unicef

70 ANNI PER OGNI BAMBINO

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2016

La giusta opportunità per ogni bambino

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:

Advisory Board: Yoka Brandt, *Deputy Executive Director*, Geeta Rao Gupta, *Deputy Executive Director*, Gerard Bocquenet, Ted Chaiban, Sarah Cook, Paloma Escudero, Andres Franco, Claudia Gonzalez Romo, Goran Holmqvist, Karin Hulshof, Afshan Khan, Olav Kjørven, Jeffrey O'Malley.

Programme and Policy Guidance: Abdul Alim, David Anthony, Ivelina Borisova, Josephine Bourne, Nicola Brandt, Jingqing Chai, Kim Dickson, Martin Evans, Antonio Franco Garcia, Vidhya Ganesh, Katherine Holland, Tamara Kummer, George Laryea-Adjei, Dheepa Pandian, David Stewart, Morgan Strecker, Guy Taylor, Justin Van Fleet, Rudina Vojvoda, Frank Borge Wietzke, Alexandra Yuster, Maniza Zaman.

Thank you to Rachel Sabates-Wheeler and Jennifer Yablonski for the background paper, 'Social protection and child poverty: Evidence, practice, and gaps', and to Gonzalo Fanjul for the background paper 'Child poverty and inequality in rich countries'.

Thank you to Ravneet Ahluwalia and Vivek Kumar for their help with the Perspective essays.

Communication team: Justin Forsyth, *Deputy Executive Director*, Paloma Escudero, *Director, Division of Communication*; Edward Carwardine, *Deputy Director, Division of Communication*; Maurico Aguayo, Nigina Baykabulova, Gerrit Beger, Penni Berns, Marissa Buckanoff, Patricia Codyre, Eliana Drakopoulos, Jedd Flanscha, Claudia Gonzalez Romo, Bayann Hamid, Chulho Hyun, Angus Ingham, Malene Jensen, Ueli Johner, Ariel Kastner, Nicholas Ledner, Marixie Mercado, Najwa Mekki, Christine Nesbitt, David Ohana, Rebecca Obstler, Laetitia Pactat, Katarzyna Pawelczyk, Hugh Reilly, Abhijit Shanker, Melanie Sharpe, Arissa Sidoti, Tanya Turkovich, Sonia Yeo.

UNICEF country and regional offices and headquarters divisions contributed to this report by taking part in formal reviews or commenting on drafts. Many field offices and UNICEF national committees arranged to translate or adapt the report for local use.

TEAM DEL RAPPORTO

ATTIVITÀ REDAZIONALE E RICERCA

Kevin Watkins, *principal author*; Maria Quattri, *research and technical advice on data*; Tara Dooley, Hirut Gebre-Egziabher, Anna Grojec, Yasmine Hage, Catherine Langevin-Falcon, Timothy Ledwith, Céline Little, Baishalee Nayak, Carlos Perellon, Ami Pradhan, Charlotte Rutsch, Zahra Sethna, Jordan Tamagni.

DATI E ANALISI

Agbessi Amouzou, Robert Bain, Nassim Benali, David Brown, Claudia Cappa, Liliana Carvajal, Karoline Hassfurter, Hiroyuki Hattori, Lucia Hug, Priscilla Idele, Claes Johansson, Julia Krasevec, Vrinda Mehra, Padraic Murphy, Colleen Murray, Khin Wityee Oo, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Shahrouh Sharif, Tom Slaymaker, Chiho Suzuki, Haogen Yao, Danzhen You.

PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE

Samantha Wauchope, *Production Specialist*; Germain Ake, Ernest Califra.

DESIGN

it's B. Blossoming.it Publication and graphic design
Soapbox, www.soapbox.co.uk Infographics on pages 3, 11, 42, 70 and 90.

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
Chiara Santamaria, Raffaella Zannetti

Impaginazione
B-Side Studio grafico - Roma

Giugno 2016

unicef

70 ANNI PER OGNI BAMBINO

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2016

La giusta opportunità per ogni bambino

Indice

Prefazione

La condizione dell'infanzia nel mondo
di Anthony Lake, Direttore Generale, UNICEF vi

Introduzione

Raggiungere ogni bambino: la promessa dell'equità
pagine viii–7

L'importanza di concentrarsi sull'equità 3
Soddisfare l'imperativo dell'equità 5

01

Salute infantile: iniziare la vita nel miglior modo possibile
pagine 8–39

Andamenti e rischi della mortalità infantile 10
Prospettive per la sopravvivenza infantile 12
Disuguaglianze nella sopravvivenza infantile 13
Disparità di accesso e nella qualità dell'assistenza 20
Interventi a basso costo possono fare la differenza 21
Raggiungere i più vulnerabili 21
E se non si riescono a colmare i divari? 24
Obiettivi di equità 26
Rendimento elevato degli investimenti in ambito sanitario 26
Benefici della copertura sanitaria universale 29
Finanziamenti equi e adeguati 34
La forza delle partnership 37

Indice, continua

02

Istruzione: creare condizioni eque

pagine 40–67

Accesso all'istruzione – dal principio 42
Equità e risultati scolastici 46
Istruzione nelle emergenze e nelle crisi croniche 52
Benefici di un'istruzione di qualità 55
Raggiungere i bambini durante l'intero ciclo scolastico 56
Obiettivi di equità 59
L'insegnamento è importante 60
Finanziamenti per l'istruzione 61
Il ruolo degli aiuti 62
Un progresso equo è possibile 64

03

Bambini e povertà: spezzare il circolo vizioso

pagine 68–87

Gli effetti della povertà nell'infanzia 70
Misurare i bambini che vivono in povertà 71
Bambini che vivono in condizioni di povertà estrema 72
Bambini che vivono in condizioni di povertà "moderata" 75
Bambini poveri che vivono in paesi ricchi 75
La povertà infantile in tutte le sue dimensioni 78
Gli svantaggi si sovrappongono e si rafforzano a vicenda 78
Misurazione universale della povertà infantile 80
Il ruolo dei cash transfer nella riduzione di povertà e disuguaglianze 81
I cash transfer e l'accesso ai servizi essenziali 83
Espandere la protezione sociale e guardare avanti 84

04

Percorsi verso l'equità

pagine 88–101

Informazioni 90
Integrazione 92
Innovazione 94
Investimenti 97
Coinvolgimento 99

Indice, continua

Punto di vista

Un'equa opportunità per le bambine – porre fine al matrimonio precoce
di Angélique Kidjo 38

Dare un'opportunità ai bambini
di Gordon Brown 66

Cosa stiamo aspettando?
Le società sostenibili cominciano con i bambini
di Kailash Satyarthi 86

Note

102

Box

BOX 1. Definizione di equità 7

BOX 1.1. In Nepal, delle volontarie aiutano gli operatori sanitari a raggiungere gli emarginati 23

BOX 1.2. Ogni bambino conta: l'importanza di dati di qualità sulla sopravvivenza infantile 27

BOX 1.3. Il Bangladesh dimostra l'importanza di progressi sostenuti nella sfida per la sopravvivenza infantile 35

BOX 1.4. I fondi per l'equità sanitaria offrono assistenza sanitaria gratuita ai poveri 36

BOX 1.5. Eliminare la malnutrizione può contribuire a spezzare il ciclo della disuguaglianza di opportunità 36

BOX 2.1. Il cervello in via di sviluppo: una prima opportunità per l'apprendimento 50

BOX 2.2. L'impatto distruttivo dei conflitti armati sull'istruzione 53

BOX 2.3. Brasile e Vietnam: verso il livello richiesto 63

BOX 3.1 Misure della povertà monetaria infantile 72

BOX 3.2. Misurare la povertà infantile multidimensionale 74

Grafici

Grafico 1.1. I paesi a crescita economica limitata possono comunque ridurre la mortalità infantile 13

Grafico 1.2. I progressi nella mortalità sotto i cinque anni non derivano necessariamente da una maggiore equità 14

Grafico 1.3. I poveri dovranno compiere progressi più rapidi per raggiungere l'obiettivo fissato per il 2030 15

Grafico 1.4. I progressi devono accelerare per i bambini più svantaggiati 18

Grafico 1.5. Gli attuali lenti progressi nei tassi di mortalità neonatale mancheranno il traguardo SDG 22

Grafico 1.6. Molti paesi mancheranno il traguardo per la mortalità sotto i cinque anni, alcuni con un ampio distacco 25

Grafico 1.7. Assistenza prenatale e assistenza qualificata al parto salvano i neonati 29

Grafico 1.8. In 63 paesi, l'equità nella copertura degli interventi potrebbe ridurre di quasi il 30% i tassi di mortalità sotto i cinque anni 30

Grafico 1.9. Molti paesi non hanno sufficienti operatori sanitari 32

Indice, continua

Grafico 2.1. Più della metà dei 59 milioni di bambini che non vanno a scuola vive in Africa sub-sahariana 44

Grafico 2.2. Se perdureranno le tendenze attuali, l'istruzione primaria e secondaria per tutti non sarà universale 45

Grafico 2.3. Molti bambini e bambine abbandonano la scuola nel passaggio da un grado d'istruzione all'altro 45

Grafico 2.4. In Pakistan, il livello d'istruzione raggiunto dipende dal genere, dalla residenza e dal reddito 47

Grafico 2.5. Ricchezza, genere e residenza influiscono sull'istruzione in Nigeria 48

Grafico 2.6. I divari nelle capacità matematiche di base 49

Grafico 2.7. I divari nell'educazione della prima infanzia variano in base alla ricchezza e alla residenza 57

Grafico 2.8. I progressi devono accelerare per i bambini più svantaggiati 58

Grafico 3.1. Una percentuale sproporzionata di bambini vive in condizioni di povertà estrema 73

Grafico 3.2. Nel 2030, 9 bambini su 10 in condizioni di povertà estrema vivranno nell'Africa sub-sahariana 74

Grafico 3.3. Più della metà della popolazione nei paesi a basso e medio reddito sopravvive con meno di 5 dollari USA al giorno 76

Grafico 3.4. Nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, i bambini sono più a rischio di povertà monetaria rispetto agli adulti 77

Tavole Statistiche

pagine 107–172

Osservazioni 108

Note generali sui dati 108

Stima sulla mortalità infantile 109

Classifica della mortalità sotto i 5 anni 110

Classificazione regionale 112

Note a tavole specifiche 113

Tavola 1. Indicatori di base 118

Tavola 2. Nutrizione 122

Tavola 3. Salute 126

Tavola 4. HIV/AIDS 130

Tavola 5. Istruzione 134

Tavola 6. Indicatori demografici 138

Tavola 7. Indicatori economici 142

Tavola 8. Donne 146

Tavola 9. Protezione dell'infanzia 150

Tavola 10. Tasso di progresso 154

Tavola 11. Adolescenti 158

Tavola 12. Disparità - Residenza 162

Tavola 13. Disparità - Benessere delle famiglie 166

Tavola 14. Sviluppo nella prima infanzia 170

PREFAZIONE

La condizione dell'infanzia nel mondo

La disuguaglianza mette in pericolo milioni di bambini e minaccia il futuro del mondo

Scolari giocano in un Centro per lo sviluppo della prima infanzia nel distretto di Gulu, in Uganda.

© UNICEF/UN03308/Ose

Al giorno d'oggi, se ci guardiamo intorno, ci troviamo di fronte a una verità scomoda ma innegabile: la sorte di milioni di bambini dipende semplicemente dal paese, dalla comunità, dal genere o dalle circostanze in cui sono nati.

E come dimostrano i dati contenuti in questo rapporto, se non accelereremo i ritmi dei nostri progressi nel raggiungere questi milioni di bambini svantaggiati e vulnerabili, il loro futuro, e pertanto anche quello delle loro società, sarà in pericolo.

Le condizioni di vita dei bambini poveri ed esclusi, prima ancora che emettono il loro primo respiro, sono regolate spesso dalle disuguaglianze. Lo svantaggio e la discriminazione ai danni delle loro comunità e delle loro famiglie contribuiscono a determinare se dovranno vivere o morire, se avranno la possibilità di apprendere e successivamente di guadagnarsi da vivere dignitosamente. Conflitti, crisi e disastri collegati al clima aggravano le loro privazioni e diminuiscono il loro potenziale.

Ma le cose non devono andare necessariamente così. Come questo rapporto dimostra, il mondo ha compiuto enormi progressi nel ridurre i decessi infantili, nel far andare i bambini a scuola e nel liberare milioni di persone dalla povertà. Molti degli interventi alla base di questi progressi – come i vaccini, i sali per la reidratazione orale e una migliore alimentazione – si sono rivelati pratici ed economicamente convenienti. L'ascesa della tecnologia digitale e mobile, come pure altre innovazioni, hanno reso più facile ed economica sia la fornitura di servizi essenziali in comunità difficili da raggiungere sia l'espansione delle opportunità per i bambini e le famiglie maggiormente a rischio.

Perlopiù, i limiti alle possibilità di raggiungere questi bambini non sono di natura tecnica. Sono una questione di impegno politico. Sono una questione di risorse. E sono una questione di volontà collettiva, poiché rendono necessario unire le forze per affrontare direttamente le ingiustizie e le disuguaglianze, concentrando investimenti e sforzi maggiori per raggiungere i bambini lasciati indietro.

Questo è il momento di agire. Perché se non modificheremo le attuali tendenze, entro il 2030:

- Quasi 70 milioni di bambini potrebbero morire prima di raggiungere il loro quinto compleanno; 3,6 milioni soltanto nel 2030, l'anno stabilito come scadenza per gli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

- I bambini dell'Africa sub-sahariana avranno probabilità dieci volte maggiori di morire prima del loro quinto compleanno rispetto ai bambini dei paesi ad alto reddito.

- Nove bambini su dieci in condizioni di povertà estrema vivranno nell'Africa sub-sahariana.

- Più di 60 milioni di bambini in età da scuola primaria saranno esclusi dalla scuola. Più della metà di questi bambini si troverà nell'Africa sub-sahariana.

- Si saranno sposate precocemente quasi 750 milioni di donne, pari a tre quarti di miliardo di spose bambine in più rispetto al numero attuale.

Queste disuguaglianze e questi enormi pericoli non si limitano a violare i diritti di singoli bambini e a metterne in pericolo il futuro. Perpetuano cicli intergenerazionali di svantaggio e di disuguaglianza che minano la stabilità delle società e persino la sicurezza delle nazioni.

Più che mai, dovremmo riconoscere che lo sviluppo è sostenibile soltanto se può essere portato avanti, dalle generazioni future. Abbiamo l'opportunità di sostituire circoli viziosi con circoli virtuosi attraverso cui i bambini poveri di oggi potranno da adulti – se verrà data loro un'equa possibilità di essere sani, istruiti e protetti dai pericoli – competere in condizioni di parità con i bambini provenienti da ambienti più ricchi. In questo modo non solo si migliorerà la loro vita, ma si renderanno floride anche le loro società.

Perché quando aiutiamo un bambino ad accedere ai farmaci e ai cibi di cui ha bisogno per crescere sano e forte, non solo aumentiamo le sue opportunità, ma facciamo anche diminuire i costi economici e sociali associati alla cattiva salute e alla bassa produttività.

Quando istruiamo una bambina, non ci limitiamo a darle la conoscenza e gli strumenti necessari per prendere le sue decisioni e plasmare il suo futuro, ma la aiutiamo anche a elevare lo standard di vita della sua famiglia e della sua comunità.

Quando offriamo istruzione, alloggio e protezione ai bambini coinvolti in conflitti, contribuiamo a guarire i loro cuori e le loro menti, affinché un giorno possano avere le capacità e il desiderio di contribuire a ricostruire i loro paesi.

Questo rapporto si conclude con cinque modi per rafforzare la nostra azione, sulla base di quel che abbiamo appreso negli ultimi 25 anni e di ciò che stiamo ancora imparando: raccogliere più informazioni su coloro che vengono lasciati indietro; integrare gli sforzi nei vari settori per affrontare le molteplici privazioni che limitano così tanti bambini; innovare per accelerare i progressi e guidare il cambiamento per le famiglie e i bambini più esclusi; investire nell'equità e trovare nuovi modi di finanziare gli sforzi per raggiungere i bambini più svantaggiati; e infine coinvolgere tutti, a cominciare dalle comunità stesse, ma anche le aziende, le organizzazioni e i cittadini che, in tutto il mondo, credono nella possibilità di cambiare in meglio per milioni di bambini.

Sì, possiamo farlo. L'ingiustizia non è inevitabile. La disuguaglianza è una scelta. Anche promuovere l'equità, per tutti i bambini, è una scelta. Una scelta che possiamo e dobbiamo compiere. Per il loro futuro, e per il futuro del nostro mondo.

Anthony Lake
Direttore Generale, UNICEF

RAGGIUNGERE OGNI BAMBINO: LA PROMESSA DELL'EQUITÀ

INTRODUZIONE

Raggiungere ogni bambino:

la promessa dell'equità

Se l'anima di una società si può giudicare dal modo in cui tratta i suoi componenti più vulnerabili, allora anche il suo futuro – ovvero le sue prospettive a lungo termine di crescita sostenibile, stabilità e prosperità condivisa – si può predire in base alla misura in cui riesce a offrire a ogni bambino eque opportunità nella vita. Dare quest'opportunità a ogni bambino è l'essenza dello sviluppo. E promuovere l'equità è più di un obbligo morale. Come afferma quest'edizione de *La condizione dell'infanzia nel mondo*, è un imperativo pratico e strategico che contribuisce a spezzare cicli intergenerazionali di svantaggio e quindi a ridurre le disuguaglianze che indeboliscono tutte le società.

Musamat 6 anni (seduta di fronte) gioca in una scuola pre-primaria a Satkhira Sadar, Bangladesh.

© UNICEF/UN016332/Gilbertson VII Photo

Ogni bambino nasce con lo stesso inalienabile diritto di iniziare la vita in salute, di ricevere un'istruzione e avere un'infanzia sicura, tutte opportunità fondamentali che si traducono in una vita adulta produttiva e soddisfacente. Purtroppo però in tutto il mondo milioni di bambini vengono privati dei loro diritti e di ciò di cui hanno bisogno per crescere sani e forti, a causa del luogo o della famiglia in cui nascono, della razza, dell'etnia o del genere, o perché vivono in condizioni di povertà o di disabilità.

Come si manifestano queste privazioni nella vita di un bambino, durante il suo viaggio verso l'età adulta?

Un bambino privato dell'assistenza post-natale rischia di non superare i primi giorni di vita. Un bambino privato di vaccinazioni o di acqua potabile rischia di non arrivare al suo quinto compleanno, oppure di vivere una vita meno sana. Un bambino privato di un'alimentazione adeguata rischia di non sviluppare mai le capacità necessarie per una vita adulta soddisfacente o per mandare i figli a scuola. E un bambino privato di protezione – da conflitti, violenza o abusi, sfruttamento o discriminazioni, lavoro o matrimonio e maternità precoci – può rimanere fisicamente ed emotivamente svantaggiato per tutta la vita, con conseguenze profonde.

Come si manifestano tali mancanze di equità nei paesi e nelle comunità in cui questi bambini crescono?

Le prove sono sotto i nostri occhi: cicli di privazioni che si trasmettono da una generazione all'altra, approfondendo la disuguaglianza che minaccia le società. I bambini privati dell'opportunità di sviluppare le capacità necessarie alla vita adulta non possono né interrompere questi circoli viziosi nella loro vita né dare ai figli l'opportunità di realizzare il proprio potenziale. Se ignorati, questi divari si amplieranno e i circoli diverranno man mano più viziosi, colpendo un numero sempre maggiore di bambini. Ciò vale in modo particolare in un mondo sempre più gravato da conflitti violenti, crisi croniche e altre emergenze umanitarie provocate dai disastri naturali e dagli effetti del cambiamento climatico sempre più grave. Sono fattori che colpiscono in modo sproporzionato i bambini, soprattutto quelli più svantaggiati e più vulnerabili.

Pertanto, l'invito all'azione che questo rapporto rivolge è urgente e animato dalla convinzione che un risultato diverso e un mondo migliore siano possibili. I bambini nati in condizioni di povertà e di privazione non sono condannati a vivere vite disperate. La disuguaglianza non è inevitabile se i governi investono nell'espansione delle opportunità per ogni bambino, indirizzando le loro politiche, i loro programmi e le loro priorità di spesa pubblica in modo da dare ai più svantaggiati la possibilità di colmare il divario rispetto ai più favoriti.

Come dimostra il rapporto, la buona notizia è che esistono modi più efficaci ed economicamente convenienti per raggiungere i bambini, le famiglie e le comunità più difficili. Le nuove tecnologie, la rivoluzione digitale, i modi innovativi di finanziare gli interventi essenziali e i movimenti guidati dai cittadini stanno contribuendo a guidare il cambiamento in favore dei più svantaggiati. Investire in questi movimenti emergenti produrrà benefici sia a breve sia a lungo termine per milioni di bambini e per le loro società.

L'aritmetica dell'equità è relativamente semplice, e non è un gioco a somma zero. Ognuno deve progredire, nei paesi ricchi come in quelli poveri. Ma concentrando sforzi e investimenti maggiori per raggiungere i bambini e le famiglie che hanno compiuto meno progressi, i miglioramenti per la sopravvivenza infantile, la salute e l'istruzione si possono condividere in modo più equo a beneficio di tutti. Per raggiungere i nostri obiettivi di sviluppo globale, dobbiamo investire innanzitutto sui bambini che sono rimasti più indietro.

Investire sui più svantaggiati non è soltanto giusto come principio. Le prove dimostrano che è giusto anche in pratica. In uno studio del 2010[1] l'UNICEF ha dimostrato che un approccio concentrato sull'equità sarebbe in grado di accelerare i progressi verso gli obiettivi sanitari a livello globale più di quanto possa fare la linea d'azione attuale, e risulterebbe particolarmente conveniente nei paesi caratterizzati da basso reddito e mortalità elevata.

Lo studio si è basato su una simulazione per testare due scenari finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di salute per le madri e i bambini. Un approccio evidenziava un maggiore sforzo per raggiungere i bambini che stavano peggio. L'altro invece era un metodo basato sul mantenimento della rotta attuale, che non si concentrava in modo particolare sui più svantaggiati.

Sono emerse due conclusioni fondamentali: la prima è stata che, affrontando la concentrazione di varie forme di disuguaglianza tra le popolazioni più svantaggiate, un approccio equo accelera i progressi verso gli obiettivi sanitari rispetto all'approccio conservativo; la seconda è stata che, evitando un maggior numero di decessi con gli stessi investimenti finanziari, l'approccio equo si rivela molto più efficace sotto il profilo dei costi e più sostenibile rispetto all'alternativa.

Perciò investire nell'equità non è soltanto una necessità morale, bensì un imperativo a livello pratico e strategico.

Se il mondo non affronta l'iniquità oggi, nel 2030:

167 milioni di bambini vivranno in **povertà estrema**

69 milioni di bambini sotto i 5 anni **moriranno** tra il 2016 e il 2030

60 milioni di bambini in età scolare saranno **esclusi dall'istruzione**

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

L'importanza di concentrarsi sull'equità

Mentre i governi di tutto il mondo riflettono su come meglio adempiere al loro impegno di raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) entro il 2030, si possono ricavare lezioni molto istruttive dagli sforzi compiuti a livello globale negli ultimi 15 anni.

I progressi ottenuti per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) tra il 2000 e il 2015 hanno dimostrato il potere d'azione a livello nazionale, sostenuto da partnership internazionali, per ottenere risultati visibili. I bambini che nascono oggi hanno probabilità significativamente inferiori di vivere in condizioni di povertà rispetto a quelli nati all'inizio del nuovo millennio. Hanno il 40% di probabilità in più di sopravvivere al loro quinto compleanno[2] e maggiori probabilità di andare a scuola.

Governi e comunità di tutto il mondo hanno giustamente celebrato questi progressi. Ciononostante, milioni di bambini continuano a vivere – e a morire – in condizioni inaccettabili. Secondo le stime, nel 2015, 5,9 milioni di bambini sono morti prima di compiere i cinque anni, soprattutto per malattie prevenibili e curabili in modo rapido e non troppo costoso.[3] Ad altri milioni di bambini viene ancora negato l'accesso all'istruzione semplicemente perché hanno genitori poveri o appartengono a un gruppo stigmatizzato, perché sono di sesso femminile, o perché crescono in paesi colpiti da conflitti o da crisi croniche. E anche se la povertà sta diminuendo a livello globale, quasi la metà dei più poveri del mondo sono bambini. In molti casi, le disuguaglianze si sono ridotte negli ultimi 25 anni. Per esempio, in tutte le regioni, le famiglie più povere hanno beneficiato, in termini assoluti, di maggiori riduzioni della mortalità infantile rispetto a quelle più ricche. Quattro regioni hanno raggiunto la parità di genere nell'istruzione primaria.[4] Ma in troppi altri casi i progressi complessivi non sono serviti a limitare di molto disparità profonde e persistenti. I governi non sono riusciti a rilevare i divari a livello di equità, separando i bambini più svantaggiati dal resto della società. Le medie nazionali, pur sottolineando i progressi complessivi, hanno mascherato divari evidenti, e

talvolta crescenti, tra i bambini delle famiglie più ricche e quelli delle più povere.

Non possiamo permettere che la storia si ripeta.

Per raggiungere gli obiettivi entro il 2030, il ritmo dei progressi nei prossimi 15 anni dovrà essere più rapido di quello registrato con gli OSM. Le conseguenze e i costi di un eventuale fallimento sono enormi. Se le tendenze degli ultimi 15 anni continueranno nei prossimi 15, si stima che, nel 2030, 167 milioni di bambini, in gran parte nell'Africa sub-sahariana, vivranno ancora in condizioni di povertà estrema. Circa 3,6 milioni di bambini sotto i cinque anni moriranno quell'anno, ancora per cause per lo più prevenibili. E potrebbero esserci ancora più di 60 milioni di bambini in età scolare, esclusi dall'istruzione.[5]

Molto di più degli OSM che li hanno preceduti, gli obiettivi per il 2030 riconoscono la fondamentale importanza della promozione dell'equità. I 17 obiettivi e i 169 traguardi associati che i governi mondiali si sono impegnati a raggiungere sono universali, collegati tra loro dalla promessa "che nessuno sarà lasciato indietro… e che faremo di tutto per raggiungere per primi coloro che sono rimasti ultimi".[6]

L'ONU ha proiettato esigenze umanitarie crescenti e una prospettiva poco incoraggiante per i bambini nel 2016.[7] Secondo le stime dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, fino a tutto il 2015, almeno 60 milioni di persone hanno abbandonato le loro case a causa di conflitti e violenze.[8] La metà di tutti i rifugiati è costituita da bambini.[9] Il numero di bambini che soffrono per disastri prolungati e complessi, come il conflitto nella Repubblica araba di Siria, sta aumentando.[10]

Anche gli effetti sempre più intensi del cambiamento climatico stanno esacerbando i rischi per i più svantaggiati. A livello globale, più di mezzo miliardo di bambini vive in zone in cui si verificano frequenti inondazioni, e quasi 160 milioni vivono in zone in cui la siccità risulta grave o estremamente grave.[11] Secondo le proiezioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, fino al 2030 si verificheranno ogni anno circa 250.000 decessi provocati da fattori come malnutrizione, malaria, diarrea e stress da calore, tutti attribuibili al cambiamento climatico.[12]

Un gruppo di ragazze mangia il pranzo nella scuola primaria femminile di Salam # 9 nel campo Abu Shouk per sfollati interni, Sudan.

© UNICEF/UNI165741/Noorani

Chinmaya Shrestha coccola la sua nipotina di tre giorni al centro di salute neonatale nel Distretto di Gorkha, Nepal.

© UNICEF/UN016489/Shrestha

I NOSTRI NUOVI OBIETTIVI PER L'INFANZIA NON POTRANNO REALIZZARSI SE NON SARANNO RESI PRIORITARI I BAMBINI PIÙ SVANTAGGIATI.

Le sfide da affrontare per raggiungere questi bambini con protezione e servizi essenziali sono considerevoli, ma altrettanto considerevoli saranno i benefici ottenuti. E in ogni caso dobbiamo raggiungerli, perché se non lo facciamo, probabilmente vedremo i progressi conquistati con fatica in termini di sviluppo svanire e le conseguenze di questo fallimento colpire il mondo intero.

I progressi per le famiglie e i bambini più svantaggiati costituiscono senza dubbio la condizione essenziale per raggiungere gli obiettivi per il 2030, nonché per determinare le opportunità future delle prossime generazioni. Bisogna agire subito.

Soddisfare l'imperativo dell'equità

Trentacinque anni fa, il primo rapporto su *La condizione dell'infanzia nel mondo* commentava una precedente serie di obiettivi per lo sviluppo. I suoi autori si ponevano la seguente domanda: "questi obiettivi vengono… lanciati in modo approssimativo o sono legittimati da prove concrete della possibilità del loro raggiungimento?"[13] Secondo questo rapporto, i nostri nuovi obiettivi per l'infanzia non sono raggiungibili se non diamo la priorità ai bambini più svantaggiati, modificando politiche, programmi e spese pubbliche in modo da promuovere una maggiore equità.

Gli ambiti in cui i bambini subiscono ingiustizie sono molteplici, ma in questo rapporto vogliamo concentrarci specificamente su tre che esemplificano tanto l'entità della sfida quanto l'immensità dell'opportunità di migliorare le condizioni di vita di milioni di loro.

Il rapporto di quest'anno comincia con l'ingiustizia più evidente di tutti, rappresentata dalle disparità a livello di sopravvivenza infantile, e prosegue esplorando i fattori che determinano la mortalità infantile prevenibile. Per raggiungere l'obiettivo riguardante la sopravvivenza infantile entro il 2030, dobbiamo affrontare con urgenza le persistenti disparità a livello di salute materna, di disponibilità di assistenti al parto specializzati, di alimentazione adeguata e di accesso a servizi di base, in aggiunta ad altri fattori come la discriminazione, l'esclusione e la mancanza di conoscenze sulla corretta alimentazione dei neonati, nonché sul ruolo dell'acqua potabile e di servizi igienici adeguati per la

Aida, 16 anni e il suo bambino, nato prematuramente nel Bwaila Hospital di Lilongwe, Malawi.

© UNICEF/UN018540/Chikondi

prevenzione delle malattie infantili.

Il focus si sposta poi su uno dei più efficaci motori dello sviluppo che rappresenta anche il fattore principale per uniformare le opportunità: l'istruzione. Senza un'istruzione di qualità, i bambini più svantaggiati hanno probabilità molto superiori di rimanere intrappolati in lavori poco qualificati, malpagati e non sicuri, impedirà loro di interrompere, da adulti, cicli intergenerazionali di svantaggio. Ma una maggiore concentrazione sullo sviluppo della prima infanzia, sull'aumento della qualità e dell'accesso all'istruzione anche durante le emergenze produrrà benefici a cascata sia per questa generazione sia per la prossima.

LA POVERTÀ INFANTILE VA OLTRE IL REDDITO.

Dopo aver presentato due delle più importanti forme di privazione che i bambini si trovano a dover affrontare, il rapporto esamina la povertà infantile in tutte le sue dimensioni, nonché il ruolo svolto dai programmi di protezione nel tentativo di ridurla. Sostenendo che la povertà infantile non è solo una questione di reddito, viene spiegata l'importanza di misure complementari per ridurla attraverso soluzioni integrate.

Infine, come invito all'azione, vengono presentati una serie di principi atti a guidare politiche, pianificazioni e spese pubbliche più incentrate sull'equità. Tra questi principi più generali figurano l'aumento delle informazioni su chi si sta lasciando indietro e perché, il miglioramento dell'integrazione per affrontare le molteplici dimensioni della privazione, l'incoraggiamento all'innovazione per riuscire ad aiutare i bambini più difficili da raggiungere, l'aumento degli investimenti in programmi incentrati sull'equità, e lo stimolo al coinvolgimento delle comunità e dei cittadini di tutto il mondo.

Questi principi costituiscono una guida più che un progetto preciso, ma possono contribuire a plasmare le politiche, a definire le priorità e a informare il dibattito sul modo migliore per mantenere le promesse rappresentate dagli obiettivi per il 2030 e di garantire un futuro migliore non solo ai bambini più svantaggiati, ma a noi tutti.

Ora di pranzo nella scuola primaria di Kotingli nella Regione Nord del Ghana.

© UNICEF/UN04350/Logan

BOX 1. DEFINIZIONE DI EQUITÀ

Il termine "equità" può significare concetti diversi in contesti diversi, ma quando l'UNICEF lo usa, in questo rapporto come altrove, si riferisce al principio che tutti i bambini abbiano le stesse opportunità di sopravvivere, di svilupparsi e di realizzare appieno le proprie potenzialità. Si tratta fondamentalmente di una questione di imparzialità e di opportunità: un'equa opportunità per ogni bambino.

La convinzione che tutti i bambini abbiano lo stesso diritto di crescere sani, forti, ben istruiti e capaci di contribuire alle loro società è il fondamento di ogni accordo internazionale volto a riconosce e a proteggere i diritti dell'infanzia. È culminata, nel 1989, con l'adozione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza da parte dell'ONU, il trattato sui diritti umani più rapidamente e ampiamente ratificato della storia.

Le iniquità o disuguaglianze si verificano quando alcuni bambini vengono ingiustamente privati dei diritti e delle opportunità di base a disposizione di altri loro coetanei. Questo è spesso radicato in fattori culturali, politici e sistemici complessi che plasmano le società e la condizione socioeconomica degli individui. In ultima analisi, questi fattori determinano una gamma di conseguenze, tra cui il grado di benessere dei bambini.

Le istituzioni sociali svolgono un ruolo fondamentale nella determinazione di tali conseguenze, soprattutto in ambiti come la salute e l'istruzione. Laddove risultano equi, puntando ai più bisognosi, politiche, programmi e priorità di spesa pubblica possono portare a buoni risultati per i bambini più svantaggiati. Laddove sono ingiusti, invece, non fanno che preselezionare alcuni bambini per far correre loro rischi più elevati di malattia, fame, analfabetismo e povertà in base al paese, alla comunità o alla famiglia di origine, al genere, alla razza o etnia e ad altri fattori. Ciò può perpetuare cicli intergenerazionali di svantaggio, che danneggiano i singoli bambini e minano sempre più la forza delle loro società man mano che le disuguaglianze si approfondiscono.

Un "approccio basato sull'equità" allo sviluppo comincia con il conoscere di più chi viene lasciato indietro e perché, con l'individuare i bambini più a rischio e analizzare le determinanti strutturali della disuguaglianza – povertà, geografia e discriminazione, per esempio – nonché la complessa interazione tra di esse. Richiede di rivolgere domande difficili su come politiche pubbliche carenti, pratiche discriminatorie, sistemi di fornitura inefficienti e altri ostacoli impediscano ai bambini di realizzare i propri diritti, nonché di trovare soluzioni innovative a questi problemi. È necessario un approccio integrato al tentativo di colmare il divario, lavorando con i vari settori umanitari e di sviluppo, a livello nazionale, locale e comunitario, per raggiungere ogni bambino.

E soprattutto è necessario che la comunità globale riconosca il collegamento essenziale tra il benessere dei bambini più svantaggiati e il futuro del nostro mondo condiviso.

Corsi di recupero scolastico per i bambini delle famiglie sfollate a Homs, nella Repubblica araba di Siria.

© UNICEF/UNI137681/Morooka

SALUTE INFANTILE: INIZIARE LA VITA NEL MIGLIOR MODO POSSIBILE

CAPITOLO 1

Salute infantile:

iniziare la vita nel miglior modo possibile

Quando si parla di possibilità per i bambini di realizzare i loro diritti e di svilupparsi, le probabilità escludono quelli provenienti dalle famiglie più povere e più svantaggiate. Il fatto che un bambino debba avere prospettive limitate di sopravvivenza o di buona salute a causa delle circostanze della sua nascita è gravemente iniquo, e rappresenta una violazione dei suoi diritti. È un'ingiustizia costosa anche in termini umani, economici, sociali e politici. Il progresso sostenibile per i bambini di oggi e per le generazioni future richiede di concentrarsi sull'equità e sul garantire a ogni bambino le stesse possibilità. Raggiungere i bambini più emarginati è più di un imperativo etico; è una precondizione per raggiungere gli obiettivi del 2030 relativi alla salute e al benessere dell'infanzia.

Prisca, 18 anni e la sua bambina nell'ospedale Bwaila di Lilongwe, Malawi.

© UNICEF/UN018535/Chikondi

Le disparità in termini di prospettive di sopravvivenza e di salute sono determinate dallo svantaggio sociale collegato non soltanto alla ricchezza ma anche all'etnia, all'istruzione e al divario tra zone rurali e urbane.

Una delle lezioni più importanti ricavate dai tentativi compiuti negli ultimi 15 anni per migliorare la salute infantile e materna è che gli approcci incentrati sui progressi complessivi non elimineranno le disparità che lasciano le donne e i bambini più poveri maggiormente a rischio. Anche se persino i paesi più poveri hanno ottenuto progressi considerevoli, le disparità persistono.

In termini di sopravvivenza infantile, mentre il divario assoluto tra paesi ricchi e paesi poveri si è sostanzialmente ridotto dal 1990 a oggi, le maggiori disuguaglianze restano quelle tra paesi poveri e paesi ricchi. Il divario relativo in termini di mortalità infantile tra l'Africa sub-sahariana e l'Asia meridionale da una parte e i paesi ad alto reddito dall'altra è cambiato pochissimo nel giro di un quarto di secolo. I bambini nati in Africa sub-sahariana hanno probabilità 12 volte maggiori di morire prima di compiere cinque anni rispetto ai loro coetanei nei paesi ad alto reddito, proprio come nel 1990.[14]

Attualmente un bambino nato in Sierra Leone ha probabilità 30 volte maggiori di morire prima dei cinque anni rispetto a un bambino nato nel Regno Unito. Nell'Africa sub-sahariana le donne corrono un rischio di mortalità materna pari a 1 su 36, mentre nei paesi ad alto reddito tale rischio è pari a 1 su 3.300. Lo stesso rischio in Ciad è pari a 1 su 18.[15]

Ridurre i divari tra i paesi ricchi e quelli poveri è una delle sfide che definiscono il nostro tempo. Il punto di partenza per raggiungere tale risultato in termini di sopravvivenza infantile consiste nel portare i tassi di mortalità tra i più poveri al livello dei più ricchi all'interno dei paesi.

Le prospettive per la sopravvivenza e la buona salute di tutti i bambini in ogni società, ricca o povera, devono migliorare il più rapidamente possibile. Ma sono le prospettive dei bambini maggiormente lasciati indietro a necessitare dei miglioramenti più rapidi, ossia coloro che corrono il rischio maggiore di morte e di malattia. Un approccio efficace a questa sfida dovrà affrontare le determinanti sociali più ampie della disuguaglianza, tra cui la povertà, la discriminazione e l'accesso non paritario ai servizi di base.

Andamenti e rischi della mortalità infantile

Nel 2015, per circa un milione di bambini il primo giorno di vita è stato anche l'ultimo. A livello globale, il tasso di mortalità neonatale (ossia la morte entro i primi 28 giorni di vita) sta diminuendo meno rapidamente rispetto al tasso di mortalità per i bambini tra un mese e 5 anni di età. Ciò significa che la quantità di decessi sotto i cinque anni che si verificano durante il periodo neonatale sta aumentando. Nel 2015, i decessi neonatali costituivano il 45% dei decessi totali, con un aumento proporzionale del 5% dal 2000.[16]

AUMENTANO LE MORTI SOTTO I CINQUE ANNI A CAUSA DEI CRESCENTI DECESSI NEONATALI.

L'aumento dei decessi nel periodo neonatale riflette la più rapida diminuzione della mortalità tra i bambini di età compresa tra 1 e 59 mesi rispetto a quello tra i neonati. Ciononostante, quasi la metà dei 5,9 milioni di decessi sotto i cinque anni di età verificatisi nel 2015 è stata provocata da malattie e infezioni come polmonite, dissenteria, malaria, meningite, tetano, morbillo, sepsi e AIDS. Polmonite e dissenteria restano le cause principali di morte nelle tre regioni che presentano la più elevata mortalità sotto i cinque anni: Africa orientale e meridionale, Asia meridionale e Africa occidentale e centrale. I fardelli rappresentati sia dalla malattia sia dalla mortalità risultano spesso più pesanti tra gli individui più svantaggiati.[17]

Esistono marcate variazioni a livello regionale intorno alla tendenza neonatale generale. Nell'Africa sub-sahariana, i decessi neonatali costituiscono circa un terzo dei decessi di bambini sotto i cinque anni di età. In regioni con livelli inferiori di mortalità infantile, i decessi neonatali costituiscono all'incirca la metà del totale. L'Asia meridionale, presenta sia una mortalità infantile complessivamente elevata sia una percentuale altrettanto elevata di decessi neonatali.[18]

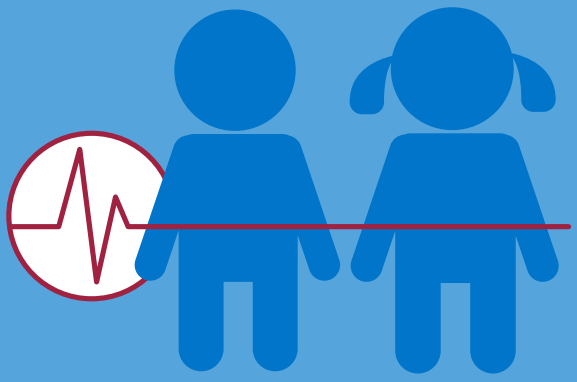
Anche la distribuzione geografica della mortalità infantile sta cambiando. A livello globale, i decessi infantili risultano molto concentrati. Nel 2015, circa l'80% si è verificato in Asia meridionale e nell'Africa sub-sahariana, e quasi la metà ha avuto luogo in appena cinque paesi: Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, India, Nigeria e Pakistan.[19] I bambini che vivono in stati fragili e in paesi colpiti da conflitti corrono rischi elevati. Secondo il World Development Report del 2011, hanno probabilità più che doppie di essere malnutriti rispetto ai bambini dei paesi a basso e medio reddito, e doppie di morire prima del quinto compleanno.[20] Tra i 20 paesi con i tassi di mortalità infantile più elevati, 10 rientrano nella lista di contesti fragili stilata dalla Banca Mondiale.[21]

In paesi colpiti da conflitti, il danneggiamento dei sistemi sanitari minaccia la vita dei bambini. La Repubblica araba di Siria, per esempio, aveva compiuto progressi notevoli nella riduzione della mortalità sotto i cinque anni prima che scoppiasse il conflitto tutt'ora in corso. Dal 1990, il tasso è sceso da 37 a 13 decessi per 1.000 nati vivi. Dal 2012, però, la crescente mortalità sotto i 5 anni dovuta alla crisi è stata pari, secondo le stime, a uno o due decessi per 1.000 nati vivi.[22]

Rispetto ai bambini più ricchi,
i **bambini più poveri** sono:

1,9 volte più esposti

al rischio di **morire**
prima dei 5 anni



unicef
70 ANNI PER OGNI BAMBINO

La distruzione delle infrastrutture e la mancanza di personale, attrezzature e farmaci hanno ostacolato l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria per le madri e i neonati, determinando un considerevole aumento delle nascite non assistite in un paese in cui, nel 2009, il 96% dei parti era seguito da personale qualificato.[23] Le condizioni di crisi hanno scatenato anche, tra i bambini sotto i cinque anni, un aumento delle malattie immuno-prevenibili e infettive, tra cui la dissenteria e la polmonite.[24]

A livello globale, l'accesso a terreni, credito e diritti di proprietà ha ulteriori ripercussioni sulle prospettive di sopravvivenza dei bambini. Gruppi emarginati che vivono in insediamenti non ufficiali, alloggi illegali o bassifondi urbani risultano vulnerabili alle minacce sanitarie a causa del sovraffollamento, delle condizioni insalubri, dei costi elevati dei trasporti, di pratiche discriminatorie e della mancanza di accesso a servizi di base. Fattori, inoltre, che ostacolano la domanda, impedendo l'uso iniziale e continuato di servizi da parte dei più svantaggiati. Quando si associa a basse percentuali di vaccinazione, questa situazione aggrava la trasmissione di malattie come la polmonite, la dissenteria, il morbillo e la tubercolosi.[25]

Il cambiamento climatico comporta ulteriori rischi. Quando l'acqua scarseggia a causa della siccità, le famiglie e i bambini più poveri hanno maggiori probabilità di ricorrere a fonti di approvvigionamento idrico non sicure, e ciò li rende più vulnerabili a malattie come il colera e la dissenteria. Il cambiamento climatico è altresì associato a una maggiore incidenza di malattie infettive trasmesse da vettori come la malaria, oltre che all'insicurezza alimentare, al crescente inquinamento dell'aria, alle malattie diarroiche e alla malnutrizione.[26]

Se non si riescono a mitigare questi e altri rischi di fondo associati alla cattiva salute nell'infanzia si soffocheranno i benefici di qualunque progresso che i paesi possano compiere verso la copertura sanitaria universale.

Nel 2012, nei paesi a basso e medio reddito, acqua non potabile e impianti igienici inadeguati provocavano circa 1.000 decessi sotto i cinque anni al giorno.[27] Le ricerche compiute in Nigeria indicano che la mancanza di accesso a infrastrutture idriche e sanitarie migliorate può far aumentare del 38% il rischio di mortalità

infantile tra i bambini di età compresa tra 1 e 11 mesi.[28] L'uso di impianti igienici non funzionanti e, nello specifico, la diffusione della deiezione all'aperto incidono anche sui ritardi della crescita, perché espongono i bambini a problemi sanitari che ne possono compromettere lo sviluppo.

Mentre i progressi per l'igiene sono risultati lenti in molti paesi, esistono buone prassi a cui ispirarsi. In Nepal, il Movimento sociale per l'igiene ha mobilitato le comunità locali e le autorità civili in alcune delle zone più povere del paese, eliminando in 27 distretti la pratica dalla deiezione all'aperto.[29] Queste iniziative possono produrre grandi vantaggi per la sopravvivenza infantile: secondo una valutazione effettuata nel Mali, nelle comunità libere dalla deiezione all'aperto si è verificata una riduzione pari al 57% dei decessi collegati alla dissenteria nei bambini sotto i cinque anni di età, nonché una riduzione del 13% dei casi di ritardo della crescita.[30]

Prospettive per la sopravvivenza infantile

Gli obiettivi per il 2030 hanno stabilito parametri elevati per i progressi relativi alla sopravvivenza e alla salute di madri, neonati e bambini. Tra i traguardi collegati all'Obiettivo 3 è compreso quello della riduzione della mortalità neonatale a 12 decessi per 1.000 nati vivi, e della mortalità sotto i cinque anni a 25 decessi per 1.000 nati vivi. La copertura sanitaria universale, un altro traguardo fissato per il 2030, costituisce una delle condizioni necessarie per raggiungere i suddetti risultati.

QUESTI OBIETTIVI SONO REALIZZABILI MA SOLO SE I GOVERNI SI FOCALIZZERANNO SUI BAMBINI PIÙ SVANTAGGIATI.

Questi traguardi sono raggiungibili, ma soltanto se i governi si concentreranno esclusivamente sui bambini più svantaggiati. Le prime e più profonde riduzioni in termini di mortalità infantile e materna devono andare a beneficio di coloro che affrontano i rischi maggiori.

Dal 1990 a oggi, il tasso globale di mortalità infantile sotto i cinque anni si è ridotto del 53%.[31] A livello globale, dal 2000 al 2015 il tasso annuale di riduzione della mortalità sotto i cinque anni è stato pari a più del doppio di quello ottenuto negli anni Novanta. Tra il 2000 e il 2015, ogni regione ha fatto registrare importanti progressi nell'ambito della sopravvivenza infantile. L'Africa sub-sahariana ha visto aumentare il tasso medio annuale di riduzione della mortalità sotto i cinque anni dall'1,6% durante gli anni Novanta al 4,1% dal 2000 in avanti.[32]

Anche i tassi di mortalità materna si stanno riducendo. Dal 1990, il numero annuale di decessi materni è diminuito del 43%. Tra il 2005 e il 2015, il tasso annuale di riduzione a livello globale si è più che raddoppiato rispetto a quello del periodo 1990-2000.[33] Circa tre quarti dei 75 paesi in cui si verifica più del 95% dei decessi di madri, neonati e bambini hanno ottenuto rapidi miglioramenti.[34]

Alcuni dei paesi più poveri del mondo hanno compiuto progressi straordinari. Anche se, nel complesso, è stato mancato l'obiettivo OSM della riduzione di due terzi della mortalità infantile tra il 1990 e il 2015, 24 paesi a medio e basso reddito l'hanno raggiunto.[35] Alcuni di questi – come Etiopia, Liberia, Malawi, Mozambico e Niger – sono partiti con tassi di mortalità molto elevati,[36] superiori a 200 decessi per 1.000 nati vivi. Egitto e Yemen hanno ottenuto diminuzioni pari rispettivamente al 72% e al 67% della mortalità sotto i cinque anni, malgrado difficoltà economiche e conflitti cronici.[37] Nel frattempo, la Cina ha fatto registrare una rapida e considerevole diminuzione della mortalità sotto i cinque anni, pari all'80% dal 1990 a oggi.[38]

La varietà di esperienze a livello nazionale dimostra che nette riduzioni della mortalità infantile sono possibili in paesi dai contesti sociali, politici ed economici molto diversi tra loro. Lo stesso vale per la salute materna: alcune nazioni hanno raggiunto l'obiettivo OSM della riduzione del 75% dei livelli di mortalità materna.

Mentre in genere la mortalità infantile diminuisce con l'aumentare del reddito medio, molti dei paesi più poveri stanno superando paesi vicini più ricchi nella riduzione dei loro tassi di mortalità sotto i cinque anni. Tuttavia alcuni paesi in corsia di sorpasso per la crescita economica globale – tra cui la Nigeria e l'India – si sono mantenuti sulle corsie più lente per quanto riguarda la riduzione della mortalità infantile. La lezione a livello politico è la seguente: la crescita economica può aiutare, ma non garantisce una migliore sopravvivenza infantile, e il reddito di un paese non ne ostacola necessariamente i progressi in questo senso.

Disuguaglianze nella sopravvivenza infantile

Le disparità a livello di salute materna, neonatale e infantile nei paesi con tassi elevati di mortalità rappresentano una barriera importante a progressi verso il diritto di ogni bambino a sopravvivere e a svilupparsi. In media, i bambini nati nel 20% delle famiglie più povere hanno probabilità doppie di morire prima dei cinque anni rispetto a quelli nati nel 20% più ricco.[39]

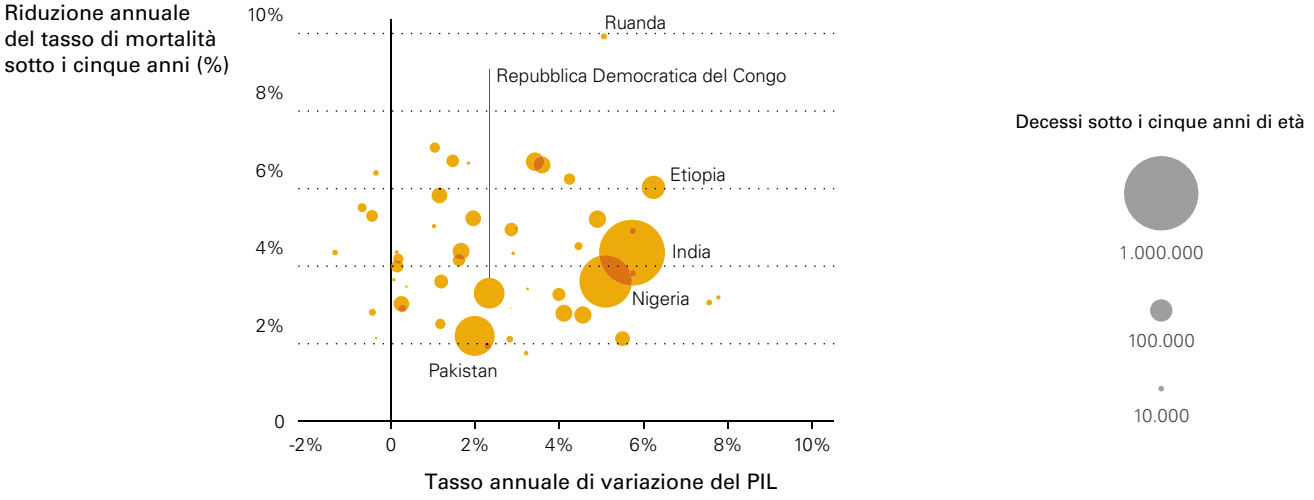
Dietro questa media globale si nasconde una serie di modelli nazionali diversi. Per esempio, i bambini nati nel 20% delle famiglie più povere hanno probabilità quasi doppie di morire durante i primi cinque anni di vita rispetto a quelli del 20% di famiglie più ricche in Bangladesh, e addirittura triple in India, Indonesia e Filippine.[40]

Alcuni paesi hanno fatto registrare rapidi progressi dal 2000 in avanti, migliorando anche a livello di equità. Altri paesi hanno ottenuto netti progressi, ma senza miglioramenti a

GRAFICO 1.1

I paesi a crescita economica limitata possono comunque ridurre la mortalità infantile

Tasso annuale di riduzione della mortalità sotto i cinque anni, 2000-2015, e tasso annuale di variazione del PIL, 2000-2014, per paese



Nota: I paesi selezionati avevano un tasso di mortalità sotto i cinque anni pari a 40 decessi per 1.000 nati vivi nel 2015, 10.000 o più nati vivi nel 2015, e dati disponibili relativi al PIL per il periodo 2000-2014 o per l'anno più recente disponibile. Ogni bolla rappresenta un paese. Le dimensioni di ogni bolla rappresentano il numero stimato di decessi sotto i cinque anni registrati dal paese nel 2015.

Fonte: Banca Mondiale, Indicatori di sviluppo mondiale (aggiornamento al 22 dicembre 2015), e Gruppo Interagenzie dell'ONU per la stima della mortalità infantile, *Livelli e tendenze nella mortalità infantile: Rapporto 2015*.

livello di equità. In questi ultimi, il divario in termini di sopravvivenza tra bambini ricchi e bambini poveri si è leggermente ampliato.

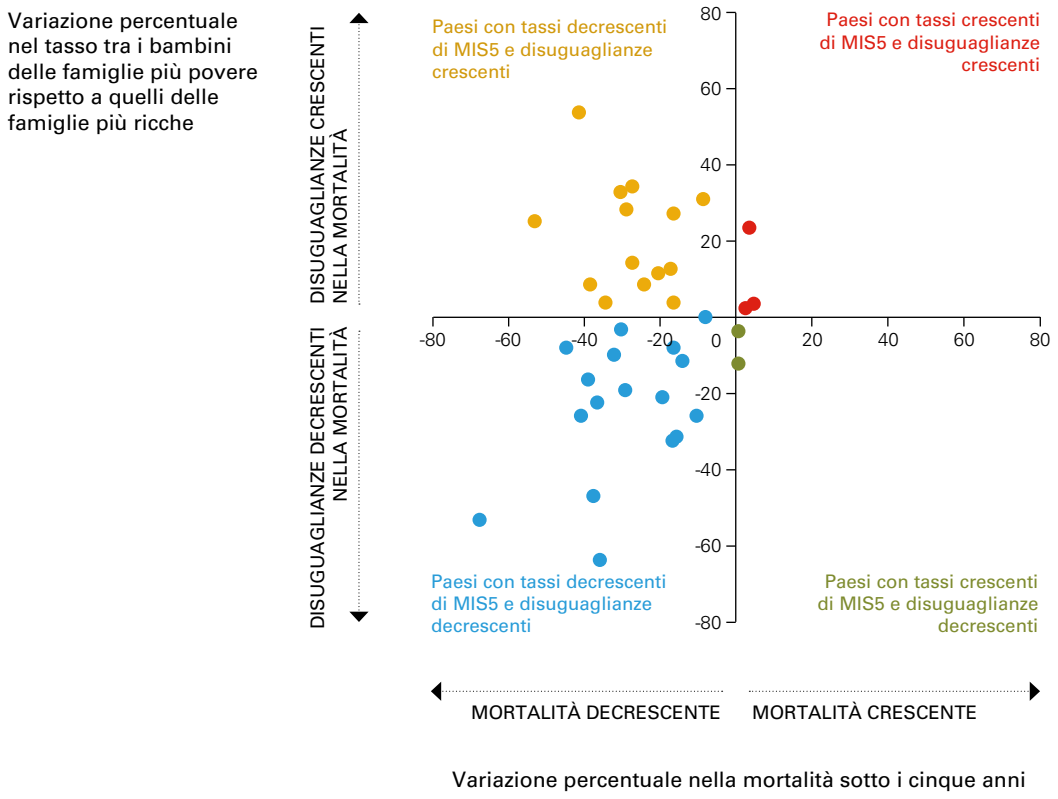
Queste disparità hanno gravi conseguenze. La combinazione di fattori demografici (le famiglie più povere che hanno più figli) e disuguaglianze nelle prospettive di sopravvivenza (i bambini nelle famiglie povere che devono far fronte a tassi di mortalità più elevati) significa che i bambini più poveri rappresentano una parte maggiore di decessi infantili rispetto a quelli più ricchi.

Ma significa anche che equivalenti riduzioni percentuali a livello di mortalità infantile salvano più vite tra i poveri. Secondo un'analisi dei dati provenienti dalle indagini compiute in 51 paesi a elevata mortalità, la riduzione del tasso di mortalità neonatale nel 20% più povero al tasso del 20% più ricco avrebbe evitato circa 600.000 decessi nel 2012.[41]

GRAFICO 1.2

I progressi nella mortalità sotto i cinque anni non derivano necessariamente da una maggiore equità

Variazione nel tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni (MIS5) per ricchezza familiare e variazione nella mortalità complessiva sotto i cinque anni di età, 2000-2014



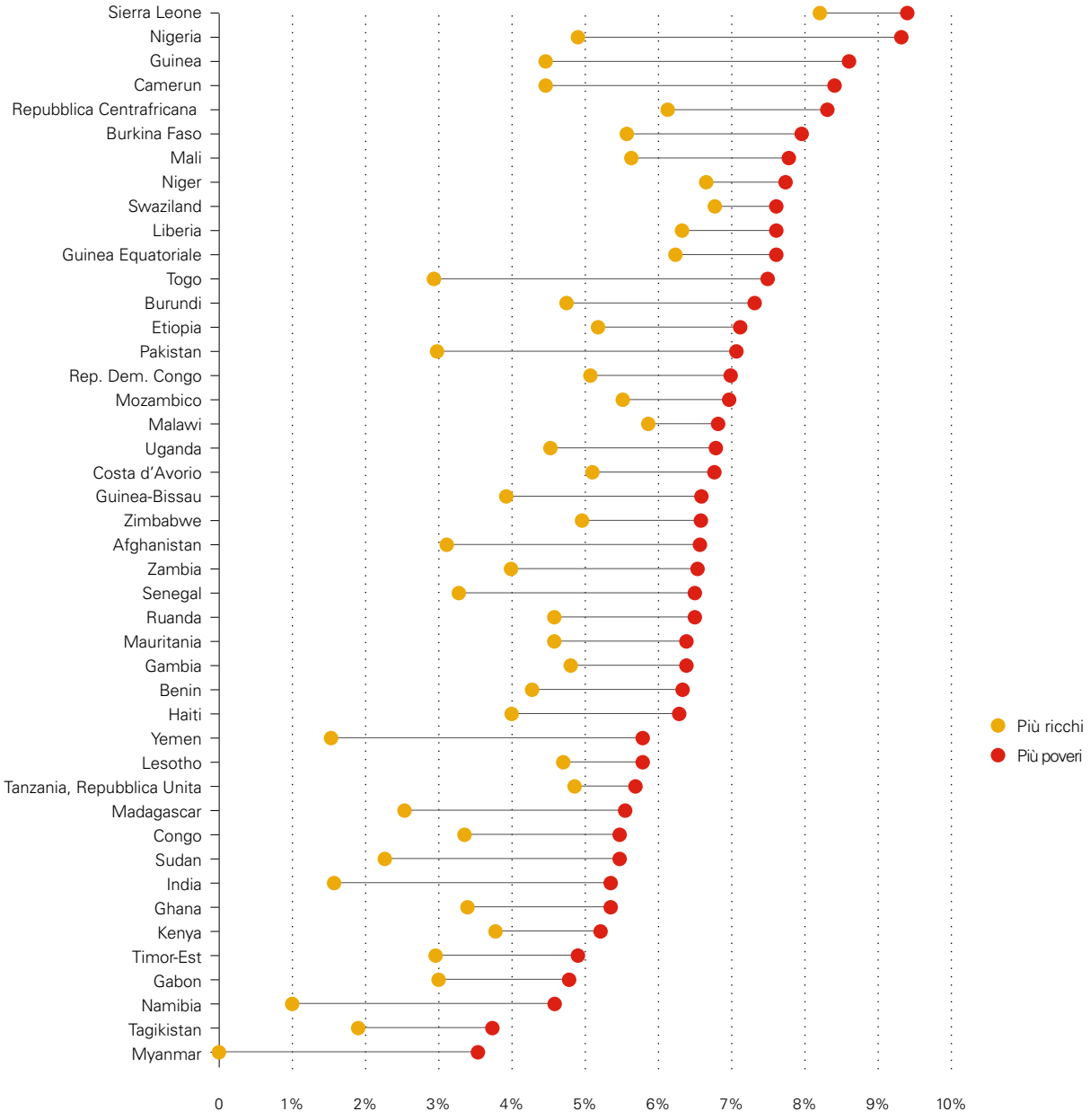
Nota: Vengono utilizzati dati d'indagine con riferimento agli anni 2000-2004 e 2005-2009, nonché indagini condotte negli anni 2005-2009 e 2010-2014.

Fonte: Analisi dell'UNICEF basata su Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e altre fonti rappresentative a livello nazionale per 37 paesi.

GRAFICO 1.3

I poveri dovranno compiere progressi più rapidi per raggiungere l'obiettivo fissato per il 2030

Tasso annuale di riduzione necessario nella mortalità sotto i cinque anni per raggiungere il traguardo SDG entro il 2030, per quintili di famiglie più povere e di famiglie più ricche, 2015-2030



Nota: Dati d'indagine più recenti a disposizione in paesi con un TMS5 pari a più di 40 decessi per 1.000 nati vivi nel 2015, secondo le stime per il 2015 del Gruppo interagenzie per la stima della mortalità infantile dell'ONU (UN IGME).

Fonte: Analisi dell'UNICEF basate su DHS, MICS e altre fonti rappresentative a livello nazionale tratte dall'indagine più recente condotta dal 2006 in avanti.

I livelli di mortalità sotto i cinque anni dovrebbero continuare a diminuire per tutti i bambini. Ma per raggiungere i traguardi relativi alla sopravvivenza infantile, i tassi di mortalità per i bambini delle famiglie più povere dovranno diminuire molto più rapidamente rispetto a quelli tra i bambini delle famiglie più ricche. Perché questo si verifichi, i governi dovranno far fronte a una serie di fattori critici che colpiscono i bambini più poveri e più svantaggiati.

Il raggiungimento di miglioramenti sostanziali a livello nutrizionale – un traguardo all'interno dell'obiettivo SDG 2 – sarà fondamentale per migliorare i tassi di sopravvivenza infantile. La metà di tutti i decessi di bambini sotto i cinque anni sono attribuibili alla malnutrizione, ed esistono ampie disparità in indicatori collegati come il ritardo della crescita. Un'analisi di 87 paesi con dati recenti disponibili dimostra che i tassi di ritardo della crescita tra i bambini più poveri sono più che doppi rispetto a quelli tra i più ricchi.[42] In Africa occidentale e centrale, i progressi nell'ambito dei ritardi nella crescita sono stati lenti, con una riduzione inferiore al 25% tra il 1990 e il 2014. E in più di un terzo dei paesi a basso reddito con dati di tendenza disponibili, il divario tra le famiglie più ricche e quelle più povere nella riduzione dei ritardi nella crescita è andato ampliandosi.[43]

La ricchezza familiare è una determinante delle probabilità di un bambino di sopravvivere, ma anche l'istruzione materna rappresenta un forte fattore predittivo. In gran parte dell'Asia meridionale e dell'Africa sub-sahariana, i bambini nati da madri che non hanno ricevuto alcuna istruzione hanno probabilità quasi tre volte superiori di morire prima del loro quinto compleanno rispetto ai bambini con madri che hanno ricevuto un'istruzione superiore.[44] L'istruzione permette alle donne di ritardare e distanziare le gravidanze, di accedere all'assistenza sanitaria per loro e i figli, nonché di farli curare quando si ammalano.

Se tutte le madri ricevessero un'istruzione secondaria, i bambini sotto i cinque anni che muoiono ogni anno sarebbero 1,5 milioni in meno nell'Africa sub-sahariana e 1,3 milioni in meno in Asia meridionale.[45]

Anche il matrimonio infantile e la gestione della salute riproduttiva femminile incidono sui tassi di mortalità. Sebbene in calo, ogni anno circa 15 milioni di ragazze si sposano prima dei 18 anni,[46] e rappresentano un gruppo molto vulnerabile: viene negata loro l'infanzia, devono affrontare opportunità limitate di istruzione e spesso diventano madri

Un bambino sorride tra le braccia della mamma, Bangladesh.

© UNICEF/UNI78184/Siddique

Rita Iriati e Novia , la figlia di tre anni sull'uscio di casa nel villaggio di Kemalang nel distretto di Klaten, Provincia Centrale di Giava, Indonesia.

© UNICEF/UN04255/Estey

Zara, in attesa di due gemelli, si sottopone alla sua prima visita di controllo prenatale in un centro sanitario recentemente realizzato dall'UNICEF e da Save the children a NGuagam, Niger.

© UNICEF/UN010548/Abdou

troppo precocemente. Le ragazze che rientrano nel 20% più povero della popolazione, oltre a quelle che vivono nelle zone rurali, corrono i rischi più elevati.[47] In Africa, il livello di matrimonio infantile tra i più poveri è rimasto inalterato dal 1990.[48]

In tutto il mondo, le spose bambine hanno minori probabilità, rispetto alle donne adulte, di ricevere cure mediche adeguate mentre sono in gravidanza. La mancanza di assistenza, e l'immaturità fisica per partorire, mettono a rischio sia le madri sia i figli. Le complicazioni durante la gravidanza e il parto costituiscono la seconda causa di morte tra le giovani tra i 15 e i 19 anni.[49] E i bambini nati da madri con meno di 20 anni hanno probabilità 1,5 volte maggiori di morire durante i primi 28 giorni di vita rispetto ai nati da madri ventenni e trentenni.[50]

Quando a una donna vengono negate le opportunità di gestire la propria salute riproduttiva, sia lei che i suoi figli ne soffrono. Gravidanze poco distanziate, per esempio, costituiscono un fattore di rischio per nascite premature,[51] e l'accesso limitato alla contraccezione ostacola un distanziamento delle nascite più sicuro. A livello globale, si stima che 216 milioni di donne sposate avrebbero bisogno di accedere a metodi contraccettivi moderni, ma non possono farlo.[52] Se le donne che vogliono evitare di rimanere incinte potessero accedere a tali metodi, le gravidanze indesiderate diminuirebbero del 70%.[53] A sua volta, la riduzione del numero di gravidanze indesiderate potrebbe evitare il 60% dei decessi materni e il 57% dei decessi infantili sotto i cinque anni di età.[54]

Anche la divisione tra zone rurali e zone urbane contribuisce a opportunità non eque a livello di sopravvivenza infantile. I bambini nati nelle zone rurali hanno probabilità 1,7 volte maggiori di morire prima dei cinque anni rispetto ai bambini nelle zone urbane.[55]

Esaminando specificamente le disparità collegate alla ricchezza e alla residenza, un nuovo confronto si basa su dati provenienti dalle indagini su nuclei familiari per seguire le traiettorie della sopravvivenza infantile tra il 2015 e il 2030 in un gruppo di otto paesi in posizioni diverse. Queste proiezioni illustrano la necessità di progressi più rapidi per i gruppi svantaggiati. Raggiungere la maggior parte delle famiglie emarginate è più di un imperativo etico; è una precondizione per mettere fine ai decessi prevenibili dei neonati, dei bambini sotto i cinque anni di età e delle loro madri.

GRAFICO 1.4

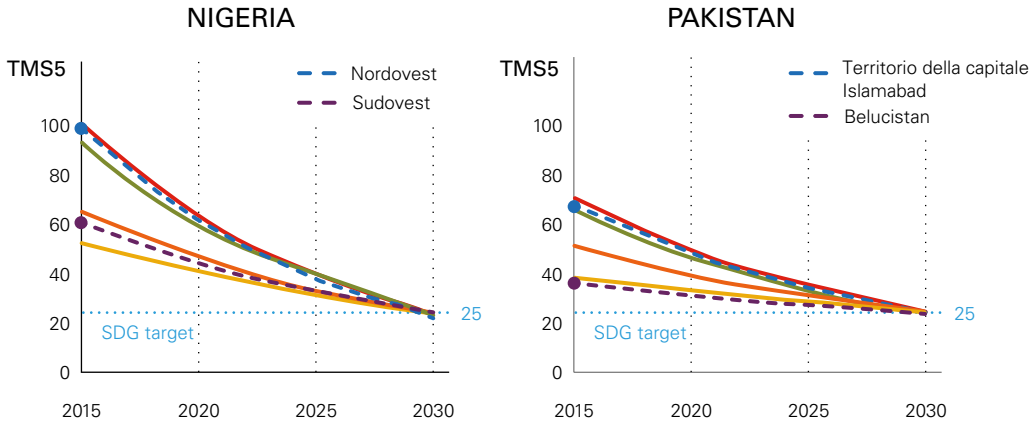
I progressi devono accelerare per i bambini più svantaggiati

Accelerazione necessaria per ridurre la mortalità sotto i cinque anni e raggiungere il traguardo SDG entro il 2030, per sottogruppi in paesi selezionati, 2015-2030

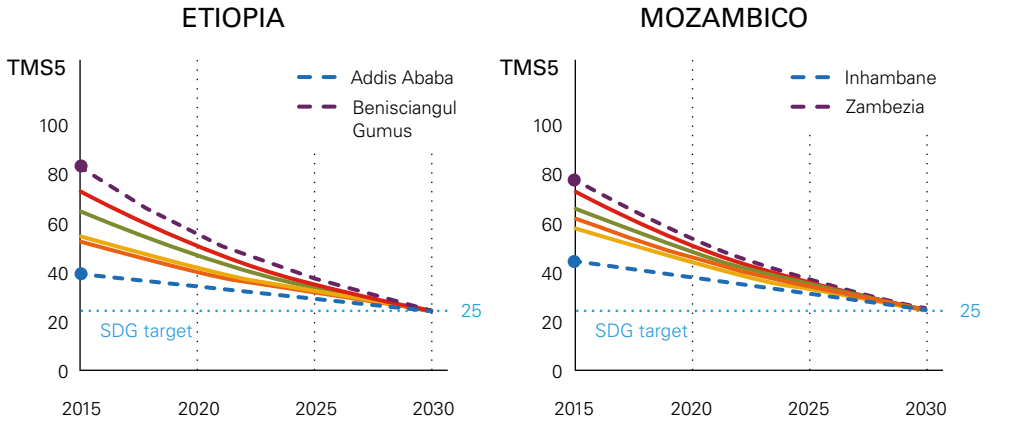
TMS5 = Tasso di mortalità sotto i 5 anni (per 1.000 nati vivi)

Più ricchi — Urbano — Rurale — Più povero

Nigeria e Pakistan.
In entrambe queste nazioni, il tasso di mortalità sotto i cinque anni TMS5, nelle famiglie più ricche come in quelle più povere, risulta superiore al traguardo SDG, e persistono nette disparità tra le varie regioni. Nella regione nord-occidentale della Nigeria, per esempio, il TMS5 era il doppio rispetto a quella sudoccidentale. E mentre il 20% più ricco dovrà ridurre la mortalità oltre la metà (52%) per raggiungere il traguardo entro il 2030, il 20% più povero dovrebbe raggiungere una riduzione pari a tre quarti (75%).



Etiopia e Mozambico.
Entrambi questi paesi hanno raggiunto l'OSM 4 (ridurre il TMS5 di due terzi tra il 1990 e il 2015). Per raggiungere il traguardo SDG entro il 2030, il TMS5 ad Addis Abeba, la città che ha fatto registrare il miglior rendimento di tutto il paese, dovrà ridursi di più di un terzo (38%). La regione con il rendimento peggiore, quella del Benisciangul-Gumus, dovrà ridurre la mortalità di più dei due terzi (70%) dal 2015 al 2030.



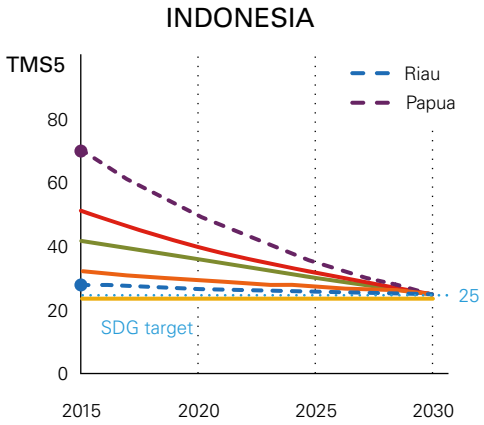
Nota: Tasso annuale di riduzione necessario per raggiungere il traguardo SDG di 25 decessi per 1.000 nati vivi entro il 2030, calcolato dall'anno di riferimento (metà anno del periodo di riferimento di dieci anni prima dell'indagine) per il tasso di mortalità sotto i cinque anni nei dati d'indagine. I sottogruppi che hanno già raggiunto il traguardo vengono mantenuti costanti. I sottogruppi sono selezionati per regioni con il migliore e con il peggiore rendimento, per quintili più ricchi e più poveri e per residenza urbana e rurale. I vari gruppi possono sovrapporsi.

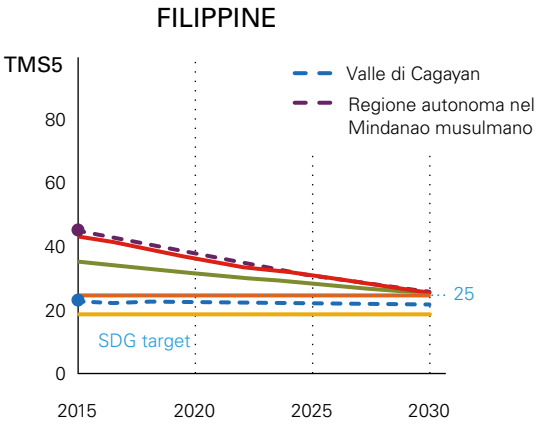
Fonte: Le indagini DHS e MICS più recenti.

TMS5 = Tasso di mortalità sotto i 5 anni (per 1.000 nati vivi)

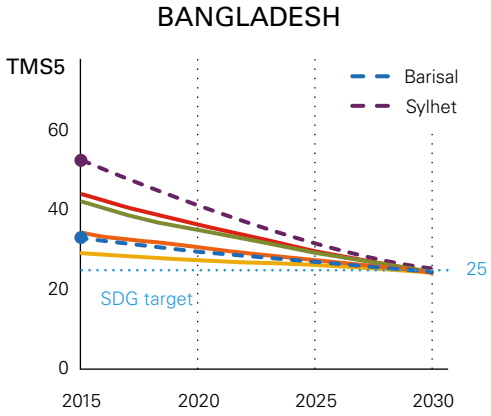
Più ricchi — Urbano — Rurale — Più povero

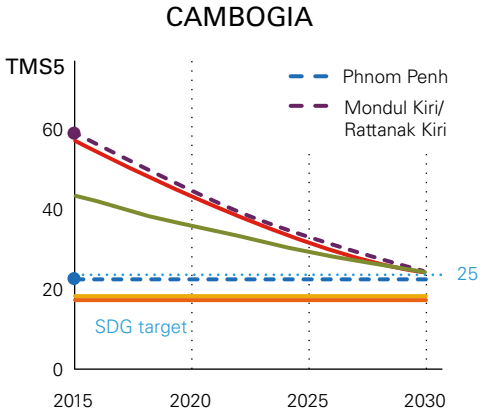
Indonesia e Filippine.
In entrambi questi paesi, il 20% più ricco e le regioni più avvantaggiate hanno già raggiunto il traguardo fissato per il 2030. Nelle Filippine, mentre sia il quintile più ricco sia le zone urbane hanno raggiunto il traguardo per il 2030, il 20% più povero e la Regione autonoma nel Mindanao musulmano dovranno ridurre i tassi di mortalità di circa due quinti (rispettivamente del 40% e del 42%) per riuscirci.





Bangladesh e Cambogia.
La Cambogia presenta una delle storie di successo più notevoli del mondo nel ventunesimo secolo: nel 2015, il TMS5 era vicino al traguardo SDG. Tuttavia, due province abitate perlopiù da minoranze etniche hanno fatto registrare tassi pari a 79 od 80 decessi per 1.000 nati vivi. In confronto al livello registrato a Phnom Pehn, i bambini nati in queste due province si trovano a dover affrontare un rischio circa 3,5 volte superiore di morire prima del loro quinto compleanno. Per mantenere i progressi ottenuti, il Bangladesh dovrà ridurre le disparità collegate alla ricchezza familiare e gli elevati livelli di mortalità in regioni come il Sylhet.





Disparità di accesso e nella qualità dell'assistenza

Offrendo a tutte le donne assistenza prenatale, assistenza qualificata al parto e assistenza neonatale di base si possono migliorare nettamente le prospettive di gravidanza sicura e la sopravvivenza infantile. Purtroppo, questi ambiti sono contrassegnati da disparità estreme, a livello non soltanto di accesso all'assistenza ma anche di qualità. Le prove disponibili dimostrano che la disparità di accesso comincia prima della nascita e continua nei primi anni critici.

Le disparità nella fruizione dell'assistenza prenatale e dell'assistenza qualificata al parto rispecchiano le disparità sociali a livello di sopravvivenza infantile. Globalmente, le donne provenienti dal 20% di famiglie più ricche hanno ancora probabilità più che doppie di poter contare su un assistente qualificato alla nascita rispetto al 20% di famiglie più povere.[56] E un modesto aumento nella copertura dell'assistenza prenatale dal 2000 in avanti non ha ridotto di molto le disparità nel periodo prenatale.[57] Anche il divario tra le zone rurali e quelle urbane è rimasto inalterato. Nel 2015, poco più della metà delle donne in gravidanza ha beneficiato del minimo raccomandato di quattro visite prenatali; la grande maggioranza di coloro che non ricevono questo standard minimo sono povere e vivono in zone rurali.[58]

UNA COSÌ AMPIA ED EVITABILE INIQUITÀ COSTA LA VITA E CAUSA IMMENSE SOFFERENZE AI BAMBINI.

A livello regionale, esistono evidenti disparità nell'assistenza prenatale e nell'assistenza qualificata al parto in Asia meridionale e nell'Africa sub-sahariana. Sia in Bangladesh sia in Pakistan, donne provenienti dalle famiglie più ricche hanno probabilità rispettivamente quattro e sei volte maggiori di ricevere assistenza prenatale (almeno quattro visite) rispetto a quelle delle famiglie più povere. D'altro canto, alcuni dei divari maggiori nell'assistenza qualificata al parto si registrano in Africa orientale e meridionale. In Eritrea, le donne delle famiglie più ricche hanno probabilità dieci volte maggiori di beneficiare di assistenza qualificata alla nascita rispetto a quelle delle famiglie più povere.[59]

Nelle famiglie più povere, madri e neonati hanno anche minori probabilità di ricevere un check-up dopo il parto. Di conseguenza, sono esposti agli elevati rischi associati a ipotermia, infezioni e complicazioni post-parto non diagnosticate.

Tali grandi ed evitabili disuguaglianze costano vite di bambini e provocano immense sofferenze. La mancanza di strutture sanitarie adeguate nelle comunità povere contribuisce a determinare queste conseguenze, così come vi contribuiscono anche gli atteggiamenti sociali di alcuni operatori sanitari che si mostrano spesso ostili e insensibili nei confronti delle donne appartenenti a gruppi socialmente esclusi. Anche quando le strutture al servizio dei poveri risultano accessibili e a prezzi sostenibili, pratiche discriminatorie possono ostacolare equità di trattamento.

Per quanto riguarda la polmonite, la diagnosi precoce e l'efficace gestione dei casi da parte di operatori sanitari qualificati può salvare molte vite. Eppure i bambini appartenenti alle famiglie più povere che sviluppano sintomi di polmonite, e che si trovano a dover affrontare i rischi maggiori, sono quelli che hanno minori probabilità di essere visitati in una struttura sanitaria. I bambini provenienti dalle famiglie più ricche hanno probabilità 1,5 volte superiori rispetto a quelli delle famiglie più povere di essere portati in una struttura sanitaria in Madagascar,[60] e circa quattro volte superiori in Etiopia.[61] Modelli analoghi si applicano al trattamento della dissenteria, un'altra delle cause principali di decesso.

Comunità emarginate come la popolazione rom in Europa centrale e orientale, per esempio, subiscono continuamente disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari. Un bambino rom su cinque in Bosnia ed Erzegovina e uno su quattro in Serbia presenta moderati o gravi ritardi nella crescita. Nel 2012, solo il 4% dei bambini rom tra i 18 e i 29 mesi in Bosnia ed Erzegovina aveva ricevuto tutte le

vaccinazioni raccomandate, in confronto al 68% dei coetanei non rom.[62]

Raggiungere l'equità non è importante solo nei paesi più poveri. In alcuni paesi ricchi, le prospettive dei bambini provenienti da background diversi risultano decisamente non eque. Gli Stati Uniti, per esempio, presentano un tasso di mortalità infantile più elevato rispetto a qualunque altro paese ad alto reddito. Per i bambini nati negli USA, le probabilità di sopravvivenza nel periodo post-natale sono strettamente collegate all'etnia: nel 2013, i neonati di genitori afro-americani avevano probabilità più che doppie di morire rispetto a quelli nati da americani bianchi.[63]

Come in altri paesi, fattori quali il reddito, il livello d'istruzione della madre e il luogo di nascita continuano a determinare le probabilità di un bambino di sopravvivere al quinto compleanno anche negli Stati Uniti. Le disparità si riflettono nettamente a livello statale. Il tasso di mortalità infantile dello stato del Mississippi nel 2013, per esempio, era il doppio di quello del Massachusetts.[64] La combinazione di visite di operatori sanitari a domicilio con misure più generali volte a ridurre le disuguaglianze a livello d'istruzione e di reddito potrebbe contribuire in modo efficace ad affrontare la situazione.

Interventi a basso costo possono fare la differenza

La stragrande maggioranza dei decessi infantili si potrebbe prevenire con interventi ben noti, a basso costo e facilmente erogabili. Ciò vale per i decessi che si verificano sia nel periodo neonatale sia dopo il primo mese. Un'assistenza di qualità durante la gravidanza, il travaglio e il parto, nonché nel periodo immediatamente successivo alla nascita, non solo previene l'insorgere di complicazioni, ma ne facilita la scoperta tempestiva e la gestione immediata. Un'assistenza post-natale tempestiva risulta particolarmente importante per ridurre la mortalità nei primi giorni di vita.

IL 40 PER CENTO DEI DECESSI NEONATALI POTREBBERO ESSERE EVITATI CON INTERVENTI APPROPRIATI AL MOMENTO DELLA NASCITA.

La percentuale crescente di decessi neonatali rimanda alle sfide più difficili che ci attendono per mantenere e accelerare i progressi in termini di sopravvivenza infantile. Poiché gli interventi necessari per affrontare le cause principali di mortalità neonatale sono strettamente collegati a quelli che proteggono la salute materna, è di vitale importanza aumentare la copertura degli interventi prima, durante e dopo la gravidanza.

Secondo ricerche pubblicate dalla rivista scientifica The Lancet, il 40% dei decessi neonatali si potrebbe evitare con interventi appropriati al momento della nascita. Tra questi figurano l'assistenza di un operatore qualificato durante il parto, l'assistenza ostetrica d'emergenza, l'assistenza immediata al neonato (comprendente il sostegno all'allattamento al seno e pratiche igieniche per il parto, come il controllo del cordone ombelicale e della temperatura) e la rianimazione dello stesso. Un altro 30% risulta evitabile con la "marsupioterapia", iniziando il contatto pelle a pelle dalla nascita, nonché con la prevenzione o la gestione della sepsi neonatale, il trattamento dell'ittero neonatale e la prevenzione dei danni cerebrali provocati dalla mancanza di ossigeno durante il parto.[65]

I benefici dell'allattamento al seno non vengono ancora riconosciuti a sufficienza in molti paesi. A cominciare dalla prima ora dopo la nascita, l'allattamento al seno prolungato è associato alla protezione da molte infezioni infantili, a una maggiore intelligenza e a riduzioni della prevalenza del sovrappeso e del diabete. Secondo altre ricerche pubblicate da The Lancet, se l'allattamento al seno si diffondesse a livelli quasi universali, ogni anno si potrebbero salvare le vite di 823.000 bambini sotto i cinque anni di età in 75 paesi a basso e a medio reddito. Per le donne l'allattamento naturale protegge dal cancro al seno e migliora il distanziamento delle gravidanze.[66]

Raggiungere i più vulnerabili

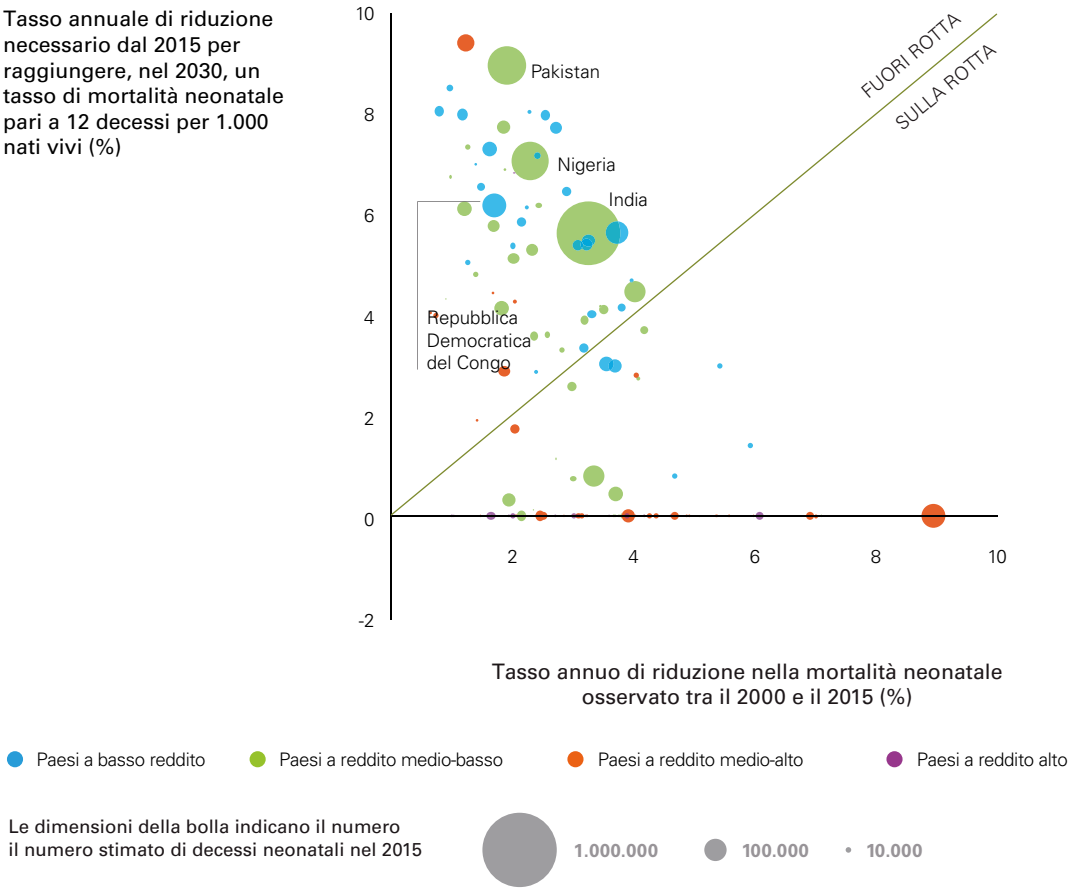
Negli ultimi 15 anni, leadership nazionale, sostenuta dalla cooperazione internazionale, ha svolto un ruolo essenziale nel guidare i risultati ottenuti in tutto il mondo per la sopravvivenza infantile. Lo sviluppo economico, i salari crescenti e la riduzione della povertà hanno senz'altro contribuito sia migliorando il tenore di vita sia generando risorse da investire nella salute. Ma in molti paesi a basso e medio reddito, gran parte dell'impulso al progresso è venuto da sistemi sanitari rafforzati e da interventi incentrati sulle comunità locali. Gli operatori sanitari comunitari hanno ampliato la portata dell'assistenza, collegando persone vulnerabili a interventi a elevato impatto e a basso costo per la salute materna, neonatale e infantile.[67]

Un esempio straordinario viene dall'Etiopia. Tra il 2004 e il 2010, il governo etiope ha

GRAFICO 1.5

Gli attuali lenti progressi nei tassi di mortalità neonatale mancheranno il traguardo SDG

Tasso annuale di riduzione necessario tra il 2015 e il 2030 rispetto al tasso annuale storico di riduzione della mortalità neonatale



Nota: Questo grafico illustra i tassi di riduzione necessari ai singoli paesi per raggiungere il traguardo di mortalità neonatale entro il 2030. Ogni bolla rappresenta un paese: le dimensioni della bolla rappresentano il numero di decessi nel 2015, mentre il colore rappresenta la classe di reddito del paese secondo la Banca Mondiale. I paesi sopra la linea diagonale necessitano di tassi di riduzione più rapidi (ossia di progressi accelerati) per raggiungere il traguardo. I paesi al di sotto della linea diagonale riusciranno a raggiungere il traguardo mantenendo i tassi di riduzione attuali. Quelli sull'asse orizzontale hanno già raggiunto il traguardo nel 2015.

