83	1,0	43	32	1,4	98	97	1,0
Malesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	95	1,0
Mali	92	77	1,2	80 x	38 x	2,1 x	20 x	29 x	1,5 x	26 x	11 x	2,3 x	79	52	1,5	19	12	1,5	35	14	2,5
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Marocco	92 x,y	80 x,y	1,1 x,y	92	55	1,7	2	4	2,5	28 x	18 x	1,5 x	96 x	83 x	1,2 x	-	-	-	83	52	1,6
Mauritania	75	42	1,8	90	39	2,3	-	-	-	16 y	11 y	1,5 y	72	49	1,5	8	2	4,7	51	9	5,7
Mauritius	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	88	1,0
Messico	-	-	-	98	87	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	79	1,1
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	98 x	98 x	1,0 x	100 x	99 x	1,0 x	2 x	4 x	2,0 x	9 x	6 x	1,5 x	-	-	-	-	-	-	89	82	1,1
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Mongolia	99	99	1,0	99	98	1,0	4	5	1,2	41 x	36 x	1,1 x	97	94	1,0	36	21	1,7	64	29	2,2
Montenegro	98	99	1,0	100 x	98 x	1,0 x	2 x	1 x	0,7 x	-	-	-	97 x	98 x	1,0 x	-	-	-	92	87	1,1
Mozambico	39	28	1,4	78	46	1,7	10	17	1,7	65	50	1,3	89	78	1,1	43	32	1,4	38	5	7,6
Myanmar	94	64	1,5	90	63	1,4	19	24	1,3	72	56	1,3	93	89	1,0	-	-	-	83	73	1,1
Namibia	83	59	1,4	94	73	1,3	12	19	1,7	67	60	1,1	94	91	1,0	65	65	1,0	57	17	3,4

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2010		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	-	
Nepal	44	42	1,0	73	32	2,3	17	30	1,8	44	39	1,1	70 y	69 y	1,0 y	40	24	1,7	48	27	1,8
Nicaragua	87 y	77 y	1,1 y	92	56	1,7	4	7	1,7	64	55	1,2	76 y	64 y	1,2 y	-	-	-	63	37	1,7
Niger	71 y	25 y	2,9 y	71 x	8 x	8,5 x	44 y	39 y	0,9 y	31 x	16 x	2,0 x	71 x	32 x	2,2 x	31 x	8 x	3,8 x	34	4	8,5
Nigeria	49	22	2,2	65	28	2,4	16	27	1,7	41	21	1,9	78	56	1,4	30	18	1,7	35	27	1,3
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Norvegia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	95	1,1	
Paesi Bassi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Pakistan	32	24	1,3	66	33	2,0	27	33	1,3	44	40	1,1	78	62	1,3	-	-	-	72	34	2,1
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Panama	-	-	-	99	84	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nuova Guinea	-	-	-	88 x	47 x	1,9 x	12 x	20 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	71	41	1,7	
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	87	1,0	-	-	-	90	40	2,3
Perù	-	-	-	96	64	1,5	2	8	3,8	37	24	1,6	97	94	1,0	-	-	-	81	37	2,2
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-	
Portogallo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Regno Unito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Repubblica Ceca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0	
Repubblica Centrafricana	78	52	1,5	83	38	2,2	23	24	1,0	23	12	2,0	66 x	42 x	1,6 x	21 x	13 x	1,6 x	43	28	1,5
Repubblica Dominicana	83	73	1,1	98	97	1,0	3	4	1,2	42	39	1,1	95	95	1,0	42	37	1,2	87	75	1,2
Romania	-	-	-	100 x	98 x	1,0 x	3 x	4 x	1,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	60	64	0,9	82	67	1,2	6	12	1,9	26	30	0,9	92	87	1,1	66	50	1,3	52	56	0,9
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	96	1,0	
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	63	1,1	
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-
Samoa	62	44	1,4	94	78	1,2	-	-	-	-	-	-	89 y	88 y	1,0 y	5	2	2,4	98	98	1,0
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	76	74	1,0	89	75	1,2	12	14	1,1	45	52	0,9	86	85	1,0	47	38	1,3	30	19	1,6
Senegal	89	66	1,4	91	49	1,8	12	21	1,8	24	21	1,2	81	50	1,6	41	18	2,2	70	39	1,8
Serbia	99	99	1,0	100	100	1,0	2	1	0,7	50	22	2,3	99	98	1,0	63	41	1,5	96	88	1,1
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-	
Sierra Leone	78	78	1,0	72	59	1,2	20	22	1,1	66	75	0,9	80	72	1,1	30	19	1,6	23	6	3,8
Singapore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	
Siria, Repubblica araba	96	95	1,0	99	93	1,1	9 x	9 x	1,0 x	56 x	44 x	1,3 x	89 x	85 x	1,0 x	7 x	7 x	1,0 x	96	93	1,0
Slovacchia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0	
Slovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Somalia	6	2	3,7	65 x	15 x	4,5 x	20 x	38 x	1,9 x	25 x	9 x	2,9 x	30 x	9 x	3,3 x	7 x	2 x	4,1 x	52	6	8,7
Spagna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Sri Lanka	97	98	1,0	99	99	1,0	-	-	-	57	50	1,1	-	-	-	-	-	88	93	0,9	
Stati Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0	
Stato di Palestina	97 y	96 y	1,0 y	99 x	98 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	92	1,0	
Sud Sudan*	45	32	1,4	31	15	2,0	23	29	1,3	44	37	1,2	47	23	2,0	16	7	2,3	-	-	-
Sudafrica	-	-	-	94 x	85 x	1,1 x	10 x	9 x	0,9 x	41 x	32 x	1,3 x	-	-	-	-	-	86	67	1,3	
Sudan*	85	50	1,7	41	16	2,5	24	35	1,5	23	22	1,1	89	69	1,3	10	3	3,4	-	-	-
Suriname	98	95	1,0	95 x	82 x	1,2 x	7 x	8 x	1,1 x	24 x	60 x	0,4 x	96 x	91 x	1,1 x	45 x	32 x	1,4 x	90	66	1,4
Svezia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Svizzera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
Swaziland	62	47	1,3	89	80	1,1	4	6	1,5	65	55	1,2	97	96	1,0	70	55	1,3	64	55	1,2
Tagikistan	85	90	0,9	95	86	1,1	12	16	1,3	70	78	0,9	97 y	97 y	1,0 y	-	-	-	95	94	1,0
Tanzania, Repubblica Unita	44	10	4,6	83	40	2,0	11	17	1,5	44	44	1,0	91	77	1,2	55	45	1,2	20	7	2,9
Thailandia	100	99	1,0	100	100	1,0	5 x	8 x	1,7 x	50 x	59 x	0,9 x	98 x	98 x	1,0 x	43 x	47 x	0,9 x	95	96	1,0
Timor Est	50	57	0,9	59	20	2,9	35	47	1,4	65	74	0,9	79	70	1,1	14	12	1,2	73	37	2,0
Togo	93	71	1,3	91	43	2,1	10	20	1,9	15	10	1,5	94	86	1,1	39	27	1,4	26	3	8,7
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	96	1,0	
Trinidad/Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	92	1,0	
Tunisia	-	-	-	98 x	89 x	1,1 x	-	-	-	58 x	50 x	1,1 x	-	-	-	-	-	96	-	-	
Turchia	95	92	1,0	96	80	1,2	1	3	2,1	-	-	-	94 y	91 y	1,0 y	-	-	-	97	75	1,3
Turkmenistan	96	95	1,0	100 x	99 x	1,0 x	7 x	9 x	1,2 x	32 x	45 x	0,7 x	-	-	-	7 x	4 x	2,0 x	99	97	1,0
Tuvalu	60	38	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	41	0,9	88	81	1,1
Ucraina	100	100	1,0	99	98	1,0	-	-	-	-	-	-	71	76	0,9	48	37	1,3	96	89	1,1

