

Capitolo 1

IL CALO DELLA FECONDITÀ NEI PAESI DELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

L'analisi condotta in questo capitolo ha come principali riferimenti bibliografici:

✎ Maffioli Dionisia _ *Africa sub-sahariana*

Tratto da: Dalla Zuanna Gianpiero _ *Contracezione e aborto alle soglie del 2000 . Paesi poveri e Paesi ricchi a confronto* _ Dipartimento di Scienze Demografiche . Università degli Studi di Roma "La Sapienza" _ [1995]

✎ Salvini Silvana _ *Contracezione e pianificazione familiare . Trasformazioni sociali e controllo della popolazione nei paesi in via di sviluppo* _ Il Mulino . Ricerca _ [1997]

1.1 POPOLAZIONE E SVILUPPO

LA SITUAZIONE ATTUALE: LA FRATTURA TRA MONDO RICCO E MONDO POVERO

I dati sugli andamenti tendenziali dei tassi di natalità, di mortalità e di incremento mettono in rilievo lo squilibrio, di forte entità, tra i paesi del cosiddetto “mondo ricco” e quelli del cosiddetto “mondo povero”.

In buona parte dei *Paesi sviluppati*, il *Tasso di Fecondità Totale* (IFT) è ormai sostanzialmente sceso al di sotto del livello che assicura il *ricambio generazionale*: immediata conseguenza di ciò è un progressivo **invecchiamento della popolazione**, fattore inequivocabilmente legato alle dinamiche economiche, sociali e culturali di una nazione, al di là delle opinioni che si possano avere sulle conseguenze a cui cambiamenti di questo tipo possono portare. Sui 192 paesi del mondo, 51 (non esclusivamente paesi sviluppati), che però rappresentano circa il 45% della popolazione totale, presentano un numero medio di figli per donna inferiore a 2.1, la cosiddetta *soglia della crescita zero* o *soglia di sostituzione*, il minimo necessario a garantire il rinnovamento generazionale nei paesi che beneficiano di buone condizioni sanitarie. La crescita demografica ha di conseguenza iniziato a rallentare notevolmente, sebbene in molti casi il processo sia attenuato dagli effetti dell’immigrazione. I paesi industrializzati che non sono ancora arrivati al di sotto di tale soglia presentano comunque flussi di rinnovo molto modesti, un complessivo aumento della speranza di vita e pertanto strutture per età molto invecchiate. Hanno una fecondità inferiore alla soglia di sostituzione in America gli Stati Uniti, il Canada, Cuba e la maggior parte delle isole dei Caraibi; in Asia la Georgia, la Thailandia, la Cina, il Giappone, la Corea del Sud; in Oceania l’Australia, in Europa¹ la quasi totalità dei paesi. Fra l’altro si prospetta un aumento del numero di questi paesi e, tra essi, anche di quelli in cui il numero di decessi supera quello delle nascite.

Nei *Paesi in via di sviluppo* (Pvs), invece, tassi ancora piuttosto elevati di fecondità (soprattutto in Africa) si sono affiancati a progressivi decrementi dei tassi di mortalità, imputabili ad una veloce importazione delle scoperte medico-sanitarie lentamente accumulate dai paesi occidentali e ai vasti ed immediati effetti che tale progresso² (non

¹ Qui in certi casi il numero di decessi supera già quello delle nascite, ad esempio nei casi di Estonia, Lettonia, Germania, Bielorussia, Bulgaria, Ungheria, Russia, Spagna e Italia.

² In relazione a questa omogeneizzazione, se non si considera il peso esercitato in alcune realtà dall’AIDS, la mortalità ha perso di fatto sempre più importanza come fattore differenziale tra diverse dinamiche demografiche.

autonomo) può avere su una struttura per età molto giovane, soprattutto sull'abbassamento della mortalità infantile, nonostante venga frenato dall'assenza di un parallelo miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. La concomitanza di questi due elementi, forte natalità e aumento della speranza di vita, si traduce ovviamente in poderosi ritmi di incremento demografico, in strutture per età con base sempre più larga e in una quota sempre maggiore di giovani con aspettative di lavoro e di studio deluse. Come vedremo in seguito, è ormai quasi universalmente riconosciuto che un incremento demografico di tale entità e velocità, effetto dell'**alta fecondità**, abbia rappresentato e rappresenti di fatto un ostacolo, o se non altro un freno, per lo sviluppo sociale ed economico delle nazioni più povere, motivo per cui il problema del declino della fecondità e della diffusione della contraccezione è al centro del dibattito internazionale su Popolazione e Sviluppo.

Come nella maggior parte dei casi, situazioni antitetiche possono rivelarsi egualmente problematiche, a seconda dei punti di vista: tanto un progressivo calo demografico e un conseguente invecchiamento della popolazione, quanto un veloce e continuo incremento di essa, possono indurre conseguenze incontrollabili e spesso disastrose, freno inesorabile per il processo di sviluppo in entrambe le ipotesi.

Anche nel quadro demografico dei Pvs stanno comunque avvenendo cambiamenti ed evoluzioni sostanziali. In più casi, all'interno di diversi paesi, **gruppi** di esigua dimensione ma **di varia origine** hanno mostrato segni di un **declino di fecondità** precoce rispetto al resto della popolazione: donne con particolari caratteristiche sembrano precedere altre in un processo che tende ad essere considerato legittimo figlio dell'urbanizzazione e di una generale modernizzazione.

Nell'ultimo trentennio la fecondità è quindi enormemente diminuita in alcune regioni, identificabili principalmente (ma non esclusivamente) in quelle corrispondenti ai Paesi sviluppati; in altre sicuramente meno ma, tranne per alcune rare eccezioni, il declino della fecondità sembra comunque un processo avviato quasi universalmente.

IL LEGAME TRA POPOLAZIONE E SVILUPPO

Nei primi anni Sessanta si svolsero varie ricerche che sembrarono dimostrare in modo scientifico il legame tra rapido incremento demografico e deludenti tassi di sviluppo: tutto pareva suggerire che l'elevata fecondità agisse da freno al progresso tramite gli effetti della struttura per età e la dipendenza della popolazione inattiva da quella attiva. Gli stessi risultati potevano però nascere da un legame causale esattamente inverso, in cui viceversa sarebbero state le condizioni arretrate e di basso sviluppo sociale ed economico a gettare le basi degli alti livelli di fecondità, sia desiderata che realizzata.

Motivi per cui un rapido e smisurato **incremento demografico** può effettivamente costituire un **ostacolo allo sviluppo** effettivamente non mancano:

- ✓ Può venire a crearsi un profondo e critico squilibrio tra popolazione e risorse per la progressiva scarsità di queste ultime, arrivando a compromettere seriamente la sopravvivenza dei più poveri e dei più deboli, nonché il sistema socio-economico nel suo complesso.
- ✓ Le spese necessarie alla salvaguardia di un buon sistema d'istruzione possono diventare insostenibili; i giovani delle famiglie meno abbienti possono vedersi negare il diritto allo studio, nel qual caso le basi fondamentali per lo sviluppo futuro del paese vengono inesorabilmente a mancare.
- ✓ Il mondo del lavoro diventa di fatto sempre più inaccessibile di fronte ad un mercato sempre più saturo: le aspettative di molti giovani vengono deluse e questo compromette anche la loro fiducia nel futuro.
- ✓ Il sistema sanitario può non riuscire a tutelare tutte le necessità e a far fronte a tutte le richieste dei cittadini, per cui possono venir a mancare le basilari condizioni di salute e benessere.