Fonte: Analisi UNICEF basate su UN IGME, 2015.

BOX 1.1 IN NEPAL, VOLONTARIE AIUTANO GLI OPERATORI SANITARI A RAGGIUNGERE GLI EMARGINATI

Il Nepal, tra i paesi più poveri del mondo, ha registrato una delle riduzioni più rapide della mortalità materna dal 1990 a oggi. Questi progressi sono il risultato di riforme politiche sostenibili attuate nell'arco di due decenni comprendenti un periodo contrassegnato da conflitti.

Lo sviluppo del sistema sanitario ha svolto un ruolo essenziale nel successo del Nepal. Politiche per la maternità sicura, introdotte negli anni Novanta e rafforzate da allora, hanno fatto aumentare di molto il numero di operatori sanitari e assistenti qualificati al parto a livello comunitario. Inoltre, il governo ha reso la salute materna e la pianificazione familiare prioritarie all'interno di un bilancio sanitario in espansione, e la spesa sanitaria pro capite è raddoppiata tra il 1995 e il 2011. All'incirca nello stesso periodo, la copertura dell'assistenza prenatale si è quintuplicata. Il numero di nascite assistite da operatori qualificati è raddoppiato tra il 2006 e il 2011, fino a raggiungere il 36% del totale.

Accanto al sistema sanitario ufficiale, il Nepal ha sviluppato una rete di volontarie della salute a livello comunitario. Dopo aver ricevuto 18 giorni di formazione di base e attrezzature mediche, le volontarie operano a stretto contatto con gli operatori sanitari, secondo un modello che ha esteso la copertura sanitaria ad alcune delle zone più emarginate del paese.

L'attuale Piano nazionale a lungo termine per la maternità sicura e la salute dei neonati (2010-2017) mette l'accento sullo sviluppo dell'assistenza ostetrica. Nel contempo, la riformulazione dell'assistenza materna e infantile come diritti alla salute ha dato maggior potere alle donne, che adesso possono chiedere agli operatori sanitari più interventi collegati alla maternità sicura, alla salute neonatale, alla nutrizione e alla salute riproduttiva.

Anche gli sviluppi al di fuori del sistema sanitario hanno favorito progressi equi in Nepal. Il cambiamento degli atteggiamenti, l'accesso all'assistenza per la salute riproduttiva e un maggiore livello di istruzione hanno contribuito a un forte calo dei tassi di fertilità. Inoltre, la percentuale di popolazione che vive in condizioni di povertà ha registrato una netta diminuzione, dal 68% verso la metà degli anni Novanta al 25% nel 2011.

Fonte: Engel, Jakob, et al., Nepal's Story: *Understanding improvements in maternal health*, Overseas Development Institute, luglio 2013.

formato e utilizzato 38.000 operatori per l'estensione dell'assistenza sanitaria in uffici locali di tutto il paese che hanno fornito assistenza prenatale e post-natale di base, raggiungendo popolazioni precedentemente non coperte dal sistema sanitario.[68] Analogamente, assistenti per la sorveglianza medica in Malawi hanno fornito un collegamento essenziale tra il sistema sanitario ufficiale e la comunità, contribuendo a una delle diminuzioni più rapide della mortalità infantile a livello nazionale.[69]

Circa il 70% del calo a livello globale dei decessi sotto i cinque anni dal 2000 a oggi può essere ricondotto alla prevenzione e al trattamento delle malattie infettive. Dal 2000 al 2015, il numero annuo di decessi sotto i cinque anni provocati da polmonite, diarrea, malaria, sepsi, pertosse, tetano, meningite, morbillo e AIDS è diminuito da 5,4 a 2,5 milioni.[70] A livello globale, i decessi provocati dalla malaria tra i bambini sotto i cinque anni sono diminuiti del 58% dal 2000 a oggi,[71] in gran parte grazie all'uso di zanzariere trattate con insetticida e al farmaco artemisina. I programmi di vaccinazione, inoltre, hanno determinato una diminuzione del 79% nei decessi provocati dal morbillo tra il 2000 e il 2014, prevenendo la morte di un numero di bambini stimato intorno a 17,1 milioni.[72]

Le innovazioni stanno anche accelerando i progressi per i bambini più difficili da raggiungere. In Malawi – dove, nel 2014, 130.000 bambini sotto i 14 anni erano sieropositivi – il governo, insieme ai suoi partner, sta testando l'uso di droni come modo economicamente conveniente di ridurre i tempi di attesa per la somministrazione del test HIV ai neonati, per i quali una diagnosi precoce risulta essenziale ai fini di un'assistenza di qualità.

Attualmente, campioni di sangue essiccato vengono trasportati su strada dai centri sanitari locali al laboratorio centrale per essere testati, e sono necessari in media 16 giorni

per raggiungere tale laboratorio, e altre otto settimane per ottenere i risultati. Problemi come il costo del carburante e la cattiva condizione delle strade provocano ritardi, e questo rende significativamente più problematico un trattamento efficace. Se l'innovazione portata dall'utilizzo di droni avrà successo, potrebbe sia tagliare i costi sia ridurre da mesi a settimane il tempo che le famiglie devono aspettare per ricevere i risultati.[73]

E se non si riescono a colmare i divari?

Il ritmo dei progressi in termini di salute e sopravvivenza dei bambini e delle madri può aumentare o diminuire in conseguenza a scelte politiche che i vari governi e la comunità internazionale compiranno nei prossimi anni. Tuttavia, se le attuali tendenze non cambieranno, ecco la previsione per il 2030:

- Solo in quell'anno ci saranno 3,6 milioni di decessi infantili sotto i cinque anni. In totale, tra il 2016 e il 2030 si saranno verificati 69 milioni di decessi,[74] la metà dei quali in Africa sub-sahariana e un terzo in Asia meridionale.[75]

- In cinque paesi avverranno più della metà dei decessi globali sotto i cinque anni: in India (17%), Nigeria (15%), Pakistan (8%), Repubblica Democratica del Congo (7%) e Angola (5%).[76]

- Tutti (tranne cinque dei 30 paesi con i tassi più elevati di mortalità sotto i cinque anni) si troveranno nell'Africa sub-sahariana.[77] Circa 620 milioni di bambini saranno nati in quella regione tra il 2016 e il 2030[78], ossia circa il 30% del totale mondiale.[79] È l'unica regione in cui si prevede un aumento della popolazione sotto i cinque anni, che probabilmente supererà i 40 milioni.[80] La Nigeria, da sola, rappresenterà il 6% di tutte le nascite a livello mondiale.[81]

- Il tasso globale di mortalità materna sarà di circa 161 decessi per 100.000 nati vivi, ancora cinque volte superiore rispetto al livello per i paesi ad alto reddito nel 1990.[82]

- La polmonite resterà la seconda causa principale di morte per i bambini sotto i cinque anni, mentre le complicazioni dovute alle nascite pretermine resteranno la prima.[83]

REALIZZARE L'OBIETTIVO PER LA SOPRAVVIVENZA INFANTILE SALVEREBBE LA VITA DI 38 MILIONI DI BAMBINI.

Pertanto, in base alle attuali tendenze, le prospettive per il raggiungimento universale degli obiettivi fissati per il 2030 in termini di sopravvivenza neonatale e sotto i cinque anni sono tutt'altro che rosee. Se queste tendenze non cambieranno, decine di paesi mancheranno di molto tali obiettivi. L'Asia meridionale non raggiungerà l'obiettivo neonatale prima del 2049, mentre l'Africa sub-sahariana lo raggiungerà dopo la metà di questo secolo.[84] Il tasso medio annuale di riduzione della mortalità neonatale necessario affinché l'India possa raggiungere il traguardo fissato è pari ad almeno il doppio dei livelli attuali.

In confronto al mantenimento del tasso di sopravvivenza per i bambini sotto i cinque anni registrato nel 2015, nei prossimi 15 anni il raggiungimento del traguardo per la sopravvivenza infantile degli SDG salverebbe la vita di 7 milioni di bambini in tutto il mondo. Se ogni nazione uguagliasse o superasse la tendenza del paese che ha ottenuto i risultati migliori nella sua regione, si potrebbero salvare altri sette milioni di vite. Se ogni paese raggiungesse l'attuale tasso di mortalità sotto i cinque anni dei paesi ad alto reddito, o scendesse addirittura al di sotto di esso, si potrebbero salvare altri 21 milioni di vite.[85] Quest'ultimo scenario, paragonato ancora una volta al mantenimento del tasso del 2015, salverebbe la vita a 59 milioni di bambini tra oggi e il 2030.

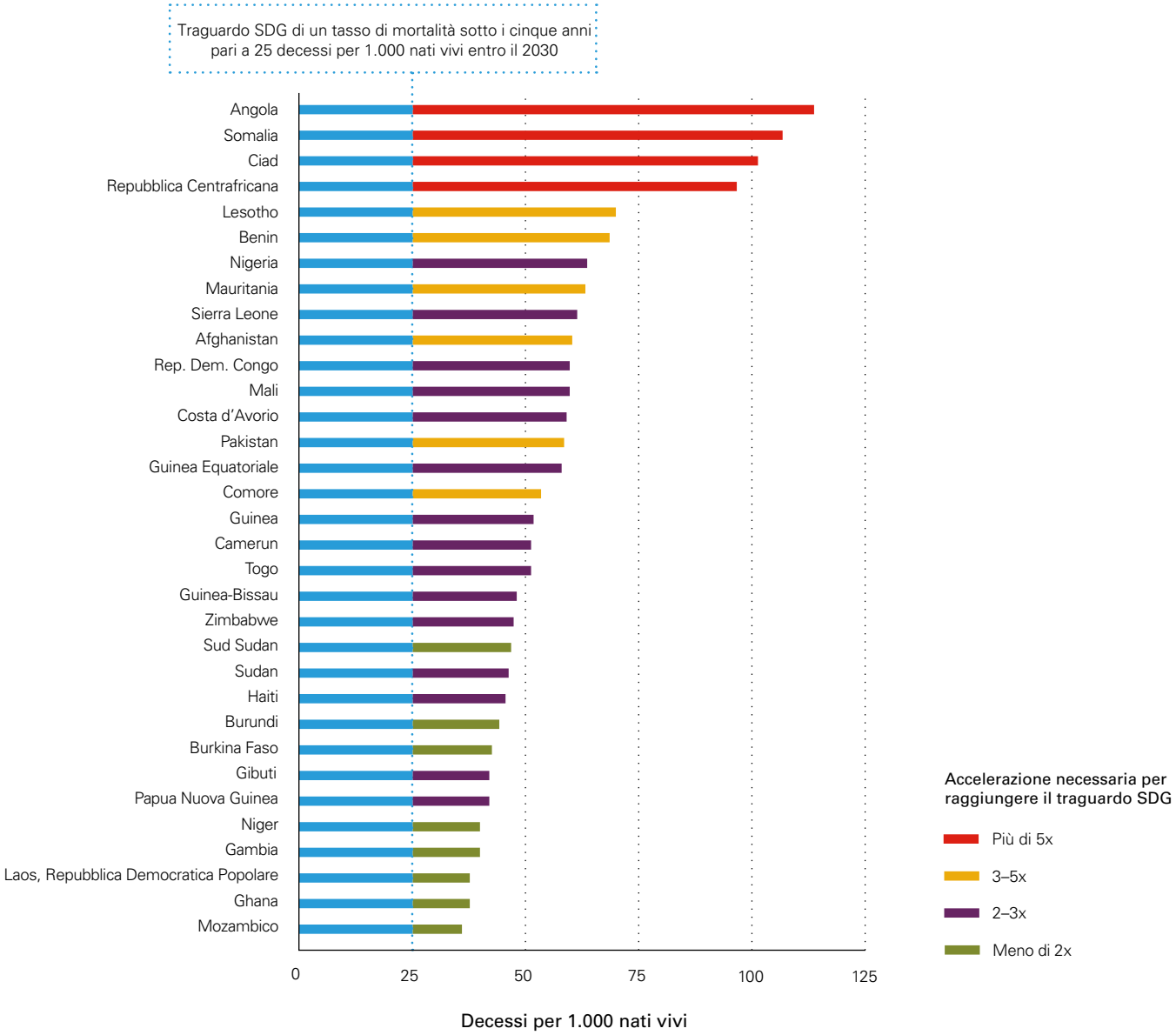
In quest'analisi di 75 tra i paesi più colpiti dal fenomeno in questione, si prevede che soltanto otto raggiungano il traguardo SDG. Se ogni nazione estendesse la copertura degli interventi con la stessa velocità del paese dal rendimento migliore in ogni ambito d'intervento (per esempio, assistenza qualificata alla nascita, allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi, ecc.), 33 paesi potrebbero raggiungere il traguardo entro il 2030. Il numero annuale di bambini che muoiono prima di compiere cinque anni in quei paesi diminuirebbe di quasi due terzi, ossia da 5,5 milioni nel 2015 a 2 milioni nel 2030.[86]

Questi e altri possibili scenari per il 2030 indicano l'urgente necessità di incrementare gli interventi di provata efficacia. Se si riuscisse a colmare il divario tra la tendenza attuale e il livello di progressi necessario per raggiungere l'obiettivo della sopravvivenza infantile entro il 2030, si salverebbero 13 milioni di bambini sotto i cinque anni, quasi per la metà neonati. Circa quattro vite su cinque verrebbero salvate nell'Africa sub-sahariana.[87]

GRAFICO 1.6

Molti paesi mancheranno il traguardo di ridurre la mortalità sotto i cinque anni, alcuni con un ampio distacco.

Tasso di mortalità sotto i cinque anni proiettato per il 2030, secondo le tendenze attuali, in paesi che si prevede non raggiungano il traguardo SDG



Nota: I paesi selezionati hanno avuto 10.000 o più nati vivi nel 2015, e si prevede che, se continueranno le attuali tendenze, non raggiungeranno il traguardo SDG per più di 10 decessi ogni 1.000 nati vivi.

Fonte: Analisi dell'UNICEF basate su UN IGME 2015.

Obiettivi di equità

Obiettivi di equità provvisori, detti anche "traguardi intermedi", collegati al raggiungimento degli obiettivi per il 2030 possono risultare utili al fine di guidare le politiche incentrate sul benessere dei bambini e delle madri. Strategie nazionali per dimezzare le disparità a livello di sopravvivenza infantile nel giro di cinque o sette anni, per esempio, contribuirebbero a mantenere al centro di tali politiche le donne e i bambini più vulnerabili. Le strategie potrebbero concentrarsi sulle disuguaglianze associate alla ricchezza familiare, ai livelli d'istruzione, alle disparità tra zone rurali e urbane e alle differenze tra regioni o gruppi etnici.

Per tradurre questi obiettivi intermedi in risultati concreti sono necessari cambiamenti fondamentali nel modo in cui i servizi per la salute dei bambini e delle madri vengono finanziati ed erogati, nonché nelle politiche volte a ridurre i rischi di base. Ma obiettivi di equità intermedi possono fungere da potente catalizzatore per il raggiungimento degli impegni presi per il 2030.

Tali obiettivi fornirebbero altresì un punto di riferimento per il monitoraggio e il reporting. In effetti, fungerebbero da pietre miliari sulla strada verso il 2030. Si tratta di un anello fondamentale nella catena delle responsabilità. Gli obiettivi diventano significativi solo quando offrono un punto di riferimento, sostenuto da dati, rispetto al quale è possibile misurare il rendimento. Attualmente esistono ampi divari in termini sia di copertura sia di qualità dei dati disponibili. I sistemi di registrazione anagrafica coprono soltanto una piccola parte delle nascite complessive, e la copertura risulta più limitata nei paesi che presentano i tassi più elevati di mortalità infantile e materna. La registrazione dei decessi è addirittura più scarsa.[88]

A livello globale, la nascita di quasi un bambino sotto i cinque anni su quattro non viene registrata.[89] Dei 74 paesi esaminati dalla Commissione sull'Informazione e la responsabilizzazione per la salute delle donne e dei bambini, soltanto in due risultano registrati più della metà di tutti i decessi.[90] Nei paesi a basso e medio reddito, fino all'80% dei decessi si verifica al di fuori delle strutture sanitarie, e molti di essi non vengono riferiti con precisione.[91] Ciò significa che le informazioni essenziali riguardanti i decessi di neonati, bambini e madri sono incomplete.

A causa delle carenze in questi ambiti, i dati riguardanti i decessi di bambini e madri devono essere estrapolati e interpolati attraverso un processo di modellizzazione. Man mano che i decessi di bambini e madri diminuiscono e diventano statisticamente più rari, aumenta l'importanza dei dati empirici, soprattutto per le popolazioni più emarginate e più difficili da raggiungere.

Rendimento elevato degli investimenti in ambito sanitario

Gli investimenti necessari per porre fine ai decessi infantili e materni prevenibili offrono rendimenti elevati. L'entità di tali rendimenti riflette i costi nascosti dei rischi sanitari. La malattia infantile non solo miete vittime e provoca sofferenze, ma mina anche il potenziale dei bambini, delle loro comunità e dei loro paesi. La malnutrizione e le malattie infantili compromettono lo sviluppo cognitivo e riducono la produttività in età adulta. Quando i sistemi sanitari non riescono a prevenire le malattie, la società paga un prezzo sotto forma di costi di cura e di produttività perduta. Per contro, una salute e una situazione nutrizionale migliori per le madri e i bambini possono creare un ciclo positivo, consentendo ai bambini di realizzare il loro potenziale e di aiutare i loro paesi e le loro comunità a prosperare.

Quanto costerebbe porre fine in modo efficace ai decessi prevenibili dei bambini e delle loro madri? Costi finanziari dettagliati sviluppati ai sensi del Quadro globale per gli investimenti per la salute delle donne e dei bambini offrono indicazioni preziose.[92] Sei pacchetti di investimenti principali per 74 paesi a mortalità elevata costerebbero circa 30 miliardi di dollari USA in spese annuali aggiuntive, con un aumento del 2% rispetto ai livelli attuali. I pacchetti di spesa coprirebbero salute materna e neonatale, salute infantile, vaccinazione, pianificazione familiare, HIV/AIDS e malaria, con la nutrizione come tema trasversale. Tra il 2013 e il 2035, questo investimento eviterebbe, secondo le stime, la morte di 147 milioni di bambini, 32 milioni di bambini nati morti e 5 milioni di decessi materni.

BOX 1.2 OGNI BAMBINO CONTA: L'IMPORTANZA DI DATI AFFIDABILI SULLA SOPRAVVIVENZA INFANTILE

Un accurato conteggio delle nascite e dei decessi costituisce il primo passo per riuscire a garantire che i diritti di ogni bambino vengano riconosciuti e rispettati. E tuttavia più di 100 paesi in via di sviluppo non dispongono dei sistemi di registrazione civile e di censimento anagrafico necessari per generare dati affidabili su nascite e decessi.

In tutto il mondo, 230 milioni di bambini che attualmente hanno meno di cinque anni non sono stati registrati alla nascita. Questa cifra comprende il 39% dei bambini dell'Africa sub-sahariana e il 44% dei bambini dell'Asia meridionale. In assenza di dati affidabili, nei paesi che non dispongono di sistemi CRVS (Civil Registration and Global Statistics) le stime sulla mortalità infantile si basano su un sofisticato modello statistico che utilizza risposte ai sondaggi, informazioni censuarie e altre fonti. Tuttavia, nessun modello può sostituire dati di input di alta qualità basati sulla registrazione delle nascite e dei decessi.

Le indagini sui nuclei familiari forniscono informazioni preziose sulle differenze a livello di mortalità infantile per caratteristiche socio-economiche, tra cui la ricchezza dei genitori, l'ubicazione e l'istruzione. Ma è necessaria una maggiore disaggregazione dei dati riguardanti vari gruppi di popolazione per offrire un quadro dettagliato delle località caratterizzate da livelli elevati di svantaggio infantile. Ciò significa raccogliere e sintetizzare i dati relativi a questi gruppi sociali e a queste località e velocizzarne la comunicazione.

La situazione è ulteriormente complicata da grosse lacune nelle informazioni sulla mortalità suddivisa per cause specifiche. Per esempio, le stime sull'impatto a livello mondiale delle infezioni acute delle vie respiratorie inferiori (Acute Lower Respiratory Infection ALRI) tra i bambini piccoli devono basarsi su dati ospedalieri, ma quei numeri sottostimano l'incidenza delle ALRI associate all'influenza nelle comunità a basso reddito, a causa dell'accesso limitato delle famiglie povere all'assistenza specializzata. E le migliori stime globali per l'infezione batterica grave tra i neonati vanno da 5,5 a 8,3 milioni, un margine ampio che riflette le incertezze nei dati di base.

Malgrado i considerevoli progressi risultanti dalle indagini sempre più numerose, esistono ancora lacune importanti anche nei dati che seguono la copertura degli interventi sanitari. Tali dati sono essenziali per l'affidabilità, poiché forniscono informazioni sulla portata degli interventi e sulle eventuali disparità che li caratterizzano. Anche se non tutti i paesi sono in grado di fare rapporto su tutti gli indicatori, si potrebbero modificare gli attuali strumenti d'indagine in modo da riuscire a concentrarsi di più sulla qualità dell'assistenza.

Alla fine, però, non esistono validi sostituti per i sistemi CRVS. Il costo del raggiungimento della copertura universale di tali sistemi entro il 2024 è stato fissato a 3,8 miliardi di dollari USA per 73 paesi (escludendo Cina e India). Nel frattempo, l'ampliamento della copertura del sistema sanitario e l'applicazione di nuove tecnologie informatiche e comunicative può produrre informazioni fondamentali sulla registrazione di nascite e decessi, oltre a dati essenziali su malattie specifiche.

Fonti: World Bank/World Health Organization, *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling up investment Plan 2015–2024*, 28 maggio 2014, p. 2.
United Nations Children's Fund, *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*, UNICEF, New York, 2013. pp. 6, 36.
Nair, Harish, et al., 'Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet*, vol. 378, no. 9807, 3 dicembre 2011, p. 1925.
Seale, Anna, et al., 'Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, South Asia, and Latin America for 2012: A systematic review and meta-analysis', T*he Lancet*, vol. 14, no. 8, pp. 731–741, agosto 2014

In effetti, un simile approccio porterebbe, nei 74 paesi di cui sopra, il livello di copertura sanitaria essenziale per la salute materna e infantile disponibile al 20% più povero della popolazione verso la copertura disponibile nel 20% più ricco. Anche i guadagni che, secondo le proiezioni, si possono ottenere a livello sociale ed economico da questo investimento – in termini di produttività, maggiore rendimento e benefici più generali associati a una migliore salute – sono notevoli, e pari a nove volte il costo.[93]

Tra gli altri rendimenti o utili previsti rispetto agli investimenti nel tentativo di porre fine alla mortalità infantile e materna figurano:

- Un utile almeno decuplicato rispetto alle spese per la salute e la nutrizione attraverso livelli d'istruzione, partecipazione della forza lavoro e contributi sociali migliori.[94]
- Utili di 16 dollari USA per ogni dollaro investito nella vaccinazione. Anche con l'introduzione di vaccini nuovi e più costosi, la vaccinazione resta uno degli acquisti più convenienti a livello di pianificazione sanitaria.[95]
- Utili di 16 dollari USA per ogni dollaro investito in interventi a livello nutrizionale.[96] La malnutrizione infantile può costare tra l'1,9% (Egitto) e il 16,5% (Etiopia) del PIL di un paese.[97]
- Risparmi annuali pari a 302 miliardi di dollari USA attraverso la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.[98]

Le spese individuate dal Quadro d'investimento globale affronterebbero il problema dei sistemi sanitari dotati di risorse insufficienti che forniscono una scarsa copertura di interventi a basso costo. Più di 10 miliardi di dollari dell'ulteriore costo annuale andrebbero a sostegno di una fornitura migliorata di assistenza per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, comprendente l'impiego di altri 544.000 operatori sanitari comunitari e di 675.000 tra infermieri, medici ed ostetriche.[99]

Nang Doy e il suo bambino di quattro mesi, Thao Nga, monitorano la crescita e le vaccinazioni presso un centro specializzato nel Laos.

© UNICEF/UNI76591/Holmes

Benefici della copertura sanitaria universale

Progressi costanti richiederanno anche sistemi sanitari attrezzati sia per fornire assistenza di qualità in un continuum di servizi sia per raggiungere tutte le donne e tutti i bambini, a cominciare dai più svantaggiati.

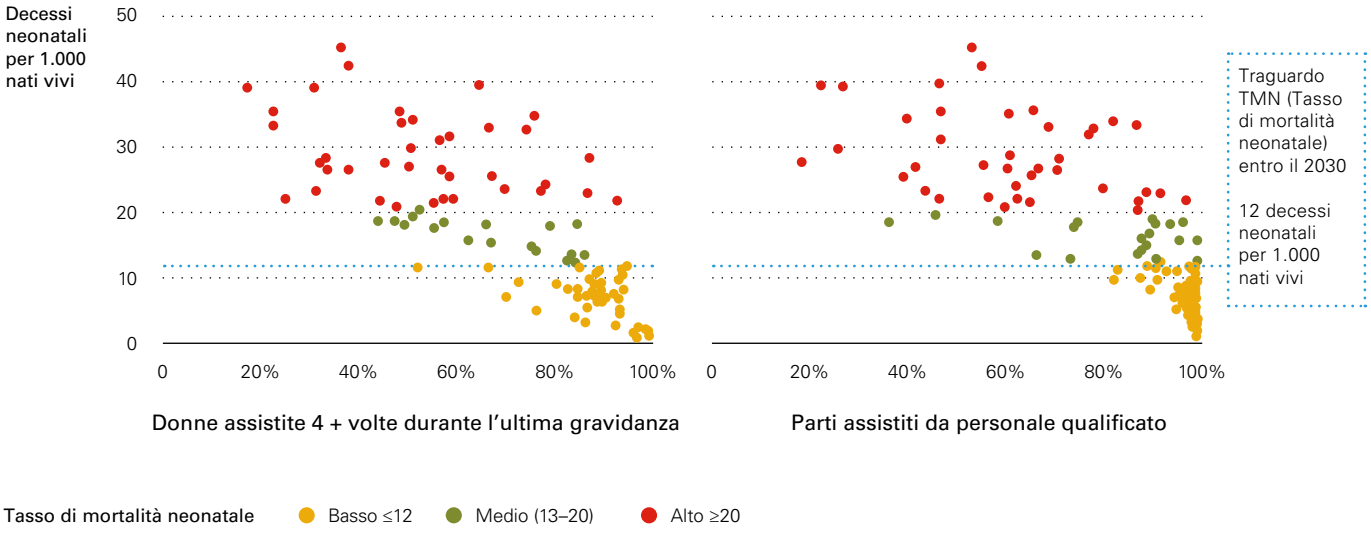
La combinazione di assistenza prenatale di qualità, assistenza durante il travaglio e il parto e nella prima settimana di vita, nonché di assistenza per i neonati sottopeso e malati, risultano essenziali per migliorare i risultati a livello sanitario. Un'efficace assistenza prenatale, per esempio, consente l'individuazione precoce di complicazioni durante la gravidanza e permette di offrire alle donne le integrazioni di micronutrienti necessarie alla loro salute e al normale sviluppo fetale. Operatori sanitari istruiti e attrezzati possono offrire assistenza ostetrica e neonatale essenziale, oltre a promuovere e a sostenere l'allattamento al seno, a individuare e a trattare le infezioni e a erogare vaccinazioni potenzialmente salvavita.

L'associazione tra assistenza prenatale, assistenza qualificata alla nascita e sopravvivenza infantile non è automatica, in parte perché la qualità dell'assistenza fornita risulta molto variabile tra i vari paesi e all'interno di ognuno di essi. Ciononostante, l'ampliamento dell'offerta in entrambi i suddetti ambiti è stato fondamentale per i progressi nella sopravvivenza infantile. Man mano che la mortalità neonatale aumenta come percentuale del totale dei decessi infantili, aumenta anche l'urgenza di raggiungere la copertura universale in termini di assistenza prenatale di qualità e di assistenza qualificata al parto.

GRAFICO 1.7

Assistenza prenatale e assistenza qualificata al parto salvano i neonati

Combinazione tra assistenza prenatale (quattro o più visite), assistenza qualificata al parto e tasso di mortalità neonatale

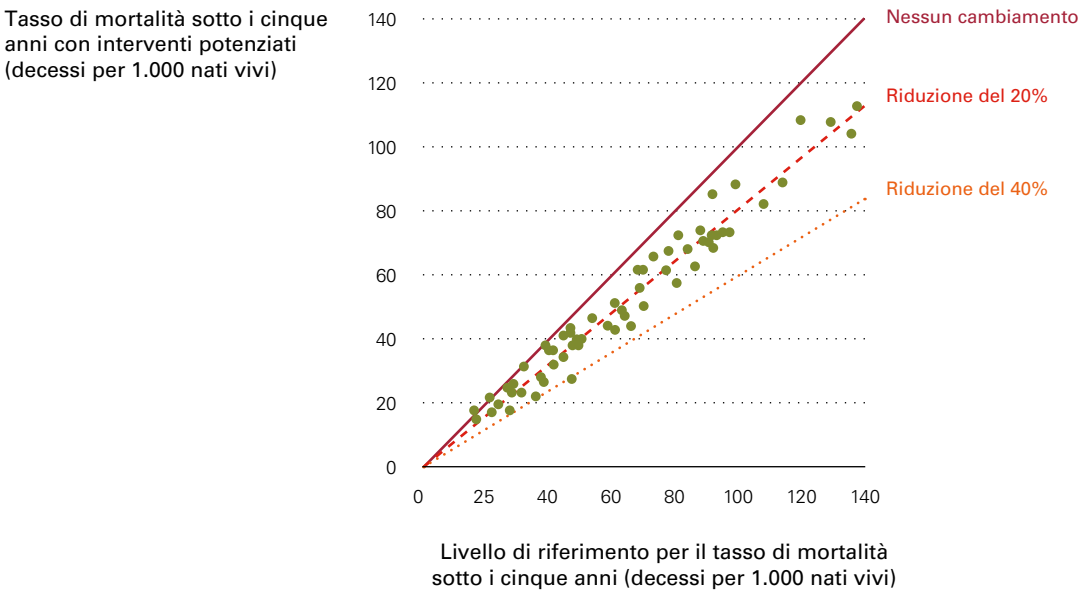


Fonte: Per il tasso di mortalità neonatale, stime fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità-Gruppo di riferimento per l'epidemiologia della salute dei bambini (OMS-CHERG). Per l'assistenza prenatale e l'assistenza qualificata al parto, database globali dell'UNICEF, 2015, basati su MICS, DHS e altre fonti nazionali.

GRAFICO 1.8

In 63 paesi, l'equità nella copertura degli interventi potrebbe ridurre di quasi il 30% i tassi di mortalità sotto i cinque anni

Impatto dell'aumento della copertura nazionale fino al livello del quintile più ricco sul tasso di mortalità sotto i cinque anni



Nota: Nel modello potenziato, i servizi sanitari comprendevano interventi come l'assistenza qualificata al parto, l'integrazione di vitamina A e le vaccinazioni. I 63 paesi presentavano l'88% dei decessi sotto i cinque anni a livello globale. Le analisi LiST sono state effettuate da Adrienne Clermont, Yvonne Tam e Neff Walker presso l'Istituto per i programmi internazionali, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Fonte: Analisi Lives Saved Tool (LiST) da parte della Johns Hopkins University, 2015.

Le strategie per fornire un'assistenza sanitaria universale di qualità entro il 2030 devono abbracciare due obiettivi strettamente collegati tra loro: l'espansione della copertura in concomitanza con la riduzione dei divari di equità. Anche in questo caso i tassi di copertura per il 20% più povero della popolazione devono aumentare molto più in fretta dei tassi per il 20% più ricco, al fine di raggiungere la copertura universale. In 63 paesi a elevata mortalità, il graduale ampliamento della copertura nazionale di interventi sanitari al pari livello del 20% più ricco potrebbe prevenire un decesso sotto i cinque anni di età su quattro e far diminuire di almeno il 30%, nei vari paesi, i tassi medi di mortalità sotto i cinque anni.

Un'altra strategia, proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF nel Piano integrato per l'azione globale contro la polmonite e la dissenteria, individua le misure necessarie per eliminare entro il 2025 i decessi prevenibili dovuti alla polmonite e alla dissenteria. Secondo il piano in questione, la semplice estensione degli interventi esistenti ridurrebbe i decessi di due terzi al costo di 6,7 miliardi di dollari USA.[100]

A livello di nutrizione infantile, uno studio compiuto nei 34 paesi più problematici in questo ambito, dove vive il 90% dei bambini affetti da ritardi nella crescita, ha individuato 10 interventi di provata efficacia potenzialmente in grado di evitare 900.000 decessi di bambini sotto i cinque anni. Tali interventi vanno dal trattamento

della malnutrizione acuta all'alimentazione complementare, dall'allattamento al seno all'integrazione con vitamina A e zinco. Secondo lo studio in questione, il costo annuale aggiuntivo di questo ampliamento dell'attuale copertura nutrizionale per soddisfare il 90% del fabbisogno nei suddetti 34 paesi sarebbe di circa 9,6 miliardi di dollari USA.[101]

Per quanto possano risultare convincenti, tali stime talvolta distolgono l'attenzione dall'importanza fondamentale del rafforzamento della capacità dei sistemi sanitari di erogare servizi.

Operatori sanitari adeguatamente formati e motivati costituiscono la linfa vitale di sistemi sanitari efficienti, equi e resilienti. Gli interventi necessari per diagnosticare, prevenire e trattare le cause dei decessi infantili e materni non sono tecnologie a se stanti. Devono essere forniti da operatori sanitari qualificati a livello comunitario, nonché da ostetriche, infermieri e medici altrettanto qualificati.

Le carenze croniche di operatori sanitari rappresentano ostacoli importanti all'accelerazione dei progressi. In molti paesi, gli operatori sanitari sono concentrati in zone o strutture urbane al servizio di fasce più avvantaggiate. Possono mostrarsi riluttanti a lavorare in zone remote a causa della bassa remunerazione, della mancanza di opportunità di formazione continua, di condizioni di lavoro difficili, di carenza di scorte e di attrezzature, oppure della mancanza di servizi sociali per le loro famiglie.

Secondo le stime dell'OMS, sono necessari almeno 23 operatori sanitari ogni 10.000 persone nei paesi che cercano di ottenere livelli relativamente elevati di copertura del sistema sanitario per i bisogni essenziali delle loro popolazioni.[102] I paesi che cadono

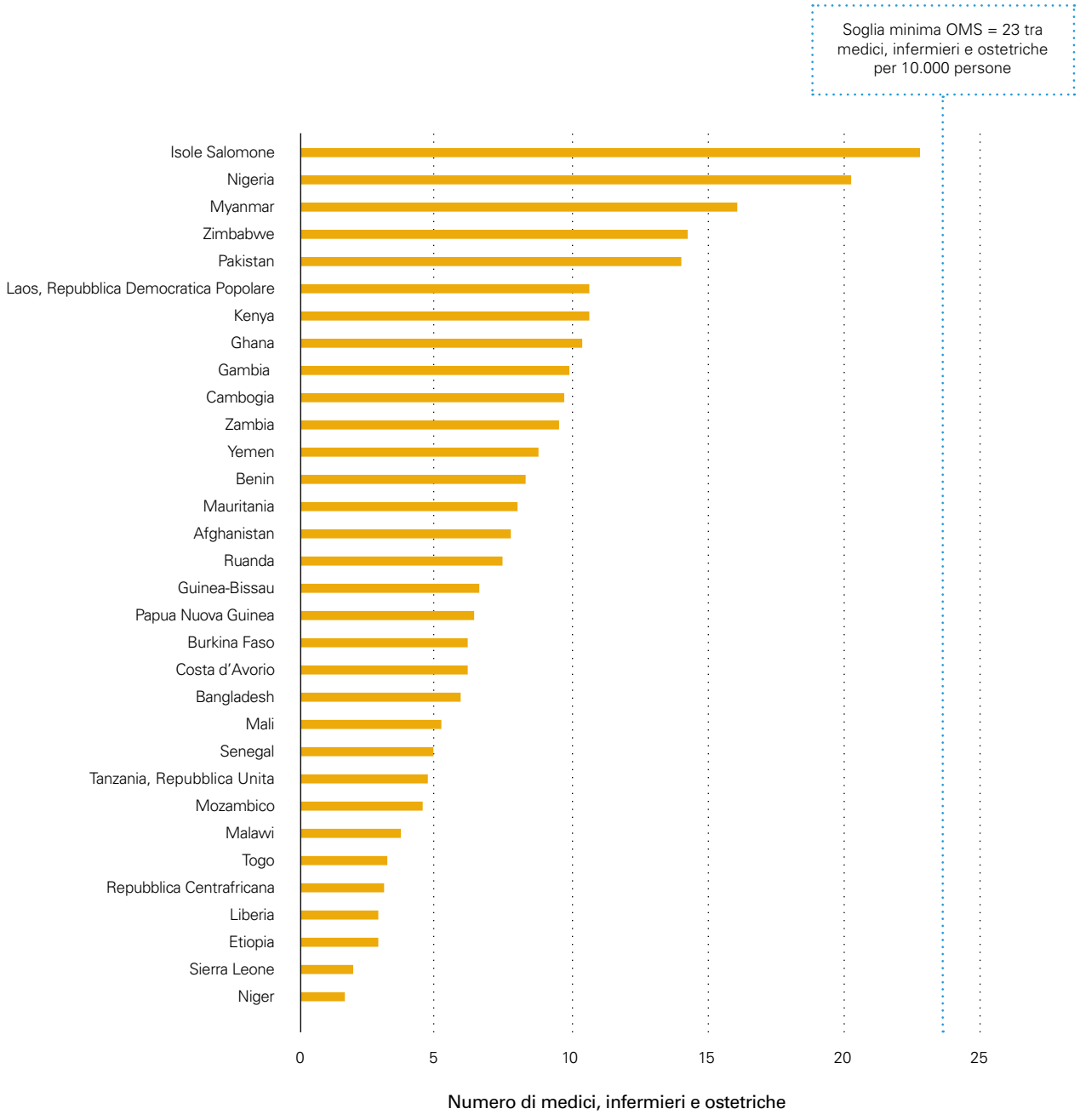
Un operatore sanitario somministra un dose di vaccino antipolio orale ad un bambino sull'uscio di casa a Sadr City Baghdad, in Iraq.

© UNICEF/UNI199369/Khuzaie

GRAFICO 1.9

Molti paesi non hanno sufficienti operatori sanitari

Numero di medici, infermieri e ostetriche per 10.000 persone e soglia minima OMS



Fonte: OMS, Global Atlas of the Health Workforce, 2015

al di sotto di questa soglia faticano a fornire assistenza qualificata al parto, oltre che servizi d'emergenza e specialistici per neonati e bambini piccoli. La maggior parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana e molti paesi a elevata mortalità in Asia meridionale si trovano ben al di sotto della suddetta soglia.

Entro il 2035, il mondo avrà bisogno di altri 12,9 milioni di operatori sanitari. Già oggi l'Africa sub-sahariana presenta un deficit di operatori sanitari pari a 1,8 milioni e, a meno che non vi sia un'azione concertata, questa cifra aumenterà fino a 4,3 milioni nei prossimi 20 anni, di pari passo con l'aumento della popolazione.[103] Secondo una stima dell'Earth Institute della Columbia University, il costo aggiuntivo della fornitura all'Africa sub-sahariana anche soltanto di un milione di operatori sanitari comunitari in più sarebbe pari a 3,1 miliardi di dollari l'anno. L'utile di tale investimento, oltre alle vite salvate e alle sofferenze ridotte, è stato stimato intorno ai 19,4 miliardi di dollari l'anno, in conseguenza alla maggiore produttività che ne risulterebbe.[104]

La crisi dell'Ebola in Africa occidentale ha chiaramente dimostrato la fragilità di sistemi sanitari dotati di risorse e di personale insufficienti. Alla vigilia dell'epidemia, la Sierra Leone e la Liberia avevano meno di tre operatori sanitari ogni 10.000 persone.[105] La Liberia disponeva all'incirca di 50 medici per un paese di 4,3 milioni di abitanti.[106] I decessi verificatisi tra gli operatori sanitari nel corso della crisi ha ulteriormente ridotto il numero già limitato di operatori qualificati. Una delle lezioni che abbiamo appreso dalla crisi dell'Ebola è che sono necessari sistemi sanitari forti non soltanto per contenere le epidemie e per fornire interventi essenziali, ma anche per aiutare i paesi e le comunità a diventare più resilienti.

L'Indonesia, dal canto suo, ha un rapporto tra operatori sanitari e popolazione vicino al livello raccomandato dall'OMS, ma gli operatori sanitari non sono equamente distribuiti all'interno del paese. Spesso le strutture al servizio dei poveri mancano di attrezzature adeguate e di personale formato. Pertanto, circa la metà delle donne nelle province di Malaku e Papua partoriscono senza assistenti qualificati – più del doppio del livello di Sumatra – e le donne in città hanno probabilità più che triple di beneficiare di assistenti qualificati al parto rispetto alle loro coetanee in campagna.[107]

Anche i paesi con alcuni dei rapporti più bassi del mondo tra operatori sanitari e popolazione si trovano a dover affrontare problemi di equità. In Liberia, il rapporto tra assistenti qualificati al parto e popolazione nella contea maggiormente coperta è più di tre volte superiore a quello della contea meno coperta.[108]

Un infermiere asciuga il volto di un neonato prematuro nella Unità Speciale di Assistenza Prenatale presso l'ospedale Tangail Medical College, Bangladesh.

© UNICEF/UNI195711/Mawa

Finanziamenti equi e adeguati

Secondo una stima del 2012, finanziare un sistema sanitario pronto a fornire un livello minimo di servizi essenziali su base universale costerebbe annualmente circa 86 dollari USA pro capite. Ciò equivale a più del doppio del livello medio di spesa per il sistema sanitario nei paesi a basso reddito.[109]

Anche quando i servizi sono disponibili, gli eventuali addebiti ufficiali e ufficiosi per chi usufruisce di servizi per la salute materna e infantile creano barriere di accessibilità a livello economico per i poveri. Come altri ostacoli – tra cui la distanza, il tempo e i costi associati all'utilizzo dei servizi, la scarsa consapevolezza, i problemi di qualità e gli impedimenti socio-culturali – questi addebiti riducono la richiesta di servizi per le madri, spesso con conseguenze fatali. Erodono patrimoni e intrappolano le famiglie povere in cicli di cattiva salute e povertà.

Quando la spesa sanitaria pubblica non copre i costi della fornitura, la copertura inadeguata dei servizi e l'imposizione di tariffe a carico degli utenti colpiscono sempre di più le famiglie più povere. Secondo il World Health Report del 2010, Health Systems Financing: The path to universal coverage (Finanziamento dei sistemi sanitari: la via verso la copertura universale), ogni anno circa 150 milioni di individui subiscono catastrofi finanziarie, mentre 100 milioni vengono condannati alla povertà da spese collegate alla salute.[110] Il rischio d'impoverimento aumenta nettamente quando i pagamenti a carico degli utenti superano una percentuale delle spese sanitarie compresa tra il 15% e il 20%.[111]

Una maggiore spesa pubblica per la salute è caratteristica di molti dei paesi che presentano i risultati migliori in termini di sopravvivenza infantile. Anche se non esistono regole certe, le prove disponibili indicano che i governi dovrebbero puntare a stanziare circa il 5% del PIL per le spese sanitarie.[112] Tuttavia molti paesi con tassi elevati di mortalità in Asia meridionale spendono meno del 3% per la salute, e in molti casi queste spese vengono dirottate verso servizi che non raggiungono i poveri.[113]

Anche con sforzi concertati per stanziare fondi per la salute, molti dei paesi più poveri del mondo non raggiungerebbero l'obiettivo di spesa pari a 86 dollari USA pro capite. Attraverso una simulazione si è arrivati a stimare un divario di finanziamento pari a circa 74 miliardi di dollari USA, in uno scenario in cui tutti i paesi a basso

Un operatore sanitario segna il dito di un bambino per indicare che è stato vaccinato contro il morbillo grazie ad un'estesa campagna di vaccinazioni a Share Lishiko, Lusaka, Zambia.

© UNICEF/UNI91597/Nesbitt

reddito rispettavano standard più rigorosi per la ripartizione di costi e ricavi e per il finanziamento del settore sanitario. Pur essendo soltanto indicativa, questa stima fornisce una preziosa approssimazione dell'entità dell'ulteriore finanziamento per la sanità a livello internazionale che sarebbe necessario per raggiungere i traguardi fissati per il 2030 nell'ambito della salute infantile e materna.[114]

I programmi volti a finanziare i servizi per i poveri, per esentarli da tariffe a carico degli utenti e per fornire loro un'assicurazione, hanno riportato successi variabili. L'esperienza dimostra che spesso i finanziamenti mirati hanno effetti trascurabili sull'utilizzo dei servizi. Finanziare l'ingresso di famiglie povere in programmi nazionali di assicurazione sanitaria esistenti, che ripartiscono i rischi tra tutta la popolazione, è una strategia che ha prodotto risultati migliori.[115]

Il programma di Salute familiare del Brasile, per esempio, ha ampliato la copertura dal 10,6 a 100 milioni di persone tra il 1998 e il 2010, concentrandosi inizialmente sulle aree svantaggiate. Il programma offre accesso all'assistenza sanitaria – gratuita per gli utenti – a più del 90% delle municipalità del paese.[116]

Il Programma di copertura universale della Thailandia (UCS) ha accresciuto l'equità portando un'ampia fetta di popolazione non assicurata sotto l'ombrello di un programma nazionale, riducendo parecchio i "catastrofici" pagamenti sanitari da parte dei poveri e migliorando l'accesso a servizi sanitari essenziali.[117] A un anno dal suo lancio, l'UCS copriva il 75% della popolazione thailandese, includendo 18 milioni di persone precedentemente non assicurate.[118]

BOX 1.3 IL BANGLADESH E I PROGRESSI PER LA SOPRAVVIVENZA INFANTILE

Negli ultimi anni, il Bangladesh ha compiuto notevoli progressi nella riduzione dei tassi di mortalità tra i bambini sotto i cinque anni. Parte del suo successo si può ricondurre all'espansione degli interventi sanitari a livello comunitario. La percentuale di bambini partoriti in strutture sanitarie è aumentata dall'8% al 37% tra il 2000 e il 2014. Anche la copertura prenatale da parte di operatori qualificati è aumentata dal 33% al 64%.

Ciononostante, ampie disparità permangono. Il divario economico nell'accesso all'assistenza prenatale qualificata è diminuito solo marginalmente. La copertura è pari al 36% per le donne più povere e al 90% per quelle più ricche. Nel 2014, il rapporto tra donne povere e donne ricche che beneficiavano di assistenza qualificata al parto era di uno a quattro, con due delle regioni del paese – Sylhet e Barisal – molto indietro rispetto alle altre. E nel 2014, meno di un terzo delle donne ha ricevuto il minimo raccomandato di quattro visite di assistenza prenatale.

Tra gli aspetti più positivi ci sono i progressi compiuti verso l'equità in termini di parti in strutture sanitarie. Nel 2004, il rapporto tra donne più povere e donne più ricche che partorivano in una struttura sanitaria era di una su 12, mentre dal 2014 è migliorato fino a una su quattro.

Riconoscendo che miglioramenti sostenuti per la salute materna e infantile richiederanno una maggiore riduzione delle disparità tra gruppi sociali ed economici diversi, il governo ha introdotto una serie di traguardi di equità per degli interventi chiave. Tali traguardi costituiscono la base da cui partire per monitorare la copertura nelle comunità a basso reddito, nelle zone in cui esistono baraccopoli urbane, nei distretti che riportano risultati inferiori e nelle aree popolate da minoranze etniche, come le Colline di Chittagong nel Bangladesh sudorientale. Nel complesso, rappresentano un potenziale percorso verso l'equità per le madri e i bambini più svantaggiati del paese.

Fonte: National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, and ICF International, *Bangladesh Demographic and Health Survey 2014: Key indicators*, Dhaka, Bangladesh, and Rockville, Maryland, USA, 2015..

BOX 1.4 FONDI PER L'EQUITÀ SANITARIA: ASSISTENZA GRATUITA AI POVERI

La Cambogia ha fatto registrare progressi straordinari per la sopravvivenza infantile e per altri indicatori sanitari. Tra il 2000 e il 2015, la mortalità sotto i cinque anni è diminuita da 108 a 29 decessi per mille nati vivi, con uno dei tassi di riduzione più rapidi al mondo. Nello stesso periodo si è assistito a un netto aumento nella fruizione delle strutture per la salute infantile e materna. La previdenza sociale, fornita attraverso i Fondi per l'equità sanitaria (Health Equity Funds - HEF) del paese ha svolto un ruolo importante in questo successo.

Gli HEF rappresentano iniziative multilaterali in cui organizzazioni non governative rimborsano le strutture sanitarie pubbliche per la cura di pazienti poveri, usando una combinazione di finanziamenti governativi e fondi provenienti da donatori. Questo meccanismo ha in gran parte eliminato la pratica del pagamento di commissioni sottobanco. Ha contribuito, inoltre, a migliorare la qualità dell'assistenza, fornendo incentivi in contanti per incoraggiare il personale e le strutture ad assistere i pazienti.

Essenzialmente, gli HEF costituiscono un meccanismo di acquisto per la fornitura di assistenza sanitaria gratuita per i poveri. Nel 2013 hanno raggiunto più di 2,5 milioni di persone in 51 degli 81 distretti della Cambogia, erogando più di un milione di consultazioni in centri sanitari.

Studi dimostrano che, laddove operano, gli HEF rappresentano una forza significativa per l'inclusione, migliorando l'accesso per i poveri e riducendo i pagamenti diretti da parte dei pazienti. Tuttavia, i risultati ottenuti sono limitati. Secondo le stime, una percentuale di poveri compresa tra il 40% e il 50% non fruisce degli HEF, forse a causa della distanza o della qualità dell'assistenza, e coloro che si trovano appena al di sopra della soglia di povertà ne rimangono esclusi.

Fonte: Kelsall, Tim, and Seiha Heng, 'The Political Economy of Inclusive Healthcare in Cambodia', *ESID Working Paper no. 43*, dicembre 2014.

BOX 1.5 ELIMINARE LA MALNUTRIZIONE PER SPEZZARE LA DISUGUAGLIANZA DI OPPORTUNITÀ

Nel 2014, 159 milioni di bambini sotto i cinque anni presentavano ritardi nella crescita. Altri 41 milioni erano sovrappeso e il loro numero sta crescendo. I ritardi nella crescita e altre forme di denutrizione riflettono le disuguaglianze a livello sociale; il ritardo della crescita può fungere da marcatore della povertà.

L'eliminazione della malnutrizione nei bambini piccoli comporta diversi benefici. Può far aumentare il PIL dell'11% in Africa e in Asia, migliorare la frequenza scolastica di almeno un anno, ridurre la povertà, emancipare le donne e, a sua volta, spezzare il ciclo intergenerazionale di indigenza.

Ognuno ha diritto al cibo e a una buona alimentazione. Realizzare questo diritto è essenziale per soddisfare i diritti dei bambini, compreso quello a una buona salute, che rappresenta un prerequisito fondamentale per poter avere maggiori opportunità nella vita.

È questo il principio alla base del Movimento per rafforzare gradualmente le azioni per la nutrizione (Scaling Up Nutrition o SUN), che riunisce governi, società civile, Nazioni Unite, donatori, aziende e scienziati per eliminare tutte le forme di malnutrizione attraverso processi gestiti a livello nazionale. I paesi che rientrano nel SUN stanno lavorando per aumentare l'accesso a cibi nutrienti e a prezzi accessibili, oltre che la domanda di tali cibi.

Fino a marzo del 2016, 56 paesi si erano uniti al SUN, tra cui Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Haiti, Kirghizistan, Perù e Sri Lanka. Ciò significa che il SUN può raggiungere 82,8 milioni di bambini.

In Perù, il programma nazionale Incluir para Crecer (Includere per crescere) si concentra sui bambini e sulle donne incinta nelle zone più povere allo scopo di ridurre le disparità sociali e la povertà per ridurre la malnutrizione e promuovere la crescita. Dal 2006, l'incidenza dei ritardi nella crescita si è dimezzata, da circa il 30% nel 2004-2006 al 15% nel 2014. Nello stesso periodo di tempo, la diffusione dei ritardi nella crescita tra i bambini delle famiglie più povere è diminuita dal 54% al 34%.

Fonte: United Nations Children's Fund, *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress*, UNICEF, New York, 2013, e database globale dell'UNICEF sulla nutrizione, 2016.

In Ruanda, il programma nazionale di assicurazione sanitaria, Mutuelle de Santé, copre circa il 90% della popolazione e offre un copertura gratuita per i più poveri. Nella prima decade del programma, i pagamenti a carico degli utenti sono diminuiti dal 28% al 12% delle spese sanitarie totali.[119] E in Cambogia, i fondi per un'equità sanitaria [Health Equity Funds] hanno svolto un ruolo essenziale ai fini del potenziamento sia della portata sia dell'equità del sistema sanitario in quel paese.

La forza delle partnership

Si conoscono bene molti degli interventi necessari affinché più bambini possano godere di buona salute. La sfida consiste nell'implementarli su scala comunitaria, in modo che vi siano operatori sanitari, infermieri e medici a sufficienza per collegare le persone più svantaggiate a servizi di alta qualità. L'incapacità di mobilitare le risorse necessarie frenerà i progressi nell'ambito della sopravvivenza e della salute dell'infanzia.

La sfida è notevole, ma strategie concrete e pratiche, come il piano d'azione Ogni Neonato offrono una tabella di marcia capace di guidare politiche e finanziamenti equi. Movimenti come Ogni donna, Ogni bambino e Una promessa rinnovata (APR) forniscono una piattaforma per l'azione, riunendo governi, settore privato, agenzie e attivisti.

Il movimento APR è stato lanciato nel giugno del 2012, quando i governi di Etiopia, India e Stati Uniti, in collaborazione con l'UNICEF, hanno organizzato l'appello all'azione per la sopravvivenza infantile a Washington, D.C. Rispondendo all'invito, 178 governi – oltre a centinaia di organizzazioni della società civile, del settore privato e religiose – hanno firmato un impegno sotto l'egida dell'APR, promettendo di fare tutto il possibile per impedire la morte di donne e bambini per cause facilmente prevenibili.

Da allora, più di 30 paesi hanno intensificato il loro impegno lanciando strategie nazionali più efficaci per la sopravvivenza delle madri, dei neonati e dei bambini basate sui principi fondamentali dell'APR: aumentare l'impegno politico, rafforzare l'affidabilità e mobilitare società e comunità.

Anche le attuali partnership multilaterali forniscono una solida base per ampliare e rafforzare la cooperazione a sostegno di strategie nazionali per la salute dei bambini e delle madri. Un esempio viene dall'Alleanza GAVI. In collaborazione con le compagnie globali coinvolte nello sviluppo di prodotti farmaceutici e nella gestione della catena di approvvigionamento e rappresentate dalla Federazione internazionale dei grossisti farmaceutici, l'Alleanza ha sviluppato una partnership triennale per vaccinare i bambini difficili da raggiungere in 73 paesi. Le stesse compagnie farmaceutiche svolgono un ruolo importante nello sviluppo di prodotti economicamente accessibili per prevenire e trattare malattie letali come il rotavirus, la polmonite e la sepsi.[120]

L'efficace attuazione delle strategie delineate in questo capitolo richiederà un migliore coordinamento e una leadership più forte, a livello sia nazionale sia globale. Le strategie nazionali per raggiungere la copertura sanitaria universale e un'assistenza equa e di qualità per i bambini e le loro madri devono stabilire delle priorità chiare e specifiche per raggiungere i gruppi più svantaggiati con interventi salvavita. Queste strategie dovranno comprendere l'offerta di incentivi a operatori qualificati per stimolarli a lavorare in zone difficili da raggiungere.

PUNTO DI VISTA

Un'equa opportunità per le bambine – porre fine al matrimonio infantile

Di Angélique Kidjo, Artista pluripremiata e Goodwill Ambassador dell'UNICEF

Il matrimonio infantile esemplifica come le bambine più povere del mondo debbano portare sulle spalle il peso maggiore dello svantaggio, soprattutto quelle che vivono in comunità emarginate nelle zone rurali dell'Africa sub-sahariana e dell'Asia meridionale, dove la pratica è più comune.

Alle bambine sposate viene rubata l'infanzia. È qualcosa che ho visto accadere, e so come le danneggia.

Durante la mia infanzia a Cotonou, nel Benin, diverse mie compagne di scuola elementare si sono sposate molto giovani. Alcune non le ho più riviste, trascinate via dalla loro vita coniugale. Altre le ho incontrate più tardi, ma non erano più le stesse. Non avevano più né gioia né entusiasmo. Non erano più libere di comportarsi come bambine, e venivano invece costrette a essere adulte. Ho notato che provavano un senso di vergogna, un'acuta consapevolezza di essere diverse da noialtre.

I progressi che pur sono avvenuti nella riduzione del matrimonio infantile si sono rivelati tutt'altro che uniformi. Le bambine delle famiglie più povere, nonché quelle residenti in zone rurali, si trovano a dover affrontare un rischio doppio di sposarsi prima dei 18 anni rispetto alle coetanee delle famiglie più ricche o a

quelle che vivono nelle zone urbane.

Senza progressi più rapidi, entro il 2030 circa 950 milioni di donne si saranno sposate sotto i 18 anni, rispetto ai 700 milioni di oggi. Ed entro il 2050, quasi la metà di tutte le spose bambine del mondo si troverà in Africa.

I costi di una simile eventualità sono troppo elevati: sia per le bambine, i cui diritti vengono violati quando si sposano, sia per le società, che hanno bisogno che queste bambine crescano fino a diventare persone adulte consapevoli ed emancipate.

Le bambine che si sposano sono tra le persone più vulnerabili al mondo. Quando la loro istruzione viene interrotta, perdono l'opportunità di ottenere le capacità e la conoscenza necessarie per garantirsi un lavoro dignitoso e per mantenere loro stesse e le famiglie. Sono socialmente isolate. Come ho osservato tra le mie ex compagne di scuola costrette a sposarsi, la consapevolezza del loro isolamento è già di per sé dolorosa.

Sottomesse ai loro mariti e alle loro famiglie, le bambine sposate sono più vulnerabili alla violenza domestica, e non si trovano nella posizione di poter prendere delle decisioni in materia di sesso sicuro e di pianificazione familiare. Ciò le espone di più al rischio di contrarre infezioni trasmesse sessualmente, tra cui l'HIV, nonché di rimanere incinta e di dover portare avanti una gravidanza prima che il loro corpo sia completamente maturo. Gravidanze già rischiose divengono ancor più tali, perché queste bambine sposate hanno meno probabilità di ottenere assistenza medica adeguata. Durante il parto, corrono rischi più elevati di complicazioni potenzialmente disabilitanti, come la fistola ostetrica, e i loro figli hanno maggiori probabilità di morire.

Privando le bambine del loro potenziale, il matrimonio infantile sottrae a famiglie, comunità e nazioni contributi che queste avrebbero potuto dare una volta adulte. Il matrimonio infantile ostacola gli sforzi dei paesi per migliorare la salute di madri e bambini, di combattere la malnutrizione e di completare la scuola. Quando si sposano precocemente, queste bambine non possono far altro che trasmettere alla generazione successiva la povertà, l'istruzione insufficiente e la cattiva salute in cui loro stesse sono rimaste intrappolate.

Il matrimonio precoce può sembrare un problema irrisolvibile. Si verifica perché le società spesso svalorizzano le bambine, alle quali non vengono concesse le stesse opportunità dei fratelli, e perché la povertà e altre forme di svantaggio, come bassi livelli d'istruzione, limitano ulteriormente le loro opportunità, facendo sembrare il matrimonio l'opzione migliore per garantire il loro futuro.

Tuttavia esistono strategie di provata efficacia in grado di cambiare la vita di queste bambine, preservarne l'infanzia e consentire loro di costruire un futuro migliore. Tra queste rientrano gli sforzi per aumentare l'accesso delle bambine all'istruzione, emanciparle con conoscenze e capacità utili, educare genitori e comunità, aumentare gli incentivi economici e sostenere le famiglie, nonché rafforzare e applicare leggi e politiche che stabiliscano l'età minima per il matrimonio a 18 anni sia per le femmine sia per i maschi.

L'istruzione costituisce una parte essenziale della soluzione. Le bambine poco o per nulla istruite hanno probabilità fino a sei volte superiori di contrarre matrimoni precoci rispetto a quelle con un grado d'istruzione secondaria. Quando una minorenne va a scuola, è più probabile che chi le sta intorno la consideri una bambina, piuttosto che una donna pronta per essere moglie e madre. E l'esperienza di andare a scuola emancipa le bambine, consentendo loro di sviluppare capacità e conoscenze, nonché di formare reti sociali attraverso cui comunicare e difendere i propri interessi. Le bambine istruite hanno maggiori capacità di contribuire alla crescita e allo sviluppo delle loro comunità, nonché alla prosperità e al benessere delle loro future famiglie.

Quindici milioni di bambine si sposano precocemente ogni anno. Investimenti mirati a raggiungere e a emancipare le bambine povere ed emarginate attraverso la salute, l'istruzione, la protezione sociale e altri sistemi possono formare dei percorsi alternativi per le bambine e per le loro famiglie.

Non meno essenziale risulta il lento, paziente lavoro di cambiamento delle norme sociali. Questo tipo di cambiamenti durevoli e fondamentali proviene dall'interno delle comunità, e dipende dal fatto di riuscire a coinvolgere sia le madri sia i padri nella ricerca di soluzioni capaci di fare la differenza nella vita delle loro figlie.

Quando il matrimonio precoce apparterrà al passato, avremo messo fine a un'ingiustizia che non rispetta i diritti fondamentali delle bambine e ne ruba l'infanzia. Un maggior numero di bambine e di donne riuscirà a ottenere il massimo dalla propria vita e a dare il meglio di sé alle loro famiglie, comunità e società, e questo contribuirà enormemente a interrompere i cicli intergenerazionali di povertà e a rafforzare comunità e nazioni. Mettere fine al matrimonio precoce apre possibilità in grado di trasformare la vita delle bambine e di produrre benefici per tutti noi.

Florence, 14 anni, frequenta la Scuola Secondaria Speranza, a Kinshasa, Repubblica Democratica del Congo.

© UNICEF/UNI199292/Dubourthoumieu

ISTRUZIONE: CREARE CONDIZIONI EQUE

CAPITOLO 2

Istruzione:

creare condizioni eque

Un'istruzione di qualità ha il potere di porre fine ai cicli intergenerazionali di disuguaglianza, migliorando la vita dei bambini e delle società in cui vivono. L'istruzione può fornire ai bambini la conoscenza e le competenze necessarie per condurre una vita soddisfacente. È legata a redditi più elevati, minore povertà e migliore salute. Ma perché possa svolgere il suo ruolo, l'istruzione deve cominciare nella prima infanzia e continuare con opportunità di apprendimento di qualità che offrano a tutti i bambini, e soprattutto ai più svantaggiati, un'equa opportunità di sviluppo.

Jhuma Akhter , 14 anni, esegue i compiti alla luce di un lampione fuori dalla sua casa a Khulna, in Bangladesh.

© UNICEF/UN016303/Gilbertson VII Photo

Una buona istruzione accresce la conoscenza, stimola l'innovazione, sviluppa competenze in grado di promuovere lo sviluppo e la crescita e favorisce società inclusive. Per generazioni, un'istruzione equa e di qualità ha offerto ai bambini una via d'uscita dalle privazioni. E quel che ha funzionato per le prospettive dei singoli bambini è valso anche per il futuro delle nazioni.

Ciononostante, a milioni di bambini in tutto il mondo viene ancora negato il diritto all'istruzione a causa di fattori indipendenti dalla loro volontà, come la povertà, il genere, l'etnia, la disabilità o la posizione geografica. Anche i conflitti armati, i disastri naturali e gli effetti del cambiamento climatico privano i bambini della possibilità di andare a scuola e imparare. Inoltre, quando le risorse pubbliche non vengono stanziate in base a maggiori necessità, i sistemi educativi possono consolidare le disuguaglianze invece di colmarle.

Questo capitolo dimostra che è necessario vincere due sfide, rappresentate dalla mancanza di accesso all'istruzione e dalle carenze di apprendimento, affinché l'istruzione possa adempiere al suo ruolo di portatrice di equità. Per vincere queste sfide, i paesi dovranno offrire assistenza completa alla prima infanzia e opportunità di apprendimento, nonché concentrarsi sulla necessità di accelerare i progressi per i bambini lasciati più indietro. Tale approccio può ridurre, entro il 2030, i divari tra i bambini più ricchi e quelli più poveri a livello di risultati scolastici.

Accesso all'istruzione – dal principio

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza riconosce che ogni bambino ha il diritto di andare a scuola e di imparare. Tale diritto comincia nella prima infanzia, e questo è uno dei motivi per cui gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) chiedono ai governi di "garantire che tutti i bambini e le bambine abbiano accesso a strumenti per lo sviluppo nella prima infanzia, assistenza e istruzione prescolare di qualità".

Affinché possa adempiere al suo ruolo di catalizzatore per l'equità, l'istruzione deve cominciare con interventi per la prima infanzia in grado di contribuire a mitigare gli svantaggi che i bambini nati in ambienti poveri e non alfabetizzati si trovano a dover affrontare. Gli investimenti in assistenza alla prima infanzia e istruzione di qualità producono un doppio beneficio, risultando al tempo stesso equi ed efficienti.

Una chiave per il successo è rappresentata dalla fornitura di interventi molteplici che attraversano vari settori dello sviluppo, includendo nutrizione, salute, acqua e impianti igienici. Questo tipo di approccio olistico tiene in considerazione anche la protezione dell'infanzia e si concentra sulla qualità dell'assistenza fornita a neonati e bambini piccoli.

Interventi in grado di combinare nutrizione e stimoli emotivi hanno dimostrato di poter produrre netti miglioramenti nello sviluppo cognitivo dei bambini.[121] Un'alimentazione e una propedeutica all'apprendimento migliori si traducono in risultati scolastici migliori, che a loro volta migliorano la salute dei bambini e possono far aumentare i loro livelli di reddito da adulti. Uno studio a lungo termine condotto in Giamaica ha dimostrato un aumento del 42% nei redditi medi degli adulti associato a maggiori stimoli nella prima infanzia.[122] Ricerche svolte negli Stati Uniti dimostrano che il rendimento annuale degli investimenti nella prima infanzia va dal 7% al 10%.[123]

Per decenni si è tentato di proteggere ed estendere il diritto all'istruzione, a cominciare

Ora di pranzo alla scuola primaria di Kotingli, Regione Nord, Ghana.

© UNICEF/UN04349/Logan

dalla prima infanzia. In molti casi, si sono registrati grandi successi. Tuttavia, le cifre relative all'iscrizione scolastica indicano che il ritmo dei progressi è in pericolo. Dal 2011, il numero di bambini che non va a scuola è aumentato a livello globale.[124]

Nella maggior parte dei paesi, meno della metà dei bambini segue programmi di educazione nella prima infanzia.[125] Secondo dati risalenti al 2013,[126] a circa 124 milioni di bambini e adolescenti vengono negate le opportunità di iniziare e di portare a termine il ciclo scolastico, e tra questi figurano circa 59 milioni di bambini in età da scuola primaria e 65 milioni di giovani adolescenti in età da scuola secondaria inferiore. Più della metà dei bambini in età da scuola primaria che non vanno a scuola vive nell'Africa sub-sahariana.[127] Inoltre, i divari di genere nell'iscrizione continuano a essere un problema.

Le tendenze a livello d'iscrizione scolastica non sono di buon auspicio per il raggiungimento dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile 4 che, oltre a porre l'accento sullo sviluppo della prima infanzia, richiede l'istruzione primaria e secondaria per tutti i bambini nei prossimi 15 anni. In effetti, se continueranno le attuali tendenze, nel 2030:

- Potranno esserci più di 60 milioni di bambini in età da scuola primaria ancora analfabeti.[128]
- I paesi a basso reddito faranno registrare tassi di completamento del ciclo primario e secondario inferiore pari rispettivamente a circa il 76% e il 50%.[129]
- I paesi a reddito medio-basso avranno tassi di completamento pari a quasi il 92% per l'istruzione primaria e a più dell'80% per l'istruzione secondaria inferiore.[130]

Sempre in base alle attuali tendenze, nel 2030 i paesi a basso reddito non si troveranno sulla buona strada per conseguire il completamento universale della scuola primaria e secondaria inferiore prima della fine del secolo.[131]

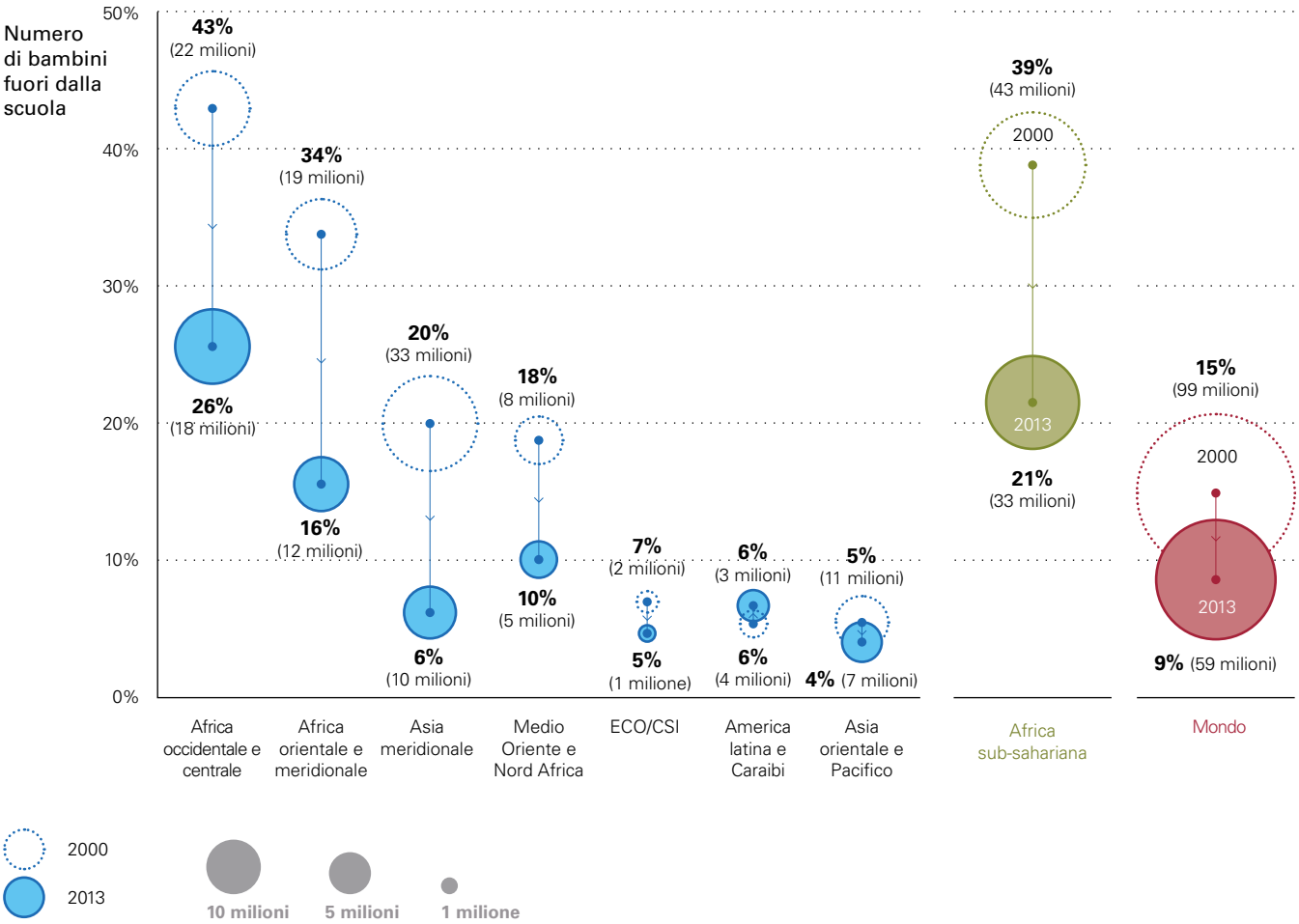
Per tracciare un percorso verso l'accesso universale alla scuola primaria e secondaria, oltre che a un efficace apprendimento per tutti, bisogna cominciare individuando i bambini lasciati indietro. Spesso quelli esclusi dalle opportunità di apprendimento si trovano a dover affrontare molteplici tipi di svantaggio. Di solito le ragazze povere che vivono nelle zone rurali sono quelle con meno accesso all'istruzione.[132] Anche i bambini affrontano svantaggi e mancanza di servizi a causa di discriminazioni basate sull'origine etnica o sulla disabilità.

Alcuni non sono mai entrati in una classe. Molti bambini, soprattutto quelli delle famiglie più povere, arrivano al primo giorno di scuola impreparati a studiare con profitto.[133] Procedendo all'interno del sistema educativo, alcuni l'abbandonano ben prima di portare a termine il ciclo primario. Per molti altri, il passaggio dall'istruzione primaria a quella secondaria inferiore, o dalla scuola secondaria inferiore a quella superiore, resta un ostacolo insormontabile.

GRAFICO 2.1

Più della metà dei 59 milioni di bambini che non vanno a scuola vive in Africa sub-sahariana

Numero di bambini in età da scuola primaria che non va a scuola



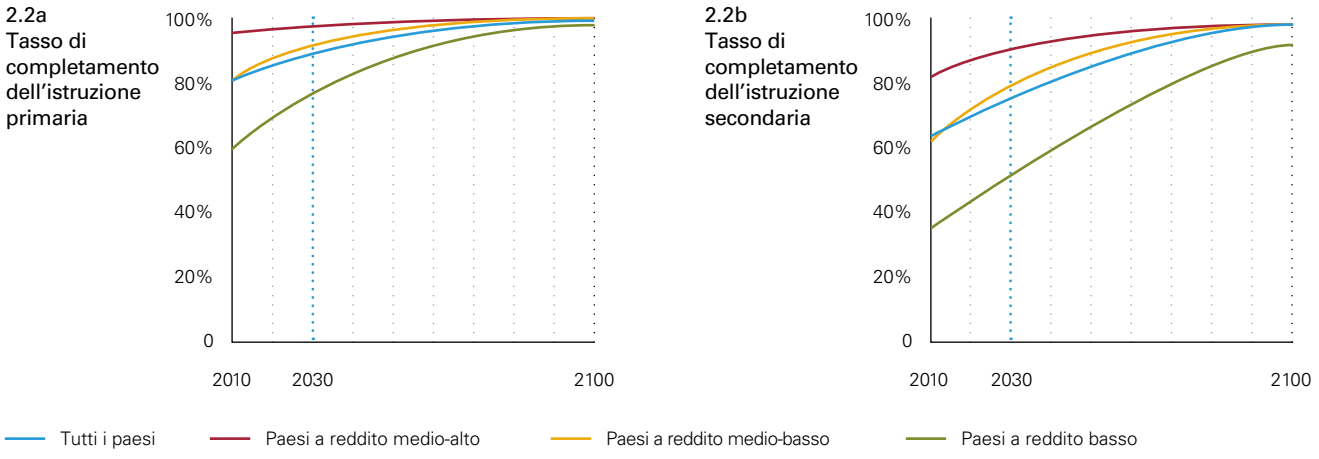
Nota: Ogni bolla rappresenta i bambini in età da scuola primaria che non vanno a scuola in una regione. La posizione verticale delle bolle indica la percentuale di bambini che non vanno a scuola (asse Y), mentre le dimensioni delle bolle indicano il numero di bambini esclusi dalla scuola.

Fonte: Analisi dell'UNICEF basata su dati provenienti dal database dell'Istituto di statistica dell'UNESCO.

GRAFICO 2.2

Se perdureranno le tendenze attuali, l'istruzione primaria e secondaria per tutti non sarà universale entro il 2030

Tassi di completamento della scuola primaria e secondaria e proiezioni per raggiungere l'istruzione universale per i bambini con reddito basso, medio-basso e medio-alto, per anno

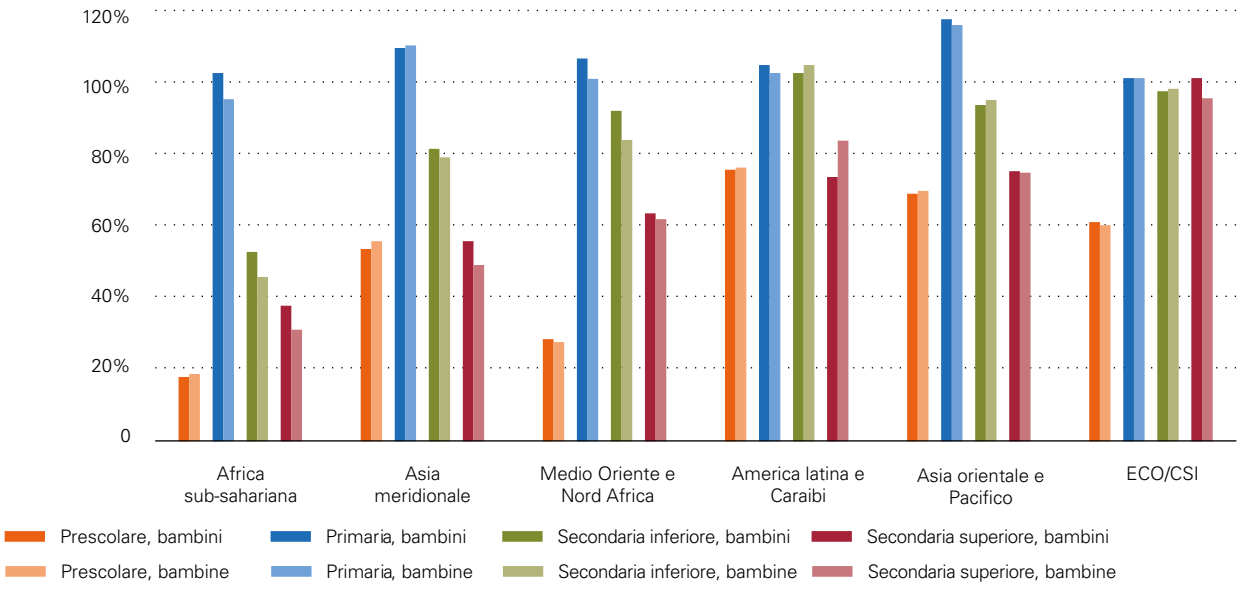


Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO, 'How long will it take to achieve universal primary and secondary education?', Technical background note for the Framework for Action on the post-2015 education agenda, UNESCO, Parigi, maggio 2015.

GRAFICO 2.3

Molti bambini e bambine abbandonano la scuola nel passaggio da un grado d'istruzione all'altro

Rapporto lordo d'iscrizione all'educazione pre-scolare, primaria e secondaria



Fonte: Database globale dell'Istituto di statistica dell'UNESCO, 2015.

I motivi dello svantaggio educativo sono molteplici. In Cina, per esempio, la migrazione dai distretti rurali ai centri urbani influisce sulla possibilità da parte dei bambini di usufruire del diritto allo studio.[134] Se vivono in città ma restano registrati in zone rurali, i loro diritti possono risultare gravemente limitati.

Anche la povertà costituisce una parte importante dell'equazione. I suoi effetti sull'istruzione cominciano presto, perché i bambini più poveri di ogni paese sono quelli che hanno minori probabilità di seguire programmi didattici durante la prima infanzia.[135] E gli svantaggi non finiscono qui. Nell'Africa sub-sahariana, quasi il 60% dei ragazzi tra i 20 e i 24 anni appartenenti al quintile più povero della popolazione hanno frequentato meno di quattro anni di scuola. Per contro, solo il 15% del quintile più ricco è stato a scuola per meno di quattro anni.[136] In Egitto e nella Repubblica Unita di Tanzania, nascere poveri fa quasi raddoppiare il rischio di ritardo nell'istruzione di base rispetto alla media nazionale. Per le donne povere in entrambi i paesi, il rischio è persino più alto.[137]

Negli ultimi anni, l'incidenza delle disparità in base alla ricchezza sui tassi di frequenza della scuola in generale si è ridotta in molti paesi, mentre è aumentata la frequenza a livello primario.[138] Tuttavia, anche se adesso hanno più probabilità di entrare in una scuola, i bambini delle famiglie più povere hanno anche maggiori probabilità, rispetto ai loro coetanei più avvantaggiati, di abbandonarla.[139]

L'ISTRUZIONE NON È SOLO QUESTIONE DI FREQUENZA SCOLASTICA: L'APPRENDIMENTO È CIÒ CHE CONTA.

Il Pakistan ha più di 5,6 milioni di bambini in età da istruzione primaria che non vanno a scuola.[140] Esistono anche ampi divari collegati alla ricchezza, al livello di frequenza scolastica e di permanenza a scuola. In media, i bambini del 20% più ricco della popolazione vanno a scuola nove anni in più rispetto a quelli del 20% più povero. Questo divario basato sulla ricchezza è intensificato dagli svantaggi di genere tra le bambine più povere e da disparità su scala regionale. Mentre il Pakistan sta compiendo progressi a livello nazionale in termini di completamento del ciclo primario, alcuni gruppi – e in particolare quello formato dalle ragazze povere di campagna – sono stati lasciati indietro.[141]

L'analisi dei percorsi educativi aiuta a capire quando le disparità s'intensificano man mano che i bambini procedono negli studi. In Nigeria, le disparità cominciano presto. Secondo dati del 2013, meno di un terzo dei bambini nigeriani poveri tra i 15 e i 17 anni era entrato nella scuola primaria al momento giusto, mentre quasi tutti quelli delle famiglie più ricche ci erano riusciti. Il divario continua ad ampliarsi all'inizio di ogni livello d'istruzione, man mano che percentuali maggiori di bambini poveri abbandonano la scuola. All'inizio dell'istruzione secondaria superiore, solo il 7% dei ragazzi poveri comincia la scuola, in confronto all'80% dei più ricchi.

Equità e risultati scolastici

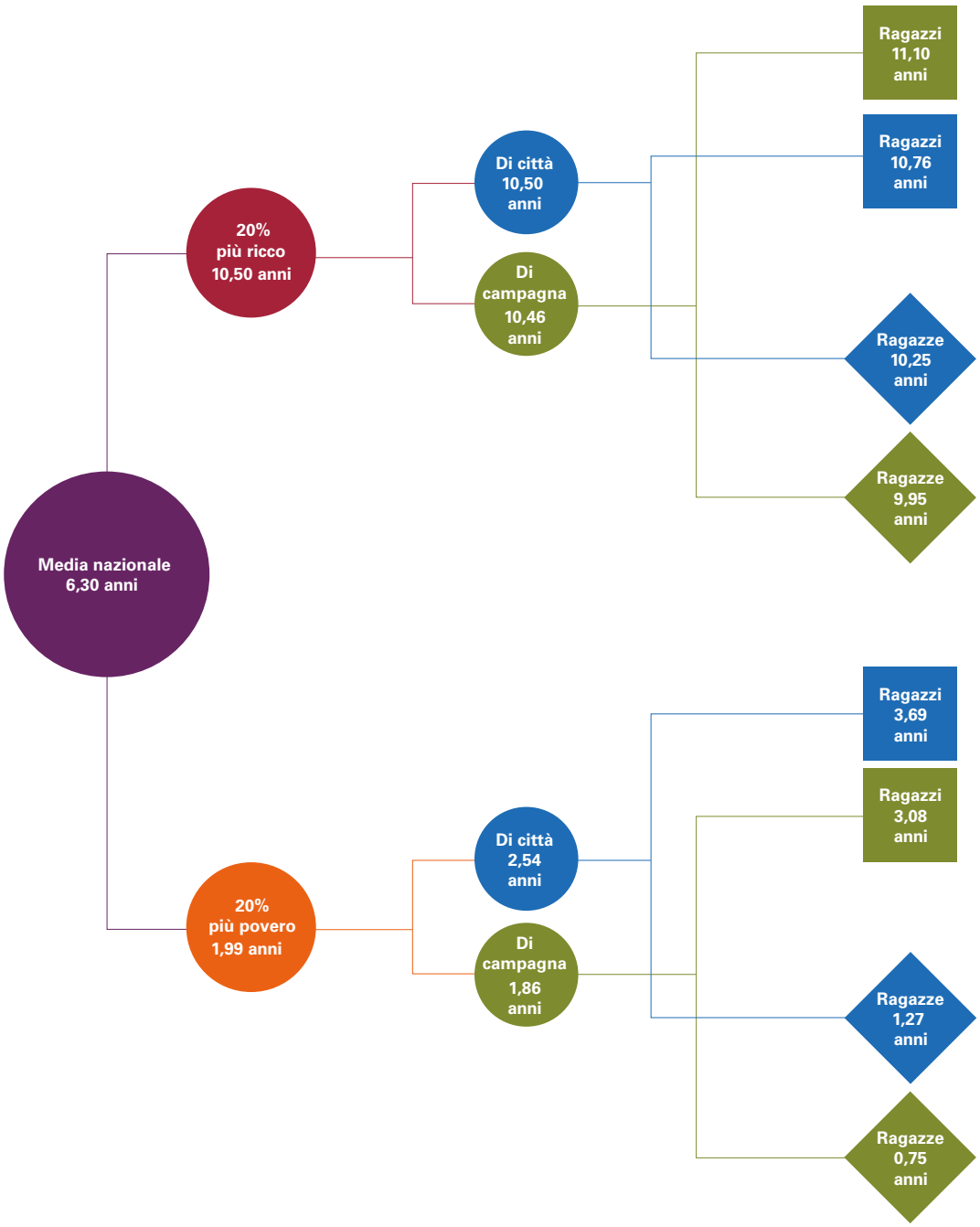
Istruzione non significa soltanto andare a scuola; imparare è quel che conta. Ma le valutazioni della conoscenza e delle competenze che si acquisiscono a scuola indicano che i sistemi educativi hanno tradito milioni di bambini. In tutto il mondo, secondo una stima del 2013,[142] quasi 250 milioni di bambini in età da scuola primaria – pari a ben più di un terzo dei 650 milioni di bambini in questo gruppo di età – non padroneggiano livelli di base di alfabetizzazione linguistica e matematica. Circa 130 milioni di loro non presentano queste competenze pur avendo trascorso almeno quattro anni in classe.

Le carenze nell'apprendimento cominciano presto, talvolta persino prima della scuola primaria. In 28 paesi o zone con dati disponibili nel 2014, meno della metà dei bambini fra i tre e i quasi cinque anni di età rientravano nella norma relativamente all'alfabetizzazione linguistica e matematica.[143]

GRAFICO 2.4

In Pakistan, il livello d'istruzione raggiunto dipende dal genere, dalla residenza e dal reddito

Numero medio di anni di scuola dei giovani tra i 20 e i 24 anni in Pakistan, 2013



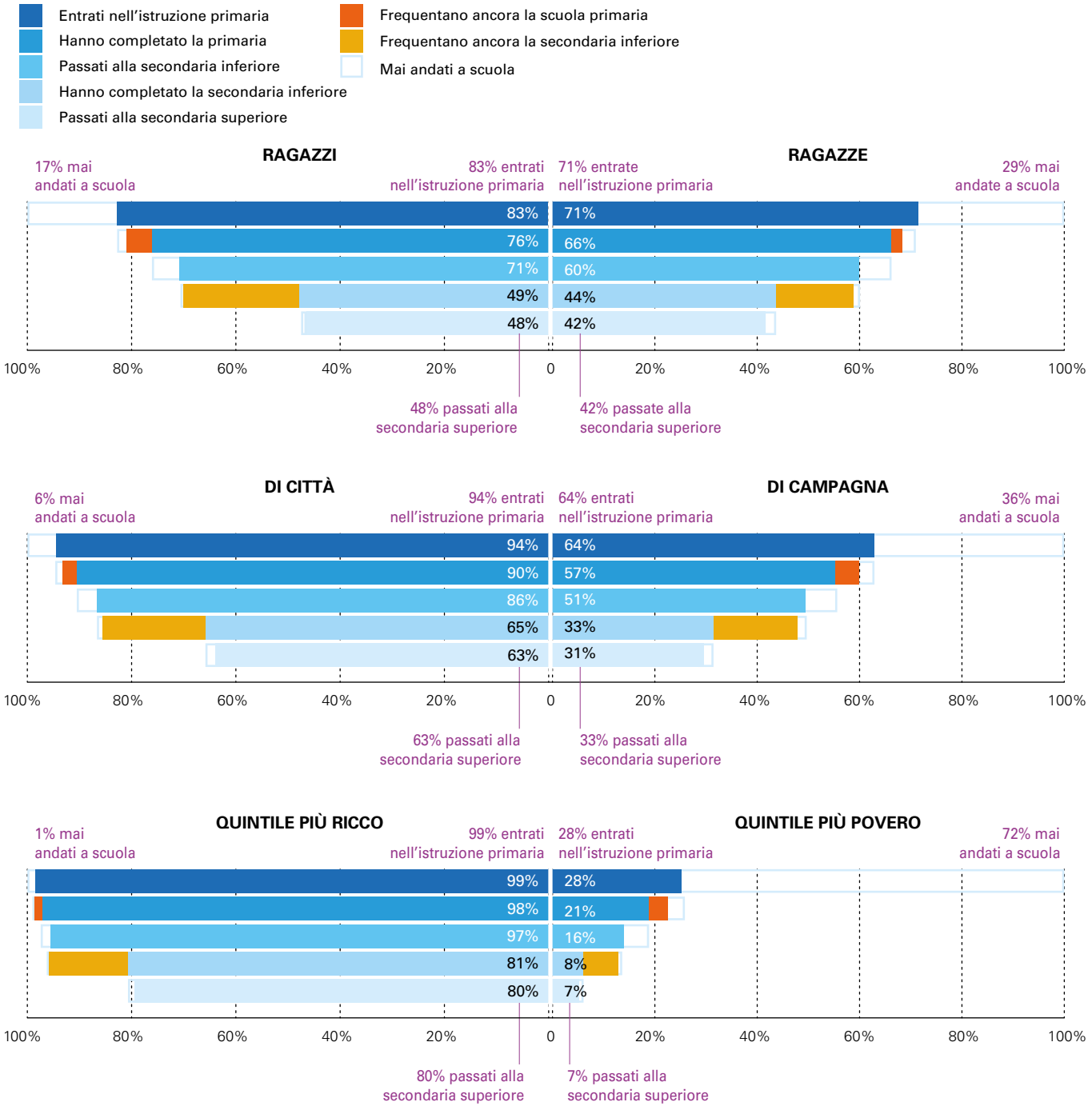
Nota: La tabella non è in scala.