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento di diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2010		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale
Uganda	38	29	1,3	89	52	1,7	7	15	2,3	46	43	1,1	85 y	81 y	1,1 y	48	35	1,4	34	34	1,0
Ungheria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0
Uzbekistan	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	4 x	4 x	0,9 x	34 x	31 x	1,1 x	97 x	95 x	1,0 x	33 x	30 x	1,1 x	100	100	1,0
Vanuatu	39	23	1,7	87	72	1,2	11	11	1,0	-	-	-	85	80	1,1	23	13	1,8	64	54	1,2
Venezuela (Repubblica bolivariana)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	97	94	1,0	99	91	1,1	6	14	2,3	47	46	1,0	98	98	1,0	58	48	1,2	94	68	1,4
Yemen	38	16	2,3	62 x	26 x	2,3 x	-	-	-	30 x	34 x	0,9 x	83 x	64 x	1,3 x	4 x	1 x	6,7 x	93	34	2,7
Zambia	28	9	3,2	83	31	2,7	13	15	1,2	59	60	1,0	91	77	1,2	42	27	1,6	57	43	1,3
Zimbabwe	65	43	1,5	86	58	1,5	8	10	1,3	26	18	1,4	89	88	1,0	59	47	1,3	52	32	1,6

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44 †	14 †	3.1 †
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------	-------

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE*

Africa subsahariana	56	33	1,7	76	40	1,9	15	24	1,6	38	31	1,2	83	67	1,2	34	25	1,4	43	23	1,9
Africa orientale e meridionale	49	28	1,7	75	36	2,1	12	20	1,7	46	38	1,2	87	72	1,2	48	32	1,5	54	27	2,0
Africa occidentale e centrale	57	36	1,6	78	46	1,7	16	26	1,7	35	23	1,5	80	61	1,3	29	16	1,8	35	20	1,8
Medio Oriente e Nord Africa	91	72	1,3	84	57	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	70	1,3
Asia meridionale	52	32	1,6	73	40	1,8	31	43	1,4	39	32	1,2	-	-	-	33	14	2,3	60	28	2,1
Asia orientale e Pacifico	80 **	65 **	1,2 **	95	88	1,1	5	10	2,0	46 **	41 **	1,1 **	98 **	95 **	1,0 **	24 **	21 **	1,1 **	77	58	1,3
America latina e Caraibi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	60	1,4
ECO/CIS	97	96	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	80	1,1
Paesi meno sviluppati	50	31	1,6	76	40	1,9	18	27	1,5	47	41	1,1	86	73	1,2	35	24	1,4	48	30	1,6
Mondo	65 **	41 **	1,6 **	84	53	1,6	15	28	1,9	40 **	33 **	1,2 **	-	-	-	-	18 **	-	79	47	1,7

α In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Registrazione anagrafica – Percentuale di bambini con meno di 5 anni che al momento dell'indagine risultava registrata. Il numeratore di questo indicatore include bambini il cui certificato di nascita è stato visionato dall'intervistatore o le cui madri o tutori abbiano dichiarato l'avvenuta registrazione anagrafica.

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Diffusione del sottopeso sotto i 5 anni – Percentuale di bambini sotto i 5 anni con peso inferiore di due punti percentili rispetto alla mediana per quella fascia d'età secondo gli standard sull'accrescimento infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) – Percentuale di bambini sotto i 5 anni con diarrea nelle due settimane precedenti l'indagine, che hanno ricevuto sali per la reidratazione orale (bustine di sali reidratanti o confezioni di sali già diluiti).