Consideriamo ora l'altra faccia della medaglia e i motivi per cui, a parere di molti³, un **eccessivo calo della fecondità** può rivelarsi **a sua volta grave fonte di squilibrio** sociale ed economico: come abbiamo visto, infatti, al di là dell'invecchiamento delle popolazioni che origina, in molti territori pone un altro problema particolarmente pesante, quello della diminuzione demografica, con tutti gli effetti negativi che questa comporta.

³ Opinioni condivise non solo da portatori di ragioni etiche contro la limitazione delle nascite.

- ✓ La proporzione dei giovani nelle popolazioni diminuisce fortemente: ne consegue un rovesciamento della piramide delle età, con una debole popolazione di adulti giovani che deve garantire la produzione del paese e sostenere il peso di un'ampia fascia di persone anziane ed inattive, che hanno sempre più bisogno di cure e di materiale medico. Per garantire il funzionamento dei sistemi di assistenza sociale (mutua, pensioni, rimborsi per le cure mediche e così via), può essere forte la tentazione di ricorrere all'eutanasia, già praticata in diversi paesi d'Europa.
- ✓ All'interno della stessa popolazione attiva, si possono produrre profondi squilibri fra i giovani e gli attivi meno giovani; questi ultimi cercano ovviamente di assicurarsi un impiego e ciò va a scapito dei primi, ridotti di fatto ad inserirsi in un mercato del lavoro ridotto.
- ✓ Osserviamo anche che, contrariamente a ciò che solitamente si divulga, la disoccupazione stessa può essere aggravata dal calo demografico, a seguito di aspetti non secondari di questa evoluzione. L'aumento dell'età media della popolazione, per esempio, si riflette logicamente sul profilo psicologico della popolazione: la "tristezza", la mancanza di dinamismo intellettuale, economico, scientifico e sociale e l'assenza di creatività, che sembrano già colpire alcune nazioni "invecchiate", esprimerebbero la struttura della loro piramide demografica.
- ✓ Non si può neppure dimenticare l'impatto che può indirettamente esercitare una popolazione anziana sul sistema educativo: al fine di far fronte al peso di questa fascia, è forte la tentazione di decurtare il budget normalmente destinato alla formazione delle nuove generazioni.
- ✓ Questo indebolimento del sistema educativo comporta a sua volta un rischio considerevole, la perdita della memoria collettiva: la trasmissione dei dati culturali, scientifici, tecnici, artistici, morali e religiosi ne risulterebbe gravemente ipotecata.
- ✓ Fra le conseguenze più evidenti e temibili della caduta della fecondità bisogna menzionare anche gli squilibri violenti che possono nascere fra paesi le cui popolazioni presentano strutture d'età molto diverse. Se, per esempio, si paragona la piramide delle età di paesi come la Francia, la Spagna e l'Italia a quella di paesi come l'Algeria, il Marocco e la Turchia, si è colpiti dal loro carattere reciprocamente rovesciato, fonte di problemi e difficoltà attuali come innanzitutto l'immigrazione clandestina dai paesi più poveri verso quelli più ricchi.

1.2 LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Sulla base dell'esperienza vissuta dai Paesi sviluppati e puntando l'attenzione sul ruolo fondamentale che giocherebbero le trasformazioni di tipo socioeconomico, venne formulata nel secondo dopoguerra (e rielaborata in seguito) la *teoria della transizione demografica*. Per molti anni si è ritenuto di poter applicare tale teoria non solo ai Paesi sviluppati, dove già si è dimostrata discutibile, ma anche ai Paesi in via di sviluppo, nella convinzione che il processo di evoluzione demografica di questi ultimi avrebbe seguito nel futuro le stesse linee già tracciate dai primi, senza comprendere e considerare le profonde differenze intercorrenti tra le due diverse realtà.

LA TEORIA DELLA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

La transizione segna, secondo tale teoria, il passaggio da un regime demografico tradizionale, caratterizzato da alta natalità ed alta mortalità, ad uno moderno, dove a bassi tassi di mortalità corrispondono contenuti tassi di fecondità. Nella fase di vera e propria transizione, una riduzione dei tassi di mortalità si affianca a tassi di natalità ancora sostenuti: è il momento in cui si registrano i saldi naturali più elevati (differenza tra numero di nascite e numero di morti), in cui ha luogo una vera e propria esplosione demografica.

Il **primo stadio** è definito *antico* e ai nostri giorni è stato superato da qualunque popolazione: la natalità nella società tradizionale, strutturata su base familiare, è fortemente incoraggiata dal sentimento popolare e dalla religione, poiché per sopravvivere la società e la famiglia hanno bisogno di un alto numero di braccia e di individui. Il saldo naturale è però prossimo a zero, o in altre parole la crescita della popolazione è molto lenta, a causa di epidemie, guerre e carestie, che tengono molto alti anche i tassi di mortalità e compensano l'alta natalità.

Durante il periodo iniziale d'industrializzazione e generale modernizzazione, si assiste ad una crescita demografica sostenuta perché la fecondità rimane non controllata ed elevata mentre la mortalità diminuisce, a seguito delle migliori condizioni di vita originarie da innovazioni dell'agricoltura (con l'aumento della produzione e delle risorse alimentari), dei trasporti, della manifattura e dai progressi igienici, medici (con l'introduzione delle vaccinazioni) e sanitari. Nelle **fasi iniziali del processo**, la fecondità appare meno sensibile al processo di modernizzazione perché le dottrine religiose, i codici morali, le leggi, l'istruzione, i costumi sociali, le abitudini nuziali e le organizzazioni familiari sono tutti

concentrati verso il mantenimento di una fecondità elevata: tutti questi elementi variano solo gradualmente e in risposta a stimolazioni più potenti. Mentre è scontato che qualunque società accolga positivamente una diminuzione della mortalità ed un aumento della speranza di vita, nel caso della fecondità la resistenza culturale al cambiamento può essere forte. Le popolazioni hanno interiorizzato le istituzioni e i valori che sostengono (in realtà, come vedremo, sotto alcuni aspetti anche limitatamente moderano) la riproduzione.

I teorici classici della transizione sostengono che la fecondità diminuisce soltanto come risultato di effetti conseguenti l'industrializzazione e la modernizzazione su larga scala: una migliore sopravvivenza, una crescente cultura individualista, aspirazioni consumistiche in ascesa, la perdita di ruoli familiari prestabiliti nel processo produttivo e l'annullamento delle disparità di genere nel diritto all'educazione, il tutto a favore di un generale declino del fatalismo e della maturazione di atteggiamenti più attivi. Il miglioramento generale delle condizioni di sopravvivenza, il calo della mortalità (soprattutto infantile) e il conseguente aumento della speranza di vita dovrebbero ridurre generalmente il desiderio di figli, nella consapevolezza che un numero maggiore di essi raggiungerà l'età adulta; lo sviluppo, d'altro canto, cambiando la struttura economica allontanandola dall'ottica della produzione familiare e migliorando il sistema pensionistico, elimina progressivamente la necessità di costituire famiglie numerose quali garanzia di auto-sostentamento e aumenta da molti punti di vista i costi della riproduzione, anche in termini di ostacolo all'emancipazione femminile: questi vengono ritenuti i motivi per cui anche coloro che rappresentano i sostenitori culturali della fecondità elevata dovrebbero nel corso del tempo rivalutare le proprie posizioni e favorire un calo generalizzato della fecondità.