Fonte: UNESCO, World Inequality Database on Education (WIDE), Dati DHS, 2013.

GRAFICO 2.5

Ricchezza, genere e residenza influiscono sull'istruzione in Nigeria

Risultati scolastici degli adolescenti che frequentano la scuola secondaria superiore in Nigeria, 2013



Nota: A causa degli arrotondamenti, alcuni totali potrebbero non corrispondere alla somma delle cifre separate.
Fonte: Analisi dell'UNICEF basata su DHS Nigeria, 2013.

Questa mancanza di apprendimento nei primi anni di vita solleva preoccupazioni su molti livelli. Nella prima infanzia e nella scuola primaria, i bambini acquisiscono le competenze fondamentali che consentiranno loro di sviluppare capacità per il superamento dei problemi, di seguire con profitto un'istruzione secondaria e, in seguito, di riuscire ad inserirsi proficuamente sul mercato del lavoro.

Le esperienze in famiglia pongono le basi per il successo nell'apprendimento. Mentre, nella maggior parte dei paesi, più della metà dei bambini da 3 a quasi 5 anni viene impegnata in attività di apprendimento da un adulto, meno della metà dispone di tre o più libri a casa.[144] Gli esiti scolastici sono collegati anche ai vari tipi di vantaggi e svantaggi che i bambini hanno. Le prove disponibili dimostrano che spesso la povertà lascia ai bambini carenze nei livelli di apprendimento. A cominciare dai primi anni di vita, tra 0 e 5 anni, i bambini provenienti da famiglie povere hanno più probabilità, rispetto ai loro coetanei più abbienti, di subire ritardi di sviluppo a livello di alfabetizzazione linguistica e matematica.[145] In India, nascere nelle famiglie più povere comporta una "penalizzazione" a livello di apprendimento in confronto ai bambini delle famiglie più ricche. Tale penalizzazione si amplia tra i 7 e gli 11 anni, raggiungendo un divario del 19% nella capacità degli studenti di eseguire delle sottrazioni.[146]

Quando i bambini si trovano a dover affrontare svantaggi collegati al censo e hanno genitori analfabeti, entrano in gioco potenti effetti moltiplicatori, soprattutto per le bambine piccole.

GRAFICO 2.6

I divari nelle capacità matematiche di base

Percentuale di bambini capaci di sottrarre, per età, 2012

Nota: Mentre i bambini indiani e kenioti dovrebbero completare la seconda classe a otto anni, i bambini pakistani dovrebbero completare la terza classe a otto anni.

Fonte: Dati provenienti dai sondaggi effettuati nel 2012 da ASER India, ASER Pakistan e Uwezo Kenya, in Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, *How can education systems become equitable by 2030?: DFID think pieces – Learning and equity*, United Kingdom Department for International Development, Londra, agosto 2015.

BOX 2.1 IL CERVELLO IN VIA DI SVILUPPO: UNA PRIMA OPPORTUNITÀ PER L'APPRENDIMENTO

Molto prima che un bambino entri in una classe, le disuguaglianze possono lasciare un'impronta duratura sulla struttura del suo cervello.

Recenti ricerche sullo sviluppo cerebrale gettano nuova luce sull'influenza formativa delle esperienze nella prima infanzia. Nei primi anni di vita, il cervello di un bambino crea dalle 700 alle 1.000 nuove connessioni neurali ogni secondo, seguendo un ritmo destinato a rallentare in seguito. Queste prime connessioni formano la base su cui si costruiscono poi altre connessioni.

Le nuove ricerche dimostrano che l'alimentazione, l'assistenza sanitaria e l'interazione tra i bambini e i loro tutori possono favorire lo sviluppo cerebrale nella prima infanzia. La conversazione, ossia il ripetere e il collegare le parole in contesti significativi, nonché l'esposizione precoce all'alfabetizzazione attraverso la lettura e il gioco, sono associate in modo positivo alle competenze linguistiche.

Per contro, la frequente esposizione, durante la prima infanzia, a eventi cronicamente stressanti come la privazione alimentare e la violenza può influire sui bambini, danneggiandone i neuroni in zone preposte all'apprendimento e allo sviluppo emozionale. In altre parole, queste privazioni influiscono sul modo in cui il cervello si sviluppa. Spesso le esperienze negative nella vita di un bambino si manifestano in seguito come difficoltà nell'apprendimento, nello sviluppo emotivo e nella gestione delle ansie.

Dato che i primi anni di vita di un bambino influiscono in modo così significativo sullo sviluppo cerebrale, la prima infanzia offre una prima essenziale opportunità di spezzare i cicli intergenerazionali di disuguaglianza. L'assistenza, l'alimentazione e la stimolazione durante questo periodo possono favorire lo sviluppo cerebrale, rafforzare la capacità del bambino di imparare, aiutarlo a sviluppare una certa resilienza psicologica e consentirgli di adattarsi al cambiamento.

Degli interventi precoci possono persino influire sui guadagni futuri. La ricerca ha dimostrato, per esempio, che il semplice fatto di prevenire la denutrizione nella prima infanzia determina, più avanti nella vita adulta, un aumento della retribuzione oraria pari ad almeno il 20%.

Fonti: Banca Mondiale, *World Development Report 2015: Mind, society, and behavior*, Washington, D.C., 2015, Capitolo 5. Center on the Developing Child at Harvard University, 'Brain Architecture', <http://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture>. Lake, Anthony, and Margaret Chan, 'Putting science into practice for early child development', *The Lancet*, vol. 385, n° 9980, 2014, pp. 1816–1817. International Food Policy Research Institute (Istituto internazionale per la ricerca sulle politiche alimentari), *Global Nutrition Report 2014: Actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition*, Washington, D.C., 2014.

Fino a 11 anni, in India, le bambine e i bambini provenienti dalle famiglie più ricche e con genitori istruiti godono di un enorme vantaggio a livello accademico rispetto agli altri loro coetanei. Presentano infatti un vantaggio circa sei volte maggiore di imparare a leggere e far di conto rispetto alle bambine provenienti dalle famiglie più povere e con genitori non istruiti.[147]

Sebbene le prove a disposizione siano ancora limitate e frammentarie, sempre più ricerche sembrano convalidare questo schema basato su differenze sostanziali in indicatori chiave per l'apprendimento tra i bambini delle famiglie più povere e quelli delle famiglie più ricche. Le ricerche svolte in cinque paesi dell'America latina rivelano ampi divari collegati al censo nei risultati dei test standardizzati sullo sviluppo linguistico. I divari sono evidenti a partire dai tre anni di età, e non esistono prove di recuperi una volta che i bambini entrano a scuola.[148]

I deficit continuano man mano che i bambini progrediscono negli studi. In America latina, una valutazione in tutta la regione ha dimostrato che più di un quarto degli studenti di terza elementare era incapace di riconoscere semplici frasi o di individuare delle informazioni in un semplice testo.[149] Nelle scuole rurali dell'India, uno studio del 2014 ha dimostrato che poco meno della metà dei bambini di quinta elementare era in grado di leggere un semplice testo di seconda elementare. In aritmetica, la metà degli alunni di quinta elementare non era in grado di sottrarre numeri a doppia cifra, e solo un quarto di loro riusciva a eseguire delle semplici divisioni.[150]

Gli stessi problemi sorgono in altre nazioni. Secondo i risultati di una valutazione compiuta nel 2012 in Uganda, uno stato che pure ha riportato notevoli successi a livello di iscrizioni scolastiche, poco più della metà dei bambini di quinta elementare si è dimostrata in grado di leggere una storia di seconda elementare.[151] In Kenya, un terzo dei bambini in quinta elementare non era in grado di svolgere operazioni matematiche. Sempre secondo una valutazione del 2012,[152] circa il 10% degli studenti all'ottavo anno di scuola non era in grado di eseguire tali operazioni.

Al livello secondario, poi, i test internazionali di rendimento degli studenti indicano valori gravemente insufficienti in molti paesi a basso e medio reddito. Secondo il più recente Programma per la valutazione internazionale dello studente (Programme for International Student Assessment o PISA), due terzi o più degli studenti di scuola secondaria di Argentina, Brasile, Colombia, Indonesia, Giordania, Perù, Qatar e Tunisia hanno reso al di sotto del livello 2, il minimo in termini di competenza matematica. Meno dell'1% raggiungeva i due livelli superiori. In confronto, una media del 23% degli studenti nei paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) raggiungeva risultati insufficienti, mentre il 13% si collocava al livello più alto.[153]

Prove raccolte in America latina sottolineano l'interazione tra disuguaglianza e bassi livelli di rendimento scolastico. Secondo ricerche compiute sui punteggi PISA del 2012 dalla Banca Interamericana di Sviluppo, nella regione il divario medio tra gli studenti più poveri e quelli più ricchi della stessa età era equivalente a due anni di istruzione.[154]

CIRCA UNO STUDENTE SU CINQUE NEI PAESI OCSE NON COMPLETA L'ISTRUZIONE SECONDARIA.

Fallimenti di questo tipo sul piano dell'apprendimento si ripercuotono sia sul futuro dei bambini sia sulla crescita delle loro nazioni. Molti sistemi educativi non riescono a insegnare le competenze di cui si ha bisogno per diventare adulti produttivamente impiegati e contribuire allo sviluppo sociale e alla crescita economica della propria nazione. I costi del disallineamento tra competenze e posti di lavoro sono evidenti in molte parti del mondo.

Secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro, la percentuale di giovani lavoratori non istruiti nelle economie a basso reddito è tripla rispetto a quelle ad alto e medio reddito. Nell'Africa sub-sahariana, tre giovani lavoratori su cinque non hanno il livello di istruzione necessario per il loro lavoro.[155] Indagini presso i datori di lavoro in Medio Oriente e in Nord Africa indicano una diffusa scollatura tra le competenze apprese a scuola e quelle richieste nell'attuale mondo del lavoro.[156] Questa discrepanza costituisce uno dei motivi alla base dei livelli persistentemente elevati di disoccupazione tra i ragazzi istruiti della regione, ed è un problema con cui le giovani generazioni di tutto il mondo devono fare i conti.

La Commissione per l'istruzione di qualità per tutti in America latina ha sintetizzato il problema in questo modo: "In assenza di significativi miglioramenti nei livelli di apprendimento, i livelli crescenti di scolarizzazione difficilmente si trasformeranno in miglioramenti nella qualità della vita a cui i cittadini dell'America latina aspirano".[157]

Anche i paesi ad alto reddito si trovano a dover affrontare sfide in termini di apprendimento. L'aumento del numero di bambini con accesso all'istruzione nei paesi OCSE ha fatto sì che l'80% dei giovani ottenesse titoli d'istruzione secondaria superiore e che un quarto di loro accedesse all'istruzione terziaria.[158] Tuttavia, circa un giovane su cinque nei paesi OCSE non porta a termine l'istruzione secondaria e deve compiere la transizione verso l'età adulta con la prospettiva di salari più bassi, impieghi meno sicuri ed emarginazione.[159] Questo divario nell'istruzione costituisce una determinante sempre più forte di disuguaglianze crescenti in termini di ricchezza e di opportunità, ostacolando lo sviluppo di società più inclusive.[160]

Per i governi, affrontare i problemi alla fonte, all'interno dei sistemi educativi, è il modo economicamente più efficace di assicurarsi che i bambini e i giovani

sviluppino le capacità e le competenze di cui hanno bisogno. Sono in corso, inoltre, tentativi di ridurre i divari in termini di apprendimento. In Tunisia, per esempio, il governo ha lanciato un importante processo di riforme per migliorare i risultati scolastici dei bambini che vanno a scuola, nonché un programma completo per i bambini che non la frquentavano.[161]

Al tempo stesso, molti giovani convivono con le conseguenze dei precedenti fallimenti del sistema. Nel 2012, secondo il Global Education Monitoring Report (Rapporto sul monitoraggio globale dell'istruzione) dell'UNESCO, 200 milioni di ragazzi tra i 15 e i 24 anni avevano lasciato la scuola senza aver acquisito competenze di base. Per affrontare questi problema preesistenti ci vorranno investimenti nella cosiddetta istruzione della seconda opportunità e nei corsi di formazione per gli adolescenti e i giovani, attraverso governi e settore privato.[162]

Istruzione nelle emergenze e nelle crisi croniche

Sempre di più, le emergenze complesse e le crisi protratte stanno ostacolando il diritto all'istruzione. Emergenze che non si limitano a interrompere temporaneamente la vita e la scolarizzazione dei bambini, ma chiudono le porte all'istruzione per l'intera durata dell'infanzia, o addirittura per tutta la vita. Anche se un conflitto armato, un'epidemia o una calamità naturale possono devastare la vita di chiunque, i bambini più poveri e svantaggiati sono i più vulnerabili.

Secondo un recente rapporto, le emergenze umanitarie e le crisi protratte hanno interrotto l'istruzione di più di 75 milioni di bambini dai 3 ai 18 anni di età in 35 paesi. Di questi, più di 17 milioni sono rifugiati, sfollati o appartenenti a un'altra popolazione a rischio.[163] In particolare, le bambine in contesti colpiti da conflitto, hanno probabilità 2,5 volte superiori di non andare a scuola rispetto alle coetanee in ambienti più pacifici.[164]

Due bambini e il loro raccolto di legna da ardere nel villaggio di Kafar Batna a Damasco, Repubblica Araba Siriana.

© UNICEF/UN06854/Al Shami

Nelle situazioni di conflitto, l'istruzione risulta spesso compressa, direttamente o indirettamente, perché i conflitti danneggiano le scuole e mettono a repentaglio la vita di insegnanti e studenti.[165] Uno studio della Coalizione globale per proteggere l'istruzione dagli attacchi ha documentato migliaia di assalti contro studenti, insegnanti e istituzioni in 70 paesi in un periodo di cinque anni fino al 2013. Tra questi figuravano bombardamenti, rapimenti, arresti illegali, torture e uccisioni di alunni e docenti.[166]

Gli esempi specifici sono numerosi. Nel 2014 in Nigeria, il gruppo armato Boko Haram ha rapito centinaia di donne e ragazze nel corso di pesanti attacchi. Tra il 2012 e il 2014, il gruppo ha ucciso 314 bambini nelle scuole della Nigeria nord-orientale.[167] Dall'inizio della rivolta alla fine del 2015, più di 600 insegnanti hanno perso la vita e

BOX 2.2 L'IMPATTO DEVASTANTE DEI CONFLITTI ARMATI SULL'ISTRUZIONE

I conflitti hanno effetti immediati e spesso potenzialmente letali sui bambini. Ritardano, inoltre, lo sviluppo dei sistemi educativi che dovrebbero funzionare per aiutare i bambini a sviluppare appieno il proprio potenziale. Le recenti esperienze nella Repubblica araba di Siria hanno dimostrato come i conflitti possano arrestare o addirittura invertire i progressi nel campo dell'istruzione.

Nel 2010, prima dell'inizio dell'attuale crisi, quasi tutti i bambini in età da scuola primaria del paese, nonché il 90% di quelli in età da scuola secondaria inferiore, erano iscritti. Cinque anni dopo, nella Repubblica araba di Siria, circa 2,1 milioni di bambini tra i 5 e i 17 anni non frequentavano la scuola. Inoltre, circa 700.000 bambini siriani rifugiati in età scolare non andavano a scuola negli stati vicini.

Più della metà dei quasi 4,6 milioni di rifugiati fuggiti dal conflitto sono bambini, e molti di loro attualmente si trovano a dover affrontare un futuro privato della speranza che viene dall'istruzione. Gi stati vicini hanno cercato di far fronte a questo afflusso. Senza alcun sostegno da parte di donatori, il governo del Libano ha introdotto un sistema innovativo che accoglie grandi numeri di bambini rifugiati altrimenti privati dell'istruzione scolastica, creando un sistema a due turni nelle scuole pubbliche. Circa 150.000 bambini rifugiati sono entrati in questo modo nel sistema scolastico pubblico del Libano.

Tuttavia esiste ancora un ampio divario tra i bisogni formativi dei bambini siriani rifugiati e le opportunità educative a loro disposizione. La lingua dell'istruzione è un fattore fondamentale che ostacola la loro possibilità di continuare ad apprendere. Inoltre, nella maggior parte dei paesi in cui i rifugiati si stabiliscono, non ci sono insegnanti siriani impiegati nel sistema pubblico.

Ma l'istruzione non è stata interrotta da conflitti soltanto nella Repubblica araba di Siria. A Gaza, quasi 500.000 bambini non sono potuti tornare nelle loro classi all'inizio dell'anno scolastico 2014-2015 a causa di danni alle infrastrutture. Nello Yemen, nell'agosto del 2015 il conflitto ha determinato la chiusura di migliaia di classi per 1,8 milioni di scolari, che sono andati ad aggiungersi agli 1,6 milioni già esclusi dalla scuola prima dell'intensificarsi delle violenze. In Sudan, la guerra che, in alcune zone, è andata avanti per decenni ha privato dell'istruzione più di tre milioni di bambini. I conflitti armati nella Repubblica Centrafricana, nella Repubblica Democratica del Congo (RDC) e nel Sud Sudan hanno bloccato i progressi in zone già contrassegnate da deficit educativi cronici.

Nella RDC, dove i conflitti sono in corso dal 1993, più di 3,5 milioni di bambini in età da scuola primaria sono fuori dalla scuola. Tuttavia, dati recenti dimostrano che la frequenza alla primaria è costantemente aumentata, dal 51% nel 2001 all'87% nel 2013. Nel frattempo, tutti i divari a livello di frequenza tra maschi e femmine, tra bambini delle zone urbane e quelli delle zone rurali, di quelli provenienti dalle famiglie più ricche e da quelle più povere, si sono ridotti.[170]

Fonti: Istituto di statistica dell'UNESCO e Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UIS, Montreal, 2015, p. 49. Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Syria Crisis Education Strategic Paper*, London 2016 Conference paper, UNICEF, New York, gennaio 2016, p. 1. Alto commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati, 'Education Sector Situation Analysis' per i mesi di novembre e dicembre 2015, tratto dal sito web del Syrian Regional Refugee Response, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=122>, pagina visitata il 12 gennaio 2016. Ufficio regionale per il Medio Oriente e l'Africa settentrionale del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia, *Education under Fire: How conflict in the Middle East is depriving children of their schooling*, UNICEF, Amman, 3 settembre 2015, p. 6. Partnership globale per l'istruzione, pagina dedicata alla Repubblica Democratica del Congo, <http://www.globalpartnership.org/country/democratic-republic-of-congo>, visitata l'8 aprile 2016. MICS 2001 e 2010; DHS 2007 e 2013–2014.

più di 1.200 scuole sono state danneggiate o distrutte.[168]

Docenti e alunni sono stati attaccati, rapiti e uccisi anche nello Yemen, nella Repubblica araba di Siria e in molti altri paesi. Solo nel 2014, sono avvenuti 163 attacchi contro scuole in Afghanistan, nove istituti nella Repubblica Centrafricana e 67 scuole in Iraq.[169]

I conflitti che allontanano bambini e famiglie dalle loro case spesso producono uno stato di sfollamento persistente. Alla fine del 2014, la metà di tutti i rifugiati era stata in esilio da più di 10 anni, e almeno metà degli sfollati aveva un'elevata probabilità di essere sradicata dalla propria terra per tre anni o più.[171] Per questa gente, essere sfollati è diventata la nuova normalità.

Ma i conflitti non rappresentano l'unica causa di crisi croniche nella vita dei bambini. Il cambiamento climatico pone un altro pericolo crescente, intensificando i rischi associati alla siccità e alle inondazioni. I disastri collegati al clima minacciano la vita dei bambini e ne interrompono l'istruzione, creando condizioni che li espongono a maggiori rischi di abuso, abbandono, traffico di esseri umani e lavoro minorile.[172]

Questi disastri possono infliggere danni ingenti alle infrastrutture scolastiche. Per esempio, il ciclone Pam ha colpito l'80% delle scuole quando si è abbattuto sull'arcipelago di Vanuatu nel 2015. Alcune sono state danneggiate e altre sono state adibite a centri di evacuazione.[173] Il problema esiste in tutta la regione del Pacifico, dove molte scuole in piccoli stati insulari sono inevitabilmente localizzate vicino alle zone costiere. Per tutta la regione, il cambiamento climatico e le emergenze collegate alle condizioni meteorologiche hanno ostacolato i tentativi di fornire ai bambini opportunità educative di qualità.[174]

Malgrado le sfide rappresentate dai conflitti e dal cambiamento climatico, l'istruzione costituisce solo una piccola parte delle richieste di aiuti umanitari, e solo una porzione di queste richieste riceve finanziamenti. Appena il 2% dei fondi raccolti dagli appelli umanitari è andato all'istruzione.[175] Questo dato indica che l'istruzione non viene considerata una priorità nei contesti umanitari, un punto di vista curiosamente non conforme alle aspirazioni di genitori e bambini colpiti da crisi.[176] Per loro, un ritorno a scuola può contribuire a ristabilire un senso di sicurezza, di normalità e, soprattutto, di speranza in un futuro migliore.

Il problema più profondo è che i meccanismi di aiuto sono poco allineati con i bisogni reali. Non è possibile finanziare l'istruzione per i bambini che affrontano la prospettiva di uno sfollamento a lungo termine attraverso appelli d'emergenza a breve termine (e invariabilmente sottofinanziati). Una risposta rapida dev'essere abbinata a finanziamenti a lungo termine. È necessario un approccio olistico in grado di colmare il tradizionale divario tra know-how in materia di sviluppo e risposta umanitaria. Unendo gli sforzi umanitari a quelli di sviluppo, i programmi d'istruzione in contesti d'emergenza e post emergenza possono offrire ai bambini l'opportunità di recuperare e di condurre vite produttive, pacifiche e appaganti.

Nydeng Khot Gatkwoth, 10 anni, il fratello Chuol, 12, e un loro amico frequentano un Centro temporaneo UNICEF per l'apprendimento presso Bor, Sud Sudan.

© UNICEF/UN010064/Rich

Benefici di un'istruzione di qualità

Sia che affondino le loro radici nella povertà, nelle crisi o in altri fattori, le ingiustizie che negano ai bambini il diritto a un'istruzione di qualità dalla prima infanzia all'adolescenza possono costringere i giovani verso lavori poco qualificati, malpagati e precari, ritardando lo sviluppo e alimentando la disuguaglianza.

I cambiamenti demografici sottolineano l'importanza di istruire tutti i bambini, e soprattutto quelli che sono stati esclusi. Nei prossimi quindici anni, la popolazione di giovani trai 15 e i 24 anni aumenterà in tutto il mondo di circa 100 milioni. La percentuale più ampia di questo gruppo si troverà in Asia e in Africa.[177]

Se le attuali tendenze permarranno fino al 2030, l'istruzione di scarsa qualità e gli alti livelli di disuguaglianza nell'accesso alla scuola, che compromettono le prospettive di futuro impiego dei giovani, possono minacciare anche la stabilità e la coesione sociale. In effetti, in molti paesi a basso e medio reddito, le crescenti disparità a livello d'istruzione tra diversi gruppi sociali hanno già fatto aumentare le probabilità di conflitto.[178]

Per contro, se questa crescente popolazione entrerà nell'età adulta con le competenze necessarie per disporre di mezzi di sussistenza sicuri, aumentare la produttività e compiere scelte positive, gli effetti potranno rivelarsi trasformativi dal punto di vista sociale ed economico.[179]

Un'istruzione equa e di buona qualità serve a costruire opportunità e ad annullare cicli intergenerazionali di disuguaglianza. In media, ogni anno d'istruzione ricevuta in più fa aumentare i guadagni di un adulto di circa il 10%. E per ogni anno di scuola completato in più, in media, il tasso di povertà di un paese diminuisce del 9%.[180] I rendimenti dell'istruzione sono più elevati nei paesi a reddito basso e medio-basso.[181]

Alcuni dei rendimenti più elevati sono associati all'istruzione delle bambine. Più avanti nella vita, l'istruzione dà loro il potere di cercare una migliore assistenza sanitaria durante la gravidanza, al momento del parto e nei primi anni di vita dei loro figli. I risultati si riflettono su livelli più bassi di mortalità sotto i cinque anni, su una minore fertilità, su migliore assistenza sanitaria e su matrimoni e gravidanze in età più avanzata.[182] I bambini, soprattutto le bambine, nati da madri istruite hanno maggiori probabilità di frequentare la scuola, e ciò produce un ciclo di opportunità che si trasmette da una generazione all'altra. Esistono altresì prove che l'istruzione

è associata a livelli più elevati di impegno civile e di partecipazione ai processi politici.[183]

L'istruzione può essere anche uno strumento nella lotta alle violazioni dei diritti dell'infanzia come il lavoro minorile, anche se per fermare violazioni del genere bisogna agire su vari fronti. Storicamente, l'imposizione dell'istruzione obbligatoria ha sempre dato forte impeto all'impegno per porre fine al lavoro minorile. Nei paesi ricchi di oggi, ha costituito una parte essenziale dello sforzo per limitare tale pratica tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX.[184] Sostenuta dalla giusta alleanza di misure anti-povertà e di strategie per migliorare la qualità delle opportunità di apprendimento, l'istruzione obbligatoria potrebbe svolgere un ruolo analogo nella lotta per l'eliminazione del lavoro minorile nei paesi a reddito basso e medio-basso del XXI secolo.

I benefici dell'istruzione non sono soltanto il prodotto di un maggior numero di anni di scuola. Contano anche i risultati scolastici, che hanno effetti profondi sui guadagni futuri, sulla distribuzione del reddito e sulla crescita economica a lungo termine.[185] Nei paesi a reddito medio-basso, se tutti i bambini nati oggi potessero essere istruiti a un livello base di scrittura, lettura e calcolo, si assisterebbe, nel corso delle loro vite, a un aumento del PIL di 13 volte.[186]

COMPETENZE UNIVERSALI DI BASE POSSONO RENDERE LA CRESCITA ECONOMICA PIÙ INCLUSIVA.

L'universalizzazione delle competenze di base può anche rendere lo sviluppo economico più inclusivo. Le disparità nell'accesso all'istruzione di qualità sono tra le più forti determinanti delle disparità di reddito, a causa dell'effetto che l'apprendimento e le competenze hanno sulla produttività, sui salari e sull'impiego. Riducendo il divario a livello di competenze si creerebbero le condizioni per modelli di crescita più equi, aumentando le dimensioni dell'economia e riducendo la povertà.[187]

Raggiungere i bambini durante l'intero ciclo scolastico

Come già suggerito, l'istruzione di qualità comincia con interventi nella prima infanzia. Le evidenze dimostrano che l'educazione nella prima infanzia può preparare i bambini delle famiglie più svantaggiate a maggiori successi quando iniziano la scuola primaria. Tuttavia, non tutti i bambini hanno la possibilità di fruirne.

Nella Repubblica di Capo Verde, una valutazione compiuta sui bambini del primo anno di scuola primaria, che avevano ricevuto un'educazione pre-scolare, ha dimostrato un vantaggio di 14 punti percentuali rispetto a chi non l'aveva ricevuta.[188] Secondo una valutazione pubblicata nel 2009 dall'Argentina, frequentare corsi pre-scolari ha avuto un significativo effetto positivo sui risultati nei test standardizzati di matematica e di spagnolo a livello di terza elementare. Ha anche determinato miglioramenti in termini di attenzione, impegno, disciplina e partecipazione in classe. E i benefici dell'educazione prescolare per i bambini di quartieri con livelli elevati di povertà sono risultati maggiori che per altri bambini argentini.[189]

Gli interventi per la prima infanzia a beneficio dei bambini poveri in Bangladesh, Bolivia, Indonesia e altri paesi hanno fatto registrare risultati in termini di riduzione dei divari nei primi stadi dell'apprendimento.[190] Purtroppo, i tassi di frequenza relativi ai corsi pre-scolari risultano inferiori nei paesi con i livelli di povertà infantile più elevati.[191]

Ma l'equità nell'istruzione richiede qualcosa di più. Richiede di concentrarsi sui bambini lasciati indietro in ogni fase del processo di apprendimento. I progressi di questi bambini dovranno accelerare perché i loro tassi di partecipazione scolastica e i loro risultati possano equipararsi a quelli dei bambini più favoriti entro il 2030.

Quest'accelerazione può assumere forme diverse, a seconda del contesto nazionale. Le Filippine, il Senegal e l'Uganda, per esempio, hanno tutti ampie popolazioni fuori dalla scuola a diversi livelli d'iscrizione e di completamento scolastico. Nel caso del Senegal, anche se si rilevano ampie disparità nei tassi di completamento del ciclo primario tra gruppi sociali diversi, tutti i gruppi sono lontani dal completamento universale. La sfida consiste nell'accelerare i progressi complessivi con rapidi progressi per i gruppi svantaggiati. Per contro, nelle Filippine e in Uganda, i bambini delle famiglie più ricche e le regioni con un rendimento migliore sono vicini al completamento scolastico universale. Pertanto, in questi paesi sarebbe meglio concentrare l'impegno sui bambini più poveri e più svantaggiati.

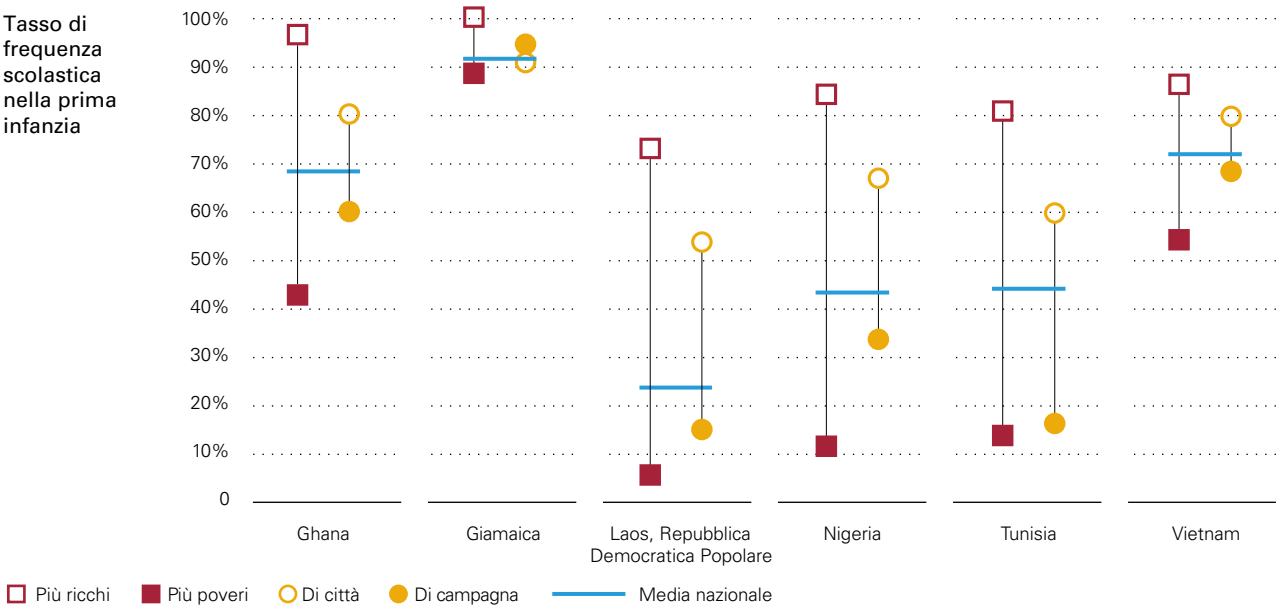
Le disparità nell'accesso tra gruppi diversi di bambini determina il tasso di progresso necessario in ogni gruppo per raggiungere il completamento del ciclo primario universale. Le necessità di ogni gruppo, a loro volta, avranno implicazioni di vasta portata sul modo in cui i governi elaboreranno le politiche e stanzieranno le risorse per territori, scuole e bambini specifici. Per avere successo, queste politiche devono combinare un impegno nei confronti dell'equità nelle scuole con iniziative che affrontino le cause della disuguaglianza operanti al di fuori della classe.

In Bangladesh, il programma "Raggiungere i bambini fuori dalla scuola" illustra come organizzazioni governative e non-governative possano sviluppare strategie innovative per raggiungere i bambini più svantaggiati. Come parte del programma, le Scuole Ananda (Apprendere con gioia) hanno offerto una seconda possibilità

GRAFICO 2.7

I divari nell'educazione nella prima infanzia variano in base alla ricchezza e alla residenza

Tasso di frequenza scolastica nella prima infanzia per ricchezza, residenza e media nazionale



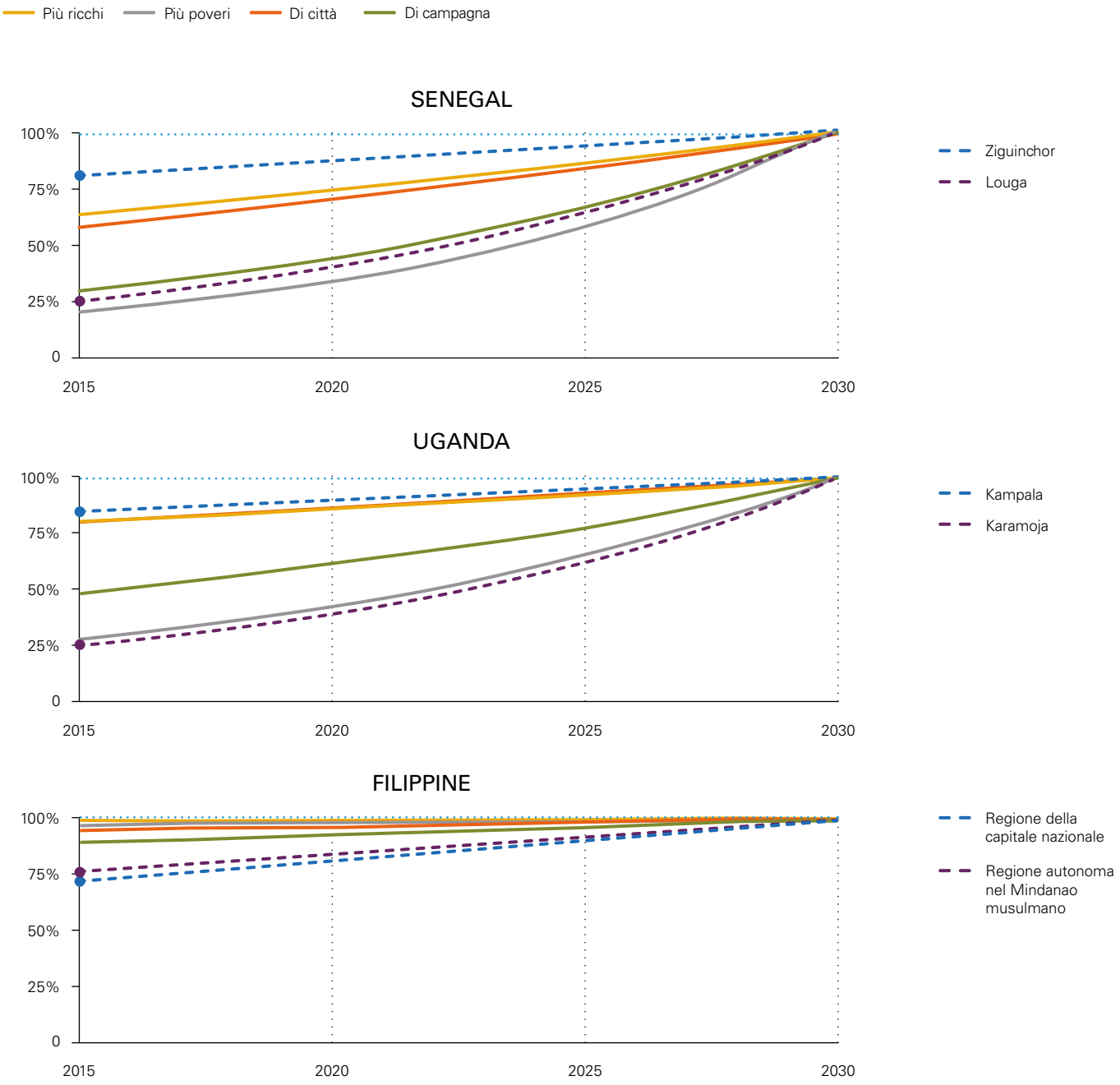
Nota: I dati risalgono al 2011, a parte quelli riguardanti la Repubblica Democratica del Laos e la Tunisia (2011-2012), nonché il Vietnam (2013-2014)

Fonte: Database globali dell'UNICEF, 2016.

GRAFICO 2.8

I progressi devono accelerare per i bambini più svantaggiati

Velocità di accelerazione necessaria per il completamento dell'istruzione primaria per tutti



Nota: I calcoli si basano sull'anno del sondaggio e sul tasso annuale composto di cambiamento.

Fonte: Dati DHS, calcoli dell'Overseas Development Institute (Istituto per lo sviluppo dei paesi d'oltremare).

d'istruzione ai bambini in zone caratterizzate da povertà elevata e basse percentuali di completamento scolastico. Fondendo metodi ufficiali e non, per preparare gli studenti tra gli 8 e i 14 anni agli esami di quinta elementare, le scuole hanno portato all'iscrizione, tra il 2005 e il 2012, di oltre 790.000 bambini in 90 degli upazilas (sub-distretti) più poveri del paese, raggiungendo un tasso di superamento degli esami in questione pari all'83%.[192] L'obiettivo consiste nel raggiungere 148 sub-distretti entro il 2017.

Iniziative come quella del Bangladesh dimostrano che l'obiettivo di arrivare ai bambini più difficilmente raggiungibili con un'istruzione di qualità richiede l'impegno a provare qualcosa di nuovo.

Dall'Argentina allo Zimbabwe, nuovi approcci all'istruzione vengono testati e applicati su scala in modo da soddisfare necessità nazionali e globali. Alcune innovazioni si servono di nuove tecnologie. EduTrac, per esempio, è un sistema di raccolta dati basato sulla telefonia mobile che utilizza la tecnologia SMS per favorire il flusso di informazioni in tempo reale su indicatori dell'istruzione in Uganda, tra gli altri paesi.[193] Attraverso eLearning Sudan, tablet elettronici vengono usati per istruire bambini analfabeti in villaggi remoti dello stato del Kordofan Settentrionale, dove modalità d'istruzione tradizionali non risultano praticabili.[194] Altre innovazioni affrontano la sfida dell'istruzione nelle situazioni di crisi con programmi di auto-apprendimento che consentono di accedere a un'istruzione alternativa sotto la guida di adulti.

Anche atteggiamenti e norme culturali dovranno cambiare. Nel Montenegro, per esempio, sono in corso tentativi a livello nazionale di cambiare gli atteggiamenti che bloccano l'accesso all'istruzione per i bambini con disabilità. Una campagna intensiva di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, cominciata nel 2010, ha avuto almeno in parte il merito di generare un maggiore interesse del pubblico verso la questione.[195] Un sondaggio del 2014 ha dimostrato che il 78% dei montenegrini era favorevole a un'istruzione inclusiva.[196]

GLI OBIETTIVI PER L'EQUITÀ POSSONO FISSARE LE PRIORITÀ PER LA MAGGIOR PARTE DEI BAMBINI CULTURALMENTE SVANTAGGIATI DI UN PAESE.

Obiettivi di equità

Al fine di accelerare i progressi per i bambini più difficili da raggiungere, le politiche nazionali in materia d'istruzione potrebbero considerare l'idea di stabilire obiettivi di equità, calibrati a seconda delle circostanze nazionali e volti a garantire che tutti i bambini abbiano eque opportunità di frequentare la scuola e d'imparare. Risulterebbero utili anche obiettivi di equità intermedi verso il raggiungimento degli obiettivi per l'istruzione fissati per il 2030.

Per esempio, i governi potrebbero stabilire un obiettivo intermedio volto a dimezzare, entro il 2022, le disparità associate alla ricchezza, al genere, all'etnia e all'ubicazione nell'accesso all'istruzione nella prima infanzia e all'istruzione primaria e secondaria inferiore, oppure decidere un obiettivo intermedio che ponga l'accento soprattutto sulle bambine più povere. Si potrebbero stabilire obiettivi intermedi analoghi per ridurre le disparità relative ai risultati scolastici.[197]

Gli obiettivi di equità potranno fare la differenza soltanto se saranno basati su riforme politiche, e per colmare i divari in termini di partecipazione scolastica occorreranno dati dettagliati su chi resta fuori dalla scuola o rischia di abbandonarla. Alcuni obiettivi di equità sono raggiungibili attraverso il sistema educativo, per esempio con strumenti di valutazione dell'apprendimento in grado di individuare quali bambini stiano rimanendo indietro e di indirizzare quindi le risorse verso di loro.

L'insegnamento è importante

Inestricabilmente collegati alle questioni dell'apprendimento effettivo e dell'equità sono gli uomini e le donne che interagiscono con i bambini negli ambienti in cui si apprende, ossia gli insegnanti. Docenti efficaci possono trasformare delle vite. Se invece mal preparati, malpagati e operanti in sistemi educativi deboli minano le opportunità e spesso rafforzano le disuguaglianze.

I problemi associati agli insegnanti e ai sistemi di governance in cui essi si trovano a operare sono evidenti in tutto il mondo. Tra questi, l'assenteismo risulta endemico in molti paesi. Secondo un sondaggio svolto nel 2013 nelle scuole primarie del Kenya, per esempio, i tassi di assenteismo docenti erano pari quasi al 17% nelle scuole primarie pubbliche.[198]

Altri aspetti dell'insegnamento e della pianificazione scolastica non hanno ricevuto abbastanza attenzione. Per esempio, un'ondata di allievi di prima generazione – ovvero bambini i cui genitori non hanno avuto accesso all'istruzione – è entrata nella scuola primaria. Questi studenti sono considerati a rischio di livelli bassi di apprendimento. Ciononostante la formazione del corpo docente è sistematicamente priva di competenze necessarie per insegnare a questi bambini nel modo migliore possibile.[199]

Il modo in cui gli insegnanti sono distribuiti all'interno di un paese può creare difficoltà per le dimensioni delle classi e di qualità dell'insegnamento per i bambini svantaggiati nei distretti scarsamente serviti. Nei paesi che dispongono di dati sul rapporto tra studenti e insegnanti e sulle qualifiche degli insegnanti, sono le prime classi – per ironia della sorte proprio quelle con più studenti e più necessità – ad avere problemi di sovraffollamento e docenti meno qualificati.[200]

Insegnanti mal preparati e poco motivati non rappresentano però l'unico problema di governance nelle scuole che rendono di meno. Una mancanza di pianificazione e di finanziamenti diviene evidente sotto forma di classi sovraffollate, risorse insufficienti e infrastrutture carenti. Per esempio, nell'Africa sub-sahariana, più della metà delle scuole non ha accesso ad acqua potabile e a gabinetti.[201] Non tutte hanno toilette separate per ragazzi e ragazze. Poche scuole hanno accesso all'elettricità necessaria per sfruttare le nuove tecnologie didattiche. Le dimensioni medie delle classi in Tanzania e in Malawi sono pari rispettivamente a 72 e 90 bambini.[202] In Uganda c'è un libro di testo ogni tre bambini.

Le società devono far sì che l'insegnamento venga considerato una professione prestigiosa, in linea con il ruolo essenziale che svolge nel plasmare il futuro. Con il futuro in mente, gli obiettivi di equità nazionali devono mirare a collegare i migliori insegnanti con gli alunni più svantaggiati. Troppo spesso gli incentivi professionali hanno l'effetto opposto, poiché dirottano gli insegnanti migliori verso gli studenti più favoriti.

La ricerca offre numerosi spunti per orientare le riforme in questo senso. In India, un programma condotto dall'organizzazione non governativa Pratham ha offerto corsi di recupero nelle scuole pubbliche.[203] Attraverso insegnanti informali provenienti dalla comunità locale per fornire un'istruzione complementare, il programma ha ottenuto netti miglioramenti nei risultati dei test. Analogamente, una formazione pedagogica mirata per gli insegnanti in Kenya ha migliorato la lettura a livello elementare.[204]

Come suggeriscono questi esempi, l'insegnamento prescolare ed elementare per gli studenti di prima generazione e per quelli che necessitano di corsi di recupero, esteso a livello nazionale, potrebbe far migliorare nettamente le traiettorie dell'apprendimento. Il modo più efficace per estendere gradualmente questi sforzi è rappresentato da programmi nazionali per la formazione di insegnanti.

Ci sarà anche semplicemente bisogno di un maggior numero di insegnanti, dato che l'adozione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile ha impegnato i governi di tutto il mondo al raggiungimento, entro il 2030, dell'istruzione secondaria per tutti. Anche soltanto per universalizzare l'istruzione secondaria inferiore entro quella data ci vorranno 5,1 milioni di insegnanti in più, 3,3 milioni dei quali per la scuola primaria. La metà dei nuovi insegnanti di scuola secondaria inferiore e il 63% di quelli di scuola primaria saranno necessari per dedicarsi alla popolazione in età scolare in rapida crescita dell'Africa sub-sahariana.[205]

Finanziamenti per l'istruzione

Una delle lezioni apprese dall'ultimo decennio è che maggiori quantità di denaro, da sole, non producono risultati scolastici migliori. Tuttavia, il modo in cui vengono stanziate le risorse è importante.

Molti governi in tutto il mondo hanno aumentato le spese per l'istruzione. La spesa media per l'istruzione nei paesi a basso reddito è aumentata dal 3,2% del PIL nel 1999 al 4% nel 2012.[206] Ma molti governi continuano sistematicamente a investirci troppo poco, soprattutto in Asia meridionale. Nel 2012, l'India ha investito il 3,9% del suo PIL nell'istruzione.[207] Il governo del Pakistan dichiara di spendere circa il 2% del PIL per la scuola.[208] Questi livelli di investimento risultano al di sotto del 5,5% del PIL che, secondo le stime, sarà necessario per garantire l'istruzione a tutti entro il 2030.[209]

Il modo in cui le risorse vengono stanziate all'interno dei paesi ha conseguenze importanti sull'equità. Fornire le stesse quantità di fondi per alunno non è necessariamente una formula per il finanziamento equo. A un bambino che entra in un sistema educativo portandosi dietro svantaggi associati a povertà, genere, disabilità o etnia potrebbero servire maggiori risorse per ottenere opportunità equivalenti a quelle di cui godono i bambini più privilegiati. Purtroppo, le spese sono spesso sbilanciate in favore degli alunni più privilegiati.

Ciò avviene in parte perché i bambini poveri hanno maggiori probabilità di abbandonare presto la scuola, annullando così i benefici della spesa pubblica. Nel complesso, la ricerca dell'UNICEF sui paesi a basso reddito dimostra che i bambini del 10% più ricco della popolazione ricevono circa il 46% dei benefici della spesa pubblica per l'istruzione.[210]

Un alunno di 5 anni di scuola materna, traccia un numero durante una lezione di matematica a Timor Est.

© UNICEF/UN07789/Nazer

Diversi stati, compresi il Brasile e il Vietnam, hanno introdotto riforme volte a ottenere modelli di spesa più equi. In Cile, un programma di sussidio scolastico chiamato Subvención Escolar Preferencial, prevede pagamenti forfettari per ogni studente e pagamenti aggiuntivi alle scuole che presentano concentrazioni elevate di alunni svantaggiati e con difficoltà di apprendimento.[211]

L'impegno globale per raggiungere l'istruzione secondaria per tutti riflette una crescente consapevolezza del ruolo delle competenze di livello superiore nel trainare la crescita economica. Eppure in paesi in cui una larga parte o addirittura la maggioranza dei bambini non porta a termine la scuola primaria, maggiori spese per l'istruzione secondaria potrebbero, in effetti, avere conseguenze negative in termini di equità. I costi degli studi secondari per alunno sono molto più elevati di quelli per la scuola primaria, e in molti paesi a basso reddito solo una minoranza di bambini poveri raggiunge l'istruzione secondaria.[212]

Nell'affrontare tale importante questione di equità, i governi dovrebbero considerare la sequenzialità e la gradualità di qualunque aumento di spesa. Parlando in generale, i paesi che sono ancora distanti dal completamento dell'istruzione primaria per tutti dovrebbero concentrare le spese pubbliche sui livelli pre-scolare, primario e secondario inferiore. Dopodiché, man mano che si progredisce verso l'accesso universale, le spese possono gradualmente spostarsi verso l'istruzione secondaria.

Il ruolo degli aiuti

NEL 2030 GLI OBIETTIVI EDUCATIVI NON SARANNO RAGGIUNTI SE ESCLUDERANNO I BAMBINI LE CUI VITE SONO SEGNATE DALLA GUERRA.

Gli aiuti continuano a svolgere un ruolo essenziale nella mobilitazione delle risorse necessarie per rafforzare i sistemi educativi per i bambini più poveri e più svantaggiati del mondo, compresi quelli minacciati da conflitti e sfollamenti.

Quando una crisi politica ha condotto a un deficit potenzialmente devastante nel bilancio del Madagascar per le scuole primarie, un sistema educativo già fragile ha dovuto far fronte a scioperi di insegnanti, mancanza di risorse e frequenza scolastica in calo. Nel 2013, un programma dell'UNICEF ha fornito stipendi e sussidi agli insegnanti, permettendo agli alunni della scuola primaria di continuare i loro studi.[213]

Ma la questione degli aiuti è molto più grande di qualunque singola emergenza. Rendere universale l'istruzione pre-scolare, primaria e secondaria inferiore nei paesi a reddito basso e medio-basso entro il 2030 costerà, secondo le stime, 340 miliardi di dollari USA ogni anno.[214] Gran parte di tale costo potrebbe essere coperto grazie a una combinazione di crescita economica e maggiori introiti fiscali. Tuttavia, anche se i governi raggiungeranno i parametri minimi in questi ambiti, nei paesi a reddito basso e medio-basso ci sarà ancora un deficit di finanziamento all'istruzione pari a 39 miliardi di dollari USA.

Nel caso dei paesi a basso reddito, il deficit equivale al 42% dei finanziamenti necessari per raggiungere gli obiettivi per il 2030 nell'ambito dell'istruzione.[215] Da qualunque parte si consideri l'equazione, senza un aumento negli aiuti questo deficit manterrà molti paesi ben lontani dagli obiettivi, con stati fragili costretti a subire alcune delle maggiori potenziali carenze.[216]

I recenti sviluppi a livello di aiuti per l'istruzione non sono incoraggianti. Tra il 2010 e il 2013, l'assistenza allo sviluppo per l'istruzione di base è diminuita dell'11%.[217] Diversi importanti donatori bilaterali hanno tagliato gli aiuti all'istruzione, e la struttura internazionale degli aiuti è inadatta ad affrontare la pesante situazione dei bambini colpiti da conflitti armati e da emergenze umanitarie.[218] Ma gli obiettivi educativi per il 2030 rimarranno fuori rotta se i bambini, le cui vite sono sconvolte dai conflitti, verranno ignorati.

Per affrontare questo problema, un gruppo di organizzazioni e di leader, tra cui l'UNICEF e il Rappresentante speciale del segretario generale dell'ONU per l'istruzione mondiale, Gordon Brown, hanno chiesto la creazione di una struttura globale per il finanziamento dell'istruzione nelle emergenze. Orientato verso il rapido esborso subito dopo una crisi e il sostegno prolungato nel lungo termine, un fondo del genere potrebbe aiutare a colmare il deficit di finanziamento all'istruzione.

Due fattori risultano fondamentali per il suo successo. Innanzitutto esiste, a livello globale, una carenza pari ad almeno 8,5 miliardi di dollari USA l'anno – per una media di 113 dollari a bambino – nel finanziamento necessario per istruire gli 75 milioni di bambini che, secondo le stime, sono colpiti da crisi.[219] Per colmare questo deficit, una linea di finanziamento dovrebbe coinvolgere i governi regionali delle zone interessate da conflitti, il settore privato e le associazioni filantropiche. In secondo luogo, sarebbero necessarie procedure di governance per un efficace coordinamento tra le varie agenzie delle Nazioni Unite, partnership multilaterali come la Partnership globale per l'istruzione, nonché organizzazioni umanitarie. Il coordinamento potrebbe far nascere alleanze in grado di colmare il divario tra le risposte umanitarie e il know-how in materia di sviluppo.

BOX 2.3 BRASILE E VIETNAM: VERSO IL LIVELLO RICHIESTO

Il Brasile e il Vietnam offrono lezioni preziose su come riformare i sistemi educativi.

Nel 2012, gli studenti del Vietnam hanno ottenuto, nel Programma per la valutazione internazionale degli studenti (PISA), punteggi per la matematica e la lettura molto più alti del previsto, dato il livello di reddito del paese. Quindicenni hanno fatto registrare gli stessi risultati dei loro coetanei tedeschi, e hanno addirittura superato gli studenti del Regno Unito e degli Stati Uniti. Questo risultato è derivato dall'impegno da parte del paese nel misurare i successi e nel fornire risorse per raggiungere questi risultati educativi. Nel 2012, il Vietnam ha stanziato il 21,4% del suo bilancio nazionale per l'istruzione. Gli insegnanti si sono rivelati molto capaci e l'assenteismo è risultato piuttosto basso.

In Brasile, intanto, si sono registrati successi a livello d'iscrizioni, maggiore equità e risultati scolastici. Tra il 2003 e il 2012, i tassi d'iscrizione per i quindicenni sono aumentati dal 65% al 78%. Molti dei bambini entrati nel sistema scolastico provenivano da gruppi svantaggiati sul piano socio-economico. Sempre tra il 2003 e il 2012, i punteggi PISA degli studenti brasiliani sono aumentati di 25 punti; per gli alunni svantaggiati l'aumento è stato di 27 punti.

I successi del Brasile sono stati agevolati da molteplici riforme cominciate a metà degli anni Novanta, tra cui l'istituzione di un corpo di valutazione indipendente, diventato poi il Sistema di valutazione per l'istruzione di base. Attualmente tale sistema funge da meccanismo di controllo trasparente e da metodo condiviso per misurare i risultati scolastici. Adesso alle scuole che raggiungono i risultati migliori viene concessa maggiore autonomia, mentre quelle che rendono di meno ricevono sostegno per migliorare i propri standard.

Il Brasile ha anche aumentato i finanziamenti per l'istruzione, che nel 2012 hanno raggiunto il 6,3% del PIL. Lo strumento di finanziamento del governo centrale ha destinato fondi alle scuole che si trovano in sistemi d'istruzione municipali a basso rendimento, e ora finanzia anche l'educazione pre-scolare. La formazione degli insegnanti è migliorata e l'equità è stata rafforzata con Bolsa Escola, un programma che ha fornito sussidi in denaro alle famiglie povere.

Gli esempi del Vietnam e del Brasile dimostrano che un'accelerazione dei progressi educativi per i bambini lasciati più indietro può produrre risultati positivi.

Fonti: Bodewig, Christian, 'What explains Vietnam's stunning g performance in PISA 2012?', East Asia & Pacific on the Rise, blog della Banca Mondiale, 11 dicembre 2013, <http://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/blogs/christian-bodewig>, visitato il 22 gennaio 2015. Banca Mondiale, 'Government expenditure on education as % of GDP', <http://data.worldbank.org/indicator/SE.XPD.TOTL.GD.ZS>, pagina visitata il 12 febbraio 2016. Hanushek, Eric A. e Ludger Woessmann, *Universal Basic Skills: What countries stand to gain*, OECD Publishing, 2015, pp. 31–33. Bruns, Barbara, David Evans e Javier Luque, *Achieving World-Class Education in Brazil: The next agenda*, The World Bank, Washington, D.C., 2012, pp. 7, 40, 11, 8. Database dell'Istituto di statistica dell'UNESCO, <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=189>, visitato 10 febbraio 2016.

Cinque anni di conflitti nella Repubblica araba di Siria hanno dimostrato l'essenziale necessità di rendere l'istruzione parte integrante della risposta alle crisi umanitarie. In questo caso, No Lost Generation, un'iniziativa lanciata dall'UNICEF e dai suoi partner, offre protezione e opportunità di apprendimento ai bambini e agli adolescenti nella Repubblica araba di Siria e nei paesi in cui milioni di profughi siriani si sono stabiliti, compresi Egitto, Iraq, Giordania, Libano e Turchia.

Un progresso equo è possibile

L'istruzione ha il potere d'interrompere i cicli intergenerazionali di disuguaglianza e di migliorare la vita dei bambini e delle società in cui vivono. Tuttavia, riuscire a ottenere un apprendimento efficace, dall'educazione nella prima infanzia fino alla scuola primaria e secondaria, per tutti i bambini, indipendentemente dalle loro circostanze, è una sfida immane. Lo sforzo per ottenere una maggiore equità è senz'altro una condizione per affrontare tale sfida entro il 2030, ma potrebbe rischiare di minare la qualità complessiva dei sistemi scolastici? La richiesta di equità e quella di qualità tirano in direzioni opposte?

L'esperienza internazionale fornisce una risposta inequivocabile: i sistemi educativi migliori e di maggior successo – come quelli di Finlandia, Repubblica di Corea e Giappone – sono riusciti a combinare equità con qualità.[220] Questi sistemi riconoscono che le necessità degli studenti più svantaggiati sono importanti quanto i risultati raggiunti dai più favoriti. Recenti prove derivanti dalle valutazioni PISA dell'apprendimento nei paesi OCSE sono istruttive in questo senso. Dei 13 paesi che sono riusciti a riportare aumenti sostanziali nei loro punteggi, 9 l'hanno fatto partendo da una forte base di equità e gli altri 4 da condizioni di maggiore equità.[221]

Fajer, 5 anni, tra i banchi a Teabat al Reah nel sub-distretto di Zumar, Ninive, Iraq.

© UNICEF/UNI199908/Anmar

L'istruzione primaria e secondaria e migliori risultati scolastici sono obiettivi ambiziosi ma raggiungibili. Il Cile, ad esempio, è stato uno dei paesi che ha fatto registrare i progressi più rapidi nelle valutazioni dell'apprendimento a livello internazionale e regionale, e i divari nei punteggi dei test per l'istruzione di base tra i bambini più poveri e quelli più ricchi si sono ridotti.[222] Come notato in precedenza, il Brasile e il Vietnam sono riusciti ad ampliare l'accesso all'istruzione, migliorando i risultati scolastici e rafforzando l'equità.

Da questi esempi emergono alcuni degli ingredienti di un'efficace riforma. Stabilire l'equità come obiettivo centrale per l'accesso e l'apprendimento può guidare i paesi nella riforma dei loro sistemi educativi e far sì che i bambini più svantaggiati non vengano dimenticati. I paesi devono individuare le scuole, gli alunni e le regioni svantaggiate, e assegnare loro un maggiore sostegno finanziario. Saranno essenziali anche maggiori spese per l'istruzione. Anche se gran parte dell'impulso al cambiamento deve venire dai governi nazionali, la comunità internazionale ha un ruolo fondamentale da svolgere nel sostenere e nel finanziare l'istruzione.

I bambini indigeni Awa in fila per entrare a scuola a El Diviso in Colombia.

© UNICEF/UN013357/LeMoyne

Per riuscire a fornire un'istruzione di qualità a ogni bambino bisogna rendere l'apprendimento un obiettivo esplicito nella politica educativa e investire nello sviluppo di affidabili metodi di valutazione a livello nazionale. Sono necessari un forte impegno per rendere più professionale l'insegnamento e migliori sistemi per la formazione e il sostegno dei docenti. Per aiutare i bambini dei gruppi poveri ed emarginati a superare gli svantaggi da cui partono, l'assistenza alla prima infanzia e l'educazione pre-scolare per tutti devono essere priorità.

Inoltre, per offrire ai bambini svantaggiati l'accesso a un'istruzione di qualità sono necessarie strategie integrate per combattere la povertà e impegno per rimuovere le barriere finanziarie all'istruzione.

I benefici degli investimenti nell'istruzione di qualità per i bambini più svantaggiati sono enormi, sia per questa generazione sia per la prossima, nonché per le comunità e le società in cui vivono. L'istruzione nutre le giovani menti, ne estende gli orizzonti ed è in grado di spezzare il ciclo di svantaggio che intrappola le generazioni nella povertà. Investendo nei sistemi educativi e dando la priorità ai bisogni degli alunni svantaggiati, le nazioni potranno avvalersi del potenziale dell'istruzione di trasformare le vite dei bambini e il mondo.

PUNTO DI VISTA

Dare un'opportunità ai bambini

di Gordon Brown, Rappresentante speciale delle Nazioni Unite per l'istruzione mondiale

Le voci dei giovani si levano più forti che mai. Tecnologicamente dotati, affamati di conoscenza e pieni di sconfinata energia, i bambini e i giovani di oggi si adattano in fretta. Sono interconnessi. Questa è la generazione che "capisce tutto".

Per questo i leader mondiali dovrebbero ascoltare i giovani di oggi. Troppo spesso, però, non lo fanno. In qualche modo, i futuri custodi del nostro pianeta – milioni di loro – continuano a essere sottovalutati, ignorati e abusati. Attualmente è probabile che i bambini non vedano altro che un mondo avido che nega loro il diritto a opportunità eque e la possibilità di prosperare.

Malgrado le leggi internazionali ideate per proteggere i diritti dell'infanzia, nel 2015 le emergenze e le crisi protratte hanno influito sull'educazione di più di 75 milioni di bambini e di giovani dai 3 ai 18 anni. Molti vivono senza adeguato accesso a cibo, alloggi, assistenza sanitaria e istruzione. Molti finiscono vittime del traffico di esseri umani e dello sfruttamento sessuale.

Circa 150 milioni di bambini sotto i 14 anni lavorano, spesso in condizioni pericolose. Il traffico di minori è in aumento, e 5,5 milioni di bambini vengono forzati a lavorare, mentre altre migliaia di loro sono soggetti ad abusi, costretti a sposarsi e arruolati con la forza nelle milizie, nonostante la proibizione di tali pratiche ai sensi dello Statuto di Roma della Corte penale internazionale.

Per decenni, movimenti per i diritti civili e di liberazione hanno combattuto le peggiori forme di oppressione, dal colonialismo occidentale all'apartheid in Sudafrica, dalla discriminazione contro gli afro-americani al secolare pregiudizio contro gli omosessuali. In confronto, i diritti dei bambini sono stati trascurati. Continuano ad essere minati anche mentre i leader mondiali s'impegnano a raggiungere traguardi più ambiziosi per la salute, l'istruzione e la sicurezza ai sensi degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) appena adottati.

Mentre il numero di bambini e bambine in età da istruzione primaria fuori dalla scuola è aumentato da circa 56,6 milioni nel 2010 a 59 milioni nel 2013, per esempio, gli aiuti all'istruzione di base sono stati tagliati ancora una volta. Ora sono scesi quasi del 10% rispetto al 2010.

La più grande sfida che il mondo dovrà affrontare nel prossimo decennio sarà quella per colmare il divario tra, da una parte, le opportunità che sono state promesse ai giovani, i quali vedono altri goderne e quindi se le aspettano, e dall'altra la negazione di tali opportunità quando molti di loro si vedono "sbattere le porte in faccia".

La buona notizia è che i minori di tutto il mondo stanno partecipando a campagne per i loro diritti. In Bangladesh, giovani ragazze stanno promuovendo "zone libere" dal matrimonio infantile. I bambini lavoratori si sono uniti alla Marcia globale contro il lavoro minorile. E un movimento per i diritti delle bambine che preme per l'accesso all'istruzione è stato ispirato da Malala Yousafzai, dalle più di 200 ragazze nigeriane di Chibok ancora disperse e dai 1.000 ambasciatori globali della gioventù di A World at School (Un mondo a scuola), una campagna che mira a far accedere tutti i bambini a scuola.

Investire nei bambini

Ci vorranno risorse per garantire che i bambini abbiano le opportunità necessarie per crescere sani e realizzare i loro diritti. Dobbiamo concentrarci sul compito di far accedere ogni bambino a scuola, nonché di garantire che la qualità dell'apprendimento sia costantemente elevata.

Un Fondo umanitario globale per l'istruzione nelle emergenze può affrontare le necessità degli oltre 75 milioni di bambini colpiti da crisi e da emergenze protratte. Tale fondo, lanciato nel 2016, contribuirebbe a compensare una carenza annuale di fondi pari a 8,5 miliardi di dollari, la cifra necessaria per mantenere l'accesso all'istruzione di questi bambini.

Oltre a maggiori aiuti internazionali, i paesi dovrebbero adottare una gestione concentrata sull'infanzia delle risorse disponibili. Ai sensi dell'articolo 4 della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC), gli stati membri sono obbligati a investire sull'infanzia nella misura massima possibile in relazione alle risorse disponibili. Di conseguenza, un numero crescente di paesi sta elaborando i propri bilanci tenendo conto specificamente dei bambini. Il Comitato sui diritti dell'infanzia, con il sostegno di altre organizzazioni, sta

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

già elaborando un Commento generale sulle spese pubbliche per realizzare i diritti che chiariranno le implicazioni politiche dell'articolo 4.

Sostenere i diritti dell'infanzia

Tuttavia, maggiori risorse, da sole, non basteranno. Chi garantirà che i diritti dell'infanzia vengano sostenuti o anche soltanto presi in considerazione?

Nessuna convenzione delle Nazioni Unite è stata ratificata in altrettanti paesi quanto la CRC. Ma in troppi luoghi questi diritti non vengono realizzati. Analogamente, lo Statuto di Roma del 1998 riconosce il bisogno di misure speciali per proteggere i bambini che figurano come vittime e testimoni durante i procedimenti giudiziari, e richiede che gli operatori giudiziari siano esperti di questioni relative all'infanzia. E tuttavia non si stanno indagando sufficientemente atti criminali ai danni dei bambini, come stupro, violenza sessuale, traffico di minori e utilizzo di questi ultimi come soldati. L'impunità resta diffusa.

Il Terzo protocollo opzionale alla CRC che è entrato in vigore nell'aprile del 2014, consente ai bambini di denunciare le violazioni di diritti direttamente al Comitato sui diritti dell'infanzia, ma soltanto se non si trova alcuna soluzione a livello nazionale. A febbraio del 2016, appena 26 paesi avevano ratificato il Protocollo, e quelli che hanno maggiori probabilità di violarlo hanno anche minori probabilità di sottoscriverlo.

Un Tribunale internazionale per l'infanzia, congiuntamente a un Commissario per l'infanzia nominato in ogni paese, risultano pertanto essenziali al fine di affrontare queste importantissime questioni.

Ascoltare le giovani voci

Esiste almeno un altro prerequisito per poter raccogliere le risorse necessarie a garantire opportunità per i bambini e a istituire meccanismi giuridici che ne tutelino i diritti. E precisamente, i bambini e i giovani hanno bisogno di un meccanismo politico attraverso cui poter dibattere queste importanti questioni. Per ottenere una partecipazione significativa, sono indispensabili parlamenti di giovani e piattaforme analoghe.

Un meeting annuale del Consiglio di sicurezza dell'ONU come un Consiglio per i diritti dell'infanzia avrebbe un enorme impatto. Nel corso dell'anno, un sub-consiglio del Consiglio di sicurezza potrebbe esaminare le questioni fondamentali da sollevare.

Per realizzare tutto questo, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite dovrebbe ospitare una sessione dedicata ai bambini e ai giovani, preferibilmente prima della sua prossima sessione. Idealmente, l'accordo su un Consiglio dei bambini dell'ONU che faccia rapporto al Consiglio di sicurezza si potrebbe raggiungere in tempo per il settantesimo anniversario della Dichiarazione universale sui diritti umani nel 2018. Ed entro il trentesimo anniversario della CRC, nel 2019, potremmo assistere all'istituzione di un nuovo Tribunale internazionale per l'infanzia.

L'obiettivo a lungo termine è molto più semplice: dare un'opportunità ai bambini. Dare loro una voce. Il futuro appartiene a loro.

Malala Yousafzai, attivista per il diritto all'istruzione, parla con le studentesse in una scuola di Za'atari, il campo profughi per i rifugiati Siriani a Mafraq in Giordania.

© UNICEF/UNI158222/Malhas

BAMBINI E POVERTÀ: SPEZZARE IL CIRCOLO VIZIOSO

CAPITOLO 3

Bambini e povertà:

spezzare il circolo vizioso

Nessuno è più vulnerabile alla povertà dei bambini. La povertà perpetua il ciclo di svantaggio e disuguaglianza che ruba a milioni di bambini il loro potenziale e provoca danni irreparabili che permangono tutta la vita.

Muhammad Modu, 15 anni, sfollato da Malori, cerca tra la spazzatura oggetti da vendere a Maiduguri in Nigeria.

© UNICEF/UN016293/Gilbertson VII Photo

La quantità di denaro disponibile in una famiglia svolge un ruolo cruciale nel determinare le opportunità che un bambino può incontrare nella vita. Ma per i bambini la povertà non è soltanto una questione di soldi. Influisce su ogni aspetto della loro vita, stabilendo anche se possano o meno frequentare la scuola, essere ben nutriti o accedere all'assistenza sanitaria, oltre che ad acqua potabile e a servizi igienici sicuri. I bambini delle famiglie più povere hanno maggiori probabilità di morire per cause prevenibili e meno probabilità di avere accesso a un'istruzione e a un'assistenza sanitaria di qualità.

In questo capitolo si sostiene che la chiave per un mondo più equo consiste nel ridurre la povertà infantile in tutte le sue dimensioni e nel limitare i divari tra i più e i meno svantaggiati. Si osserva altresì che indagini regolari – su chi siano i bambini più svantaggiati, dove vivano e come subiscano privazioni – saranno essenziali per politiche e programmi efficaci volti a porre fine alla povertà infantile. Infine, il capitolo esamina il ruolo dei programmi di cash transfer nella riduzione della povertà e delle disuguaglianze, nonché per favorire un accesso equo all'alimentazione, alla salute, all'istruzione e ad altri servizi.

Gli effetti della povertà nell'infanzia

Non esiste un'interpretazione universale della povertà, o della povertà infantile. Sebbene possa sembrare un concetto semplice, la povertà non è sempre facile da quantificare. Alcuni possono spiegarla come mancanza di un reddito adeguato a soddisfare le necessità di base. Altri la definiscono in termini d'incapacità di

mantenere lo standard di vita medio in una certa società. Altri ancora assumono una prospettiva più ampia, interpretando la povertà come mancanza di accesso a servizi essenziali come l'istruzione, l'assistenza sanitaria di base o l'acqua potabile sicura.

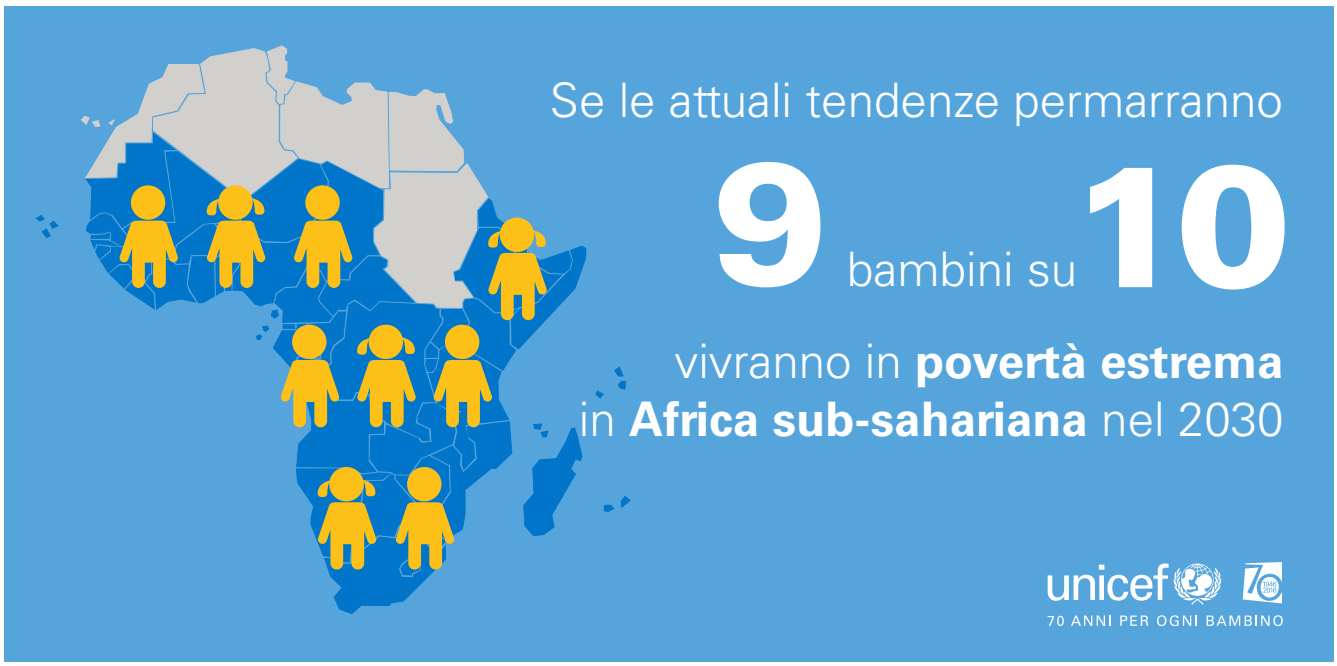
Dal punto di vista di un bambino, la definizione esatta diviene irrilevante. Le privazioni, in qualunque misura, danneggiano il suo sviluppo, soprattutto quando si subiscono nella prima infanzia. Privazioni a livello di salute, di alimentazione o di stimoli nei primi mesi e anni di vita, quando il cervello si sta sviluppando a ritmo molto rapido, possono provocare danni difficili o addirittura impossibili da risanare in seguito.

La denutrizione nella prima infanzia, per esempio, può determinare ritardi nella crescita. Se non affrontata in quel momento, può influire sullo sviluppo cognitivo, determinando difficoltà di apprendimento e cattiva salute nell'adolescenza e nell'età adulta. Al di là delle sue conseguenze a livello fisico ed emotivo, la cattiva salute nega ai bambini anche l'opportunità di giocare e imparare. Perdere l'istruzione nella prima infanzia o vivere in un ambiente che offre pochi stimoli o sostegni emotivi può limitare gravemente le possibilità di una persona nell'età adulta.

I bambini che crescono con delle privazioni non solo hanno opportunità limitate di realizzare il proprio potenziale, ma spesso crescono a loro volta i propri figli in condizioni di povertà.

Misurare i bambini che vivono in povertà

Il primo passo verso la riduzione della povertà infantile consiste nel misurarla. I metodi per calcolare la povertà monetaria forniscono un parametro utile



Una donna si lava le mani nell'acqua sporca mentre all'esterno del campo si registrano per la razione di cibo prevista a Thanyang in Sud Sudan.

© UNICEF/UN016625/Holt

rispetto al quale misurare i progressi sociali. Anche se limitate, queste misure rappresentano gli indicatori più diffusi usati per cogliere la portata della povertà a livello familiare e possono stimare le strettoie che i bambini svantaggiati e le loro famiglie si trovano a dover affrontare.

Le soglie di povertà monetaria vengono stabilite a livello sia nazionale sia internazionale. Di solito funzionano assegnando un certo valore a un paniere di beni e servizi considerati il requisito minimo per vivere una vita non impoverita secondo i prezzi correnti. Le famiglie che mancano delle risorse sufficienti per potersi permettere quel paniere sono considerate povere.

Tuttavia, le misure della povertà monetaria non tengono conto di altre dimensioni cruciali – come la mancanza di istruzione, di assistenza sanitaria, di acqua o di impianti igienici – che risultano di estrema importanza per comprendere in che modo incide sui bambini la povertà.

Per questi motivi, la povertà infantile si può definire più chiaramente come una combinazione di fattori monetari e non monetari, a livello sia familiare sia individuale.

Bambini che vivono in condizioni di povertà estrema

La misura più comunemente usata per calcolare la povertà monetaria è la soglia internazionale di povertà elaborata dalla Banca Mondiale e fissata, dall'ottobre del

2015, a 1,90 dollari USA al giorno. Secondo questa misura, nel 2012 quasi 900 milioni di persone lottavano per sopravvivere al di sotto della suddetta soglia, vivendo in condizioni di povertà estrema.[223] Dato che le famiglie più povere tendono a essere più numerose, i bambini sono rappresentati in modo sproporzionato tra chi vive in povertà estrema. Mentre rappresentano circa un terzo (34%) della popolazione totale nei paesi a basso e medio reddito, i bambini e i ragazzi fino a 17 anni formano circa la metà (46%) della popolazione che vive con meno di 1,90 dollari USA al giorno.

Ciononostante, negli ultimi tre decenni si è assistito a progressi senza precedenti nella riduzione della povertà estrema. La percentuale complessiva di persone che vivono in condizioni di povertà estrema è diminuita e, secondo le proiezioni, questa tendenza è destinata a continuare. Nel 2012, il numero di persone che, in tutto il mondo, vivevano in condizioni di povertà estrema, risultava pari a circa la metà del dato rilevato alla fine degli anni Novanta.[224]

In alcune regioni, però, è necessario prestare particolare attenzione al ritmo del progresso. In Medio Oriente e in Nord Africa, per esempio, dopo anni di progressi, i tassi di povertà monetaria sembrano essere stagnanti o, secondo alcune stime, addirittura in aumento.[225]

Nella Repubblica araba di Siria, i dati indicano che il conflitto cominciato nel 2011 ha

BOX 3.1 MISURE DELLA POVERTÀ MONETARIA INFANTILE

Gli indicatori più comuni per misurare la povertà monetaria infantile sono i seguenti:

La soglia internazionale di povertà assoluta

La soglia di "povertà assoluta" della Banca Mondiale identifica le persone che vivono in famiglie dove si guadagna meno di 1,90 dollari USA al giorno. Questa cifra viene calcolata convertendo in una valuta comune le soglie di povertà nazionali di una serie di paesi tra i più poveri del mondo– attraverso i tassi di cambio della parità di potere d'acquisto (PPA) per compensare le differenze nel costo della vita tra i vari paesi – per poi fare una media di tali soglie.

Questa misura riflette uno standard di povertà assoluta molto basso, basato sui bisogni essenziali per la sopravvivenza. È stata usata per stabilire traguardi per la riduzione della povertà ai sensi degli Obiettivi per lo sviluppo del millennio, e ora fa parte degli Obiettivi di sviluppo sostenibile, che mirano a eliminare la povertà estrema entro il 2030.

La Banca Mondiale calcola anche delle soglie internazionali di povertà più alte, come quella pari a 3,10 dollari USA a persona al giorno, usando lo stesso approccio pro capite. Queste misure rappresentano livelli di povertà al di sopra della povertà estrema.

Soglie nazionali di povertà

I governi si servono delle soglie nazionali di povertà per monitorare la povertà all'interno delle nazioni. Secondo queste misure, una persona è considerata povera se vive in una famiglia con un livello di consumo o di reddito al di sotto di una soglia stabilita a livello nazionale. Le soglie nazionali di povertà vengono stimate in valuta locale e riflettono standard nazionali.

Mentre le soglie di povertà assoluta riflettono il livello minimo di reddito o di consumo necessario per soddisfare requisiti di base, alcuni governi scelgono di usare soglie di "povertà relativa". Queste soglie consentono ancora di partecipare ai normali standard di consumo e di vita del paese, ma misurano la povertà in relazione ai livelli medi di reddito nazionali (anche l'Unione Europea e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico usano soglie di povertà relativa per comparare i livelli di povertà tra i loro membri e con altri paesi).

Il grande vantaggio delle soglie di povertà nazionali consiste nel fatto che sono specifiche per il paese e ne riflettono le caratteristiche e il livello di sviluppo. Tuttavia, la metodologia usata varia parecchio tra i vari paesi e, pertanto, non consente comparazioni tra di essi.

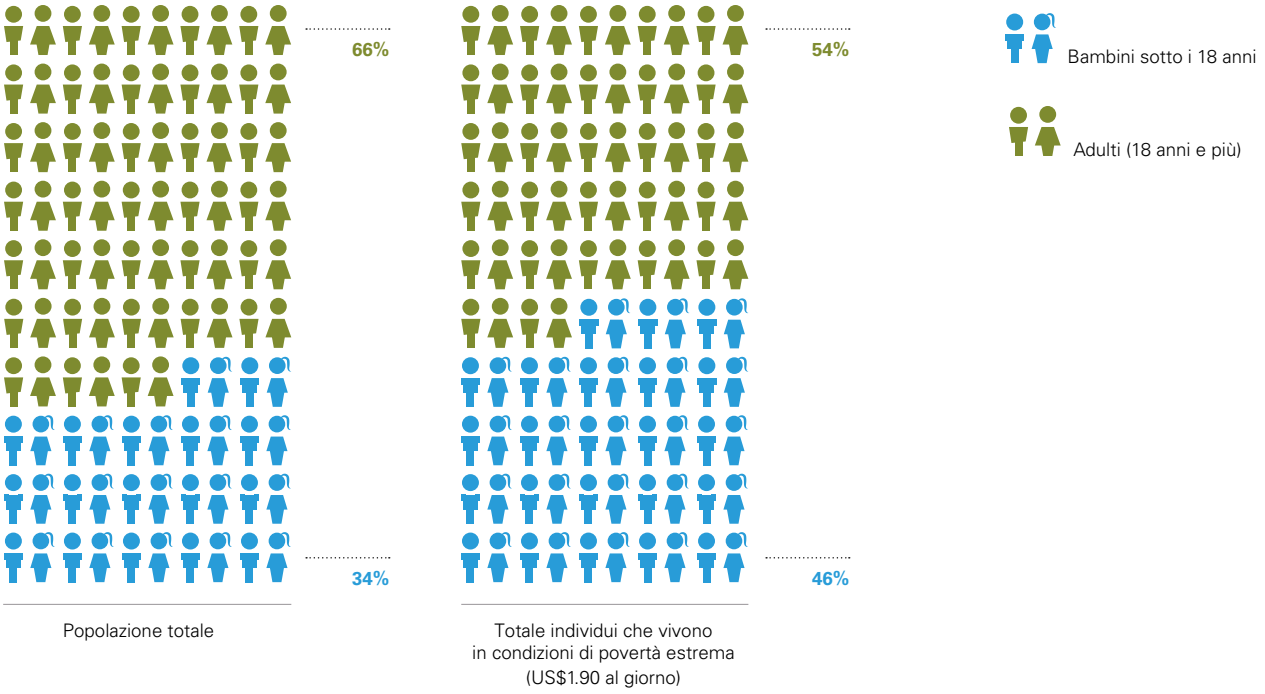
provocato un netto aumento del tasso di povertà estrema, misurato dalla percentuale di popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà nazionale. Il tasso è aumentato dal 12,3% nel 2007 a uno stimato 43% nel 2013.[226] La povertà è un motivo di preoccupazione anche per i milioni di rifugiati che sono fuggiti dalla crisi. Nel 2014, l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati ha stimato che 7 rifugiati siriani su 10 in Giordania e in Libano possono essere considerati poveri.[227] La metà di questi è costituita da bambini.

Un'altra regione particolarmente preoccupante è l'Africa sub-sahariana, in cui risiede una percentuale ampia e in aumento di persone che vivono in condizioni di povertà estrema. In base alle tendenze attuali, nel 2030 nove bambini su dieci del mondo che sopravvivono con meno di 1.9 dollari USA al giorno vivranno nell'Africa sub-sahariana.

GRAFICO 3.1

Una percentuale sproporzionata di bambini vive in condizioni di povertà estrema

Percentuale di bambini sotto i 18 anni tra la popolazione totale e tra coloro che vivono in condizioni di povertà estrema, nei paesi a reddito basso e medio-basso, 2012



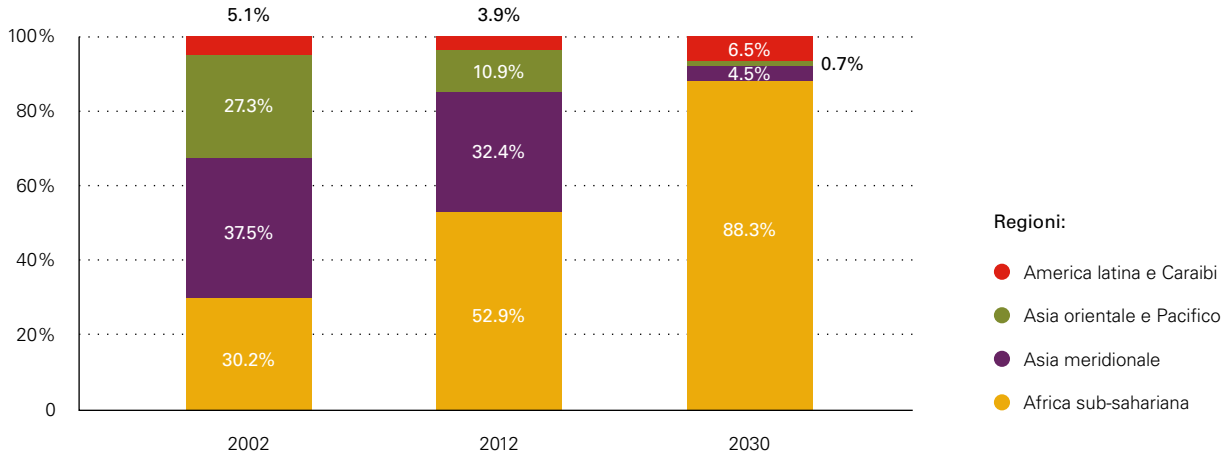
Nota: Le percentuali per tutti i paesi a basso e medio reddito vengono stimate sulla base dei dati della Banca Mondiale per l'Africa sub-sahariana, l'Asia meridionale e le regioni dell'America latina e dei Caraibi. L'analisi non comprende il Medio Oriente e il Nord Africa o l'Europa e l'Asia centrale, a causa della mancanza di dati e dei bassi tassi di povertà. I dati per altre regioni non erano disponibili al momento dei calcoli. Le stime vengono presentate come la percentuale di bambini rispetto al totale di individui che vivono in condizioni di povertà estrema. L'analisi prende in considerazione in che modo l'età media delle persone che vivono in condizioni di povertà estrema si evolva a seconda dei cambiamenti nella composizione per età della popolazione e nei tassi di fertilità per quintile di ricchezza. Le stime per i bambini basate sulla soglia internazionale di povertà aggiornata di 1,90 dollari USA al giorno non sono ancora disponibili. Tuttavia, il profilo più recente degli individui estremamente poveri nel mondo (basato sul precedente livello di 1,25 dollari USA al giorno) ha rivelato che il 47% di coloro che vivevano in condizioni di povertà estrema avevano al massimo 18 anni. Dal momento che i dati utilizzati per calcolare le prime stime si basavano sulla classificazione dei profili in base a vecchi sondaggi, il profilo dovrebbe offrire un valido punto di riferimento.

Fonte: Calcoli dell'Overseas Development Institute per l'UNICEF (2016), basati su dati provenienti dalla Banca Mondiale (2016) e dal Dipartimento per gli affari economici e sociali dell'ONU.

GRAFICO 3.2

Nel 2030, 9 bambini su 10 in condizioni di povertà estrema vivranno nell'Africa sub-sahariana

Percentuale stimata di bambini che vivono in condizioni di povertà estrema (1,90 dollari USA al giorno), per regioni della Banca Mondiale, nel 2002, nel 2012, e proiezioni per il 2030



Nota: L'analisi non comprende il Medio Oriente e il Nord Africa o l'Europa e l'Asia centrale, a causa della mancanza di dati e dei bassi tassi di povertà. Le proiezioni relative alla povertà sono interpolazioni lineari basate su proiezioni pubblicate nel *Global Monitoring Report 2015/2016* della Banca Mondiale. Le stime vengono presentate come percentuale dei bambini sul numero totale di individui estremamente poveri. L'analisi prende in considerazione in che modo l'età media degli individui che vivono in condizioni di povertà estrema si evolva a seconda dei cambiamenti nella composizione per età della popolazione e nei tassi di fertilità per quintile di ricchezza.

Fonte: Calcoli dell'Overseas Development Institute per l'UNICEF (2016), basati su dati provenienti dalla Banca Mondiale (2016) e dal Dipartimento di affari economici e sociali dell'ONU (2013).

BOX 3.2 MISURARE LA POVERTÀ INFANTILE MULTIDIMENSIONALE

Idealmente, tutti i paesi dovrebbero presentare rapporto sul numero di bambini che vive in povertà usando misure sia monetarie sia multidimensionali.