Rapporto frequenza netta alla scuola primaria – Numero di bambini che frequenta la scuola primaria o secondaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale di bambini in età ufficiale da scuola primaria. A causa dell'inclusione di bambini in età ufficiale da scuola primaria che frequentano però la secondaria, questo indicatore può anche essere definito come un arrotondamento del rapporto netto di frequenza alla scuola primaria.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Percentuale di ragazze (15-24 anni) che conosce i due principali modi per prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un unico partner fedele e non affetto dal virus), che rifiuta le due maggiori false convinzioni locali sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che sa che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

Utilizzo di impianti igienici adeguati – Percentuale di popolazione con accesso ad alcuni dei seguenti impianti igienici non in condivisione con altre famiglie: latrine dotate di scarico o collegate a un sistema fognario convogliato, latrine migliorate con fessure per l'aerazione, sistemi igienici collegati a fosse settiche, latrine dotate di un basamento, latrine con la tavoletta, latrine con sistema di copertura, gabinetto di compostaggio.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Registrazione anagrafica – Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS), oltre indagini nazionali e sistemi di registrazione demografica.

Assistenza qualificata al parto – DHS, MICS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Diffusione del sottopeso 0-5 anni – DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio, OMS e UNICEF.

Trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.

Rapporto frequenza netta alla scuola primaria – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.

Conoscenza esauriente dell'HIV – AIDS Indicator Surveys (AIS), DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilizzo di impianti igienici adeguati – Programma congiunto di monitoraggio UNICEF e OMS per l'acqua e gli impianti igienici.

I dati in corsivo provengono da fonti di dati presentati per gli stessi indicatori in altre tabelle del rapporto: tavola 2 (Nutrizione – Diffusione sottopeso), tavola 3 (Salute – Trattamento della diarrea) e tavola 8 (Donne – Assistenza qualificata al parto).

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, eccetto per i dati 2005-2006 riferiti all'India. Le stime dei dati antecedenti al 2000 non sono presentati.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

† Il programma congiunto OMS/UNICEF per l'acqua e gli impianti igienici (JMP) ha chiuso le sue banche dati per tali stime prima della cessione della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan. I dati aggregati presentati sono riferiti al Sudan pre-cessione. I dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati saranno pubblicati dalla JMP nel corso del 2013.

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 13: DISPARITÀ - BENESSEREDELLE FAMIGLIE