Sotto l'impatto della vita urbana e di una generale modernizzazione, riassumendo quanto detto, lo scopo sociale di perpetuazione della famiglia viene progressivamente sostituito da quello di promuovere la salute, l'istruzione e il benessere materiale del singolo bambino; l'esigenza di limitare le dimensioni della famiglia risulta a quel punto diffusa e si comincia ad intravedere la fine del periodo di crescita. Quando anche la fecondità diminuisce, adeguandosi ai bassi livelli di mortalità, la popolazione raggiunge quello **stadio maturo-stazionario**, detto *moderno*, che caratterizza le popolazioni sviluppate: l'incremento è molto contenuto e mediamente la popolazione può essere considerata "a crescita zero".

IL CONTESTO CHE FA DA SFONDO ALLA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Cerchiamo qui di seguito di approfondire l'analisi del contesto che ha fatto da base al processo di transizione demografica nei Paesi Sviluppati che l'hanno sperimentato, in modo da poter valutare l'applicabilità (con eventuali necessarie differenziazioni) della teoria appena descritta ad una realtà diversa quale quella dei Pvs.

Come abbiamo visto, le **cause di un generale declino della fecondità** non possono essere identificate esclusivamente in fattori dipendenti dalla volontà diretta delle donne in materia di procreazione e riconducibili alla rivoluzione sessuale; vanno rintracciate anche in una serie di elementi e di comportamenti, frutto del generale processo di modernizzazione o intrinseci dello specifico contesto in cui la transizione demografica si è maturata, che di fatto vanno ad influenzare più o meno direttamente la mentalità e il comportamento riproduttivo della popolazione.

Qui di seguito si cerca di dare una panoramica dei principali elementi che hanno fatto da sfondo, da base e da guida al processo di transizione.

- In buona parte degli attuali Paesi sviluppati, in particolare nell'Europa occidentale, si erano sempre avuti alti tassi di celibato⁴ e ciò, in un'epoca in cui le gravidanze extra-matrimoniali erano sicuramente meno frequenti ed accettate di ora, ha dato il suo contributo al contenimento delle nascite.
- Per fattori principalmente religiosi e culturali, le età al primo matrimonio dei paesi in questione sono sempre state più elevate di quelle dei paesi attualmente in via di sviluppo: la prima fase della transizione demografica è spesso legata, oltre che all'abbassamento della mortalità infantile, ad una minor precocità alle nozze.
- Un aumento dell'età al matrimonio e un ritardo della prima gravidanza sono in buona parte spiegabili con il progressivo riconoscimento del diritto femminile all'istruzione e la veloce diffusione di quest'ultima. I cambiamenti del modello matrimoniale possono in realtà spiegare parte delle differenze evolutive della fecondità sia come causa diretta, sia perché entrambi i comportamenti sono condizionati da fattori comuni, diretti e indiretti.
- L'affermarsi dei diritti alle scelte individuali e il crescente ricorso al controllo volontario non possono essere sicuramente trascurati, anche se storicamente l'impatto dei nuovi metodi anticoncezionali (i cosiddetti *metodi moderni*) di quel periodo non è stato fondamentale: la transizione si è diffusa in prevalenza lungo i

⁴ Vedremo invece in seguito l'importanza culturale che il matrimonio può avere in alcuni paesi.

canali dell'astinenza, del coito interrotto ed in parte dell'aborto volontario. L'individuazione dell'inizio della diffusione del controllo delle nascite si basa anche sull'analisi del comportamento nuziale: generalmente si verifica che i paesi con un'età al matrimonio maggiore sono anche quelli dove si sono diffusi prima l'uso di metodi contraccettivi e il ricorso all'aborto. I due fenomeni non appaiono legati da una relazione di causa-effetto; piuttosto, il retroterra culturale che spiega un'età alle nozze più elevata appare un terreno favorevole ad una più veloce diffusione del controllo volontario delle nascite: entrambi i fenomeni possono risultare "favoriti" da una comune matrice di fattori socioculturali⁵.

- Il background culturale e socioeconomico ha sicuramente condizionato la struttura familiare determinando una prevalenza sempre maggiore di famiglie nucleari, prive delle garanzie e delle sicurezze invece date da una struttura estesa quale il clan nel momento in cui ai genitori manchino i mezzi necessari a crescere nuovi figli.
- Anche il prolungamento dei tempi d'allattamento ha avuto sicuramente un ruolo cruciale nella riduzione delle nascite, da un lato estendendo gli intervalli intergenesici e dall'altro garantendo una maggior sopravvivenza. L'allattamento artificiale è associato ad una mortalità infantile più elevata; molti medici sottolineavano l'importanza del ritorno all'allattamento al seno soprattutto per la classe operaia, dove il lavoro era andato ad influire più pesantemente sui modelli di comportamento femminili.
- Anche se non è possibile valutare quale rilevanza abbia avuto, una certa influenza sui lenti cambiamenti nella morale comune e nella mentalità dominante può essere stata esercitata dalla diffusione delle teorie neomaltusiane, di cui parleremo in seguito⁶. Più che nel condizionare la morale sessuale in termini repressivi come avrebbero voluto, i maggiori effetti potrebbero essere stati ottenuti nel limitare i rapporti matrimoniali e questo può aver realmente contribuito a diminuire la fecondità: dati gli alti tassi di celibato e l'elevata età al matrimonio, la continenza del matrimonio non doveva apparire eccessivamente coercitiva.

⁵ Coale [1992].

⁶ Vedi paragrafo 1.5.

UN PERCORSO NON DEL TUTTO PREVEDIBILE

I teorici classici della transizione demografica, come abbiamo visto, spiegarono il declino della fecondità delle società europee del XIX secolo attribuendo il ruolo principale alle trasformazioni socioeconomiche: le principali conseguenze dirette che tali trasformazioni hanno comportato vanno individuate nella perdita di potere della famiglia estesa, nella diffusione della scolarizzazione, che ha ridotto il valore economico dei figli sottraendoli per un periodo più lungo al mercato del lavoro, nel calo della mortalità infantile e nella percezione di esso, che ha indotto a considerare non più necessaria un'alta fecondità.

Le **critiche** a questa impostazione sono molteplici e di diversa natura.

✓ In primo luogo è stato evidenziato che in alcune realtà il declino della fecondità è iniziato anche prima che avessero luogo i mutamenti legati al processo di modernizzazione e al miglioramento delle condizioni sanitarie che secondo la teoria sarebbero alla base della transizione⁷.

✓ Da molti è stato invece criticato l'eccessivo determinismo dello schema esplicativo: quest'ultimo infatti non tiene conto del fatto che, all'interno dei diversi paesi, gruppi di esigua dimensione ma di varia origine hanno mostrato segni di un precoce declino di fecondità⁸.

✓ Un altro aspetto trascurato dall'impostazione classica riguarda sicuramente i movimenti migratori, in quanto potrebbero assumere un ruolo sostitutivo al controllo della fecondità nel momento in cui l'aumento della popolazione provocasse un'eccessiva pressione sulle risorse disponibili.

Molte critiche sono state anche rivolte ai tentativi di **estensione e applicazione** della teoria della transizione demografica alla storia futura dei **Paesi in via di sviluppo**: bisogna tener presente che il quadro evolutivo della transizione in questi paesi appare del tutto diverso da quello osservato in Europa, fatto per cui la medesima teoria, se interpretata in senso predittivo senza alcuna riflessione e alcun adattamento, come da molti è stato fatto, non può aiutare che parzialmente a capire e descrivere l'evoluzione demografica dei paesi

⁷ A tal proposito è utile prendere in considerazione il confronto tra Francia e Inghilterra. In Francia segni evidenti di diffuso controllo delle nascite si presentarono già a partire dalla fine del XVIII secolo, quando non erano ancora presenti i caratteri di paese industrializzato; viceversa a metà dell'Ottocento l'Inghilterra, paese che aveva già vissuto il processo d'industrializzazione, presentava ancora un regime demografico a fecondità naturale.