Le misure monetarie, come le soglie di povertà nazionali e internazionali menzionate in precedenza, vengono già ampiamente usate per riferire i progressi a livello di riduzione della povertà. Possono costituire la base per stimare il numero di bambini che vive in condizioni di povertà monetaria – ovvero il tasso di povertà infantile – a livello nazionale, regionale e globale.

L'Indice di povertà multidimensionale (Multidimensional Poverty Index - MPI) è un esempio di strumento ideato per migliorare i dati sulla povertà. L'indice copre tre dimensioni di svantaggio – sanità, istruzione e privazioni materiali – misurate da 10 indicatori. I rapporti con dati sulla MPI, disaggregabili per i bambini, classificano gli individui come poveri quando sono svantaggiati in relazione ad almeno un terzo degli indicatori.

Un altro strumento, sviluppato dall'UNICEF, è la Multiple Overlapping Deprivation Analysis (Analisi delle privazioni multiple sovrapposte), che serve a concentrare di più sull'equità le analisi delle condizioni di povertà e di privazione dei bambini di tutto il mondo. Seleziona il bambino come unità di analisi, piuttosto che la famiglia, poiché il bambino subisce la povertà in modo diverso dagli adulti.

Questa concentrazione risulta particolarmente allarmante perché l'Africa sub-sahariana è la regione più giovane del mondo, dove circa la metà della sua popolazione è composta da individui con meno di 18 anni.[228] Nei prossimi 15 anni, sarà responsabile di quasi tutto l'aumento della popolazione infantile nel mondo. Se continueranno le tendenze attuali, nel 2030, 156 milioni di bambini lotteranno nell'Africa sub-sahariana per sopravvivere con meno di 1,90 dollari USA al giorno.[229]

Nel 2012, 89 milioni di persone nella regione, pari a circa il 10% della popolazione, vivevano con meno di 80 centesimi al giorno. Nell'Africa sub-sahariana, gli individui al di sotto della soglia di povertà estrema vivono in media con 1,20 dollari al giorno, in confronto agli 1,50 dei più poveri in Asia meridionale.[230]

Bambini che vivono in condizioni di povertà "moderata"

Vale la pena notare che la soglia di povertà estrema di 1,90 dollari al giorno non è un confine rigoroso che divide i poveri dai non-poveri. Milioni di bambini che si trovano al di sopra di questa soglia vivono comunque in condizioni di indigenza, sono vulnerabili o subiscono privazioni in altri ambiti della loro vita.

NEL MONDO OLTRE 3 MILIARDI DI PERSONE VIVONO IN POVERTÀ. NEL 2012 SOPRAVVIVEVANO CON MENO DI 5 DOLLARI USA AL GIORNO.

I dati che utilizzano soglie di povertà più ampie fanno capire la natura globale e universale della povertà. Nel 2012, più di due miliardi di persone nei paesi a reddito basso o medio vivevano con meno di 3,10 dollari USA al giorno, considerati una soglia di povertà "moderata". Questo totale comprende quasi 900 milioni di persone in Asia meridionale, 500 milioni in Asia orientale e Pacifico, e circa 72 milioni in America latina e nei Caraibi. Circa 50 milioni di persone in Medio Oriente e in Nord Africa vivevano con meno di 3,10 dollari al giorno nel 2008, l'ultimo anno per cui sono disponibili sondaggi affidabili.[231] In tutto il mondo, più di 3 miliardi di persone nel 2012, vivevano con meno di 5 dollari al giorno.[232]

In molti casi a questi individui, può bastare una siccità, una malattia, lo scoppio di un conflitto o una recessione economica per regredire al di sotto del livello di 1,90 dollari al giorno.

L'esperienza dell'America latina illustra la necessità di guardare oltre le soglie di povertà. Tra la metà degli anni Novanta e il 2011, i livelli di povertà estrema nella regione si sono ridotti della metà, grazie alle economie in espansione, oltre che alle pensioni e ad altri sussidi sociali.[233] Tuttavia, nel 2013, il 38% della popolazione viveva con un reddito quotidiano compreso tra i 4 e i 10 dollari USA.[234]

Bambini poveri che vivono in paesi ricchi

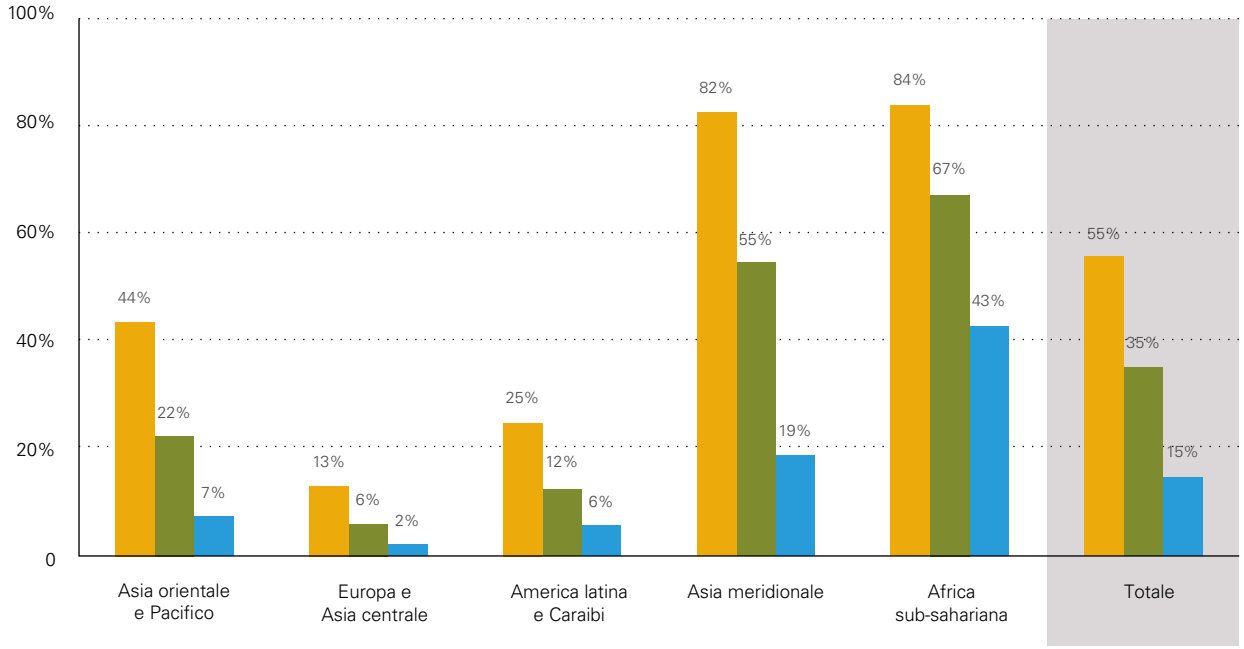
Anche la povertà relativa, che ha una particolare rilevanza nei paesi più ricchi, può influire sulla vita dei bambini. Avere probabilità più scarse di essere istruiti, in salute o ben nutriti in confronto ai loro coetanei li mette in una condizione di svantaggio e ne limita le opportunità.

Otto anni dopo l'inizio della crisi finanziaria del 2008, il ritmo lento della ripresa economica, i livelli elevati di disoccupazione, la pressione finanziaria e le disuguaglianze crescenti stanno mettendo a repentaglio le speranze di una

GRAFICO 3.3

Più della metà della popolazione nei paesi a basso e medio reddito sopravvive con meno di 5 dollari USA al giorno

Percentuale di individui che vivono al di sotto delle varie soglie di povertà internazionali, per regioni della Banca Mondiale, 2012



- Persone esposte alla povertà (meno di 5 dollari USA al giorno)
- Persone che vivono in condizioni di povertà moderata (meno di 3.10 dollari USA al giorno)
- Persone che vivono in condizioni di povertà estrema (meno di 1,90 dollari USA al giorno)

Nota: Il totale si riferisce ai paesi a basso e medio reddito disponibili su PovcalNet. Al momento del calcolo, non erano disponibili dati per il Medio Oriente e il Nord Africa. Tutte le stime si basano su parità di potere d'acquisto (Purchasing Power Parity o PPP) in dollari USA ($PPP) relative 2011. 5 dollari USA al giorno non costituiscono una soglia internazionale ufficiale della povertà usata dalla Banca Mondiale.

Fonte: La Banca Mondiale (2016).

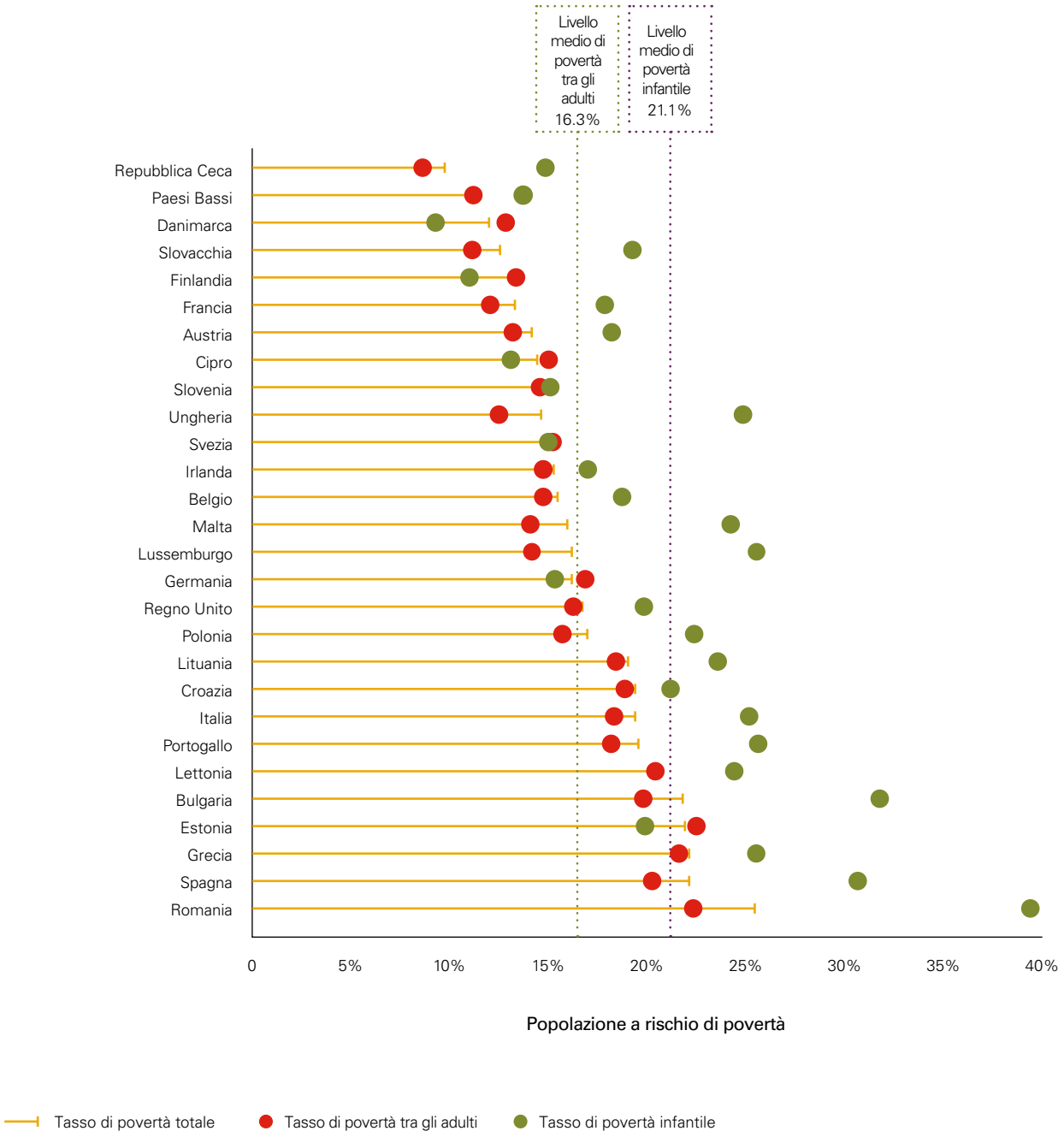
generazione di bambini nei paesi ad alto reddito facenti parte dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).[235] Al tempo stesso, i bambini e le famiglie povere stanno subendo gli effetti di programmi per la riduzione del deficit attuati dai governi in risposta alla crisi.[236]

Nel 2014, nei 41 paesi più ricchi, quasi 77 milioni di bambini vivevano in condizioni di povertà monetaria.[237] Prendendo come riferimento i livelli pre-crisi, dopo il 2008 i tassi di povertà infantile sono aumentati in 23 paesi OCSE. In cinque di questi, i tassi di povertà infantile sono saliti di più del 50%.[238] Nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, la percentuale dei bambini che vive in povertà è superiore a quella degli adulti.

GRAFICO 3.4

Nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, i bambini sono più a rischio di povertà monetaria rispetto agli adulti

Percentuale di popolazione a rischio di povertà nell'Unione Europea, per gruppo di età, 2014



Nota: "A rischio di povertà" significa vivere al di sotto della soglia di povertà, che corrisponde al 60% del reddito medio equalizzato al lordo dei trasferimenti sociali.

Fonte: Eurostat (2016), sulla base delle Statistiche dell'Unione Europea sul reddito e sulle condizioni di vita (European Union Statistics on Income and Living Conditions)

La povertà infantile in tutte le sue dimensioni

Vivere in una famiglia che si trova al di sopra della soglia di povertà monetaria non significa necessariamente che un bambino sia fuori dalla povertà. Prendiamo in considerazione una famiglia che supera la soglia nazionale di povertà ma non ha comunque accesso a un'abitazione, a cibo, acqua, impianti igienici, istruzione, assistenza sanitaria o informazioni. Secondo un'interpretazione monetaria della povertà, questa famiglia non dovrebbe considerarsi povera. Tuttavia, secondo un'interpretazione più ampia, un bambino che vive in tale famiglia può considerarsi povero, a causa delle privazioni che deve affrontare.

Diverse misure sono state sviluppate per comprendere meglio e monitorare la povertà nelle sue molteplici dimensioni. Esaminando le varie privazioni che i bambini subiscono in aspetti cruciali della loro vita, i paesi possono orientare meglio politiche e programmi a beneficio dei più svantaggiati.

Misure come l'Indice multidimensionale di povertà mirano a stimare in modo accurato la portata del problema. Secondo le sue rilevazioni più recenti, 1,6 milioni di persone vivevano in condizioni di povertà multidimensionale nel 2015.[239]

Un altro studio sulla povertà multidimensionale si è concentrato sui bambini dell'Africa sub-sahariana e ha fornito risultati allarmanti. Nei 30 paesi per i quali erano disponibili dati comparabili, circa l'86% dei bambini sotto i 18 anni subiva almeno una privazione e circa due terzi ne subivano due o più.[240] Secondo uno studio del 2008-2009, 81 milioni di bambini e adolescenti dei paesi dell'America latina e dei Caraibi erano colpiti da almeno una privazione moderata o grave dei loro diritti a istruzione, nutrizione, alloggio, servizi igienici, acqua potabile o accesso a informazioni.[241]

Un bambino imbocca un altro bambino nel campo profughi Nyarugusi nella Regione Kigoma in Tanzania.

© UNICEF/UNI186112/Calvin

Gli svantaggi si sovrappongono e si rafforzano a vicenda

Quando i bambini soffrono a causa di povertà, cattiva salute, malnutrizione, stress, violenza, abusi, abbandono, assistenza inadeguata o mancanza di opportunità di apprendimento, soprattutto durante i primi anni di vita, la loro capacità di realizzare il proprio potenziale viene seriamente compromessa.

Una bambina che deve percorrere lunghi tratti a piedi per trasportare l'acqua ha meno tempo per frequentare la scuola. Un bambino denutrito è più suscettibile a malattie diffuse attraverso impianti igienici carenti. Un neonato a cui vengono a mancare il nutrimento, gli stimoli e l'interazione necessari proprio quando si stanno formando i collegamenti neurali nel suo cervello potrebbe non avere mai la possibilità di svilupparsi appieno. Ogni privazione aggrava l'impatto delle altre, e quando due o più si sovrappongono, i loro effetti sui bambini possono risultare catastrofici.

Le privazioni si acuiscono in modo particolare per i bambini che vivono in stati fragili e tormentati da conflitti: questi infatti hanno probabilità più che doppie di essere denutriti rispetto ai coetanei in altri paesi a basso reddito. Hanno anche probabilità tre volte superiori di non andare a scuola, probabilità doppie di morire prima del loro quinto compleanno e più che doppie di non avere accesso a fonti migliorate di acqua potabile.[242]

Oltre ai conflitti, anche gli effetti del cambiamento climatico e del degrado ambientale

Moses, 1 anno, Sarah, 2 anni e Paul 7 anni, sono con la madre Lucy e il cugino Joslyn, 7 anni, fuori dalla loro casa distrutta dal Ciclone Pam all'Isola Tanna, a Vanuatu.

© UNICEF/UNI181237/Crumb

creano nuovi rischi e rafforzano vecchie vulnerabilità sociali ed economiche generate da povertà e disuguaglianza. Alcuni dei bambini più poveri del mondo vivono in zone particolarmente esposte a disastri naturali come inondazioni, siccità o gravi tempeste. Più di 300 milioni di bambini vivono in zone in cui si verificano frequenti alluvioni, e dove più della metà della popolazione sopravvive con meno di 3,10 dollari USA al giorno.[243]

I bambini che già subiscono privazioni in molte dimensioni della loro vita hanno notevoli probabilità di dover far fronte ad alcuni dei pericoli più immediati del cambiamento climatico. Insieme alle famiglie, sono i più esposti a potenziali danni. Man mano che i pericoli correlati al clima si presentano con maggior frequenza, gli effetti sommati di shock frequenti renderanno più difficile per le famiglie svantaggiate sopravvivere, recuperare, superare e adattarsi.

L'urbanizzazione è un'altra forza che mette sotto pressione i tentativi di ridurre la povertà e accentua le disuguaglianze. Le soglie di povertà nazionali potrebbero non tener conto dei costi elevati della vita in città, soprattutto a livello di alloggi, trasporti, acqua, servizi igienici, istruzione e servizi sanitari. E i bambini delle zone urbane possono non avere accesso a servizi essenziali pur vivendo in prossimità di essi. Di conseguenza, i rischi per le popolazioni urbane possono superare quelli per chi vive in zone rurali.

Per esempio, uno studio svolto nel 2006 in Africa sub-sahariana ha rivelato disparità a livello di nutrizione infantile tra comunità urbane più ricche e più povere maggiori di quelle tra zone urbane e rurali.[244] Secondo uno studio svolto nel 2012 in Egitto, i tassi di povertà tra alcuni bambini degli slum urbani hanno raggiunto o superato quelli di chi vive nelle zone rurali economicamente più depresse del paese.[245] E in Cina, per i molti bambini emigrati in città con le loro famiglie, il fatto di essere registrati alla nascita hukou in una zona rurale spesso significa non aver diritto, in città, a servizi essenziali come la salute, l'istruzione e altro.[246]

Le sfide che i bambini delle comunità urbane povere si trovano a dover affrontare risultano particolarmente rilevanti alla luce della proiezione secondo cui, nel 2050, il 66% della popolazione mondiale vivrà nelle città dei continenti africano e asiatico.[247] Esclusi da altre opportunità, molti dei poveri urbani non possono che accettare lavori informali al di fuori dei regolamenti, della tassazione e del controllo del governo. I più emarginati, tra cui le donne e gli individui con disabilità, restano spesso intrappolati nell'economia sommersa a causa delle discriminazioni che ne limitano le opportunità.[248]

Esiste un forte collegamento tra lavoro informale e povertà.[249] I lavoratori informali non godono delle protezioni sociali di base, devono subire condizioni di lavoro insicure e sono soggetti a licenziamenti senza indennità. Restano bloccati in attività poco produttive con scarse opportunità di mobilità e nessuna protezione nel caso di non pagamento dei salari.

Anche razza ed etnia svolgono un ruolo importante nel determinare le opportunità nella vita di un bambino, persino in alcuni dei paesi più ricchi del mondo. Nel 2013, negli Stati Uniti, il 39% dei bambini afro-americani, il 36% di quelli indo-americani e il 32% di quelli ispanici viveva in famiglie povere, definite come aventi un reddito al di sotto della soglia di povertà stabilità a livello federale, in confronto al 13% dei bambini bianchi del paese e al 13% dei bambini asiatici.[250]

In Europa, i Rom costituiscono la minoranza etnica più ampia e sono tra i più indigenti.[251] Secondo uno studio condotto nel 2011 in 11 paesi dell'Unione Europea, circa il 41% dei bambini rom viveva in famiglie in cui qualcuno doveva andare a letto affamato almeno una volta, nel mese precedente il sondaggio, perché non ci si poteva permettere di acquistare cibo.[252] Nelle famiglie con quattro o più bambini, praticamente tutte le famiglie rom erano a rischio di povertà in base alle soglie nazionali.[253] La percentuale di bambini rom che viveva in famiglie al di sotto della soglia nazionale "a rischio di povertà" risultava doppia rispetto a quella dei bambini non rom residenti nelle vicinanze.[254]

LE NAZIONI FIRMATARIE DEGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE SI SONO IMPEGNATE AD AFFRONTARE IL TEMA DELLA POVERTÀ INFANTILE IN TUTTE LE SUE FORME.

Anche le famiglie di migranti in Europa sono particolarmente vulnerabili alla povertà. Nel 2012, nelle famiglie di migranti in Spagna, un bambino su due viveva in condizioni di povertà.[255] In Grecia, il tasso di povertà infantile per le famiglie migranti è aumentato del 35% tra il 2008 e il 2012, in confronto al 15% per la popolazione generale.[256]

Anche se le sfide da affrontare risultano grandi, molte delle soluzioni sarebbero disponibili. Un approccio integrato – concentrato su interventi in ambiti come la salute, la nutrizione, l'acqua e gli impianti igienici, la protezione e l'apprendimento durante i primi anni della vita dei bambini – può stabilire una base solida per la loro vita intera.

Misurazione universale della povertà infantile

Le nazioni che stanno sottoscrivendo gli obiettivi per il 2030 si sono impegnate ad affrontare la povertà infantile in tutte le sue dimensioni. In virtù di questo impegno, hanno bisogno di dati costantemente aggiornati su chi sia povero e in che misura, al fine di monitorare i progressi, individuare i divari e guidare politiche e programmi per far sì che i bambini vulnerabili non vengano lasciati indietro.

Ciononostante, il numero di paesi che riferiscono cifre relative alla povertà infantile è

Bambini frequentano la scuola primaria Traiko Simeonov dove il 90% degli studenti sono di origine Rom, a Shumen, a nord della Bulgaria.

© UNICEF/UNI154479/Pirozzi

limitato. Secondo una recente analisi interna condotta dall'UNICEF, più di un terzo dei paesi non sta misurando la povertà infantile, e circa la metà di quelli che la misura non lo fa regolarmente.[257]

Idealmente tutti i paesi dovrebbero riferire il numero di bambini che vive in povertà adattando parametri sia monetari sia multidimensionali. I sistemi di misurazione della povertà infantile multidimensionale offrono un quadro più completo del modo in cui i bambini soffrono la povertà. Questi dati si possono adattare e applicare al contesto economico e sociale di ogni paese, informando lo sviluppo di approcci nazionali alla riduzione della povertà.

Istituti finanziari internazionali, agenzie di sviluppo, donatori e istituzioni regionali potrebbero cooperare in modo più efficace per innalzare gli standard e rafforzare la capacità statistica nazionale nei paesi in questione. Provvedimenti del genere avvicinerebbero il mondo all'obiettivo dell'eliminazione della povertà estrema in generale, e della povertà infantile in particolare.

Il ruolo dei cash transfer nella riduzione di povertà e disuguaglianze

Ridurre la povertà infantile in tutte le sue dimensioni è uno dei compiti più importanti e urgenti a cui il mondo deve far fronte, e richiede sforzi concertati e protratti per mettere i bambini al primo posto e ricevere eque opportunità di sopravvivere e prosperare.

Poiché i modi in cui i bambini sperimentano la povertà presentano numerose angolazioni, è essenziale non soltanto fornire servizi equi, tra cui assistenza sanitaria essenziale e istruzione di qualità, ma anche far sì che i bambini più svantaggiati via accedano. Meccanismi di protezione sociale come le pensioni, le esenzioni dai

pagamenti, i sussidi per il mantenimento dei figli e i cash transfer costituiscono approcci efficaci in grado di ridurre la vulnerabilità a povertà e privazioni, di rafforzare la capacità delle famiglie di prendersi cura dei figli, nonché di superare le barriere all'accesso ai servizi essenziali.

I cash transfer possono fungere da "reti di sicurezza" per salvare dall'indigenza le famiglie più povere e più vulnerabili in tutti i contesti, emergenze umanitarie comprese. Al tempo stesso, offrono alle famiglie una via d'uscita dalla povertà incrementando i redditi, aumentando la frequenza scolastica, migliorando l'alimentazione, incoraggiando l'utilizzo di servizi sanitari e offrendo opportunità di lavoro. Secondo una stima, le iniziative per la protezione sociale mantengono 150 milioni di persone fuori dalla povertà,[258] e hanno effetti positivi sulla vita dei bambini evidenti in tutta una serie di indicatori. I risultati provenienti da molte regioni dimostrano conseguenze dirette come aumenti del reddito e del consumo, maggiore accesso a beni e servizi, maggiore inclusione sociale e minore stress familiare.

A causa delle loro dimensioni di solito modeste, i programmi di cash transfer, da soli, non possono portare la maggior parte delle famiglie al di sopra della soglia di povertà monetaria. Ma possono determinare una differenza reale nella riduzione degli effetti della povertà e nel sostegno alle famiglie e alle economie. I cash transfer funzionano mettendo più soldi in mano ai poveri, rafforzando i mercati locali e creando un flusso di benefici sociali conseguente alla riduzione della povertà. Quando le famiglie spendono i sussidi che ricevono, l'impatto di questi ultimi viene moltiplicato nell'economia locale e i benefici si trasmettono ad altri all'interno della società.

I programmi di cash transfer possono ridurre le disuguaglianze incrementando lo sviluppo economico, la produttività e la creazione di posti di lavoro. In Brasile, per

Bambini a Supaul, un distretto a rischio alluvioni nello stato di Bihar in India.

© UNICEF/UNI130498/Singh

esempio, Bolsa Familia, uno dei programmi di cash transfer più grandi del mondo, è stato abbinato a Beneficio de Prestação Continuada, una combinazione tra pensione sociale e sussidio di disabilità. Insieme, questi programmi hanno contribuito a ridurre più di un quarto delle disuguaglianze del paese, pari al 2,7% tra il 1995 e il 2004 secondo il coefficiente di Gini.[259]

In Ucraina, nel frattempo, gli assegni familiari hanno concorso, secondo le stime, a una diminuzione della disuguaglianza pari all'1% tra il 2001 e il 2007. Tali assegni sono stati ideati in modo da tener conto delle vulnerabilità specifiche che colpiscono le famiglie con più di un figlio, a maggior rischio di povertà.[260]

I programmi di cash transfer offrono anche protezione dagli shock, aiutando le famiglie a superare le flessioni economiche senza dover liquidare patrimoni produttivi, togliere i bambini dalla scuola o tagliare spese essenziali per la salute e la nutrizione. Alcuni programmi mirano esplicitamente alle famiglie con figli, ma non è necessario che i cash transfer siano rivolti ai bambini perché questi ultimi possano beneficiarne.

Alcune prove hanno dimostrato che i cash transfer possono anche rafforzare il ruolo delle donne nelle decisioni sulle spese della famiglia, consentendo loro di godere di una maggiore sicurezza finanziaria e di impegnarsi in attività generatrici di reddito.[261]

Nei paesi colpiti da conflitti, negli stati fragili e nelle emergenze umanitarie, le sovvenzioni in contanti possono rappresentare uno dei modi più efficienti ed efficaci per raggiungere le famiglie più povere.[262] Un recente esempio è rappresentato da un programma che ha aiutato ogni mese circa 56.000 bambini di 15.000 famiglie vulnerabili di rifugiati siriani che vivevano in comunità di accoglienza in Giordania. I cash transfer hanno dato a queste famiglie i mezzi per coprire bisogni e spese essenziali specifiche per i bambini.

Delle 500 famiglie che hanno partecipato a un sondaggio sul programma, l'88% ha riferito di usare le sovvenzioni in contanti per coprire almeno una spesa specifica per i figli. La maggioranza ha detto di averle spese in cibo fresco (65%) e in medicine (53%), nonché per pagamenti collegati alla scuola (56%).[263]

I CASH TRANSFER AIUTANO I BAMBINI A RIMANERE A SCUOLA PIÙ A LUNGO E A PROGREDIRE VERSO LIVELLI DI ISTRUZIONE PIÙ ELEVATI.

In Kenya, il Programma rete di sicurezza contro la fame (Hunger Safety Net Programme) ha offerto cash transfer a famiglie povere in quattro paesi aridi e semi-aridi. Malgrado una grave siccità, le famiglie beneficiarie delle sovvenzioni hanno avuto il 10% di probabilità in meno di rientrare nel decimo più povero della popolazione rispetto a quelle che non le hanno ricevute.[264] In aggiunta agli effetti sulla povertà, si è rilevato che il programma di trasferimento ha migliorato la sicurezza alimentare e ha permesso alle famiglie di spendere di più in assistenza sanitaria. Ha avuto anche un impatto positivo sul rendimento scolastico dei bambini.

I cash transfer e l'accesso a servizi essenziali

Come dimostrano alcuni di questi esempi, i cash transfer compensano molteplici privazioni e aiutano i bambini ad accedere a servizi essenziali per il loro benessere. Per esempio, i cash transfer per le famiglie e i bambini più vulnerabili possono essere utilizzati per fruire di copertura sanitaria, un approccio adottato dal Ghana con il programma Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP). Una caratteristica unica del LEAP è che, oltre a piccoli pagamenti bimestrali in contanti, offre ai beneficiari una copertura sanitaria gratuita attraverso il Programma assicurativo nazionale.[265]

I cash transfer possono far fronte anche ad alcune delle determinanti dello svantaggio educativo, contribuendo a spezzare il legame tra povertà e tassi di abbandono scolastico.[266] In Marocco, un programma di cash transfer ha prodotto un significativo miglioramento della partecipazione scolastica.[267] Le prove dimostrano che i cash transfer hanno fatto aumentare la richiesta di istruzione[268] e migliorato l'iscrizione e la frequenza.[269]

Inoltre, si è dimostrato che i cash transfer aiutano i bambini a rimanere a scuola più a lungo e a progredire verso livelli d'istruzione più elevati. In Cambogia, un'iniziativa per offrire borse di studio ad alunni a rischio provenienti da famiglie dal reddito basso ha fatto aumentare la durata media della loro permanenza a scuola.[270] In Colombia, Ghana e Pakistan, i programmi di cash transfer hanno contribuito a migliorare le percentuali di passaggio a livelli d'istruzione più alti.

In alcuni casi, i cash transfer e altre misure di protezione sociale hanno avuto effetti anche sull'apprendimento. Per esempio hanno determinato migliori punteggi nei test dei bambini del Burkina Faso e modesti miglioramenti in Marocco.[271] Nel frattempo, programmi per la mensa scolastica sono stati collegati a un apprendimento e a uno sviluppo cognitivo maggiori. In Bangladesh, gli studenti di scuola primaria coinvolti in un programma di ristorazione scolastica hanno fatto registrare, a livello di apprendimento, un miglioramento pari al 15,7%, soprattutto per quanto riguarda la matematica, in confronto ai coetanei che non hanno partecipato al programma.[272]

I cash transfer hanno anche dimostrato di avere qualche effetto sul matrimonio precoce e sul lavoro minorile, nonché sugli svantaggi educativi che tali pratiche comportano. Mentre affrontare queste violazioni dei diritti dell'infanzia è una sfida complessa che richiede interventi in molteplici settori, i cash transfer possono alleviare alcune delle pressioni finanziarie che costringono i bambini a lavorare o a sposarsi, e quindi ad abbandonare la scuola.[273]

Un programma di cash transfer a Panama, per esempio, ha determinato una riduzione di quasi il 16% del lavoro minorile per i bambini autoctoni tra i 12 e i 15 anni, nonché un aumento di quasi l'8% nell'iscrizione alla scuola elementare in territori autoctoni.[274] In Pakistan, il Female School Stipend Programme ha ridotto fino al 5% la partecipazione delle bambine alla forza lavoro.[275] In Bangladesh, un programma di cash transfer è riuscito a incoraggiare le bambine a iscriversi soprattutto alla scuola secondaria e a ritardare il matrimonio.

Espandere la protezione sociale e guardare avanti

Ogni paese del mondo attua almeno un programma di sicurezza sociale, mentre in 108 paesi esistono programmi per assegni familiari basati su leggi specifiche. Tuttavia questi programmi coprono spesso solo piccoli gruppi di popolazione, mentre in 75 paesi non sono affatto disponibili.[276]

Espandere la protezione sociale risulta essenziale per raggiungere gli obiettivi per il 2030. In effetti, tali obiettivi comprendono un traguardo specifico per l'attuazione di sistemi e misure di protezione sociale adeguati a livello nazionale, al fine di raggiungere una copertura significativa per i più poveri e vulnerabili entro il 2030.

Un approccio universale all'espansione della protezione sociale non solo farebbe aumentare la copertura, ma ridurrebbe anche le possibilità di escludere per errore

Bambini all'esterno della loro casa nell'area Muhamasheen di Mathbah, a Sana'a nello Yemen.

© UNICEF/UN013965/Shamsan

Un ragazzo prova a guadagnare qualche soldo pesando le persone per strada a Sana'a nello Yemen.

© UNICEF/UN018345/Altwaity

famiglie idonee, creerebbe solidarietà sociale e ridurrebbe la stigmatizzazione talvolta associata agli approcci mirati.

Per i paesi ricchi, la sfida immediata consiste nel ripristinare e rafforzare le reti di sicurezza e i benefici erosi sulla scia della crisi finanziaria globale. Per molti paesi a medio reddito, l'architettura dei programmi di cash transfer esistenti fornisce la base per un'ulteriore espansione. I governi nei paesi a basso reddito si trovano a dover affrontare scelte più difficili. Con bilanci limitati e livelli elevati di povertà infantile, si creano tensioni tra gli approcci mirati ai trasferimenti e quelli universali. Queste tensioni vanno affrontate caso per caso.

Alla fine, comunque, i programmi di protezione sociale costituiscono soltanto uno strumento all'interno degli sforzi più ampi per affrontare la questione basilare della povertà infantile. Adottando gli SDG, i leader mondiali hanno riconosciuto l'importanza centrale di tale questione. L'Obiettivo 1 mira a porre effettivamente fine alla povertà estrema entro il 2030 (Traguardo 1.1), nonché a ridurre di almeno la metà la percentuale di uomini, donne e bambini che vivono in povertà in tutte le sue dimensioni ai sensi delle definizioni nazionali (Traguardo 1.2). Gli obiettivi, inoltre, mettono in evidenza che nessun paese è immune agli effetti della povertà, sottolineando che quella di porre fine alla povertà infantile è una sfida universale.

Lavorando verso il raggiungimento degli obiettivi, i governi dovranno riconoscere e affrontare le sfide caratteristiche della povertà infantile in tutte le sue dimensioni e assumere impegni espliciti per porvi termine. Se non si riuscirà ad agire in questa generazione, i costi umani, sociali ed economici di tale fallimento si trasmetteranno alle generazioni future

PUNTO DI VISTA

Cosa stiamo aspettando? Le società sostenibili cominciano dai bambini

Di Kailash Satyarthi, Vincitore del premio Nobel per la pace e fondatore della Kailash Satyarthi Children's Foundation

Sulle colline ai piedi dell'Himalaya, molti anni fa, incontrai un bambino lavoratore piccolo e macilento, il quale mi chiese: "Il mondo è così povero da non potermi dare un giocattolo e un libro, invece di costringermi a prendere un fucile o un attrezzo?" In un'altra occasione, sulle strade della Colombia, una madre-bambina che, coinvolta nel traffico di esseri umani, era stata violentata e schiavizzata, mi chiese: "Non ho mai avuto un sogno. Mio figlio ne può avere uno?" E una volta un bambino sudanese, rapito da una milizia estremista e costretto a uccidere i suoi amici e la sua famiglia, mi chiese: "È colpa mia?"

La schiavitù non è finita con la sua abolizione nel XIX secolo. Anche nei tempi moderni e in paesi sviluppati, esiste ancora nelle sue forme più crudeli. La maggior parte dei dati recenti dimostra che nel mondo ci sono ancora 150 milioni di bambini lavoratori, che 59 milioni di bambini in età da istruzione primaria non vanno a scuola, e che ogni anno 15 milioni di ragazzine sotto i 18 anni sono costrette a sposarsi. Milioni di bambini, inoltre, convivono con una disabilità che dà loro maggiori probabilità di essere emarginati o di non ricevere un'istruzione.

Milioni di migranti senza documenti e di individui ai margini della società sono vittime del traffico di esseri umani e vengono costretti al lavoro domestico o alla prostituzione. Nelle zone colpite da crisi, la schiavitù risulta assai più dilagante: ai bambini si consegnano fucili invece di giocattoli, e le bambine vengono vendute a volte per meno di un pacchetto di sigarette. Purtroppo, 37 milioni di bambini che vivono in paesi colpiti da crisi sono fuori dalla scuola primaria o secondaria inferiore. Ho incontrato bambini che lavoravano nelle piantagioni di cacao nella Costa d'Avorio, che vendevano fiori in Colombia, che cucivano palloni da calcio in Pakistan, che lavoravano nelle miniere di mica e nelle fornaci di mattoni in India, e che pativano orrori inimmaginabili in Nigeria.

Tutti i bambini meritano un inizio equo e paritario della vita. Meritano la libertà e l'infanzia. Meritano un'istruzione completa, equilibrata e di qualità. Questi devono essere considerati non soltanto diritti fondamentali, ma anche strumenti per creare una società più inclusiva e sostenibile.

Nel settembre del 2015, più di 200 leader mondiali si sono riuniti per adottare un piano quindicennale per lo sviluppo sostenibile. Applaudo le Nazioni Unite per aver incorporato negli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) la necessità di eliminare il lavoro minorile, il lavoro forzato, la schiavitù moderna e il traffico di esseri umani, oltre a una forte enfasi su un'istruzione inclusiva, equa e di qualità. Per la prima volta si sono stabiliti traguardi specifici per porre fine a queste piaghe, il cui rapporto con lo sviluppo sostenibile è ormai riconosciuto. Insieme ai miei colleghi attivisti, chiedevo questo da molti anni.

Le società sostenibili possono avere un futuro prospero soltanto quando i loro bambini sono al sicuro, istruiti e sani. In parole semplici, il fatto di riuscire a porre fine al lavoro minorile, alla schiavitù, al traffico di esseri umani e alla violenza contro i bambini è direttamente collegato al raggiungimento della maggior parte degli altri obiettivi di sviluppo.

Insieme abbiamo espresso la volontà di avere un futuro migliore. Tuttavia, la volontà nelle parole conta di più delle parole nella volontà.

Rivolgendomi al vertice dell'ONU per gli SDG tenutosi a New York per conto dei bambini più emarginati, ho chiesto azioni concrete, non promesse. Sappiamo che progredire è possibile: dall'ultima agenda di sviluppo, sia il numero di persone che vive in condizioni di povertà estrema sia il numero di bambini in età da istruzione primaria fuori dalla scuola sono stati dimezzati.

La nostra generazione può essere quella che metterà completamente fine alla piaga della schiavitù infantile. Possiamo offrire istruzione a ogni bambino. Abbiamo l'opportunità di abbracciare pace, uguaglianza e integrazione, garantendo la libertà a tutti.

Ma potremo farlo soltanto quando governi, aziende,

società civile e cittadini si uniranno, e quando ognuno svolgerà il suo ruolo con caparbietà ed efficacia. È necessario che i governi adottino politiche in favore dei bambini e investano adeguatamente nell'istruzione e nei giovani. I governi non possono più ignorare gli argomenti economici contro il lavoro minorile. Un aumento del lavoro minorile determina maggiore disoccupazione. Oggigiorno per i 150 milioni di minorenni (tra i 5 e i 14 anni) che svolgono lavori da adulti, ci sono 200 milioni di adulti disoccupati. Attraverso le giuste misure economiche, i governi dovrebbero garantire salari dignitosi ai genitori, affinché questi possano mandare i figli a scuola.

Si sa che i benefici dell'istruzione contribuiscono allo sviluppo economico e alla riduzione della povertà. I rapporti dimostrano che ogni dollaro investito nell'istruzione di qualità renderà quindici volte la somma investita nel giro di due decenni. Lo stato di diritto dovrebbe estendersi a ogni bambino. Le aziende devono essere più responsabili e i leader religiosi devono riconoscere che la compassione nei confronti degli altri è un principio fondamentale di tutte le fedi.

Abbiamo la comune responsabilità di costruire il mondo dei nostri sogni con compassione per i nostri simili, uomini e donne, indipendentemente dall'etnia, dalla razza, dalla religione, dalla politica o da qualunque altra cosa.

Quando noi, in qualità di cittadini, ci uniremo per responsabilizzare governi, aziende e società civile, tutto sarà possibile. I miei colleghi e io abbiamo fatto umilmente la nostra parte, a poco a poco, nel corso degli anni. Il risultato è che più di 85.000 bambini sono stati salvati dal lavoro minorile e dalla schiavitù e restituiti alla loro infanzia. Questo non basta a estinguere la fiamma rappresentata dai milioni di bambini che continuano a vivere in condizioni di schiavitù, ma ha significato tutto per quegli 85.000 bambini e per le loro famiglie.

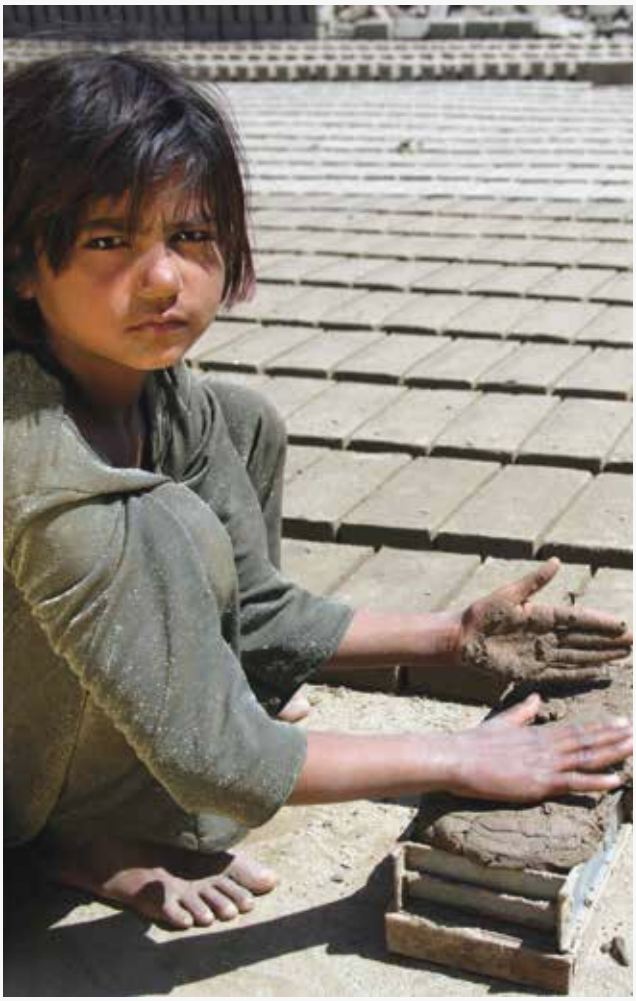
Possiamo e dobbiamo essere la generazione che estinguerà per sempre quella fiamma.

Dobbiamo insegnare ai nostri giovani intelligenti, pieni di energia e d'ideali, il valore della compassione, affinché non restino delusi o ricorrano alla violenza in un periodo in cui sia loro sia il mondo sembrano più suscettibili che mai a essa. Devli, una bambina di otto anni costretta al lavoro forzato che una volta dei miei colleghi e io salvammo da una cava di pietra, colse perfettamente il senso di urgenza con cui dobbiamo agire, chiedendomi: "Perché non siete arrivati prima?"

La sua domanda è rivolta a tutti noi. Cosa stiamo aspettando? Ognuno di noi può portare un cambiamento, se riusciamo a canalizzare nel modo giusto le nostre energie e la nostra rabbia contro le ingiustizie. Anche una piccola scintilla può scacciare le tenebre in una stanza. E ognuno di noi rappresenta una piccola ma fondamentale scintilla, se agiamo per risolvere i problemi che vediamo invece di limitarci a osservarli.

Insieme possiamo far sì che gli impegni per un mondo sostenibile vengano mantenuti e che la schiavitù sia relegata ai libri di storia come merita. Facciamo che sia questo il nostro contributo, il nostro regalo al mondo

.



Una ragazza produce mattoni in una fabbrica nel distretto di Shandra a nord di Lahore, in Pakistan.

© UNICEF/UNI44028/Pirozzi

PERCORSI VERSO L'EQUITÀ

CAPITOLO 4

Percorsi verso l'equità

Ogni bambino ha diritto a pari opportunità, e ogni società deve renderle fruibili a tutti, senza lasciare indietro nessuno. È la cosa giusta, ma anche la più intelligente da fare. E questo è il momento di pianificare il nostro percorso verso un mondo più equo.

Fatuma, 10 anni, ha perso entrambi i genitori per l'Ebola. Frequenta la scuola primaria a Freetown in Sierra Leone.

© UNICEF/UN011612/Holt

Un cambiamento determinante in questo secolo ancora giovane è comprendere la portata e il costo, di un mondo sempre più all'insegna della disuguaglianza. Secondo questo rapporto, le disuguaglianze nell'infanzia e nell'adolescenza, se non affrontate, continueranno a produrre risultati iniqui per le famiglie di tutto il mondo, alimentando cicli intergenerazionali di svantaggio capaci di minacciare ovunque la forza e la stabilità delle società.

I ritmi attuali di progresso non bastano a interrompere questi cicli e a colmare i divari a livello di equità entro il 2030, l'anno fissato per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile, che si prefiggono di non lasciare indietro nessuno. Se le attuali tendenze continueranno fino ad allora, quasi 120 milioni di bambini subiranno dei ritardi nella crescita che ne mineranno lo sviluppo fisico e cognitivo, con conseguenze potenzialmente irreversibili. Conflitti e crisi croniche provocate dagli effetti del cambiamento climatico faranno aumentare i rischi per la vita e il futuro dei bambini, lasciando senza tetto un numero sempre maggiore di famiglie, aggravando la vulnerabilità e acuendo lo svantaggio.

Ma la disuguaglianza non è né inevitabile né insormontabile. Con gli investimenti giusti al momento giusto, i bambini svantaggiati possono realizzare i loro sogni di una vita migliore. Riducendo le disuguaglianze che oggi ne violano i diritti, gli investimenti in questione possono aiutare questi bambini a condurre vite più produttive da adulti e consentire loro di trasmettere più opportunità ai figli, sostituendo così i cicli intergenerazionali di privazione con cicli sostenibili di opportunità.

Questa è la promessa – ma anche l'imperativo – dell'equità.

Ispirandosi al lavoro dell'UNICEF e dei suoi partner, i cinque ambiti chiave che seguono – informazioni, integrazione, innovazione, investimento e coinvolgimento – rappresentano ampi percorsi verso l'equità che spesso si sovrappongono. Racchiudono principi operativi e cambiamenti essenziali in grado di aiutare governi, partner di sviluppo, società civile e comunità a forgiare politiche e programmi in grado di trasformare quest'equa opportunità in realtà per ogni bambino.

Informazioni

Andare oltre le medie nazionali per concentrarsi sui più esclusi

Le informazioni – ossia dati generali su chi venga lasciato indietro e su come i programmi stiano (o non stiano) raggiungendo i più bisognosi – rappresentano un primo principio operativo dello sviluppo equo.

Uno degli inconvenienti più significativi dello sforzo globale per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) è stato rappresentato dal fatto che le medie nazionali, pur mostrando progressi complessivi verso il raggiungimento di alcuni obiettivi, talvolta celavano disparità persistenti, senza rivelare che i più poveri non sempre beneficiavano in modo proporzionato dei progressi complessivi. Per esempio, il traguardo globale dell'acqua potabile è stato raggiunto con cinque anni di anticipo, anche se in realtà, in alcuni paesi a basso reddito, i divari nell'accesso a fonti idriche sicure di acqua potabile si sono ampliati.

Il programma di indagini campione a indicatori multipli (MICS), promosso e condotto dall'UNICEF con i suoi partner, contribuisce a suddividere i dati sui bambini per ricchezza familiare, geografia, genere, etnia, lingua, religione, età e molti altri fattori chiave. Più i governi incorporano tali dati disaggregati nella pianificazione politica e nella spesa pubblica e maggiori sono le possibilità di fare la differenza nella vita dei bambini più svantaggiati, vulnerabili ed emarginati.

1 su 4

è il numero di bambini in età scolare che vivono in paesi **colpiti da crisi**

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

Le informazioni non solo contribuiscono a mettere a punto programmi sui bisogni della comunità, ma aiutano anche i governi e i loro partner di sviluppo a investire la rotta quando tali programmi non realizzano le loro potenzialità nel soddisfare i bisogni in questione. Per esempio M-Trac, un sistema di sorveglianza e di controllo delle malattie basato su SMS, fornisce dati in tempo reale, aiutando governi e partner di sviluppo a monitorare in modo più efficiente scorte di farmaci essenziali. E nelle emergenze umanitarie, come in altre situazioni critiche, le informazioni possono guidare una risposta più tempestiva e mirata, dirigendo gli aiuti salvavita dove ce n'è più bisogno.

L'UNICEF e alcuni partner adottano già un nuovo sistema chiamato il [Monitoring Equity for Results System (MoRES)] per seguire i progressi ottenuti dagli sforzi congiunti verso il superamento degli ostacoli all'accesso dei bambini e delle famiglie ai servizi di cui hanno bisogno. Il MoRES individua sia gli ostacoli a livello di offerta – come, per esempio, quantità di centri sanitari comunitari o di assistenti qualificati alla nascita insufficienti a soddisfare i bisogni delle comunità povere – sia quelli a livello di domanda, come l'incapacità delle famiglie povere di pagare l'assistenza medica, o post-natale.

La rivoluzione digitale può andare a beneficio dei più svantaggiati e dei più difficili da raggiungere, ma solo se si rivela davvero inclusiva nei confronti di chi viene lasciato indietro e non censito. Tra i cambiamenti più promettenti degli ultimi anni c'è il modo in cui le comunità stanno raccogliendo e condividendo le informazioni sui bisogni locali e su come non vengono soddisfatti. Per esempio, U-Report, uno strumento per il social messaging in tempo reale, sta consentendo agli U-Reporter di condividere con i loro governi importanti informazioni su questioni pressanti per le loro comunità e per la loro stessa vita, come la possibilità per le bambine di andare a scuola o la distribuzione degli interventi sanitari laddove necessari per arrestare la diffusione delle epidemie.

I decision-maker li stanno ascoltando. In Uganda, parlamentari hanno volontariamente utilizzato U-Report per scoprire le opinioni dei loro elettori, e il sistema ha contribuito a rafforzare la copertura vaccinale. In Zambia, lo stesso sistema avviene relativamente all'HIV. Con più di due milioni di utenti attivi finora in 22 paesi, è chiaro che modalità di raccolta dati e condivisione di informazioni gestite dai cittadini rappresenta una tendenza crescente.

Integrazione

Adottare un approccio multidimensionale per affrontare le molteplici privazioni che negano ai bambini eque opportunità nella vita

L'integrazione – nel modo in cui ci approcciamo alle soluzioni e realizziamo gli interventi – rappresenta un percorso essenziale verso lo sviluppo sostenibile.

Prendiamo in considerazione i primi giorni di vita di un bambino, un breve lasso di tempo in cui lo sviluppo cerebrale è al massimo. La possibilità che i cervelli dei bambini raggiungano il potenziale che la natura ha dato loro dipende da come questi vengono cresciuti ed educati, dal fatto che ricevano nutrimento e stimoli adeguati, e che siano protetti da violenza e da avversità prolungate. I programmi per lo sviluppo nella prima infanzia devono pertanto essere integrati in modo da comprendere istruzione, nutrizione e protezione.

Integrare gli interventi in questi settori distinti risulta più efficace che affrontarli uno per uno. Il successo in un ambito agevola il successo in un altro. Per esempio, l'introduzione di programmi per le mense scolastiche è correlato a un apprendimento e a uno sviluppo cognitivo maggiori. In Bangladesh, gli alunni di scuola primaria che mangiavano a scuola coinvolti in un programma di mensa scolastica hanno mostrato un miglioramento pari al 15,7% nei risultati didattici, perlopiù a livello matematico.[277]

Strategie integrate possono rivelarsi anche più efficaci in rapporto ai costi, soprattutto laddove i vari fornitori di servizi condividono le risorse umane[278], per esempio sfruttando le campagne di vaccinazione in zone remote per offrire micronutrienti essenziali e misurare i ritardi nella crescita tra i bambini.

Con maggiore urgenza per le centinaia di milioni di bambini colpiti da conflitti e da crisi croniche, comprese quelle provocate dal cambiamento climatico, dobbiamo abbattere le barriere esistenti tra il lavoro di sviluppo e l'azione umanitaria. Questa distinzione non esiste nella vita dei bambini destinatari di questi interventi.

Una mancanza di sviluppo può intensificare l'impatto dei conflitti e peggiorare o persino provocare disastri naturali, come inondazioni e valanghe di fango. Calamità e conflitti possono interrompere, e talvolta invertire, anni di progressi nel settore dello sviluppo, con rischi che attualmente si stanno manifestando in paesi come la Repubblica Araba di Siria, la Repubblica Centrafricana e lo Yemen, con terribili conseguenze a breve e a lungo termine. Per contro, un forte sviluppo riduce gli effetti e forse persino le probabilità di crisi future.

Interventi umanitari immediati possono anche aprire nuove possibilità di "ricostruire meglio di prima" e favorire lo sviluppo. Per esempio, in seguito al terremoto del 2015 in Nepal, i programmi di assistenza sociale del governo hanno offerto una piattaforma per erogare cash transfer a circa 400.000 delle persone più colpite. Da un punto di vista umanitario, quest'assistenza ha sostenuto le necessità immediate dal punto di vista dello sviluppo, permettendo a queste famiglie di non spendere i loro averi per far fronte alle conseguenze immediate del disastro e ha stimolato i governi a istituire un nuovo sistema di monitoraggio per potenziare i futuri interventi a livello di assistenza sociale.

unicef 70 YEARS FOR EVERY CHILD

Studenti che hanno interrotto la scuola a causa della guerra, frequentano le classi Curriculum B della scuola Hasan Zaiat ad Aleppo in Siria.

© UNICEF/UN018888/Al-Issa

Analogamente, durante il momento peggiore della crisi di Ebola in Africa occidentale, l'UNICEF e i suoi partner non si sono limitati a costruire nuovi centri di assistenza comunitari per curare le vittime, ma hanno anche rivitalizzato i centri di assistenza sanitaria di base esistenti, in modo da poter curare anche chi soffriva di altri disturbi.

Al contrario degli OSM, gli SDGs riconoscono i collegamenti impliciti tra sviluppo economico, sviluppo sociale, protezione ambientale e consolidamento della pace. Non riusciremo a raggiungere gli obiettivi globali senza un approccio integrato allo sviluppo e all'intervento umanitario. Almeno non finché quasi 250 milioni di bambini vivranno in zone e paesi colpiti da conflitti armati e milioni di altri subiranno le conseguenze di disastri collegati al clima e crisi croniche. Non finché 24 milioni di bambini in questi luoghi resteranno fuori dalla scuola. Non finché in questi paesi vivranno quasi i due terzi dei bambini del mondo che non hanno ricevuto i vaccini essenziali.[279] E non finché milioni di bambini saranno costretti alla fuga, mentre le famiglie disperate abbandonano le loro case per imbarcarsi in viaggi pericolosi che possono rendere questi bambini ancor più indigenti e vulnerabili.

Insistere su un coordinamento più stretto tra le organizzazioni umanitarie e quelle di sviluppo può contribuire a demolire le divisioni tra settori. Ciò comporta la necessità di pianificare insieme, di tenere i bisogni umanitari al centro dell'attuazione degli SDGs e di integrare gli appelli per i finanziamenti sia umanitari sia di sviluppo durante crisi specifiche.

Considerate nel loro complesso, queste misure, pratiche ed efficaci in termini di costi e concentrate sui paesi in crisi, non solo sosterranno la risposta alle emergenze nel breve termine, ma tracceranno anche un percorso verso maggiori opportunità nel corso della vita per i bambini più vulnerabili ed esclusi.

Innovazione

L'innovazione è un motore dello sviluppo equo, che aiuta a raggiungere i bambini e le comunità più difficili da raggiungere con maggiori efficienza ed efficacia

Negli ultimi 25 anni, le innovazioni hanno favorito progressi incredibili per l'infanzia: i miglioramenti relativi ai sistemi di distribuzione attraverso la catena del freddo, i sali di reidratazione orale, i cibi terapeutici pronti all'uso per i bambini gravemente malnutriti e altre innovazioni hanno contribuito a salvare la vita di milioni di bambini.

Oggigiorno, l'ascesa delle tecnologie digitali e mobili sta guidando una nuova rivoluzione per l'infanzia, trasformando il modo di trasportare e di monitorare le forniture salvavita, nonché le modalità attraverso cui gli interventi essenziali vengono erogati e le comunità fanno rapporto in materia di salute, istruzione e benessere dell'infanzia. Per esempio, in Mongolia i dispositivi tablet stanno facilitando la conduzione di sondaggi per monitorare la salute, l'alimentazione e l'inclusione sociale dei bambini. In Malawi, si stanno testando nuovi sistemi basati su droni per velocizzare i risultati dei test per l'HIV, affinché i neonati possano essere trattati in tempo utile e salvar loro la vita. Il mercato per lo sviluppo di nuove iniziative di e-learning è in rapida espansione, mentre i governi impiegano tecnologie digitali per portare l'istruzione a più bambini e per migliorare la qualità dei materiali didattici.

L'innovazione sta anche intensificando la nostra capacità di rispondere alle emergenze umanitarie che colpiscono soprattutto i bambini più svantaggiati. Per esempio, nella Repubblica Democratica del Congo, gli e-transfer in denaro stanno aiutando le scuole colpite da conflitti a proseguire le lezioni. Nel pieno

In Somalia, un bambino riceve l'alimento terapeutico pronto all'uso che fa parte di una terapia per il trattamento della malnutrizione.

© UNICEF/UNI201564/Rich

Una donna viene fotografata per la Rapida Riunificazione Familiare, una app per cellulari nel campo profughi Nyarugusu, a Kigoma in Burundi.

© UNICEF/UNI188792/Beechey

della crisi dell'Ebola, mHero – un sistema via SMS sviluppato in partnership con IntraHealth, USAID, Google e UNICEF – ha permesso ai ministeri della sanità di inviare istantaneamente informazioni essenziali sui telefoni mobili degli operatori sanitari. Più di recente, le tecnologie digitali e mobili stanno sostenendo la risposta umanitaria alle crisi dei rifugiati e dei migranti. Per esempio, il sito RefugeeInfo.eu si serve della tecnologia GPS per localizzare le famiglie in movimento e, nel far questo, ne aumenta le capacità di accedere a servizi fondamentali. Nei nodi di transito, centri tecnologici offrono punti di ricarica per i telefoni mobili, servizi internet wireless e postazioni informatiche.

Non tutte le innovazioni per l'equità si basano sulle comunicazioni mobili, e non tutte implicano nuove tecnologie. Per esempio, VALID Nutrition, una società senza scopo di lucro che sviluppa e produce cibi terapeutici pronti all'uso (ready-to-use therapeutic foods o RUTF), ha cambiato il modo di curare la malnutrizione acuta. Allontanandosi dal modello costoso e a bassa copertura rappresentato dai centri di alimentazione con ricovero tradizionali, gestiti da agenzie di aiuti, per adottare un nuovo modello capace di curare i bambini a domicilio usando i RUTF, con il supporto degli ambulatori, sta contribuendo a raggiungere molti più bambini prima che sia troppo tardi. I programmi di cash transfer condizionato bypassano il tradizionale approccio sul versante dell'offerta, che si concentra sulla fornitura del servizio, in favore di un approccio sul versante della domanda, che assicura alle famiglie denaro in contanti in cambio di modifiche nel comportamento, come l'acquisto di cibi più nutrienti e l'aumento delle visite di assistenza prenatale. Le scuole galleggianti, ad esempio, offrono accesso all'istruzione per tutto l'anno ai bambini che vivono in regioni soggette a inondazioni in Bangladesh.

Sempre di più, i giovani sono i motori dell'innovazione ispirati dalle loro stesse esperienze. Per esempio, un generatore a urina sviluppato da delle adolescenti in Nigeria sta contribuendo a fornire un'alternativa per comunità e famiglie prive di accesso a fonti di energia affidabili. Un'altra adolescente ha inventato il Lumo Board, un cartello riflettente su cui vengono stampati i numeri delle abitazioni per aiutare gli addetti alle emergenze a localizzarle all'interno degli insediamenti informali in Sudafrica.

La sfida non è rappresentata dalla mancanza di nuove idee, bensì da come estendere le idee più promettenti su scala più vasta affinché le comunità e i bambini svantaggiati possano beneficiarne. Nuove partnership tra pubblico e privato possono incrociare settori, generazioni e fattori geografici per sviluppare e diffondere innovazioni per lo sviluppo. Per esempio, la app RapidFTR, che si serve di telefoni mobili per agevolare la riunificazione dei bambini che si smarriscono durante le emergenze con le loro famiglie, è cominciata come progetto studentesco in una lezione intitolata Design per UNICEF presso la New York University, ed è stata finanziata in parte da Vodafone. Più di recente, Google e l'UNICEF hanno lanciato un nuovo sforzo congiunto per la costruzione di una piattaforma open-source che intende aiutare i ministeri della salute e gli operatori sanitari a individuare il rischio di epidemie di virus Zika in diverse regioni elaborando dati provenienti da molte fonti, compresi modelli climatici e di viaggio.

Innovare per l'equità significa anche creare nuovi mercati e stimolare il settore privato a progettare per lo sviluppo. Di recente ARM, una società leader nella tecnologia digitale, e Frog, una azienda che si occupa di strategia e progettazione di prodotti globali, hanno stretto una partnership con l'UNICEF per accelerare lo sviluppo di nuove tecnologie "indossabili", per esempio utilizzando sensori e l'acquisizione o la trasmissione di dati per migliorare i risultati ottenibili per l'infanzia. Una di queste tecnologie è stata una collana per bambini in grado di registrare due anni di certificati di vaccinazione.

Inoltre, innovare per l'equità significa stimolare il finanziamento di innovazioni studiate per raggiungere i bambini più esclusi. Per esempio, il Fondo per l'innovazione (Innovation Fund) lanciato di recente dall'UNICEF è modellato sugli approcci per il

sostegno e l'analisi di fondi d'investimento di capitale (venture investment funds) che hanno avuto successo, in modo da poter valutare in fretta, finanziare e diffondere, sia all'interno sia al di fuori dell'UNICEF, innovazioni in grado di portare benefici ai più svantaggiati.

Infine, innovare per l'equità significa impegnarsi al fianco di comunità e bambini con l'intento di utilizzare le innovazioni per migliorare le loro condizioni di vita. Per esempio, U-Report, lo strumento basato sugli SMS menzionato in precedenza, sta contribuendo a denunciare la portata degli abusi sessuali ai danni di studenti da parte di insegnanti in Liberia. Pochi giorni dopo aver chiesto agli U-Reporter del fenomeno "Sex4Grades" (sesso in cambio di voti), più di 13.000 di loro hanno risposto, e l'86% ha riferito che si tratta di un grave problema. Tali informazioni condivise, a loro volta, hanno approfondito la comprensione di questo abuso da parte del governo, e stanno contribuendo ad attuare i provvedimenti necessari per affrontarlo.

L'iniziativa Voices of Youth Maps, sviluppata dall'UNICEF in partnership con il Public Laboratory for Open Technology and Science e il Massachusetts Institute of Technology Mobile Experience Lab, aiuta i giovani a stilare una mappa dei rischi ambientali nei loro quartieri. Usando telefoni mobili precaricati con software open-source in grado di taggare automaticamente le foto con coordinate GPS, questi giovani realizzano delle mappe dei problemi, talvolta persino attaccando le videocamere dei loro telefoni agli aquiloni per ottenere delle vedute aeree. Queste foto aiutano i ricercatori a localizzare i rischi, individuando la presenza o l'assenza di sistemi di drenaggio e di impianti igienici, di impedimenti all'evacuazione nel caso di emergenze, e di altri problemi.

La U Reporter Michelle Abika (al centro) aiuta ad accrescere la consapevolezza nella comunità dell'importanza della prevenzione dell'Ebola a Monrovia in Liberia.

© NICEF/UNI178336/Naftalin

Investimenti

Usare i bilanci incentrati sull'equità e la finanza innovativa per raggiungere le famiglie e i bambini più esclusi

Come sostiene in questo rapporto, investire nelle comunità e nei bambini più svantaggiati è molto di più di un imperativo morale. È un investimento intelligente, strategico che aiuta a raggiungere risultati in modo più efficace e più efficiente in relazione al costo, contribuendo a spezzare i cicli intergenerazionali di privazione e a rafforzare le società. È vero anche l'opposto: quando non investiamo nelle famiglie e nei bambini più emarginati, abbandoniamo anche le loro società. Le disparità nell'accesso a servizi e aiuti essenziali costano globalmente centinaia di milioni di dollari ogni anno.[280]

Il bilancio di un paese riflette fino a che punto gli impegni politici vengono tradotti in azioni dirette a beneficio dei bambini più esclusi. Le spese in questo senso svolgono un ruolo fondamentale nel finanziamento di sistemi che collegano famiglie e bambini svantaggiati a servizi e aiuti essenziali, tra cui le reti di sicurezza sociale ideate per proteggere le famiglie durante le crisi e altri shock.

Dare la priorità ai bambini nei bilanci nazionali non basta. Tutti i governi che si trovino in paesi a basso, medio o alto reddito – devono anche analizzare gli effetti delle loro decisioni di bilancio sui bambini più vulnerabili. In alcuni casi, la spesa pubblica viene deviata in favore dei più abbienti, e non dei più svantaggiati. Forse la dimostrazione più lampante di questa ingiustizia è rappresentata dal divario nelle spese pro capite per l'istruzione. In alcuni paesi a basso reddito, quasi la metà di tutta la spesa pubblica per l'istruzione è dedicata agli alunni più istruiti, che rappresentano solo il 10% del totale della popolazione studentesca. Analogamente, in molti paesi, gli studenti che crescono nelle famiglie più ricche hanno accesso a risorse educative pubbliche fino a 18 volte superiori, comprendenti libri di testo e altri materiali, rispetto agli studenti provenienti dalle famiglie più povere.[281]

Tuttavia, coordinamento e pianificazione migliori tra i ministeri delle finanze e dello sviluppo possono far sì che i bilanci nazionali incontrino gli interessi dei più svantaggiati. Lo stesso può fare il monitoraggio più accurato delle spese per comprendere se i programmi che finanziano raggiungono i più difficili da raggiungere.

Un migliore monitoraggio degli effetti della spesa pubblica risulta essenziale per realizzare in pratica tutte le priorità del governo, e il raggiungimento dell'equità per i bambini non fa eccezione. Diversi paesi hanno messo in atto meccanismi in grado di fornire una base per il monitoraggio degli effetti della spesa pubblica sulla povertà infantile. Il Bangladesh, per esempio, ha sviluppato un quadro di bilancio incentrato sull'infanzia che viene utilizzato dal Ministero delle finanze per esaminare i potenziali effetti sui bambini. In Sudafrica, il Children's Institute sta monitorando gli stanziamenti che mirano ad attuare i provvedimenti del Children's Act del 2005.

Anche se gli investimenti mirati e a breve termine spesso riescono a eliminare i blocchi che impediscono ai bambini e alle famiglie di accedere a servizi e aiuti essenziali, questi risultati non si possono mantenere nel tempo senza ulteriori finanziamenti sostenibili.

Oggi nuove partnership stanno dimostrando come i finanziamenti pubblici e privati possano essere mobilitati e mirati direttamente verso i più svantaggiati. Alcune

delle più promettenti tra queste nuove partnership hanno finanziato lo sviluppo e la fornitura di beni essenziali come vaccini, zanzariere e integratori alimentari alle comunità e ai bambini più esclusi. Per esempio, la partnership Power of Nutrition mira a raccogliere un miliardo di dollari USA per l'alimentazione servendosi di un innovativo meccanismo di abbinamento che moltiplica ogni dollaro in finanziamenti privati fino a sei volte, grazie a nuovi finanziamenti assicurati da altri investitori. Analogamente, UNITLIFE si serve di micro-imposte provenienti dalle industrie estrattive allo scopo di incrementare le risorse per la lotta alla malnutrizione nell'Africa sub-sahariana. La Repubblica del Congo vi contribuirà con l'equivalente di 0,10 dollari USA per ogni barile di petrolio venduto dalla sua compagnia petrolifera nazionale. E UNITAID, un'iniziativa sanitaria globale per combattere HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, ha raccolto più della metà dei suoi fondi negli ultimi cinque anni attraverso imposte specifiche sui viaggi aerei.

Tra gli esempi di maggior successo di partnership innovative c'è la GAVI, la grande alleanza per i vaccini, che contribuisce a plasmare i mercati e a rendere i vaccini più a buon mercato nei paesi in via di sviluppo. La GAVI si è unita in partnership con la Banca Mondiale, l'Organizzazione mondiale per la sanità, la Fondazione Bill e Melinda Gates e l'UNICEF per accelerare lo sviluppo e la disponibilità di vaccini in grado di prevenire l'infezione da pneumococco, che rappresenta una delle principali cause di mortalità tra i bambini sotto i cinque anni. La necessità di finanziamenti più prevedibili e di investimenti sostenuti è più urgente quando si ha a che fare con emergenze umanitarie. I bisogni umanitari sono aumentati in modo esponenziale man mano che i conflitti si sono protratti e le crisi sono diventate più frequenti e più intense. Considerate le crescenti carenze di fondi, donatori, governi e organizzazioni internazionali stanno esplorando nuovi modi di finanziare gli interventi umanitari.

Investire nelle emergenze prima che si verifichino migliora la capacità di risposta dei governi e delle organizzazioni internazionali, fruttando utili elevati sugli investimenti. Approntare scorte in regioni soggette a siccità e inondazioni e condurre addestramenti e simulazioni nel paese stesso può far diminuire la necessità di mobilitare personale nelle emergenze, ridurre i costi di approvvigionamento e di trasporto, accelerare i tempi di risposta e persino tagliare le emissioni di anidride carbonica. Analogamente, investire nel miglioramento dei sistemi sanitari locali e di altre infrastrutture essenziali non solo rafforza lo sviluppo, ma riduce anche l'impatto e i costi della risposta alle crisi.

Secondo un'iniziativa di ricerca congiunta da parte del Programma alimentare mondiale e dell'UNICEF, supportata dal Dipartimento per lo sviluppo internazionale del Regno Unito, gli investimenti per la preparazione alle emergenze umanitarie in contesti ad alto rischio fruttano ritorni economici medi pari al 200%, e ciò significa che ogni dollaro USA speso nella preparazione ne vale più di due nel caso di un'emergenza.[282]

La capacità di far funzionare le risorse al meglio per i bambini più svantaggiati, garantendo investimenti più equi, assume un'importanza sempre maggiore nel contesto degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Incoraggiando i governi a non lasciare indietro nessuno, i nuovi obiettivi globali richiedono cambiamenti deliberati nelle politiche, nell'elaborazione del bilancio e nella spesa pubblica per portare benefici a chi vive in condizioni di maggior bisogno.

Coinvolgimento

Raggiungere l'equità per i bambini è affare di tutti

Per definizione, lo sviluppo equo è uno sviluppo inclusivo. Le tradizionali modalità dall'alto al basso di promozione dello sviluppo – un sistema verticale guidato quasi interamente da governi e agenzie internazionali – stanno cominciando a cambiare. Lo sviluppo sta diventando più orizzontale, attraversando settori, aree geografiche e gruppi di età diversi, e trascendendo i tradizionali ostacoli alla partecipazione. Una cooperazione, un coordinamento e una collaborazione maggiori tra i paesi a basso e medio reddito sta creando un florido scambio di risorse, tecnologie e conoscenze per affrontare sfide comuni. I social media e la tecnologia digitale stanno organizzando, incrementando e sostenendo l'impegno pubblico in modo più rapido ed efficace, man mano che i gruppi condividono informazioni, ampliano il numero dei loro membri e moltiplicano la quantità di partner dedicati alle stesse cause.

Queste nuove opportunità e questi nuovi canali danno ai cittadini la possibilità di esprimersi su questioni urgenti che riguardano la loro vita.

In India, il movimento I Paid a Bribe (Ho pagato una tangente) è cominciato come sito web attraverso cui i cittadini potevano riferire esempi di corruzione governativa nella loro vita, ma si è trasformato in fretta in un movimento che mira a combattere la corruzione del governo in India e altrove.

In Nigeria, la campagna #bringbackourgirls (Ridateci le nostre bambine), che ha raggiunto una portata globale, è cominciata con un singolo tweet da parte di un avvocato di Abuja che protestava per il rapimento di centinaia di scolare da parte del gruppo terroristico Boko Haram.

Negli Stati Uniti, la Ice Bucket Challenge è cominciata nel 2014 per iniziativa di un gruppo di studenti universitari che si sono mobilitati quando a un loro amico è stata diagnosticata la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), una malattia degenerativa incurabile. La loro sfida online di gettarsi sulla testa un secchio di ghiaccio entro 24 ore o dare un contributo alla ALS Foundation, rivolta ai loro amici ma anche ad altri,

Donne partecipano a una dimostrazione sulla nutrizione In Burkina Faso che fa parte del Scaling Up nutrition movement.

© UNICEF/UNI189376/Hubbard

Mohammad Abdullah- Shariff, sua moglie Shirin Azizi- Amah e i loro cinque figli. Dopo la fuga dall'Iraq hanno ricevuto aiuto dai volontari presenti vicino alla comunità di Skala Eressos, Lesbo, Grecia. A destra, la famiglia al centro di accoglienza Moira per i profughi e i migranti.

© UNICEF/UNI197504/Gilbertson VII Photo

ha permesso di raccogliere finora 115 milioni di dollari USA e ha impegnato milioni di persone nella ricerca di una cura.[283]

Alcuni movimenti non sono destinati a diventare "virali" o a trasformare un problema nazionale o locale in un appello globale all'azione, ma possono comunque avere un enorme impatto sulla vita delle persone. Per esempio, un movimento sorto per mettere fine alla deiezione all'aperto in Nepal ha mobilitato sia i cittadini sia le autorità civili in alcune delle parti più povere del paese, e in breve tempo ha liberato dal problema ben 27 distretti.

I movimenti possono rappresentare anche un potente pilastro di sostegno per i bambini più svantaggiati. Per esempio, il movimento Scaling-Up Nutrition (SUN) è riuscito a rendere la prevenzione della denutrizione una priorità globale, grazie a una potente combinazione di impegno e risorse da parte del governo, sostenuto da una rete di attivisti e di esperti che, in tutto il mondo, si sono serviti della tecnologia per attirare l'attenzione sulla piaga del ritardo della crescita e per organizzarsi verso il cambiamento.

Qualunque forma assumano, questi movimenti richiedono di essere guidati dall'interno, non esclusivamente dagli uffici di chi prende le decisioni nei governi nazionali o presso le Nazioni Unite. Ma governi, organizzazioni internazionali e società civile dovrebbero considerarli un'opportunità di collaborare con le comunità per affrontare sfide comuni come salvare l'ambiente, porre fine alla povertà estrema, promuovere i diritti delle donne e, fondamentalmente, affinché i bambini più svantaggiati possano realizzare il loro diritto a un'equa possibilità nella vita.

Equità per ogni bambino

Informazioni e dati ci aiutano a individuare le comunità e i bambini lasciati indietro, nonché a monitorare l'efficacia dei nostri sforzi per raggiungerli. L'integrazione tra i vari settori affronta le privazioni e le sfide sovrapposte che i bambini si trovano a dover affrontare. L'innovazione stimola nuove soluzioni a vecchi problemi, aiutando le comunità a rispondere alle sfide di un mondo in continuo cambiamento. Gli investimenti, se gestiti in maniera equa, alimentano ulteriori progressi sostenibili per i più svantaggiati. Il coinvolgimento da parte delle comunità, bambini e giovani compresi, sta cambiando il nostro modo di stabilire le priorità e di agire.

Mentre il mondo inizia un nuovo corso ambizioso di sviluppo internazionale, l'impegno a non lasciare indietro nessuno deve diventare qualcosa di più di uno slogan. La necessità di offrire un'equa opportunità a ogni bambino deve diventare un principio operativo per tutti noi.

Raggiungere l'equità per i bambini è una questione di priorità, che richiede di riconoscere l'importanza morale e strategica degli investimenti in coloro che ne hanno più bisogno.

Tradurre l'impegno in azione attraverso politiche, programmi e spese pubbliche concentrate sull'equità per migliorare la vita dei più svantaggiati è una questione di volontà politica.

Cambiare il modo in cui governi e donatori finanziano lo sviluppo per aiutare i più esclusi è un investimento.

Mettere fine a conflitti e violenze che colpiscono i bambini e mantenere gli impegni di far fronte agli effetti del cambiamento climatico è un impegno mondiale.

Infine, tutto ciò costituisce un invito all'azione affinché ognuno s'impegni a costruire un mondo più equo, sapendo che un futuro sostenibile, e il nostro destino condiviso, dipendono da questo.

NOTE

1. United Nations Children's Fund, *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*, UNICEF, New York, September 2010.
2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels & Trends in Child Mortality – Report 2015*, UNICEF, New York, September 2015, p. 3 (hereafter referred to as 'UN IGME 2015').
3. Ibid.
4. United Nations Children's Fund, *Progress for Children: Beyond averages – learning from the MDGs*, No. 11, UNICEF, New York, June 2015, pp. 22, 26.
5. The projections in this paragraph were calculated for UNICEF by the Overseas Development Institute, 2015.
6. United Nations, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, General Assembly Resolution A/RES/70/1, paragraph 4, United Nations, New York, 25 September 2015.
7. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Global Humanitarian Overview 2016*, United Nations OCHA, New York 2015, p. 5.
8. United Nations High Commissioner for Refugees, *UNHCR Mid-Year Trends 2015*, UNHCR, Geneva, 2015, p. 3.
9. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Global Humanitarian Overview 2016*, United Nations OCHA, New York, December 2015, p. 3.
10. United Nations Children's Fund, *Humanitarian Action for Children 2016 – Overview*, UNICEF, New York, January 2016, pp. 3, 6–7.
11. United Nations Children's Fund, *Unless We Act Now: The impact of climate change on children*, UNICEF, New York, November 2015.
12. World Health Organization, Quantitative Risk Assessment of the Effects of Climate Change on Selected Causes of Death, 2030s and 2050s, WHO, Geneva, 2014.
13. Grant, James P., *The State of the World's Children 1980–81*, UNICEF, New York, n.d., p. 6.
14. UN IGME 2015.
15. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, WHO, Geneva, November 2015.
16. United Nations Children's Fund, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress report 2015*, UNICEF, New York, September 2015 (hereafter referred to as 'APR 2015'), p. 35.
17. United Nations Children's Fund, *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*, UNICEF, New York, September 2010.
18. APR 2015, p. 35.
19. APR 2015, pp. 28, 29.
20. The World Bank, *World Development Report: Conflict, security, and development*, The World Bank, Washington, D.C., 2011, p. 62.
21. APR 2015, p. 32.
22. UN IGME 2015.
23. United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2012: Children in an urban world*, UNICEF, New York, February 2012.
24. Save the Children, *A Devastating Toll: The impact of three years of war on the health of Syria's children*, Save the Children, London, March 2014, p. iv.
25. United Nations Children's Fund, *Unless We Act Now: The impact of climate change on children*, UNICEF, New York, November 2015, p. 8.
26. Ibid.
27. World Health Organization, *Preventing Diarrhoea through Better Water, Sanitation and Hygiene: Exposures and impacts in low- and middle-income countries*, WHO, Geneva, December 2014.
28. Ezeh, Osita K., et al., 'The Impact of Water and Sanitation on Childhood Mortality in Nigeria: Evidence from Demographic and Health Surveys, 2003–2013', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, no. 9, September 2014, pp. 9256–9272.
29. Nepal National Sanitation and Hygiene Coordination Committee, 'Nepal Country Paper on Sixth South Asian Conference on Sanitation (SACOSAN-VI)', Dhaka, January 2016, p. 17.
30. United Nations Children's Fund, *Annual Results Report 2014: Water, sanitation and hygiene*, UNICEF, New York, June 2015, p. 3.
31. UN IGME 2015.
32. APR 2015, p. 19.
33. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, WHO, Geneva, November 2015.
34. Victora, Cesar G., et al., 'Countdown to 2015: A decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival', *The Lancet*, October 2015, pp. 1–2.
35. You, Danzhen, et al., 'Global, Regional, and National Levels and Trends in Under-5 Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', *The Lancet*, vol. 386, no. 10010, pp. 2275–2286, December 2015.
36. Ibid.
37. United Nations Children's Fund, *Levels and Trends in Child Mortality*, UNICEF, New York, 2015, pp. 20, 26.
38. Wang, Yanping, et al., 'Under-5 mortality in 2851 Chinese Counties, 1996–2012: A subnational assessment of achieving MDG 4 goals in China', *The Lancet*, vol. 387, no. 10015, January 2016, pp. 273–283.
39. APR 2015, p. 9.
40. Bangladesh (DHS 2014), Indonesia (DHS 2012), India (DHS 2005–2006), Philippines (DHS 2013).
41. Lawn, Joy E., et al., 'Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival', *The Lancet*, vol. 384, no. 9938, July 2014, pp. 189–205.
42. UNICEF global databases, 2016.
43. United Nations Children's Fund, *Progress for Children: Beyond Averages – Learning from the MDGs*, No. 11, UNICEF, New York, June 2015.
44. APR 2015.
45. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2013/14 – Teaching and Learning: Achieving quality for all*, UNESCO, Paris, pp. 158–159.
46. United Nations Children's Fund, *Ending Child Marriage: Progress and prospects*, UNICEF, New York, 2014, p. 6.
47. Ibid. p. 4.
48. United Nations Children's Fund, *A Profile of Child Marriage in Africa*, UNICEF, New York, 2015.
49. World Health Organization, 'Adolescent pregnancy', Fact Sheet No. 364, WHO, Geneva, Updated September 2014.
50. United Nations Children's Fund, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress report 2014*, UNICEF, New York, September 2014, p. 34.
51. DeFranco, Emily A., Shelley Ehrlich and Louis J. Muglia, 'Influence of interpregnancy interval on birth timing', *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 121, no. 13, December 2014, pp. 1633–1641.
52. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 'World Contraceptive Patterns 2015', United Nations, New York, 2015.
53. United Nations Population Fund, *Adding It Up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health*, UNFPA, 2014, p. 4.
54. World Health Organization, *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, WHO, Geneva, June 2014, p. 17.
55. UNICEF Global databases 2016.
56. United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child, Table 13*, New York, 2016.
57. United Nations Children's Fund, *Progress for Children – Beyond Averages: Learning from the MDGs*, No. 11, UNICEF, New York, June 2015, p. 2
58. UNICEF Global databases 2016.
59. Bangladesh DHS 2014; Pakistan DHS 2012–2013; Eritrean Population and Health Survey 2010.
60. MDG survey 2012–2013.
61. Central Statistical Agency (Ethiopia) and ICF International, 2012; *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*, Addis Ababa, Ethiopia, and Calverton, Maryland, USA; Central Statistical Agency and ICF International, p. 143.
62. UNICEF Regional Office for CEE/CIS, 'Realizing the Rights of Roma Children and Women in Bosnia and Herzegovina, the former Yugoslav Republic of Macedonia, and Serbia: Summary analysis of key findings from MICS surveys in Roma settlements in the three countries', UNICEF Regional Office for CEE/CIS, issue 2, 2014.
63. Mathews, T. J., Marian F. MacDorman and Marie E. Thoma, 'Infant Mortality Statistics From the 2013 Period: Linked birth/infant death data set', Division of Vital Statistics, National Vital Statistics Reports, vol. 64, no. 9, August 2015, pp. 3–4.
64. Ibid. p. 6.
65. APR 2015, p. 12.
66. Victora, Cesar G., et al., 'Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, pp. 475–490, January 2016.
67. John Hopkins University, the Office of the UN Special Envoy for the health-MDGs, the World Bank, Partners in Health, Last Mile Health, the Clinton Foundation, ALMA, the Governments of Ethiopia and Liberia, *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment case and financing recommendations*, New York, July 2015.
68. Ibid. p. 14.
69. Doherty, Tanya, et al, 'Assessment of Malawi's Success in Child Mortality Reduction through the Lens of the Catalytic Initiative Integrated

Health Systems Strengthening Programme: Retrospective evaluation', *Journal of Global Health*, vol. 5, no. 2, November 2015.
70. APR 2015, p. 39.
71. World Health Organization, *World Malaria Report 2015*, WHO, December 2015.
72. World Health Organization, 'Measles', Fact Sheet WHO/286, WHO, Geneva, Updated March 2016.
73. Email communication from UNICEF Malawi, 23 March 2016.
74. UNICEF projection, based on UN IGME 2015, p. 6.
75. UNICEF projection, based on APR 2015, pp. 61–64.
76. UNICEF projection, based on APR 2015, p. 64.
77. UNICEF analysis based on UN IGME 2015.
78. UNICEF projection, based on APR 2015, p. 63.
79. Calculation based on APR 2015, p. 63: Between 2016 and 2030, 2.1 billion children will be born around the world and sub-Saharan Africa will see 620 million births.
80. UNICEF projection based on APR 2015, p. 63.
81. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2015 revision*, United Nations, New York, 2015.
82. Alkema, Leontine, et al., 'Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-based Projections: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, January 2016, p. 10; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, WHO, Geneva, November 2015, p. 54.
83. Liu, Li, et al., 'Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *The Lancet*, vol. 385, no. 9966, October 2014.
84. UNICEF analysis based on UN IGME 2015.
85. APR 2015, pp. 62–70.
86. APR 2015, p. 70.
87. APR 2015, p. 62.
88. Mikkelsen, Lene, et al., 'A Global Assessment of Civil Registration and Vital Statistics Systems: Monitoring data quality and progress', *The Lancet*, vol. 386, no. 10001, October 2015, pp. 1395–1406.
89. United Nations Children's Fund, *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*, UNICEF, New York, 2013.
90. World Health Organization, 'Working Group on Accountability for Results: Final Paper', Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, WHO, May 2011.
91. World Bank/WHO, *Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024*, World Bank/WHO, May 2014.
92. Stenberg, Karin, et al., 'Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A new Global Investment Framework', *The Lancet*, vol. 383, no. 9925, pp. 1333–1354, April 2014.
93. Ibid.
94. United Nations, *The Global Strategy For Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): Survive, thrive, transform, Every Woman Every Child*, United Nations, New York, 2015, p. 9.
95. Ozawa, Sachiko, et al., 'Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries, 2011–20', *Health Affairs*, vol. 35, no. 2, pp. 199–207, February 2016.
96. Ibid.
97. African Union Commission, NEPAD Planning and Coordinating Agency, UN Economic Commission for Africa, and UN World Food Programme, *The Cost of Hunger in Africa: Social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda – Abridged Report*, UNECA, Addis Ababa, 2014, p. 4.
98. Rollins, Nigel C., et al., 'Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, pp. 491–504, January 2016.
99. Stenberg, Karin, et al., 'Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A new global Investment framework, *The Lancet*, vol. 383, no. 9925, pp. 1333–1354, April 2014.
100. Chopra, Mickey, et al., 'Ending of Preventable Deaths from Pneumonia and Diarrhoea: An achievable goal', *The Lancet*, vol. 381, no. 9876, April–May 2013, pp. 1499–1506.
101. Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Nutrition: Building momentum for impact, *The Lancet*, vol. 382, no. 9890, August 2013.
102. World Health Organization, 'Achieving the Health-Related MDGs. It Takes a Workforce!', WHO, Geneva, February 2016.
103. Campbell, Jim, et al., 'A Universal Truth: No health without a workforce – Forum Report' (Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil), Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, Geneva, 2013.
104. John Hopkins University, the Office of the UN Special Envoy for the health-MDGs, the World Bank, Partners in Health, Last Mile Health, the Clinton Foundation, ALMA, the Governments of Ethiopia and Liberia, *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment case and financing recommendations*, New York, July 2015.
105. World Health Statistics 2015, WHO, p. 116.
106. Boozary, Andrew S., et al., 'The Ebola Outbreak, Fragile Health Systems, and Quality as a Cure', *The Journal of the American Medical Association*, vol. 312, no. 18, pp. 1859–1860, November 2014.
107. Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes–MOH), and ICF International. 2013. Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
108. Liberia Health System Assessment, 2015, p. 28.
109. 'What Steps Countries Are Taking to Implement Pro-Poor Universal Health Coverage? – A background document prepared for The Bellagio Workshop on Pro-Poor Universal Health Coverage', Evans, David, Naomi Beyeler and Alix Beith, July 2015, p. 11.
110. World Health Organization, *The World Health Report – Health Systems Financing: The path to universal coverage*, WHO, Geneva, 2010.
111. Ibid.
112. The Royal Institute of International Affairs, *Shared Responsibilities for Health: A coherent global framework for health financing, Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing*, Chatham House, London, May 2014.
113. Martin, Roma, et al., 'Addressing Inequality in South Asia', South Asia Development Forum, World Bank Group, Washington, D.C., 2015.
114. Greenhill, Romilly, et al., *Financing the Future: How international public finance should fund a global social compact to eradicate poverty*, Overseas Development Institute, London, April 2015.
115. Save the Children, The Rockefeller Foundation, UNICEF and the World Health Organization, *Universal Health Coverage: A commitment to close the gap*, Save the Children Fund, London, September 2013, p. 39.
116. Lindelow, Magnus, and Edson C. Araujo, Brazil – Universal Health Coverage for 'Inclusive and Sustainable Development: Country summary report', Working Paper 91214, The World Bank Group, Washington, D.C., September 2014.
117. Health Insurance System Research Office, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and challenges – An Independent Assessment of the First 10 Years (2001–2010): Synthesis report*, Health Insurance System Research Office, May 2012, pp. 11,19.
118. Tangcharoensathien, Viroj, et al., 'Promoting Universal Financial Protection: How the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity', *Health Research Policy and Systems*, vol. 11, no. 25, August 2013, p. 12.
119. Makaka, Andrew, Sarah Breen and Agnes Binagwaho, 'Universal Health Coverage in Rwanda: A report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance', *The Lancet*, vol. 380, Special Issue, S7, October 2012.
120. GAVI, The Vaccine Alliance, 'Immunisation Leaders Call for Increased Political Support for Immunisation in Pakistan', GAVI, The Vaccine Alliance Secretariat, Geneva, February 2015.
121. Behrman, Jere. R., Yingmei Cheng and Petra E. Todd, 'Evaluating Preschool Programs When Length of Exposure to the Program Varies: A nonparametric approach', *Review of Economics and Statistics*, vol. 86, no. 1, February 2004, pp. 108–132.
122. Gertler, Paul, et al., 'Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: A 20-year follow up to an experimental intervention in Jamaica', Policy Research Working Paper no. 6529, World Bank, Washington D.C., July 2013, p. 2.
123. Heckman, James J., 'The Economics of Inequality: The value of early childhood education', *American Educator*, Spring 2011, p. 32.
124. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, EFA Global Monitoring Report and UNESCO Institute for Statistics, 'A Growing Number of Children and Adolescents Are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Policy Paper 22, Fact Sheet 31, UNESCO and UIS, Paris and Montreal, July 2015.
125. United Nations Children's Fund, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, New York, September 2014, p. 7.

126. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, EFA Global Monitoring Report and UNESCO Institute for Statistics, 'A Growing Number of Children and Adolescents Are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Policy Paper 22, Fact Sheet 31, UNESCO and UIS, Paris and Montreal, July 2015.
127. Ibid., p. 4.
128. A UNICEF projection based on 2013 enrolment data from UNESCO Institute for Statistics; United Nations Department of Economic and Social Affairs, *World Population Prospects: The 2015 revision, UN DESA*, Population Division, New York, 2015.
129. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report*, 'How Long Will it Take to Achieve Universal Primary and Secondary Education?', Technical background note for the Framework for Action on the post-2015 education agenda, UNESCO, Paris, May 2015, p. 3.
130. Ibid.
131. Ibid.
132. UNESCO Institute for Statistics and United Nations Children's Fund, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UIS, Montreal, 2015, p. 101.
133. United Nations Children's Fund, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, New York, September 2014, p. 7.
134. United Nations Children's Fund China, *What Matters to UNICEF China*, UNICEF, Beijing, 2014, p. 11.
135. United Nations Children's Fund, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, New York, September 2014, p. 7.
136. Dabla-Norris, Era, et al., *Causes and Consequences of Income Inequality: A global perspective*, International Monetary Fund, Washington, D.C., June 2015, p. 17.
137. UNESCO World Inequality Database on Education (WIDE).
138. United Nations Children's Fund, *Progress for Children: Beyond Averages – Learning from the MDGs*, No. 11, UNICEF, New York, June 2015, p. 19.
139. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2015: 2000–2015 – Achievements and challenges*, UNESCO, Paris, March 2015, p. 83.
140. UNESCO Institute for Statistics database. Note: Government of Pakistan's Academy of Educational Planning and Management, Pakistan Education Statistics 2014–2015, AEPAM, Islamabad, February 2016. Page 1 indicates that there are more than 6 million children of primary school age out of school.
141. Malik, Rabea, and Pauline Rose, *Financing Education in Pakistan Opportunities for Action, Country Case Study for the Oslo Summit on Education for Development*, 2015, p. 5.
142. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2013/14: Teaching and learning – Achieving quality for all*, UNESCO, Paris, 2014, pp. 5, 19.
143. United Nations Children's Fund, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building Better Brains and Sustainable Outcomes for Children*, UNICEF, New York, 23 September 2014, p. 7; and UNICEF global databases, 2014, based on MICS and DHS, 2009–2012.
144. United Nations Children's Fund, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, New York, 23 September 2014, p. 7.
145. United Nations Children's Fund, *Progress for Children: Beyond Averages – Learning from the MDGs*, No. 11, UNICEF, New York, June 2015, p. 53.
146. Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', DFID think pieces – Learning and equity, United Kingdom Department for International Development, London, August 2015, pp. 12–14.
147. Ibid., p. 14.
148. Schady, Norbert, et al., 'Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries', *Journal of Human Resources*, vol. 50, no. 22015, pp. 446–463.
149. Oviedo, Maria, Ariel Fiszbein and Federico Sucre, 'Learning For All: An Urgent Challenge in Latin America, Commission For Quality Education For All Background Paper', The Dialogue Leadership for the Americas, Washington, D.C., July 2015, p. 4.
150. Uwezo Kenya, *Are Our Children Learning?: Annual Learning Assessment Report*, Uwezo Kenya, Nairobi, 2012, p. 3.
151. Uwezo, Uganda, *Are Our Children Learning?: Annual learning assessment report*, Uwezo Uganda, Kampala, 2012, p. 14.
152. Ibid., p. 3.
153. Organisation for Economic Co-operation and Development, *PISA 2012 Results in Focus: What 15-year-olds know and what they can do with what they know*, OECD, Paris, 2014, pp. 4–5.
154. Bos, Maria Soledad, Alejandro J. Ganimian and Emiliana Vegas, *América Latina en PISA 2012: ¿Cómo se desempeñan los estudiantes pobres y ricos?* Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 2013, quoted in Oviedo, M., Ariel Fiszbein and Federico Sucre, 'Learning For All: An Urgent Challenge in Latin America', Commission For Quality Education For All Background Paper, The Dialogue Leadership for the Americas, Washington, D.C., July 2015, p. 4.
155. International Labour Organization, *Global Employment Trends for Youth 2015: Scaling up investments in decent jobs for youth*, ILO, Geneva, 2015, p.33.
156. Steer, Liesbet, Hafez Ghanem, Maysa Jalbout, et al., Arab *Youth: Missing Educational Foundations for a Productive Life?*, The Center for Education at the Brookings Institution, Washington, D.C., February 2014, p. 16.
157. Oviedo, Fiszbein and Sucre, 'Learning For All', p. 10.
158. Organisation for Economic Co-operation and Development, *Equity and Quality in Education Supporting Disadvantaged Students and Schools*, OECD, Paris, 2012, p. 80.
159. Organisation for Economic Co-operation and Development, *Education at a Glance 2014: OECD indicators,* OECD, Paris, 2014, p. 9.
160. Ibid., p. 14.
161. Email from UNICEF Tunisia, 4 March 2016.
162. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Statistics, *EFA Global Monitoring Report 2012: Youth and skills – Putting education to work*, UNESCO, Paris, March 2012, p. 16.
163. Nicolai, Susan, et al., *Education Cannot Wait: Proposing a fund for education in emergencies*, Overseas Development Institute, London, May 2016, p. 7.
164. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report*, 'Humanitarian Aid for Education: Why it matters and why more is needed', Policy Paper 21, UNESCO, Paris, June 2015, p. 3.
165. United Nations Children's Fund Regional Office for the Middle East and North Africa, *Education under Fire: How conflict in the Middle East is depriving children of their schooling, UNICEF*, Amman, September 2015, pp. 4, 12.
166. The Global Coalition to Protect Education from Attack, *Education under Attack 2014*, The Global Coalition to Protect Education from Attack Secretariat, New York, 2014, p. 8.
167. United Nations, Children and Armed Conflict: Report of the Secretary-General, A/69/926–S/2015/409, United Nations, New York, 5 June 2015, pp. 2, 39 and 40.
168. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *2016 Humanitarian Response Plan, Nigeria*, OCHA, New York, December 2015, p. 5.
169. United Nations, Children and Armed Conflict, Report of the Secretary-General, A/69/926–S/2015/409, United Nations, New York, 5 June 2015, pp. 2, 6, 9.
170. Multiple Indicator Cluster Surveys 2001 and 2010; Demographic Health Surveys 2007 and 2013–2014.
171. Crawford, Nicholas, et al., *Protracted Displacement: Uncertain paths to self-reliance in exile*, Overseas Development Institute, London, September 2015, p. 1.
172. United Nations Children's Fund, *Unless We Act Now: The impact of climate change on children*, UNICEF, New York, November 2015, pp. 25, 32.
173. United Nations Children's Fund, 'Cyclone Pam Humanitarian Situation Report 7', March 2015.
174. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Pacific Education for All: 2015 review*, UNESCO, Paris, 2015, pp. 53, 64.
175. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Financial Tracking Service, <https://fts.unocha.org/pageloader.aspx?page=emerg-globalOverview&year=2016>, accessed 3 June 2016.
176. Nicolai, Susan, and Sébastien Hine, *Investment for Education in Emergencies: A review of evidence*, Overseas Development Institute, London, February 2015, p. 10.
177. United Nations Division of Economic and Social Affairs, 'Youth Population Trends and Sustainable Development', No. 2015/1, UN DESA, New York, May 2015, p. 1.
178. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015, p. 13.
179. United Nations Division of Economic and Social Affairs, 'Youth Population Trends and Sustainable Development', No. 2015/1, UN DESA, New York, May 2015, p. 1.
180. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015, pp. 8–9.

181. Montenegro, Claudio E., and Harry Anthony Patrinos, 'Comparable Estimates of Returns to Schooling around the World', Policy Research Working Paper 7020, The World Bank, Washington, D.C., 2014, p. 16.
182. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2013/14: Teaching and Learning – Achieving quality for all*, UNESCO, Paris, 2014, pp. 140–185.
183. Ibid., p. 175.
184. Cunningham, Hugh, and Pier Paolo Viazzo, eds., *Child Labour in Historical Perspective: 1800–1985 – Case studies from Europe, Japan and Colombia*, UNICEF International Child Development Centre and Istituto degli Innocenti, Florence, 1996.
185. Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, *Education Quality and Economic Growth*, The World Bank, Washington, D.C., 2007, p. 1.; and Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, 'The Role of Cognitive Skills in Economic Development', *Journal of Economic Literature*, vol. 46, no. 3, 2008, pp. 607–668.
186. Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann *Universal Basic Skills: What countries stand to gain*, OECD Publishing, Paris, 2015, p. 10.
187. Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, *Education Quality and Economic Growth*, The World Bank, Washington, D.C., 2007, p. 1.; and Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, 'The Role of Cognitive Skills in Economic Development', *Journal of Economic Literature*, vol. 46, no. 3, 2008, pp. 607–668.
188. United Nations Children's Fund, 'Bilan de Compétences – Enfants à L'entrée au Primaire au Cap Vert', UNICEF, Cabo Verde, 2013, p. 46.
189. Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani and Paul Gertler, 'The Effect of Pre-primary Education on Primary School Performance', *Journal of Public Economics*, vol. 93, no.1–2, February 2009, pp. 219–234, section 4.5 and section 6.
190. Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', August 2015.
191. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015, p. 27.
192. Bangladesh Institute of Development Studies, *Impact Evaluation Study of Reaching Out-of-School Children (ROSC) Project of the Ministry of Primary and Mass Education*, Bangladesh Institute of Development Studies, Dhaka, June 2014, p. 9.
193. United Nations Children's Fund, *EduTrac: Tracking and monitoring education,* UNICEF, New York, March 2013.
194. United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2015: Reimagine the future*, UNICEF, New York, 2014.
195. United Nations Children's Fund,' "It's about ability" Campaign Results in 80 Per Cent of Citizens Supporting Inclusive Education', UNICEF, New York, February 2016; and United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2013: Children with disabilities*, UNICEF, New York, May 2013, p. 13.
196. United Nations Children's Fund, *UNICEF Annual Report 2014: Montenegro*, UNICEF, New York, 2014, p. 5.
197. Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', p. 15.
198. Martin, Gayle, H., and Obert Pimhidzai, *Service Delivery Indicators Kenya: Education and health,* the World Bank, Washington, D.C., July 2013, pp.10–11.
199. Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', pp. 13, 23.
200. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015, p. 66.
201. United Nations Children's Fund, 'Advancing WASH in Schools Monitoring', Working Paper, UNICEF, New York, 2015, pp. 17, 20.
202. UNESCO Institute for Statistics, January 2015.
203. Muralidharan, Karthik, 'Priorities for Primary Education Policy in India's 12th Five-year Plan', *India Policy Forum 2013*, vol. 9, National Council of Applied Economic Research and the Brookings Institution, New Delhi, 2013. pp.15–16; and Banerjee, Abhijit, V., et al., 'Remedying Education: Evidence from two randomized experiments in India', *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, no. 3, pp. 1235–1264.
204. Rose, Pauline, and Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', p. 23.
205. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2013/14: Teaching and Learning – Achieving quality for all*, UNESCO, Paris, 2014, pp. 186, 223.
206. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2015: 2000–2015 – Achievements and challenges*, UNESCO, Paris, March 2015, p. 242.
207. The World Bank, 'Government expenditure on education as % of GDP (%)', The World Bank, Washington, D.C., February 2016.
208. Government of Pakistan Ministry of Finance, *Pakistan Economic Survey 2014–2015*, Government of Pakistan, Islamabad, March 2016, p. 171. Note: The World Bank puts the figure at 2.5 per cent. The World Bank, 'Government expenditure on education as % of GDP (%)', The World Bank, Washington, D.C., February 2016.
209. Steer, Lisbeth, and Katie Smith, *Financing Education: Opportunities for global action*, Center for Universal Education at the Brookings Institution, Washington, D.C., June 2015, p. 23.
210. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015, p. 59.
211. Organisation for Economic Co-operation and Development, *Education Policy Outlook Chile*, OECD, Paris, November 2013, p. 8.
212. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, January 2015.
213. United Nations Children's Fund, 'Rapport final d'évaluation du Programme Appui d'Urgence à l'Éducation Nationale Malgache (AUENM)', Internal Evaluation Report, UNICEF, June 2015.
214. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report*, 'Pricing the Right to Education: The cost of reaching new targets by 2030', Policy Paper 18, UNESCO, Paris, July 2015, p. 4. Figures were in US dollars, in 2012.
215. Ibid.
216. Steer, Lisbeth, and Katie Smith, *Financing Education: Opportunities for global action*, Center for Universal Education at the Brookings Institution, Washington, D.C., June 2015, p. 70;
217. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and UNESCO Institute for Statistics, 'A Growing Number of Children and Adolescents Are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Policy Paper 22, Fact Sheet 31, UNESCO and UIS, Paris and Montreal, July 2015.
218. Crawford, Nicholas, et al., *Protracted Displacement: Uncertain paths to self-reliance in exile*, Overseas Development Institute, London, September 2015, pp. 2–3.
219. Nicolai, Susan, et al., Education Cannot Wait: Proposing a fund for education in emergencies, Overseas Development Institute, London, May 2016, pp. 9-10.
220. Organisation for Economic Co-operation and Development, *Equity and Quality in Education Supporting Disadvantaged Students and Schools*, OECD, Paris, 2012, p. 15.
221. Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, Universal Basic Skills: *What countries stand to gain, OECD Publishing, Paris, 2015*, p. 12.
222. Wales, Joseph, et al., *Improvements in the Quality of Basic Education: Chile's experience*, Overseas Development Institute, London, July 2014, p.8.
223. Ferreira, Francisco H. G., et al., *A Global Count of the Extreme Poor in 2012: Data issues, methodology and initial results*, Policy Research Working Paper 7432, World Bank, Washington, D.C., October 2015.
224. Regional aggregates from the World Bank PovcalNet.
225. Economic and Social Commission for Western Asia, *The Arab Millennium Development Goals Report: Facing challenges and looking beyond 2015*, ESCWA, August 2013, p. 3.
226. Economic and Social Commission for Western Asia, *Conflict in the Syrian Arab Republic: Macroeconomic implications and obstacles to achieving the Millennium Development Goals*, ESCWA, June 2014, p. 27.
227. Verme, Paolo, et al., *The Welfare of Syrian Refugees: Evidence from Jordan and Lebanon*, World Bank and United Nations Refugee Agency, December 2015, p. xvi.
228. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2015 revision*, UN DESA, New York, 2015.
229. ODI calculations for UNICEF based on data from the World Bank and UN DESA.
230. ODI calculations for UNICEF based on data from the World Bank.
231. The World BankPovcalNet.
232. ODI calculations for UNICEF based on data from The World Bank.
233. The World Bank, *Shifting Gears to Accelerate Shared Prosperity in Latin America and the Caribbean*, World Bank, Washington, D.C., June 2013, p. 9. Note: Extreme poverty is defined in this case as living on less than US$2.50 a day. Vulnerability to poverty is defined as living on US$4.10 a day or less.
234. Stampini, M., et al., 'Poverty, Vulnerability and the Middle Class in Latin America', Working Paper Series No. 591, Inter-American Development Bank, Washington, D.C., May 2015.
235. UNICEF Office of Research, 'Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries', Innocenti

Report Card 12, UNICEF Office of Research, Florence, September 2014.
236. Ortiz, Isabel, and Matthew Cummins, eds., *A Recovery for All: Rethinking socio-economic policies for children and poor households*, UNICEF, Division of Policy and Practice, New York, 2012.
237. UNICEF Office of Research, 'Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries', Innocenti Report Card 12, UNICEF Office of Research, Florence, September 2014.
238. Ibid., p. 9.
239. Alkire, Sabina, et al., Global Multidimensional Poverty Index 2015 Summary, Oxford Poverty & Human Development Initiative, Oxford, June 2015, p. 1.
240. de Milliano, Marlous, and Ilze Plavgo, 'Analysing Child Poverty and Deprivation in sub-Saharan Africa', Office of Research Working Paper: WP-2014-19, UNICEF Office of Research, Florence, November 2014, p. 18.
241. ECLAC-UNICEF, *La pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Chile, December 2010.
242. The World Bank, *World Development Report: Conflict, security, and development*, World Bank, Washington, D.C., 2011, p. 62
243. United Nations Children's Fund, *Unless We Act Now: The impact of climate change on children*, UNICEF, New York, November 2015, p. 33.
244. Fotso, Jean-Christophe, 'Child health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 2006, p. 8.
245. United Nations Children's Fund and Informal Settlements Development Facility, Egypt, *Multidimensional Child Poverty in Slums and Unplanned Areas in Egypt*, UNICEF Egypt and ISDF, Cairo, 2013, p. 1.
246. United Nations Children's Fund China, *What Matters to UNICEF China*, UNICEF China, 2014, p. 11.
247. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2014 revision*, UN DESA, New York, 2014, p. 2.
248. International Labour Organization, 'Decent Work and the Informal Economy: A policy resource guide', ILO, March 2013, p. 329.
249. Ibid., p. 30.
250. Jiang, Yang, Mercedes Ekono and Curtis Skinner, 'Basic Facts About Low-Income Children: Children under 18 years, 2013', Fact Sheet, National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, January 2015, pp. 1–4.
251. UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), Education Section, *The Right of Roma Children to Education: Position paper*, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva, 2011.
252. FRA European Union Agency for Fundamental Rights, *Poverty and Employment: The situation of Roma in 11 EU Member States*, European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna, 2014, p. 12.
253. Ibid.
254. Ibid., p. 37.
255. Fanjul, Gonzalo, 'Child poverty and inequality in rich countries', Background Paper for *The State of the World's Children 2016*, UNICEF, 2015, p. 4, citing statistics from Eurostat (not published).
256. Ibid.
257. Internal analysis by UNICEF Social Protection for *2015 Annual Results Report* (not yet published).
258. Fiszbein, Ariel, Ravi Kanbur and Ruslan Yemtsov, *Social Protection, Poverty and the Post-2015 Agenda*, World Bank, Washington, D.C., May 2013, p. 12.
259. Soares, Fabio Veras, et al., *Cash Transfer Programmes in Brazil: Impacts on inequality and poverty*, United Nations Development Programme, June 2006, p. 1.
260. De Neubourg, Chris, Bruno Martarano and Marco Sanfilippo, *The Impact of Social Protection on Children: A review of the literature*, UNICEF Office of Research, Florence, June 2012, p. 12.
261. Plagerson, Sophie and Marianne S. Ulriksen, *Cash Transfer Programmes, Poverty Reduction and Empowerment of Women in South Africa*, Working Paper No. 4 / 2015, International Labour Organization, Gender, Equality and Diversity Branch, Conditions of Work and Equality Department, Geneva, 2015, p. 33.
262. Overseas Development Institute, *Doing Cash Differently: How cash transfers can transform humanitarian aid – Report of the high level panel on humanitarian cash transfers*, ODI, London, September 2015, p. 18.
263. Barakat, Nesreen, et al., *A Window of Hope: UNICEF child cash grant programme in Jordan – Post-distribution monitoring report* (February–June 2015), UNICEF Jordan Country Office, August 2015, p. 29.
264. Merttens, Fred, et al., *Kenya Hunger Safety Net Programme Monitoring and Evaluation Component Impact Evaluation: Impact evaluation final report: 2009 to 2012*, Oxford Policy Management, Oxford, June 2013, p. 22.
265. Handa, Sudhanshu, et al., *Livelihood Empowerment against Poverty Impact Evaluation*, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina, October 2013.
266. Fiszbein, Ariel, and Norbert Schady, 'Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty', A World Bank Policy Research Report 47603, World Bank, Washington, D.C., 2009, p. xi.
267. Benhassine, Najy, et al., 'Turning a Shove into a Nudge?: A 'labeled cash transfer' for education', *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, no. 3, August 2015, pp. 86–125.
268. Guarcello, Lorenzo, Scott Lyon and Furio Rosati, 'Child Labour and Out-of-School Children: Evidence from 25 developing countries', Background Paper for *Fixing the Broken Promise of Education for All*, UNESCO Institute for Statistics and UNICEF, Montreal, 2015, p. 29; International Labour Organization, *World Report on Child Labour 2015: Paving the way to decent work for young people*, ILO, Geneva, 2015, pp. 66–67.
269. UNESCO Institute for Statistics and United Nations Children's Fund, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UNESCO-UIS, Montreal, 2015, p. 42.
270. Filmer, Deon, and Norbert Schady, 'The Medium-term Effects of Scholarships in a Low-Income Country,' *Journal of Human Resources*, vol. 49, no. 3, summer 2014, pp. 663–694.
271. Kazinga, Harounan, et al., *Seven-Year Impacts of Burkina Faso's BRIGHT Program*, Millennium Challenge Corporation, Washington, D.C., February 2016; and Benhassine, Najy, et al., 'Turning a Shove into a Nudge?: A 'labeled cash transfer' for education', *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, no. 3, August 2015, pp. 86–125.
272. Ahmed, Akhter, U., 'Impact of Feeding Children in School: Evidence from Bangladesh', International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., November 2004, p. 41, mentioned in Sabates-Wheeler, Rachel, and Jennifer Yablonski, 'Social Protection and Child Poverty: Evidence, practice, and gaps', unpublished UNICEF background paper for this edition of *The State of the World's Children 2016*, p. 19.
273. UNESCO Institute for Statistics and United Nations Children's Fund, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UNESCO-UIS, Montreal, 2015, p. 65.
274. Arráiz, Irani, and Sandra Rozo, 'Same Bureaucracy, Different Outcomes in Human Capital?: How indigenous and rural non-indigenous areas in Panama responded to the CCT', Inter-American Development Bank, Office of Evaluation and Oversight, Working Paper OVE/WP-0311, May 2011.
275. Alam, Andaleeb, et al., 'Does Cash for School Influence Young Women's Behavior in the Longer Term? Evidence from Pakistan', Policy Research Working Paper Series 5669, World Bank, Washington, D.C., May 2011.
276. International Labour Organization, *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*, ILO, Geneva, June 2014, p. 16.
277. Ahmed, Akhter, U., *Impact of Feeding Children in School: Evidence from Bangladesh*, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., November 2004, p. 41, mentioned in Sabates-Wheeler, Rachel, and Jennifer Yablonski, 'Social Protection and Child Poverty: Evidence, practice, and gaps', unpublished UNICEF background paper for *The State of the World's Children 2016*, p. 19.
278. World Health Organization, 'Integrated Health Services – What and why?' Technical Brief No. 1, 2008, p. 6.
279. Refers to countries and areas that are either partially or entirely affected by conflict. UNICEF calculations based on UNICEF global databases.
280. Hutton, G., 'Global Costs and Benefits of Drinking-Water Supply and Sanitation Interventions to Reach the MDG target and Universal Coverage', World Health Organization, 2012
281. United Nations Children's Fund, *The Investment Case for Education and Equity*, UNICEF, New York, Jan. 2015.
282. United Nations Children's Fund and World Food Programme, 'Return on Invesmtment for Emergency Preparedness Study', Final Report, Analysis conducted by the Boston Consulting Group for UNICEF and WFP, n.p., 2015.
283. ALS Association, 'ALS Ice Bucket Challenge Commitments', ALS Association, Washington, D.C., 2016.

Tavole Statistiche

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

Osservazioni 108
Note generali sui dati 108
Stime sulla mortalità infantile 109
Classifica della mortalità sotto i 5 anni 110
Classificazione regionale 112
Note a tavole specifiche 113

Tavole

1. Indicatori di base 118
2. Nutrizione 122
3. Salute 126
4. HIV/AIDS 130
5. Istruzione 134
6. Indicatori demografici 138
7. Indicatori economici 142
8. Donne 146
9. Protezione dell'infanzia 150
10. Tasso di progresso 154
11. Adolescenti 158
12. Disparità: residenza 162
13. Disparità: benessere delle famiglie 166
14. Sviluppo nella prima infanzia 170

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.

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.

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.

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 pubblications>, su <www.unicef.org/sowc2016> e sul database globale delle statistiche dell'UNICEF su <www.childinfo.org>.

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.

Questo rapporto include le ultime stime e proiezioni del World Population Prospects: The 2015 revision and World Urbanization Prospects: The 2014 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 280 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). Info su www.mics.unicef.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.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 analizzare le tendenze della mortalità nel tempo. le stime comparabili sulla mortalità sotto i 5 anni per il periodo 1970-2015 a livello globale e regionale sono presentate in questa pagina. Gli indicatori sulla mortalità di ogni paese tra il 1970 e il 2015, basati sulle stime più recenti dell'IGMe, sono inseriti nella tavola 10 (per gli anni 1970, 1990, 2000, 2015) e sono anche disponibili su <data.unicef.org/child-mortality/under-five> e <www.childmortality.org>.

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

Regioni UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Africa subsahariana	244	219	201	188	180	172	154	127	101	83
Africa orientale e meridionale	213	195	189	175	167	159	140	111	84	67
Africa occidentale e centrale	276	246	218	206	198	190	172	145	119	99
Medio Oriente e Nord Africa	200	164	127	91	71	61	50	42	34	29
Asia meridionale	213	195	171	149	129	111	94	77	64	53
Asia orientale e Pacifico	116	94	76	64	58	51	42	30	23	18
America latina e Caraibi	120	103	85	68	54	42	32	25	24	18
ECO/CSI	97	74	69	56	48	47	37	28	21	17
Paesi meno sviluppati	242	230	212	192	175	158	138	111	90	73
Mondo	**145**	**129**	**116**	**101**	**91**	**85**	**76**	**63**	**52**	**43**

Decessi sotto i 5 anni (in milioni)

Regioni UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Africa subsahariana	3.2	3.2	3.4	3.6	3.9	4.1	4.1	3.7	3.3	2.9
Africa orientale e meridionale	1.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.8	1.8	1.5	1.3	1.1
Africa occidentale e centrale	1.7	1.7	1.8	1.9	2.0	2.2	2.2	2.1	1.9	1.8
Medio Oriente e Nord Africa	1.2	1.1	1.0	0.8	0.7	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
Asia meridionale	5.8	5.8	5.5	5.3	4.7	4.1	3.5	2.9	2.4	1.9
Asia orientale e Pacifico	5.0	3.5	2.4	2.4	2.5	1.6	1.2	0.9	0.7	0.5
America latina e Caraibi	1.2	1.1	1.0	0.8	0.6	0.5	0.4	0.3	0.3	0.2
ECO/CSI	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
Paesi meno sviluppati	3.3	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.4	3.0	2.5	2.2
Mondo	**17.2**	**15.6**	**13.9**	**13.4**	**12.7**	**11.0**	**9.8**	**8.3**	**7.0**	**5.9**

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 2015, un indicatore fondamentale della condizione dei bambini. Nelle tavole successive, i paesi e le aree sono elencati in ordine alfabetico.

TASSO MASSIMO DI MORTALITÀ SOTTO I CINQUE ANNI

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Angola	157	1
Ciad	139	2
Somalia	137	3
Repubblica Centrafricana	130	4
Sierra Leone	120	5
Mali	115	6
Nigeria	109	7
Benin	100	8
Congo, Repubblica Democratica	98	9
Niger	96	10
Guinea Equatoriale	94	11
Guinea	94	11
Costa d'Avorio	93	13
Guinea-Bissau	93	13
Sud Sudan	93	13
Afghanistan	91	16
Lesotho	90	17
Burkina Faso	89	18
Camerun	88	19
Mauritania	85	20
Burundi	82	21
Pakistan	81	22
Mozambico	79	23
Togo	78	24
Comore	74	25
Zimbabwe	71	26
Liberia	70	27
Sudan	70	27
Gambia	69	29
Haiti	69	29
Laos, Repubblica Democratica Popolare	67	31
Gibuti	65	32

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Malawi	64	33
Zambia	64	33
Ghana	62	35
Swaziland	61	36
Etiopia	59	37
Papua Nuova Guinea	57	38
Kiribati	56	39
Uganda	55	40
Timor Est	53	41
Gabon	51	42
Turkmenistan	51	42
Madagascar	50	44
Myanmar	50	44
Kenya	49	46
Tanzania, Repubblica Unita	49	46
India	48	48
Eritrea	47	49
Sao Tomé/Principe	47	49
Senegal	47	49
Congo	45	52
Namibia	45	52
Tagikistan	45	52
Botswana	44	55
Ruanda	42	56
Yemen	42	56
Sudafrica	41	58
Guyana	39	59
Uzbekistan	39	59
Bangladesh	38	61
Bolivia (Stato Plurinazionale)	38	61
Isole Marshall	36	63
Nepal	36	63

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Micronesia (Stati Federati)	35	65
Nauru	35	65
Bhutan	33	67
Azerbaigian	32	68
Iraq	32	68
Repubblica Dominicana	31	70
Cambogia	29	71
Guatemala	29	71
Marocco	28	73
Filippine	28	73
Isole Salomone	28	73
Vanuatu	28	73
Indonesia	27	77
Tuvalu	27	77
Algeria	26	79
Capo Verde	25	80
Corea, Repubblica Democratica Popolare	25	80
Egitto	24	82
Niue	23	83
Ecuador	22	84
Figi	22	84
Mongolia	22	84
Nicaragua	22	84
Vietnam	22	84
Dominica	21	89
Kirghizistan	21	89
Paraguay	21	89
Stato di Palestina	21	89
Suriname	21	89
Honduras	20	94
Trinidad e Tobago	20	94
Giordania	18	96

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

OGNI GIORNO MUOIONO ANCORA CIRCA 16.000 BAMBINI SOTTO I CINQUE ANNI.

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Saint Vincent/ Grenadines	18	96
Samoa	18	96
Belize	17	99
El Salvador	17	99
Panama	17	99
Perù	17	99
Tonga	17	99
Brasile	16	104
Colombia	16	104
Iran (Repubblica islamica)	16	104
Giamaica	16	104
Palau	16	104
Moldavia, Repubblica	16	104
Arabia Saudita	15	110
Venezuela (Repubblica bolivariana)	15	110
Albania	14	112
Armenia	14	112
Kazakistan	14	112
Mauritius	14	112
Saint Lucia	14	112
Seychelles	14	112
Tunisia	14	112
Turchia	14	112
Argentina	13	120
Barbados	13	120
Libia	13	120
Messico	13	120
Siria, Repubblica araba	13	120
Bahamas	12	125
Georgia	12	125
Grenada	12	125
Oman	12	125

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Thailandia	12	125
Cina	11	130
Romania	11	130
Saint Kitts/Nevis	11	130
Brunei Darussalam	10	133
Bulgaria	10	133
Costa Rica	10	133
Federazione Russa	10	133
Sri Lanka	10	133
Uruguay	10	133
Kuwait	9	139
Maldive	9	139
Ucraina	9	139
Antigua e Barbuda	8	142
Cile	8	142
Isole Cook	8	142
Lettonia	8	142
Libano	8	142
Qatar	8	142
Malesia	7	148
Serbia	7	148
Slovacchia	7	148
Emirati Arabi Uniti	7	148
Stati Uniti	7	148
Bahrain	6	153
Cuba	6	153
Ungheria	6	153
Malta	6	153
Nuova Zelanda	6	153
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	153
Bielorussia	5	159
Bosnia/Erzegovina	5	159
Canada	5	159

Paesi e aree	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (2015) Valore	Posizione
Grecia	5	159
Lituania	5	159
Montenegro	5	159
Polonia	5	159
Australia	4	166
Austria	4	166
Belgio	4	166
Croazia	4	166
Danimarca	4	166
Francia	4	166
Germania	4	166
Irlanda	4	166
Israele	4	166
Italia	4	166
Monaco	4	166
Paesi Bassi	4	166
Portogallo	4	166
Spagna	4	166
Svizzera	4	166
Regno Unito	4	166
Andorra	3	182
Cipro	3	182
Repubblica Ceca	3	182
Estonia	3	182
Giappone	3	182
Norvegia	3	182
Corea, Repubblica	3	182
San Marino	3	182
Singapore	3	182
Slovenia	3	182
Svezia	3	182
Finlandia	2	193
Islanda	2	193
Lussemburgo	2	193
Santa Sede	-	-
Liechtenstein	-	-

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; Sudan

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; SaoTomé/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.

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

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

Note a tavole specifiche

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.

Basso peso alla nascita: i dati non sono stati aggiornati da novembre 2014 per via della costante attività metodologica per aggiornare il metodo di analisi delle stime derivanti dai sondaggi sulle famiglie in cui un gran numero di bambini non vengono pesati.

Sale iodato: i dati non sono stati aggiornati da novembre 2014 per via dell'imminente cambio della definizione dell'indicatore a cui si farà riferimento nelle future edizioni di *La condizione dell'infanzia nel mondo*.

TAVOLA 3. SALUTE

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.

Indicatori di terapia: Fino a poco tempo fa, la "Proporzione dei bambini al di sotto dei 5 anni affetti da febbre curata con farmaci antimalarici appropriati" era l'indicatore standard per monitorare la copertura dei trattamenti antimalarici nei bambini al di sotto dei 5 anni. In ogni caso, è diventato sempre più gravoso monitorare l'andamento di questo indicatore, seguendo una raccomandazione del 2010 dell'OMS che consigliava l'utilizzo universale di test diagnostici per confermare l'infezione da malaria prima di ricorrere a qualunque terapia. Per attuare questa raccomandazione, molti paesi stanno estendendo l'utilizzo di test diagnostici per concentrare la terapia solo sui pazienti a cui è stata diagnosticata la malaria. Considerato che un sempre maggior numero di casi di febbre non sono di origine malarica, bassi livelli di farmaci antimalarici in bambini febbricitanti potrebbero indicare che gli antimalarici vengono forniti solo per casi certi. Per maggiori informazioni a riguardo, consultare l'edizione 2013 dell'Indagine sui nuclei famigliari del programma di controllo della malaria. Considerati tali aspetti metodologici, questo indicatore non è più esaminato per monitorare la diffusione ed è stato sostituito da "Ricerca di una cura per la febbre" in questa pubblicazione.

Anche l'indicatore "Terapia antibiotica per bambini con sintomi di polmonite" è stato rimosso da questa tabella. Tale indicatore si riferisce alla terapia antibiotica per quei bambini, i cui familiari riportano sintomi riconducibili a una infezione respiratoria acuta. Tuttavia, a questi bambini non viene diagnosticata la polmonite, facendo emergere così problemi di validità. Alcuni studi hanno dimostrato che un'alta percentuale di bambini con sintomi di infezione respiratoria acuta non sono affetti da una vera e propria polmonite. Di conseguenza, questo indicatore non è più raccomandato per monitorare la diffusione.

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 7. INDICATORI ECONOMICI

Povertà Monetaria Infantile: è stata aggiunta alla Tabella 7 nel 2016 per rispecchiare l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (SDG) nr.1, Target 1.2 che include un impegno esplicito per ridurre la povertà infantile. Tale indicatore misura "la percentuale dei bambini di età compresa tra 0-17 anni che vivono in famiglie con reddito o livelli di consumo al di sotto della soglia nazionale di povertà stabilita dal governo". I dati provengono da fonti governative ufficiali, come le tabulazioni dell'Istituto Statistico, sondaggi nazionali e le relazioni sulla povertà, nonché dai database regionali come Eurostat. La metodologia utilizzata per calcolare la diffusione della povertà nazionale varia in base al paese. Per esempio, alcuni paesi utilizzano il reddito e gli altri consumi, alcuni applicano una soglia di povertà assoluta e altri una soglia di povertà relativa. Di conseguenza, il tasso di povertà infantile nazionale dovrebbe essere utilizzato per monitorare i progressi, ma non dovrebbe essere adoperato per mettere a confronto o classificare i paesi. Questo indicatore è il primo di tre indicatori di povertà infantile, al quale sarà aggiunto il parametro internazionale "povertà infantile estrema" per il Target 1 dell'Obiettivo Sviluppo Sostenibile 1 e il parametro povertà infantile "multidimensionale" per il Target 1.2.

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>.

Indicatori cure post-natali: il periodo immediatamente successivo al parto o post-natale è una fase molto critica nelle vite delle madri e dei neonati poiché è in questo momento che avvengono la maggior parte dei decessi materni e infantili. Considerata la vitale importanza della cura neonatale e post-natale sia per il bambino che per la madre, i programmi di indagine sulle famiglie come il DHS (Indagine demografica e sulla Salute) e il MICS (Sondaggi a Campione con Indicatori Multipli) hanno di recente incluso degli indicatori per monitorare la loro diffusione. Pertanto, due indicatori standard relativi alle prime cure post-natali per madri e bambini sono stati aggiunti a questa tabella: bilancio di salute post-natale per i neonati entro 2 giorni dal parto e

bilancio di salute post-natale per le madri entro 2 giorni dal parto. Questi due indicatori sono ora parte degli indicatori mondiali del piano d'azione "Every Newborn" (ENAP).

Sebbene sia il DHS che il MICS ambiscono a fornire risultati comparabili per lo stesso indicatore, la raccolta dati e il metodo di trasmissione relativi ai due indicatori differiscono leggermente nei due programmi di indagine. I risultati dell'indagine nei vari paesi e i totali regionali devono essere analizzati con attenzione. Per la fonte dei data point, esaminare il database cure post-natali pubblicato.

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 consideto un bambino lavoratore.

La mutilazione genitale femminile (MGF): i dati sulla diffusione della MGF tra le bambine di età compresa tra 0-14 anni sono stati ricalcolati per motivi tecnici e possono differire da quelli presentati nei rapporti nazionali originali del DHS e del MICS. Per maggiori informazioni, consultare La mutilazione genitale femminile: una panoramica statistica e le dinamiche di cambiamento, UNICEF, New York, 2013. Le stime locali riguardo la diffusione della MGF e l'atteggiamento verso tale pratica si basano su dati provenienti solo dai paesi che la praticano e pertanto riflettono la situazione di chi vive nei paesi interessati di una determinata area, e non l'intera area, dato che vi sono anche paesi che non praticano la MGF all'interno della medesima area.

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 a10 nello stesso periodo, rappresenta un 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. DISPARITÀ

Ritardo della crescita: A partire dal 2016, La condizione dell'infanzia nel mondo non include più le disparità nella prevalenza del sottopeso (peso-per-età), e invece prevede la ripartizione per ritardo della crescita (altezza-per-età). Questo perché il ritardo della crescita ha guadagnato la precedenza come marcatore chiave globale della denutrizione infantile ed è ora al centro dell'agenda SDG, mentre il sottopeso non è più tra gli indicatori utilizzati per monitorare un paese, il progresso regionale o globale sulla nutrizione. Sottopeso era stato l'indicatore utilizzato per OSM nr. 1 sulla nutrizione dei bambini sotto i 5 anni. Tuttavia, anche durante il periodo degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, l'UNICEF e altri partner si erano concentrati sui progressi nel ritardo della crescita, come indicatore di elezione.

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i cinque anni (TMS5)		TMS5 2015		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale	Popolazione totale (in migliaia)	Numero annuo di nascite (in migliaia)	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia)	PNL pro capite (USD)	Speranza di vita alla nascita (in anni)	Tasso totale alfabetismo adulti (%)	% iscrizione netta alla scuola primaria
		1990	2015	maschi	femmine	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009–2014*	2010–2014*
Afghanistan	**16**	181	91	95	87	123	66	36	32.527	1.081	94	680	61	32	–
Albania	**112**	41	14	15	13	35	13	6	2.897	40	1	4.450	78	97	96
Algeria	**79**	47	26	27	24	40	22	16	39.667	936	24	5.490	75	73 x	99
Andorra	**182**	9	3	3	3	8	2	1	70	–	0	43.270 x	–	–	–
Angola	**1**	226	157	165	149	134	96	49	25.022	1.128	169	c	53	71	84
Antigua e Barbuda	**142**	26	8	9	7	24	6	5	92	1	0	13.300	76	99	86
Arabia Saudita	**110**	44	15	16	14	36	13	8	31.540	619	9	25.140 x	74	94	96
Argentina	**120**	28	13	14	11	24	11	6	43.417	753	10	13.480	76	98	100
Armenia	**112**	50	14	16	13	43	13	7	3.018	39	1	4.020	75	100	–
Australia	**166**	9	4	4	3	8	3	2	23.969	318	1	64.540	83	–	97
Austria	**166**	10	4	4	3	8	3	2	8.545	82	0	49.670	82	–	–
Azerbaigian	**68**	95	32	34	29	76	28	18	9.754	193	7	7.590	71	100	95
Bahamas	**125**	24	12	13	11	20	10	7	388	6	0	20.980	76	–	98
Bahrain	**153**	23	6	6	6	20	5	1	1.377	20	0	21.060 x	77	95	–
Bangladesh	**61**	144	38	40	35	100	31	23	160.996	3.134	119	1.080	72	60	95
Barbados	**120**	18	13	14	12	16	12	8	284	3	0	15.310 x	76	–	91
Belgio	**166**	10	4	5	4	8	3	2	11.299	130	1	47.260	81	–	99
Belize	**99**	40	17	18	15	32	14	8	359	8	0	4.350 x	70	–	97
Benin	**8**	180	100	104	95	108	64	32	10.880	388	37	890	60	29 x	96
Bhutan	**67**	134	33	36	30	93	27	18	775	13	0	2.370	70	53 x	89
Bielorussia	**159**	17	5	5	4	14	3	2	9.496	112	1	7.340	71	100	94
Bolivia (Stato Plurinazionale)	**61**	124	38	42	35	86	31	20	10.725	253	9	2.870	69	92	88
Bosnia/Erzegovina	**159**	18	5	6	5	16	5	4	3.810	34	0	4.760	77	98	–
Botswana	**55**	54	44	47	40	42	35	22	2.262	55	2	7.240	65	87	91
Brasile	**104**	61	16	18	15	51	15	9	207.848	3.016	52	11.530	75	90	–
Brunei Darussalam	**133**	12	10	11	9	9	9	4	423	7	0	37.320 x	79	96	–
Bulgaria	**133**	22	10	12	9	18	9	6	7.150	68	1	7.620	74	98	96
Burkina Faso	**18**	202	89	94	83	103	61	27	18.106	717	60	700	59	29 x	68
Burundi	**21**	172	82	88	76	104	54	29	11.179	488	37	270	57	87 x	96
Cambogia	**71**	117	29	32	25	85	25	15	15.578	371	10	1.020	69	74	95
Camerun	**19**	138	88	94	82	86	57	26	23.344	847	71	1.350	56	71	95
Canada	**159**	8	5	5	5	7	4	3	35.940	387	2	51.630	82	–	99
Capo Verde	**80**	63	25	27	22	48	21	12	521	11	0	3.450	74	85	98
Ciad	**2**	215	139	146	131	116	85	39	14.037	630	83	980	52	38	84
Cile	**142**	19	8	9	7	16	7	5	17.948	234	2	14.910	82	97	93
Cina	**130**	54	11	11	10	42	9	6	1.376.049	16.601	182	7.400	76	95	–
Cipro	**182**	11	3	3	3	10	3	2	1.165	13	0	26.370	80	99	97 x
Colombia	**104**	35	16	18	14	29	14	9	48.229	747	12	7.970	74	93	97
Comore	**25**	125	74	79	68	88	55	34	788	26	2	790	64	77	85
Congo	**52**	94	45	49	41	61	33	18	4.620	167	7	2.720	63	79	93
Congo, Rep. Dem.	**9**	187	98	105	91	120	75	30	77.267	3.217	305	380	59	75	–
Corea, Rep.	**182**	7	3	4	3	6	3	2	50.293	457	2	27.090	82	–	96
Corea, Rep. Dem. Pop.	**80**	43	25	28	22	33	20	14	25.155	360	9	a	71	100 x	97
Costa d'Avorio	**13**	153	93	101	84	105	67	38	22.702	838	75	1.450	52	41	75
Costa Rica	**133**	17	10	11	9	14	9	6	4.808	70	1	10.120	80	97	96
Croazia	**166**	13	4	5	4	11	4	3	4.240	40	0	12.980	77	99	98
Cuba	**153**	13	6	6	5	11	4	2	11.390	115	1	5.880 x	80	100	93 x
Danimarca	**166**	9	4	4	3	7	3	3	5.669	59	0	61.310	80	–	99
Dominica	**89**	17	21	23	20	14	20	16	73	–	0	6.930	–	–	97
Ecuador	**84**	57	22	24	19	44	18	11	16.144	331	7	6.090	76	92	97
Egitto	**82**	86	24	25	23	63	20	13	91.508	2.488	66	3.050	71	72	100 x
El Salvador	**99**	59	17	19	15	46	14	8	6.127	105	2	3.920	73	84	96
Emirati Arabi Uniti	**148**	17	7	8	6	14	6	4	9.157	98	1	44.600	77	90 x	96
Eritrea	**49**	151	47	51	41	93	34	18	5.228	175	8	480 x	64	72	41
Estonia	**182**	20	3	3	3	17	2	2	1.313	14	0	19.030	77	100	100
Etiopia	**37**	205	59	65	54	122	41	28	99.391	3.176	184	550	65	39 x	86
Federazione Russa	**133**	26	10	11	8	22	8	5	143.457	1.823	19	13.220	70	100	98
Figi	**84**	30	22	24	20	25	19	10	892	18	0	4.870	70	–	97
Filippine	**73**	58	28	31	25	41	22	13	100.699	2.349	66	3.500	68	95 x	97
Finlandia	**193**	7	2	3	2	6	2	1	5.503	59	0	48.420	81	–	100
Francia	**166**	9	4	5	4	7	4	2	64.395	782	3	42.960	82	–	99
Gabon	**42**	93	51	55	46	61	36	23	1.725	51	3	9.720	65	82	–
Gambia	**29**	170	69	74	64	80	48	30	1.991	83	6	500 x	60	53	69

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i cinque anni (TMS5)		TMS5 2015		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale	Popolazione totale (in migliaia)	Numero annuo di nascite (in migliaia)	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia)	PNL pro capite (USD)	Speranza di vita alla nascita (in anni)	Tasso totale alfabetismo adulti (%)	% iscrizione netta alla scuola primaria
		1990	2015	maschi	femmine	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009–2014*	2010–2014*
Georgia	**125**	48	12	13	11	41	11	7	4.000	54	1	3.720	75	100	99
Germania	**166**	9	4	4	3	7	3	2	80.689	685	3	47.640	81	–	100
Ghana	**35**	127	62	67	56	80	43	28	27.410	884	54	1.590	62	71	89
Giamaica	**104**	31	16	18	14	25	14	12	2.793	48	1	5.150	76	88	–
Giappone	**182**	6	3	3	3	5	2	1	126.573	1.033	3	42.000	84	–	100
Gibuti	**32**	119	65	71	59	93	54	33	888	22	1	b	62	–	65
Giordania	**96**	37	18	19	17	30	15	11	7.595	199	4	5.160	74	93	88
Grecia	**159**	13	5	5	4	11	4	3	10.955	92	0	22.680 x	81	97	97
Grenada	**125**	23	12	13	11	18	11	6	107	2	0	7.910	74	–	98
Guatemala	**71**	81	29	32	26	60	24	13	16.343	438	13	3.430	72	78	89
Guinea	**11**	238	94	99	88	141	61	31	12.609	460	42	470	59	25	76
Guinea Equatoriale	**11**	190	94	101	88	128	68	33	845	29	3	10.210	58	95	58
Guinea-Bissau	**13**	229	93	100	85	136	60	40	1.844	68	6	550	55	58	69
Guyana	**59**	60	39	44	34	47	32	23	767	15	1	3.940 x	66	85	85
Haiti	**29**	146	69	75	63	101	52	25	10.711	263	18	820	63	49 x	–
Honduras	**94**	58	20	23	18	45	17	11	8.075	169	3	2.270	73	85	95
India	**48**	126	48	46	49	88	38	28	1.311.051	25.794	1.201	1.570	68	69	95
Indonesia	**77**	85	27	30	24	62	23	14	257.564	5.037	147	3.630	69	93	93
Iran (Repubblica Islamica)	**104**	58	16	16	15	45	13	10	79.109	1.350	21	7.120 x	76	84	99
Iraq	**68**	54	32	35	29	42	27	18	36.423	1.244	39	6.500	70	79	–
Irlanda	**166**	9	4	4	3	8	3	2	4.688	68	0	46.550	81	–	99
Islanda	**193**	6	2	2	2	5	2	1	329	4	0	46.350 x	83	–	99
Isole Cook	**142**	24	8	9	7	21	7	4	21	–	0	–	–	–	98
Isole Marshall	**63**	50	36	40	32	40	30	17	53	–	0	4.390	–	–	100
Isole Salomone	**73**	40	28	31	26	32	24	12	584	17	0	1.830	68	–	–
Israele	**166**	12	4	4	4	10	3	2	8.064	167	1	35.320	83	–	97
Italia	**166**	10	4	4	3	8	3	2	59.798	501	2	34.270	83	99	99
Kazakistan	**112**	53	14	16	12	45	13	7	17.625	377	6	11.850	70	100	99
Kenya	**46**	102	49	53	45	66	36	22	46.050	1.571	74	1.290	62	72 x	86
Kirghizistan	**89**	65	21	24	19	54	19	12	5.940	154	4	1.250	71	99	98
Kiribati	**39**	96	56	61	51	69	44	24	112	3	0	2.950	66	–	98
Kuwait	**139**	18	9	9	8	15	7	3	3.892	75	1	49.300	75	96	98
Laos, Rep. Dem. Pop.	**31**	162	67	73	61	111	51	30	6.802	179	12	1.660	67	73 x	95
Lesotho	**17**	88	90	97	83	71	69	33	2.135	61	6	1.330	50	76	81
Lettonia	**142**	20	8	9	7	17	7	5	1.971	20	0	15.280	74	100	98
Libano	**142**	33	8	9	8	27	7	5	5.851	86	1	10.030	80	90 x	89
Liberia	**27**	255	70	75	65	170	53	24	4.503	156	11	370	61	43 x	38
Libia	**120**	42	13	15	12	36	11	7	6.278	129	2	7.820	72	90	–
Liechtenstein	**–**	–	–	–	–	–	–	–	38	–	–	d	–	–	98
Lituania	**159**	17	5	6	5	13	3	3	2.878	30	0	15.430	73	100	100
Lussemburgo	**193**	9	2	2	2	7	2	1	567	6	0	75.990	82	–	95 x
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	**153**	37	6	6	5	33	5	4	2.078	23	0	5.150	76	98	88
Madagascar	**44**	161	50	54	45	98	36	20	24.235	831	40	440	66	64	– x
Malawi	**33**	242	64	68	60	143	43	22	17.215	665	40	250	64	61	98
Maldive	**139**	94	9	9	8	68	7	5	364	8	0	6.410	77	98 x	97
Malesia	**148**	17	7	8	6	14	6	4	30.331	509	4	11.120	75	93	–
Mali	**6**	254	115	120	108	131	75	38	17.600	758	83	650	58	31	64
Malta	**153**	11	6	7	6	10	5	4	419	4	0	21.000 x	81	93	97
Marocco	**73**	80	28	30	25	63	24	18	34.378	699	20	3.070	74	67	99
Mauritania	**20**	118	85	96	80	78	65	36	4.068	134	11	1.270	63	46 x	75
Mauritius	**112**	23	14	15	12	20	12	8	1.273	14	0	9.630	75	89	97
Messico	**120**	47	13	14	12	37	11	7	127.017	2.346	31	9.870	77	93	97
Micronesia (Stati Federati)	**65**	56	35	38	31	43	29	19	104	2	0	3.200	69	–	87
Moldavia, Rep.	**104**	33	16	18	14	27	14	12	4.069	43	1	2.560	72	99	91
Monaco	**166**	8	4	4	3	6	3	2	38	–	0	d	–	–	–
Mongolia	**84**	108	22	27	18	77	19	11	2.959	69	2	4.280	70	98	96
Montenegro	**159**	17	5	5	4	15	4	3	626	7	0	7.320	76	98	94
Mozambico	**23**	240	79	83	74	160	57	27	27.978	1.087	82	600	55	51	88
Myanmar	**44**	110	50	55	45	78	40	26	53.897	944	46	1.270	66	93	95
Namibia	**52**	74	45	49	41	50	33	16	2.459	72	3	5.630	65	76 x	91
Nauru	**65**	57	35	39	32	44	29	23	10	–	0	–	–	–	87
Nepal	**63**	141	36	38	34	98	29	22	28.514	577	20	730	70	60	95

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i cinque anni (TMS5)		TMS5 2015		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale	Popolazione totale (in migliaia)	Numero annuo di nascite (in migliaia)	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia)	PNL pro capite (USD)	Speranza di vita alla nascita (in anni)	Tasso totale alfabetismo adulti (%)	% iscrizione netta alla scuola primaria
		1990	2015	maschi	femmine	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009–2014*	2010–2014*
Nicaragua	**84**	67	22	25	20	51	19	10	6.082	121	3	1.870	75	78 x	98
Niger	**10**	328	96	100	91	138	57	27	19.899	983	88	410	62	15	62
Nigeria	**7**	213	109	115	102	126	69	34	182.202	7.133	750	2.970	53	51 x	66
Niue	**83**	14	23	25	20	12	20	13	2	–	0	–	–	–	–
Norvegia	**182**	9	3	3	2	7	2	2	5.211	61	0	103.630	82	–	100
Nuova Zelanda	**153**	11	6	6	5	9	5	3	4.529	60	0	41.070	82	–	98
Oman	**125**	39	12	13	10	32	10	5	4.491	81	1	16.870 x	77	87	97
Paesi Bassi	**166**	8	4	4	3	7	3	2	16.925	177	1	51.890	82	–	99
Pakistan	**22**	139	81	85	77	106	66	46	188.925	5.451	432	1.400	66	55	73
Palau	**104**	36	16	18	15	31	14	9	21	–	0	11.110	–	100	99
Panama	**99**	31	17	19	15	26	15	10	3.929	75	1	11.130	78	94	97
Papua Nuova Guinea	**38**	89	57	62	53	65	45	25	7.619	215	12	2.240	63	63	87
Paraguay	**89**	47	21	23	18	37	18	11	6.639	141	3	4.400	73	94	89
Peru	**99**	80	17	18	15	56	13	8	31.377	615	10	6.360	75	94	95
Polonia	**159**	17	5	6	5	15	5	3	38.612	387	2	13.690	78	100	97
Portogallo	**166**	15	4	4	3	12	3	2	10.350	83	0	21.360	81	94	99
Qatar	**142**	21	8	9	7	18	7	4	2.235	26	0	92.200	78	96	97
Regno Unito	**166**	9	4	5	4	8	4	2	64.716	813	3	43.430	81	–	100
Repubblica Ceca	**182**	15	3	4	3	13	3	2	10.543	107	0	18.370	79	–	–
Repubblica Centrafricana	**4**	177	130	137	123	115	92	43	4.900	164	21	320	51	37	71
Repubblica Dominicana	**70**	60	31	34	28	47	26	22	10.528	216	7	6.040	74	90	86
Romania	**130**	38	11	12	10	31	10	6	19.511	179	2	9.520	75	99	91
Ruanda	**56**	152	42	45	38	93	31	19	11.610	363	14	700	65	66	96
Saint Kitts/Nevis	**130**	28	11	11	10	23	8	7	56	–	0	14.920	–	–	81
Saint Vincent e Grenadines	**96**	25	18	20	17	20	17	12	109	2	0	6.610	73	–	91
Samoa	**96**	31	18	19	16	26	15	10	193	5	0	4.060	74	99	97
San Marino	**182**	11	3	3	3	10	3	1	32	–	0	d	–	–	93
Santa Lucia	**112**	23	14	16	13	19	13	9	185	3	0	7.260	75	–	–
Santa Sede	**–**	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	**49**	111	47	52	43	71	35	17	190	6	0	1.670	67	70 x	96
Senegal	**49**	140	47	54	44	70	42	21	15.129	567	27	1.050	67	52	73
Serbia	**148**	28	7	7	6	25	6	4	8.851	90	1	5.820	75	98	99
Seychelles	**112**	17	14	15	12	14	12	9	96	2	0	14.100	73	94	95
Sierra Leone	**5**	264	120	127	113	157	87	35	6.453	229	26	700	51	46	99
Singapore	**182**	8	3	3	3	6	2	1	5.604	50	0	55.150	83	96	–
Siria, Repubblica araba	**120**	37	13	14	12	30	11	7	18.502	438	6	b	70	86	71
Slovacchia	**148**	18	7	8	7	16	6	4	5.426	57	0	17.750	76	–	–
Slovenia	**182**	10	3	3	2	9	2	1	2.068	22	0	23.580	81	100	97
Somalia	**3**	180	137	143	130	108	85	40	10.787	471	61	a	56	–	–
Spagna	**166**	11	4	4	4	9	4	3	46.122	413	2	29.440	83	98	100
Sri Lanka	**133**	21	10	11	9	18	8	5	20.715	323	3	3.460	75	91	97
Stati Uniti	**148**	11	7	7	6	9	6	4	321.774	4.025	25	55.200	79	–	93
Stato di Palestina	**89**	44	21	23	19	36	18	12	4.668	151	3	3.060	73	95	93
Sud Sudan	**13**	253	93	98	87	150	60	39	12.340	446	39	970	56	27 x	41
Sudafrica	**58**	60	41	47	37	47	34	11	54.490	1.111	42	6.800	58	93	–
Sudan	**27**	128	70	75	65	80	48	30	40.235	1.319	89	1.710	64	74	55
Suriname	**89**	48	21	24	19	41	19	12	543	10	0	9.950	71	95	91
Svezia	**182**	7	3	3	3	6	2	2	9.779	119	0	61.610	82	–	100
Svizzera	**166**	8	4	4	4	7	3	3	8.299	86	0	88.120 x	83	–	99 x
Swaziland	**36**	75	61	65	56	56	45	14	1.287	38	2	3.550	49	83	79
Tagikistan	**52**	108	45	50	40	85	39	21	8.482	256	12	1.080	70	100	97
Tanzania, Repubblica Unita	**46**	165	49	52	45	100	35	19	53.470	2.064	98	920	66	68	82
Thailandia	**125**	37	12	14	11	30	11	7	67.959	715	9	5.780	75	96	96
Timor Est	**41**	176	53	57	48	132	45	22	1.185	44	3	2.680	69	58	98
Togo	**24**	146	78	84	72	90	52	27	7.305	256	20	570	60	60	93
Tonga	**99**	22	17	15	18	19	14	7	106	3	0	4.260	73	99	96
Trinidad e Tobago	**94**	31	20	22	18	27	18	13	1.360	19	0	20.070	71	99	99
Tunisia	**112**	57	14	15	13	44	12	8	11.254	202	3	4.230	75	79	100
Turchia	**112**	75	14	15	12	56	12	7	78.666	1.289	19	10.830	76	93	93
Turkmenistan	**42**	91	51	59	44	73	44	23	5.374	112	6	8.020	66	100	–
Tuvalu	**77**	57	27	30	25	44	23	18	10	–	0	5.720	–	–	96
Ucraina	**139**	20	9	10	8	17	8	6	44.824	484	4	3.560	71	100	97

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e aree	Posizione secondo il tasso di mortalità sotto i 5 anni	Tasso di mortalità sotto i cinque anni (TMS5)		TMS5 2015		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale	Popolazione totale (in migliaia)	Numero annuo di nascite (in migliaia)	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia)	PNL pro capite (USD)	Speranza di vita alla nascita (in anni)	Tasso totale alfabetismo adulti (%)	% iscrizione netta alla scuola primaria
		1990	2015	maschi	femmine	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009–2014*	2010–2014*
Uganda	**40**	187	55	60	49	111	38	19	39.032	1.665	85	670	59	73	94
Ungheria	**153**	19	6	6	5	17	5	4	9.855	92	1	13.340	75	99	96
Uruguay	**133**	23	10	11	9	20	9	5	3.432	49	0	16.350	77	98	100
Uzbekistan	**59**	72	39	44	34	59	34	20	29.893	667	26	2.090	69	100	95
Vanuatu	**73**	36	28	30	25	29	23	12	265	7	0	3.160	72	84	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	**110**	30	15	17	13	25	13	9	31.108	599	9	12.500 x	74	95	93
Vietnam	**84**	51	22	25	19	37	17	11	93.448	1.582	34	1.890	76	94	98
Yemen	**56**	126	42	46	38	89	34	22	26.832	856	34	1.300 x	64	68	85
Zambia	**33**	191	64	69	59	113	43	21	16.212	645	39	1.680	61	61 x	89
Zimbabwe	**26**	76	71	76	65	51	47	24	15.603	539	38	840	59	84	89
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE															
Africa subsahariana		180	83	89	77	108	56	29	1.001.417	36.812	2.947	1.661	59	60	79
Africa orientale e meridionale		167	67	72	62	103	46	25	480.144	16.694	1.068	1.610	61	67	84
Africa occidentale e centrale		198	99	105	92	116	66	32	480.150	18.778	1.789	1.703	57	53	74
Medio Oriente e Nord Africa		71	29	31	27	53	23	15	455.880	11.039	324	6.561	72	79	90
Asia meridionale		129	53	52	53	92	42	30	1.743.865	36.381	1.870	1.500	68	67	94
Asia orientale e Pacifico		58	18	19	16	44	15	9	2.097.940	29.541	538	6.845	74	95	96
America latina e Caraibi		54	18	20	16	43	15	9	628.992	10.772	196	9.634	75	92	94
ECO/CIS		48	17	19	15	39	15	9	413.760	6.084	108	9.216	72	99	95
Paesi meno sviluppati		175	73	78	68	109	51	27	954.158	30.969	2.181	845	64	60	82
Mondo		**91**	**43**	**44**	**41**	**63**	**32**	**19**	**7.309.846**	**140.244**	**5.945**	**10.647**	**72**	**85**	**91**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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).

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

a paesi a basso reddito (PNL pro capite pari o inferiore a 1.045 dollari USA).

b paesi a basso reddito (PNL pro capite compreso tra 1.046 e 4.125 dollari USA).

c paesi a altro reddito (PNL pro capite compreso tra 4. 126 e 12.735 dollari USA).

d paesi ad altro reddito (PNL pro capite pari o superiore a 12.736 dollari USA).

– 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.

* 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 (%)	Allattamento al seno immediato (%)	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%)	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%)	Dieta minima accettabile 6-23 mesi (%)	Allattamento a 2 anni di età (%)	Sottopeso (%)	Arresto crescita (%)	Deperimento (%)	Sovrappeso (%)	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale[Δ] (%)	Consumo di sale iodato (%)
							moderata e severa[◦]					
	2009–2013*	2010–2015*					2010–2015*				2014	2009–2013*
Afghanistan	–	54	–	–	–	54 x	25	41	10	5	95 a	20
Albania	–	43 x	39 x	78 x	–	31 x	6 x	23 x	9 x	23 x	–	75
Algeria	6 x	36	26	28	–	27	3	12	4	12	–	61 x
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	12 x	55 x	–	–	–	–	16 x	29 x	8 x	–	6 a	45 x
Antigua e Barbuda	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	9	–	–	–	–	30 x	5 x	9 x	12 x	6 x	–	–
Argentina	7	53	33	93	–	29	2 x	8 x	1 x	10 x	–	–
Armenia	8	36	35	75	32	23	5	21	4	17	–	97 x
Australia	6	–	–	–	–	–	0 x	2 x	0 x	8 x	–	–
Austria	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	10 x	20	12	77	22	16 x	5	18	3	13	58 a,w	54 x
Bahamas	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	10	–	34 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	22 x	57	55	42	23	87	33	36	14	1	0 a	58
Barbados	12	40	20 p	–	–	–	4	8	7	12	–	17
Belgio	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	11	62	15	69	–	35	6	19	3	8	–	–
Benin	15 x	47	41	73	16	46	18	34	5	2	99 a	86
Bhutan	10	78	51	87	–	61	13	34	6	8	– a	– f
Bielorussia	5	53	19	64	–	12	1 x	5 x	2 x	10 x	–	85
Bolivia (Stato Plurinazionale)	6 x	78	64	83 x	–	40 x	4	18	2	–	– a	– f
Bosnia/Erzegovina	5	42	19	71	–	12	2	9	2	17	–	62 x,y
Botswana	13 x	40 x	20 x	–	–	6 x	11 x	31 x	7 x	11 x	70 a	65 x
Brasile	9	43 x	39 x	94 x	–	26 x	2 x	7 x	2 x	7 x	–	96 x
Brunei Darussalam	12	–	–	–	–	–	10 x	20 x	3 x	8 x	–	–
Bulgaria	9	–	–	–	–	–	2 x	9 x	3 x	14 x	–	92
Burkina Faso	14	42	50	59	3	80	24	33	11	–	98 a	34 x,f
Burundi	13	74	69	70	9	79	29	58	6	3	69 a	– f
Cambogia	11	63	65	82	30	37	24	32	10	2	71 a	– f
Camerun	11 x	31	28	83	–	19	15	32	5	7	96 a	85
Canada	6	–	–	–	–	–	–	–	–	10 x	–	–
Capo Verde	6 x	73 x	60 x	–	–	13 x	–	–	–	–	–	75 x
Ciad	20	29	0	46	5	65	29	40	13	3	96 a	54
Cile	6	–	–	–	–	–	1	2	0	9	–	–
Cina	–	41 x	28 x	60 x	–	9 x	3	9	2	7	–	97 y
Cipro	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	10	57	43	86	60	33	3	13	1	5	–	–
Comore	25 x	*34*	12	81	6	57	17	32	11	11	14 a	77 x,f
Congo	13 x	24	33	84	–	11	12	21	8	6	99 a	73 x,f
Congo, Rep. Dem.	10	52	48	79	8	66	23	43	8	4	99 a	59
Corea, Rep.	4 x	–	–	–	–	–	1	3	1	7	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	6	28	69	66	–	22	15	28	4	–	99 a	25
Costa d'Avorio	17 x	31	12	64	5	38	16	30	8	3	99 a	30 x,f
Costa Rica	7	60	33	86	–	28	1 x	6 x	1 x	8 x	–	–
Croazia	5	–	23 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	5	48	33	91	56	24	3 x	7 x	2 x	–	–	88 x
Danimarca	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	9	55	40 x	74	–	19	6	25	2	8	–	–
Egitto	13 x	27	40	77	23	20	7	22	10	16	– a	78 x
El Salvador	9	42	47	90	–	57	5	14	2	6	–	62 x
Emirati Arabi Uniti	6	–	*34 x*	–	–	29 x	–	–	–	–	–	–
Eritrea	14 x	93	69	40 x	–	73	39	50	15	2	49 a	68 x
Estonia	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	20 x	52	52	49	4	82	25	40	9	3	71 a	20 x,f
Federazione Russa	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	– f
Figi	10 x	57 x	40 x	–	–	–	5 x	8 x	6 x	5 x	–	–
Filippine	21 x	50	34 x	90 x	–	41	20	30	8	5	83 a	45 x
Finlandia	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	14 x	32	6	82	–	4	7	18	3	8	– a	– f
Gambia	10	52	47	47	8	42	16	25	12	3	27 a	22

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%)	Allattamento al seno immediato (%)	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%)	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%)	Dieta minima accettabile 6-23 mesi (%)	Allattamento a 2 anni di età (%)	Sottopeso (%)	Arresto crescita (%)	Deperimento (%)	Sovrappeso (%)	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale[Δ] (%)	Consumo di sale iodato (%)
							moderata e severa[o]					
	2009–2013*	2010–2015*					2010–2015*				2014	2009–2013*
Georgia	7	69	55 x	85 x	–	17 x	1 x	11 x	2 x	20 x	–	100
Germania	7	–	–	–	–	–	1 x	1 x	1 x	4 x	–	–
Ghana	11	56	52	73	13	50	11	19	5	3	23 a	35
Giamaica	11	65	24	55	–	31	3	6	3	8	–	–
Giappone	10	–	–	–	–	–	3	7	2	2	–	–
Gibuti	10 x	55 x	1 x	35 x	–	18 x	30	34	22	8	– a	0 x
Giordania	13 x	19	23	92	33	13	3	8	2	5	–	– f
Grecia	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenada	9	–	39 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	11	56 x	53	–	51	57	13	47	1	5	19 a	– f
Guinea	12 x	17	21	43	4	66	19	31	10	4	– a	– f
Guinea Equatoriale	13 x	21	7	76	11	5	6	26	3	10	– a	– f
Guinea-Bissau	11	34	53	71	–	51	17	28	6	2	98 a	12
Guyana	14	49	23	81	30	41	9	12	6	5	–	10
Haiti	23	47	40	87	14	31	12	22	5	4	30 a	3 x,f
Honduras	10	64	31	70	54	43	7	23	1	5	– a	–
India	28 x	41 x	46 x	56 x	–	77 x,y	29	39	15	–	61 a	71
Indonesia	9 x	49	42	91	37	55	20	36	14	12	84 a	58
Iran (Repubblica Islamica)	8	69	53	76	–	51	4	7	4	–	–	– f
Iraq	13	43	20	36	–	23	9	23	7	12	–	29
Irlanda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islanda	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	18 x	73 x	31 x	–	–	53 x	–	–	–	–	– a	–
Isole Salomone	13 x	75 x	74 x	–	–	67 x	12 x	33 x	4 x	3 x	–	–
Israele	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	6	68	32	49	–	26	4	13	4	13	– a	85
Kenya	8	62	61	80	22	53	11	26	4	4	28 a	93
Kirghizistan	6	83	41	85	36	23	3	13	3	7	– a	76 x
Kiribati	8	–	69 x	–	–	82 x	15 x	–	–	–	– a	–
Kuwait	8	–	12 x	–	–	9 x	3	6	2	9	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	15	39	40	52	–	40	27	44	6	2	89 a	– f
Lesotho	11	53 x	67	68 x	11	30	10	33	3	7	67 a	79
Lettonia	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libano	12	41 x	27 x	–	–	11 x	4 x	17 x	7 x	17 x	–	71
Liberia	14 x	61	55	46	4	44	15	32	6	3	0 a	–
Libia	–	–	–	–	–	–	6 x	21 x	7 x	22 x	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lussemburgo	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	21	23	41	–	13	1	5	2	12	–	94 x,y
Madagascar	16	66	42	90	–	83	37 x	49 x	15 x	6 x	99 a	50
Malawi	14	75	70	89	14	75	17	42	4	5	41 a	62
Maldive	11	64 x	48 x	91 x	–	68 x	18 x	20 x	10 x	7 x	– a	44 x
Malesia	11	–	29 x	–	–	–	13 x	17 x	–	–	–	–
Mali	18	46 x	38 x	27 x	–	56 x	28 x	39 x	15 x	5 x	– a	74 x
Malta	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marocco	15 x	30	28	86 x	–	15 x	3	15	2	11	– a	21 x
Mauritania	35	56	27	48	–	36	20	22	12	1	89 a	7
Mauritius	14 x	–	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Messico	9	39	14	95	–	14	3	14	2	9	– a	91 x
Micronesia (Stati Federati)	11	–	60 x	–	–	–	–	–	–	–	– a	–
Moldavia, Rep.	6	61	36	62	–	12	2	6	2	5	–	44
Monaco	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	5	71	47	95	–	53	2	11	1	11	79 a	70
Montenegro	5	14	17	95	66	9	1	9	3	22	–	71 x
Mozambico	17	69	41	95	11	52	16	43	6	8	99 a	25 f
Myanmar	9	76	24	76	–	65	23	35	8	3	94 a	69
Namibia	16 x	71	49	80	13	21	13	23	7	4	– a	57 x
Nauru	27 x	76 x	67 x	–	–	65 x	5 x	24 x	1 x	3 x	–	–

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%)	Allattamento al seno immediato (%)	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%)	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%)	Dieta minima accettabile 6-23 mesi (%)	Allattamento a 2 anni di età (%)	Sottopeso (%)	Arresto crescita (%)	Deperimento (%)	Sovrappeso (%)	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale[Δ] (%)	Consumo di sale iodato (%)
							moderata e severa[o]					
	2009–2013*	2010–2015*					2010–2015*				2014	2009–2013*
Nepal	18	49	57	74	32	87	30	37	11	2	85 a	80
Nicaragua	8	68	32	–	–	43	6 x	23 x	2 x	6 x	4 a	97 x
Niger	27 x	53	23	–	6	50	38	43	19	3	95 a	19
Nigeria	15	33	17	67	10	35	20	33	8	2	80 a	80
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	10	71	33	90	–	48	10	14	8	4	–	– f
Paesi Bassi	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	32 x	18	38	66	15	56	32	45	11	5	96 a	69
Palau	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	8	47	22	61	–	34	4 x	19 x	1 x	–	–	–
Papua Nuova Guinea	11 x	–	56 x	–	–	72 x	28	50	14	14	– a	–
Paraguay	6	47 x	24 x	–	–	14 x	3	11	3	12	–	93 y
Peru	7	55	68	82	–	55 y	3	15	1	–	–	88
Polonia	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portogallo	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	8	34	29	50	–	32	–	–	–	–	–	–
Regno Unito	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	8	–	–	–	–	–	2 x	3 x	5 x	4 x	–	–
Repubblica Centrafricana	14	44	34	59	–	32	24	41	7	2	34 a	65
Repubblica Dominicana	11 x	43	5	81	38	12	4	7	2	8	–	– f
Romania	8	12 x	16 x	–	–	–	4 x	13 x	4 x	8 x	–	74 x
Ruanda	7	71	87	79	17	87	9	38	2	8	95 a	87 x,f
Saint Kitts/Nevis	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	– f
Saint Vincent e Grenadines	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	10	88 x	51 x	–	–	74 x	–	–	–	–	–	–
San Marino	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	10	50	–	–	–	–	3	3	4	6	–	46
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	10	38	74	74	–	24	9	17	4	2	– a	65
Senegal	19	30	33	63	8	41	13	19	6	1	89 a	43
Serbia	6	51	13	97	72	9	2	6	4	14	–	32 x
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	11	54	32	63	7	48	18	38	9	9	8 a	63
Singapore	10	–	–	–	–	–	3 x	4 x	4 x	3 x	–	–
Siria, Repubblica araba	10	46 x	43 x	–	–	25 x	10 x	28 x	12 x	18 x	–	79 x
Slovacchia	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovenia	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	–	23 x	5 x	16 x	–	27 x	23 x	26 x	15 x	3 x	30 a	4 y
Spagna	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	17 x	80 x	76 x	–	–	84 x	26	15	21	1	72 a	92 x
Stati Uniti	8	–	–	–	–	–	1	2	1	6	–	–
Stato di Palestina	9	41	39	90	42	12	1	7	1	8	–	77
Sud Sudan	–	48	45	21	–	38	28	31	23	6	18 a	45
Sudafrica	–	61 x	8 x	–	–	31 x	9 x	24 x	5 x	–	– a	–
Sudan	–	69	55	51	–	49	33	38	16	3	99 a	10
Suriname	14	45	3	47	–	15	6	9	5	4	–	–
Svezia	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Svizzera	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Swaziland	9	48	64	90	–	8	6	26	2	9	43 a	52
Tagikistan	10 x	50	34	49	20	50	13	27	10	7	99 a	39
Tanzania, Repubblica Unita	8	51	41	90	–	48	13	35	4	–	88 a	56
Thailandia	11	46	12	75	–	18	9	16	7	11	–	71
Timor Est	12 x	93	62	97	18	39	38	50	11	2	– a	60 x
Togo	11	61	58	67	12	61	16	28	7	2	– a	32
Tonga	–	79	52	–	–	30	2	8	5	17	–	–
Trinidad e Tobago	12	41 x	13 x	83 x	–	22 x	4 x	5 x	5 x	5 x	–	28 x
Tunisia	7	40	9	27	–	19	2	10	3	14	–	97 x
Turchia	11 x	50	30	–	–	34	2	10	2	11	–	69 x
Turkmenistan	5	60 x	11 x	–	–	37 x	9 x	19 x	7 x	5 x	– a	75 x,f
Tuvalu	6 x	15 x	35 x	–	–	51 x	2 x	10 x	3 x	6 x	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Paesi e aree	Basso peso alla nascita (%)	Allattamento al seno immediato (%)	Allattamento esclusivo al seno < 6 mesi (%)	Introduzione di alimenti solidi, semisolidi, morbidi 6-8 mesi (%)	Dieta minima accettabile 6-23 mesi (%)	Allattamento a 2 anni di età (%)	Sottopeso (%)	Arresto crescita (%)	Deperimento (%)	Sovrappeso (%)	Tasso somministrazione vitamina A copertura totale[Δ] (%)	Consumo di sale iodato (%)
							moderata e severa[ɵ]					
	2009–2013*	2010–2015*					2010–2015*				2014	2009–2013*
Ucraina	5	66	20	43	–	22	1 x	4 x	0 x	–	–	21
Uganda	12	53	63	67	6	46	12	34	4	6	66 a	87 x,f
Ungheria	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	8	77	–	–	–	–	4	11	1	7	–	–
Uzbekistan	5 x	67 x	26 x	47 x	–	38 x	4 x	20 x	5 x	13 x	99 a	53 x
Vanuatu	10 x	85	73	72	–	49	11	29	4	5	–	23 x
Venezuela (Repubblica bolivariana)	9	–	7 x	–	–	–	3 x	13 x	4 x	6 x	–	–
Vietnam	5	27	24	91	59	22	12	19	6	5	94 a,w	45
Yemen	32	53	10	69	15	45	16	47	16	2	7 a	30 x
Zambia	11 x	66	73	82	11	42	15	40	6	6	– a	64 x
Zimbabwe	11	59	41	87	13	17	11	28	3	4	32 a	– f
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE												
Africa subsahariana	13	49	40	69	9	52	19	36	8	4	74	59
Africa orientale e meridionale	11	59	54	73	10	60	16	36	6	5	62	–
Africa occidentale e centrale	14	40	29	68	9	46	22	35	10	4	83	65
Medio Oriente e Nord Africa	–	45	35	61	–	33	7	18	8	9	–	–
Asia meridionale	28	39	46	57	–	75	30	37	15	4	62	69
Asia orientale e Pacifico	–	44	31	69	41 **	24	5	11	4	6	86	86
America latina e Caraibi	9	49	32	88	–	28	3	10	1	7	–	–
ECO/CIS	6	54	27	–	–	29	2	10	2	14	–	–
Paesi meno sviluppati	14	55	47	66	11	63	–	–	–	–	67	50
Mondo	**16 ****	**44**	**39**	**66**	**–**	**49**	**14**	**24**	**8**	**5**	**69**	**75**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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.
Dieta minima accettabile (6-23 mesi) – Percentuale di bambini allattati al seno 6-23 mesi di età che avevano introdotto un'alimentazione variata minima a intervalli minimi durante il giorno precedente il sondaggio E percentuale di bambini non allattati al seno 6-23 mesi che avevano ricevuto almeno 2 poppate di latte e un'alimentazione variata minima escluso il latte a intervalli minimi durante il giorno precedente il sondaggio.
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 percentuali rispetto alla mediana di quella fascia di età secondo gli standard sulla crescita infantile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
Vitamina A, copertura totale – Percentuale stimata di bambini di età compresa tra 6-59 mesi raggiunti da 2 dosi di vitamina A con un intervallo di circa 4-6 mesi secondo un calendario di somministrazione.
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.
x I dati si riferiscono ad anni o 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 per il 2005-2006 e 2007-2008, e di quelli relativi alla Cina per il 2008. 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 ponderati). Non sono riferiti dati su casi di sottopeso inferiori ai 25.
ɵ Le medie regionali per sottopeso (moderato e grave), arresto della crescita (moderato e grave), deperimento moderato e grave) e sovrappeso (moderato e grave) sono stimate utilizzando i dati provenienti da UNICEF OMS Joint Global Nutrition Database, revisione 2015. Per ulteriori informazioni < data.unicef.org/nutrizione/malnutrizione >.
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 semestre (gennaio-giugno) e il secondo semestre (luglio-dicembre) del 2014. I dati sono presentati solo per i paesi prioritari per la somministrazione di vitamina A; in tal modo i dati aggregati si riferiscono e sono rappresentativi di questi paesi prioritari.
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.
a Identifica i paesi che sono designati 'prioritari'. I paesi prioritari per la somministrazione nazionale della vitamina A sono identificati come quelli con elevata mortalità sotto i cinque anni (oltre 70 su 1.000 nati vivi), e/o carenza evidente in questo gruppo di età, e/o precedenti programmi di somministrazione di vitamina A.
f La più recente indagine su questo paese utilizza una definizione dell' indicatori che non è in linea con gli standard internazionali. Laddove disponibile viene invece utilizzato un dato conforme alla definizione standard.
* 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 3. SALUTE

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2015			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2015			Copertura vaccinale (%) 2014										Polmonite 2010–2015*	Diarrea 2010–2015*	Malaria 2010–2015*		
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	TBC	DTP1[β]	DTP3[β]	polio3	Meningo-cocco coniugato 1	HepB3	Hib3	Rota-virus	Antipneu-mococcico3	Neonati protetti contro il tetano[λ]	Ricorso a cure per sospetta polmonite (%)	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO) (%)	Ricorso a cure per bambini con febbre (%)	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida (%)	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida (%)
Afghanistan	55	78	47	32	45	27	86	82	75	75	66	75	75	0	40	70	61	53	–	–	–
Albania	95	95	95	93	95	90	99	99	98	98	98	98	98	0	99	92	70 x	54 x	71 x	–	–
Algeria	84	84	82	88	90	82	99	99	95	95	95	95	95	0	0	92	66	25	–	–	–
Andorra	100	100	100	100	100	100	–	99	97	97	96	96	97	0	93	–	–	–	–	–	–
Angola	49	75	28	52	89	22	81	99	80	81	85	80	80	18	61	78	–	–	–	26	35
Antigua e Barbuda	98	–	–	–	–	–	–	99	99	96	98	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	97	–	–	100	100	100	98	99	98	98	98	98	98	94	98	–	–	–	–	–	–
Argentina	99	99	100	96	96	98	99	98	94	92	95	94	94	0	89	–	94	18	–	–	–
Armenia	100	100	100	89	96	78	99	97	93	95	97	93	93	91	0	–	57	33	54	–	–
Australia	100	100	100	100	100	100	–	92	92	92	93	91	91	84	91	–	–	–	–	–	–
Austria	100	100	100	100	100	100	–	93	83	83	76	83	83	61	0	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	87	95	78	89	92	87	98	96	94	97	98	94	94	0	64	–	36 x	11	–	1 x	–
Bahamas	98	–	–	92	–	–	–	96	96	96	92	96	96	0	96	99	–	–	–	–	–
Bahrain	100	–	–	99	99	99	–	99	99	99	99	99	99	97	98	98	–	–	–	–	–
Bangladesh	87	87	87	61	58	62	99	97	95	95	89	95	95	0	0	96	42	77	27	–	–
Barbados	100	–	–	96	96	96	–	98	94	95	95	94	94	0	90	–	–	–	–	–	–
Belgio	100	100	100	99	99	99	–	99	99	99	96	98	98	86	93	–	–	–	–	–	–
Belize	100	99	100	91	93	88	98	96	95	95	95	95	95	0	0	91	82	23	–	–	–
Benin	78	85	72	20	36	7	88	84	70	72	63	70	70	0	70	93	23	50	44	73	81
Bhutan	100	100	100	50	78	33	99	99	99	98	97	99	99	0	0	83	74	61	–	–	–
Bielorussia	100	100	99	94	94	95	98	97	97	97	99	97	20	0	0	–	93	45	–	–	–
Bolivia (Stato Plurinazionale)	90	97	76	50	61	28	99	98	94	95	95	94	94	99	56	87	62	22	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	100	100	100	95	99	92	98	92	86	86	89	89	79	0	0	–	87	36	–	–	–
Botswana	96	99	92	63	79	43	98	98	95	96	97	95	96	82	81	92	14 x	49 x	75 x	–	–
Brasile	98	100	87	83	88	52	99	99	93	96	97	96	95	92	93	93	50 x	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	99	99	99	99	97	99	96	0	0	95	–	–	–	–	–
Bulgaria	99	100	99	86	87	84	97	90	88	88	93	95	83	0	92	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	82	97	76	20	50	7	98	95	91	91	88	91	91	91	91	89	56	21	61	75	90
Burundi	76	91	74	48	44	49	92	98	95	95	94	95	95	96	95	85	55	38	59	54	63
Cambogia	76	100	69	42	88	30	93	99	97	98	94	97	97	0	0	91	69	34	61	4 x	5 x
Camerun	76	95	53	46	62	27	82	93	87	86	80	87	87	46	87	85	28	17	33	55	71
Canada	100	100	99	100	100	99	–	98	96	96	95	75	96	0	97	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	92	94	87	72	82	54	99	99	95	95	93	95	95	0	0	92	–	–	–	–	–
Ciad	51	72	45	12	31	6	59	60	46	54	54	46	46	0	0	60	26	20	36	36	77
Cile	99	100	93	99	100	91	98	96	92	92	94	92	92	0	89	–	–	–	–	–	–
Cina	95	98	93	76	87	64	99	99	99	99	99	99	0	0	0	–	–	–	–	–	–
Cipro	100	100	100	100	100	100	–	99	99	99	86	96	96	0	0	–	–	–	–	–	–
Colombia	91	97	74	81	85	68	89	91	90	91	91	90	90	89	89	85	64	54	54	–	3 x
Comore	90	93	89	36	48	31	76	83	80	79	80	80	80	0	0	85	38	38	45	41	59
Congo	76	96	40	15	20	6	95	95	90	90	80	90	90	60	69	85	28	28	51	61	66
Congo, Rep. Dem.	52	81	31	29	29	29	90	81	80	79	77	80	80	0	61	82	42	39	55	56	70
Corea, Rep.	–	100	–	100	100	100	99	99	99	99	99	99	97	0	0	–	–	–	–	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	100	100	99	82	88	73	98	94	93	99	99	93	93	0	0	93	80 x	74 x	–	–	–
Costa d'Avorio	82	93	69	22	33	10	84	78	67	66	63	67	67	0	2	82	38	17	43	37	67
Costa Rica	98	100	92	95	95	92	80	91	91	91	95	91	91	0	83	–	77	40	–	–	–
Croazia	100	100	100	97	98	96	98	98	95	95	94	95	95	0	0	–	–	–	–	–	–
Cuba	95	96	90	93	94	89	99	98	96	99	99	96	96	0	0	–	93	61	93	–	–
Danimarca	100	100	100	100	100	100	–	96	94	94	90	0	94	0	93	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	96	–	–	–	–	98	99	97	97	94	97	97	0	0	–	–	–	–	–	–
Ecuador	87	93	76	85	87	81	89	84	83	84	85	83	83	81	90	85	–	46	–	–	–
Egitto	99	100	99	95	97	93	96	96	94	94	93	94	94	0	0	86	68	28	68	–	–
El Salvador	94	97	87	75	82	60	96	96	93	93	94	93	93	96	92	90	80	58 x	–	–	–
Emirati Arabi Uniti	100	100	100	98	98	95	90	94	94	94	94	94	94	56	94	–	–	–	–	–	–
Eritrea	58	73	53	16	45	7	97	97	94	94	96	94	94	25	0	94	45	43	–	20	71 x
Estonia	100	100	99	97	98	97	95	95	93	93	93	93	93	32	0	–	–	–	–	–	–
Etiopia	57	93	49	28	27	28	75	86	77	75	70	77	77	63	76	80	27	26	24	30	47
Federazione Russa	97	99	91	72	77	59	96	97	97	97	98	97	31	0	0	–	–	–	–	–	–
Figi	96	100	91	91	93	88	99	99	99	99	94	99	99	99	99	94	–	–	–	–	–
Filippine	92	94	90	74	78	71	87	86	79	84	88	79	79	1	0	87	64	49	50	–	–
Finlandia	100	100	100	98	99	88	–	99	98	98	97	0	98	93	0	–	–	–	–	–	–
Francia	100	100	100	99	99	99	–	99	99	99	90	82	98	0	89	–	–	–	–	–	–
Gabon	93	97	67	42	43	32	91	77	70	68	61	70	70	0	0	85	68	26	67	39	36