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Uomini 15-24 2007-2011*		
	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri
	Afghanistan	31	58	1,9	16	76	4,9	-	-	-	56	52	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	98	99	1,0	98	100	1,0	8	4	2,2	-	-	-	89	91	1,0	20	60	3,0	10	38	3,8
Algeria	-	-	-	88 x	98 x	1,1 x	5x	2x	2,4 x	15 x	19x	1,2x	93 x	98 x	1,1 x	5x	20x	3,7x	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	17 x	48 x	2,8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	78	1,2	-	-	-	-	-	-
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	100	100	1,0	99	100	1,0	8	2	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijan	92	97	1,1	76 x	100 x	1,3 x	15x	2x	7,0 x	3 x	36x	13,3x	72 x	78 x	1,1 x	1x	12x	10,3x	2 x	14 x	6,3 x
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	6	19	3,0	12	64	5,5	50	21	2,4	81	82	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	95	97	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28x	55x	2,0x	-	-	-
Benin	46	75	1,6	52 x	96 x	1,9 x	25x	10x	2,4 x	15 x	32x	2,1x	39 x	63 x	1,6 x	9x	26x	3,1 x	17 x	52 x	3,0 x
Bhutan	100	100	1,0	34	95	2,8	16	7	2,2	60	56	0,9	85	94	1,1	7	32	4,4	-	-	-
Bielorussia	-	-	-	100 x	100 x	1,0 x	2x	0x	6,7 x	-	-	-	96 x	94 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(Stato Plurinazionale)	68 y	90 y	1,3 y	38	99	2,6	8	2	3,8	31	35	1,1	95	97	1,0	5	40	8,4	11	45	4,3
Bosnia/Erzegovina	99	100	1,0	99 x	100 x	1,0 x	2x	3x	0,5 x	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	46x	49x	1,1 x	-	-	-
Botswana	-	-	-	84 x	100 x	1,2 x	16	4	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	62	95	1,5	46	92	2,0	38x	18x	2,1 x	13	31	2,5	33 x	39 x	1,2 x	8x	37x	4,4x	-	-	-
Burundi	64	87	1,4	51	81	1,6	41	17	2,4	35	42	1,2	64	87	1,4	-	-	-	-	-	-
Cambogia	48	78	1,6	49	97	2,0	35	16	2,2	32	34	1,1	79 y	86 y	1,1 y	28	58	2,1	30	64	2,1
Camerun	51	91	1,8	23 x	98 x	4,4 x	-	-	-	5 x	34x	6,8x	50 x	87 x	1,7 x	12x	50x	4,0x	-	-	-
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciad	5	46	9,2	8	61	7,6	33	21	1,6	5	29	5,3	-	-	-	6	18	2,9	-	-	-
Cile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cipro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	-	-	84	99	1,2	6	2	3,0	47	61	1,3	90	93	1,0	15	32	2,2	-	-	-
Comore	72 x	93 x	1,3 x	49 x	77 x	1,6 x	-	-	-	16 x	24x	1,5x	25 x	39 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-
Congo	69 y	91 y	1,3 y	40 x	95 x	2,4 x	16x	5x	3,1 x	13 x	18x	1,4x	-	-	-	5	12	2,4	12	27	2,3
Congo, Repubblica Democratica	25	27	1,1	69	99	1,4	29	12	2,3	28	26	0,9	65	73	1,1	8	24	2,8	14	30	2,2
Corea, Repubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	28	89	3,2	29 x	95 x	3,3 x	21x,y	6x,y	3,4 x,y	6 x	12x	2,0x	35 x	55 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croazia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Danimarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egitto	99	100	1,0	55	97	1,8	8	5	1,4	34	23	0,7	81	93	1,1	2	9	4,9	9	28	3,1
El Salvador	98	99	1,0	91	98	1,1	12y	1y	12,9 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	7 x	81 x	12,1 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	3	18	7,0	2	46	26,8	36	15	2,4	18	45	2,5	52	86	1,7	-	-	-	-	-	-
Federazione Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Figi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filippine	-	-	-	26	94	3,7	-	-	-	37	55	1,5	-	-	-	14	26	1,8	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Uomini 15-24 2007-2011*		
	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri
	Gabon	88 x	92 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	46	61	1,3	34	58	1,7	24	9	2,6	43	32	0,7	28	42	1,5	20	48	2,4	-	-	-
Georgia	99	98	1,0	95 x	99 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	92	96	1,0	-	-	-	-	-	-
Germania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	47	82	1,7	39	98	2,5	19	9	2,2	45	34	0,7	61	86	1,4	17	34	2,1	23	50	2,1
Giamaica	96	99	1,0	97	98	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	69	1,3	-	-	-
Giappone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gibuti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giordania	-	-	-	98	100	1,0	3	0	26,0	18	30	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	20	95	4,7	21 y	3 y	6,5 y	39	51	1,3	-	-	-	5	41	7,8	-	-	-
Guinea	21	83	4,0	26	57	2,2	24	19	1,3	18 x	59 x	3,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea Equatoriale	-	-	-	47 x	85 x	1,8 x	-	-	-	24 x	37 x	1,5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	17	35	2,0	19 x	79 x	4,0 x	22	11	2,1	16	37	2,3	52	87	1,7	6	25	4,3	-	-	-
Guyana	84	92	1,1	81	96	1,2	16	4	3,8	-	-	-	91	97	1,1	37	72	2,0	25	65	2,6
Haiti	72	92	1,3	6 x	68 x	10,5 x	22 x	6 x	3,6 x	29 x	50 x	1,7 x	-	-	-	18 x	41 x	2,2 x	28 x	52 x	1,9 x
Honduras	92	96	1,0	33 x	99 x	2,9 x	16 x	2 x	8,1 x	56 x	47 x	0,8 x	80 x	90 x	1,1 x	13 x	44 x	3,4 x	-	-	-
India	24	72	3,0	24	85	3,6	57 x	20 x	2,9 x	19 x	43 x	2,3 x	-	-	-	4 x	45 x	11,7 x	15 x	55 x	3,8 x
Indonesia	23	84	3,7	65	86	1,3	23	10	2,2	32	27	0,9	-	-	-	3	23	7,5	2	27	12,2
Iran (Repubblica islamica)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	92	98	1,1	68	99	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	39	3,3	37	58	1,6
Isole Salomone	-	-	-	74	95	1,3	14	10	1,4	-	-	-	58 y	61 y	1,1 y	17	37	2,1	35	50	1,5
Israele	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	5 x	2 x	2,8 x	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	18 x	28 x	1,6 x	-	-	-
Kenya	48	80	1,7	20	81	4,0	25	9	2,8	40	37	0,9	58	78	1,3	29	61	2,1	42	68	1,6
Kirghizistan	94	95	1,0	93 x	100 x	1,1 x	2 x	2 x	0,8 x	-	-	-	94 x	91 x	1,0 x	17 x	29 x	1,7 x	-	-	-
Kiribati	93	94	1,0	76	93	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	49	1,2	38	52	1,4
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	62	85	1,4	3 x	81 x	27,1 x	38 x	14 x	2,7 x	42 x	80 x	1,9 x	59 x	84 x	1,4 x	-	-	-	-	-	-
Lesotho	42	49	1,2	35	90	2,6	18	9	1,9	-	-	-	83	94	1,1	26	48	1,8	14	45	3,3
Lettonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	1 y	7 y	6,1 y	26	81	3,2	21 y	13 y	1,6 y	41	64	1,6	15	56	3,7	14	29	2,1	17	37	2,2
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	100	1,0	98	98	1,0	2	0	-	-	-	-	97	99	1,0	9 x	45 x	5,0 x	-	-	-
Madagascar	61	93	1,5	22	90	4,1	40 x	24 x	1,7 x	12	29	2,4	59	96	1,6	10	42	4,3	8	49	6,5
Malawi	-	-	-	63	89	1,4	17	13	1,3	67	73	1,1	71 x	90 x	1,3 x	34	55	1,6	35	54	1,5
Maldiva	92	94	1,0	89	99	1,1	24	11	2,3	-	-	-	82	82	1,0	9	19	2,0	-	-	-
Malesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	48	2,0	-	-	-
Mali	65	96	1,5	35 x	86 x	2,5 x	31 x	17 x	1,8 x	8 x	29 x	3,5 x	37	56	1,5	-	-	-	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marocco	-	-	-	30 x	95 x	3,2 x	-	-	-	18 x	25 x	1,4 x	77 x	95 x	1,2 x	-	-	-	-	-	-
Mauritania	28	83	2,9	21	95	4,6	-	-	-	10	34	3,2	41	59	1,5	0	12	29,5	4	27	6,2
Mauritius	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Messico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia, Repubblica	97 x	98 x	1,0 x	99 x	100 x	1,0 x	5 x	1 x	8,2 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	99	99	1,0	98	99	1,0	6	2	2,7	-	-	-	93	98	1,1	17	42	2,5	12	48	4,1
Montenegro	94	99	1,0	98 x	100 x	1,0 x	4 x	1 x	4,1 x	-	-	-	92 x	100 x	1,1 x	-	-	-	-	-	-
Mozambico	20	48	2,4	37	89	2,4	-	-	-	40	50	1,3	72	80	1,1	41	43	1,1	16	45	2,7
Myanmar	50	96	1,9	51	96	1,9	33	14	2,5	52	75	1,4	81	94	1,2	-	-	-	-	-	-
Namibia	46	92	2,0	60	98	1,6	22	7	3,1	50	59	1,2	88	97	1,1	61	69	1,1	55	67	1,2