⁸ Già molti anni prima dell'inizio dell'era della rivoluzione industriale si evidenziano livelli eccezionalmente bassi dei tassi di fecondità nella classe aristocratica, in certi gruppi etnici e religiosi e in alcune popolazioni urbane.

poveri. Se il ruolo esercitato dalla mentalità e dai codici morali, dalla religione, dalle leggi, dalle tradizioni e dall'organizzazione sociale sui processi demografici è fondamentale, risulta ovvio come questi fattori non possano essere trascurati nella previsione degli sviluppi futuri⁹.

La situazione attuale nei Pvs non è quella di un regime a fecondità naturale e neppure quella che si presentava cinquant'anni fa: i segni di un cambiamento (ovvero un calo della fecondità) sono in molti casi abbastanza evidenti, soprattutto per **alcune categorie di donne**, che **potrebbero di fatto precederne altre in un processo effettivamente generale**. Intorno al 1900 la popolazione dei paesi meno sviluppati ammontava grosso modo ad un miliardo, per passare a quella attuale di più di quattro miliardi: una crescita dal ritmo rapidissimo; in Europa la transizione ha coperto l'arco di due secoli ed il ritardo nel calo della fecondità rispetto a quello della mortalità ha condotto in alcuni casi a tassi di incremento sostenuti, ma non equiparabili a quelli degli attuali paesi del terzo mondo. Le ragioni di un incremento così intenso risiedono nella persistenza di un comportamento riproduttivo tradizionale in una fase, dovuta all'importazione del bagaglio di conoscenze e di tecnologie medico-sanitarie dall'Occidente sviluppato, di rapido declino della mortalità; all'inizio degli anni Cinquanta, il livello della fecondità delle principali regioni in via di sviluppo era rappresentato, in genere, da un TFT pari a 6-7 figli per donna.

Gli schemi che regolano la fecondità nelle società tradizionali sono lenti a cambiare e la percezione dei vantaggi dati da una famiglia di dimensioni più contenute dipende da una moltitudine di fattori, sia socioeconomici che culturali, legati ai rapporti tra le generazioni e alla condizione femminile. La diffusione dell'istruzione e le opportunità di lavoro alternative alla produzione familiare rappresentano sicuramente le cause più rilevanti del distacco giovanile dalla famiglia di origine e di qui, talvolta, dai valori tradizionali in tema di riproduttività, ma è un cambiamento lento e per ora non riguarda che un'esigua parte di queste realtà. Il ritmo di accrescimento è ancora generalmente sostenuto, a causa anche della popolazione molto giovane (piramide delle età a base molto larga), ma presenta valori tendenzialmente decrescenti.

Il cammino della transizione nei Pvs presenta differenze molto marcate, con una vasta gamma di possibili spiegazioni alla base, anche se studi a riguardo spingono a ritenere che le diverse traiettorie siano soprattutto il prodotto del differente ritmo dell'innalzamento dell'età media al matrimonio e della diffusione del controllo delle nascite (al di là che

⁹ Un'approfondita analisi del contesto dell'Africa sub-sahariana verrà presentata nel paragrafo 1.4.

quest'ultimo sia il frutto di una maggior diffusione di strutture e servizi sanitari o di una effettiva modificazione della dimensione familiare desiderata). Sicuramente non si può ritenere del tutto insignificante il ruolo che hanno assunto le politiche di pianificazione familiare: anche se esiste una notevole resistenza a modificare il comportamento riproduttivo, è indubbio che gli interventi governativi ai fini di contenere lo sviluppo demografico condizionano l'inizio e i ritmi di adozione del controllo delle nascite. Per i paesi del terzo mondo si sta verificando, più o meno forzatamente, un processo di occidentalizzazione tendente spesso allo sradicamento dei valori culturali tradizionali, che chiaramente non si è verificato nelle società ottocentesche europee, in cui il processo di rinnovamento delle norme di comportamento è stato lento, progressivo, interno alle società stesse, e si è diffuso da una classe sociale all'altra. Dove la vicinanza alla cultura occidentale era maggiore (ad esempio in America Latina), il numero medio di figli per donna è diminuito più significativamente, così come è avvenuto nei paesi in cui sono state delineate e rese operative politiche demografiche repressive, ad esempio in Cina. È invece il continente africano nel suo complesso che, a partire dal 1955, ha sperimentato il declino meno evidente del TFR, con una lieve accelerazione nell'ultima quindicina d'anni.

I mutamenti delle scelte riproduttive e delle strategie di formazione della famiglia seguono in realtà tendenze molto diverse anche all'interno della stessa regione, a seconda del gruppo sociale in cui si verificano, così come di fatto è avvenuto nella transizione demografica nelle società europee. Anche nell'ambito dei Pvs emergono, con modalità particolari, differenze nelle variazioni della fecondità secondo diversi caratteri socioeconomici. Nella storia occidentale il declino della fecondità si è diffuso dalle classi sociali più elevate (nobiltà e borghesia) a quelle operaie con motivazioni diversificate, ma molto forti, di avanzamento sociale e con pratiche contraccettive tradizionali, in un contesto caratterizzato dal parallelo sviluppo economico. Il quadro evolutivo appare del tutto diverso nei Pvs, motivo per cui le previsioni riguardo alla loro storia demografica futura non possono essere basate su una riduttiva sovrapposizione delle due realtà. Non è detto che qui la seconda fase della transizione, di cui si riconoscono i primi segnali, tragga origine dalle stesse trasformazioni avvenute nei Paesi sviluppati e ricalchi gli stessi solchi tracciati da questi in passato; non è detto quindi che siano gli stessi gruppi sociali ad anticipare un processo che potrebbe estendersi e riguardare tutta la popolazione, a poterci dare informazioni sugli elementi che possono innescarlo e sulle politiche e gli interventi che potrebbero eventualmente favorirne la diffusione.

Il nostro studio nasce proprio da tali considerazioni: attraverso l'identificazione delle categorie di donne che stanno anticipando tale processo, si pone l'obiettivo di capire quali trasformazioni possano portare, o addirittura stiano già portando, i Paesi in via di sviluppo ad un calo generalizzato della fecondità.

L'analisi delle relazioni esistenti tra alcuni indicatori dello sviluppo socioeconomico (ad esempio la proporzione di persone alfabetizzate nella popolazione di almeno sei anni, la proporzione di persone che vivono in ambiente urbano e il *Prodotto Interno Lordo pro capite*) e il comportamento riproduttivo e contraccettivo a livello aggregato offre alcune utili linee descrittive. L'associazione più marcata parrebbe quella sussistente tra i comportamenti demografici e l'alfabetizzazione: l'aumento crescente della prevalenza contraccettiva, all'aumentare della proporzione di alfabetizzati, appare piuttosto netto; l'associazione, naturalmente in questo caso negativa, con il livello di fecondità è invece meno stretta, si evidenzia una maggior dispersione. Il legame con la proporzione di persone che vivono in ambiente urbano, sebbene molto lontano da quello evidenziato con l'alfabetizzazione, appare migliore di quello con il Pil, che risulta il predittore più debole delle differenze di comportamento riproduttivo.