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 3. SALUTE

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2015			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2015			Copertura vaccinale (%) 2014										Polmonite 2010–2015*	Diarrea 2010–2015*	Malaria 2010–2015*		
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	TBC	DTP1[β]	DTP3[β]	polio3	Meningo-cocco coniugato 1	HepB3	Hib3	Rota-virus	Antipneu-mococcico3	Neonati protetti contro il tetano[λ]	Ricorso a cure per sospetta polmonite (%)	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO) (%)	Ricorso a cure per bambini con febbre (%)	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida (%)	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida (%)
Gambia	90	94	84	59	62	55	96	98	96	97	96	96	96	92	96	92	68	59	65	47	69
Georgia	100	100	100	86	95	76	96	99	91	91	92	91	91	69	0	–	74 x	40 x	–	–	–
Germania	100	100	100	99	99	99	–	98	96	95	97	87	94	0	68	–	–	–	–	–	–
Ghana	89	93	84	15	20	9	99	99	98	98	92	98	98	98	98	88	56	49	77	47	68
Giamaica	94	97	89	82	80	84	90	97	92	94	92	92	92	0	0	80	82	64	–	–	–
Giappone	100	100	100	100	100	100	93	99	98	99	98	0	0	0	0	–	–	–	–	–	–
Gibuti	90	97	65	47	60	5	86	93	78	78	71	78	78	0	78	80	94	94	–	20 x	32
Giordania	97	98	92	99	99	99	95	98	98	98	98	98	98	0	0	90	77	20	69	–	–
Grecia	100	100	100	99	99	98	–	99	99	99	97	96	99	0	96	–	–	–	–	–	–
Grenada	97	–	–	98	98	98	–	97	97	81	94	97	97	0	0	–	–	–	–	–	–
Guatemala	93	98	87	64	78	49	91	89	73	65	67	73	73	54	51	85	50	49	49	–	–
Guinea	77	93	67	20	34	12	72	60	51	42	52	51	51	0	0	80	37	34	37	26	47
Guinea Equatoriale	48	73	31	75	80	71	71	65	24	30	44	24	24	0	0	70	54	40	62	23	38
Guinea-Bissau	79	99	60	21	34	8	94	92	80	78	69	80	80	0	0	80	34	19	51	81	90
Guyana	98	98	98	84	88	82	99	98	98	97	99	98	98	95	97	99	84	43	71	7	5
Haiti	58	65	48	28	34	19	76	72	48	55	53	48	48	40	0	81	38	53	40	12	19
Honduras	91	97	84	83	87	78	86	86	85	85	88	85	85	85	85	94	64	60	62	–	–
India	94	97	93	40	63	28	91	90	83	82	83	70	20	0	0	87	77	26 x	71 x	–	–
Indonesia	87	94	79	61	72	47	93	94	78	79	77	78	21	0	0	85	75	39	74	3 x	3 x
Iran (Repubblica Islamica)	96	98	92	90	93	82	99	99	99	99	99	99	0	0	0	95	76	61	–	–	–
Iraq	87	94	70	86	86	84	95	77	64	67	57	62	64	29	0	72	74	23	–	–	–
Irlanda	98	98	98	90	89	93	74	98	96	96	93	95	96	0	92	–	–	–	–	–	–
Islanda	100	100	100	99	99	100	–	96	90	90	90	0	90	0	90	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	100	–	–	98	98	98	99	99	99	99	98	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	95	94	98	77	84	56	89	97	78	77	79	79	65	44	29	–	–	38 x	63 x	–	–
Isole Salomone	81	93	77	30	81	15	99	95	88	94	93	88	88	0	0	85	73 x	38 x	68 x	40 x	49 x
Israele	100	100	100	100	100	100	–	95	94	94	96	97	94	93	93	–	–	–	–	–	–
Italia	100	100	100	100	99	100	–	98	94	94	86	94	94	0	55	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	93	99	86	98	97	98	95	96	95	95	99	95	95	0	58	–	81	62	–	–	–
Kenya	63	82	57	30	31	30	81	88	81	81	79	81	81	19	81	76	66	54	72	54	59
Kirghizistan	90	97	86	93	89	96	97	96	96	95	96	96	96	0	0	–	60	33	56	–	–
Kiribati	67	87	51	40	51	31	72	83	75	79	91	75	75	0	57	–	81 x	62 x	27 x	–	–
Kuwait	99	99	99	100	100	100	99	97	95	94	94	96	95	0	94	95	–	–	–	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	76	86	69	71	94	56	82	94	88	88	87	88	88	0	72	90	54	42	–	43	50
Lesotho	82	95	77	30	37	28	87	97	96	95	92	96	96	0	0	83	63	53	61	–	–
Lettonia	99	100	98	88	91	82	92	93	92	92	95	92	92	0	87	–	–	–	–	–	–
Libano	99	–	–	81	81	81	–	84	81	75	79	81	81	0	0	–	74 x	44 x	–	–	–
Liberia	76	89	63	17	28	6	73	74	50	49	58	50	50	0	45	89	51	60	71	38	55
Libia	–	–	–	97	97	96	99	96	94	94	93	94	94	86	39	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	97	100	90	92	97	83	98	97	93	93	93	94	93	0	0	–	–	–	–	–	–
Lussemburgo	100	100	100	98	98	99	–	99	99	99	99	94	99	89	95	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	100	99	91	97	83	99	98	95	96	93	97	94	0	0	–	93 x	62	–	–	–
Madagascar	52	82	35	12	18	9	75	83	73	73	64	73	73	50	72	78	41	15	48	62	68
Malawi	90	96	89	41	47	40	97	97	91	87	85	91	91	83	87	89	68	64	75	66	78
Maldive	99	100	98	98	97	98	99	99	99	99	99	99	99	0	0	95	22 x	57 x	84 x	–	–
Malesia	98	100	93	96	96	96	99	99	97	97	94	96	97	0	0	90	–	–	–	–	–
Mali	77	97	64	25	38	16	79	80	77	84	80	77	77	13	84	85	38 x	14 x	59	27 x	85
Malta	100	100	100	100	100	100	–	99	99	99	98	90	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Marocco	85	99	65	77	84	66	99	99	99	99	99	99	99	90	80	88	70	22	–	–	–
Mauritania	58	58	57	40	58	14	98	88	84	84	84	84	84	5	84	80	43	19	–	18	46
Mauritius	100	100	100	93	94	93	97	97	97	98	98	97	97	0	0	95	–	–	–	–	–
Messico	96	97	92	85	88	74	96	90	87	87	97	84	87	85	94	88	–	52	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	89	95	87	57	85	49	70	98	81	81	91	83	68	33	61	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Rep.	88	97	81	76	88	67	97	94	90	92	90	92	89	69	28	–	79	42	–	–	–
Monaco	100	100	–	100	100	–	89	99	99	99	99	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Mongolia	64	66	59	60	66	43	99	99	99	99	98	99	99	0	0	–	70	31	–	–	–
Montenegro	100	100	99	96	98	92	91	97	91	91	88	87	91	0	0	–	89 x	16 x	74	–	–
Mozambico	51	81	37	21	42	10	93	93	78	78	85	78	78	0	73	83	50	55	56	36	51
Myanmar	81	93	74	80	84	77	86	90	75	76	86	75	75	0	0	87	69	61	–	11	–
Namibia	91	98	85	34	54	17	97	92	88	88	83	88	88	0	0	85	68	72	63	6	24

TAVOLA 3. SALUTE

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%)			Accesso a impianti igienici adeguati (%)			Copertura vaccinale (%)										Polmonite	Diarrea	Malaria		
	2015			2015			TBC	DTP1[β]	DTP3[β]	polio3	Meningo-cocco coniugato 1	HepB3	Hib3	Rota-virus	Antipneu-mococcico3	Neonati protetti contro il tetano[λ]	Ricorso a cure per sospetta polmonite (%)	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO) (%)	Ricorso a cure per bambini con febbre (%)	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida (%)	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida (%)
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	2014										2010–2015*	2010–2015*	2010–2015*		
Nauru	97	97	–	66	66	–	99	99	95	95	98	95	95	0	0	–	69 x	23 x	51 x	–	–
Nepal	92	91	92	46	56	43	99	94	92	92	88	92	92	0	0	82	50	44	46	–	–
Nicaragua	87	99	69	68	76	56	98	99	98	99	99	98	98	98	98	81	58 x	65	–	–	–
Niger	58	100	49	11	38	5	76	89	68	67	72	68	68	19	13	81	59	41	75	96	87
Nigeria	69	81	57	29	33	25	74	75	66	66	51	66	66	0	0	55	35	34	32	17	50
Niue	99	–	–	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	0	99	–	–	–	–	–	–
Norvegia	100	100	100	98	98	98	–	99	93	93	94	0	94	0	91	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	100	100	100	–	–	–	–	93	93	93	93	93	93	0	93	–	–	–	–	–	–
Oman	93	95	86	97	97	95	99	99	99	99	99	98	99	0	98	98	56	59	–	–	–
Paesi Bassi	100	100	100	98	97	100	–	98	96	96	96	95	96	0	95	–	–	–	–	–	–
Pakistan	91	94	90	64	83	51	85	79	73	72	63	73	73	0	68	75	64	38	65	0 x	1
Palau	–	97	–	100	100	100	–	99	95	95	83	99	99	99	93	–	–	–	–	–	–
Panama	95	98	89	75	84	58	99	96	80	80	90	80	80	87	48	–	82	52	–	–	–
Papua Nuova Guinea	40	88	33	19	56	13	81	87	62	53	65	62	62	0	0	70	63 x	–	–	–	–
Paraguay	98	100	95	89	95	78	95	98	87	83	90	87	87	85	88	85	–	–	–	–	–
Peru	87	91	69	76	82	53	94	98	88	79	89	88	88	86	86	85	60	28	60	–	–
Polonia	98	99	97	97	98	97	93	99	99	95	98	96	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Portogallo	100	100	100	100	100	100	99	99	98	98	98	98	98	0	0	–	–	–	–	–	–
Qatar	100	–	–	98	98	98	90	99	99	99	99	99	99	90	93	–	–	–	–	–	–
Regno Unito	100	100	100	99	99	100	–	98	95	95	93	0	95	0	93	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	100	100	100	99	99	99	–	99	99	99	99	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	68	90	54	22	44	7	74	69	47	47	49	47	47	0	47	60	30	16	–	36	47
Repubblica Dominicana	85	85	82	84	86	76	99	91	91	90	88	89	87	86	27	90	73	48	65	–	–
Romania	100	100	100	79	92	63	98	98	94	94	89	94	92	0	0	–	–	–	–	–	–
Ruanda	76	87	72	62	59	63	99	99	99	99	98	99	99	98	99	90	54	28	49	68	81
Saint Kitts/Nevis	98	–	–	–	–	–	99	99	97	93	93	98	98	0	0	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	95	–	–	–	–	–	96	99	98	97	99	98	98	0	0	–	–	–	–	–	–
Samoa	99	97	99	91	93	91	95	99	91	91	91	91	91	0	0	–	78	63	59	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	82	80	80	57	80	79	0	0	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	96	100	96	91	85	92	89	99	99	99	99	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	97	99	94	35	41	23	95	98	95	95	92	95	95	0	95	–	69	49	66	61	78
Senegal	79	93	67	48	65	34	95	94	89	85	80	89	89	0	81	91	42	23	56	43	74
Serbia	99	99	99	96	98	94	98	97	93	93	86	92	94	0	0	–	90	36	–	–	–
Seychelles	96	–	–	98	98	98	98	99	99	99	99	99	99	0	0	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	63	85	48	13	23	7	90	88	83	83	78	83	83	53	83	85	72	85	72	49	64
Singapore	100	100	–	100	100	–	99	98	97	97	95	97	0	0	0	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	90	92	87	96	96	95	81	65	43	52	54	71	43	0	0	92	77 x	50 x	–	–	–
Slovacchia	100	100	100	99	99	98	–	99	97	97	97	97	97	0	96	–	–	–	–	–	–
Slovenia	100	100	99	99	99	99	–	98	95	95	94	0	95	0	0	–	–	–	–	–	–
Somalia	–	–	–	–	–	–	37	52	42	47	46	42	42	0	0	64	13 x	13 x	–	11 x	12 x
Spagna	100	100	100	100	100	100	–	99	97	97	96	96	96	0	0	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	96	99	95	95	88	97	99	99	99	99	99	99	99	0	0	95	58 x	50 x	85 x	3 x	5 x
Stati Uniti	99	99	98	100	100	100	–	98	94	93	91	90	93	69	92	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	58	51	81	92	93	90	99	99	99	99	99	99	99	0	97	–	77	32	–	–	–
Sud Sudan	59	67	57	7	16	4	46	49	39	44	22	0	0	0	0	–	48	39	57	46	66
Sudafrica	93	100	81	66	70	61	77	73	70	71	70	74	70	72	65	80	65 x	40 x	65 x	–	–
Sudan	–	–	–	–	–	–	95	99	94	94	86	94	94	86	97	74	48	22	–	30 x	25
Suriname	95	98	88	79	88	61	–	91	85	85	85	85	85	0	0	93	76	42	–	43	61
Svezia	100	100	100	99	99	100	26	99	98	98	97	42	98	0	98	–	–	–	–	–	–
Svizzera	100	100	100	100	100	100	–	98	96	96	93	0	95	0	80	–	–	–	–	–	–
Swaziland	74	94	69	57	63	56	99	99	98	98	86	98	98	0	67	88	60	57	–	2	10
Tagikistan	74	93	67	95	94	95	98	98	97	94	98	97	97	0	0	–	63	60	57	1 x	2 x
Tanzania, Repubblica Unita	56	77	46	16	31	8	99	99	97	97	99	97	97	97	93	88	71	44	77	72	91
Thailandia	98	98	98	93	90	96	99	99	99	99	99	99	0	0	0	95	83	58	–	–	–
Timor Est	72	95	61	41	69	27	79	81	77	76	74	77	77	0	0	81	71	71	73	41	41
Togo	63	91	44	12	25	3	97	91	87	85	82	87	87	35	34	81	49	19	58	43	65
Tonga	100	100	100	91	98	89	89	86	82	84	67	82	82	0	0	–	–	–	64	–	–
Trinidad e Tobago	95	95	95	92	92	92	–	93	92	94	96	92	92	0	95	–	74 x	–	–	–	–
Tunisia	98	100	93	92	97	80	95	98	98	98	98	98	98	0	0	96	60	65	–	–	–
Turchia	100	100	100	95	98	86	95	97	96	96	94	96	96	0	96	90	–	–	–	–	–
Turkmenistan	–	–	–	–	–	–	99	99	98	98	99	97	97	0	0	–	51 x	40 x	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 3. SALUTE

Paesi e aree	Accesso a fonti migliorate di acqua potabile (%) 2015			Accesso a impianti igienici adeguati (%) 2015			Copertura vaccinale (%)										Polmonite	Diarrea	Malaria		
							TBC	DTP1[β]	DTP3[β]	polio3	Meningo-cocco coniugato 1	HepB3	Hib3	Rota-virus	Antipneu-mococcico3	Neonati protetti contro il tetano[λ]	Ricorso a cure per sospetta polmonite (%)	Trattamento con sali per la reidratazione orale (SRO) (%)	Ricorso a cure per bambini con febbre (%)	Bambini che dormono sotto una zanzariera trattata con insetticida (%)	Famiglie con almeno una zanzariera trattata con insetticida (%)
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	2014										2010–2015*	2010–2015*	2010–2015*		
Tuvalu	98	98	97	–	86	–	99	99	90	90	96	90	90	0	0	–	–	44 x	79 x	–	–
Ucraina	96	96	98	96	97	93	95	90	76	74	79	46	83	0	0	–	92	59	–	–	–
Uganda	79	96	76	19	29	17	93	89	78	82	82	78	78	0	50	85	79	44	82	74	90
Ungheria	100	100	100	98	98	99	99	99	99	99	99	0	99	0	93	–	–	–	–	–	–
Uruguay	100	100	94	96	97	93	99	99	95	95	96	95	95	0	95	–	91	–	–	–	–
Uzbekistan	–	98	–	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	52	0	–	68 x	28 x	–	–	–
Vanuatu	94	99	93	58	65	55	73	75	64	65	53	64	64	0	0	75	72	48	57	51	83
Venezuela (Repubblica bolivariana)	93	95	78	94	97	70	95	88	78	79	89	78	78	76	0	75	72 x	38 x	–	–	–
Vietnam	98	99	97	78	94	70	96	95	95	96	97	95	95	0	0	91	81	51	–	9	10
Yemen	–	–	–	–	–	–	73	94	88	88	75	88	88	72	88	70	34	25	33	–	–
Zambia	65	86	51	44	56	36	95	96	86	78	85	86	86	73	77	85	70	64	75	41	68
Zimbabwe	77	97	67	37	49	31	99	98	91	92	92	91	91	48	91	75	59	43	47	27	42
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																					
Africa subsahariana	68	87	56	30	40	23	83	85	77	77	72	77	77	32	53	76	46	36	51	44	61
Africa orientale e meridionale	66	88	57	33	47	26	84	88	80	80	79	80	79	48	70	82	55	41	57	49	63
Africa occidentale e centrale	69	86	55	27	35	20	81	80	73	73	65	73	73	14	33	72	40	34	46	39	63
Medio Oriente e Nord Africa	93	95	89	91	93	87	94	94	89	90	87	91	75	33	33	84	65	32	–	–	–
Asia meridionale	92	95	91	45	65	35	91	89	83	82	81	73	37	0	10	85	71	52 ‡	50 ‡	–	–
Asia orientale e Pacifico	94	97	90	76	86	64	96	97	93	94	94	93	23	0	0	87 **	73 **	46 **	66 **	–	–
America latina e Caraibi	95	97	84	83	88	64	95	94	88	88	92	88	88	75	79	88	–	45	–	–	–
ECO/CIS	97	99	93	86	89	81	96	97	95	94	95	92	74	7	28	–	–	–	–	–	–
Paesi meno sviluppati	69	86	62	38	47	33	87	89	81	81	79	81	81	31	53	83	49	43	51	50	64
Mondo	**91**	**96**	**84**	**68**	**82**	**51**	**91**	**91**	**86**	**86**	**85**	**82**	**56**	**19**	**31**	**83 ******	**63 ******	**41 ‡***	**54 ‡***	**–**	**–**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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'areazione, sistemi igienici collegati a fosse settiche, latrine dotate di un basamento, latrine con la tavoletta, latrine con sistema di copertura, gabinetto di compostaggio.

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'antiepatite 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.

MCV1 – Percentuale di neonati sopravvissuti che hanno ricevuto la prima dose di vaccino anti morbillo.

HepB3 – Percentuale di neonati sopravvissuti che hanno ricevuto tre dosi di vaccino contro l'epatite B.

Hib3 – Percentuale di neonati sopravvissuti che hanno ricevuto tre dosi di *Haemophilus influenzae* di tipo b.

Rota – Percentuale di neonati sopravvissuti che hanno ricevuto l'ultima dose di vaccino contro il rotavirus come raccomandato.

PCV3 – Percentuale di neonati sopravvissuti che hanno ricevuto tre dosi di vaccino pneumococcico coniugato.

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 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 antecedenti 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.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Accesso a fonti migliorate di acqua potabile e a impianti igienici adeguati – UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Joint Monitoring Programme.

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 con sali per la reidratazione orale (SRO) – 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 periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali. 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.data.unicef.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.

‡ Esclusa l'India.

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2014	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2014			Transmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)							Test HIV		Orfani		
					Donne sieropositive (migliaia) 2014	Bambini sieropositivi (migliaia) 2014	Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2014			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2010–2014*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2010–2014*		Giovani testati per l'HIV e che hanno ricevuto il referto negli ultimi 12 mesi (%) 2010–2014*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2014	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2014	Rapporto frequenza scolastica orfani (%)
	stima	stima	minima	massima	stima	stima	totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima	stima	2010–2014*
Afghanistan	<0.1	7	4	13	3	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	–	2	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22 x	36 x	55 x	–	1 x	0 x	–	–	–
Algeria	<0.1	11	3	26	5	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	9	–	–	–	2	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,4	300	220	430	160	32	0,8	0,6	1,1	32 x	25 x	–	–	–	–	120	1.300	85 x
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	46	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,5	130	78	170	38	–	0,2	0,2	0,1	–	40	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	0,2	4	3	6	<1	–	0,1	0,2	<0.1	9	16	86	–	0	3	–	–	–
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	0,1	8	6	12	3	<0.2	<0.1	0,1	<0.1	5 x	5 x	29 x	–	–	–	–	–	–
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0.1	9	8	10	3	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	–	9	–	–	–	–	–	–	88
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	68	–	–	–	24	–	–	–
Belgio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	1,2	3	2	8	1	<0.2	0,4	0,3	0,4	–	43	–	26 x,p	–	25	–	–	92
Benin	1,1	78	68	90	41	8	0,3	0,2	0,4	31	22	44	35	5	14	28	440	78
Bhutan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	–	–	–	8	–	–	–
Bielorussia	0,5	29	24	36	10	–	0,2	0,1	0,2	51	56	73	64 p	19	24	–	–	–
Bolivia (Stato Plurinazionale)	0,3	18	13	29	5	<1	0,2	0,2	0,1	28 x	22 x	41 x	–	2 x	–	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	47	48	67	–	1	0	–	–	–
Botswana	25,2	390	370	410	210	16	7,2	5,7	8,9	–	–	–	–	–	–	67	100	–
Brasile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	0,9	110	92	130	57	13	0,5	0,4	0,5	36	31	75	65	7	12	75	830	101
Burundi	1,1	85	72	110	42	14	0,4	0,3	0,4	47	45	–	–	11	18	77	580	82
Cambogia	0,6	75	47	140	36	6	0,2	0,1	0,2	46	38	–	–	7	12	–	–	88
Camerun	4,8	660	610	790	350	58	1,7	1,2	2,1	41	32	67	47	13	21	310	1.200	86
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	1,1	3	3	4	<1	–	0,5	0,8	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ciad	2,5	210	170	270	110	29	0,8	0,6	1,0	–	10	–	57 p	–	4	130	970	117
Cile	0,3	39	32	47	4	–	0,1	0,2	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,4	120	96	160	38	2	0,2	0,2	0,1	–	24	–	39	–	11	–	–	–
Comore	–	–	–	–	–	–	–	–	–	24	19	52	–	4	3	–	–	108
Congo	2,8	81	72	88	43	11	1,2	0,9	1,4	28	14	51	45	6	12	46	210	100
Congo, Rep. Dem.	1,0	450	400	490	230	59	0,4	0,3	0,5	25	19	22	11	4	7	290	4.000	80
Corea, Rep.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8 x	–	–	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	3,5	460	420	510	250	42	1,1	0,9	1,4	25	16	57	34	8	14	230	1.200	66
Costa Rica	0,3	9	6	12	2	<0.2	0,1	0,1	<0.1	–	33	–	55	–	14	–	–	–
Croazia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,3	17	15	21	4	–	0,2	0,2	<0.1	59	61	–	70	25	27	–	–	–
Danimarca	0,2	6	4	8	2	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	56	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	0,3	33	25	46	8	–	0,1	0,2	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egitto	<0.1	9	6	14	2	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	–	4 y	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	0,5	21	13	29	7	<1	0,2	0,2	0,2	–	31	–	–	–	–	–	–	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,7	16	12	24	9	2	0,3	0,2	0,3	34	25	–	–	–	–	11	140	–
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	1,2	730	600	970	390	110	0,5	0,5	0,6	34	24	47	–	20	21	450	3.500	90
Federazione Russa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Figi	0,1	<1	<0.5	1	<0.5	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filippine	<0.1	36	21	100	4	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	–	21 x	–	–	–	0	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	3,9	48	41	55	29	4	0,9	0,6	1,3	36	30	77	56	12	30	18	68	101
Gambia	1,8	20	16	25	11	2	0,5	0,4	0,7	32	26	51 p	–	4	10	10	87	90

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2014	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2014			Transmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)							Test HIV		Orfani		
					Donne sieropositive (migliaia) 2014	Bambini sieropositivi (migliaia) 2014	Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2014			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2010–2014*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2010–2014*		Giovani testati per l'HIV e che hanno ricevuto il referto negli ultimi 12 mesi (%) 2010–2014*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2014	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2014	Rapporto frequenza scolastica orfani (%)
	stima	stima	minima	massima	stima	stima	totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima	stima	2010–2014*
Georgia	0,3	7	5	8	1	–	0,2	0,3	<0.1	–	–	–	–	–	5	–	–	–
Germania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1,5	250	190	330	140	21	0,5	0,4	0,6	27	20	34	15	3	10	120	950	94
Giamaica	1,6	29	25	38	11	<1	0,7	0,8	0,6	36 y	43 y	76	49	49	69	–	–	–
Giappone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gibuti	1,6	10	8	14	5	1	0,6	0,5	0,8	–	18 x	–	–	–	–	6	32	–
Giordania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–	–	–	–	80
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	60	65	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	0,5	49	34	69	18	3	0,2	0,2	0,2	24 x	22 x	74 x	27 x,p	–	–	–	–	–
Guinea	1,6	120	100	140	65	–	0,6	0,4	0,7	34	23	54	37	3	5	–	–	71
Guinea Equatoriale	6,2	32	29	34	16	3	1,9	1,3	2,5	18	19	36	19	16	35	6	43	–
Guinea-Bissau	3,7	42	38	47	22	5	1,2	0,8	1,5	–	15	–	50	–	7	13	120	108
Guyana	1,8	10	7	15	5	<0.5	0,9	0,7	1,2	47 x	54 x	76 x	–	18 x	29 x	–	–	–
Haiti	1,9	140	130	160	79	8	0,7	0,5	0,8	28	35	62	52	9	17	64	300	96
Honduras	0,4	23	19	27	9	2	0,2	0,2	0,2	35	33	59	38	7	13	–	–	91 x
India	0,3	2.100	1.600	2.800	760	130	–	–	–	36 x	20 x	32 x	17 x,p	1 x	1 x	530	29.600	72
Indonesia	0,5	660	600	720	230	19	0,4	0,4	0,4	10 y	11 y	–	–	–	–	–	–	–
Iran (Repubblica Islamica)	0,1	74	51	110	9	<1	<0.1	<0.1	<0.1	–	20 y	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	0	–	–	94
Irlanda	0,3	8	6	10	2	–	0,1	0,1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39 x	27 x	23 x,p	9 x,p	–	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 x	29 x	39 x	18 x	–	–	–	–	–
Israele	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	0,2	20	18	25	7	–	<0.1	<0.1	<0.1	34	36	76	74	15	21	–	–	– x
Kenya	5,3	1.400	1.200	1.600	700	160	2,8	2,2	3,5	64	57	69	38	39	50	650	2.000	99
Kirghizistan	0,3	9	7	12	4	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	24	20	76	–	1	12	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	49 x	44 x	30 x	2 x,p	–	–	–	–	82
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	0,3	11	10	12	5	<1	0,1	0,1	0,2	28	24	–	–	2	2	–	–	80
Lesotho	23,4	310	290	340	170	19	8,0	5,9	10,2	29 x	39 x	60 x	45 x	17 x	40 x	74	120	98 x
Lettonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libano	<0.1	2	<0.2	4	<0.2	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	1,2	33	29	38	17	4	0,3	0,3	0,4	29	36	32	26	6	18	25	190	75
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	– x
Lussemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,3	39	34	45	16	5	0,1	0,2	0,1	26	23	7	9	2	3	–	–	74
Malawi	10,0	1.100	990	1.100	560	130	3,2	2,4	4,1	51	44	53	38	34	42	530	990	96
Maldive	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 x,y	–	–	–	–	–	–	–
Malesia	0,5	100	91	110	20	<1	<0.1	0,1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	1,4	130	110	170	68	18	0,6	0,5	0,7	33	24	38	8 p	4	6	59	810	81 p
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marocco	0,1	29	20	37	9	<1	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	0,7	16	13	20	8	2	0,3	0,2	0,4	–	6	–	–	–	–	–	–	100
Mauritius	0,9	8	7	9	2	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Messico	0,2	190	140	270	40	3	<0.1	0,1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Rep.	0,6	18	15	21	8	<0.2	0,2	0,1	0,3	28	36	68	49	9	17	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	23	69	–	13	17	–	–	102
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	37	48	65	–	1	0	–	–	–
Mozambico	10,6	1.500	1.300	2.100	830	160	4,5	2,4	6,6	52	30	41	38	11	26	610	1.800	91
Myanmar	0,7	210	190	230	70	11	0,3	0,4	0,3	–	32	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	16,0	260	240	280	130	16	4,0	2,9	5,0	51	62	79	68	26	43	53	100	102
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10 x	13 x	17 x,p	8 x,p	4 x	4 x	–	–	–
Nepal	0,2	39	35	43	13	2	<0.1	<0.1	<0.1	–	36	45	–	–	3	–	–	–

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2014	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2014			Transmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)							Test HIV		Orfani		
					Donne sieropositive (migliaia) 2014	Bambini sieropositivi (migliaia) 2014	Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2014			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2010–2014*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2010–2014*		Giovani testati per l'HIV e che hanno ricevuto il referto negli ultimi 12 mesi (%) 2010–2014*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2014	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2014	Rapporto frequenza scolastica orfani (%)
	stima	stima	minima	massima	stima	stima	totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima	stima	2010–2014*
Nicaragua	0,3	10	8	15	3	<0.5	0,1	0,2	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	0,5	52	46	59	25	–	0,1	<0.1	0,2	25	14	42 x,p	–	2	7	–	–	109
Nigeria	3,2	3.400	3.100	3.700	1.700	380	1,0	0,7	1,3	34	24	51	41	5	8	1.600	9.900	123
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	0,2	6	4	9	2	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	– p
Oman	0,2	2	2	3	<1	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	101
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	<0.1	94	58	180	26	2	<0.1	<0.1	<0.1	5 y	4 y	–	–	–	–	–	–	79
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0,6	17	13	24	4	<0.5	0,2	0,2	0,1	–	37	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nuova Guinea	0,7	37	34	41	19	4	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	13	300	–
Paraguay	0,4	17	12	32	6	<0.5	0,3	0,3	0,2	–	–	–	51 x	–	–	–	–	–
Peru	0,4	72	61	100	21	2	0,1	0,1	0,1	–	22 x	–	34	–	–	–	–	100
Polonia	<0.1	–	–	–	–	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portogallo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	25	16	–	–	–	–	–	–	–
Regno Unito	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	4,3	140	120	150	70	15	1,7	1,4	2,0	25	17	47	34	13	19	91	300	88
Repubblica Dominicana	1,0	69	52	100	31	3	0,4	0,4	0,4	41	45	57	40	10	16	–	–	97
Romania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	2,8	210	190	230	120	22	1,2	1,0	1,3	47	53	58 p	29 p	32	37	85	500	91
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	53	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 x	3 x	–	–	1 x	0 x	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	62	–	42 p	–	22	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	0,8	1	<1	2	<0.5	–	0,2	0,2	0,2	43	42	59 x	–	14 x	29 x	–	–	–
Senegal	0,5	44	37	53	17	4	0,1	0,1	<0.1	31	29	49	–	7	13	–	–	97
Serbia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	54	63	65	2	2	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1,4	54	47	61	29	4	0,3	0,2	0,4	30	29	21	6	5	14	19	310	81
Singapore	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	<0.1	<1	<0.1	2	<0.2	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	7 x	–	–	–	–	–	–	– x
Slovacchia	<0.1	–	–	–	–	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	– x
Slovenia	<0.1	<1	<1	1	<0.1	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,5	35	27	45	15	5	0,2	0,2	0,2	–	4 x	–	–	–	–	27	630	78
Spagna	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	<0.1	3	2	6	1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Stati Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–
Sud Sudan	2,7	190	130	270	100	19	1,0	0,7	1,3	–	10	–	7	–	–	91	570	78
Sudafrica	18,9	6.800	6.500	7.500	3.900	340	6,1	4,0	8,1	23	25	–	–	–	–	2.300	2.800	98
Sudan	0,2	53	41	69	23	4	0,1	0,1	0,2	–	9	–	–	–	0	–	–	82
Suriname	1,0	4	3	4	2	–	0,4	0,3	0,5	–	42	–	39	–	21	–	–	–
Svezia	0,2	–	–	–	–	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Svizzera	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	– p
Swaziland	27,7	210	210	220	120	19	11,3	7,2	15,5	51	49	85	69	23	37	56	87	100
Tagikistan	0,4	16	12	21	6	1	0,1	0,1	0,1	–	9	–	–	–	5	–	–	81
Tanzania, Repubblica Unita	5,3	1.500	1.300	1.900	800	140	1,8	1,4	2,1	47	40	41	34	21	29	810	2.600	95
Thailandia	1,1	450	400	490	190	7	0,3	0,3	0,2	–	56	–	–	–	10	–	–	94
Timor Est	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	12	–	–	–	–	–	–	75
Togo	2,4	110	95	140	60	12	0,7	0,5	0,8	32	23	63	59 p	9	16	54	330	97
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14	12	–	–	1	2	–	–	–
Trinidad e Tobago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	54 x	–	67 x	–	–	–	–	–
Tunisia	<0.1	3	2	4	<1	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	20	–	–	–	0	–	–	–
Turchia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61 x	39 x	–	–	8 x	4 x	–	–	–
Ucraina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	46	50	84	67	12	13	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Paesi e aree	Diffusione dell'HIV tra gli adulti (%) 2014	Persone di tutte le età sieropositive (in migliaia) 2014			Transmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani (15-24 anni)							Test HIV		Orfani		
					Donne sieropositive (migliaia) 2014	Bambini sieropositivi (migliaia) 2014	Diffusione dell'HIV tra i giovani (%) 2014			Conoscenza esauriente dell'HIV (%) 2010–2014*		Uso del profilattico tra i giovani pluripartner (%) 2010–2014*		Giovani testati per l'HIV e che hanno ricevuto il referto negli ultimi 12 mesi (%) 2010–2014*		Bambini orfani per l'AIDS (in migliaia) 2014	Bambini orfani in generale (in migliaia) 2014	Rapporto frequenza scolastica orfani (%)
	stima	stima	minima	massima	stima	stima	totale	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima	stima	2010–2014*
Uganda	7,3	1.500	1.400	1.800	770	150	3,0	2,3	3,7	39	39	31	24	24	40	650	1.900	87
Ungheria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	0,7	14	12	17	2	–	0,3	0,4	0,1	–	35	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistan	0,2	32	26	40	13	–	<0.1	<0.1	<0.1	–	31 x	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15 x	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	0,6	110	43	180	36	3	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vietnam	0,5	250	220	280	77	5	0,3	0,3	0,2	–	49	–	–	–	9	–	–	–
Yemen	<0.1	7	5	11	2	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	–	2 x,y	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	12,4	1.200	1.100	1.200	540	100	3,7	3,3	4,2	47	42	40	34	29	43	380	950	86
Zimbabwe	16,7	1.600	1.500	1.600	830	150	5,9	4,8	7,0	52	56	65	43	32	46	570	810	94
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																		
Africa subsahariana	4,7	25.800	24.000	28.700	13.800	2.300	1,6	1,2	2,0	36	28	46	33	13	18	11.000	46.600	96
Africa orientale e meridionale	7,3	19.200	18.100	21.900	10.300	1.600	2,5	1,8	3,2	41	35	45	31	23	30	7.600	21.700	91
Africa occidentale e centrale	2,3	6.600	5.900	7.500	3.400	730	0,8	0,6	0,9	31	22	46	33	6	10	3.400	24.700	101
Medio Oriente e Nord Africa	0,1	220	130	300	66	11	<0.1	<0.1	<0.1	–	9	–	–	–	–	71	6.500	–
Asia meridionale	0,2	2.200	950	3.700	800	140	<0.1	<0.1	<0.1	–	8 ‡	–	–	–	–	580	37.800	83 ‡
Asia orientale e Pacifico	0,2	2.700	2.400	3.000	900	62	0,1	0,1	0,1	–	27 **	–	–	–	–	770	23.000	–
America latina e Caraibi	0,5	2.000	1.700	2.300	670	46	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	550	10.200	–
ECO/CIS	0,6	1.500	1.300	1.800	610	17	0,2	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	250	7.700	–
Paesi meno sviluppati	1,9	10.900	9.900	13.100	5.600	1.100	0,8	0,6	1,0	36	23	40	–	14	17	5.200	35.500	89
Mondo	**0,8**	**36.900**	**34.300**	**41.400**	**17.400**	**2.600**	**0,3**	**0,3**	**0,4**	**–**	**23 ‡****	**–**	**–**	**–**	**–**	**13.300**	**140.000**	**–**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 (%).

Testato per l'HIV negli ultimi 12 mesi e che ha ricevuto i risultati – Percentuale di giovani uomini e donne (15-24 anni) sottoposti a test per l'HIV nel corso degli ultimi 12 mesi e che ricevuto il risultato del test più recente.

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 e 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 – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Numero stimato di persone sieropositive – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Numero stimato di donne sieropositive – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Numero stimato di bambini sieropositivi – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Diffusione dell'HIV tra i giovani – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Aids Indicator Surverys (AIS), Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini nazionali a domicilio; STATcompiler, <ww w.statcompiler.com>.

Uso del profilattico tra i giovani pluripartner – AIS, DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; STATcompiler, <ww w.statcompiler.com>.

Testato per l'HIV negli ultimi 12 mesi e che ha ricevuto i risultati – Aids Indicator Surverys (AIS), Indagini demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini nazionali a domicilio; STATcompiler, <ww w.statcompiler.com>.

Bambini orfani per l'AIDS – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Bambini orfani in generale – Stime UNAIDS 2014 su HIV e AIDS, basato su modello Spectrum del luglio 2015.

Rapporto frequenza scolastica orfani – AIS, DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio; STATcompiler, <ww w.statcompiler.com>.

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. Sono escluse le stime su dati antecedenti al 2006.

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 tra 25–49 casi sottopeso). Non vengono considerati dati inferiori ai 25 casi.

* 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.

‡ Esclusa l'India.

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15–24 anni) (%)		Numero su 100 abitanti		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria										Presenza nella scuola secondaria			
					Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)		Bambini non scolarizzati fascia primaria		Tasso completamento ciclo primario (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)	
	2009–2014*		2014		2010–2014*		2010–2014*		2010–2014*		2009–2014*		2010–2014*		2010–2014*	2009–2014*	2010–2014*		2009–2014*	
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	tasso (%)	numero (000)	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine	maschi	femmine
Afghanistan	62	32	75	6	–	–	131	92	–	–	62 y	46 y	–	–	–	84	62	35	47 y	27 y
Albania	99	99	105	60	90	87	114	111	–	–	92	93	4	7	99	100	86	85	78	79
Algeria	94 x	89 x	93	18	79	79	122	115	–	–	98	97	1	36	93	98 x	–	–	77	81
Andorra	–	–	83	96	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	71	–	–	–	–	–
Angola	79	67	63	21	64	94	157	100	95	73	77	75	16	624	32 x	83 x	14	11	21	17
Antigua e Barbuda	–	–	132	64	78	72	101	93	87	85	–	–	14	1	–	–	78	81	–	–
Arabia Saudita	99	99	180	64	14	18	109	108	98	95	–	–	4	121	99	–	97	79	–	–
Argentina	99	99	159	65	71	72	111	110	–	–	98	99	0	6	95	97	–	–	82	85
Armenia	100	100	116	46	46	60	96 x	111 x	–	–	100	99	–	–	90	100 x	82 x	97 x	92	93
Australia	–	–	131	85	110	108	107	106	97	98	–	–	3	51	–	–	86	88	–	–
Austria	–	–	152	81	102	101	103	102	–	–	–	–	–	–	99	–	–	–	–	–
Azerbaigian	100	100	111	61	23	24	107	105	96	94	69 y	67 y	5	23	97	100 x	89	87	87 y	85 y
Bahamas	–	–	82	77	–	–	107	109	–	–	–	–	2	1	89 x	–	80	86	–	–
Bahrain	99	98	173	91	55	55	–	–	–	–	86 x	87 x	–	–	98	99 x	–	–	77 x	85 x
Bangladesh	79	83	80	10	32	32	109	115	93	97	71	76	5	907	66 x	96 x	50	55	40	52
Barbados	–	–	129	77	83	86	93	94	91	92	100	99	9	2	93	–	99	100	93	91
Belgio	–	–	114	85	119	118	105	105	99	99	–	–	1	6	97	–	94	95	–	–
Belize	–	–	51	39	50	51	114	109	98	95	94	95	3	2	95	97	67	71	50	61
Benin	55 x	31 x	100	5	20	21	131	120	–	–	77	73	4	70	53	88 x	50	34	50	38
Bhutan	80 x	68 x	82	34	16	18	101	103	88	90	96	95	11	11	79	94	59	67	54	56
Bielorussia	100	100	123	59	107	103	99	99	94	94	93	90	6	22	98	100	99	100	96	98
Bolivia (Stato Plurinazionale)	99	99	96	39	64	63	99	96	88	87	97 x	97 x	12	169	97	96 x	75	76	78 x	75 x
Bosnia/Erzegovina	100	100	91	61	–	–	–	–	–	–	97	95	–	–	87	100	–	–	93	95
Botswana	96	99	167	19	18	18	110	107	91	92	86 x,y	88 x,y	9	27	94	–	59	67	36 x	44 x
Brasile	97	98	139	58	–	–	–	–	–	–	97	97	–	–	–	88 x	–	–	76	78
Brunei Darussalam	99	100	110	69	73	74	107	108	–	–	–	–	–	–	96	–	87	88	–	–
Bulgaria	98	98	138	55	83	83	99	99	96	97	–	–	4	10	98	–	89	87	–	–
Burkina Faso	47 x	33 x	72	9	4	4	89	85	70	66	54	50	32	957	69	89 x	23	20	22	17
Burundi	90 x	88 x	30	1	7	7	127	128	95	97	85	84	4	69	53	82 x	25	25	20	14
Cambogia	88	86	133	9	18	18	120	113	96	94	84 y	86 y	5	97	47	92 x	40 x	37 x	46	45
Camerun	85	76	76	11	34	35	120	107	100	90	87	84	5	193	70	93	46	40	55	50
Canada	–	–	81	87	73	73	99	100	–	–	–	–	1	11	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	98	98	122	40	70	70	116	110	98	98	–	–	2	1	91	–	65	74	–	–
Ciad	54	46	40	3	1	1	115	88	95	74	55	48	16	357	51	89	–	–	22	12
Cile	99	100	133	72	125	121	102	98	93	92	90 y	92 y	7	110	99	–	87	90	80 y	84 y
Cina	100	100	92	49	117	118	109	109	–	–	97 y	97 y	–	–	–	–	–	–	87 y	88 y
Cipro	100	100	96	69	77	77	99	100	97	98	–	–	3	2	91	–	94	96	–	–
Colombia	98	99	113	53	55	55	130 x	129 x	97 x	97 x	95	96	3 x	129 x	83	95	74 x	80 x	76	83
Comore	87	87	51	7	22	24	108	102	88	83	85	85	15	17	–	19 x	42	45	51	56
Congo	86	77	108	7	14	14	107	115	89	97	96	97	7	47	–	96	–	–	67	67
Congo, Rep. Dem.	91	77	53	3	4	4	112	102	–	–	88	85	–	–	55	75	–	–	54	41
Corea, Rep.	–	–	116	84	92	92	99	99	97	96	–	–	4	101	100	–	97	96	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	100 x	100 x	11	0	84 x	85 x	100 x	100 x	97 x	97 x	99	99	3 x	47 x	–	100	98 x	99 x	98	98
Costa d'Avorio	58	39	106	15	7	7	96	84	80	71	72	66	25	879	74	90 x	–	–	32	23
Costa Rica	99	99	144	49	79	79	111	110	96	96	96	96	4	16	90	93	76	80	69	74
Croazia	100	100	104	69	63	62	96	96	97	100	–	–	2	3	99	–	94	96	–	–
Cuba	100	100	22	30	98	99	100	96	93	94	–	–	7	53	96	–	88	91	–	–
Danimarca	–	–	126	96	99	96	102	101	98	99	–	–	1	6	98	–	89	92	–	–
Dominica	–	–	127	63	88	82	118	118	96 x	99 x	–	–	3 x	0,2 x	85	–	76	82	–	–
Ecuador	98	99	104	43	185	189	113	113	96	98	97 y	97 y	3	63	89	–	81	84	81 y	83 y
Egitto	91	84	114	32	25	24	106	105	–	–	97	97	0	12	96 x	99 x	77	77	81	79
El Salvador	96	96	144	30	68	70	118	112	96	96	91 y	91 y	4	30	84	–	69	70	–	–
Emirati Arabi Uniti	94 x	97 x	178	90	92	92	106	107	96	96	–	–	4	15	92	–	–	–	–	–
Eritrea	94	90	6	1	15	15	55	47	43	38	57 y	56 y	59	405	78	–	31	26	23 x	21 x
Estonia	100	100	161	84	90	87	101	100	100	99	–	–	0	0,3	97	–	92	93	–	–
Etiopia	63 x	47 x	32	3	31	30	104	96	89	84	64 y	67 y	14	2.124	37	84 x	–	–	13 y	18 y
Federazione Russa	100	100	155	71	92	91	100	101	97	98	–	–	2	141	97	–	–	–	–	–
Figi	–	–	99	42	17 x	19 x	105	106	96	98	–	–	3	3	97	–	79	88	–	–
Filippine	97 x	98 x	111	40	53 x	56 x	117	117	95	99	88 x	89 x	3	402	76 x	90 x	62	74	55 x	70 x
Finlandia	–	–	140	92	81	81	101	101	99	100	–	–	0	1	99	–	94	94	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15–24 anni) (%)		Numero su 100 abitanti		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria										Presenza nella scuola secondaria			
					Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)		Bambini non scolarizzati fascia primaria		Tasso completamento ciclo primario (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)	
	2009–2014*		2014		2010–2014*		2010–2014*		2010–2014*		2009–2014*		2010–2014*		2010–2014*	2009–2014*	2010–2014*		2009–2014*	
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	tasso (%)	numero (000)	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine	maschi	femmine
Francia	–	–	101	84	108	108	106	105	99	100	–	–	1	26	–	–	99	100	–	–
Gabon	87	89	171	10	36	38	144	140	–	–	94	96	–	–	–	–	–	–	48	57
Gambia	74	67	120	16	33	35	84	88	66	72	61	64	31	99	77	95	–	–	34	34
Georgia	100	100	125	49	–	–	116	118	–	–	95	96	1	2	99	98 x	92	92	85	88
Germania	–	–	120	86	110	109	103	103	–	–	–	–	0	4	96	–	–	–	–	–
Ghana	88	83	115	19	114	117	107	106	89	89	70	70	11	413	84	100	55	54	38	37
Giamaica	94	99	107	41	102	108	–	–	–	–	97	99	–	–	95	99	70	77	91	92
Giappone	–	–	120	91	–	–	102	101	100	100	–	–	0	3	100	–	99	100	–	–
Gibuti	–	–	32	11	5	4	73	63	69	60	71 y	68 y	35	33	84	92 x	29 x	21 x	45 x	37 x
Giordania	99	99	148	44	33	31	89	88	88	87	98	98	12	119	98	–	83	88	74	77
Grecia	99	99	110	63	77	76	99	98	98	97	–	–	3	18	91	–	96	95	–	–
Grenada	–	–	110	37	95	93	105	101	98	98	–	–	2	0,2	–	–	80	81	–	–
Guatemala	95	92	107	23	65	66	106	102	89	89	–	–	11	258	72	–	48	45	–	–
Guinea	38	22	72	2	15	15	95	84	80	72	63	53	24	449	53	96 x	38	25	38	25
Guinea Equatoriale	98	99	66	19	68	68	85	84	58	58	61 x	60 x	42	46	72	–	–	–	23 x	22 x
Guinea-Bissau	80	71	63	3	6	7	118	110	71	68	62	62	31	76	–	73	–	–	27	20
Guyana	92	94	71	37	95	93	87	84	86	84	97	97	15	17	92	96	82	83	81	88
Haiti	74 x	70 x	65	11	78	84	176	175	–	–	83	84	–	–	–	88	–	–	33	39
Honduras	94	96	94	19	47	48	110	108	95	95	91 y	92 y	5	54	75	84	46	53	46	55
India	90	82	74	18	54	57	105	117	92	99	85 x	82 x	5	6.402	–	95 x	61	62	59 x	49 x
Indonesia	99	99	129	17	51	58	106	106	93	94	98	99	7	1.900	82	–	76	74	72	75
Iran (Repubblica Islamica)	98	98	88	39	43	42	107	112	–	–	96	97	1	45	82	97	80	81	–	–
Iraq	83	81	95	11	–	–	–	–	–	–	93	87	–	–	–	96	–	–	53	45
Irlanda	–	–	105	80	107	110	103	103	99	100	–	–	1	4	–	–	–	–	–	–
Islanda	–	–	111	98	98	97	98	99	98	99	–	–	1	0,4	98	–	88	88	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	75	81	108	104	–	–	–	–	2	0,03	77	–	82	85	–	–
Isole Marshall	–	–	29	17	46	49	106	105	–	–	–	–	0	0,02	83 x	–	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	66	9	98	98	116	112	–	–	63 x,y	69 x,y	–	–	71	–	42	42	29 x,y	30 x,y
Israele	–	–	121	71	113	112	104	105	97	98	–	–	3	22	99	–	97	99	–	–
Italia	100	100	154	62	101	99	102	101	100	99	–	–	1	15	99	–	95	95	–	–
Kazakistan	100	100	172	55	57	57	111	111	99	100	99	99	1	5	99	100	95	97	96	96
Kenya	83 x	82 x	74	43	75	73	111	112	84	88	84	87	14	956	–	96	57	56	57	61
Kirghizistan	100	100	134	28	25	25	108	107	98	98	99	99	2	8	99	100	80	80	85	86
Kiribati	–	–	17	12	–	–	111	115	–	–	83	87	2	0,3	–	–	–	–	54	65
Kuwait	99	99	218	79	82	80	103	105	97	99	–	–	2	4	96	–	81	85	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	89 x	79 x	67	14	30	31	119	113	96	94	85	85	5	36	78	95	52	50	45	45
Lesotho	74	92	85	11	30	32	108	106	79	82	92	96	19	66	67	84 x	27	42	34	47
Lettonia	100	100	117	76	93	92	103	102	98	99	–	–	2	2	92	–	89	91	–	–
Libano	98 x	99 x	88	75	87	82	102	93	92	86	98	98	11	54	93	93 x	65	65	77	85
Liberia	63 x	37 x	73	5	–	–	100	92	39	37	42	43	62	442	68 x	76 x	18	15	27	24
Libia	100	100	161	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	109	95	102	97	103	105	–	–	–	–	2	0,03	79 x	–	97	87	–	–
Lituania	100	100	147	72	85	84	101	101	100	100	–	–	0	0,3	97	–	94	94	–	–
Lussemburgo	–	–	149	95	93	94	96	97	94	96	–	–	5	2	85	–	84	87	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	98	106	68	28	29	86	85	89	88	98	98	12	15	–	100	–	–	90	88
Madagascar	66	64	41	4	13	14	147	147	–	–	68 y	71 y	–	–	40	89	31	32	27	28
Malawi	74	70	33	6	–	–	145	148	–	–	93	94	2 x	48 x	49	88	33	33	32	34
Maldive	99 x	99 x	189	49	–	–	104 x	101 x	97 x	96 x	94	95	3 x	2 x	82	99	–	–	63	70
Malesia	98	98	149	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	56	34	149	7	4	4	81	73	67	60	60	55	36	1.030	62	94	39	30	36	23
Malta	98	99	127	73	112	119	100	95	99	94	–	–	3	1	97	–	85	76	–	–
Marocco	89	74	132	57	65	53	119	113	99	99	91 x	88 x	1	37	89	–	59	53	39 x	36 x
Mauritania	66 x	48 x	94	11	3	4	95	101	73	77	60	62	25	151	64	78	23	20	26	22
Mauritius	98	99	132	41	101	104	102	104	96	98	–	–	3	4	98	–	–	–	–	–
Messico	98	98	82	44	101	104	105	104	97	98	97 x	97 x	3	357	95	–	66	69	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	30	–	–	98	97	86	88	–	–	13	2	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Rep.	100	100	108	47	83	81	94	94	91	91	99	98	9	14	95	100 x	77	78	84	88
Monaco	–	–	88	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	98	99	105	27	85	86	103	101	96	95	95	97	4	10	–	99	85	88	91	96

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15–24 anni) (%)		Numero su 100 abitanti		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria										Presenza nella scuola secondaria			
					Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)		Bambini non scolarizzati fascia primaria		Tasso completamento ciclo primario (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)	
	2009–2014*		2014		2010–2014*		2010–2014*		2010–2014*		2009–2014*		2010–2014*		2010–2014*	2009–2014*	2010–2014*		2009–2014*	
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	tasso (%)	numero (000)	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine	maschi	femmine
Montenegro	99	99	163	61	57	54	95	93	94	93	98	98	6	3	80	100 x	–	–	94	95
Mozambico	80	57	70	6	–	–	109	100	90	85	76	76	12	678	31	60 x	18	18	25	23
Myanmar	96	96	54	2	23	24	101	98	98	91	90	91	5	284	75 x	93	48	49	58	59
Namibia	83 x	91 x	114	15	21	22	113	110	89	92	92	93	9	36	91	89 x	48	60	55	65
Nauru	–	–	–	–	85	96	110	100	89	84	97 y	98 y	13	0,2	–	–	70	75	65 y	72 y
Nepal	90	80	82	15	88	84	130	141	95	94	76	76	5	174	70	–	58	62	62	62
Nicaragua	85 x	89 x	115	18	57	59	124	123	97	100	71 y	70 y	2	12	–	56 x	45	53	38 x	48 x
Niger	35	15	44	2	7	7	76	65	66	57	55	46	38	1.233	64	92	19	13	21	13
Nigeria	76 x	58 x	78	43	13	13	88	81	71	60	70	66	34	8.735	79 x	97	–	–	56	49
Niue	–	–	–	92	113	125	127	125	–	–	100	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	–	–	116	96	99	99	100	100	100	100	–	–	0	1	99	–	95	95	–	–
Nuova Zelanda	–	–	112	86	97	99	98	99	98	99	–	–	2	6	–	–	96	97	–	–
Oman	97	98	158	70	53	55	106	115	97	97	97	98	3	6	99	99	87	90	91	92
Paesi Bassi	–	–	116	93	94	95	107	106	99	99	–	–	1	11	–	–	92	93	–	–
Pakistan	80	62	73	14	74	66	101	86	79	67	67	60	27	5.612	80	–	46	36	45	38
Palau	100	100	91	–	71	77	116	112	–	–	–	–	1	0,01	–	–	90	99	–	–
Panama	98	97	158	45	71	72	107	104	97	96	97	97	3	14	93	–	75	81	77	84
Papua Nuova Guinea	67	77	45	9	102 x	99 x	120	109	90	84	–	–	13	160	–	–	–	–	–	–
Paraguay	99	99	106	43	38	38	108	104	89	89	87 x	89 x	11	85	84	–	67	66	81 x	80 x
Peru	99	99	104	40	87	88	101	101	95	96	92 y	93 y	5	162	91	87	77	79	80 y	82 y
Polonia	100	100	149	67	78	77	101	101	97	97	–	–	3	62	99	–	91	93	–	–
Portogallo	99	99	112	65	92	89	112	108	99	99	–	–	1	7	–	–	92	94	–	–
Qatar	96	98	146	91	58	58	104	99	99	95	96	97	3	3	98	100	100	89	94	93
Regno Unito	–	–	124	92	80	76	109	109	–	–	–	–	0	7	–	–	94	95	–	–
Repubblica Ceca	–	–	130	80	106	103	99	99	–	–	–	–	–	–	99	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	49	27	25	4	6	6	107	80	79	62	78	68	29	207	47	81	18	9	23	15
Repubblica Dominicana	96	98	79	50	43	45	105	96	86	85	95	96	14	179	79	90	61	70	66	79
Romania	99	99	106	54	92	93	96	95	92	91	–	–	9	72	94	–	87	87	–	–
Ruanda	77	78	64	11	14	15	136	139	95	97	87 y	89 y	4	68	35	76 x	–	–	21 y	25 y
Saint Kitts/Nevis	–	–	119	65	97	92	83	84	80	83	–	–	19	1	93	–	81	85	–	–
Saint Vincent e Grenadines	–	–	105	56	68	70	106	103	92	91	–	–	9	1	69	–	84	87	–	–
Samoa	99	99	56	21	35	39	106	106	97	98	88 y	89 y	3	1	90	–	75	84	51 y	70 y
San Marino	–	–	119	–	106	108	94	93	93	93	–	–	7	0,1	96	–	–	–	–	–
Santa Lucia	–	–	103	51	63	67	–	–	–	–	100	99	–	–	90	100	80	81	91	92
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	83 x	77 x	65	24	–	–	114	109	96	95	94	94	4	1	80	92	44	51	55	65
Senegal	74	59	99	18	14	16	78	84	70	76	63	66	27	634	61	90	–	–	39	37
Serbia	99	99	122	54	59	59	101	101	98	99	99	99	1	4	98	100	91	93	92	95
Seychelles	99	99	162	54	93	93	104	105	94	95	–	–	5	0,5	–	–	74	75	–	–
Sierra Leone	73	56	77	2	9	10	130	130	100	99	74	78	1	7	48	93	40	35	48	42
Singapore	100	100	147	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99 x	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	97	95	64	28	6	6	81	79	72	70	97 x	96 x	29	563	93	100 x	47	46	64 x	65 x
Slovacchia	–	–	117	80	93	91	103	101	–	–	–	–	–	–	98	–	–	–	–	–
Slovenia	100	100	112	72	95	93	99	99	97	98	–	–	3	3	100	–	95	95	–	–
Somalia	–	–	51	2	–	–	–	–	–	–	24 x	19 x	–	–	–	88 x	–	–	7 x	4 x
Spagna	100	100	108	76	99	99	105	106	99	100	–	–	0	14	97	–	96	97	–	–
Sri Lanka	98	99	103	26	95	95	102	100	98	96	–	–	3	47	98	100 x	84	87	–	–
Stati Uniti	–	–	110	87	71	71	100	99	93	93	–	–	7	1.774	–	–	87	89	–	–
Stato di Palestina	99	99	72	54	50	51	95	95	93	93	99	99	7	33	98	100	77	84	85	94
Sud Sudan	44 x	30 x	25	16	6	6	101	67	47	34	26	21	59	1.022	–	71	–	–	10	6
Sudafrica	98	99	149	49	77	78	102	97	–	–	97	97	–	–	–	–	–	–	88	88
Sudan	91	86	72	25	38	36	73	65	53	56	72	68	45	2.713	80	90	–	–	46	45
Suriname	98	99	171	40	92	96	122	118	91	92	95	96	9	5	86	96	44	50	53	66
Svezia	–	–	128	93	95	95	117	124	100	100	–	–	0	2	100	–	95	94	–	–
Svizzera	–	–	137	87	99	99	103	103	99	100	–	–	1	4	–	–	82	80	–	–
Swaziland	92	95	72	27	25	26	118	108	79	78	96	97	21	45	75	93	31	38	42	52
Tagikistan	100	100	95	17	11	10	98	97	97	97	98	97	3	19	99	100 x	88	79	92	82
Tanzania, Repubblica Unita	76	73	63	5	32	33	86	87	81	82	75 y	78 y	18	1.715	67	91 x	–	–	26	25
Thailandia	97	97	144	35	117	116	99	97	97 x	96 x	96	96	4 x	202 x	–	100	77	82	75	83
Timor Est	80	79	119	1	17	17	138	136	96	99	71	73	2	4	81	91	48	56	43	48

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

Paesi e aree	Tasso alfabetismo giovani (15–24 anni) (%)		Numero su 100 abitanti		Presenza nella pre-scuola		Presenza nella scuola primaria										Presenza nella scuola secondaria			
					Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione lorda (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)		Bambini non scolarizzati fascia primaria		Tasso completamento ciclo primario (%)		Rapporto iscrizione netta (%)		Rapporto frequenza netta (%)	
	2009–2014*		2014		2010–2014*		2010–2014*		2010–2014*		2009–2014*		2010–2014*		2010–2014*	2009–2014*	2010–2014*		2009–2014*	
	maschi	femmine	telefonia mobile	internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	tasso (%)	numero (000)	dati amministr.	dati indagine	maschi	femmine	maschi	femmine
Togo	87	73	65	6	15	15	129	121	96	90	90	87	7	79	53	90	–	–	52	41
Tonga	99	100	64	40	36	35	110	110	95	97	93 y	93 y	4	1	–	–	74	79	82 y	84 y
Trinidad e Tobago	100	100	147	65	–	–	108	104	99	98	98 x	98 x	1	2	89 x	98 x	–	–	84 x	90 x
Tunisia	98	96	128	46	40	43	113	109	–	–	98	98	0	4	94	97	–	–	69	77
Turchia	99	97	95	51	28	27	107	107	94	93	94 x,y	92 x,y	7	357	90	95 x	90	86	75 x	64 x
Turkmenistan	100	100	136	12	64	62	90	89	–	–	99 x	99 x	–	–	–	–	–	–	95 x	95 x
Tuvalu	–	–	38	–	93	93	101	102	95	98	97 x,y	99 x,y	4	0,1	–	–	62	78	35 x	47 x
Ucraina	100	100	144	43	105	103	103	105	96	98	100	100	3	56	99	100	88	89	93	93
Uganda	90	85	52	18	11	11	109	111	92	95	86	87	6	477	25	72 x	24	22	20	21
Ungheria	99	99	118	76	87	86	101	99	96	96	–	–	4	15	98	–	93	92	–	–
Uruguay	98	99	161	61	89	89	114	110	–	–	97	98	0	0,5	95 x	–	68	76	72	78
Uzbekistan	100	100	78	44	25	25	98	96	96	94	95 x	95 x	5	101	98	100 x	–	–	91 x	90 x
Vanuatu	95	95	60	19	64	64	125	122	–	–	76 y	78 y	–	–	71 x	88 x	51	53	22 y	26 y
Venezuela (Repubblica bolivariana)	97	98	99	57	73	73	102	100	93	93	91 x	93 x	7	243	87	82 x	71	79	–	–
Vietnam	97	97	147	48	83	80	110	109	–	–	98	98	2	127	90	99	–	–	89	92
Yemen	97	80	68	23	1	1	106	89	92	78	80	72	15	583	69	73 x	50	33	81	58
Zambia	70 x	58 x	67	17	–	–	103	104	88	90	86	88	11	325	55	87 x	–	–	47	43
Zimbabwe	90	92	81	20	27	27	103	102	88	90	93	94	11	283	–	91	43	43	46	50
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																				
Africa subsahariana	76	66	71	19	18	19	103	96	81	76	75	74	21	32.960	57	91	36	32	40	36
Africa orientale e meridionale	79	72	64	17	21	22	108	102	85	84	78	79	16	11.826	47	–	34	33	32	33
Africa occidentale e centrale	73	57	78	21	15	15	100	91	78	70	72	68	26	18.403	67	91	37	30	46	38
Medio Oriente e Nord Africa	94	90	107	37	28	28	108	102	91	88	91	89	10	4.852	83	–	70	66	71	67
Asia meridionale	87	79	75	17	55	56	111	112	94	94	81	77	6	10.259	63	94	55	48	56	48
Asia orientale e Pacifico	99	99	101	43	69	70	118	117	96	96	96	97	4	6.500	92	–	77	78	82	84
America latina e Caraibi	98	98	115	50	76	77	106	103	93	94	95	96	6	4.020	83	90	73	78	75	78
ECO/CIS	100	100	128	56	61	60	101	101	95	95	–	–	5	954	95	–	89	88	–	–
Paesi meno sviluppati	77	69	64	9	15	15	109	101	84	80	73	73	18	24.360	54	–	36	33	37	36
Mondo	**93**	**89**	**97**	**40**	**54**	**54**	**109**	**107**	**92**	**90**	**85**	**83**	**9**	**59.204**	**75**	**93 ****	**67**	**65**	**62**	**58**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 relativi alla sopravvivenza antecedenti al 2006 dal Brasile. 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.

* 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) 2015			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità	Popolazione urbana (%)	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990–2015	2015–2030[a]	1970	1990	2015	1970	1990	2015	1970	1990	2015	2015	2015	1990–2015	2015–2030[a]
Afghanistan	32.527	16.716	4.950	4,0	2,0	28	16	8	52	49	33	37	50	61	4,7	27	5,5	3,7
Albania	2.897	687	185	-0,5	0,1	8	6	7	32	25	14	67	72	78	1,8	57	1,5	1,4
Algeria	39.667	13.067	4.590	1,7	1,3	17	6	5	47	32	24	50	67	75	2,8	71	3,0	1,8
Andorra	70	12	3	1,0	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	85	1,2	0,2
Angola	25.022	13.598	4.718	3,2	3,0	27	23	13	53	53	45	37	41	53	6,0	44	5,3	4,2
Antigua e Barbuda	92	27	7	1,6	0,9	7	7	6	30	19	16	66	71	76	2,1	24	0,0	0,2
Arabia Saudita	31.540	10.560	3.161	2,6	1,4	15	5	3	47	36	20	53	69	74	2,7	83	2,8	1,4
Argentina	43.417	13.006	3.718	1,1	0,9	9	8	8	23	22	17	66	72	76	2,3	92	1,2	0,8
Armenia	3.018	654	207	-0,6	-0,1	6	8	9	23	22	13	70	68	75	1,5	63	-1,0	0,0
Australia	23.969	5.354	1.546	1,4	1,1	9	7	7	20	15	13	71	77	83	1,9	89	1,5	1,3
Austria	8.545	1.481	404	0,4	0,2	13	11	9	16	11	10	70	75	82	1,5	66	0,5	0,6
Azerbaigian	9.754	2.538	930	1,2	0,6	9	8	7	29	27	20	65	65	71	2,3	55	1,2	1,2
Bahamas	388	99	29	1,7	0,9	6	5	6	26	24	15	66	71	76	1,9	83	1,8	1,1
Bahrain	1.377	347	109	4,1	1,2	7	3	2	38	29	14	63	72	77	2,0	89	4,1	1,4
Bangladesh	160.996	57.168	15.331	1,7	1,0	19	10	5	48	35	19	48	58	72	2,1	34	3,8	2,8
Barbados	284	66	17	0,4	0,1	10	10	11	22	16	12	66	71	76	1,8	31	0,3	0,6
Belgio	11.299	2.280	653	0,5	0,4	12	11	10	14	12	12	71	76	81	1,8	98	0,5	0,3
Belize	359	140	39	2,6	1,8	8	5	6	42	36	23	66	71	70	2,5	44	2,2	2,0
Benin	10.880	5.312	1.708	3,1	2,4	24	14	9	47	46	36	42	54	60	4,7	44	4,1	3,4
Bhutan	775	252	66	1,5	0,9	26	13	6	49	38	17	37	52	70	2,0	39	4,9	2,4
Bielorussia	9.496	1.774	586	-0,3	-0,4	9	11	14	16	14	12	71	71	71	1,6	77	0,2	-0,2
Bolivia (Stato Plurinazionale)	10.725	4.138	1.186	1,8	1,4	20	13	7	42	35	24	46	55	69	2,9	69	2,8	1,9
Bosnia/Erzegovina	3.810	643	172	-0,7	-0,4	7	8	11	24	15	9	66	71	77	1,3	40	-0,6	0,6
Botswana	2.262	856	266	2,0	1,5	13	7	8	46	35	25	55	63	65	2,8	57	2,8	1,4
Brasile	207.848	58.433	15.032	1,3	0,6	10	7	6	35	24	15	59	65	75	1,8	86	1,8	0,8
Brunei Darussalam	423	119	34	2,0	1,1	6	4	3	36	32	16	67	73	79	1,9	77	2,7	1,3
Bulgaria	7.150	1.199	337	-0,8	-0,8	9	13	15	16	12	9	71	71	74	1,6	74	-0,4	-0,5
Burkina Faso	18.106	9.475	3.144	2,9	2,7	25	17	9	47	47	40	39	49	59	5,4	30	5,9	4,7
Burundi	11.179	5.685	2.062	2,8	2,9	21	18	11	47	50	43	44	48	57	5,9	12	5,2	5,2
Cambogia	15.578	5.850	1.772	2,2	1,3	20	13	6	43	42	24	42	54	69	2,6	21	3,3	2,7
Camerun	23.344	11.472	3.738	2,6	2,3	19	14	11	45	45	36	46	54	56	4,6	54	3,9	3,2
Canada	35.940	6.961	1.942	1,0	0,8	7	7	7	17	14	11	72	77	82	1,6	82	1,3	1,0
Capo Verde	521	186	54	1,7	1,1	14	8	5	42	40	21	54	66	74	2,3	66	3,1	1,6
Ciad	14.037	7.671	2.632	3,4	3,0	23	19	14	47	51	45	41	47	52	6,1	22	3,6	4,0
Cile	17.948	4.398	1.170	1,2	0,8	10	6	5	30	22	13	63	73	82	1,7	90	1,5	0,8
Cina	1.376.049	282.260	83.186	0,7	0,2	11	7	7	37	23	12	59	69	76	1,6	56	3,7	1,7
Cipro	1.165	236	66	1,7	0,7	7	7	7	19	19	11	73	77	80	1,4	67	1,7	0,8
Colombia	48.229	14.144	3.738	1,4	0,7	9	6	6	38	26	15	61	68	74	1,9	76	2,0	1,3
Comore	788	368	119	2,6	2,1	19	11	7	46	43	33	46	57	64	4,4	28	2,6	2,8
Congo	4.620	2.259	759	2,6	2,6	14	12	8	43	38	36	53	55	63	4,8	65	3,4	3,0
Congo, Rep. Dem.	77.267	40.639	13.876	3,2	3,0	20	17	10	47	48	42	44	49	59	5,9	42	4,2	3,6
Corea, Rep.	50.293	8.925	2.287	0,6	0,3	9	6	6	32	16	9	61	72	82	1,3	82	1,0	0,5
Corea, Rep. Dem. Pop.	25.155	6.486	1.747	0,9	0,4	10	6	9	37	21	14	60	70	71	2,0	61	1,0	0,8
Costa d'Avorio	22.702	11.193	3.667	2,5	2,3	21	14	13	53	43	37	44	52	52	4,9	54	3,5	3,1
Costa Rica	4.808	1.308	350	1,8	0,8	7	4	5	33	27	15	66	76	80	1,8	77	3,7	1,6
Croazia	4.240	775	207	-0,5	-0,4	11	11	13	15	11	9	68	72	77	1,5	59	-0,1	0,2
Cuba	11.390	2.269	588	0,3	-0,1	7	7	8	29	17	10	70	75	80	1,6	77	0,4	-0,1
Danimarca	5.669	1.167	295	0,4	0,4	10	12	10	15	12	10	73	75	80	1,7	88	0,5	0,6
Dominica	73	22	6	0,1	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70	0,5	0,7
Ecuador	16.144	5.588	1.610	1,8	1,3	12	6	5	41	30	20	58	69	76	2,5	64	2,5	1,7
Egitto	91.508	35.095	12.116	1,9	1,6	16	9	6	40	33	27	52	65	71	3,3	43	1,6	1,8
El Salvador	6.127	2.039	520	0,6	0,3	13	8	7	43	31	17	55	64	73	1,9	67	2,0	1,0
Emirati Arabi Uniti	9.157	1.510	491	6,5	1,2	7	3	2	37	26	11	62	71	77	1,8	86	7,0	1,9
Eritrea	5.228	2.562	815	2,0	2,2	22	15	6	47	43	33	41	48	64	4,2	23	4,3	4,4
Estonia	1.313	243	72	-0,7	-0,4	11	13	12	15	14	11	70	69	77	1,6	68	-1,0	-0,3
Etiopia	99.391	48.448	14.602	2,9	2,2	21	18	7	48	48	32	43	47	65	4,3	19	4,6	4,3
Federazione Russa	143.457	27.684	9.166	-0,1	-0,2	9	12	14	15	14	13	69	68	70	1,7	74	-0,1	-0,2
Figi	892	302	88	0,8	0,3	8	6	7	34	29	20	60	66	70	2,5	54	1,8	1,0
Filippine	100.699	38.277	11.255	1,9	1,4	9	7	7	39	33	23	61	65	68	2,9	44	1,6	1,8
Finlandia	5.503	1.077	304	0,4	0,2	10	10	10	14	13	11	70	75	81	1,8	84	0,6	0,4
Francia	64.395	14.211	3.927	0,5	0,4	11	9	9	17	13	12	72	77	82	2,0	80	0,8	0,7
Gabon	1.725	748	239	2,4	2,0	20	11	8	37	37	30	47	61	65	3,8	87	3,4	2,2
Gambia	1.991	1.051	366	3,1	3,0	26	14	9	50	47	42	38	52	60	5,7	60	4,8	3,6
Georgia	4.000	832	275	-1,2	-0,2	10	9	12	19	17	13	67	70	75	1,8	54	-1,1	-0,1

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2015			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità	Popolazione urbana (%)	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990–2015	2015–2030[a]	1970	1990	2015	1970	1990	2015	1970	1990	2015	2015	2015	1990–2015	2015–2030[a]
Germania	80.689	12.769	3.384	0,1	-0,1	12	12	11	14	10	9	71	75	81	1,4	75	0,2	0,0
Ghana	27.410	12.330	4.056	2,5	2,0	16	11	9	47	39	32	49	57	62	4,1	54	4,0	2,8
Giamaica	2.793	821	204	0,6	0,2	8	7	7	36	26	17	68	72	76	2,0	55	1,1	0,9
Giappone	126.573	19.827	5.269	0,1	-0,3	7	7	10	19	10	8	72	79	84	1,4	93	0,9	-0,1
Gibuti	888	344	102	1,6	1,1	15	11	9	45	40	25	49	57	62	3,1	77	1,8	1,3
Giordania	7.595	3.160	980	3,3	1,2	10	5	4	51	34	27	60	70	74	3,4	84	3,8	1,5
Grecia	10.955	1.899	533	0,3	-0,3	10	9	11	17	10	8	71	77	81	1,3	78	0,7	0,3
Grenada	107	34	10	0,4	0,3	9	9	7	28	28	19	64	69	74	2,1	36	0,7	0,4
Guatemala	16.343	7.085	2.089	2,3	1,8	15	9	5	44	38	27	52	62	72	3,2	52	3,3	3,0
Guinea	12.609	6.196	2.046	2,9	2,5	27	17	10	45	47	36	37	50	59	4,9	37	4,0	3,6
Guinea Equatoriale	845	383	128	3,2	2,5	25	19	11	39	47	35	40	48	58	4,7	40	3,6	3,0
Guinea-Bissau	1.844	871	289	2,2	2,1	22	18	12	43	45	37	42	49	55	4,8	49	4,5	3,3
Guyana	767	279	67	0,3	0,5	9	9	8	35	33	19	62	63	66	2,5	29	0,3	1,1
Haiti	10.711	4.294	1.238	1,6	1,1	18	13	9	39	37	25	47	55	63	3,0	59	4,5	2,3
Honduras	8.075	3.109	816	2,0	1,2	15	7	5	47	38	21	53	67	73	2,3	55	3,4	2,6
India	1.311.051	451.990	123.711	1,6	1,0	17	11	7	39	31	20	48	58	68	2,4	33	2,6	2,2
Indonesia	257.564	85.276	24.864	1,4	0,9	13	8	7	40	26	20	55	63	69	2,4	54	3,7	2,0
Iran (Repubblica Islamica)	79.109	21.847	6.855	1,4	0,7	16	7	5	42	33	17	51	64	76	1,7	73	2,4	1,5
Iraq	36.423	17.270	5.727	2,9	2,6	12	7	5	46	38	34	58	66	70	4,5	69	2,8	2,6
Irlanda	4.688	1.187	353	1,1	0,7	11	9	6	22	14	14	71	75	81	2,0	63	1,6	1,3
Islanda	329	80	23	1,0	0,7	7	7	6	21	17	13	74	78	83	1,9	94	1,3	0,9
Isole Cook	21	7	2	0,7	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75	1,7	0,7
Isole Marshall	53	19	5	0,5	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	0,9	0,9
Isole Salomone	584	269	82	2,5	1,7	13	11	6	45	40	29	54	57	68	3,9	22	4,5	3,4
Israele	8.064	2.626	832	2,3	1,4	7	6	5	26	22	21	72	76	83	3,0	92	2,3	1,4
Italia	59.798	9.870	2.570	0,2	-0,1	10	10	10	17	10	8	71	77	83	1,5	69	0,4	0,3
Kazakistan	17.625	5.356	1.948	0,3	0,9	9	9	9	25	24	21	63	67	70	2,6	53	-0,1	1,0
Kenya	46.050	22.234	7.166	2,7	2,3	15	10	8	51	42	34	52	59	62	4,3	26	4,5	4,0
Kirghizistan	5.940	2.170	780	1,2	1,2	11	8	6	31	31	26	60	66	71	3,1	36	0,8	2,0
Kiribati	112	46	15	1,8	1,5	13	10	7	35	37	29	54	60	66	3,7	44	2,5	1,9
Kuwait	3.892	997	348	2,5	1,7	6	3	3	49	21	20	66	72	75	2,1	98	2,2	2,0
Laos, Rep. Dem. Pop.	6.802	2.813	839	1,9	1,5	18	14	7	43	43	26	46	54	67	2,9	39	5,7	3,3
Lesotho	2.135	921	278	1,2	1,0	17	10	15	43	35	28	49	59	50	3,1	27	3,8	2,6
Lettonia	1.971	339	95	-1,2	-0,6	11	13	15	14	14	10	70	69	74	1,5	67	-1,2	-0,5
Libano	5.851	1.733	461	3,1	-0,7	8	7	5	32	25	15	66	70	80	1,7	88	2,7	0,3
Liberia	4.503	2.203	701	3,0	2,4	24	18	9	49	45	35	39	47	61	4,6	50	2,6	3,2
Libia	6.278	2.187	649	1,4	1,1	13	5	5	51	29	20	56	69	72	2,4	79	1,7	1,4
Liechtenstein	38	7	2	1,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14	0,4	1,1
Lituania	2.878	508	152	-1,0	-0,5	9	11	16	17	15	10	71	71	73	1,6	67	-0,9	-0,2
Lussemburgo	567	113	32	1,6	1,2	12	10	7	13	12	11	70	75	82	1,6	90	1,8	1,3
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	2.078	433	115	0,2	0,0	7	7	9	25	18	11	66	71	76	1,5	57	0,1	0,3
Madagascar	24.235	11.776	3.770	3,0	2,6	21	15	7	48	45	34	45	51	66	4,4	35	4,6	4,2
Malawi	17.215	8.949	2.954	2,4	2,9	25	20	7	54	50	39	41	44	64	5,0	16	3,8	4,2
Maldive	364	119	37	2,0	1,2	21	9	4	50	41	21	44	61	77	2,1	46	4,3	2,7
Malesia	30.331	9.080	2.477	2,0	1,2	7	5	5	33	28	17	64	71	75	1,9	75	3,7	1,8
Mali	17.600	9.526	3.271	2,9	2,9	32	20	10	50	49	43	32	46	58	6,1	40	5,0	4,7
Malta	419	76	19	0,7	0,1	8	7	9	16	16	9	71	76	81	1,5	95	0,8	0,2
Marocco	34.378	11.121	3.421	1,3	1,0	14	7	6	43	29	20	53	65	74	2,5	60	2,2	1,7
Mauritania	4.068	1.890	601	2,8	2,2	16	11	8	46	41	33	49	58	63	4,5	60	4,3	2,9
Mauritius	1.273	304	71	0,7	0,2	7	6	8	29	21	11	63	69	75	1,5	40	0,3	0,2
Messico	127.017	42.245	11.617	1,6	1,0	10	5	5	44	29	18	61	71	77	2,2	79	1,9	1,2
Micronesia (Stati Federati)	104	43	12	0,3	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,2	22	-0,2	1,5
Moldavia, Rep.	4.069	777	223	-0,3	-0,4	10	10	11	20	19	11	65	68	72	1,2	45	-1,1	-0,2
Monaco	38	7	2	1,0	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	1,1	0,9
Mongolia	2.959	968	338	1,2	1,2	15	10	6	44	32	23	55	60	70	2,6	72	2,1	1,7
Montenegro	626	142	37	0,1	-0,1	7	7	10	22	16	11	70	75	76	1,7	64	1,2	0,2
Mozambico	27.978	14.589	4.816	3,0	2,6	25	21	11	48	46	39	39	43	55	5,3	32	3,8	3,5
Myanmar	53.897	17.885	4.565	1,0	0,7	15	10	8	40	27	17	51	59	66	2,2	34	2,3	2,0
Namibia	2.459	1.063	338	2,2	1,9	15	9	7	43	38	29	53	61	65	3,5	47	4,2	3,1
Nauru	10	4	1	0,4	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,4	0,5
Nepal	28.514	11.316	2.807	1,7	1,0	23	13	6	43	39	20	41	54	70	2,2	19	4,8	2,9
Nicaragua	6.082	2.189	606	1,5	1,0	13	7	5	46	36	20	54	64	75	2,2	59	2,1	1,7
Niger	19.899	11.332	4.145	3,7	3,9	28	23	9	56	55	49	36	44	62	7,6	19	4,4	5,7

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2015			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità	Popolazione urbana (%)	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990–2015	2015–2030[a]	1970	1990	2015	1970	1990	2015	1970	1990	2015	2015	2015	1990–2015	2015–2030[a]
Nigeria	182.202	91.855	31.109	2,6	2,4	23	18	13	46	44	39	41	46	53	5,6	48	4,5	4,0
Niue	2	1	0	-1,5	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	43	-1,1	0,2
Norvegia	5.211	1.129	315	0,8	0,9	10	11	8	16	14	12	74	76	82	1,8	80	1,2	1,1
Nuova Zelanda	4.529	1.097	309	1,1	0,8	8	8	7	22	17	13	71	75	82	2,0	86	1,3	0,9
Oman	4.491	1.051	385	3,6	1,0	16	5	3	48	38	19	50	67	77	2,7	78	4,0	1,6
Paesi Bassi	16.925	3.390	885	0,5	0,3	8	9	9	17	13	10	74	77	82	1,8	90	1,6	0,5
Pakistan	188.925	77.779	24.664	2,3	1,7	15	11	7	43	40	29	53	60	66	3,6	39	3,1	2,6
Palau	21	8	2	1,4	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	2,3	1,4
Panama	3.929	1.275	368	1,9	1,3	8	5	5	38	26	19	66	73	78	2,4	67	2,7	1,8
Papua Nuova Guinea	7.619	3.330	996	2,4	1,9	17	10	8	44	35	28	46	56	63	3,7	13	1,9	2,8
Paraguay	6.639	2.412	674	1,8	1,1	7	6	6	37	34	21	65	68	73	2,5	60	2,8	1,9
Peru	31.377	10.417	3.020	1,5	1,1	14	7	6	42	30	20	53	66	75	2,4	79	2,0	1,4
Polonia	38.612	6.911	1.994	0,0	-0,2	8	10	10	17	15	10	70	71	78	1,3	61	0,0	0,1
Portogallo	10.350	1.782	439	0,2	-0,3	11	10	10	21	11	8	67	74	81	1,3	63	1,4	0,6
Qatar	2.235	406	132	6,2	1,5	5	2	1	36	23	12	68	75	78	2,0	99	6,7	1,1
Regno Unito	64.716	13.715	4.058	0,5	0,5	12	11	9	15	14	13	72	76	81	1,9	83	0,7	0,7
Repubblica Ceca	10.543	1.846	538	0,1	-0,1	12	12	10	16	12	10	70	72	79	1,5	73	0,1	0,3
Repubblica Centrafricana	4.900	2.242	708	2,0	1,9	23	17	14	43	41	33	42	49	51	4,2	40	2,3	2,8
Repubblica Dominicana	10.528	3.744	1.062	1,5	0,9	11	6	6	42	30	21	58	68	74	2,5	79	3,0	1,6
Romania	19.511	3.670	924	-0,7	-0,7	10	11	13	21	14	9	68	70	75	1,5	55	-0,2	0,1
Ruanda	11.610	5.532	1.695	1,9	2,0	20	33	7	50	48	31	44	33	65	3,8	29	8,9	4,8
Saint Kitts/Nevis	56	17	5	1,2	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	0,9	1,5
Saint Vincent e Grenadines	109	33	9	0,1	0,2	9	7	7	40	25	16	65	70	73	2,0	51	0,9	0,7
Samoa	193	85	24	0,7	0,6	11	7	5	41	33	25	55	65	74	4,0	19	0,3	0,5
San Marino	32	6	1	1,1	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	94	1,3	0,3
Santa Lucia	185	52	14	1,2	0,6	9	6	7	39	28	15	63	71	75	1,9	19	-0,7	1,1
Santa Sede	1	0	0	0,2	0,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,2	0,0
Sao Tomé/Principe	190	94	30	2,1	2,0	13	10	7	41	40	34	56	62	67	4,5	65	3,8	2,7
Senegal	15.129	7.596	2.601	2,8	2,7	25	11	6	50	44	38	39	57	67	5,0	44	3,2	3,5
Serbia	8.851	1.774	451	-0,3	-0,4	9	10	13	19	15	10	68	71	75	1,6	56	0,3	-0,2
Seychelles	96	27	8	1,2	0,3	9	7	8	35	23	17	66	71	73	2,3	54	1,6	0,9
Sierra Leone	6.453	3.166	1.004	2,0	1,9	29	27	13	46	46	35	35	37	51	4,5	40	2,5	2,7
Singapore	5.604	1.081	269	2,5	0,9	5	4	5	23	18	9	68	76	83	1,2	100	2,5	1,1
Siria, Repubblica araba	18.502	8.206	2.192	1,6	2,9	11	5	6	46	36	23	59	70	70	2,9	58	3,0	2,7
Slovacchia	5.426	984	283	0,1	-0,1	9	10	10	18	15	11	70	71	76	1,4	54	-0,1	0,1
Slovenia	2.068	361	111	0,1	0,0	10	10	10	17	11	10	69	73	81	1,6	50	0,1	0,3
Somalia	10.787	5.787	1.971	2,1	2,8	23	20	12	46	48	43	41	45	56	6,4	40	3,4	4,0
Spagna	46.122	8.119	2.144	0,7	0,0	9	8	9	20	10	9	72	77	83	1,3	80	1,0	0,4
Sri Lanka	20.715	6.051	1.643	0,7	0,3	8	6	7	31	21	16	64	70	75	2,1	18	0,8	1,4
Stati Uniti	321.774	73.169	19.701	1,0	0,7	10	9	8	17	16	12	71	75	79	1,9	82	1,3	0,9
Stato di Palestina	4.668	2.200	703	3,2	2,5	13	5	4	50	46	32	56	68	73	4,1	75	3,5	2,6
Sud Sudan	12.340	6.028	1.956	3,0	2,4	28	21	11	51	47	36	36	44	56	4,9	19	4,4	3,9
Sudafrica	54.490	19.084	5.370	1,6	0,6	14	8	12	38	29	20	53	62	58	2,3	65	2,4	1,2
Sudan	40.235	18.954	5.952	2,8	2,3	15	12	8	47	42	33	52	56	64	4,3	34	3,4	3,1
Suriname	543	175	48	1,1	0,7	9	7	7	37	28	18	63	67	71	2,3	66	1,2	0,7
Svezia	9.779	1.977	590	0,5	0,6	10	11	9	14	14	12	74	78	82	1,9	86	0,6	0,8
Svizzera	8.299	1.479	423	0,9	0,7	9	9	8	16	12	10	73	78	83	1,5	74	0,9	1,1
Swaziland	1.287	569	173	1,6	1,1	18	10	14	49	43	29	48	59	49	3,2	21	1,3	1,6
Tagikistan	8.482	3.475	1.176	1,9	1,8	12	10	6	41	40	30	60	63	70	3,5	27	1,3	2,7
Tanzania, Repubblica Unita	53.470	27.611	9.398	3,0	2,9	18	15	7	48	44	39	47	50	66	5,1	32	4,9	4,7
Thailandia	67.959	14.656	3.799	0,7	0,0	10	6	8	38	19	11	59	70	75	1,5	50	2,9	1,6
Timor Est	1.185	581	204	1,9	1,9	23	16	7	42	43	37	40	48	69	5,6	33	3,6	3,4
Togo	7.305	3.553	1.160	2,6	2,4	19	12	9	48	43	35	47	56	60	4,5	40	3,9	3,4
Tonga	106	46	13	0,4	0,9	7	6	6	36	31	24	65	70	73	3,7	24	0,6	1,5
Trinidad e Tobago	1.360	334	96	0,4	0,1	7	8	10	27	21	14	65	68	71	1,8	8	0,3	-0,4
Tunisia	11.254	3.115	982	1,3	0,8	16	6	7	41	26	18	51	69	75	2,1	67	1,9	1,1
Turchia	78.666	24.240	6.821	1,5	0,7	15	8	6	40	26	16	52	64	76	2,1	73	2,3	1,3
Turkmenistan	5.374	1.791	528	1,5	0,9	12	9	8	37	35	21	58	63	66	2,3	50	1,9	1,7
Tuvalu	10	4	1	0,4	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	60	1,9	1,6
Ucraina	44.824	7.897	2.461	-0,5	-0,6	9	13	15	15	12	11	71	70	71	1,5	70	-0,4	-0,4
Uganda	39.032	21.473	7.278	3,2	3,1	17	19	9	49	50	43	49	45	59	5,7	16	4,8	5,1
Ungheria	9.855	1.724	463	-0,2	-0,4	11	14	13	15	12	9	70	69	75	1,4	71	0,1	0,2
Uruguay	3.432	889	241	0,4	0,3	10	10	9	21	18	14	69	73	77	2,0	95	0,7	0,4

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e aree	Popolazione (in migliaia) 2015			Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità	Popolazione urbana (%)	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	totale	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1990–2015	2015–2030[a]	1970	1990	2015	1970	1990	2015	1970	1990	2015	2015	2015	1990–2015	2015–2030[a]
Uzbekistan	29.893	10.081	3.195	1,5	0,9	10	7	7	33	34	22	63	67	69	2,4	36	1,1	1,7
Vanuatu	265	113	35	2,4	1,9	14	8	5	42	36	26	52	63	72	3,3	26	3,7	3,0
Venezuela (Repubblica bolivariana)	31.108	10.418	2.960	1,8	1,1	7	5	6	37	29	19	65	70	74	2,3	89	2,1	1,2
Vietnam	93.448	25.578	7.741	1,3	0,8	12	6	6	36	29	17	60	71	76	2,0	34	3,2	2,2
Yemen	26.832	12.629	3.925	3,2	2,0	25	12	7	53	52	32	41	58	64	4,0	35	5,1	3,4
Zambia	16.212	8.535	2.851	2,8	3,0	17	19	9	50	46	40	49	44	61	5,3	41	2,9	4,3
Zimbabwe	15.603	7.504	2.505	1,6	2,1	13	9	9	48	37	35	55	60	59	3,9	32	1,9	2,3
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																		
Africa subsahariana	1.001.417	496.043	163.267	2,7	2,5	21	16	10	47	44	37	44	50	59	4,9	37	4,0	3,6
Africa orientale e meridionale	480.144	233.503	75.181	2,6	2,4	19	16	9	47	43	35	46	50	61	4,5	31	3,7	3,6
Africa occidentale e centrale	480.150	243.243	82.032	2,8	2,6	22	17	11	47	45	39	42	49	57	5,4	44	4,2	3,7
Medio Oriente e Nord Africa	455.880	165.800	53.283	2,1	1,6	15	8	5	44	34	24	53	65	72	2,9	60	2,7	1,9
Asia meridionale	1.743.865	621.390	173.210	1,7	1,1	17	11	7	40	33	21	48	58	68	2,5	32	2,8	2,3
Asia orientale e Pacifico	2.097.940	504.114	146.650	0,9	0,4	11	7	7	37	24	14	58	68	74	1,8	54	3,3	1,7
America latina e Caraibi	628.992	195.496	53.155	1,4	0,9	10	7	6	37	27	17	60	68	75	2,1	79	1,9	1,1
ECO/CIS	413.760	98.592	30.726	0,2	0,1	10	11	11	20	18	15	66	68	72	1,9	65	0,3	0,4
Paesi meno sviluppati	954.158	444.297	139.575	2,5	2,2	21	15	8	47	42	32	44	52	64	4,1	31	4,0	3,6
Mondo	**7.309.846**	**2.262.157**	**668.970**	**1,3**	**1,0**	**13**	**9**	**8**	**33**	**26**	**19**	**59**	**65**	**72**	**2,5**	**54**	**2,2**	**1,6**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>..<data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 vivesse 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.