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Uomini 15-24 2007-2011*		
	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri
Nauru	71	88	1,2	97	98	1,0	7	3	2,7	-	-	-	-	-	-	13 y	10 y	0,8 y	-	25 y	-
Nepal	36	52	1,5	11	82	7,6	40	10	4,0	39	36	0,9	66 y	76 y	1,2 y	12 x	49 x	4,3 x	30 x	59 x	2,0 x
Nicaragua	72 y	93 y	1,3 y	42	99	2,4	9	1	6,6	53	64	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	20 y	67 y	3,3 y	5 x	59 x	11,8 x	-	-	-	14 x	32 x	2,3 x	26 x	32 x	1,2 x	5 x	30 x	6,5 x	6 x	34 x	5,8 x
Nigeria	9	62	7,0	8	86	10,3	35	10	3,5	15	53	3,5	31	72	2,4	9	34	3,6	18	41	2,2
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi Bassi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	18	38	2,1	16	77	4,8	-	-	-	41	44	1,1	42	74	1,8	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nuova Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perù	-	-	-	56	100	1,8	9	1	15,7	27	42	1,6	92	97	1,1	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portogallo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regno Unito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Ceca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	46	85	1,8	33	87	2,6	26	19	1,4	11	28	2,5	31 x	48 x	1,5 x	14	23	1,6	19	33	1,7
Repubblica Dominicana	61	93	1,5	95	99	1,0	5	1	4,4	41	38	0,9	92	98	1,1	31	46	1,5	21	41	2,0
Romania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	58	64	1,1	61	86	1,4	16	5	3,0	22	37	1,7	80	94	1,2	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	31	63	2,1	66	95	1,4	-	-	-	-	-	-	85 y	91 y	1,1 y	3	3	1,0	3	9	2,7
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	74	86	1,1	74	93	1,3	18	7	2,6	-	-	-	75	95	1,3	27	56	2,0	39	55	1,4
Senegal	50	94	1,9	30	96	3,2	24	10	2,4	21	31	1,5	47	78	1,7	-	-	-	-	-	-
Serbia	97	100	1,0	99	100	1,0	3	2	1,4	-	-	-	96	98	1,0	28	69	2,4	28	66	2,4
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	74	88	1,2	44	85	1,9	22	15	1,4	75	70	0,9	59	88	1,5	14	36	2,6	-	-	-
Singapore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica araba	92	99	1,1	78 x	99 x	1,3 x	10 x	7 x	1,5 x	45 x	59 x	1,3 x	-	-	-	4 x	10 x	2,9 x	-	-	-
Slovacchia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	1	7	6,6	11 x	77 x	7,2 x	42 x	14 x	3,0 x	7 x	31 x	4,8 x	3 x	40 x	12,5 x	1 x	8 x	13,5 x	-	-	-
Spagna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	97	98	1,0	97	99	1,0	29	11	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stati Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stato di Palestina	-	-	-	98 x	100 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sud Sudan*	21	57	2,7	8	41	5,1	32	21	1,6	27	52	1,9	12	58	4,7	3	18	6,1	-	-	-
Sudafrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudan*	26	98	3,8	6	59	10,5	40	17	2,4	21	16	0,7	55	97	1,8	1	11	13,6	-	-	-
Suriname	94	98	1,0	81 x	96 x	1,2 x	9 x	5 x	1,8 x	-	-	-	88 x	97 x	1,1 x	23 x	54 x	2,4 x	-	-	-
Svezia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Svizzera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Swaziland	39	73	1,9	65	94	1,4	8	4	2,3	58	60	1,0	95	99	1,0	49	72	1,5	44	64	1,5
Tagikistan	89	86	1,0	90	90	1,0	17	13	1,3	52 x	50 x	1,0 x	96 y	96 y	1,0 y	-	-	-	-	-	-
Tanzania, Repubblica Unita	4	56	12,7	31	90	2,9	22	9	2,3	41	38	0,9	68	93	1,4	39	55	1,4	34	56	1,7
Thailandia	99	100	1,0	93 x	100 x	1,1 x	11 x	3 x	3,3 x	56 x	54 x	1,0 x	97 x	98 x	1,0 x	47 x	43 x	0,9 x	-	-	-
Timor Est	50	56	1,1	10	69	6,9	49	35	1,4	70	71	1,0	60	83	1,4	9	16	1,8	11	35	3,0
Togo	59	97	1,7	28	94	3,4	21	9	2,5	8	19	2,5	80	92	1,2	18	42	2,3	20	55	2,7
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad/Tobago	94	98	1,0	98	100	1,0	-	-	-	-	-	-	95 x	99 x	1,0 x	48 x	62 x	1,3 x	-	-	-
Tunisia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	89	99	1,1	73	100	1,4	4	1	8,4	-	-	-	87 y	95 y	1,1 y	-	-	-	-	-	-
Turkmenistan	94	97	1,0	99 x	100 x	1,0 x	8 x	2 x	3,2 x	45 x	30 x	0,7 x	-	-	-	3 x	8 x	2,8 x	-	-	-
Tuvalu	39	71	1,8	99	98	1,0	1	0	-	-	-	-	-	-	-	34 y	39	1,2 y	-	67 y	-
Ucraina	100	100	1,0	97	99	1,0	-	-	-	-	-	-	78	75	1,0	33	45	1,4	28	42	1,5

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%) 2005-2011*			Assistenza qualificata al parto (%) 2007-2012*			Diffusione sottopeso 0-5 anni (%) 2007-2011*			Trattamento diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) (%) 2007-2012*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Donne 15-24 2007-2011*			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) Uomini 15-24 2007-2011*		
	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri	20% più povero	20% più ricco	rapporto più ricchi sui più poveri
Uganda	27	44	1,6	43	88	2,0	-	-	-	43	45	1,1	-	-	-	20x	47x	2,3x	28x	47x	1,6x
Ungheria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistan	100	100	1,0	100x	100x	1,0x	5x	3x	1,5x	-	-	-	94x	96x	1,0x	25x	33x	1,3x	-	-	-
Vanuatu	13	41	3,1	55	90	1,6	12	10	1,2	-	-	-	74	76	1,0	9	23	2,7	-	-	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	87x	95x	1,1x	95x	92x	1,0x	-	-	-	39x	55x	1,4x	86x	99x	1,2x	-	-	-	-	-	-
Vietnam	87	98	1,1	72	99	1,4	21	3	6,6	-	-	-	95	99	1,0	38	68	1,8	-	-	-
Yemen	5	50	9,3	17x	74x	4,3x	-	-	-	31x	37x	1,2x	44x	73x	1,6x	0x	4x	-	-	-	-
Zambia	5	31	5,8	27	91	3,4	16	11	1,5	61	61	1,0	73	96	1,3	24	48	2,0	24	51	2,1
Zimbabwe	35	75	2,1	48	91	1,9	-	-	-	18	28	1,6	84	91	1,1	31x	52x	1,7x	37x	51x	1,4x