1.3 DEMOGRAFIA CON VEDUTE AMPLIATE E GLOBALI

VERSO UN'OTTICA INTERDISCIPLINARE

Secondo lo schema classico della transizione demografica, la fecondità e la mortalità delle popolazioni sono funzione dei cambiamenti economici e sociali del processo di modernizzazione e dello sviluppo economico; con questo approccio vengono individuati degli stadi attraverso i quali i singoli paesi devono passare nel corso del cammino da un regime caratterizzato da alta fecondità e mortalità verso un regime demografico definito *moderno*, con bassi (o addirittura nulli) livelli di rinnovo.

Nel tentativo di integrare e quindi potenziare uno schema esplicativo fondato sulle sole variabili economico-sociali, si è sviluppata una corrente di pensiero che ha messo in luce l'importanza delle norme sociali e dei rapporti tra individui all'interno della famiglia e del gruppo sulla determinazione del comportamento riproduttivo: si è cercato di sottolineare come siano molti i fattori culturali ad interagire con la fecondità, in particolare quelli religiosi e le norme relative al rapporto di tipo economico che lega diverse generazioni. In quest'ottica rientra, prima tra tutte, la *teoria dei flussi intergenerazionali di Caldwell*, secondo la quale il cardine del passaggio da un'alta fecondità ad una fortemente regolata dalla contraccezione consiste nell'inversione dei flussi di ricchezza tra generazioni. Nelle società di antico regime tali flussi sono tipicamente orientati da figli a genitori, lungo un asse generazionale quindi ascendente, tramite il lavoro giovanile, l'assistenza economica ed il supporto emozionale ai genitori nelle età avanzate; nelle società moderne, viceversa, la ricchezza scorrerebbe lungo un asse generazionale discendente (da genitori a figli), dal momento che la diffusione della scolarizzazione e la progressiva scomparsa dell'economia familiare hanno creato i presupposti della concezione del *bambino-re* [Ariès 1980] e dell'infanzia lunga.

L'approccio microeconomico proposto dalla scuola di Chicago, definito anche come la *teoria della domanda*, ha introdotto un maggiore rigore formale senza comunque cambiare i capisaldi e l'essenza della spiegazione. Il declino della fecondità continua ad essere fondamentalmente visto come una diretta e immediata conseguenza della diminuzione del numero desiderato di figli (domanda) da parte della coppia, fenomeno strettamente legato anche alla rivalutazione del tempo della donna: quest'ultima, infatti, è stata messa progressivamente nelle condizioni di poter scegliere l'allocazione "migliore" del

suo tempo, dedicandolo in alternativa ad un lavoro fuori casa e alla cura dei figli [Becker e Schultz, tra gli anni Sessanta e Settanta].

Accanto a questo approccio si possono ricordare i contributi dati dalla *teoria di Leibenstein* e dalla *teoria di Easterlin*, con le quali si concilia la visione economica del processo di formazione della famiglia con i vincoli sociali e biologici a cui queste decisioni sono soggette. In tale direzione il **modello di Easterlin** associa la **teoria economica del valore e del costo dei figli con l'approccio delle variabili intermedie della fecondità** delineato da Davis e Blake nel 1956 e, da un punto di vista quantitativo, da Bongaarts alla fine degli anni Settanta. Secondo questo approccio la fecondità viene scomposta in una serie di fattori e comportamenti determinanti (fra i quali i più importanti sono la nuzialità, la mortalità infantile, l'infertilità post partum legata all'allattamento, la contraccezione e l'aborto) sui quali agisce il processo socioeconomico. Esplicitando anche questi elementi che condizionano l'offerta di figli, il modello, rispetto all'approccio di Becker, appare decisamente più adattabile e completo per la spiegazione della transizione della fecondità: si prevede un'azione indiretta sulla fecondità delle variabili socioeconomiche e culturali attraverso la loro influenza sia sull'offerta che sulla domanda di figli, nonché sui costi del controllo delle nascite; a loro volta queste variabili agiscono sui fattori della fecondità naturale, ma soprattutto sulla spinta al controllo della fecondità. Quest'ultimo approccio risulta particolarmente esplicativo per la transizione demografica dei Pvs, soprattutto per quanto riguarda le determinanti della fecondità. Nei paesi che dispongono di dati più approfonditi sulle variabili intermedie, ci sono forti segnali di un sostanziale cambiamento in atto del quadro riproduttivo, anche dove ciò non viene ancora rispecchiato da un effettivo declino della fecondità: un ritardo nella nuzialità femminile, un comportamento fecondo che nelle élite culturali e urbane procede rapidamente verso una sostanziale "occidentalizzazione", una crescente diffusione della pratica contraccettiva.

In tutti questi modelli il nucleo centrale continua comunque ad essere di fatto il medesimo: l'idea che siano le considerazioni economiche dei costi e dei benefici dei figli che guidano la società sulla strada del declino della fecondità.

I PRINCIPI BASE DEL PROCESSO INTERPRETATIVO

Qualunque sia il processo interpretativo che si va a costruire e a seguire per cercare di capire la realtà demografica attuale e futura dei Pvs, esso dovrà comunque auspicabilmente tener conto di una serie di aspetti fondamentali per ottenere un'analisi adeguata, verosimile, attinente al contesto e per quanto possibile completa, anche se non esaustiva. Alcuni di essi sono stati sicuramente già introdotti, più o meno implicitamente, nelle pagine precedenti; qui di seguito cercheremo di organizzarli in modo più sistematico e approfondito.

1. In linea generale, essendo supportati da una serie di evidenze empiriche, è ragionevole ritenere che un ritmo di **sviluppo demografico troppo elevato** renda **più difficoltoso lo sviluppo** socioeconomico, a causa di pressioni eccessive sul sistema d'istruzione e sul mondo del lavoro che a tal punto non riescono a soddisfare le aspettative di molti giovani: ciò si traduce facilmente in elementi di incertezza e instabilità politiche. La povertà, allo stesso tempo causa ed effetto di un eccessivo incremento demografico, genera un feedback positivo tendendo ad aggravarsi sempre più: alimenta di fatto i movimenti migratori dalle campagne alle città, sempre più affollate ed incapaci di rispondere all'incontrollabile sovraffollamento, e dai paesi poveri ai paesi più ricchi, generando squilibri sociali e politici anche a livello internazionale, motivo per cui la transizione demografica nei Pvs riveste un ruolo fondamentale anche per il futuro dei Paesi sviluppati.
2. Va tenuto conto del fatto che il processo di transizione è un **fenomeno multidimensionale**, in cui una vasta gamma di elementi si intreccia fino a formare un quadro unitario. Qualunque studio dell'evoluzione della fecondità guadagna valore nel momento in cui si proponga di assumere uno sguardo il più aperto possibile sulle diverse componenti che concorrono a determinare il comportamento riproduttivo, sia direttamente che indirettamente. Come accadde in passato per le società occidentali, anche per i Pvs il processo di transizione demografica non coincide direttamente, e non può quindi essere ridotto, né alla transizione della fecondità, né a quella della mortalità o a quella della mobilità: non si sovrappone perfettamente a nessuna di queste. Ogni società può poi reagire in modo diverso e con strategie alternative alla variazione di una delle componenti demografiche: per capirne i meccanismi anche solo essenziali, si deve tener conto di tutte le variabili comportamentali che costituiscono il sistema demografico nella sua complessità.