NOTE

– Dati non disponibili.

a Basato su proiezioni varianti di media fertilità.

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e aree	PNL pro capite (USD)		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 (%)	Povertà monetaria infantile a livello nazionale (%)	Spesa statale in % sul PIL (2009-2013*) stanziato per:			Flusso di AUS in milioni di USD	Flusso di AUS in % sul PNL	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi	Quota di reddito familiare (%, 2009-2013*)	
	USD	PPP USD													
	2014	2014	1970–1990	1990–2014	1990–2014	2009–2013*	2010–2014*	salute	istruzione	difesa	2014	2014	2013	40% più povero	20% più ricco
Afghanistan	680	2.000 e	–	5,6 x	8 x	–	–	2	5	1	4.823	23	0	–	–
Albania	4.450	10.180	-0,6 x	5,7	11	1	–	3	–	1	280	2	6	22	38
Algeria	5.490	13.880	1,8	1,7	11	–	–	5	–	5	158	0	1	–	–
Andorra	43.270 x	–	-1,3	1,2 x	4 x	–	–	6	2	–	–	–	–	–	–
Angola	c	6.340 x	–	-0,4 x	–	30 x	–	2	3	4	231	–	7	15 x	49 x
Antigua e Barbuda	13.300	21.370	7,9 x	1,2	3	–	–	3	3	–	2	0	–	–	–
Arabia Saudita	25.140 x	51.320 x	-2,1	1,4	5	–	–	2	–	9	–	–	–	–	–
Argentina	13.480	–	-0,8	2,3	11	2	–	5	5	1	49	0	–	15	47
Armenia	4.020	8.450	–	6,2	37	2	37	2	2	4	265	2	32	21	40
Australia	64.540	42.760	1,6	2,0	3	–	–	6	5	2	–	–	–	19	42
Austria	49.670	45.930	2,5	1,6	2	–	–	8	6	1	–	–	–	21	38
Azerbaigian	7.590	16.910	–	6,4	40	0 x	5	1	2	5	215	0	6	30 x	30 x
Bahamas	20.980	22.290	1,9	0,1	3	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	21.060 x	37.680 x	-1,0 x	0,1	5	–	–	3	3	4	–	–	–	–	–
Bangladesh	1.080	3.330	0,7	3,6	6	44	–	1	2	1	2.418	1	3	21	41
Barbados	15.310 x	15.190 x	1,4 x	1,2	3	–	–	4	6	–	–	–	–	–	–
Belgio	47.260	43.220	2,2	1,4	2	–	–	8	6	1	–	–	–	23	36
Belize	4.350 x	7.590 x	3,1	1,7	1	–	–	4	7	1	36	–	12	–	–
Benin	890	2.020	0,4	1,1	5	53	–	2	5	1	600	6	–	16	51
Bhutan	2.370	7.280	7,0 x	5,3	6	2	–	3	6	–	130	7	11	18	46
Bielorussia	7.340	17.610	–	5,0	94	0	9	4	5	1	120	0	6	24	36
Bolivia (Stato Plurinazionale)	2.870	6.290	-1,0	2,0	7	8	–	4	6	1	672	2	4	12	52
Bosnia/Erzegovina	4.760	10.010	–	7,4 x	5 x	0 x	–	7	–	1	632	3	10	20 x	41 x
Botswana	7.240	16.030	8,1	2,7	9	18	26 y	4	9	3	100	1	2	9	65
Brasile	11.530	15.590	2,2	1,8	39	5	–	5	6	1	912	0	28	11	57
Brunei Darussalam	37.320 x	72.190 x	-2,2 x	-0,4	5	–	–	2	3	2	–	–	–	–	–
Bulgaria	7.620	16.260	3,4 x	3,5	30	2	28	4	4	1	–	–	13	18	43
Burkina Faso	700	1.600	1,4	2,9	3	55	–	4	4	1	1.120	9	–	17	47
Burundi	270	770	1,2	-1,5	14	78 x	55 y	4	5	2	502	16	8	21 x	43 x
Cambogia	1.020	3.080	–	5,9 x	4 x	6	–	1	3	2	799	5	1	22	40
Camerun	1.350	2.950	3,4	0,6	4	29 x	–	2	3	1	852	3	3	15 x	49 x
Canada	51.630	43.360	2,0	1,6	2	–	–	8	5	1	–	–	–	20	41
Capo Verde	3.450	6.200	3,5 x	6,3	1	18 x	–	3	5	1	230	13	4	14 x	53 x
Ciad	980	2.070	-0,9	3,3	6	38	–	2	2	5	388	3	–	15	49
Cile	14.910	21.580	1,5	3,3	6	1	23	3	5	2	241	0	–	13	57
Cina	7.400	13.170	6,6	9,2	5	11	–	3	–	2	-960	0	1	14	47
Cipro	26.370	29.800	5,9 x	1,5	3	–	–	4	7	2	–	–	–	20	43
Colombia	7.970	12.910	1,9	2,1	12	6	–	5	5	3	1.221	0	13	11	58
Comore	790	1.430	-0,2 x	-0,2	3	14 x	–	2	–	–	74	12	–	11 x	61 x
Congo	2.720	5.200	3,3	0,6	8	29	54 x	1	6	2	106	1	–	16	46
Congo, Rep. Dem.	380	650	-2,1	-1,9	165	77	–	2	2	1	2.398	8	3	16	48
Corea, Rep.	27.090	34.620	7,5	4,3	3	–	–	4	5	3	–	–	–	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	153	–	–	–	–
Costa d'Avorio	1.450	3.130	-1,7	-0,5	5	29 x	–	2	–	2	922	3	9	15 x	49 x
Costa Rica	10.120	14.420	0,8	2,9	11	2	–	7	7	–	54	0	20	12	54
Croazia	12.980	20.500	–	2,6 x	4 x	1	21	6	4	2	–	–	–	20	39
Cuba	5.880 x	18.630 x	3,9	3,3 x	4 x	–	–	10	13	3	262	–	–	–	–
Danimarca	61.310	46.210	2,0	1,2	2	–	–	9	9	1	–	–	–	23	38
Dominica	6.930	10.480	5,2 x	2,0	3	–	–	4	–	–	16	3	8	–	–
Ecuador	6.090	11.190	1,7	1,5	5	4	–	3	4	3	160	0	10	13	53
Egitto	3.050	10.260	4,1	2,6	8	–	29	2	–	2	3.532	1	5	22 x	40 x
El Salvador	3.920	8.000	-1,9	2,2	4	3	44	4	3	1	98	0	10	15	50
Emirati Arabi Uniti	44.600	67.720	-4,3 x	-2,9	5	–	–	2	–	6	–	–	–	–	–
Eritrea	480 x	1.400 x,e	–	-0,2 x	13 x	–	–	1	–	–	83	–	–	–	–
Estonia	19.030	26.330	–	4,7 x	6 x	1	–	5	5	2	–	–	–	20	41
Etiopia	550	1.500	–	3,8	8	34	–	3	5	1	3.585	6	–	21	42
Federazione Russa	13.220	24.710	–	2,5	43	0	–	3	–	4	–	–	–	16	48
Figi	4.870	8.410	0,6	1,1	4	4 x	–	3	4	2	92	2	2	16 x	50 x
Filippine	3.500	8.450	0,6	2,3	6	13	–	2	3	1	676	0	6	15	50
Finlandia	48.420	39.940	2,9	2,1	2	–	–	7	7	1	–	–	–	23	37
Francia	42.960	39.610	2,2	1,2	2	–	–	9	6	2	–	–	–	20	41
Gabon	9.720	17.200	0,6	-0,7	6	8 x	–	2	–	1	111	1	–	16 x	49 x

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e aree	PNL pro capite (USD)		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 (%)	Povertà monetaria infantile a livello nazionale (%)	Spesa statale in % sul PIL (2009-2013*) stanziato per:			Flusso di AUS in milioni di USD	Flusso di AUS in % sul PNL	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi	Quota di reddito familiare (%, 2009-2013*)	
	USD	PPP USD													
	2014	2014	1970–1990	1990–2014	1990–2014	2009–2013*	2010–2014*	salute	istruzione	difesa	2014	2014	2013	40% più povero	20% più ricco
Gambia	500 x	1.600 x	0,7	0,3 x	6 x	45 x	–	4	4	1	100	–	–	14 x	53 x
Georgia	3.720	7.510	3,1	3,3	52	12	27 y	2	2	3	563	3	13	16	46
Germania	47.640	46.850	2,3	1,3	1	–	–	9	5	1	–	–	–	22	39
Ghana	1.590	3.900	-2,0	2,9	25	25 x	–	4	8	1	1.126	3	5	15 x	49 x
Giamaica	5.150	8.640	-1,3	0,4	14	2 x	–	3	6	1	92	1	14	15 x	52 x
Giappone	42.000	37.920	3,4	0,7	-1	–	–	8	4	1	–	–	–	20 x	40 x
Gibuti	b	–	–	0,4	3	18	–	5	4	–	163	–	8	14	50
Giordania	5.160	11.910	2,5 x	2,6	4	0	19	5	–	4	2.699	8	4	20	42
Grecia	22.680 x	25.660 x	1,3	1,4	4	–	–	7	–	3	–	–	–	17	42
Grenada	7.910	11.720	4,2 x	2,4	4	–	–	3	–	–	39	5	14	–	–
Guatemala	3.430	7.250	0,1	1,3	6	12	68	2	3	0	277	0	16	12	57
Guinea	470	1.130	–	0,6	11	35	–	2	4	3	561	9	4	20	42
Guinea Equatoriale	10.210	17.660	-2,4 x	19,0	7	–	–	4	–	4	1	0	–	–	–
Guinea-Bissau	550	1.380	0,8	-0,9	14	67	–	2	–	2	109	11	–	13	57
Guyana	3.940 x	6.940 x,e	-1,5	2,9 x	10 x	–	–	4	3	1	159	5	2	–	–
Haiti	820	1.730	–	-0,6 x	12 x	54	–	1	–	–	1.084	12	0	8	64
Honduras	2.270	4.570	0,8	1,7	11	19	–	4	6	1	604	3	10	10	58
India	1.570	5.630	2,0	5,0	6	21	–	1	4	3	2.984	0	7	20	44
Indonesia	3.630	10.190	4,5	2,9	14	16	17 x	1	4	1	-388	0	19	19	44
Iran (Repubblica Islamica)	7.120 x	16.590 x	-4,3	2,4	21	0	–	3	4	2	81	–	–	18	45
Iraq	6.500	15.030	4,2	3,7	30	–	–	3	–	3	1.370	1	–	22	39
Irlanda	46.550	42.270	2,8	3,8	3	–	–	6	6	1	–	–	–	20	41
Islanda	46.350 x	41.090 x	3,2	2,1	5	–	–	7	7	0	–	–	–	23	36
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	4.390	4.700 e	–	0,7	2	–	–	14	–	–	56	24	–	–	–
Isole Salomone	1.830	2.020 e	–	-0,4	7	46 x	–	7	10	–	199	18	7	14 x	52 x
Israele	35.320	32.830	1,9	2,4	4	–	–	4	6	6	–	–	–	14	47
Italia	34.270	34.700	2,8	0,6	3	–	–	7	4	2	–	–	–	19	42
Kazakistan	11.850	21.710	–	4,3	45	0	–	3	3	1	88	0	34	24	36
Kenya	1.290	2.940	1,2	0,8	10	34 x	–	2	6	2	2.665	4	5	13 x	54 x
Kirghizistan	1.250	3.220	–	1,1	30	3	46 y	4	7	3	624	9	7	24	37
Kiribati	2.950	3.340 e	-5,0	1,0	3	14 x	–	8	–	–	79	26	–	18 x	44 x
Kuwait	49.300	79.850	-6,7 x	0,0 x	6 x	–	–	2	–	3	–	–	–	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	1.660	5.060	–	4,9	18	30	–	1	3	0	472	4	11	18	46
Lesotho	1.330	3.150	3,0	2,7	8	60	–	9	–	2	104	4	3	10	58
Lettonia	15.280	22.690	–	5,7 x	6 x	1	–	4	5	1	–	–	–	19	42
Libano	10.030	17.590 e	–	2,1	6	–	–	4	3	4	820	2	12	–	–
Liberia	370	700	-4,1	2,4	4	69 x	–	3	3	1	744	44	0	18 x	44 x
Libia	7.820	16.000 e	–	-1,4 x	11 x	–	–	3	–	4	210	0	–	–	–
Liechtenstein	d	–	2,2	2,9 x	1 x	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Lituania	15.430	25.490	–	5,8 x	3 x	1	–	5	5	3	–	–	–	19	42
Lussemburgo	75.990	65.040	2,6	2,2	3	–	–	6	–	0	–	–	–	19	42
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	5.150	12.800	–	1,8	18	1 x	32	4	–	1	211	2	17	15 x	50 x
Madagascar	440	1.400	-2,4	-0,3	12	82	–	3	2	1	583	6	2	17	48
Malawi	250	790	0,0	1,4	24	71	–	4	8	2	930	23	–	15	52
Maldive	6.410	10.920	–	4,1 x	6 x	6	–	6	6	–	25	1	2	18	44
Malesia	11.120	24.770	4,0	3,2	4	0	–	2	6	2	12	0	4	13	51
Mali	650	1.510	1,4	1,5	5	49	–	2	4	1	1.234	11	2	20	41
Malta	21.000 x	27.020 x	6,0	2,2 x	3 x	–	–	6	7	1	–	–	–	–	–
Marocco	3.070	7.290	2,6	2,8	2	3 x	11 x	2	6	4	2.247	2	13	17 x	48 x
Mauritania	1.270	3.710	-1,1	1,2	9	11 x	–	2	4	3	257	5	5	17 x	44 x
Mauritius	9.630	18.150	3,1 x	3,6	6	1	–	2	4	0	49	0	41	19	44
Messico	9.870	16.640	1,7	1,1	10	3	54	3	5	1	807	0	8	14	54
Micronesia (Stati Federati)	3.200	3.590 e	–	0,6	2	50 x	–	11	–	–	116	34	–	7 x	64 x
Moldavia, Rep.	2.560	5.500	1,8 x	0,8	32	0	13 y	5	8	0	517	6	12	23	38
Monaco	d	–	1,5	1,7 x	2 x	–	–	4	1	–	–	–	–	–	–
Mongolia	4.280	11.120	–	4,1	23	0	–	4	5	1	315	3	24	20	42
Montenegro	7.320	14.530	–	2,8 x	6 x	2	13 y	4	–	1	102	2	16	20	41
Mozambico	600	1.120	-1,1 x	5,1	13	69 x	–	3	7	1	2.103	13	2	15 x	51 x
Myanmar	1.270	–	1,4	11,8 x	15 x	–	–	0	–	4	1.380	2	1	–	–
Namibia	5.630	9.810	-2,1 x	2,2	8	23	34 y	5	8	4	227	2	–	9	66

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e aree	PNL pro capite (USD)		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 (%)	Povertà monetaria infantile a livello nazionale (%)	Spesa statale in % sul PIL (2009-2013*) stanziato per:			Flusso di AUS in milioni di USD	Flusso di AUS in % sul PNL	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi	Quota di reddito familiare (%, 2009-2013*)	
	USD	PPP USD													
	2014	2014	1970–1990	1990–2014	1990–2014	2009–2013*	2010–2014*	salute	istruzione	difesa	2014	2014	2013	40% più povero	20% più ricco
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	730	2.410	1,2	2,6	8	15	–	3	4	2	880	4	3	20	41
Nicaragua	1.870	4.790	-3,7	2,1	16	11	–	4	4	1	430	4	11	14	51
Niger	410	910	-1,9	0,0	4	50	63 x	2	5	1	918	12	–	22	41
Nigeria	2.970	5.710	-2,3	3,4	19	54	–	1	–	0	2.476	0	–	15	49
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	103.630	66.330	3,3	1,6	4	–	–	8	7	1	–	–	–	24	35
Nuova Zelanda	41.070	34.970	1,5 x	1,7	2	–	–	8	7	1	–	–	–	–	–
Oman	16.870 x	33.690 x	3,2	0,6	6	–	–	2	4	9	–	–	–	–	–
Paesi Bassi	51.890	48.260	1,5	1,7	2	–	–	10	6	1	–	–	–	23	37
Pakistan	1.400	5.090	2,7	1,7	11	8	–	1	2	3	3.612	1	9	23	40
Palau	11.110	14.280 e	–	-0,4 x	4 x	–	–	8	–	–	23	10	–	–	–
Panama	11.130	19.930	0,2	3,8	3	3	–	5	3	–	-196	0	6	11	56
Papua Nuova Guinea	2.240	2.790 e	-1,0	0,9	7	39	–	4	–	1	577	3	–	14	49
Paraguay	4.400	8.470	3,8	0,9	10	2	–	4	5	1	60	0	12	13	53
Peru	6.360	11.440	-0,5	3,4	8	4	–	3	3	1	325	0	13	14	50
Polonia	13.690	23.930	–	4,2	8	0	–	5	5	2	–	–	–	20	41
Portogallo	21.360	28.010	2,5	1,2	3	–	–	7	5	2	–	–	–	19	43
Qatar	92.200	134.420	–	1,5 x	8 x	–	–	2	–	1	–	–	–	–	–
Regno Unito	43.430	39.040	2,2	1,8	2	–	–	8	6	2	–	–	–	20	40
Repubblica Ceca	18.370	28.020	–	2,5	5	0	–	6	4	1	–	–	–	24	36
Repubblica Centrafricana	320	600	-1,3	-0,6	3	66 x	–	2	1	3	610	35	–	10 x	61 x
Repubblica Dominicana	6.040	12.600	2,1	3,7	10	2	–	3	4	1	167	0	12	14	53
Romania	9.520	19.020	–	3,4	36	0	32	4	3	1	–	–	27	23	36
Ruanda	700	1.630	1,1	3,3	9	60	47 y	7	5	1	1.034	13	3	13	58
Saint Kitts/Nevis	14.920	22.600	6,5 x	1,8	3	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	6.610	10.730	3,3	2,9	2	–	–	4	5	–	9	1	14	–	–
Samoa	4.060	5.610 e	–	2,5	5	1 x	–	7	–	–	93	12	4	16 x	50 x
San Marino	d	–	1,8	3,4 x	3 x	–	–	5	2	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	7.260	10.540	5,1 x	1,2	3	–	–	5	5	–	18	1	5	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	1.670	3.140	–	3,0 x	14 x	34	–	3	9	–	39	12	7	21	40
Senegal	1.050	2.300	-0,6	1,1	3	38	49	2	6	2	1.107	7	–	17	47
Serbia	5.820	12.150	–	3,7 x	20 x	0	30	6	4	2	371	1	33	22	38
Seychelles	14.100	24.780	2,9	2,1	7	0 x	–	3	4	1	10	1	–	16 x	49 x
Sierra Leone	700	1.770	-0,6	1,4	18	52	–	2	3	1	911	21	1	20	42
Singapore	55.150	80.270	5,9	3,5	1	–	–	2	3	3	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	b	–	2,1	1,8 x	7 x	–	–	2	5	–	4.198	–	–	19 x	44 x
Slovacchia	17.750	26.820	–	4,2 x	4 x	0	–	6	4	1	–	–	–	23	35
Slovenia	23.580	29.920	–	2,5 x	4 x	0	–	7	6	1	–	–	–	24	35
Somalia	a	–	-0,8	–	–	–	–	–	–	0	1.109	21	–	–	–
Spagna	29.440	33.080	1,9	1,5	3	–	–	7	4	1	–	–	–	18	42
Sri Lanka	3.460	10.370	3,0	4,4	10	2	–	1	2	2	488	1	7	18	47
Stati Uniti	55.200	55.860	2,2	1,6	2	–	–	8	5	5	–	–	–	15	46
Stato di Palestina	3.060	5.000	–	1,8 x	3 x	0	–	–	–	–	2.487	18	–	20	43
Sud Sudan	970	1.800 e	–	–	–	–	–	1	–	7	1.964	17	–	–	–
Sudafrica	6.800	12.700	0,1	1,2	8	17	56	4	6	1	1.070	0	7	7	69
Sudan	1.710	3.920	-0,1	3,5	24	15	–	2	2	–	872	1	4	19	42
Suriname	9.950	17.040	-2,3 x	2,2	37	–	–	3	–	–	13	0	–	–	–
Svezia	61.610	46.750	1,8	2,0	2	–	–	8	6	1	–	–	–	23	36
Svizzera	88.120 x	57.960 x	1,7 x	1,0	1	–	–	8	5	1	–	–	–	21	40
Swaziland	3.550	7.880	3,1	1,0	9	42	–	5	8	2	86	2	1	12	57
Tagikistan	1.080	2.660	–	0,9	59	5	–	2	4	1	356	4	8	21	39
Tanzania, Repubblica Unita	920	2.510	–	2,5	14	47	–	3	5	1	2.648	6	2	19	46
Thailandia	5.780	14.870	4,8	3,1	3	0	–	4	5	1	351	0	4	17	46
Timor Est	2.680	5.080 e	–	3,4 x	5 x	47 x	–	1	9	2	247	8	–	22 x	41 x
Togo	570	1.290	-0,5	0,1	4	54	–	4	4	2	208	5	–	14	52
Tonga	4.260	5.270 e	–	1,3	6	1	–	4	–	–	80	18	–	18	45
Trinidad e Tobago	20.070	31.970	-0,5	5,1	5	–	–	3	–	1	–	–	–	–	–
Tunisia	4.230	11.020	2,5	3,0	4	2	–	4	6	2	921	2	10	18	43
Turchia	10.830	18.980	1,9	2,5	37	0	33	4	–	2	3.442	0	26	16	47
Turkmenistan	8.020	14.520 e	–	3,5	74	–	–	1	3	–	34	0	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e aree	PNL pro capite (USD)		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 (%)	Povertà monetaria infantile a livello nazionale (%)	Spesa statale in % sul PIL (2009-2013*) stanziato per:			Flusso di AUS in milioni di USD	Flusso di AUS in % sul PNL	Servizio del debito in % sulle esportazioni di beni e servizi	Quota di reddito familiare (%, 2009-2013*)	
	USD	PPP USD													
	2014	2014	1970–1990	1990–2014	1990–2014	2009–2013*	2010–2014*	salute	istruzione	difesa	2014	2014	2013	40% più povero	20% più ricco
Tuvalu	5.720	5.410 e	–	1,6	4	–	–	20	–	–	34	63	–	–	–
Ucraina	3.560	8.560	–	1,0	54	0	–	4	7	2	1.404	1	34	25	35
Uganda	670	1.720	–	3,6	8	33	22	4	2	1	1.633	6	1	16	49
Ungheria	13.340	23.630	–	2,5 x	9 x	0	–	5	5	1	–	–	–	21	39
Uruguay	16.350	20.220	0,9	2,5	14	0	–	5	4	2	89	0	–	15	48
Uzbekistan	2.090	5.830 e	–	3,2	64	67 x	–	3	–	–	324	0	–	19 x	43 x
Vanuatu	3.160	3.030 e	1,1 x	0,6	3	15	–	3	5	–	98	12	1	18	44
Venezuela (Repubblica bolivariana)	12.500 x	17.700 x	-1,2	0,6	31 x	9 x	–	2	7	1	41	–	–	12 x	51 x
Vietnam	1.890	5.350	–	5,5	11	3	–	3	6	2	4.218	2	3	17	46
Yemen	1.300 x	3.650 x	–	0,7 x	15 x	–	–	1	–	5	1.164	–	2	20 x	44 x
Zambia	1.680	3.690	-2,4	2,4	24	64	65 y	3	–	1	995	4	3	11	61
Zimbabwe	840	1.650	-0,4	-2,8	3	–	78	–	2	1	758	6	–	–	–
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE															
Africa subsahariana	1.661	3.416	-0,1	2,4	17	47	–	3	5	2	40.706	2	6	16	49
Africa orientale e meridionale	1.610	3.383	0,3	1,7	10	41	–	3	5	2	22.543	3	7	16	51
Africa occidentale e centrale	1.703	3.405	-0,7	2,8	22	56	–	–	–	–	17.129	2	–	16	48
Medio Oriente e Nord Africa	6.561	14.047	0,8	1,4	11	–	–	–	–	–	20.921	1	6	–	–
Asia meridionale	1.500	5.297	2,0	4,6	7	22	–	1	4	2	15.360	1	7	20	43
Asia orientale e Pacifico	6.845	12.983	6,0	7,7	5	11	–	3 **	4 **	2 **	8.723	0	3	15	47
America latina e Caraibi	9.634	14.247	1,4	1,8	22	5	–	4	6	1	7.739	0	15	12	55
ECO/CIS	9.216	17.627	–	2,8	43	0	–	–	–	–	9.549	1	24	19	44
Paesi meno sviluppati	845	2.133	0,0	3,1	19	45	–	2	3	2	43.726	5	4	18	45
Mondo	**10.647**	**14.633**	**2,5**	**2,9**	**7**	**18**	**–**	**7 ****	**5 ****	**2 ****	**101.963**	**0**	**8**	**17**	**46**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 di povertà internazionale di 1,90 dollari USA al giorno – Percentuale di popolazione che vive con meno di 1,90 dollari al giorno ai prezzi internazionali del 2011. Come risultato di revisioni nel tasso di cambio della parità del potere d'acquisto PPP, i tassi di povertà per i singoli paesi non possono essere confrontati coni tassi di povertà riportati nelle precedenti edizioni.

Povertà infantile monetaria nazionale – Percentuale di bambini 0-17 anni che vive in famiglie con reddito o consumi inferiori alla definizione governativa di soglia di soglia di povertà monetaria nazionale.

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 sotto la soglia di povertà internazionale di USD $ 1.90 al giorno – Banca Mondiale.

Povertà infantile monetaria nazionale – I dati sono desunti da fonti ufficiali dei governi nazionali come ad esempio l'Ufficio di statistica e indagine nazionale sulla povertà delle famiglie, banche dati ufficiali regionali, come quelli raccolti da Eurostat. Le stime nazionali si basano su indagini rappresentative sul reddito e la spesa nelle famiglie.

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 basso reddito (PIL pro capite pari o inferiore a 1.045 dollari USA).

b paesi a basso reddito (PIL pro capite compreso tra 1.046 e 4.125 dollari USA).

c paesi a altro reddito (PIL pro capite compreso tra 4. 126 e 12.735 dollari USA).

d paesi ad altro reddito (PIL pro capite pari o superiore a 12.736 dollari USA).e Le stime si basano sulla regressione; altre cifre PPP sono estrapolate da stime comparative benchmark del 2011.

– 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 nazionale. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

e Le stime si basano sulla regressione; altre cifre PPP sono estrapolate da stime comparativebenchmark 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	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi	Rapporto di iscrizione: femmine in % sui maschi		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi	Diffusione contraccettivi (%)	Assistenza prenatale(%)		Assistenza al parto (%)			Controllo sanitario postnatale (%)[+]		Rapporto mortalità materna[†]		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita (%)	Parti in centri sanitari	Cesareo	Per i neonati	Per le madri	Registrato	Arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su:)
	2015	2009–2014*	2010–2014*		2010–2014*	2010–2015*	2010–2015*		2010–2015*			2010–2015*		2010–2015*	2015	
Afghanistan	104	39	70	56	–	21	63	23	45	43	4	–	23	330	396	52
Albania	107	98	98	93	101	69 x	97 x	67 x	99 x	97 x	19 x	–	–	6	29	1.900
Algeria	106	79 x	94	104	102	57	93	67	97	97	16	–	–	–	140	240
Andorra	–	–	–	–	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	106	72	64	65	73 x	–	80 x	–	47 x	46 x	–	–	–	–	477	32
Antigua e Barbuda	107	101	92	101	–	–	100 x	100	100	–	–	–	–	0 x	–	–
Arabia Saudita	104	95	99	76	–	24 x	97 x	–	98	–	–	–	–	–	12	3.100
Argentina	110	100	99	108	102	77	98	90	97	99	28 x	–	–	37	52	790
Armenia	111	100	116 x	117 x	100	55	99	93	100	99	13	50	92	22	25	2.300
Australia	105	–	99	95	–	72 x	98 x	92 x	–	99	31 x	–	–	–	6	8.700
Austria	106	–	99	95	101	70 x	–	–	–	99	24 x	–	–	–	4	18.200
Azerbaigian	109	100	99	99	105	55	92	66	97	93	20	–	83	15	25	1.600
Bahamas	108	–	102	105	96 x	45 x	98 x	85	98	–	–	–	–	37	80	660
Bahrain	102	95	–	–	97	–	100 x	100	100	–	–	–	–	17 x	15	3.000
Bangladesh	104	89	106	108	114 x	62	64	31	42	37	23	32	34	190	176	240
Barbados	107	–	101	103	–	59	93	88	98	100	21	98	97	52	27	2.100
Belgio	106	–	100	114	103	70	–	–	–	–	18 x	–	–	–	7	8.000
Belize	108	–	95	104	98	55	96	83	96	94	28	97	95	45	28	1.300
Benin	105	45 x	91	68	96	18	83	59	77	87	5	80	78	350	405	51
Bhutan	101	59 x	101	107	101	66	98	85	75	74	12	30	41	86	148	310
Bielorussia	118	100	100	98	100	63	100	100	100	100	25	100	100	0	4	13.800
Bolivia (Stato Plurinazionale)	107	91	97	99	101	61 x	90	75	85	71	27	–	–	310 x	206	160
Bosnia/Erzegovina	107	98	–	–	100	46	87	84	100	100	14	–	–	0	11	6.800
Botswana	107	101	97	106	103	53 x	94 x	73 x	95 x	100	–	–	–	160	129	270
Brasile	111	101	–	–	–	81 x	98 x	89	98	99	56	–	–	58	44	1.200
Brunei Darussalam	105	97	100	100	97	–	99 x	93	100	100 x	–	–	–	–	23	2.300
Bulgaria	110	99	99	97	101	69 x	–	–	100	94	36	–	–	12	11	6.200
Burkina Faso	105	59 x	96	87	115	16	94	34	66	66	2	26	72	340	371	48
Burundi	107	95 x	101	85	127	22	99	33	60	60	4	8	30	500	712	23
Cambogia	106	80	95	85 x	134	56	95	76	89	83	6	79	90	170	161	210
Camerun	104	83	89	85	102	34	83	59	65	61	2	69	65	780	596	35
Canada	105	–	101	100	–	74 x	100 x	99 x	100	98	26 x	–	–	11	7	8.800
Capo Verde	105	89	95	114	104	61 x	98 x	72 x	92	76 x	11 x	–	–	10	42	900
Ciad	104	61	77	46	85	6	53	31	24	22	2	–	15	860	856	18
Cile	107	100	97	102	101	58 x	–	–	100	100	50	–	–	17	22	2.600
Cina	104	95	100	102	–	85 x	96	–	100	100	36	–	–	22	27	2.400
Cipro	106	99	101	100	102	–	99 x	–	–	100	–	–	–	–	7	9.400
Colombia	110	100	100 x	110 x	106	79	97	89	99	99	46	7	1	71	64	800
Comore	105	89	94	104	–	19	92	49	82	76	10	14	49	170	335	66
Congo	105	84	107	87	–	30	93	79	94	92	5	86	80	440	442	45
Congo, Rep. Dem.	105	72	91	62	99	20	88	48	80	80	5	8	44	850	693	24
Corea, Rep.	108	–	99	99	100	80 x	–	97	–	100	32 x	–	–	–	11	7.200
Corea, Rep. Dem. Pop.	110	100 x	100 x	100 x	–	71	100 x	94 x	100 x	95 x	13 x	–	–	77 x	82	660
Costa d'Avorio	103	59	87	71	89	18	91	44	59	57	3	34	70	610	645	32
Costa Rica	106	100	99	105	102	76	98	90	97	99	22	–	–	23	25	2.100
Croazia	109	99	100	104	101	–	–	93	100	–	20	–	–	3	8	7.900
Cuba	105	100	96	103	101	74	99	98	99	99	40	98	99	35	39	1.800
Danimarca	105	–	99	102	101	–	–	–	–	98	21 x	–	–	–	6	9.500
Dominica	–	–	100	107	–	–	100 x	–	100	–	–	–	–	110	–	–
Ecuador	107	97	100	104	99	80	84 x	58 x	94	92	41	–	–	46	64	580
Egitto	106	79	99	98	101 x	59	90	83	92	87	52	14	82	52	33	810
El Salvador	113	94	95	99	106	72	96	90	98	98	32	97	94	38	54	890
Emirati Arabi Uniti	103	102 x	101	–	103	–	100 x	–	100	100	–	–	–	0 x	6	7.900
Eritrea	107	77	85	80	99	8	89	57	34	34	3	–	–	490	501	43
Estonia	113	100	99	99	100	63 x	–	97	100 x	99	–	–	–	7	9	6.300
Etiopia	106	59 x	92	91	116	42	41	32	16	16	2	0	13	680	353	64
Federazione Russa	117	100	101	99	–	68	–	–	100	–	–	–	–	11	25	2.300
Figi	109	–	101	111	98	44	100 x	94	100	99	–	–	–	59	30	1.200
Filippine	111	101 x	100	110	111 x	55	95	84	73	61	9	53	72	220	114	280
Finlandia	107	–	100	109	100	–	100 x	–	–	100	16 x	–	–	–	3	21.700
Francia	107	–	99	101	–	76 x	100 x	99	–	98	21 x	–	–	–	8	6.100

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 8. DONNE

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi	Rapporto di iscrizione: femmine in % sui maschi		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi	Diffusione contraccettivi (%)	Assistenza prenatale(%)		Assistenza al parto (%)			Controllo sanitario postnatale (%)[+]		Rapporto mortalità materna[†]		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita (%)	Parti in centri sanitari	Cesareo	Per i neonati	Per le madri	Registrato	Arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su:)
	2015	2009–2014*	2010–2014*		2010–2014*	2010–2015*	2010–2015*		2010–2015*			2010–2015*		2010–2015*	2015	
Gabon	102	94	97	–	–	31	95	78	89	90	10	25	60	320	291	85
Gambia	105	72	105	95	107	9	86	78	57	63	2	6	76	430	706	24
Georgia	110	100	101	100	100	53	98	87	100	100	39	–	–	32	36	1.500
Germania	106	–	99	95	100	66 x	100 x	99	–	99	29 x	–	–	–	6	11.700
Ghana	103	83	100	94	97	27	91	87	71	73	13	23	81	450 x	319	74
Giamaica	107	111	–	108	103	72 x	98	86	99	99	21	–	–	80	89	520
Giappone	108	–	100	100	100	54 x	–	–	–	100	–	–	–	–	5	13.400
Gibuti	105	–	87	81	–	19	88	23	87	87	11	–	–	380	229	140
Giordania	105	93	99	105	102	61	99	95	100	99	28	75	82	19 x	58	490
Grecia	107	98	99	96	101	76 x	–	–	–	–	–	–	–	–	3	23.700
Grenada	107	–	96	98	–	54 x	100 x	–	99	–	–	–	–	23	27	1.500
Guatemala	110	85	96	94	99	61	91	86	66	65	26	–	75	140	88	330
Guinea	102	33	88	66	152	6	85	57	45	40	2	25	37	720	679	29
Guinea Equatoriale	105	95	98	–	100	13	91	67	68	67	7	–	–	310	342	61
Guinea-Bissau	107	64	93	–	–	16	92	65	45	44	4	55	48	900	549	38
Guyana	107	106	97	99	105	34	91	87	92	93	17	95	93	86 x	229	170
Haiti	107	84 x	99	–	–	35	90	67	37	36	6	19	32	380	359	90
Honduras	107	100	98	117	103	73	97	89	83	83	19	81	85	73	129	300
India	104	75	112	101	–	55 x	74 x	45	52 x	79	9 x	–	–	170	174	220
Indonesia	106	94	100	97	–	60	95	84	87	70	12	48	80	360	126	320
Iran (Repubblica Islamica)	103	88	104	99	84	77	97	94 x	96	95	46	–	–	25 x	25	2.000
Iraq	107	85	–	–	–	53	78	50	91	77	22	–	–	35	50	420
Irlanda	105	–	101	102	–	65 x	100 x	–	100 x	100	25 x	–	–	–	8	6.100
Islanda	104	–	100	99	102	–	–	–	–	–	17 x	–	–	–	3	14.600
Isole Cook	–	–	97	110	94	31	100 x	–	100 x	100 x	–	–	–	0	–	–
Isole Marshall	–	–	99	103 x	91 x	45 x	81 x	77 x	90	85 x	9 x	–	–	110	–	–
Isole Salomone	104	–	97	94	93	35 x	74 x	65 x	86 x	85 x	6 x	–	–	150 x	114	220
Israele	104	–	100	102	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	6.200
Italia	106	100	99	98	101	–	99 x	68 x	–	100	40 x	–	–	–	4	19.700
Kazakistan	115	100	100	103	100	51	99	87	100	100	15	–	–	13	12	3.000
Kenya	106	86 x	100	93	–	58	96	58	62	61	9	36	53	360	510	42
Kirghizistan	112	99	99	101	102	42	98	95	98	98	7	99	98	36	76	390
Kiribati	110	–	104	110 x	–	22 x	88 x	71 x	80 x	66 x	10 x	–	–	33	90	300
Kuwait	103	99	102	108	101	–	100 x	–	100 x	100	–	–	–	2	4	10.300
Laos, Rep. Dem. Pop.	104	77 x	95	91	104	50	54	37	42	38	4	41	39	360	197	150
Lesotho	100	130	98	137	134	60	95	74	78	77	7 x	–	61	1.200 x	487	61
Lettonia	114	100	99	97	100	–	92 x	–	100 x	98	–	–	–	24	18	3.500
Libano	105	92 x	91	101	106	54 x	96 x	–	98 x	–	–	–	–	–	15	3.700
Liberia	103	44 x	92	78	85 x	20	96	78	61	56	4	35	71	1.100	725	28
Libia	108	88	–	–	–	42 x	93 x	–	100 x	100	–	–	–	–	9	4.200
Liechtenstein	–	–	102	85	96 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	116	100	100	96	100	63 x	100 x	–	100 x	–	–	–	–	7	10	6.300
Lussemburgo	106	–	101	103	105	–	–	97	100 x	100 x	29 x	–	–	–	10	6.500
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	106	98	98	98	–	40	99	94	100	98	25	–	–	4	8	8.500
Madagascar	105	91	100	98	106	40	82	51	44	38	2	–	–	480	353	60
Malawi	103	71	102	91	94	59	96	45	87	89	5	82	75	570	634	29
Maldive	103	100 x	97 x	–	106	35 x	99 x	85 x	96	95 x	32 x	–	–	140 x	68	600
Malesia	106	95	–	–	–	49 x	97	–	99	99	–	–	–	23	40	1.200
Mali	99	47	90	76	94	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	–	–	460 x	587	27
Malta	104	103	95	89	102	–	100 x	–	–	100	–	–	–	–	9	8.300
Marocco	103	76	95	85	99	67	77	55	74	73	16	–	–	110	121	320
Mauritania	105	62 x	106	91	98	11	84	48	65	65	10	–	9	630	602	36
Mauritius	110	94	102	102	101	76 x	–	–	100	98 x	–	–	–	22 x	53	1.300
Messico	106	97	99	107	102	52	97	91	96	96	46	–	–	38	38	1.100
Micronesia (Stati Federati)	103	–	99	–	–	55 x	80 x	–	100 x	87 x	11 x	–	–	160	100	310
Moldavia, Rep.	112	99	100	101	99	60	99	95	99	99	16	–	–	30	23	3.200
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	113	100	98	103	–	55	99	90	99	98	23	99	95	51	44	800
Montenegro	106	98	98	100	102	23	92	87	99	99	20	99	95	0 x	7	8.300
Mozambico	105	54	92	92	96	12	91	51	54	55	4	–	–	410	489	40
Myanmar	106	95	97	103	107 x	46	83	73 x	71	36	–	–	–	280	178	260

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi	Rapporto di iscrizione: femmine in % sui maschi		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi	Diffusione contraccettivi (%)	Assistenza prenatale(%)		Assistenza al parto (%)			Controllo sanitario postnatale (%)[+]		Rapporto mortalità materna[†]		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita (%)	Parti in centri sanitari	Cesareo	Per i neonati	Per le madri	Registrato	Arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su:)
	2015	2009–2014*	2010–2014*		2010–2014*	2010–2015*	2010–2015*		2010–2015*			2010–2015*		2010–2015*	2015	
Namibia	108	105 x	97	–	104	56	97	63	88	87	14	20	69	390	265	100
Nauru	–	–	92	102	–	36 x	95 x	40 x	97 x	99 x	8 x	–	–	0	–	–
Nepal	104	68	108	106	105	50	68	60	56	55	9	58	58	280 x	258	150
Nicaragua	108	100 x	99	113	–	80	95	88	88	71	30	–	–	51	150	270
Niger	103	38	86	70	104	13	83	38	40	59	1	13	37	520	553	23
Nigeria	101	68 x	92	89	107 x	15	61	51	38	36	2	14	40	550	814	22
Niue	–	–	98	–	–	23 x	100 x	–	100	–	–	–	–	0	–	–
Norvegia	105	–	100	97	–	88 x	–	–	–	97	16 x	–	–	–	5	11.500
Nuova Zelanda	104	–	100	106	–	–	–	–	–	97	23 x	–	–	–	11	4.500
Oman	105	91	109	101	99	30	99	94	99	99	19	98	95	12	17	1.900
Paesi Bassi	105	–	99	99	–	69 x	–	–	–	100 x	14 x	–	–	–	7	8.700
Pakistan	103	60	85	79	90	35	73	37	52	48	14	43	60	280 x	178	140
Palau	–	100	96	106	–	22	90	81	100	100	–	–	–	0	–	–
Panama	108	99	97	106	–	63	93	88	91	91	28	93	92	81	94	420
Papua Nuova Guinea	107	93	91	76	–	32 x	79 x	55 x	53 x	43	–	–	–	730 x	215	120
Paraguay	106	98	97	107	104	79 x	96 x	91 x	96	96	33 x	–	–	96	132	270
Peru	107	94	100	100	103	75	97	95	90	90	29	92	93	93	68	570
Polonia	111	100	100	96	101	–	–	–	100 x	100	21 x	–	–	2	3	22.100
Portogallo	107	96	96	98	–	67 x	100 x	–	100 x	99	31 x	–	–	–	10	8.200
Qatar	103	99	95	89	97	38	91	85	100	99	20	–	–	13	13	3.500
Regno Unito	105	–	100	104	–	84 x	–	–	–	–	26 x	–	–	–	9	5.800
Repubblica Ceca	108	–	100	101	100	86 x	–	–	100	100	20 x	–	–	1	4	14.800
Repubblica Centrafricana	108	48	74	51	96	15	68	38	54	53	5	–	–	540 x	882	27
Repubblica Dominicana	109	100	91	111	105	70	98	93	98	98	58	95	95	110	92	400
Romania	110	99	98	98	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	–	–	15	31	2.300
Ruanda	109	87	102	107	125	53	99	44	91	91	15	5	18	210	290	85
Saint Kitts/Nevis	–	–	102	103	–	54 x	100 x	–	100	–	–	–	–	310	–	–
Saint Vincent e Grenadines	106	–	97	97	127	48 x	100 x	100 x	99	–	–	–	–	45	45	1.100
Samoa	109	100	100	112	98	27	93	73	83	82	5	–	63	29 x	51	500
San Marino	–	–	99	103	103	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	107	–	–	99	100	56	97	90	99	100	19	100	90	34	48	1.100
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	106	75 x	96	–	–	41	98	84	93	91	6	91	87	–	156	140
Senegal	106	61	109	91	108	22	96	48	59	77	4	45	67	430	315	61
Serbia	108	97	100	102	101	58	98	94	98	98	29	–	–	14	17	3.900
Seychelles	113	101	101	102	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57 x	–	–
Sierra Leone	102	62	100	85	101	17	97	76	60	54	3	39	73	1.200	1.360	17
Singapore	108	96	–	–	100 x	–	–	–	–	100	–	–	–	–	10	8.200
Siria, Repubblica araba	120	88	97	100	101	54 x	88 x	64 x	96 x	78 x	26 x	–	–	65 x	68	440
Slovacchia	110	–	98	102	100	–	97 x	–	99	–	24 x	–	–	0	6	12.100
Slovenia	108	100	100	100	100	–	100 x	–	100	100	–	–	–	0	9	7.000
Somalia	106	–	–	–	–	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	–	–	–	1.000 x	732	22
Spagna	107	98	101	100	99	66 x	–	–	–	–	26 x	–	–	–	5	14.700
Sri Lanka	109	97	98	105	100	68 x	99 x	93 x	99 x	98 x	24 x	–	–	31	30	1.600
Stati Uniti	106	–	99	101	–	76	–	97	99	–	31 x	–	–	28	14	3.800
Stato di Palestina	106	94	99	110	–	57	99	96	100	99	20	94	91	–	45	490
Sud Sudan	104	55 x	66	–	–	4	62	17	19	12	1	–	–	2.100 x	789	26
Sudafrica	107	97	95	126	–	60 x	97 x	87 x	94 x	95 x	21 x	–	–	580	138	300
Sudan	105	81	89	91	98	12	79	51	23	28	9	28	27	220	311	72
Suriname	109	99	97	131	122	48	91	67	91	92	19	–	–	130	155	270
Svezia	104	–	106	113	100	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	4	12.900
Svizzera	105	–	100	97	–	–	–	–	–	–	30 x	–	–	–	5	12.400
Swaziland	97	98	92	98	107	66	99	76	88	88	12	90	87	590 x	389	76
Tagikistan	111	100	100	90	101	28	79	53	87	77	4	54	80	29	32	790
Tanzania, Repubblica Unita	104	81	101	91	115	34	88	43	49	50	5	2	31	430	398	45
Thailandia	109	100	98	107	–	79	98	93	100	100	32	–	–	12 x	20	3.600
Timor Est	105	83	99	108	109	22	84	55	29	22	2	–	–	570	215	82
Togo	103	65	94	–	95	20	73	57	59	73	7	35	71	400	368	58
Tonga	108	100	100	103	–	34	99	70	98	98	17	–	–	36	124	230
Trinidad e Tobago	110	99	97	–	106 x	43 x	96 x	100	100	97 x	–	–	–	84	63	860
Tunisia	106	81	97	–	98	63	98	85	99	99	27	98	92	–	62	710

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 8. DONNE

Paesi e aree	Speranza di vita: femmine in % sui maschi	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % sui maschi	Rapporto di iscrizione: femmine in % sui maschi		Tasso di completamento ultimo grado primaria: femmine in % sui maschi	Diffusione contraccettivi (%)	Assistenza prenatale(%)		Assistenza al parto (%)			Controllo sanitario postnatale (%)†		Rapporto mortalità materna†		
			Primaria	Secondaria			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita (%)	Parti in centri sanitari	Cesareo	Per i neonati	Per le madri	Registrato	Arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su:)
	2015	2009–2014*	2010–2014*		2010–2014*	2010–2015*	2010–2015*		2010–2015*			2010–2015*		2010–2015*	2015	
Turchia	109	91	99	97	98	73	97	89	97	97	48	72	88	29 x	16	3.000
Turkmenistan	114	100	98	96	–	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	–	–	7	42	940
Tuvalu	–	–	101	125	–	31 x	97 x	67 x	98 x	93 x	7 x	–	–	0 x	–	–
Ucraina	115	100	102	98	101	65	99	87	99	99	12	99	96	14	24	2.600
Uganda	107	78	102	87	97	30	93	48	57	57	5	11	33	440	343	47
Ungheria	110	100	99	100	100	–	–	–	99	–	31 x	–	–	15	17	4.400
Uruguay	110	101	97	114	103 x	78 x	97	77	98	100	30	–	–	10	15	3.300
Uzbekistan	110	100	98	99	101	65 x	99 x	–	100 x	97 x	–	–	–	20	36	1.000
Vanuatu	106	97	98	100	94 x	49	76	52	89	89	12	–	–	86 x	78	360
Venezuela (Repubblica bolivariana)	112	101	98	108	91	–	94 x	61	100	95	–	–	–	72	95	420
Vietnam	113	95	99	–	115	76	96	74	94	94	28	89	90	67	54	870
Yemen	104	62	84	69	93	34	60	25	45	30	5	11	20	150	385	60
Zambia	107	72 x	101	–	94	49	96	56	64	67	4	16	63	400	224	79
Zimbabwe	105	91	99	97	–	67	94	70	80	80	6	85	77	–	443	52
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																
Africa subsahariana	105	76	93	86	102	27	78	49	50	51	4	21	43	–	546	36
Africa orientale e meridionale	106	82	94	93	105	40	80	45	49	49	5	18	36	–	417	51
Africa occidentale e centrale	103	69	91	79	100	18	76	52	54	54	3	22	49	–	679	27
Medio Oriente e Nord Africa	105	83	95	94	101	57	85	63	80	75	29	–	–	–	110	280
Asia meridionale	104	75	100	94	106	47 ‡	69 ‡	42	49 ‡	69	15 ‡	40 ‡	48 ‡	–	182	200
Asia orientale e Pacifico	105	95	99	101	102	63 **	95	82 **	93	88	28	57 **	80 **	–	62	880
America latina e Caraibi	109	99	98	106	104	65	96	87	94	93	44	–	–	–	68	670
ECO/CIS	113	99	100	98	101	65	96	85	98	96	28	–	–	–	25	2,000
Paesi meno sviluppati	105	77	93	88	103	37	77	42	50	49	6	20	37	–	436	52
Mondo	**106**	**91**	**98**	**97**	**103**	**53 ‡****	**85 ‡**	**58 ****	**75 ‡**	**73**	**20 ‡**	**34 ‡****	**54 ‡****	**–**	**216**	**180**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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).

Controllo sanitario neonatale – Percentuale nati vivi che negli ultimi 2 anni hanno ricevuto un controllo sanitario entro 2 giorni dalla nascita. NB: Per MICS di salute si riferisce a un controllo sanitario, sia in struttura medica o a casa.

Controllo sanitario di salute post-natale per le madri – Percentuale di donne tra i 15-49 anni che hanno ricevuto una visita di controllo entro 2 giorni dal parto, negli ultimi 2 anni. NB: Per MICS, salute si riferisce ad un controllo sanitario sia in struttura medica che a casa.

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. Le stime sui dati antecedenti al 2000 non sono considerate.

* 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 2015. 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 2015 sono disponibili su <www.childinfo.org>.

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e aree	Lavoro minorile (%)[+] 2009–2015*			Matrimoni infantili (%) 2008–2014*		Registrazione anagrafica (%)[++] 2010–2015*	Mutilazione genitale femminile/escissione (%)[+] 2004–2015*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2010–2015*		Punizioni violente (%)[+] 2010–2015*		
							diffusione		atteggiamento					
	totale	maschi	femmine	prima dei 15 anni	prima dei 18 anni	totale	donne[a]	ragazze[b]	sostegno alla pratica[c]	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
Afghanistan	29 y	34 y	24 y	–	33	37	–	–	–	–	90	74	75	74
Albania	5 y	6 y	4 y	0	10	99 x	–	–	–	36 x	30 x	77 x	81 x	73 x
Algeria	5	6	5	0	3	100	–	–	–	–	59 y	86	88	85
Andorra	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	24 x	22 x	25 x	–	–	36 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	4	5	4	–	–	100 y	–	–	–	–	2	72	74	71
Armenia	4	5	3	0	7	100	–	–	–	20	9	70	72	67
Australia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	7 x,y	8 x,y	5 x,y	2	11	94 x	–	–	–	–	28	77 x	80 x	74 x
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	5 x	6 x	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	4 y	5 y	4 y	18	52	37	–	–	–	–	33 y	82 y	83 y	82 y
Barbados	2	3	1	1	11	99	–	–	–	–	3	75	78	72
Belgio	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	3 y	5 y	1 y	3	26	95	–	–	–	–	9	71	71	70
Benin	15	15	16	11	32	85	9	0	3	17	36	91 y	–	–
Bhutan	3	3	3	6	26	100	–	–	–	–	68	–	–	–
Bielorussia	1	1	2	0	3	100 y	–	–	–	4	4	65 y	67 y	62 y
Bolivia (Stato Plurinazionale)	26 x,y	28 x,y	24 x,y	3	22	76 x,y	–	–	–	–	16 x	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	5 x	7 x	4 x	0	4	100 x	–	–	–	6	5	55	60	50
Botswana	9 x,y	11 x,y	7 x,y	–	–	72 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasile	8 y	10 y	6 y	11 x	36 x	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	39	42	36	10	52	77	76	13	9	34	44	83 x	84 x	82 x
Burundi	26	26	27	3	20	75	–	–	–	44	73	–	–	–
Cambogia	19 y	20 y	19 y	2	19	73	–	–	–	27 y	50 y	–	–	–
Camerun	47 y	–	–	13	38	66	1	1 y	7	39	36	85 y	–	–
Canada	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	6 y	–	–	3 x	18 x	91	–	–	–	16 x,y	17 x,y	–	–	–
Ciad	26	25	28	29	68	12	44	18 y	38	–	62	84	85	84
Cile	7 y	–	–	–	–	99 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Cina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cipro	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	10 y	13 y	7 y	6	23	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Comore	22	20	24	10	32	87	–	–	–	17	39	–	–	–
Congo	23 y	–	–	6	33	96	–	–	–	40	54	83 y	–	–
Congo, Rep. Dem.	38 y	36 y	41 y	10	37	25	–	–	–	61	75	82 y	82 y	81 y
Corea, Rep.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	–	–	–	–	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	26	25	28	10	33	65	38	10	14	42	48	91 x	91 x	91 x
Costa Rica	4	4	5	7	21	100 y	–	–	–	–	4	46	52	39
Croazia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	5	26	100	–	–	–	7 y	4 y	36 y	37 y	35 y
Danimarca	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	3 y	4 y	2 y	4 x	22 x	92	–	–	–	–	–	–	–	–
Egitto	7 y	8 y	6 y	2	17	99	87	14 y	54	–	36 y	93 y	93 y	93 y
El Salvador	19 y	–	–	5	25	99	–	–	–	–	8	52 y	–	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	13	41	–	83	33	12	45	51	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	27	31	24	16	41	7 x	74	24	31	45	68	–	–	–
Federazione Russa	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Figi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	72 x,y	–	–
Filippine	11 y	14 y	8 y	2	15	90	–	–	–	–	13	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	13	15	12	6	22	90	–	–	–	40	50	–	–	–
Gambia	19	21	18	9	30	72	75	56	65	33	58	90	90	91

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e aree	Lavoro minorile (%)[+] 2009–2015*			Matrimoni infantili (%) 2008–2014*		Registrazione anagrafica (%)[++] 2010–2015*	Mutilazione genitale femminile/escissione (%)[+] 2004–2015*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2010–2015*		Punizioni violente (%)[+] 2010–2015*		
							diffusione		atteggiamento					
	totale	maschi	femmine	prima dei 15 anni	prima dei 18 anni	totale	donne[a]	ragazze[b]	sostegno alla pratica[c]	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
Georgia	18 x	20 x	17 x	1	14	100	–	–	–	–	7 x	67 x	70 x	63 x
Germania	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	22 y	23 y	21 y	5	21	71	4	1	2	13	28	94	94	94
Giamaica	3	4	3	1	8	100	–	–	–	–	5	85	87	82
Giappone	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Gibuti	8 x	8 x	8 x	2 x	5 x	92 x	93	49 y	37	–	–	72 x	73 x	71 x
Giordania	2 x,y	3 x,y	0 x,y	0	8	99	–	–	–	–	70 y	90	91	89
Grecia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	26 y	35 y	16 y	7	30	97 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	28	29	27	21	52	58	97	46	76	66	92	–	–	–
Guinea Equatoriale	28 x	28 x	28 x	9	30	54	–	–	–	52	53	–	–	–
Guinea-Bissau	38	40	36	7	22	24	45	30	13	29	42	82 y	–	–
Guyana	18 y	–	–	6	23	89	–	–	–	10	10	70 y	–	–
Haiti	24	25	24	3	18	80	–	–	–	15	17	85	85	84
Honduras	15 y	22 y	8 y	8	34	94	–	–	–	10	12	–	–	–
India	12 x	12 x	12 x	18 x	47 x	72	–	–	–	42 x	47 x	–	–	–
Indonesia	7	8	6	–	14	69 y	–	49 y	–	18 y	35	–	–	–
Iran (Repubblica Islamica)	11 y	13 y	10 y	3	17	99 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	5	5	4	5	24	99	8	3 y	5	–	51	79	81	77
Irlanda	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Islanda	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	–	6 x	26 x	96 x	–	–	–	58 x	56 x	–	–	–
Isole Salomone	–	–	–	3 x	22 x	–	–	–	–	65 x	69 x	72 x,y	–	–
Israele	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	2 x	2 x	2 x	0	6	100	–	–	–	17	12	49	54	45
Kenya	26 x	27 x	25 x	4	23	67	21	3	6	36	42	–	–	–
Kirghizistan	26 y	30 y	22 y	1	12	98	–	–	–	–	33	57 y	60 y	54 y
Kiribati	–	–	–	3	20	94 x	–	–	–	60 x	76 x	81 x,y	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	10 y	9 y	11 y	9	35	75	–	–	–	49	58	76	77	74
Lesotho	23 x	25 x	21 x	2	19	45 x	–	–	–	48 x	37 x	–	–	–
Lettonia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Libano	2	3	1	1	6	100 x	–	–	–	–	10 x,y	82 x	82 x	82 x
Liberia	21 x	21 x	21 x	9	36	25 y	50	–	39	24	43	90 x	90 x	90 x
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Lussemburgo	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	13	12	13	1	7	100	–	–	–	–	15	69	71	67
Madagascar	23 y	23 y	23 y	12	41	83	–	–	–	46 y	45	–	–	–
Malawi	39 y	42 y	37 y	9	46	6 y	–	–	–	8	13	72 y	73 y	72 y
Maldive	–	–	–	0	4	93 x	–	–	–	14 x,y	31 x,y	–	–	–
Malesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	21	22	21	15	55	81	89	74 y	73	–	87	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Marocco	8 x	9 x	8 x	3 x	16 x	94 y	–	–	–	–	64 x	91 x	92 x	90 x
Mauritania	15	14	15	14	34	59	69	54	41	–	38	87	87	87
Mauritius	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Messico	4	–	–	5	23	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Rep.	16	20	12	0	12	100	–	–	–	13	11	76	77	74
Monaco	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	15 y	–	–	0	5	99	–	–	–	9 y	10	47 y	–	–
Montenegro	13 y	15 y	10 y	1	5	99	–	–	–	5	3	69 y	73 y	66 y
Mozambico	22 x	21 x	24 x	14	48	48	–	–	–	20	23	–	–	–
Myanmar	–	–	–	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	–	–	–	2	7	87 y	–	–	–	22	28	–	–	–
Nauru	–	–	–	2 x	27 x	83 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	37 y	37 y	38 y	10	37	58	–	–	–	–	43	82 y	83 y	81 y
Nicaragua	15 x	18 x	11 x	10 x	41 x	85	–	–	–	–	14 x,y	–	–	–

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e aree	Lavoro minorile (%)[+] 2009–2015*			Matrimoni infantili (%) 2008–2014*		Registrazione anagrafica (%)[++] 2010–2015*	Mutilazione genitale femminile/escissione (%)[+] 2004–2015*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2010–2015*		Punizioni violente (%)[+] 2010–2015*		
							diffusione		atteggiamento					
	totale	maschi	femmine	prima dei 15 anni	prima dei 18 anni	totale	donne[a]	ragazze[b]	sostegno alla pratica[c]	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
Niger	31	31	30	28	76	64	2	2 y	6	27	60	82	82	81
Nigeria	25	24	25	17	43	30 y	25	17	23	25	35	91	91	90
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	–	–	–	3	21	34	–	–	–	32 y	42 y	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	6 y	8 y	3 y	7	26	96	–	–	–	–	6	45 y	47 y	43 y
Papua Nuova Guinea	–	–	–	2 x	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	28 y	32 y	24 y	–	18 x	85 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Peru	34 x,y	31 x,y	36 x,y	3	19	97 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Portogallo	3 x,y	4 x,y	3 x,y	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	0	4	–	–	–	–	16	7	50 y	53 y	46 y
Regno Unito	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	29	27	30	29	68	61	24	1	11	75	80	92	92	92
Repubblica Dominicana	13 y	–	–	10	37	88	–	–	–	–	2	63 y	–	–
Romania	1 x	1 x	1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	29	27	30	1	8	63	–	–	–	25	56	–	–	–
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	1	11	59	–	–	–	30	37	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	4	5	3	1	8	92	–	–	–	–	7	68	71	64
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	26 y	–	–	5	34	95	–	–	–	14	19	80 y	–	–
Senegal	15	19	10	9	32	73	25	13	16	27	57	–	–	–
Serbia	10 y	12 y	7 y	0	3	99	–	–	–	–	4	43 y	44 y	42 y
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	37	38	37	13	39	77	90	31 y	69	34	63	82	81	82
Singapore	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	4 x	5 x	3 x	3 x	13 x	96 x	–	–	–	–	–	89 x	90 x	88 x
Slovacchia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovenia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	49 x	45 x	54 x	8 x	45 x	3 x	98	46 y	65	–	76 x,y	–	–	–
Spagna	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	3 y	3 y	2 y	2 x	12 x	97 x	–	–	–	–	53 x,y	–	–	–
Stati Uniti	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	6	7	4	1	15	99	–	–	–	–	–	92 y	93 y	92 y
Sud Sudan	–	–	–	9	52	35	–	–	–	–	79	–	–	–
Sudafrica	–	–	–	1 x	6 x	85 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudan	25 y	–	–	7	33	67	87	32	41	–	34	64 y	–	–
Suriname	4	4	4	5	19	99	–	–	–	–	13	86	87	85
Svezia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Svizzera	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Swaziland	7	8	7	1	7	54	–	–	–	17	20	88 y	–	–
Tagikistan	10 x	9 x	11 x	0	12	88	–	–	–	–	60	78 x	80 x	75 x
Tanzania, Repubblica Unita	29 y	29 y	28 y	7	37	15 y	15	3 y	6	38	54	–	–	–
Thailandia	8 x	8 x	8 x	4	22	99 y	–	–	–	–	13	–	–	–
Timor Est	4 x	4 x	4 x	3	19	55	–	–	–	81	86	–	–	–
Togo	28 y	29 y	27 y	6	22	78	5	0	1	18	29	81 y	81 y	80 y
Tonga	–	–	–	0	6	93	–	–	–	21	29	–	–	–
Trinidad e Tobago	1 x	1 x	1 x	2 x	8 x	97 x	–	–	–	–	8 x	77 x	78 x	77 x
Tunisia	2	3	2	0	2	99	–	–	–	–	30	93	94	92
Turchia	6 y	8 y	4 y	1	15	99 y	–	–	–	–	13	–	–	–
Turkmenistan	–	–	–	1 x	7 x	96 x	–	–	–	–	38 x,y	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	0 x	10 x	50 x	–	–	–	73 x	70 x	–	–	–
Ucraina	2	3	2	0	9	100	–	–	–	9	3	61	68	55
Uganda	16 y	17 y	16 y	10	40	30	1	1	9	44	58	–	–	–
Ungheria	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e aree	Lavoro minorile (%)+ 2009–2015*			Matrimoni infantili (%) 2008–2014*		Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*	Mutilazione genitale femminile/ escissione (%)+ 2004–2015*			Giustificazione delle percosse sulle mogli (%) 2010–2015*		Punizioni violente (%)+ 2010–2015*		
							diffusione		atteggiamento					
	totale	maschi	femmine	prima dei 15 anni	prima dei 18 anni	totale	donne[a]	ragazze[b]	sostegno alla pratica[c]	maschi	femmine	totale	maschi	femmine
Uruguay	8 x,y	8 x,y	8 x,y	1	25	100	–	–	–	–	2	55	58	51
Uzbekistan	–	–	–	0 x	7 x	100 x	–	–	–	61 x	70 x	–	–	–
Vanuatu	15 y	15 y	16 y	3	21	43 y	–	–	–	60	60	84	83	84
Venezuela (Repubblica bolivariana)	8 x	9 x	6 x	–	–	81 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Vietnam	16 y	17 y	16 y	1	11	96	–	–	–	–	28	68 y	72 y	65 y
Yemen	23 x	21 x	24 x	9	32	31	19	16 y	19	–	49	79 y	81 y	77 y
Zambia	41 x,y	42 x,y	40 x,y	6	31	11	–	–	–	32	47	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	34	32	–	–	–	24	37	63 y	63 y	62 y
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE														
Africa subsahariana	28	27	27	12	39	46	39	16	22	35	50	–	–	–
Africa orientale e meridionale	26	28	24	10	36	45	43	13	19	37	52	–	–	–
Africa occidentale e centrale	28	27	28	14	42	45	31	17	23	34	49	87	88	87
Medio Oriente e Nord Africa	10	8	6	3	18	89	–	16	–	–	43	83	88	86
Asia meridionale	–	–	–	–	–	62	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia orientale e Pacifico	10 **	11 **	9 **	–	15 **	80 **	–	–	–	–	28 **	–	–	–
America latina e Caraibi	9	12	7	5	23	94	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CIS	–	–	–	1	11	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Paesi meno sviluppati	24	25	23	13	41	45	–	–	–	40	52	–	–	–
Mondo	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**71 ****	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 disponibi.

v Le stime del 100% sono possibili in presenza di sistemi di registrazione funzionanti (tra cui l'anagrafe). Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, Population and Vital Statistics Report, Series A Vol. LXV, New York, 2013.

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.

++ 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 delle MICS2 e MICS3.

* 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 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 cinque anni				Riduzione dal 1990 (%)[a]	Riduzione dal 2000 (%)[a]	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	2015	1970–1990	1990–2000	2000–2015	1990–2015			1970–1990	1990–2014	1970	1990	2015	1970–1990	1990–2015
Afghanistan	16	308	181	137	91	2,7	2,8	2,7	2,7	50	34	–	5,6 x	7,5	7,5	4,7	0,0	1,9
Albania	112	–	41	26	14	–	4,4	4,2	4,3	66	47	-0,6 x	5,7	4,9	3,0	1,8	2,5	2,0
Algeria	79	242	47	40	26	8,2	1,6	3,0	2,4	46	36	1,8	1,7	7,6	4,7	2,8	2,4	2,1
Andorra	182	–	9	5	3	–	6,1	3,3	4,4	67	39	-1,3	1,2 x	–	–	–	–	–
Angola	1	–	226	217	157	–	0,4	2,2	1,5	31	28	–	-0,4 x	7,4	7,2	6,0	0,1	0,7
Antigua e Barbuda	142	–	26	16	8	–	5,0	4,3	4,6	68	48	7,9 x	1,2	3,7	2,1	2,1	2,9	0,0
Arabia Saudita	110	–	44	23	15	–	6,6	3,0	4,5	67	37	-2,1	1,4	7,3	5,9	2,7	1,0	3,1
Argentina	120	72	28	20	13	4,8	3,1	3,2	3,2	55	38	-0,8	2,3	3,1	3,0	2,3	0,1	1,0
Armenia	112	–	50	30	14	–	5,0	5,1	5,0	72	53	–	6,2	3,2	2,5	1,5	1,2	2,1
Australia	166	21	9	6	4	4,2	3,9	3,3	3,5	59	39	1,6	2,0	2,7	1,9	1,9	1,9	-0,1
Austria	166	29	10	6	4	5,6	5,5	3,0	4,0	63	36	2,5	1,6	2,3	1,5	1,5	2,3	-0,1
Azerbaigian	68	–	95	74	32	–	2,5	5,7	4,4	67	57	–	6,4	4,6	3,0	2,3	2,2	1,1
Bahamas	125	31	24	16	12	1,3	4,0	1,7	2,7	49	23	1,9	0,1	3,5	2,6	1,9	1,5	1,4
Bahrain	153	77	23	13	6	6,0	6,0	4,7	5,2	73	51	-1,0 x	0,1	6,5	3,7	2,0	2,8	2,4
Bangladesh	61	224	144	88	38	2,2	4,9	5,7	5,4	74	57	0,7	3,6	6,9	4,5	2,1	2,2	3,0
Barbados	120	48	18	16	13	4,9	0,9	1,5	1,3	27	20	1,4 x	1,2	3,1	1,7	1,8	2,9	-0,1
Belgio	166	24	10	6	4	4,4	5,4	2,3	3,6	59	29	2,2	1,4	2,2	1,6	1,8	1,7	-0,6
Belize	99	97	40	25	17	4,5	4,6	2,8	3,5	58	34	3,1	1,7	6,3	4,5	2,5	1,7	2,3
Benin	8	266	180	145	100	2,0	2,2	2,5	2,4	45	31	0,4	1,1	6,7	6,7	4,7	0,0	1,5
Bhutan	67	272	134	80	33	3,5	5,2	5,9	5,6	75	59	7,0 x	5,3	6,7	5,6	2,0	0,8	4,2
Bielorussia	159	–	17	14	5	–	1,5	7,6	5,1	72	68	–	5,0	2,3	1,9	1,6	1,1	0,5
Bolivia (Stato Plurinazionale)	61	231	124	80	38	3,1	4,4	4,9	4,7	69	52	-1	2,0	6,3	4,9	2,9	1,2	2,1
Bosnia/Erzegovina	159	–	18	9	5	–	6,9	3,6	4,9	70	41	–	7,4 x	2,9	1,8	1,3	2,5	1,4
Botswana	55	121	54	83	44	4,0	-4,2	4,3	0,9	20	47	8,1	2,7	6,6	4,7	2,8	1,7	2,1
Brasile	104	134	61	32	16	3,9	6,4	4,5	5,2	73	49	2,2	1,8	5,0	2,8	1,8	2,9	1,8
Brunei Darussalam	133	–	12	9	10	–	2,6	-0,5	0,7	16	-9	-2,2 x	-0,4	5,8	3,5	1,9	2,4	2,6
Bulgaria	133	39	22	21	10	2,8	0,5	4,7	3,0	53	50	3,4 x	3,5	2,1	1,8	1,6	0,9	0,5
Burkina Faso	18	319	202	186	89	2,3	0,9	4,9	3,3	56	52	1,4	2,9	6,6	7,0	5,4	-0,3	1,0
Burundi	21	248	172	152	82	1,8	1,2	4,1	3,0	52	46	1,2	-1,5	7,3	7,5	5,9	-0,2	1,0
Cambogia	71	–	117	108	29	–	0,8	8,9	5,6	76	73	–	5,9 x	6,5	5,6	2,6	0,7	3,1
Camerun	19	213	138	150	88	2,2	-0,9	3,6	1,8	36	42	3,4	0,6	6,2	6,4	4,6	-0,2	1,3
Canada	159	22	8	6	5	4,9	2,9	1,6	2,1	41	21	2,0	1,6	2,2	1,7	1,6	1,5	0,2
Capo Verde	80	165	63	36	25	4,8	5,7	2,5	3,8	61	31	3,5 x	6,3	6,9	5,3	2,3	1,3	3,4
Ciad	2	–	215	190	139	–	1,2	2,1	1,7	35	27	-0,9	3,3	6,5	7,3	6,1	-0,6	0,8
Cile	142	80	19	11	8	7,1	5,6	2,0	3,4	58	26	1,5	3,3	4,0	2,5	1,7	2,4	1,4
Cina	130	113	54	37	11	3,7	3,8	8,3	6,5	80	71	6,6	9,2	5,7	2,4	1,6	4,3	1,7
Cipro	182	–	11	7	3	–	5,2	6,0	5,7	76	59	5,9 x	1,5	2,6	2,4	1,4	0,4	2,1
Colombia	104	98	35	25	16	5,1	3,4	3,0	3,2	55	37	1,9	2,1	5,5	3,0	1,9	3,1	1,9
Comore	25	227	125	101	74	3,0	2,1	2,1	2,1	41	27	-0,2 x	-0,2	7,1	6,4	4,4	0,5	1,5
Congo	52	143	94	122	45	2,1	-2,6	6,6	2,9	52	63	3,3	0,6	6,3	5,3	4,8	0,8	0,4
Congo, Rep. Dem.	9	248	187	161	98	1,4	1,5	3,3	2,6	47	39	-2,1	-1,9	6,2	7,1	5,9	-0,6	0,7
Corea, Rep.	182	53	7	6	3	10,0	1,5	3,9	2,9	52	44	7,5	4,3	4,5	1,6	1,3	5,2	0,9
Corea, Rep. Dem. Pop.	80	–	43	60	25	–	-3,2	5,9	2,2	43	59	–	–	4,3	2,3	2,0	3,2	0,6
Costa d'Avorio	13	241	153	146	93	2,3	0,5	3,0	2,0	39	36	-1,7	-0,5	7,9	6,6	4,9	0,9	1,2
Costa Rica	133	76	17	13	10	7,5	2,6	2,0	2,2	43	25	0,8	2,9	4,6	3,2	1,8	1,9	2,3
Croazia	166	–	13	8	4	–	4,4	4,4	4,4	67	48	–	2,6 x	2,0	1,6	1,5	1,1	0,3
Cuba	153	44	13	8	6	5,9	4,6	2,8	3,5	59	35	3,9	3,3 x	4,0	1,8	1,6	4,2	0,3
Danimarca	166	17	9	6	4	3,1	4,6	3,1	3,7	61	38	2,0	1,2	2,1	1,7	1,7	1,2	-0,2
Dominica	89	64	17	15	21	6,6	1,1	-2,2	-0,9	-24	-39	5,2 x	2,0	–	–	–	–	–
Ecuador	84	138	57	34	22	4,4	5,0	3,1	3,9	62	37	1,7	1,5	6,1	3,8	2,5	2,4	1,6
Egitto	82	243	86	47	24	5,2	6,1	4,4	5,1	72	48	4,1	2,6	5,9	4,7	3,3	1,2	1,4
El Salvador	99	155	59	32	17	4,8	6,1	4,4	5,1	72	48	-1,9	2,2	6,2	3,9	1,9	2,3	2,9
Emirati Arabi Uniti	148	98	17	11	7	8,9	4,0	3,3	3,5	59	39	-4,3 x	-2,9	6,6	4,4	1,8	2,0	3,6
Eritrea	49	–	151	89	47	–	5,3	4,3	4,7	69	48	–	-0,2 x	6,7	6,4	4,2	0,2	1,7
Estonia	182	–	20	11	3	–	6,1	8,9	7,8	86	74	–	4,7 x	2,1	1,9	1,6	0,4	0,7
Etiopia	37	241	205	145	59	0,8	3,4	6,0	5,0	71	59	–	3,8	7,0	7,2	4,3	-0,2	2,1
Federazione Russa	133	44	26	23	10	2,7	1,1	5,9	4,0	63	59	–	2,5	2,0	1,9	1,7	0,3	0,4
Figi	84	55	30	25	22	3,1	2,0	0,6	1,1	25	9	0,6	1,1	4,5	3,4	2,5	1,5	1,2
Filippine	73	84	58	40	28	1,8	3,8	2,3	2,9	52	29	0,6	2,3	6,3	4,3	2,9	1,9	1,5
Finlandia	193	16	7	4	2	4,4	4,4	4,2	4,3	66	47	2,9	2,1	1,9	1,7	1,8	0,3	0,0
Francia	166	18	9	5	4	3,5	5,1	1,5	3,0	52	20	2,2	1,2	2,5	1,8	2,0	1,8	-0,5
Gabon	42	–	93	85	51	–	0,9	3,5	2,4	45	40	0,6	-0,7	5,1	5,4	3,8	-0,3	1,4
Gambia	29	303	170	119	69	2,9	3,6	3,6	3,6	60	42	0,7	0,3 x	6,1	6,1	5,7	0,0	0,3
Georgia	125	–	48	36	12	–	2,9	7,3	5,6	75	67	3,1	3,3	2,6	2,2	1,8	0,9	0,7

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%)[e] del tasso di mortalità sotto i cinque anni				Riduzione dal 1990 (%)[e]	Riduzione dal 2000 (%)[e]	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	2015	1970–1990	1990–2000	2000–2015	1990–2015			1970–1990	1990–2014	1970	1990	2015	1970–1990	1990–2015
Germania	166	26	9	5	4	5,5	4,5	2,5	3,3	56	31	2,3	1,3	2,0	1,4	1,4	2,0	-0,2
Ghana	35	202	127	101	62	2,3	2,4	3,3	2,9	52	39	-2,0	2,9	7,0	5,6	4,1	1,1	1,2
Giamaica	104	58	31	22	16	3,2	3,3	2,2	2,7	49	29	-1,3	0,4	5,5	2,9	2,0	3,1	1,5
Giappone	182	18	6	5	3	5,1	3,4	3,4	3,4	57	40	3,4	0,7	2,1	1,6	1,4	1,5	0,4
Gibuti	32	–	119	101	65	–	1,7	2,9	2,4	45	35	–	0,4	6,8	6,1	3,1	0,6	2,7
Giordania	96	90	37	28	18	4,5	2,8	2,9	2,9	51	35	2,5 x	2,6	7,9	5,5	3,4	1,8	2,0
Grecia	159	38	13	8	5	5,5	4,8	3,5	4,0	63	41	1,3	1,4	2,4	1,4	1,3	2,5	0,3
Grenada	125	–	23	16	12	–	3,8	2,0	2,7	49	26	4,2 x	2,4	4,6	3,8	2,1	0,9	2,4
Guatemala	71	174	81	51	29	3,8	4,7	3,7	4,1	64	42	0,1	1,3	6,2	5,3	3,2	0,8	2,1
Guinea	11	327	238	170	94	1,6	3,4	4,0	3,7	61	45	–	0,6	6,2	6,6	4,9	-0,3	1,2
Guinea Equatoriale	11	–	190	152	94	–	2,2	3,2	2,8	50	38	-2,4 x	19,0	5,7	5,9	4,7	-0,2	0,9
Guinea-Bissau	13	–	229	178	93	–	2,6	4,3	3,6	60	48	0,8	-0,9	6,0	6,6	4,8	-0,5	1,3
Guyana	59	74	60	47	39	1,0	2,6	1,1	1,7	35	16	-1,5	2,9 x	5,2	3,6	2,5	1,8	1,4
Haiti	29	245	146	105	69	2,6	3,3	2,8	3,0	53	34	–	-0,6 x	5,8	5,4	3,0	0,3	2,4
Honduras	94	148	58	37	20	4,7	4,4	4,0	4,2	65	45	0,8	1,7	7,3	5,1	2,3	1,7	3,2
India	48	213	126	91	48	2,6	3,2	4,3	3,9	62	48	2,0	5,0	5,6	4,0	2,4	1,6	2,1
Indonesia	77	166	85	52	27	3,4	4,8	4,4	4,5	68	48	4,5	2,9	5,5	3,1	2,4	2,8	1,0
Iran (Repubblica Islamica)	104	–	58	35	16	–	5,1	5,4	5,2	73	55	-4,3	2,4	6,4	4,8	1,7	1,5	4,2
Iraq	68	115	54	45	32	3,8	1,9	2,2	2,1	41	28	4,2	3,7	7,4	5,9	4,5	1,1	1,1
Irlanda	166	22	9	7	4	4,4	2,6	4,5	3,8	61	49	2,8	3,8	3,8	2,0	2,0	3,2	0,0
Islanda	193	16	6	4	2	4,5	4,7	4,6	4,7	69	50	3,2	2,1	3,0	2,2	1,9	1,7	0,5
Isole Cook	142	52	24	17	8	3,8	3,7	4,9	4,4	67	52	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	63	88	50	41	36	2,8	1,9	0,9	1,3	28	13	–	0,7	–	–	–	–	–
Isole Salomone	73	107	40	33	28	5,0	1,8	1,1	1,4	29	15	–	-0,4	6,9	5,9	3,9	0,8	1,6
Israele	166	–	12	7	4	–	5,2	3,6	4,3	66	42	1,9	2,4	3,8	3,0	3,0	1,2	0,0
Italia	166	34	10	6	4	6,2	5,7	3,0	4,1	64	36	2,8	0,6	2,4	1,3	1,5	3,2	-0,5
Kazakistan	112	–	53	44	14	–	1,9	7,5	5,3	73	68	–	4,3	3,5	2,8	2,6	1,1	0,3
Kenya	46	148	102	108	49	1,9	-0,5	5,2	2,9	52	54	1,2	0,8	8,1	6,0	4,3	1,5	1,4
Kirghizistan	89	–	65	49	21	–	2,9	5,5	4,5	67	56	–	1,1	4,9	3,9	3,1	1,2	0,9
Kiribati	39	140	96	71	56	1,9	3,1	1,6	2,2	42	21	-5	1,0	5,5	4,7	3,7	0,8	1,0
Kuwait	139	71	18	13	9	6,9	3,4	2,6	2,9	52	32	-6,7 x	0,0 x	7,3	2,6	2,1	5,1	0,9
Laos, Rep. Dem. Pop.	31	–	162	118	67	–	3,2	3,8	3,6	59	43	–	4,9	6,0	6,2	2,9	-0,1	3,0
Lesotho	17	175	88	117	90	3,4	-2,8	1,7	-0,1	-2	23	3,0	2,7	5,8	4,9	3,1	0,8	1,8
Lettonia	142	–	20	17	8	–	1,7	5,2	3,8	61	54	–	5,7 x	1,9	1,9	1,5	0,0	1,0
Libano	142	63	33	20	8	3,3	4,9	5,9	5,5	74	59	–	2,1	4,9	3,0	1,7	2,5	2,2
Liberia	27	286	255	182	70	0,6	3,4	6,4	5,2	73	62	-4,1	2,4	6,7	6,5	4,6	0,1	1,3
Libia	120	138	42	28	13	6,0	3,9	4,9	4,5	68	52	–	-1,4 x	8,1	5,0	2,4	2,5	2,9
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,2	2,9 x	–	–	–	–	–
Lituania	159	25	17	12	5	2,1	3,4	5,5	4,6	68	56	–	5,8 x	2,3	2,0	1,6	0,8	0,8
Lussemburgo	193	22	9	5	2	4,7	6,1	6,2	6,1	78	60	2,6	2,2	2,0	1,6	1,6	1,1	-0,1
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	153	–	37	16	6	–	8,3	7,1	7,6	85	66	–	1,8	3,2	2,2	1,5	1,8	1,5
Madagascar	44	152	161	109	50	-0,3	3,9	5,3	4,7	69	55	-2,4	-0,3	7,3	6,3	4,4	0,8	1,5
Malawi	33	347	242	174	64	1,8	3,3	6,7	5,3	74	63	0	1,4	7,3	7,0	5,0	0,2	1,3
Maldive	139	261	94	44	9	5,1	7,5	10,9	9,6	91	81	–	4,1 x	7,2	6,0	2,1	0,9	4,2
Malesia	148	56	17	10	7	6,1	4,9	2,5	3,5	58	31	4,0	3,2	4,9	3,5	1,9	1,6	2,4
Mali	6	400	254	220	115	2,3	1,5	4,3	3,2	55	48	1,4	1,5	7,1	7,2	6,1	0,0	0,6
Malta	153	28	11	8	6	4,5	3,7	1,3	2,3	43	18	6,0	2,2 x	2,0	2,0	1,5	-0,1	1,3
Marocco	73	189	80	50	28	4,3	4,7	4,0	4,3	66	45	2,6	2,8	6,7	4,1	2,5	2,5	2,0
Mauritania	20	194	118	114	85	2,5	0,4	2,0	1,3	28	25	-1,1	1,2	6,8	6,0	4,5	0,6	1,1
Mauritius	112	83	23	19	14	6,4	2,2	2,1	2,1	42	27	3,1 x	3,6	4,0	2,3	1,5	2,7	1,8
Messico	120	109	47	26	13	4,2	6,0	4,4	5,0	72	48	1,7	1,1	6,8	3,5	2,2	3,4	1,8
Micronesia (Stati Federati)	65	–	56	54	35	–	0,3	2,9	1,9	38	36	–	0,6	6,9	5,0	3,2	1,7	1,8
Moldavia, Rep.	104	–	33	31	16	–	0,6	4,6	3,0	52	50	1,8 x	0,8	2,6	2,4	1,2	0,3	2,6
Monaco	166	–	8	5	4	–	4,1	2,6	3,2	55	33	1,5	1,7 x	–	–	–	–	–
Mongolia	84	–	108	63	22	–	5,4	6,9	6,3	79	64	–	4,1	7,6	4,1	2,6	3,1	1,7
Montenegro	159	–	17	14	5	–	1,8	7,2	5,0	72	66	–	2,8 x	2,7	2,1	1,7	1,4	0,9
Mozambico	23	273	240	171	79	0,6	3,4	5,2	4,5	67	54	-1,1 x	5,1	6,6	6,2	5,3	0,3	0,7
Myanmar	44	179	110	82	50	2,4	2,9	3,3	3,2	55	39	1,4	11,8 x	6,0	3,5	2,2	2,7	1,8
Namibia	52	97	74	76	45	1,4	-0,3	3,4	1,9	38	40	-2,1 x	2,2	6,5	5,2	3,5	1,1	1,6
Nauru	65	–	57	41	35	–	3,2	1,0	1,9	38	14	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	63	268	141	81	36	3,2	5,6	5,4	5,5	75	56	1,2	2,6	5,9	5,2	2,2	0,7	3,5
Nicaragua	84	171	67	40	22	4,7	5,1	4,0	4,4	67	45	-3,7	2,1	6,9	4,6	2,2	2,0	2,9
Niger	10	327	328	227	96	0,0	3,7	5,8	4,9	71	58	-1,9	0,0	7,4	7,7	7,6	-0,2	0,1

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%)[e] del tasso di mortalità sotto i cinque anni				Riduzione dal 1990 (%)[e]	Riduzione dal 2000 (%)[e]	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	2015	1970–1990	1990–2000	2000–2015	1990–2015			1970–1990	1990–2014	1970	1990	2015	1970–1990	1990–2015
Nigeria	7	285	213	187	109	1,5	1,3	3,6	2,7	49	42	-2,3	3,4	6,5	6,5	5,6	0,0	0,6
Niue	83	–	14	23	23	–	-5,2	0,1	-2,0	-67	1	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	182	16	9	5	3	3,1	5,7	4,2	4,8	70	47	3,3	1,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nuova Zelanda	153	21	11	7	6	3,1	4,1	1,7	2,7	49	23	1,5 x	1,7	3,1	2,1	2,0	2,0	0,1
Oman	125	228	39	17	12	8,8	8,6	2,4	4,9	71	30	3,2	0,6	7,3	7,2	2,7	0,1	3,9
Paesi Bassi	166	16	8	6	4	3,2	2,9	3,3	3,1	54	39	1,5	1,7	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,5
Pakistan	22	189	139	112	81	1,5	2,1	2,2	2,1	41	28	2,7	1,7	6,6	6,0	3,6	0,5	2,1
Palau	104	–	36	27	16	–	3,0	3,3	3,2	55	39	–	-0,4 x	–	–	–	–	–
Panama	99	68	31	26	17	3,9	1,7	2,8	2,4	45	35	0,2	3,8	5,2	3,1	2,4	2,6	0,9
Papua Nuova Guinea	38	144	89	79	57	2,4	1,3	2,1	1,8	36	27	-1,0	0,9	6,2	4,8	3,7	1,2	1,0
Paraguay	89	78	47	34	21	2,6	3,3	3,3	3,3	56	39	3,8	0,9	5,7	4,5	2,5	1,2	2,4
Peru	99	164	80	39	17	3,6	7,3	5,5	6,2	79	56	-0,5	3,4	6,4	3,8	2,4	2,6	1,8
Polonia	159	36	17	9	5	3,7	6,2	3,9	4,8	70	44	–	4,2	2,3	2,1	1,3	0,4	1,7
Portogallo	166	68	15	7	4	7,7	7,1	4,6	5,6	76	50	2,5	1,2	3,0	1,5	1,3	3,4	0,8
Qatar	142	66	21	12	8	5,8	5,2	2,9	3,8	62	35	–	1,5 x	6,9	4,0	2,0	2,7	2,8
Regno Unito	166	21	9	7	4	4,1	3,4	3,0	3,2	55	36	2,2	1,8	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,2
Repubblica Ceca	182	–	15	7	3	–	7,9	4,4	5,8	77	48	–	2,5	2,1	1,8	1,5	0,7	0,8
Repubblica Centrafricana	4	223	177	175	130	1,2	0,1	2,0	1,2	26	26	-1,3	-0,6	6,0	5,8	4,2	0,1	1,3
Repubblica Dominicana	70	122	60	41	31	3,5	3,8	1,9	2,7	49	25	2,1	3,7	6,2	3,5	2,5	2,9	1,4
Romania	130	66	38	27	11	2,8	3,4	5,9	4,9	71	59	–	3,4	2,8	1,9	1,5	2,1	0,9
Ruanda	56	219	152	184	42	1,8	-1,9	9,9	5,2	73	77	1,1	3,3	8,2	7,3	3,8	0,6	2,6
Saint Kitts/Nevis	130	69	28	19	11	4,5	4,2	3,8	4,0	63	44	6,5 x	1,8	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	96	80	25	22	18	5,9	1,0	1,3	1,2	25	18	3,3	2,9	6,0	3,0	2,0	3,6	1,7
Samoa	96	–	31	22	18	–	3,6	1,4	2,3	44	19	–	2,5	7,2	5,1	4,0	1,7	1,0
San Marino	182	–	11	6	3	–	6,8	4,3	5,3	73	47	1,8	3,4 x	–	–	–	–	–
Santa Lucia	112	76	23	18	14	6,0	2,4	1,5	1,8	37	20	5,1 x	1,2	6,1	3,4	1,9	2,9	2,4
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	49	87	111	89	47	-1,2	2,1	4,2	3,4	57	47	–	3,0 x	6,5	5,8	4,5	0,5	1,0
Senegal	49	291	140	135	47	3,6	0,4	7,0	4,4	66	65	-0,6	1,1	7,3	6,6	5,0	0,5	1,1
Serbia	148	–	28	13	7	–	8,1	4,2	5,8	76	47	–	3,7 x	2,4	2,1	1,6	0,7	1,1
Seychelles	112	72	17	14	14	7,4	1,4	0,3	0,8	18	5	2,9	2,1	5,8	2,7	2,3	3,7	0,7
Sierra Leone	5	335	264	236	120	1,2	1,1	4,5	3,1	54	49	-0,6	1,4	6,0	6,7	4,5	-0,5	1,6
Singapore	182	27	8	4	3	6,3	6,5	2,6	4,2	65	32	5,9	3,5	3,2	1,7	1,2	3,1	1,3
Siria, Repubblica araba	120	105	37	23	13	5,2	4,6	4,0	4,2	65	45	2,1	1,8 x	7,6	5,3	2,9	1,8	2,4
Slovacchia	148	–	18	12	7	–	4,1	3,1	3,5	59	38	–	4,2 x	2,5	2,0	1,4	1,0	1,5
Slovenia	182	–	10	6	3	–	6,4	5,0	5,5	75	53	–	2,5 x	2,2	1,5	1,6	2,1	-0,4
Somalia	3	–	180	174	137	–	0,3	1,6	1,1	24	22	-0,8	–	7,2	7,4	6,4	-0,1	0,6
Spagna	166	29	11	7	4	4,9	5,3	3,1	3,9	63	37	1,9	1,5	2,9	1,3	1,3	3,8	0,0
Sri Lanka	133	71	21	16	10	6,1	2,6	3,4	3,1	54	40	3,0	4,4	4,3	2,5	2,1	2,8	0,7
Stati Uniti	148	23	11	8	7	3,7	2,9	1,7	2,2	42	23	2,2	1,6	2,3	2,0	1,9	0,6	0,2
Stato di Palestina	89	–	44	30	21	–	4,0	2,3	3,0	52	29	–	1,8 x	7,9	6,7	4,1	0,8	2,0
Sud Sudan	13	–	253	182	93	–	3,3	4,5	4,0	63	49	–	–	6,9	6,8	4,9	0,1	1,3
Sudafrica	58	–	60	75	41	–	-2,3	4,1	1,6	32	46	0,1	1,2	5,6	3,7	2,3	2,1	1,8
Sudan	27	155	128	106	70	1,0	1,9	2,8	2,4	45	34	-0,1	3,5	6,9	6,2	4,3	0,6	1,4
Suriname	89	–	48	34	21	–	3,2	3,2	3,2	55	38	-2,3 x	2,2	5,7	3,3	2,3	2,7	1,4
Svezia	182	13	7	4	3	3,3	5,2	2,1	3,3	57	27	1,8	2,0	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Svizzera	166	18	8	6	4	4,0	3,8	2,4	3,0	52	30	1,7 x	1,0	2,1	1,5	1,5	1,6	0,0
Swaziland	36	176	75	128	61	4,3	-5,4	5,0	0,8	19	53	3,1	1,0	6,9	5,7	3,2	0,9	2,3
Tagikistan	52	–	108	93	45	–	1,5	4,9	3,5	59	52	–	0,9	6,9	5,2	3,5	1,4	1,6
Tanzania, Repubblica Unita	46	216	165	131	49	1,3	2,4	6,6	4,9	71	63	–	2,5	6,8	6,2	5,1	0,4	0,8
Thailandia	125	100	37	23	12	5,0	5,0	4,0	4,4	67	45	4,8	3,1	5,6	2,1	1,5	4,9	1,4
Timor Est	41	–	176	110	53	–	4,7	4,9	4,8	70	52	–	3,4 x	5,9	5,3	5,6	0,5	-0,2
Togo	24	225	146	121	78	2,1	1,9	2,9	2,5	46	35	-0,5	0,1	7,1	6,3	4,5	0,6	1,3
Tonga	99	50	22	18	17	4,1	2,2	0,3	1,1	24	5	–	1,3	5,9	4,6	3,7	1,2	0,9
Trinidad e Tobago	94	52	31	29	20	2,6	0,6	2,3	1,6	33	29	-0,5	5,1	3,6	2,5	1,8	1,9	1,3
Tunisia	112	181	57	32	14	5,8	5,9	5,4	5,6	75	56	2,5	3,0	6,7	3,5	2,1	3,3	2,0
Turchia	112	187	75	40	14	4,6	6,3	7,2	6,8	82	66	1,9	2,5	5,6	3,1	2,1	3,0	1,6
Turkmenistan	42	–	91	82	51	–	1,0	3,1	2,3	43	37	–	3,5	6,3	4,3	2,3	1,9	2,6
Tuvalu	77	–	57	43	27	–	2,9	3,0	3,0	53	36	–	1,6	–	–	–	–	–
Ucraina	139	–	20	19	9	–	0,5	4,8	3,1	54	51	–	1,0	2,0	1,8	1,5	0,7	0,6
Uganda	40	190	187	148	55	0,1	2,3	6,7	4,9	71	63	–	3,6	7,1	7,1	5,7	0,0	0,9
Ungheria	153	43	19	11	6	4,0	5,3	4,3	4,7	69	47	–	2,5 x	2,0	1,8	1,4	0,5	1,2
Uruguay	133	54	23	17	10	4,3	3,2	3,4	3,3	56	40	0,9	2,5	2,9	2,5	2,0	0,7	0,9

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Paesi e aree	Posizione secondo il TMS5	Tasso di mortalità sotto i 5 anni				Tasso medio annuo di riduzione (%)ɵ del tasso di mortalità sotto i cinque anni				Riduzione dal 1990 (%)ɵ	Riduzione dal 2000 (%)ɵ	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	2015	1970–1990	1990–2000	2000–2015	1990–2015			1970–1990	1990–2014	1970	1990	2015	1970–1990	1990–2015
Uzbekistan	59	–	72	63	39	–	1,2	3,2	2,4	45	38	–	3,2	5,7	4,1	2,4	1,6	2,1
Vanuatu	73	109	36	29	28	5,6	2,2	0,2	1,0	23	4	1,1 x	0,6	6,3	4,9	3,3	1,2	1,6
Venezuela (Repubblica bolivariana)	110	63	30	22	15	3,7	3,1	2,5	2,7	50	31	-1,2	0,6	5,4	3,4	2,3	2,2	1,6
Vietnam	84	86	51	34	22	2,6	4,1	3,0	3,4	57	36	–	5,5	6,5	3,6	2,0	3,0	2,4
Yemen	56	329	126	95	42	4,8	2,8	5,5	4,4	67	56	–	0,7 x	7,8	8,6	4,0	-0,5	3,0
Zambia	33	182	191	163	64	-0,2	1,6	6,2	4,4	66	61	-2,4	2,4	7,4	6,5	5,3	0,7	0,8
Zimbabwe	26	114	76	106	71	2,0	-3,3	2,7	0,3	7	33	-0,4	-2,8	7,4	5,2	3,9	1,8	1,2
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																		
Africa subsahariana		244	180	154	83	1,5	1,6	4,1	3,1	54	46	-0,1	2,4	6,7	6,4	4,9	0,3	1,0
Africa orientale e meridionale		213	167	140	67	1,2	1,8	4,9	3,7	60	52	0,3	1,7	6,9	6,1	4,5	0,6	1,3
Africa occidentale e centrale		276	198	172	99	1,6	1,4	3,7	2,8	50	43	-0,7	2,8	6,6	6,6	5,4	0,0	0,8
Medio Oriente e Nord Africa		200	71	50	29	5,2	3,4	3,7	3,6	59	43	0,8	1,4	6,7	5,1	2,9	1,4	2,2
Asia meridionale		213	129	94	53	2,5	3,2	3,9	3,6	59	44	2,0	4,6	5,8	4,3	2,5	1,5	2,1
Asia orientale e Pacifico		116	58	42	18	3,5	3,4	5,6	4,7	69	57	6,0	7,7	5,7	2,6	1,8	3,8	1,5
America latina e Caraibi		120	54	32	18	4,0	5,2	3,9	4,4	67	44	1,4	1,8	5,3	3,2	2,1	2,5	1,7
ECO/CIS		97	48	37	17	3,5	2,5	5,1	4,1	64	54	–	2,8	2,8	2,3	1,9	0,9	0,8
Paesi meno sviluppati		242	175	138	73	1,6	2,4	4,2	3,5	58	47	0,0	3,1	6,8	6,0	4,1	0,6	1,5
Mondo		**145**	**91**	**76**	**43**	**2,3**	**1,8**	**3,9**	**3,0**	**53**	**44**	**2,5**	**2,9**	**4,8**	**3,3**	**2,5**	**1,9**	**1,1**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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.