MEMORANDUM

Sudan e Sud Sudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE*

Africa subsahariana	25	60	2,4	27	82	3,0	30	12	2,5	27	42	1,5	53	80	1,5	16	36	2,2	22	45	2,0
Africa orientale e meridionale	23	50	2,2	28	77	2,7	26	12	2,2	34	44	1,3	62	86	1,4	-	-	-	-	-	-
Africa occidentale e centrale	26	65	2,5	28	88	3,1	31	11	2,7	21	42	2,0	43	73	1,7	10	30	3,0	17	38	2,2
Medio Oriente e Nord Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridionale	23	63	2,7	22	82	3,7	55	19	2,8	29	46	1,6	-	-	-	4	44	11,7	15	55	3,8
Asia orientale e Pacifico	48**	89**	1,9**	54**	92**	1,7**	24**	10**	2,5**	36**	41**	1,1**	-	-	-	14**	35**	2,4**	-	-	-
America latina e Caraibi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CIS	94	98	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi meno sviluppati	25	52	2,1	30	78	2,6	33	15	2,3	40	47	1,2	61	83	1,4	-	-	-	-	-	-
Mondo	32**	68**	2,1**	31**	85**	2,7**	39**	14**	2,7**	29**	44**	1,5**	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* In seguito alla cessione nel luglio 2011 della Repubblica del Sud Sudan da parte della Repubblica del Sudan, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2011, i dati disaggregati per il Sudan e il Sud Sudan come Stati separati non sono ancora disponibili per la maggior parte degli indicatori. I dati aggregati presentati si riferiscono al Sudan pre-cessione (vedi punto Memorandum).

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Registrazione anagrafica – Percentuale di bambini con meno di 5 anni che al momento dell'indagine risultava registrata. Il numeratore di questo indicatore include bambini il cui certificato di nascita è stato visionato dall'intervistatore o le cui madri o tutori abbiano dichiarato l'avvenuta registrazione anagrafica.

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Diffusione del sottopeso sotto i 5 anni – Percentuale di bambini sotto i 5 anni con peso inferiore di due punti percentili rispetto alla mediana per quella fascia d'età secondo gli standard sull'accrescimento infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) – Percentuale di bambini sotto i 5 anni con diarrea nelle due settimane precedenti l'indagine, che hanno ricevuto sali per la reidratazione orale (bustine di sali reidratanti o confezioni di sali già diluiti).

Rapporto frequenza netta alla scuola primaria – Numero di bambini che frequenta la scuola primaria o secondaria appartenenti alla fascia di età ufficiale per la scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale di bambini in età ufficiale da scuola primaria. A causa dell'inclusione di bambini in età ufficiale da scuola primaria che frequentano però la secondaria, questo indicatore può anche essere definito come un arrotondamento del rapporto netto di frequenza alla scuola primaria.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Percentuale di ragazze (15-24 anni) che conosce i due principali modi per prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un unico partner fedele e non affetto dal virus), che rifiuta le due maggiori false convinzioni locali sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che sa che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

Utilizzo di impianti igienici adeguati – Percentuale di popolazione con accesso ad alcuni dei seguenti impianti igienici non in condivisione con altre famiglie: latrine dotate di scarico o collegate a un sistema fognario convogliato, latrine migliorate con fessure per l'aerazione, sistemi igienici collegati a fosse settiche, latrine dotate di un basamento, latrine con la tavoletta, latrine con sistema di copertura, gabinetto di compostaggio.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Registrazione anagrafica – Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS), oltre indagini nazionali e sistemi di registrazione demografica.

Assistenza qualificata al parto – DHS, MICS e altre fonti rappresentative a livello nazionale.

Diffusione del sottopeso 0-5 anni – DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio, OMS e UNICEF.

Trattamento della diarrea con sali per la reidratazione orale (SRO) – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.

Rapporto frequenza netta alla scuola primaria – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.

Conoscenza esauriente dell'HIV – AIDS Indicator Surveys (AIS), DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilizzo di impianti igienici adeguati – Programma congiunto di monitoraggio UNICEF e OMS per l'acqua e gli impianti igienici.

I dati in corsivo provengono da fonti di dati presentati per gli stessi indicatori in altre tabelle del rapporto: tavola 2 (Nutrizione – Diffusione sottopeso), tavola 3 (Salute – Trattamento della diarrea) e tavola 8 (Donne – Assistenza qualificata al parto).

NOTE

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali, eccetto per i dati 2005-2006 riferiti all'India. Le stime dei dati antecedenti al 2000 non sono presentati.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 14: SVILUPPO NELLA PRIMA INFANZIA