3. La rivoluzione riproduttiva si sta gradualmente diffondendo nei paesi poveri con **modalità molto diversificate** anche all'interno della stessa nazione: oltre alle naturali differenze in termini di fecondità desiderata, i vari gruppi sociali hanno possibilità diverse di raggiungere i propri obiettivi a seconda della difficoltà di conoscere e di disporre di mezzi efficaci. A seguito di queste considerazioni, risulta ovvia l'importanza che dovrebbe assumere la descrizione delle differenze comportamentali in funzione delle principali caratteristiche sociali e la loro interpretazione alla luce di variabili di background sia individuali che di contesto.
4. La disponibilità di dati su fecondità e contraccezione nel terzo mondo è aumentata in modo considerevole dall'inizio degli anni Ottanta ed è da allora che si sono sviluppate una maggiore conoscenza di questi paesi e la conseguente possibilità di condurre analisi più rigorose. Risale infatti alla metà degli anni Settanta il progetto mondiale ***World Fertility Survey (WFS)***, che raccoglieva una serie di indagini sul comportamento demografico svolte in 38 Pvs: tale progetto rappresenta il frutto della prima grande iniziativa atta a mettere a disposizione dati confrontabili tra diversi paesi e a consentire opportune analisi secondo caratteri differenziali, raccogliendo informazioni circa la struttura della famiglia, le caratteristiche professionali ed educative individuali, oltre a notizie sulle condizioni abortive ed in generale sull'ambiente in cui la donna vive. Tali programmi hanno naturalmente accompagnato e favorito il crescere dell'interesse e dell'attenzione politica alle tematiche della popolazione. Sono stati organizzati numerosi congressi internazionali, a cura di organizzazioni sia politiche che strettamente scientifiche, e gli studi comparativi hanno condotto a risultati sempre più dettagliati e approfonditi. Dopo le indagini WFS è stata avviata, a metà degli anni Ottanta, una seconda serie di inchieste, inquadrata nel progetto ***Demographic and Health Survey (DHS)***¹⁰; a partire dalla Conferenza internazionale della popolazione del Cairo del 1994, si è cercato di rispondere alle problematiche sollevate o meglio apprezzate dai recenti studi con più mirati ed efficaci interventi operativi.

¹⁰ Una panoramica dei risultati ottenuti da tali indagini riguardo al caso specifico del Senegal verrà presentata nel Capitolo 3; contestualizzata ad un paese francofono, l'indagine assumerà la denominazione **EDS** (*Enquête Démographique et de Santé*).

1.4 SPECIFICITÀ DEL CONTESTO SUB-SAHARIANO

L’Africa è l’unico continente in cui, negli ultimi trent’anni del secolo scorso, si sono riscontrati casi d’incremento, per quanto modesto, della fecondità. Tra i paesi in via di sviluppo, quelli dell’area sub-sahariana presentano i tassi di fecondità più elevati e la diffusione di pratiche contraccettive più ridotta; si tratta sicuramente della regione con il futuro demografico più incerto e che pone le sfide più pesanti: tanti sono i dubbi su quale percorso e quali tempi seguirà qui il processo di transizione, sul ruolo che potrà ricoprire la diffusione dell’AIDS, nonché sulle conseguenze e sulla sostenibilità a livello socioeconomico del persistente aumento della popolazione. Possiamo facilmente comprendere come in una situazione di questo tipo risulti fondamentale cercare di comprendere i meccanismi e le variabili di diversa natura (economici, sociali, culturali, religiosi, istituzionali, politici) che guidano tutti questi processi e come assumano un’importanza cruciale le modalità e la velocità di diffusione della contraccezione come pure, in relazione a ciò, l’efficienza degli eventuali programmi di pianificazione familiare. La specificità del contesto sub-sahariano non riguarda unicamente il processo di transizione, la fecondità e la contraccezione, ma tutto il contesto socioeconomico e culturale, i sistemi familiari e tutto il quadro riproduttivo, che alimentano le aspirazioni ad un’alta fecondità e le possibilità di realizzarla.

Cercheremo qui di seguito di presentare un quadro il più possibile esauriente di tutti i fattori che, nella specificità del contesto sub-sahariano¹¹, influenzano più o meno direttamente la fecondità.

FATTORI STORICI, CULTURALI, RELIGIOSI E ISTITUZIONALI

- o La cultura e le religioni tradizionali africane sono impregnate sul culto dei mani familiari che si reincarnerebbero nei propri discendenti: tali credenze si traducono da un lato in un atteggiamento di notevole rispetto e di sostegno nei riguardi degli anziani e, a causa di ciò, in flussi di ricchezza ascendenti, dall’altro nella notevole importanza data alla procreazione quale garanzia di continuazione della stirpe. L’assenza di figli, o comunque una prole limitata, viene vista come una grave mancanza e un segno di

¹¹ Il quadro fornito riproduce soprattutto quello dei paesi francofoni dell’area sub-sahariana; quelli anglofoni sono soggetti in realtà ad un più rapido processo di “occidentalizzazione” in materia di famiglia e procreazione.

irresponsabilità nei confronti dell'intera comunità: lo *status* sociale delle persone in questa condizione ne risulta gravemente compromesso ed esse rischiano di subire pesanti forme d'emarginazione. Solo una prole abbondante con la presenza di molti figli maschi conferiva protezione e certezza di assistenza alla donna, assicurandole nel contempo uno status elevato.

- Il matrimonio è concepito come un vero e proprio contratto tra due diversi clan e i figli che ne derivano sono ritenuti più un “prodotto” di questi ultimi che non dei genitori. Non è concepito che la coppia abbia un progetto di vita distinto da quello delle rispettive famiglie, il che implica non sia solitamente prerogativa di questa poter decidere il numero di figli; ancora oggi è assai difficile venga messa in discussione, soprattutto nelle società più tradizionali, la priorità degli interessi della famiglia estesa rispetto a quelli individuali e quindi che venga dato spessore alle decisioni personali.
- La mortalità infantile è stata in passato molto elevata e ciò, data la necessità di garantire sopravvivenza e prosperità al ceppo familiare con un'ampia discendenza (come evidenzieremo in seguito, anche per motivi economici), ha influenzato in modo talvolta pesante il comportamento riproduttivo delle coppie, consapevoli che molti figli avrebbero rischiato di morire prematuramente.
- Come d'altronde in gran parte delle culture tradizionali, è largamente diffusa una sostanziale avversione verso le pratiche contraccettive e l'aborto, che quindi faticerebbero ad assumere un ruolo in risposta all'eventuale volontà degli individui di limitare le nascite: ovviamente quest'avversione va di fatto ad ostacolare qualunque tentativo di attuare un piano politico d'intervento. Non di rado la legge stessa interviene nel disciplinare i comportamenti in materia: in molti paesi l'aborto è concepito solamente nel caso in cui si dimostri indispensabile per la sopravvivenza della madre e, in tema di controllo preventivo, tuttora esistono situazioni in cui è vietata la vendita di anticoncezionali.
- Ove sono stati adottati, i programmi di pianificazione familiare sono molto deboli e per lo più inefficaci: la classe politica è chiaramente restia ad assumere posizioni divergenti dalla morale comune, poco popolari, per cui gli interventi risultano generalmente scialbi e incerti, quindi fallimentari.