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 vivesse 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.

ɵ 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 adolescente: Tra i 10-19 anni (migliaia) 2015	Popolazione adolescente: In proporzione al totale della popolazione (%) 2015	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: maschi	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: femmine	Parti prima dei 18 anni (%) 2010–2015*	Tasso di parti tra le adolescenti 2009–2014*	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2010–2014*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2010–2014*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female
Afghanistan	8.305	26	–	20	26	90 x	–	84	–	–	66	44	–	2
Albania	454	16	1 x	8 x	3 x	18	37 x	24 x	97 x	99 x	99	94	21 x	36 x
Algeria	5.924	15	–	3	1	12	–	55 y	–	–	132	63	–	7
Andorra	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	5.954	24	–	–	–	191	–	–	–	–	36	21	26 x	24 x
Antigua e Barbuda	16	17	–	–	–	67 x	–	–	–	–	116	82	55	40
Arabia Saudita	5.285	17	–	–	–	7 x	–	–	–	–	108	108	–	–
Argentina	7.020	16	–	–	12	70	–	2	–	–	128	84	–	36
Armenia	338	11	1	8	2	23	21	8	94	92	97 x	99	4	10
Australia	2.900	12	–	–	–	14	–	–	–	–	115	181	–	–
Austria	874	10	–	–	–	8	–	–	–	–	99	99	–	–
Azerbaigian	1.295	13	–	9	4	47	–	24	–	98	89	135	2 x	3 x
Bahamas	55	14	–	–	–	40 x	–	–	–	–	98	87	–	–
Bahrain	177	13	–	–	–	15	–	–	–	–	–	85	–	–
Bangladesh	32.530	20	–	34	24	83	–	33 y	–	63	76	45	–	10
Barbados	37	13	–	1	7	49 x	–	5	–	98	107	113	–	66
Belgio	1.231	11	–	–	–	8	–	–	–	–	181	155	–	–
Belize	78	22	–	15	17	64	–	11	–	–	91	59	–	39
Benin	2.528	23	1	17	20	98	*16*	*15*	67	59	68	35	27	26
Bhutan	144	19	–	15	15	28	–	70	–	–	92	69	–	22
Bielorussia	879	9	1	7	3 x	22	3	3	–	–	104	113	53	51
Bolivia (Stato Plurinazionale)	2.216	21	4 x	13 x	20 x	89 x	–	17 x	100 x	97 x	100	77	24 x	20 x
Bosnia/Erzegovina	386	10	0	1	–	11	5	1	100	100	–	–	41	42
Botswana	441	19	–	–	–	39	–	–	–	–	91	73	–	–
Brasile	34.887	17	1	4	–	65	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	69	16	–	–	–	17 x	–	–	–	–	108	96	–	–
Bulgaria	635	9	–	2 y	5	43	–	–	–	–	93	108	–	–
Burkina Faso	4.319	24	2	32	28	136 x	40	39	61	55	42	13	31	29
Burundi	2.403	21	1	9	11	65 x	56	74	83	69	50	21	45	43
Cambogia	3.064	20	3	16	7	57	26 y	46 y	77	74	61	29 x	42	33
Camerun	5.405	23	1	22	28	128 x	43	50	77	66	67	42	30	26
Canada	3.966	11	–	–	–	13	–	–	–	–	100	119	–	–
Capo Verde	104	20	2 x	8 x	22 x	92 x	24 x	23 x	88 x	88 x	114	72	–	–
Ciad	3.428	24	–	48	47	203	–	59	55 x	24 x	26	18	–	10
Cile	2.568	14	–	–	–	50	–	–	–	–	103	99	–	–
Cina	154.222	11	–	2	–	6	–	–	–	–	107	87	–	–
Cipro	139	12	–	–	–	4	–	–	–	–	101	98	–	–
Colombia	8.139	17	–	14	20	85 x	–	–	–	–	110 x	82	–	21
Comore	175	22	8	16	17	71	*17*	*43*	79	67	66	50	21	18
Congo	1.020	22	2	16	26	147	76 y	73 y	56	68	65	38	25	16
Congo, Rep. Dem.	18.121	23	1	21	27	135	69	75	49	38	56	37	20	17
Corea, Rep.	5.740	11	–	–	–	2	–	–	–	–	102	94	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	3.820	15	–	–	–	1 x	–	–	–	–	102 x	102 x	–	7 x
Costa d'Avorio	5.329	23	1	21	31	125	51	51	73	62	50	26	21	15
Costa Rica	759	16	2	10	13	67	–	3	–	–	133	102	–	29
Croazia	448	11	–	–	–	12	–	–	–	–	102	98	–	–
Cuba	1.348	12	7	16	6	50	5 y	4 y	–	–	101	99	48	59
Danimarca	688	12	–	–	–	2	–	–	–	–	117	142	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	47 x	–	–	–	–	106	81	39	49
Ecuador	3.005	19	–	16 x	–	100 x	–	–	–	–	116	92	–	–
Egitto	16.511	18	–	14	7	56	–	46 y	100	100	100	72	–	3 y
El Salvador	1.230	20	–	21	18	63	–	–	–	–	101	55	–	–
Emirati Arabi Uniti	781	9	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	1.178	23	1	17	19	–	60	51	70	54	45	28	32	22
Estonia	118	9	–	–	–	16	–	–	–	–	110	107	–	–
Etiopia	24.725	25	–	20	22	71	51	64	42	38	42	13	32	24
Federazione Russa	13.252	9	–	–	–	27	–	–	–	–	97	102	–	–
Figi	157	18	–	–	–	28 x	–	–	–	–	105	76	–	–
Filippine	20.389	20	–	10	8	59	–	14	–	90	92	77	–	19 x
Finlandia	592	11	–	–	–	7	–	–	–	–	101	182	–	–
Francia	7.792	12	–	–	–	9	–	–	–	–	108	115	–	–
Gabon	366	21	1	14	28	115	47	58	95	94	–	–	35	29

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 11. ADOLESCENTI

Paesi e aree	Popolazione adolescente: Tra i 10-19 anni (migliaia) 2015	Popolazione adolescente: In proporzione al totale della popolazione (%) 2015	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: maschi	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: femmine	Parti prima dei 18 anni (%) 2010–2015*	Tasso di parti tra le adolescenti 2009–2014*	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2010–2014*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2010–2014*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female
Gambia	464	23	0	24	19	88	42	58	82	70	64	48	27	22
Georgia	434	11	–	11	6	40	–	5 x	–	–	109	91	–	–
Germania	7.644	9	–	–	–	8	–	–	–	–	102	104	–	–
Ghana	5.860	21	1	6	17	65	20	35	81	67	85	48	25	18
Giamaica	510	18	–	3	15	72 x	–	8	–	–	86	79	34 y	39 y
Giappone	11.564	9	–	–	–	4	–	–	–	–	101	102	–	–
Gibuti	181	20	–	3	–	21	–	–	–	–	51	40	–	16 x
Giordania	1.577	21	–	6	4	27	–	84 y	–	100 y	87	78	–	6
Grecia	1.040	9	–	–	–	9	–	–	–	–	104	113	–	–
Grenada	19	17	–	–	–	53 x	–	–	–	–	104	97	67	59
Guatemala	3.721	23	–	20 x	22 x	92	–	–	–	–	69	55	24 x	20 x
Guinea	2.899	23	1	33	40	154	63	89	55	53	44	31	29	20
Guinea Equatoriale	178	21	5	22	42	177 x	56	57	91	91	–	–	12	17
Guinea-Bissau	410	22	0	12	28	137	–	39 y	–	–	–	–	–	12
Guyana	185	24	13	13	16	97 x	25 x	18 x	94 x	94 x	93	83	45 x	53 x
Haiti	2.285	21	2	12	13	65	22	24	85	80	57	–	25	32
Honduras	1.793	22	5	23	22	99	18	15	98	94	73	61	33	29
India	250.098	19	5 x	30 x	22 x	39	47 x	45 x	88 x	72 x	85	56	35 x	19 x
Indonesia	46.476	18	–	11	7	47	48 y	45	88 y	91	90	74	4 y,p	9
Iran (Repubblica Islamica)	10.905	14	–	16 x	5	35	–	–	–	–	100	83	–	–
Iraq	8.040	22	–	21	12	68 x	–	50	–	–	–	–	–	3
Irlanda	582	12	–	–	–	9	–	–	–	–	115	145	–	–
Islanda	43	13	–	–	–	7	–	–	–	–	97	121	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	56	–	–	–	–	97	72	–	–
Isole Marshall	–	–	5 x	21 x	21 x	85	71 x	47 x	86 x	85 x	125	97 x	35 x	27 x
Isole Salomone	133	23	0 x	13 x	15 x	62 x	73 x	72 x	71 x	54 x	75	29	26 x	29 x
Israele	1.296	16	–	–	–	10	–	–	–	–	103	100	–	–
Italia	5.611	9	–	–	–	6	–	–	–	–	109	99	–	–
Kazakistan	2.274	13	1	5	2	31 x	14	9	99	99	109	98	30	30
Kenya	10.392	23	1	12	23	101	37	45	84	75	97	52	58	52
Kirghizistan	1.003	17	–	14	4	42	–	22	–	100	95	82	18	14
Kiribati	23	20	5 x	16 x	9 x	49	65 x	77 x	58 x	57 x	103	74 x	46 x	41 x
Kuwait	445	11	–	–	–	8	–	–	–	–	99	85	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	1.484	22	9	25	18	94	50	56	92	93	71	39	25	23
Lesotho	493	23	1 x	16 x	13 x	94	54 x	48 x	64 x	69 x	62	37	28 x	35 x
Lettonia	172	9	–	–	–	15	–	–	–	–	111	110	–	–
Libano	1.061	18	–	3 x	–	18 x	–	22 x,y	–	–	79	58	–	–
Liberia	1.044	23	2	14	37	147	29	45	59	47	45	30	19	35
Libia	1.089	17	–	–	–	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	104	118	–	–
Lituania	292	10	–	–	–	14	–	–	–	–	104	110	–	–
Lussemburgo	65	12	–	–	–	6	–	–	–	–	114	94	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	261	13	–	4	2	19	–	14	–	–	85	79	–	23 x
Madagascar	5.714	24	7	28	36	147 x	44	47	62	59	50	22	24	21
Malawi	4.111	24	3	28	31	143	15	16	70	51	47	22	50	43
Maldive	62	17	–	5 x	1 x	14	–	41 x,y	–	100 x	101	–	–	22 x,y
Malesia	5.400	18	5	6	–	13	–	–	–	–	92	56	–	–
Mali	4.151	24	–	40	46 x	178	–	83	81 x	79 x	55	30	31	23
Malta	48	12	–	–	–	16	–	–	–	–	90	82	–	–
Marocco	5.827	17	1	11	8 x	32 x	–	64 x	–	90 x	95	55	–	–
Mauritania	909	22	–	25	24	71	–	36	55 x	44 x	36	21	–	5
Mauritius	193	15	–	–	–	31	–	–	–	–	112	87	–	–
Messico	23.754	19	6	15	39	84	–	–	–	–	111	63	–	–
Micronesia (Stati Federati)	25	24	–	–	–	33	–	–	–	–	86	–	–	–
Moldavia, Rep.	444	11	1	10	4	25	14	13	96	96	87	92	26	35
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	448	15	1	5	3	40	9	14	99	98	95	85	24	28
Montenegro	83	13	0	2	3	12	5	2	–	–	95	86	35	42
Mozambico	6.731	24	8	37	40	166	20	24	73	57	31	14	49	27
Myanmar	10.278	19	4	12	13 x	17 x	–	–	–	–	59	34	–	31
Namibia	538	22	1	5	15	78	30	28	65 y	69	–	–	51	56
Nauru	–	–	9 x	18 x	22 x	106	–	–	89 x	86 x	77	94	8 x	8 x

Paesi e aree	Popolazione adolescente: Tra i 10-19 anni (migliaia) 2015	Popolazione adolescente: In proporzione al totale della popolazione (%) 2015	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: maschi	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: femmine	Parti prima dei 18 anni (%) 2010–2015*	Tasso di parti tra le adolescenti 2009–2014*	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2010–2014*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2010–2014*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female
Nepal	6.623	23	–	25	16	87 x	–	35	–	77	89	50	–	38
Nicaragua	1.207	20	–	24 x	28 x	92	–	19 x,y	–	95 x	85	58	–	–
Niger	4.654	23	3	61	48	210	41	54	35	44	24	10	21	12
Nigeria	41.386	23	1	29	29	123	25	33	54	50	46	41	29	22
Niue	–	–	–	–	–	16	–	–	–	–	91	–	–	–
Norvegia	632	12	–	–	–	6	–	–	–	–	99	126	–	–
Nuova Zelanda	604	13	–	–	–	22	–	–	–	–	103	135	–	–
Oman	476	11	–	3	2	12	–	–	–	–	108	97	–	–
Paesi Bassi	1.985	12	–	–	–	5	–	–	–	–	135	126	–	–
Pakistan	38.797	21	2	14	8	48	33 y	53 y	59 y	49 y	56	31	5 y,p	1 y
Palau	–	–	–	–	–	27	–	–	–	–	104	119	–	–
Panama	686	17	–	14	–	89	–	9	–	96	94	57	–	–
Papua Nuova Guinea	1.698	22	3 x	15 x	14 x	65 x	–	–	–	–	73	22	–	–
Paraguay	1.342	20	–	11 x	–	63 x	–	–	–	–	84	69	–	–
Peru	5.606	18	–	11	15	68	–	–	–	90	100	88	–	21 x
Polonia	3.751	10	–	–	–	14	–	–	–	–	100	116	–	–
Portogallo	1.072	10	–	–	–	12	–	–	–	–	120	119	–	–
Qatar	213	10	1	4	–	16	22	6 y	98	98	102	98	23	10
Regno Unito	7.252	11	–	–	–	21	–	–	–	–	111	133	–	–
Repubblica Ceca	932	9	–	–	–	11	–	–	–	–	104	105	–	–
Repubblica Centrafricana	1.120	23	11	55	45	229	83	79	–	–	23	9	26	17
Repubblica Dominicana	2.007	19	–	28	21	90	–	7	91	96	87	74	39	39
Romania	2.108	11	–	–	–	36	–	–	–	–	95	101	–	–
Ruanda	2.654	23	–	4	5	41 x	35	56	88	73	48	31	44	49
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	75 x	–	–	–	–	95	86	55	54
Saint Vincent e Grenadines	19	17	–	–	–	70	–	–	–	–	118	85	–	–
Samoa	43	22	1	8	6	39	*28*	*34*	99	97	102	80	5 x	2 x
San Marino	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	94	95	–	–
Santa Lucia	31	17	–	4	–	50 x	–	15	–	99	88	84	–	58
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	45	24	2	19	27	110 x	25 x	23 x	96 x	95 x	105	45	39 x	39 x
Senegal	3.430	23	0	23	18	80	38	58	96	96	39 x	16 x	28	26
Serbia	1.078	12	–	4	1	22	–	2	99	100	99	90	43	53
Seychelles	13	14	–	–	–	62	–	–	–	–	110	49	–	–
Sierra Leone	1.507	23	1	19	36	131	32	55	55	49	63	27	29	28
Singapore	674	12	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	4.469	24	–	10 x	9 x	75 x	–	–	–	–	61	32	–	6 x
Slovacchia	543	10	–	–	–	21	–	–	–	–	97	86	–	–
Slovenia	185	9	–	–	–	5	–	–	–	–	99	120	–	–
Somalia	2.599	24	–	25 x	–	123 x	–	75 x,y	–	–	–	–	–	3 x
Spagna	4.373	9	–	–	–	9	–	–	–	–	132	130	–	–
Sri Lanka	3.284	16	–	9 x	4 x	24 x	–	54 x,y	–	88 x,y	100	99	–	–
Stati Uniti	41.364	13	–	–	–	27	–	–	–	–	101	91	–	–
Stato di Palestina	1.086	23	–	9	22	67	–	–	–	–	87	68	–	5
Sud Sudan	2.874	23	–	40	28	158 x	–	*72*	–	–	17	–	–	8
Sudafrica	10.328	19	2 x	4 x	15 x	54 x	–	–	–	–	95	95	–	–
Sudan	9.240	23	–	21	22	102	–	52	–	–	50	33	10	4
Suriname	96	18	–	12	–	66 x	–	19	–	99	100	52	–	40
Svezia	1.025	10	–	–	–	3	–	–	–	–	112	142	–	–
Svizzera	833	10	–	–	–	3	–	–	–	–	110	86	–	–
Swaziland	295	23	0	4	17	89	34	42	94 x	89 x	73	49	52	56
Tagikistan	1.707	20	–	13	2	47	–	47	–	89	97	68	–	7
Tanzania, Repubblica Unita	12.291	23	8	17	28	128 x	39	52	79	70	43	9	42	37
Thailandia	8.604	13	–	16	13	60	–	10	–	–	94	78	–	57
Timor Est	277	23	0	8	9	54 x	72	81	61	62	81	64	15	11
Togo	1.650	23	1	13	15	77	19	26	67	63	68	36	28	23
Tonga	24	23	4	5	2	30	29	27	92	95	–	–	13	10
Trinidad e Tobago	177	13	–	6 x	–	36 x	–	10 x	–	–	98 x	–	–	49 x
Tunisia	1.618	14	–	1	1	7	–	27	–	98	107	78	–	15
Turchia	13.397	17	–	7	6	29	–	10	–	–	140	95	–	–
Turkmenistan	959	18	–	5 x	2 x	21 x	–	37 x,y	–	96 x	87	82	–	4 x
Tuvalu	–	–	2 x	8 x	3 x	42 x	83 x	69 x	89 x	95 x	99	56	57 x	31 x

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 11. ADOLESCENTI

Paesi e aree	Popolazione adolescente: Tra i 10-19 anni (migliaia) 2015	Popolazione adolescente: In proporzione al totale della popolazione (%) 2015	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: maschi	Adolescenti attualmente sposati o conviventi (%) 2010–2015*: femmine	Parti prima dei 18 anni (%) 2010–2015*	Tasso di parti tra le adolescenti 2009–2014*	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Giustificazione delle percosse sulle mogli tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Utilizzo dei media tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female	Rapporto di iscrizione lorda secondaria inferiore 2010–2014*	Rapporto di iscrizione lorda secondaria superiore 2010–2014*	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: male	Conoscenza esauriente dell'HIV tra gli adolescenti (%) 2010–2014*: female
Ucraina	3.954	9	0	7	4	27	2	2	97	96	102	93	37	43
Uganda	9.603	25	2	20	33	140	52	62	88	82	31 x	14 x	36	36
Ungheria	979	10	–	–	–	20	–	–	–	–	101	114	–	–
Uruguay	508	15	–	7	–	60	–	3	–	–	110	71	–	36
Uzbekistan	5.148	17	–	5 x	2 x	26 x	63 x	63 x	–	–	99	136	–	27 x
Vanuatu	54	21	4	11	13	78	63	56	58	58	69	47	–	14 x
Venezuela (Repubblica bolivariana)	5.640	18	–	16	–	101	–	–	–	–	99	80	–	–
Vietnam	13.588	15	–	10	5	36	–	28	–	97	94	–	–	51
Yemen	6.283	23	–	17	17	67	–	49	–	85	58	39	–	2 x,y
Zambia	3.863	24	1	17	31	145	41	49	75	69	63	–	42	39
Zimbabwe	3.504	22	2	25	22	120	37	50	66	64	67	36	49	51
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE														
Africa subsahariana	230.815	23	2	24	27	122	40	51	63	56	50	35	32	26
Africa orientale e meridionale	111.070	23	4	21	26	114	42	52	67	60	50	34	40	34
Africa occidentale e centrale	110.324	23	1	27	29	130	39	49	59	53	49	36	27	21
Medio Oriente e Nord Africa	81.187	18	–	14	9	52	–	50	–	–	89	63	-	4
Asia meridionale	339.843	19	–	–	16 ‡	44	–	–	–	–	81	54	-	7 ‡
Asia orientale e Pacifico	276.692	13	–	6	7 **	22	–	33 **	–	91 **	95	76	-	25 **
America latina e Caraibi	110.944	18	3	11	26	74	–	–	–	–	104	80	-	-
ECO/CIS	50.538	12	–	7	4	29	–	12	–	–	98	99	-	-
Paesi meno sviluppati	217.127	23	–	25	26	112	46	52	63	60	51	31	31	22
Mondo	**1.192.785**	**16**	**–**	**14**	**18 ‡****	**50**	**–**	**–**	**–**	**–**	**85**	**66**	**-**	**21 ‡****

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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. Escluse le stime su anni precedenti al 2000.

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.

p Basato su piccoli denominatori (generalmente tra 25–49 casi sottopeso). Non vengono considerati dati inferiori ai 25 casi.

* 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.

‡ Esclusa l'India.

TAVOLA 12. DISPARITÀ - RESIDENZA

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15–24 2010–2014*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2015		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	rurale	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	82	37	2,2	–	–	–	48	54	0,9	77 y	51 y	1,5 y	5	1	4,9	45	27	1,7
Albania	99 x	98 x	1,0 x	100 x	99 x	1,0 x	20	19	1,0	–	–	–	93	92	1,0	51 x	26 x	2,0 x	95	90	1,1
Algeria	100	100	1,0	98	95	1,0	11	12	1,1	25	26	1,0	98	97	1,0	11	7	1,7	90	82	1,1
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Angola	40 x	26 x	1,5 x	71 x	26 x	2,8 x	30 x	33 x	1,1 x	–	–	–	85	67	1,3	–	–	–	89	22	3,9
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	98	1,0
Armenia	99	100	1,0	100	99	1,0	17	22	1,3	–	–	–	100	99	1,0	16	16	1,0	96	78	1,2
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Azerbaigian	96 x	92 x	1,0 x	99	95	1,0	15	21	1,4	11	11	1,0	68 y	67 y	1,0 y	7 x	2 x	3,3 x	92	87	1,1
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Bangladesh	43	36	1,2	*61*	*36*	*1,7*	31	38	1,2	83	75	1,1	77	72	1,1	14	8	1,8	58	62	0,9
Barbados	98	100	1,0	98	100	1,0	8	7	0,9	–	–	–	99	99	1,0	67	69	1,0	96	96	1,0
Belgio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Belize	95	96	1,0	98	95	1,0	16	21	1,4	54	47	1,1	98	92	1,1	55	33	1,7	93	88	1,1
Benin	*87*	*76*	*1,1*	*90*	*75*	*1,2*	*36 x*	*47 x*	*1,3 x*	54	47	1,1	*84*	*72*	*1,2*	29	20	1,5	36	7	4,9
Bhutan	100	100	1,0	96	67	1,4	28	36	1,3	64	60	1,1	98	94	1,0	32	15	2,1	78	33	2,4
Bielorussia	–	–	–	100	100	1,0	3 x	8 x	2,6 x	–	–	–	91	93	1,0	56	57	1,0	94	95	1,0
Bolivia (Stato Plurinazionale)	79 x,y	72 x,y	1,1 x,y	*94*	*68*	*1,4*	14	25	1,8	23	20	1,2	98 x	96 x	1,0 x	32 x	9 x	3,5 x	61	28	2,2
Bosnia/Erzegovina	99 x	100 x	1,0 x	100	100	1,0	*11*	*8*	*0,7*	–	–	–	95	97	1,0	50	47	1,1	99	92	1,1
Botswana	78 x	67 x	1,2 x	99 x	90 x	1,1 x	30 x	29 x	1,0 x	47 x	51 x	0,9 x	–	–	–	–	–	–	79	43	1,8
Brasile	–	–	–	–	–	–	7 x	8 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	88	52	1,7
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	*6 x*	*15 x*	*2,5 x*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	84	1,0
Burkina Faso	93	74	1,3	93	61	1,5	21	37	1,8	31	19	1,6	83	45	1,8	46	24	1,9	50	7	7,5
Burundi	87	74	1,2	88	58	1,5	38	60	1,6	33	38	0,9	91	84	1,1	59	43	1,4	44	49	0,9
Cambogia	84	72	1,2	98	88	1,1	24	34	1,4	33	34	1,0	*96*	*93*	*1,0*	55	33	1,7	88	30	2,9
Camerun	*81*	*48*	*1,7*	*87*	*47*	*1,9*	*22*	*41*	*1,8*	27	12	2,2	*94*	*78*	*1,2*	37	18	2,1	62	27	2,3
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Capo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	82	54	1,5
Ciad	36	6	5,6	*60*	*12*	*5,1*	32	42	1,3	28	18	1,5	71	47	1,5	18	7	2,6	31	6	4,9
Cile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91 y	92 y	1,0 y	–	–	–	100	91	1,1
Cina	–	–	–	100	100	1,0	3	12	3,6	–	–	–	97 y	96 y	1,0 y	–	–	–	87	64	1,4
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Colombia	97	95	1,0	98	86	1,1	12	17	1,5	57	49	1,2	96	95	1,0	26	17	1,5	85	68	1,3
Comore	*90*	*87*	*1,0*	*92*	*79*	*1,2*	*25*	*32*	*1,3*	40	37	1,1	*90*	*82*	*1,1*	24	17	1,4	48	31	1,6
Congo	95	85	1,1	98	84	1,2	20	30	1,5	31	22	1,4	99	96	1,0	16	10	1,5	20	6	3,6
Congo, Rep. Dem.	*30*	*22*	*1,3*	*94*	*74*	*1,3*	33	47	1,4	44	37	1,2	93	84	1,1	24	15	1,6	29	29	1,0
Corea, Rep.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Corea, Rep. Dem. Pop.	100 x	100 x	1,0 x	100 x	100 x	1,0 x	23	45	1,9	75 x	73 x	1,0 x	100	99	1,0	11 x	4 x	2,8 x	88	73	1,2
Costa d'Avorio	85	54	1,6	84	45	1,9	21	35	1,7	22	14	1,5	78	64	1,2	22	8	2,7	33	10	3,2
Costa Rica	100	99	1,0	99	97	1,0	–	–	–	43	35	1,2	97	95	1,0	37	27	1,4	95	92	1,0
Croazia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	96	1,0
Cuba	100	100	1,0	99	100	1,0	–	–	–	62	59	1,0	–	–	–	61	63	1,0	94	89	1,1
Danimarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	92	93	1,0	98	84	1,2	22	32	1,5	52	35	1,5	97 y	97 y	1,0 y	–	–	–	87	81	1,1
Egitto	100	99	1,0	97	89	1,1	23	21	0,9	26	29	0,9	97	97	1,0	7 x	3 x	2,3 x	97	93	1,0
El Salvador	*99 x*	*99 x*	*1,0 x*	–	–	–	14 x	24 x	1,8 x	*60 x*	*56 x*	*1,1 x*	92 y	90 y	1,0 y	–	–	–	82	60	1,4
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	95	1,0
Eritrea	–	–	–	74	17	4,4	38	56	1,4	51	41	1,2	79 y	47 y	1,7 y	*32*	*20*	*1,7*	45	7	6,1
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	97	1,0
Etiopia	29 x	5 x	5,9 x	58	9	6,4	27	42	1,6	45	24	1,9	80 y	63 y	1,3 y	38	19	2,0	27	28	1,0
Federazione Russa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77	59	1,3
Figi	–	–	–	–	–	–	5 x	9 x	1,7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	88	1,1
Filippine	–	–	–	83	64	1,3	26	35	1,4	54	45	1,2	90 x	87 x	1,0 x	23 x	17 x	1,4 x	78	71	1,1
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	88	1,1
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Gabon	89	91	1,0	93	69	1,3	14	29	2,0	27	21	1,3	95	95	1,0	32	15	2,2	43	32	1,4
Gambia	72	72	1,0	75	41	1,9	19	29	1,5	62	57	1,1	75	54	1,4	32	18	1,8	62	55	1,1

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 12. DISPARITÀ - RESIDENZA

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15–24 2010–2014*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2015		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	rurale	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
Georgia	100	100	1,0	–	–	–	10	12	1,2	44 x	36 x	1,2 x	97	95	1,0	–	–	–	95	76	1,3
Germania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Ghana	79	63	1,3	87	57	1,5	15	22	1,5	48	49	1,0	75	66	1,1	23	17	1,4	20	9	2,3
Giamaica	100	99	1,0	100	98	1,0	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0	–	–	–	80	84	1,0
Giappone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Gibuti	92 x	84 x	1,1 x	98	55	1,8	30	42	1,4	–	–	–	–	–	–	18 x	9 x	2,0 x	60	5	11,7
Giordania	99	100	1,0	100	100	1,0	7	9	1,2	20	23	0,9	98	98	1,0	8	11	0,7	99	99	1,0
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	98	1,0
Grenada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Guatemala	*96 x*	*97 x*	*1,0 x*	*84*	*55*	*1,5*	*35*	*53*	*1,5*	51	48	1,1	–	–	–	32 x	14 x	2,2 x	78	49	1,6
Guinea	83	49	1,7	84	32	2,7	18	36	2,1	46	30	1,5	84	47	1,8	32	16	2,0	34	12	2,9
Guinea Equatoriale	60	47	1,3	86	53	1,6	20	32	1,6	55	27	2,0	–	–	–	27	9	2,9	80	71	1,1
Guinea-Bissau	30	21	1,4	69	29	2,4	23	37	1,6	28	13	2,1	74	53	1,4	22	8	2,8	34	8	3,9
Guyana	91 x	87 x	1,0 x	–	–	–	11	20	1,8	–	–	–	97	97	1,0	72 x	47 x	1,5 x	88	82	1,1
Haiti	85	77	1,1	59	25	2,4	16	25	1,6	56	51	1,1	90	81	1,1	41	29	1,4	34	19	1,8
Honduras	95	93	1,0	94	73	1,3	15	29	2,0	59	61	1,0	92 y	92 y	1,0 y	42	23	1,9	87	78	1,1
India	83	67	1,2	76 x	43 x	1,7 x	32	42	1,3	33 x	24 x	1,4 x	88 x	82 x	1,1 x	33 x	14 x	2,4 x	63	28	2,2
Indonesia	78 y	60 y	1,3 y	94	81	1,2	33	42	1,3	41	37	1,1	99	98	1,0	14 y	9 y	1,6 y	72	47	1,5
Iran (Repubblica Islamica)	99 y	98 y	1,0 y	98	93	1,1	5	9	1,7	64	58	1,1	97	95	1,0	–	–	–	93	82	1,1
Iraq	99	99	1,0	94	85	1,1	22	24	1,1	25	19	1,3	94	84	1,1	4	1	3,7	86	84	1,0
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	93	1,0
Islanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	100	1,0
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Isole Marshall	96 x	96 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	39 x	37 x	1,1 x	–	–	–	33 x	12 x	2,7 x	84	56	1,5
Isole Salomone	–	–	–	95 x	84 x	1,1 x	23 x	34 x	1,5 x	40 x	37 x	1,1 x	72 x,y	65 x,y	1,1 x,y	34 x	28 x	1,2 x	81	15	5,4
Israele	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	100	1,0
Kazakistan	100	100	1,0	100	100	1,0	13	13	1,0	–	–	–	99	99	1,0	40	31	1,3	97	98	1,0
Kenya	79	61	1,3	82	50	1,6	20	29	1,5	58	52	1,1	89	84	1,1	63	52	1,2	31	30	1,1
Kirghizistan	99	97	1,0	99	98	1,0	12	13	1,1	34	33	1,0	99	100	1,0	26	16	1,7	89	96	0,9
Kiribati	95 x	93 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	45 x	43 x	1,1 x	51	31	1,7
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Laos, Rep. Dem. Pop.	88	71	1,2	80	31	2,6	27	49	1,8	65	40	1,6	95	83	1,1	39	18	2,2	94	56	1,7
Lesotho	43 x	46 x	1,0 x	90	73	1,2	27	35	1,3	53	54	1,0	98	93	1,0	44 x	36 x	1,2 x	37	28	1,4
Lettonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	82	1,1
Libano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	81	81	1,0
Liberia	29 y	20 y	1,5 y	73	50	1,5	30	33	1,1	57	63	0,9	52	31	1,7	40	27	1,5	28	6	4,7
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1,0
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	83	1,2
Lussemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	99	1,0
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	100	100	1,0	98	98	1,0	4	6	1,4	–	–	–	98	98	1,0	33 x	18 x	1,8 x	97	83	1,2
Madagascar	97	81	1,2	78	39	2,0	43	51	1,2	16	14	1,1	86 y	66 y	1,3 y	44	18	2,5	18	9	2,1
Malawi	11 y	5 y	2,4 y	94	87	1,1	36	43	1,2	65	63	1,0	98	93	1,1	50	43	1,2	47	40	1,2
Maldive	93 x	92 x	1,0 x	–	–	–	16	20	1,3	–	–	–	94	94	1,0	43 x,y	32 x,y	1,4 x,y	97	98	1,0
Malesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	96	1,0
Mali	92	77	1,2	80 x	38 x	2,1 x	*26 x*	*42 x*	*1,6 x*	26 x	11 x	2,3 x	80	50	1,6	36	19	1,9	38	16	2,3
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Marocco	97 y	91 y	1,1 y	92	55	1,7	9	21	2,4	23	21	1,1	96 x	83 x	1,2 x	–	–	–	84	66	1,3
Mauritania	75	49	1,5	88	49	1,8	25	33	1,3	26	14	2,0	72	55	1,3	9	4	2,7	58	14	4,2
Mauritius	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	94	93	1,0
Messico	98 x,y	82 x,y	1,2 x,y	–	–	–	11	21	1,9	54	48	1,1	–	–	–	–	–	–	88	74	1,2
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	85	49	1,7
Moldavia, Rep.	100	100	1,0	100	99	1,0	4	8	2,2	–	–	–	98	99	1,0	41	32	1,3	88	67	1,3
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Mongolia	99	99	1,0	99	99	1,0	8	15	1,7	35	26	1,4	97	94	1,0	26	15	1,7	66	43	1,6
Montenegro	99	100	1,0	99	100	1,0	10	9	1,0	–	–	–	97	99	1,0	47	49	1,0	98	92	1,1
Mozambico	51	47	1,1	80	44	1,8	35	46	1,3	65	50	1,3	86	72	1,2	40	24	1,6	42	10	4,2
Myanmar	94	64	1,5	90	63	1,4	27	38	1,4	72	56	1,3	93	89	1,0	–	–	–	84	77	1,1
Namibia	89 y	86 y	1,0 y	95	82	1,2	17	28	1,7	75	69	1,1	95	91	1,0	67	55	1,2	54	17	3,2
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	66	–	–
Nepal	57	58	1,0	90	51	1,8	24	39	1,7	47	44	1,1	80	76	1,1	40	24	1,7	56	43	1,3

TAVOLA 12. DISPARITÀ - RESIDENZA

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)[++] 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15–24 2010–2014*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2015		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	rurale	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
Nicaragua	–	–	–	97	79	1,2	–	–	–	*74*	*57*	*1,3*	76 y	64 y	1,2 y	–	–	–	76	56	1,4
Niger	92	60	1,5	83	32	2,6	*30*	*46*	*1,6*	47	44	1,1	83	45	1,9	31	9	3,3	38	5	8,2
Nigeria	50 y	19 y	2,7 y	67	23	3,0	26	43	1,7	45	28	1,6	87	57	1,5	30	20	1,4	33	25	1,3
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0	–	–	–	100	100	1,0
Norvegia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Nuova Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	95	1,0
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	100	1,0
Pakistan	59	23	2,6	71	44	1,6	37	48	1,3	42	37	1,1	75	59	1,3	–	–	–	83	51	1,6
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Panama	98	93	1,1	100	78	1,3	–	–	–	61	44	1,4	97	97	1,0	–	–	–	84	58	1,4
Papua Nuova Guinea	–	–	–	88 x	48 x	1,9 x	35	50	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	56	13	4,2
Paraguay	87 y	80 y	1,1 y	–	–	–	12	10	0,8	–	–	–	89 x	87 x	1,0 x	–	–	–	95	78	1,2
Peru	97 y	95 y	1,0 y	97	73	1,3	8	29	3,5	32	21	1,5	92 y	93 y	1,0 y	27 x	8 x	3,3 x	82	53	1,6
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	97	1,0
Portogallo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Regno Unito	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	100	1,0
Repubblica Ceca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Repubblica Centrafricana	78	52	1,5	83	38	2,2	38	42	1,1	23	12	2,0	86	66	1,3	19	16	1,2	44	7	6,0
Repubblica Dominicana	85	80	1,1	99	97	1,0	7	6	0,9	48	48	1,0	95	97	1,0	45	44	1,0	86	76	1,1
Romania	–	–	–	–	–	–	14 x	15 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	63	1,5
Ruanda	60	64	0,9	97	89	1,1	24	41	1,7	33	27	1,3	91 y	87 y	1,0 y	66	50	1,3	59	63	0,9
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	*68*	*57*	*1,2*	97	79	1,2	–	–	–	–	–	–	*89 y*	*88 y*	*1,0* y	5 x	2 x	2,4 x	93	91	1,0
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	91	92	1,0	–	99	–	4	2	0,6	–	–	–	99	100	1,0	57	63	0,9	85	92	0,9
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	76 x	74 x	1,0 x	–	–	–	29	29	1,0	–	–	–	94	93	1,0	47 x	38 x	1,3 x	41	23	1,8
Senegal	87	63	1,4	80	44	1,8	12	23	1,9	19	25	0,8	79	53	1,5	–	–	–	65	34	1,9
Serbia	100	99	1,0	100	100	1,0	7	5	0,8	50	22	2,3	100	98	1,0	63	41	1,5	98	94	1,0
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Sierra Leone	80	76	1,1	79	53	1,5	30	40	1,4	86	85	1,0	88	71	1,2	38	22	1,7	23	7	3,3
Singapore	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Siria, Repubblica araba	97 x	95 x	1,0 x	99 x	93 x	1,1 x	*28*	*28*	*1,0*	56 x	44 x	1,3 x	98 x	96 x	1,0 x	7 x	7 x	1,0 x	96	95	1,0
Slovacchia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	98	1,0
Slovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,0
Somalia	6 x	2 x	3,7 x	–	–	–	32 x	48 x	1,5 x	25 x	9 x	2,9 x	39 x	11 x	3,4 x	7 x	2 x	4,1 x	–	–	–
Spagna	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Sri Lanka	97 x	98 x	1,0 x	99 x	99 x	1,0 x	10	15	1,5	57 x	50 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	88	97	0,9
Stati Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Stato di Palestina	99	100	1,0	100	100	1,0	8	8	1,0	30	34	0,9	99	99	1,0	8	6	1,3	93	90	1,0
Sud Sudan	*45*	*32*	*1,4*	*31*	*15*	*2,0*	*29*	*32*	*1,1*	44	37	1,2	40	19	2,1	16	7	2,3	16	4	3,7
Sudafrica	–	–	–	–	–	–	32 x	34 x	1,1 x	41 x	32 x	1,3 x	–	–	–	–	–	–	70	61	1,1
Sudan	85	50	1,7	41	16	2,5	27	43	1,6	23	22	1,1	86	64	1,4	10	3	3,4	–	–	–
Suriname	100	98	1,0	95	86	1,1	7	12	1,8	33	55	0,6	97	94	1,0	45	33	1,4	88	61	1,4
Svezia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	100	1,0
Svizzera	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Swaziland	62	47	1,3	*89*	*80*	*1,1*	23	33	1,4	65	55	1,2	97	96	1,0	70	55	1,3	63	56	1,1
Tagikistan	88	89	1,0	93	86	1,1	21	27	1,3	58	61	0,9	98	97	1,0	11	8	1,4	94	95	1,0
Tanzania, Repubblica Unita	36 y	8 y	4,4 y	83	40	2,0	30	39	1,3	44	44	1,0	91 y	72 y	1,3 y	52	36	1,5	31	8	3,8
Thailandia	99 y	100 y	1,0 y	100	100	1,0	13	18	1,4	59	57	1,0	96	96	1,0	55	56	1,0	90	96	0,9
Timor Est	50	57	0,9	59	20	2,9	39	55	1,4	65	74	0,9	80	70	1,1	14	12	1,2	69	27	2,6
Togo	95	69	1,4	92	41	2,2	16	33	2,1	18	19	0,9	96	85	1,1	28	19	1,5	25	3	8,4
Tonga	92	94	1,0	96	99	1,0	9	8	0,9	–	–	–	92 y	93 y	1,0 y	11	13	0,8	98	89	1,1
Trinidad e Tobago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	92	1,0
Tunisia	100	98	1,0	100	97	1,0	8	14	1,7	69	59	1,2	99	97	1,0	22	13	1,7	97	80	1,2
Turchia	99 y	98 y	1,0 y	99	92	1,1	*8*	*14*	*1,8*	–	–	–	94 x,y	91 x,y	1,0 x,y	–	–	–	98	86	1,1
Turkmenistan	96 x	95 x	1,0 x	100 x	99 x	1,0 x	*17 x*	*19 x*	*1,1 x*	–	–	–	99 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	60 x	38 x	1,6 x	–	–	–	10 x	11 x	1,1 x	–	–	–	98 x,y	99 x,y	1,0 x,y	38 x	41 x	0,9 x	86	–	–
Ucraina	100	100	1,0	99	99	1,0	20 x	29 x	1,4 x	–	–	–	100	100	1,0	52	45	1,1	97	93	1,1

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 12. DISPARITÀ - RESIDENZA

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15–24 2010–2014*			Utilizzo impianti igienici adeguati (%) 2015		
	urbana	rurale	rapporto urbana su rurale	rurale	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	*19*	*36*	*1,9*	46	43	1,1	91	86	1,1	50	35	1,4	29	17	1,7
Ungheria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	99	1,0
Uruguay	100	100	1,0	98	98	1,0	–	–	–	–	–	–	97	97	1,0	34	35	1,0	97	93	1,0
Uzbekistan	100 x	100 x	1,0 x	100 x	100 x	1,0 x	18 x	19 x	1,1 x	–	–	–	96 x	94 x	1,0 x	33 x	30 x	1,1 x	100	100	1,0
Vanuatu	51 y	37 y	1,4 y	96	87	1,1	19	32	1,6	38	52	0,7	77 y	77 y	1,0 y	23 x	13 x	1,8 x	65	55	1,2
Venezuela (Repubblica bolivariana)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	70	1,4
Vietnam	97	96	1,0	99	92	1,1	*12*	*27*	*2,3*	58	49	1,2	98	98	1,0	54	47	1,1	94	70	1,4
Yemen	48	24	2,0	73	34	2,1	34	51	1,5	24	26	0,9	85	73	1,2	4 x	1 x	6,7 x	–	–	–
Zambia	20	7	3,0	89	52	1,7	36	42	1,2	68	62	1,1	92	84	1,1	50	34	1,5	56	36	1,6
Zimbabwe	57	23	2,4	93	75	1,2	20	30	1,5	45	43	1,1	96	93	1,0	66	51	1,3	49	31	1,6
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																					
Africa subsahariana	59	37	1,6	77	40	1,9	26	41	1,5	42	35	1,2	86	68	1,3	34	24	1,4	40	23	1,7
Africa orientale e meridionale	53	37	1,4	79	41	1,9	29	40	1,4	48	40	1,2	87	74	1,2	49	31	1,6	47	26	1,8
Africa occidentale e centrale	60	37	1,6	79	41	1,9	25	41	1,6	41	31	1,3	86	62	1,4	28	17	1,7	35	20	1,8
Medio Oriente e Nord Africa	95	80	1,2	90	65	1,4	17	27	1,6	34	29	1,2	95	84	1,1	–	–	–	93	87	1,1
Asia meridionale	75	57	1,3	69 ‡	41 ‡	1,7 ‡	33	42	1,3	55 ‡	52 ‡	1,1 ‡	85	77	1,1	–	9 ‡	–	65	35	1,8
Asia orientale e Pacifico	84 **	72 **	1,2 **	97	90	1,1	12	23	2,0	49 **	44 **	1,1 **	97	96	1,0	26 **	26 **	1,0 **	86	64	1,3
America latina e Caraibi	–	–	–	–	–	–	13	26	2,0	51	44	1,1	–	–	–	–	–	–	88	64	1,4
ECO/CIS	–	–	–	99	95	1,0	10 r	16 r	1,6 r	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	81	1,1
Paesi meno sviluppati	57	40	1,4	77	42	1,8	29	41	1,4	49	41	1,2	85	70	1,2	30	19	1,6	47	33	1,4
Mondo	**83 ****	**60 ****	**1,4 ****	**88 ‡**	**59 ‡**	**1,5 ‡**	**21**	**35**	**1,7**	**45 ‡****	**39 ‡****	**1,1 ‡****	**91**	**79**	**1,1**	**–**	**22 ‡****	**–**	**82**	**51**	**1,6**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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'areazione, 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.

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. Escluse le stime su anni precedenti al 2000.

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.

++ 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 delle MICS2 e MICS3.

* 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.

‡ Esclusa l'India.

r Esclusa la Russia.

TAVOLA 13. DISPARITÀ - BENESSERE DELLE FAMIGLIE

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15-24 2010–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) maschi 15-24 2010–2014*		
	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*	49	31	1,6	56	52	0,9	*40*	*79*	*2,0*	0	5	23,0	–	–	–
Albania	98 x	99 x	1,0 x	98 x	100 x	1,0 x	27	13	2,1	–	–	–	91	94	1,0	20 x	60 x	3,0 x	10 x	38 x	3,8 x
Algeria	99	100	1,0	95	99	1,0	13	11	1,2	21	31	1,5	96	98	1,0	4	17	3,8	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	24 x	53 x	2,2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	63	90	1,4	–	–	–	–	–	–
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	99 y	100 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–	26	6	0,2	98	99	1,0	29	54	1,8	–	–	–
Armenia	100	100	1,0	99	100	1,0	26	19	1,4	–	–	–	99	100	1,0	–	–	–	–	–	–
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	92 x	97 x	1,1 x	90	100	1,1	28	16	1,8	–	–	–	67 y	70 y	1,0 y	1 x	12 x	10,3 x	2 x	14 x	6,3 x
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	30	47	1,5	18	73	4,1	50	21	2,4	72	84	1,2	65	81	1,3	2	18	8,9	–	–	–
Barbados	98	99	1,0	–	–	–	8	3	2,4	–	–	–	99	99	1,0	57	66	1,2	–	–	–
Belgio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	95	97	1,0	89	98	1,1	33	9	3,7	43	57	1,3	88	98	1,1	20	53	2,7	–	–	–
Benin	*61*	*95*	*1,6*	*60*	*98*	*1,6*	*50 x*	*29 x*	*1,7 x*	43	57	1,3	*57*	*90*	*1,6*	*9 x*	*26 x*	*3,1 x*	*17 x*	*52 x*	*3,0 x*
Bhutan	100	100	1,0	*34*	*95*	*2,8*	41	21	1,9	60	56	0,9	*85*	*97*	*1,1*	7	32	4,4	–	–	–
Bielorussia	–	–	–	100	100	1,0	11 x	2 x	5,3 x	–	–	–	93	93	1,0	55	55	1,0	42	43	1,0
Bolivia (Stato Plurinazionale)	68 x,y	90 x,y	1,3 x,y	57	99	1,7	32	9	3,5	18	27	1,5	95 x	99 x	1,0 x	5 x	40 x	8,4 x	11 x	45 x	4,3 x
Bosnia/Erzegovina	100 x	99 x	1,0 x	100	100	1,0	10	10	1,0	–	–	–	93	94	1,0	37	44	1,2	38	45	1,2
Botswana	–	–	–	–	–	–	38 x	20 x	1,9 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasile	–	–	–	–	–	–	7	3	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	62	95	1,5	46	92	2,0	42	19	2,3	13	31	2,5	31	85	2,8	8 x	37 x	4,4 x	–	–	–
Burundi	64	87	1,4	51	81	1,6	70	41	1,7	35	42	1,2	76	92	1,2	–	–	–	–	–	–
Cambogia	59	87	1,5	75	98	1,3	42	19	2,3	32	34	1,1	*87*	*98*	*1,1*	27	55	2,1	28	63	2,2
Camerun	*28*	*89*	*3,2*	*19*	*97*	*5,1*	*49*	*12*	*4,0*	8	36	4,7	*60*	*98*	*1,6*	*12 x*	*50 x*	*4,0 x*	–	–	–
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ciad	6	39	6,5	*8*	*61*	*7,6*	41	32	1,3	14	30	2,2	40	74	1,8	6	18	2,9	–	–	–
Cile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	–	–	–	84	99	1,2	19	7	2,9	47	61	1,3	94	96	1,0	15	32	2,2	–	–	–
Comore	*85*	*93*	*1,1*	*66*	*93*	*1,4*	*38*	*22*	*1,7*	39	36	0,9	*71*	*95*	*1,3*	–	–	–	–	–	–
Congo	80	99	1,2	78	99	1,3	35	9	3,7	22	37	1,7	94	99	1,1	5 x	12 x	2,4 x	12 x	27 x	2,3 x
Congo, Rep. Dem.	*16*	*38*	*2,4*	*66*	*98*	*1,5*	50	23	2,2	31	42	1,4	79	94	1,2	8	24	2,8	–	–	–
Corea, Rep.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corea, Rep. Dem. Pop.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	44	90	2,0	35	91	2,6	38	16	2,5	6	24	3,7	56	87	1,5	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	99	100	1,0	97	99	1,0	–	–	–	–	–	–	94	98	1,0	20	54	2,7	–	–	–
Croazia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danimarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	90	96	1,1	82	100	1,2	37	14	2,6	41	64	1,6	97 y	97 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–
Egitto	99	100	1,0	82	99	1,2	24	23	1,0	27	23	0,9	95	98	1,0	2 x	9 x	4,9 x	9 x	28 x	3,1 x
El Salvador	*98 x*	*99 x*	*1,0 x*	–	–	–	31 x	5 x	6,8 x	–	–	–	90 y	92 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	9	90	10,5	57	27	2,1	42	50	1,2	31 y	84 y	2,7 y	*9*	*37*	*4,3*	*21*	*43*	*2,0*
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	3 x	18 x	7,0 x	5	56	12,4	47	28	1,7	18	45	2,5	49 y	82 y	1,7 y	–	–	–	–	–	–
Federazione Russa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Figi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filippine	–	–	–	42	96	2,3	45	13	3,4	–	–	–	79 x	92 x	1,2 x	14 x	26 x	1,8 x	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	92	86	0,9	74	95	1,3	30	6	5,2	24	19	0,8	92	97	1,1	–	–	–	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 13. DISPARITÀ - BENESSERE DELLE FAMIGLIE

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15-24 2010–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) maschi 15-24 2010–2014*		
	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
Gambia	69	75	1,1	46	82	1,8	30	15	1,9	56	58	1,0	47	82	1,7	20	48	2,4	–	–	–
Georgia	99	100	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	96	1,0	–	–	–	–	–	–
Germania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	58	88	1,5	42	94	2,2	25	9	2,9	47	50	1,1	63	84	1,3	18	53	2,9	19	49	2,6
Giamaica	99	100	1,0	97	100	1,0	–	–	–	–	–	–	98	99	1,0	–	–	–	–	–	–
Giappone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gibuti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Giordania	98	100	1,0	99	100	1,0	14	2	7,7	22	21	1,0	97	99	1,0	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	–	–	37	96	2,6	*66*	*17*	*3,8*	49	55	1,1	–	–	–	5 x	41 x	7,8 x	–	–	–
Guinea	38	89	2,4	19	92	4,9	34	15	2,2	25	49	1,9	32	89	2,8	–	–	–	–	–	–
Guinea Equatoriale	60	60	1,0	48	88	1,8	28	19	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea-Bissau	17	35	2,0	23	82	3,6	42	18	2,3	16	37	2,3	*56*	*76*	*1,4*	*6*	*25*	*4,3*	–	–	–
Guyana	84 x	92 x	1,1 x	–	–	–	30	10	3,0	–	–	–	95	98	1,0	37 x	72 x	2,0 x	25 x	65 x	2,6 x
Haiti	71	92	1,3	10	78	8,1	31	7	4,7	52	62	1,2	73	96	1,3	18 x	41 x	2,2 x	28 x	52 x	1,9 x
Honduras	92	95	1,0	58	98	1,7	42	8	5,3	63	52	0,8	91	99	1,1	13 x	44 x	3,4 x	–	–	–
India	*57*	*86*	*1,5*	24 x	85 x	3,6 x	51	27	1,9	19 x	43 x	2,3 x	*70 x*	*96 x*	*1,4 x*	4 x	45 x	11,7 x	15 x	55 x	3,8 x
Indonesia	41	88	2,2	63	98	1,6	48	29	1,7	39	34	0,9	91	97	1,1	–	–	–	–	–	–
Iran (Repubblica Islamica)	–	–	–	–	–	–	21	1	17,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	98	100	1,0	82	96	1,2	25	22	1,1	19	22	1,1	79	98	1,2	1	8	7,2	–	–	–
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	92 x	98 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	12 x	39 x	3,3 x	37 x	58 x	1,6 x
Isole Salomone	–	–	–	74 x	95 x	1,3 x	34 x	22 x	1,6 x	–	–	–	58 x,y	78 x,y	1,3 x,y	17 x	37 x	2,1 x	35 x	50 x	1,5 x
Israele	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	100	100	1,0	100	100	1,0	14	12	1,2	–	–	–	99	100	1,0	25	44	1,8	13	49	3,8
Kenya	52	89	1,7	31	93	3,0	36	14	2,6	52	55	1,0	69	94	1,4	29 x	61 x	2,1 x	42 x	68 x	1,6 x
Kirghizistan	96	99	1,0	97	99	1,0	18	11	1,7	–	–	–	99	100	1,0	*17 x*	*29 x*	*1,7 x*	–	–	–
Kiribati	93 x	94 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42 x	49 x	1,2 x	38 x	51 x	1,3 x
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Rep. Dem. Pop.	66	93	1,4	11	91	8,4	61	20	3,1	35	69	2,0	71	97	1,4	6	41	6,5	12	43	3,6
Lesotho	42 x	49 x	1,2 x	60	94	1,6	46	13	3,4	–	–	–	89	98	1,1	26 x	48 x	1,8 x	14 x	45 x	3,3 x
Lettonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	16 y	31 y	1,9 y	43	89	2,1	35	20	1,8	57	44	0,8	25	65	2,6	14 x	29 x	2,1 x	17 x	37 x	2,2 x
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lussemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	100	1,0	98	98	1,0	7	2	3,6	–	–	–	96	99	1,0	9 x	45 x	5,0 x	–	–	–
Madagascar	72	94	1,3	27	73	2,7	48	44	1,1	11	17	1,6	54 y	82 y	1,5 y	10	40	4,1	13	41	3,2
Malawi	4 y	10 y	2,4 y	83	95	1,1	49	34	1,4	60	67	1,1	88	98	1,1	*39*	*50*	*1,3*	48	52	1,1
Maldive	92 x	94 x	1,0 x	–	–	–	22	16	1,4	–	–	–	94	94	1,0	23 x	48 x	2,0 x	–	–	–
Malesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	65	96	1,5	35 x	86 x	2,5 x	*44 x*	*22 x*	*2,0 x*	8 x	29 x	3,5 x	36	85	2,4	9	19	2,0	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marocco	–	–	–	38	96	2,5	28	7	4,2	14	23	1,7	77 x	97 x	1,3 x	–	–	–	–	–	–
Mauritania	33	84	2,6	27	96	3,6	39	18	2,2	9	33	3,8	45	83	1,9	2	12	7,9	–	–	–
Mauritius	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Messico	–	–	–	–	–	–	*26*	*8*	*3,2*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Rep.	99	100	1,0	98	99	1,0	11	3	4,2	–	–	–	98	99	1,0	14	47	3,3	13	40	3,1
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	99	99	1,0	98	99	1,0	25	7	3,9	24	50	2,1	93	98	1,1	*17*	*42*	*2,5*	*12*	*48*	*4,1*
Montenegro	99	99	1,0	99	100	1,0	5	9	0,5	–	–	–	95	100	1,0	*39*	*51*	*1,3*	*33*	*47*	*1,4*
Mozambico	42	60	1,4	32	90	2,8	51	24	2,1	41	70	1,7	64	95	1,5	41 x	43 x	1,1 x	16 x	45 x	2,7 x
Myanmar	50	96	1,9	51	96	1,9	47	21	2,3	52	75	1,4	81	95	1,2	–	–	–	–	–	–
Namibia	83 y	93 y	1,1 y	73	98	1,4	31	9	3,6	64	70	1,1	88	97	1,1	61 x	69 x	1,1 x	55 x	67 x	1,2 x

TAVOLA 13. DISPARITÀ - BENESSERE DELLE FAMIGLIE

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15-24 2010–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) maschi 15-24 2010–2014*		
	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 x	88 x	1,2 x	97 x	98 x	1,0 x	52 x	18 x	2,9 x	–	–	–	–	–	–	13 x	10 x	0,8 x	–	25 x	–
Nepal	55	58	1,1	26	93	3,7	55	15	2,2	49	48	1,0	81	82	1,0	12 x	49 x	4,3 x	30 x	59 x	2,0 x
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	50	89	1,8	12	71	6,0	*47*	*35*	*1,4*	34	49	1,4	35	81	2,3	6	30	5,0	6	42	7,2
Nigeria	7 y	65 y	9,7 y	6	85	15,0	54	18	3,0	20	53	2,6	28	95	3,3	15	33	2,2	23	43	1,9
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0	–	–	–	–	–	–
Norvegia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nuova Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	5	71	14,3	30	85	2,9	62	23	2,7	34	48	1,4	39	87	2,2	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	90	97	1,1	72	100	1,4	–	–	–	–	–	–	96	97	1,0	–	–	–	–	–	–
Papua Nuova Guinea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	67 y	89 y	1,3 y	–	–	–	28	13	2,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Peru	94 y	98 y	1,0 y	68	99	1,5	34	4	9,2	23	36	1,6	93 y	96 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portogallo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Regno Unito	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Ceca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	46	85	1,8	33	87	2,6	45	30	1,5	11	28	2,5	57	90	1,6	12	21	1,7	19	29	1,5
Repubblica Dominicana	65	98	1,5	97	98	1,0	11	4	2,9	47	57	1,2	91	99	1,1	31 x	46 x	1,5 x	21 x	41 x	2,0 x
Romania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	58	64	1,1	84	97	1,2	49	21	2,3	22	37	1,7	82 y	93 y	1,1 y	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts/Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent e Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	*47*	*77*	*1,6*	*72*	*94*	*1,3*	–	–	–	–	–	–	*85 y*	*91 y*	*1,1* y	3 x	3 x	1,0 x	3 x	9 x	2,7 x
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	74 x	86 x	1,1 x	–	–	–	38	18	2,2	–	–	–	88	97	1,1	27 x	56 x	2,0 x	39 x	55 x	1,4 x
Senegal	51	93	1,8	30	86	2,8	29	9	3,3	24	24	1,0	50	89	1,8	–	–	–	–	–	–
Serbia	97	100	1,0	98	95	1,0	14	4	3,3	–	–	–	97	100	1,0	28	69	2,4	28	66	2,4
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	77	80	1,0	51	84	1,6	43	28	1,5	87	88	1,0	62	92	1,5	14	36	2,6	–	–	–
Singapore	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Siria, Repubblica araba	93 x	99 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	45 x	59 x	1,3 x	92 x	99 x	1,1 x	4 x	10 x	2,9 x	–	–	–
Slovacchia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	1 x	7 x	6,6 x	–	–	–	52 x	25 x	2,0 x	7 x	31 x	4,8 x	4 x	50 x	13,2 x	1 x	8 x	13,5 x	–	–	–
Spagna	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	97 x	98 x	1,0 x	97 x	99 x	1,0 x	19	10	2,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Stati Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	100	99	1,0	100	99	1,0	8	7	1,1	23	31	1,3	99	99	1,0	5	10	2,1	–	–	–
Sud Sudan	*21*	*57*	*2,7*	*8*	*41*	*5,1*	*31*	*27*	*1,2*	27	52	1,9	10	50	5,1	3	18	6,1	–	–	–
Sudafrica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudan	26	98	3,8	6	59	10,5	42	15	2,8	21	16	0,7	48	96	2,0	1	11	13,6	–	–	–
Suriname	98	100	1,0	84	95	1,1	13	6	2,4	–	–	–	92	96	1,1	26	52	2,0	–	–	–
Svezia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Svizzera	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Swaziland	39	73	1,9	*65*	*94*	*1,4*	42	14	3,0	58	60	1,0	95	99	1,0	49	72	1,5	44	64	1,5
Tagikistan	86	90	1,0	74	96	1,3	32	21	1,5	53	62	1,2	95	99	1,0	–	–	–	–	–	–
Tanzania, Repubblica Unita	4	56	12,7	31	90	2,9	48	26	1,8	41	38	0,9	68	95	1,4	*39*	*55*	*1,4*	*34*	*56*	*1,7*
Thailandia	99 y	100 y	1,0 y	98	100	1,0	23	11	2,2	71	53	0,7	94	97	1,0	48	59	1,2	–	–	–
Timor Est	50	56	1,1	10	69	6,9	59	39	1,5	70	71	1,0	60	84	1,4	9	16	1,8	11	35	3,0
Togo	67	97	1,5	27	95	3,6	33	11	3,2	28	25	0,9	80	97	1,2	18	42	2,3	20	55	2,7
Tonga	92	96	1,1	97	99	1,0	7	10	0,7	–	–	–	94 y	94 y	1,0 y	11	16	1,4	13	14	1,1
Trinidad e Tobago	96 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95 x	98 x	1,0 x	48 x	62 x	1,3 x	–	–	–
Tunisia	98	100	1,0	94	100	1,1	16	8	2,0	–	–	–	96	98	1,0	10	29	2,8	–	–	–
Turchia	98 y	99 y	1,0 y	91	100	1,1	*18*	*4*	*4,3*	–	–	–	87 x,y	97 x,y	1,1 x,y	–	–	–	–	–	–
Turkmenistan	94 x	97 x	1,0 x	99 x	100 x	1,0 x	21 x	13 x	1,7 x	–	–	–	99 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 13. DISPARITÀ - BENESSERE DELLE FAMIGLIE

Paesi e aree	Registrazione anagrafica (%)++ 2010–2015*			Assistenza qualificata al parto (%) 2010–2015*			Diffusione sottopeso 0- 5 (%) 2009–2015*			Trattamento diarrea infantile con sali per la reidratazione orale - SRO (%) 2010–2015*			Rapporto frequenza netta alla scuola primaria 2009–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) femmine 15-24 2010–2014*			Conoscenza esauriente dell'HIV/AIDS (%) maschi 15-24 2010–2014*		
	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
Tuvalu	39 x	71 x	1,8 x	–	–	–	8 x	13 x	0,6 x	–	–	–	99 x,y	100 x,y	1,0 x,y	34 x	39 x	1,2 x	–	67 x	–
Ucraina	100	99	1,0	99	100	1,0	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0	41	53	1,3	40	54	1,3
Uganda	27	44	1,6	43	88	2,0	*37*	*21*	*1,8*	43	45	1,1	*79*	*92*	*1,2*	*20 x*	*47 x*	*2,3 x*	*28 x*	*47 x*	*1,6 x*
Ungheria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistan	100 x	100 x	1,0 x	100 x	100 x	1,0 x	21 x	15 x	1,4 x	–	–	–	93 x	96 x	1,0 x	25 x	33 x	1,3 x	–	–	–
Vanuatu	33 y	59 y	1,8 y	77	95	1,2	40	16	2,4	–	–	–	75 y	80 y	1,1 y	9 x	23 x	2,7 x	–	–	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	86 x	99 x	1,2 x	–	–	–	–	–	–
Vietnam	91	98	1,1	73	100	1,4	*41*	*6*	*6,7*	–	–	–	94	99	1,0	30	65	2,2	–	–	–
Yemen	17	56	3,3	19	81	4,2	59	26	1,4	27	21	0,8	56	90	1,6	0 x	4 x	–	–	–	–
Zambia	5	29	6,0	45	94	2,1	47	28	1,7	59	68	1,1	75	97	1,3	*24 x*	*48 x*	*2,0 x*	*24 x*	*51 x*	*2,1 x*
Zimbabwe	17	68	3,9	70	96	1,4	33	15	2,2	37	45	1,2	90	98	1,1	47	65	1,4	43	67	1,6
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																					
Africa subsahariana	28	68	2,4	29	84	2,9	46	22	2,1	29	45	1,5	55	91	1,7	16	34	2,1	–	–	–
Africa orientale e meridionale	31	61	1,9	32	80	2,5	45	26	1,8	36	48	1,3	64	89	1,4	–	–	–	–	–	–
Africa occidentale e centrale	27	70	2,6	27	88	3,2	47	19	2,5	24	45	1,8	46	91	2,0	12	31	2,5	21	44	2,1
Medio Oriente e Nord Africa	77	95	1,2	62	90	1,5	28	15	1,8	23	23	1,0	78	97	1,2	–	–	–	–	–	–
Asia meridionale	46	79	1,7	24 ‡	81 ‡	3,3 ‡	52	25	2,0	49 ‡	60 ‡	1,2 ‡	65	93	1,4	–	–	–	–	–	–
Asia orientale e Pacifico	57 **	91 **	1,6 **	61 **	97 **	1,6 **	45 **	20 **	2,2 **	44 **	42 **	1,0 **	90 **	97 **	1,1 **	–	–	–	–	–	–
America latina e Caraibi	–	–	–	–	–	–	22	7	3,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CIS	–	–	–	93	99	1,1	19 r	9 r	2,3 r	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paesi meno sviluppati	34	63	1,9	32	81	2,6	47	24	1,9	38	49	1,3	61	88	1,4	10	26	2,6	–	–	–
Mondo	**57 ** **	**84 ** **	**1,7 ** **	**43 ‡** **	**88 ‡** **	**2,1 ‡** **	**43 ** **	**21 ** **	**2,1 ** **	**34 ‡** **	**45 ‡** **	**1,3 ‡** **	**67 ** **	**93 ** **	**1,4 ** **	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 – Dati da AIDS Surveys (AIS) DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio, DHS STATcompiler, www.statcompiler.com.

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 orali (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>.

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. Se rientrano nel periodo di riferimento rilevato, tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali.

++ 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 delle MICS2 e MICS3.

* 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.

‡ Esclusa l'India.

r Esclusa la Russia.

TAVOLA 14. SVILUPPO NELLA PRIMA INFANZIA

Paesi e aree	Frequenza istruzione pre-scolare 2005–2014*					Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti ++ 2005–2014*					Sostegno apprendimento da parte del padre ++ 2005–2014*	Materiale didattico in casa 2005–2014*						Bambini affidati a cure inadeguate 2005–2014*				
												Libri per bambini			Giocattoli ++							
	totale	maschi	femmine	20% più povero	20% più ricco	totale	maschi	femmine	20% più povero	20% più ricco		totale	20% più povero	20% più ricco	totale	20% più povero	20% più ricco	totale	maschi	female	20% più povero	20% più 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
Algeria	17	17	16	7	31	78	79	78	64	92	79	11	3	23	35	32	36	6	6	5	6	6
Argentina	63	61	66	46	85	84	83	85	73	95	57	61	40	83	61	58	63	8	9	8	10	5
Bangladesh	13	13	14	12	18	78	78	78	64	94	10 y	9	2	23	60	57	60	12	11	12	14	12
Barbados	90	88	91	90 p	97 p	97	97	97	100 p	100 p	46	85	83	89	76	68	77	1	2	1	0	3
Belize	32	30	34	16	59	86	88	83	73	94	50	40	17	73	57	55	58	2	3	2	4	1
Benin	13	–	–	–	–	28	–	–	–	–	5 y	1	–	–	48	–	–	34	–	–	–	–
Bhutan	10	10	10	3	27	54	52	57	40	73	51	6	1	24	52	36	60	14	13	15	17	7
Bielorussia	88	86	89	75	91	96	94	97	90	99	68	92	83	96	79	77	79	4	4	4	4	5
Bosnia/Erzegovina	13	12	14	2	31	95	95	96	87	100	76	56	39	73	56	58	60	2	2	2	3	1
Botswana	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasile	70 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
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	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cambogia	15 y	12 y	17 y	7 y	38 y	59 y	57 y	62 y	48 y	73 y	9 y	4 y	1 y	12 y	34 y	20 y	53 y	10 y	10 y	10 y	16 y	4 y
Camerun	28	–	–	–	–	44	–	–	–	–	4 y	4	–	–	53	–	–	34	–	–	–	–
Ciad	5	5	4	1	16	70	69	70	64	71	29	1	0	2	43	38	50	56	57	56	58	56
Colombia	37 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	36	–	–	–	–	59	–	–	–	–	6 y	3	–	–	51	–	–	42	–	–	–	–
Congo, Repubblica Democratica	7 y	7 y	7 y	1 y	20 y	52 y	55 y	48 y	45 y	64 y	4 y	1 y	0 y	2 y	27 y	18 y	49 y	49 y	50 y	48 y	57 y	29 y
Corea, Repubblica Democratica Popolare	98	98	97	–	–	91	88	93	–	–	75	79	–	–	47	–	–	17	17	16	–	–
Costa d'Avorio	5	5	5	1	15	50	50	51	55	57	40	5	3	13	39	44	35	59	60	58	62	51
Costa Rica	18	17	18	8	40	68	69	66	54	88	52	37	13	70	73	68	74	4	4	4	6	3
Croazia	72 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	76	75	77	–	–	89	89	90	–	–	18 y	48	–	–	78	–	–	4	4	4	–	–
Egitto	47 y	48 y	47 y	34 y	50 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	4	4	7	2
El Salvador	25	–	–	–	–	59	–	–	–	–	8 y	18	–	–	62	–	–	4	–	–	–	–
Gambia	18	17	19	12	32	48	49	47	50	55	21	1	0	4	42	28	50	21	22	19	25	18
Georgia	66	65	67	53	83	84	84	83	67	94	33	51 y	26 y	69 y	38	41	41	8 y	9 y	8 y	4 y	10 y
Ghana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Giamaica	92	92	91	88	100	88	86	90	76	86	28	55	34	73	61	64	56	2	2	2	2	1
Gibuti	14	12	16	–	–	37 y	38 y	35 y	–	–	28 y	15	–	–	24	–	–	8	8	8	–	–
Giordania	22 y	21 y	23 y	11 y	39 y	82 y	81 y	83 y	75 y	87 y	72 y	23 y	11 y	40 y	70 y	68 y	74 y	9 y	9 y	9 y	11 y	8 y
Guinea-Bissau	13	–	–	–	–	34	–	–	–	–	0 y	1	–	–	31	–	–	31	–	–	–	–
Guyana	61	–	–	–	–	87	–	–	–	–	16 y	47	–	–	69	–	–	5	–	–	–	–
Honduras	19	17	21	13	28	48	47	49	28	75	59	11	1	34	78	74	81	4	5	4	8	2
Indonesia	17	16	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran (Repubblica islamica)	20 y	19 y	22 y	–	–	70 y	69 y	70 y	–	–	60 y	36 y	–	–	67 y	–	–	15 y	15 y	15 y	–	–
Iraq	4	4	4	1	10	58	58	59	40	78	55	5	1	16	34	34	32	8	8	7	9	8
Kazakistan	37	36	38	19	61	92	92	91	84	96	49	48	24	76	45	40	49	4	4	4	5	4
Kirghizistan	23	23	23	12	50	72	74	70	63	73	3 y	27	15	54	59	63	54	5	5	4	6	5
Laos, Repubblica Democratica Popolare	23	21	25	5	73	57	58	57	42	87	52	5	1	24	41	29	50	14	15	13	20	8
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	56	92	92	91	81	96	71	52	18	81	71	70	79	5	5	5	11	1
Malawi	39	37	41	26	67	29	29	30	22	44	3 y	1	0	6	45	35	66	37	37	37	39	28
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	35 y	34 y	35 y	16 y	59 y	58 y	21 y	9 y	52 y	14 y	19 y	7 y	11	–	–	–	–
Mauritania	14	14	14	2	41	55	54	55	55	64	28	–	–	–	40	42	39	26	27	26	24	25
Moldavia, Repubblica	71	74	67	50	88	89	86	92	81	95	47	68	33	87	68	75	69	6	6	6	9	5
Mongolia	68	–	–	–	–	60	–	–	–	–	12 y	33	–	–	56	–	–	10	–	–	–	–
Montenegro	40	39	42	7	66	98	97	99	93	98	45 y	73	48	87	60	61	66	3	3	3	2	3
Mozambico	–	–	–	–	–	47	45	48	48	50	20	3	2	10	–	–	–	33	33	32	–	–

unicef 70 ANNI PER OGNI BAMBINO

TAVOLA 14. SVILUPPO NELLA PRIMA INFANZIA

Paesi e aree	Frequenza istruzione pre-scolare 2005–2014*					Sostegno all'apprendimento da parte degli adulti ++ 2005–2014*					Sostegno apprendimento da parte del padre ++ 2005–2014*	Materiale didattico in casa 2005–2014*						Bambini affidati a cure inadeguate 2005–2014*				
												Libri per bambini			Giocattoli ++							
	totale	maschi	femmine	20% più povero	20% più ricco	totale	maschi	femmine	20% più povero	20% più ricco		totale	20% più povero	20% più ricco	totale	20% più povero	20% più ricco	totale	maschi	female	20% più povero	20% più ricco
Myanmar	23	23	23	8	46	58 y	58 y	58 y	42 y	76 y	44 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	51	52	49	41	84	67	70	64	51	90	10 y	5	1	16	59	60	60	21	20	21	30	12
Nigeria	43	42	43	10	84	65	66	64	48	89	37	6	0	19	38	29	48	40	40	40	40	34
Oman	29	–	–	–	–	81	–	–	–	–	22 y	25	–	–	75	–	–	45	–	–	–	–
Panama	37	38	35	28	67	74	73	74	55	89	45	26	7	59	69	67	68	3	3	2	6	1
Qatar	41	41	41	–	–	88	89	88	–	–	85	40	–	–	55	–	–	12	12	11	–	–
Repubblica Centrafricana	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
Repubblica Dominicana	40	–	–	–	–	58	–	–	–	–	6 y	10	–	–	57	–	–	5	–	–	–	–
Santa Lucia	85	87	84	–	–	93	89	96	–	–	50	68	–	–	59	–	–	5	5	5	–	–
Sao Tomé/Principe	36	–	–	–	–	63	–	–	–	–	3 y	6	–	–	65	–	–	16	–	–	–	–
Senegal	22 y	23 y	21 y	7 y	43 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Serbia	50	52	49	9	82	96	95	96	87	98	37 y	72	44	83	75	78	76	1	2	1	3	2
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	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Stato di Palestina	26	27	26	21	38	78	77	78	69	87	12 y	20	13	31	69	64	72	14	14	15	15	12
Sud Sudan	6	6	6	2	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudafrica	37 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudan	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	46	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	34	33	35	16	63	73	71	75	56	91	26	25	4	61	59	61	60	7	7	7	9	8
Swaziland	30	–	–	–	–	39	–	–	–	–	2 y	6	–	–	67	–	–	17	–	–	–	–
Tagikistan	6	–	–	–	–	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11
Thailandia	84	84	85	85	82	93	92	93	87	96	35	43	24	71	71	69	70	5	5	4	7	2
Togo	26 y	26 y	26 y	15 y	52 y	25 y	25 y	25 y	20 y	42 y	21 y	1 y	0 y	3 y	34 y	22 y	48 y	29 y	26 y	33 y	36 y	26 y
Trinidad eTobago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Tunisia	44	42	47	13	81	71	68	74	44	90	71	18	3	40	53	46	56	13	13	14	18	9
Turkmenistan	24	23	26	10	64	93	93	92	92	96	66	42	24	65	61	64	48	15	15	16	18	10
Ucraina	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uruguay	81	83	80	–	–	93	94	91	–	–	66 y	59	–	–	75	–	–	3	3	3	–	–
Uzbekistan	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
Venezuela (Repubblica bolivariana)	66 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vietnam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15 y	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yemen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22
Zimbabwe	22	20	23	17	34	43	43	43	35	59	3 y	3	1	12	62	48	74	19	19	18	25	7
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE																						
Africa subsahariana	25	–	–	–	–	51	–	–	–	–	24	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Africa orientale e meridionale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Africa occidentale e centrale	26	28	21	8	53	52	56	48	43	72	25	4	0	13	38	28	48	41	42	42	44	34
Medio Oriente e Nord Africa	23	25	21	13	35	63	60	66	–	–	60	16	–	–	45	–	–	11	11	11	14	8
Asia meridionale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia orientale e Pacifico	34 **	36 **	32 **	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
America latina e Caraibi	60	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paesi meno sviluppati	13	13	12	7	25	57	57	63	50	72	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mondo	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**

Per una lista completa di paesi e aree nelle regioni, sottoregioni e categorie paese, consultare <data.unicef.org/regionalclassifications>.

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 e 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.

p Basato su piccoli denominatori (generalmente tra 25–49 casi sottopeso). Non vengono considerati dati inferiori ai 25 casi.

* I dati riportati 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 delle MICS2 e MICS3.

Al giorno d'oggi, se ci guardiamo intorno, ci troviamo di fronte a una verità scomoda ma innegabile: la sorte di milioni di bambini dipende semplicemente dal paese, dalla comunità, dal genere o dalle circostanze in cui sono nati.

E come dimostrano i dati contenuti in questo rapporto, se non accelereremo i ritmi dei nostri progressi nel raggiungere questi milioni di bambini svantaggiati e vulnerabili, il loro futuro, e pertanto anche quello delle loro società, sarà in pericolo.

Anthony Lake, Direttore Generale, UNICEF

unicef

70 ANNI PER OGNI BAMBINO

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro,68
00185 Roma
info@unicef.it
www.unicef.it