Paesi e aree	Istruzione prescolare 2005-2011*					Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti ++ 2005-2011*					Sostegno apprendimento da parte del padre ++ 2005-2011*	Materiale per l'apprendimento in casa 2005-2011*						Bambini affidati a cure inadeguate 2005-2011*				
	totale	maschi	femmine	20% più povero		totale	maschi	femmine	20% più povero			Libri per bambini			Giocattoli++			totale	maschi	femmine	20% più ricco	
				ricco	ricco				totale	20% più povero		20% più ricco	totale	20% più povero	20% più ricco	ricco	ricco					
Afghanistan	1	1	1	0	4	73	74	73	72	80	62	2	1	5	53	52	57	40	42	39	43	27
Albania	40	39	42	26	60	86	85	87	68	96	53	32	16	52	53	57	48	13	14	11	9	16
Bangladesh	15	14	15	11	16	61	61	60	42	85	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	32	30	34	16	59	86	88	83	73	94	50	40	17	73	57	55	58	2	3	2	4	1
Bhutan	10	10	10	3	27	54	52	57	40	73	51	6	1	24	52	36	60	14	13	15	17	7
Bielorussia	86	87	85	-	-	97	97	96	95	98	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia/Erzegovina	6	5	8	1	15	83	83	83	74	90	74	70	52	88	43	49	43	7	7	6	6	10
Botswana	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2	3	1	0	9	14	14	14	12	26	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	5	5	5	4	10	34	35	34	32	38	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camerun	22	22	22	3	56	58	57	59	57	69	39	8	3	22	57	62	46	36	36	36	45	25
Ciad	5	5	4	1	16	70	69	70	64	71	29	1	0	2	43	38	50	56	57	56	58	56
Congo, Repubblica Democratica	5	5	5	2	18	61	61	62	62	76	36	1	0	2	29	21	40	60	60	60	69	39
Corea, Repubblica Democratica Popolare	98	98	97	-	-	91	88	93	-	-	75	79	-	-	47	-	-	17	17	16	-	-
Costa d'Avorio	6	5	6	1	24	50	50	51	55	57	40	5	3	13	39	44	35	59	60	58	62	51
Gambia	18	17	19	13	33	48	49	47	50	56	21	1	0	5	42	29	49	21	22	19	25	18
Georgia	43	44	42	17	70	93	93	93	85	99	61	72	48	91	38	41	41	8	8	8	7	8
Ghana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Giamaica	86	84	88	-	-	94	95	93	-	-	41	57	-	-	71	-	-	4	4	3	-	-
Gibuti	14	12	16	-	-	36	36	35	-	-	23	15	-	-	24	-	-	12	11	13	-	-
Guinea-Bissau	10	10	10	4	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	49	48	50	33	78	89	88	89	77	99	52	54	28	86	65	67	60	11	13	10	19	6
Iraq	3	2	3	-	-	58	59	57	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	37	36	38	19	61	92	92	91	84	96	49	48	24	76	45	40	49	4	4	4	5	4
Kirghizistan	19	21	17	7	47	88	90	85	86	99	54	76	76	85	57	59	54	11	12	9	11	6
Laos, Repubblica Democratica Popolare	7	8	7	1	44	33	33	34	20	59	24	3	1	11	57	54	40	26	26	25	33	17
Libano	62	63	60	-	-	56 y	58 y	54 y	-	-	74 y	29	-	-	16 y	-	-	9	8	10	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	22	25	19	0	59	92	92	91	81	97	71	52	19	83	71	70	79	5	5	5	10	1
Mali	10	10	10	1	40	29	27	30	28	44	14	0	0	2	40	33	49	33	33	33	33	36
Marocco	39	36	41	6	78	48 y	47 y	49 y	35 y	68 y	56 y	21 y	9 y	52 y	14 y	19 y	7 y	9	9	9	11	6
Mauritania	5	5	5	2	11	48	48	47	39	64	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	60	58	61	26	83	59	56	62	44	73	41	23	6	48	68	74	62	9	9	8	10	6
Montenegro	29	28	30	6	62	97	96	98	88	100	79	77	50	92	39	49	33	6	8	5	11	3
Mozambico	-	-	-	-	-	47	45	48	48	50	20	3	2	10	-	-	-	33	33	32	-	-
Myanmar	23	23	23	8	46	58 y	58 y	58 y	42 y	76 y	44 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	30 y	29 y	31 y	14 y	61 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigeria	32	32	32	5	70	78	78	78	68	91	38	14	2	35	35	25	42	38	38	37	41	32
Repubblica Centrafricana	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
Sao Tomé/Principe	27	29	26	18	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	22 y	23 y	21 y	7 y	43 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serbia	44	41	47	22	75	95	96	95	84	98	78	76	49	86	63	65	60	1	1	1	2	1
Sierra Leone	14	13	15	5	42	54	53	55	45	79	42	2	0	10	35	24	50	32	33	32	29	28
Siria, Repubblica araba	8	8	7	4	18	70	70	69	52	84	62	30	12	53	52	52	51	17	17	17	22	15
Somalia	2	2	2	1	6	79	80	79	76	85	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sud Sudan	6	6	6	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudan	20	20	21	10	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	39	37	40	17	63	75	75	76	61	92	31	45	20	75	64	67	63	7	6	8	13	1
Swaziland	33	32	34	36	50	50	50	50	35	71	10	4	1	12	69	64	74	15	15	15	20	9
Tagikistan	10	11	10	1	29	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11
Thailandia	61	60	61	55	78	89	90	89	86	98	57	43	25	71	55	58	49	13	14	13	18	7

Paesi e aree	Istruzione prescolare 2005-2011*					Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti ++ 2005-2011*					Sostegno apprendimento da parte del padre ++ 2005-2011*	Materiale per l'apprendimento in casa 2005-2011*						Bambini affidati a cure inadeguate 2005-2011*				
	totale	maschi	femmine	20% più povero		totale	maschi	femmine	20% più povero			Libri per bambini			Giocattoli++			totale	maschi	femmine	20% più ricco	
				ricco	ricco				totale	20% più povero		20% più ricco	totale	20% più povero	20% più ricco	ricco	ricco					
Togo	29	27	31	10	52	62	61	63	55	68	38	2	0	7	31	26	41	41	42	41	45	35
Trinidad e Tobago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Ucraina	63	63	63	30	74	-	-	-	-	-	-	97	93	99	47	36	47	10	11	10	15	4
Uzbekistan	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
Vietnam	72	71	73	59	91	77	74	80	63	94	61	20	3	49	49	41	54	9	10	9	17	4
Yemen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE*

Africa subsahariana	21	21	21	6	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Africa orientale e meridionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Africa occidentale e centrale	22	22	23	6	49	63	63	63	57	77	35	8	1	21	36	29	43	43	43	43	47	34
Medio Oriente e Nord Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia orientale e Pacifico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
America latina e Caraibi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi meno sviluppati	11	11	12	6	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mondo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, vedere p. 98.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Istruzione prescolare – Percentuale di bambini 36-59 mesi di età che frequenta un programma di istruzione prescolare.

Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti – Percentuale di bambini 36-59 mesi che ha ricevuto l'affiancamento di un adulto in quattro o più delle seguenti attività a sostegno dell'apprendimento e della preparazione scolastica negli ultimi tre giorni precedenti l'indagine: a) lettura di libri al bambino, b) narrazione di storie al bambino, c) canto di canzoncine al bambino, d) passeggiate con il bambino, e) giochi con il bambino, f) scrivere, contare o disegnare con il bambino.

Sostegno all'apprendimento da parte del padre – Percentuale di bambini 36-59 mesi di età il cui padre si è impegnato in una o più delle seguenti attività a sostegno dell'apprendimento e della preparazione scolastica negli ultimi tre giorni precedenti l'indagine: a) lettura di libri al bambino, b) narrazione di storie al bambino, c) canto di canzoncine al bambino, d) passeggiate con il bambino, e) giochi con il bambino, f) scrivere, contare o disegnare con il bambino.

Materiale per l'apprendimento in casa: libri per bambini – Percentuale di bambini 0-59 mesi in possesso di tre o più libri.

Materiale per l'apprendimento in casa: giocattoli – Percentuale di bambini 0-59 mesi, in possesso di due o più dei seguenti giocattoli: oggetti domestici o oggetti raccolti fuori casa (bastoni, pietre, animali, conchiglie, foglie, ecc.); giocattoli realizzati a mano o giocattoli provenienti da un negozio.

Bambini affidati a cure inadeguate – Percentuale di bambini 0-59 mesi lasciati soli o affidati alle cure di un altro bambino di età inferiore ai 10 anni di età per più di un'ora, almeno una volta nella settimana precedente l'indagine.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Istruzione prescolare – Indagini campione a indicatori multipli (MICS), Indagini demografiche sanitarie (DHS) e altre indagini nazionali.

Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti – MICS e altre indagini nazionali.

Sostegno all'apprendimento da parte del padre – MICS e altre indagini nazionali.

Materiale per l'apprendimento in casa: libri per bambini – MICS e altre indagini nazionali.

Materiale per l'apprendimento in casa: giocattoli – MICS e altre indagini nazionali.

Bambini affidati a cure inadeguate – MICS e altre indagini nazionali.

NOTE

– Dati non disponibili.

y I dati differiscono dalla definizione standard o si riferiscono solo a una parte del territorio. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

++ Le modifiche alle definizioni dei vari indicatori relativi allo sviluppo nella prima infanzia sono state effettuate tra il terzo e quarto rilevamento dei MICS – Indagini campione a indicatori multipli (MICS3 e MICS4). Al fine di consentire la comparabilità dei dati della MICS4 con la MICS3, quelli relativi al sostegno all'apprendimento da parte degli adulti, al sostegno all'apprendimento da parte del padre e ai materiali didattici o in casa (giocattoli), gli indicatori sono stati ricalcolati secondo le definizioni degli indicatori della MICS4. Pertanto, i dati ricalcolati qui presenti sono difformi dalle stime riportate nei rapporti nazionali della MICS3.

Convenzioni, protocolli opzionali, firme e ratifiche

Nota sulla terminologia utilizzata nel presente rapporto

Una **Convenzione** è un accordo formale tra gli Stati parti. “Convenzione” è il termine usato (al posto di “trattato”, un suo sinonimo) per indicare uno strumento multilaterale condiviso da un gran numero di Stati parti, aperto alla partecipazione della comunità internazionale e negoziato sotto gli auspici di un’organizzazione internazionale.

Un **Protocollo opzionale** alla Convenzione è un uno strumento giuridico destinato a completare l’accordo iniziale stabilendo ulteriori diritti o obblighi. Può essere utilizzato per affrontare in modo più approfondito una questione contemplata nell’accordo iniziale, o per aggiungere procedure operative o di potenziamento. Tale Protocollo è facoltativo, nel senso che gli Stati parti a una Convenzione non sono automaticamente vincolati dalle sue disposizioni, ma devono ratificarlo in modo indipendente. Pertanto, uno Stato può essere parte di una Convenzione, ma non dei suoi protocolli opzionali.

Il processo attraverso il quale uno Stato diventa parte di una Convenzione comprende, nella maggior parte dei casi, due passi: la firma e la ratifica.

Con la **firma di una Convenzione** uno Stato indica la sua intenzione di attuare misure per esaminare la Convenzione e la sua compatibilità con la normativa nazionale. Una firma non crea un obbligo giuridico a essere vincolato dalle disposizioni di una Convenzione, tuttavia, indica che uno Stato agirà in buona fede e non intraprenderà azioni che potrebbero compromettere la finalità della Convenzione.

La **ratifica** è l’azione concreta con cui uno Stato accetta di essere legalmente vincolato ai termini di una Convenzione. La procedura varia a seconda della particolare struttura legislativa di ciascun paese. Dopo che lo Stato ha stabilito che una Convenzione è coerente con le leggi nazionali e che le misure possono essere adottate per conformarsi alle sue disposizioni, l’organo nazionale competente (ad esempio, un parlamento) delibera una decisione formale di ratifica. Una volta che lo strumento di ratifica – una formale lettera sigillata siglata dall’autorità competente (ad esempio, un presidente) – viene depositato presso il Segretario Generale delle Nazioni Unite, lo Stato diventa parte della Convenzione.

In alcuni casi uno Stato **aderisce** ad una Convenzione o Protocollo opzionale. In sostanza l’**adesione** è come la ratifica senza passare per la prassi di firma.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità è disponibile su:

<<https://www.unicef.it/doc/2034/pubblicazioni/convenzione-sui-diritti-delle-persone-con-disabilit.htm>>.

I Protocolli opzionali sono disponibili su: <<http://www.unicef.it/doc/621/protocolli-opzionali-convenzione-diritti-infanzia.htm>>.