FATTORI SOCIO-ECONOMICI

- In economie prevalentemente agricole e di sussistenza, risulta fondamentale sotto diversi aspetti l'importanza della discendenza: come forza-lavoro disponibile già in età molto giovane, come garanzia di assistenza e di sicurezza per i genitori (in sostituzione ai sistemi di previdenza sociale), in funzione dell'assegnazione dei terreni coltivabili (che favorisce le famiglie numerose).
- Anche nel settore urbano dell'economia a bassa scala (artigianato, piccolo commercio, micro-imprese a conduzione familiare), le famiglie con una prole numerosa risultano favorite, agevolate dalla collaborazione di diverse persone e dalla conseguente disponibilità di una gamma più vasta di competenze, che evitano costi più elevati nel momento in cui si dovrebbe altrimenti ricorrere ad esterni: questi aspetti contribuiscono a considerare i figli più come una risorsa che come un costo.
- Non si possono nemmeno sottovalutare i vantaggi di una famiglia di dimensione maggiore nel settore economico cosiddetto moderno: attraverso una rete di relazioni più vasta, essa riesce ad inserirsi più agevolmente nel mercato del lavoro.
- Dei due genitori, è in prevalenza il padre a beneficiare delle risorse prodotte dal figlio in età adulta: è quindi prevedibile che gli uomini siano propensi ad un'elevata fecondità
- I principali costi dovuti all'allevamento competono invece generalmente alle madri, soprattutto nelle situazioni di separazione residenziale dei genitori. Esse vengono sostenute però economicamente dalla famiglia estesa, dal clan di appartenenza, ove vigono sistemi di solidarietà: la donna può contare soprattutto sui fratelli, soggetti a particolari doveri nei confronti dei nipoti soprattutto nei regimi matrilineari.

Molto diffuso risulta anche il *child fostering*, detta la "circolazione" dei bambini, ovvero l'usanza di affidare i propri figli ad altre famiglie, in genere di parenti, al fine di alleggerire le spese atte al loro mantenimento e alla loro educazione, nonché di rendere disponibili le loro capacità ove, nel contesto della famiglia allargata, risultino più utili.

D'altro canto, anche per le madri la prole non rappresenta esclusivamente un onere economico: come i padri, anch'esse ne traggono dei benefici. Il ruolo della donna nella società e la loro sicurezza nelle età anziane sono strettamente connessi al fatto di avere o meno dei figli.

COMPORAMENTI SESSUALI, NUZIALITÀ E ORGANIZZAZIONE FAMILIARE

Le caratteristiche peculiari delle società africane sub-sahariane che inducono le coppie a cercare di realizzare un'alta fecondità si sono tradotte in una serie di usi e costumi che di fatto sottopongono le donne ad un rischio di concepimento molto elevato.

- Il matrimonio si presenta come un fenomeno pressoché universale, grazie anche al fatto che le donne rimaste sole per vedovanza o separazione dal marito tendono ad essere assorbite in nuove unioni da consuetudini quali la poligamia e il levirato¹².
- L'età al matrimonio per di più è sempre stata tradizionalmente molto vicina alla pubertà e questo elemento può essere determinante nella realizzazione di un'elevata fecondità. L'unione coniugale precoce¹³ è tipica di quasi tutti i paesi prima della transizione, al di là della regione geografica d'appartenenza, ed il suo ritardo è solitamente uno dei primi segnali dell'avvio al calo della fecondità: nel caso in cui il matrimonio sia infatti strettamente legato all'attività sessuale e quindi all'*esposizione al rischio* di gravidanza, la fecondità risentirà chiaramente dell'età della donna alla prima unione.
- Nei paesi dell'Africa sub-sahariana anche l'età al primo figlio è molto bassa: le naturali conseguenze di ciò non possono che nuovamente essere identificate in un lungo periodo di esposizione al rischio ed una consistente discendenza finale.
- Viene generalmente accettata, o almeno scarsamente osteggiata, l'attività sessuale di nubili, vedove e divorziate. La verginità della sposa non è vista di regola come un valore; per alcune etnie l'aver vissuto la prima gravidanza è addirittura un requisito indispensabile per il definitivo e ufficiale ingresso nello stato coniugale, in quanto fondamentale dimostrazione della fertilità della donna.
- Parallelamente a quanto appena detto, vige una sostanziale ammissione delle nascite extra-matrimoniali (nel caso di donne nubili, vedove o divorziate ma non di adultere), facilitata dalla precedenza data agli interessi, all'utilità e alle scelte della famiglia estesa (che dalle nascite risulta valorizzata) nei confronti di quelli individuali.
- Molte sono le difficoltà che la diffusione di *metodi contraccettivi moderni*¹⁴ incontra sulla sua strada e solo di recente, a ritmo molto lento, si iniziano ad ottenere finalmente progressi in tale direzione. Le regioni dell'Africa sub-sahariana hanno conosciuto o

¹² Dovere o semplice diritto a sposare la vedova di un proprio fratello.

¹³ Tra i cui effetti si possono fra l'altro sicuramente riconoscere gli alti tassi di vedovanza e di divorzio, da cui la vasta diffusione della poligamia.

¹⁴ Pillola, spirale, iniezione, diaframma, creme spermicide, preservativo, sterilizzazione.

quantomeno utilizzato per lungo tempo solo i *metodi tradizionali*¹⁵, sicuramente inadeguati e comunque meno efficaci; nell'intenzione di evitare i concepimenti, la popolazione spesso si è affidata anche alla pura superstizione con metodi cosiddetti *folcloristici* quali erbe, fatture ed amuleti che, per la loro vastissima diffusione, in alcuni paesi vengono annoverati tra i metodi tradizionali.

La fecondità non raggiunge i livelli massimi imposti dai soli limiti biologici in un regime a fecondità naturale perché, si potrebbe forse dire “fortunatamente”, esistono anche **elementi “inibitori”** che frenano le forti tendenze riproduttive indotte dai fattori fin qui presi in considerazione.

- A differenza dell'attività sessuale di nubili, divorziate e vedove, non è normalmente accettato l'adulterio, che per di più antiche credenze ritenevano responsabile dell'eventuale morte dell'embrione o della madre stessa, motivo per cui un aborto spontaneo o una morte per parto venivano sovente imputati a colpe segrete in tal modo espiate.
- Grande importanza è inoltre rivestita sicuramente dalla prolungata astinenza post partum, plausibilmente dovuta al desiderio di garantire la massima cura ai neonati e di assicurar loro le migliori possibilità di sopravvivenza.
- Anche la lunga durata dell'allattamento, che assume un'importanza fondamentale per la salute infantile ed è correlata al periodo d'*infeccondità post partum (amenorrea)*, influisce, in parte direttamente ed in parte attraverso gli effetti sulla mortalità infantile, sul contenimento dei livelli di fecondità.
- La contraccezione ha giocato un certo ruolo a riguardo solo recentemente, soprattutto se consideriamo quali fossero i metodi comunemente usati allo scopo di controllare le nascite fino a pochi anni fa: le donne ricorrevano per lo più ad erbe, fatture e amuleti, chiaramente meno efficaci anche di un metodo tradizionale inaffidabile come il coito interrotto. La questione che invece rimane ovviamente aperta è quale ruolo rivesta oggi e possa effettivamente rivestire in futuro la diffusione di metodi contraccettivi moderni nell'ambito del calo della fecondità.

¹⁵ Astinenza periodica o prolungata e coito interrotto.

UNA PROSPETTIVA COMPARATIVA

Nonostante ciò che si è detto fin qui, però, l'analisi delle peculiarità dei singoli contesti non deve mai escludere l'esistenza di tratti comuni nell'evoluzione di realtà diverse; nella ricerca sociale l'assunzione di una prospettiva comparativa risulta anzi spesso fondamentale: può sicuramente aiutare a riconoscere modelli di comportamento più generali di quelli costruiti di volta in volta sui particolari casi considerati, a volte eccessivamente specifici e per questo poveri, privi del requisito di estendibilità auspicabile, se non indispensabile, per un buon modello.

1.5 IL DIBATTITO TRA TEORIE NEO-MALTUSIANE E TEORIE DI CALO SPONTANEO

Sulle cause e le conseguenze del persistente incremento della popolazione e sulle sue possibili evoluzioni future, gli ultimi decenni hanno visto succedersi e contrapporsi opinioni e teorie diametralmente opposte. Abbiamo già preso in considerazione, nel paragrafo d'apertura di questo lavoro, il dibattito esistente sul legame tra popolazione e sviluppo e quindi sulle conseguenze che diversi scenari possono produrre; punteremo invece ora lo sguardo sul prevedibile **quadro evolutivo** della situazione demografica, in particolare riguardo ai Pvs, alla luce dell'analisi fatta sulle cause che possono alimentare il processo di transizione e sul contesto specifico della regione sub-sahariana.

MALTHUS E LA DOTTRINA DELLA POPOLAZIONE

Nel primo periodo della sua produzione intellettuale, Thomas Robert Malthus¹⁶ si occupò della popolazione e del suo ritmo di crescita, aprendo la strada alla moderna analisi della popolazione nell'opera "*Essay on population*" (*Saggio sulla popolazione*) del 1798, volta a contrastare la "*legislazione per l'assistenza ai poveri*" del 1795, che accordava un sussidio a quanti non ricevevano un salario sufficiente per vivere, e le posizioni espresse dal contemporaneo William Godwin, che sosteneva la necessità di una maggiore eguaglianza sociale per diminuire la povertà delle classi sociali meno abbienti.

L'idea di base su cui Malthus fondò la sua opera fu la constatazione che la popolazione raddoppiava approssimativamente ogni 25 anni (seguendo quindi una progressione geometrica), mentre le risorse alimentari aumentavano ad un ritmo molto più lento, pressoché linearmente (secondo quindi una progressione aritmetica): di conseguenza, pur essendovi inizialmente un surplus di risorse, dopo un periodo di tempo, più o meno lungo, la situazione diverrebbe comunque insostenibile per una sostanziale **scarsità di risorse**.

La causa dell'eccessiva velocità nella crescita della popolazione sarebbe dovuta, secondo Malthus, ad un istinto naturale limitato (fortunatamente, secondo il suo parere) da guerre, carestie e pestilenze; riteneva quindi irresponsabili, se non addirittura criminali, gli aiuti ai meno abbienti stanziati dallo Stato, in quanto questi si sarebbero sentiti incentivati a

¹⁶ Nato nel 1766 a Rookery, Surrey, e morto nel 1834 a Haileybury, Hertford, fu pastore anglicano e per breve tempo vicario della parrocchia di Albury nel Surrey nonché, dal 1805, insegnante di economia al College of East India di Haileybury.

riprodursi, aggravando così il problema. A suo parere sarebbe stato più giusto abbandonare i più poveri “al loro destino” per lasciare agli altri, con maggiori disponibilità economiche, una maggior disponibilità di beni alimentari: non la riteneva una posizione indifferente alla miseria, bensì orientata al fine di evitare che in futuro ve ne fosse ancor di più. Per quanto sconvolgente possa apparire tale teoria, ad essa si ispirò Darwin (per sua stessa ammissione) nello sviluppare la sua teoria sull'evoluzione.

Al fine di gettare le basi necessarie allo sviluppo futuro, Malthus individuò due tipologie di rimedi possibili, uno preventivo ed uno repressivo. Quello preventivo, che ora andremo ad analizzare più specificatamente, consisterebbe nel far prendere coscienza ai poveri che è inopportuno essi si riproducano creando soggetti sempre più poveri, mentre il rimedio repressivo sarebbe costituito da ogni malessere o vizio che riduce la durata della vita (occupazioni malsane, estrema povertà, malnutrizione, insalubrità delle città eccessivamente affollate, epidemie, guerre e carestie).

Anche se Malthus si opponeva alla contraccezione, le sue idee ebbero un'enorme influenza nell'attrarre l'attenzione sull'impatto sociale della fecondità e nel rendere di conseguenza argomento di riflessione il processo decisionale relativo alla formazione familiare. Egli avanzò la sua tesi proprio nel contesto dei paesi europei occidentali, tradizionalmente pronatalisti, contestando la convinzione che una maggior numerosità conducesse ad una maggior prosperità: poiché la popolazione rappresentava un fattore di pressione sulle risorse, le classi inferiori avrebbero potuto ottenere miglioramenti sociali solo adottando delle restrizioni morali, ad esempio rimandando il matrimonio o praticando l'astinenza sessuale. La forza del suo messaggio, ben accolto dalle classi più avvantaggiate, era che la povertà non poteva essere eliminata attraverso carità e solidarietà, ma esclusivamente attraverso la riduzione della dimensione familiare ove non vi fossero i mezzi necessari ad assicurare il benessere.

La maggior parte dei sostenitori del *birth control* accettava, almeno in parte, la visione di Malthus riguardo all'analisi del problema e di conseguenza ai necessari fini da raggiungere, non condividendo però i mezzi da egli individuati e sostenuti. Place, ad esempio, sosteneva che le famiglie numerose rappresentavano una delle principali cause del lavoro infantile, sottolineando l'importanza dell'istruzione giovanile, uno dei temi in seguito più considerati e discussi nell'ambito degli studi sui processi di transizione demografica: il maggior costo per l'istruzione della prole, in concomitanza ad un minor guadagno dovuto al ritardo dell'ingresso nel mondo del lavoro, avrebbe dovuto incidere direttamente sul **controllo**

delle nascite, iniziando a farlo sentire una vera e propria esigenza. Per favorire la realizzazione di questo obiettivo finale, egli propagandava mezzi antifecondativi meccanici ed il coito interrotto quali metodi efficaci, considerando invece inadeguati e infruttuosi i metodi morali auspicati da Malthus, senz'altro troppo coercitivi per i giovani.

TEORIE NEOMALTUSIANE

Per divulgare e far comprendere l'importanza della pianificazione familiare, nel 1877 fu creata in Inghilterra la prima associazione cosiddetta *neomaltusiana* (*Malthusian league*), nella convinzione che la **contraccezione** fosse il metodo più efficace per migliorare le condizioni di povertà e bassi salari: sotto tale propaganda risulta implicita la condanna dell'aborto e dell'allattamento prolungato, entrambi nocivi per la salute della donna. Verso la fine del XIX secolo si tennero vari processi contro coloro che pubblicizzavano il controllo delle nascite, i quali ebbero più che altro il merito di estendere la conoscenza contraccettiva attraverso la grande pubblicità cui andarono soggetti. Dalla Gran Bretagna, la propaganda neomaltusiana si diffuse nell'intera Europa: in Italia fu sostenuta dall'antropologo Paolo Mantegazza, nel suo "*Igiene dell'amore*" [1889].

Sebbene di numero ridotto, i sostenitori del controllo delle nascite furono estremamente attivi: determinare quale sia stata però la loro influenza sull'opinione pubblica è molto difficile, sia perché i mutamenti nella morale comune e nella mentalità dominante sono generalmente molto lenti a prendere piede, sia perché è senz'altro difficile stabilire se questi ultimi siano stati dovuti effettivamente all'azione diretta dei neomaltusiani o in prevalenza ad una serie di modificazioni culturali che accompagnarono la trasformazione demografica e sociale dei paesi europei. In realtà, diversi studi sull'argomento paiono dimostrare che il processo di transizione demografica si realizzò a partire dagli ultimi anni del XIX secolo un po' in tutt'Europa ed in modo abbastanza indipendente dall'utilizzo di contraccettivi efficaci, sebbene l'invenzione del diaframma e la diffusione del profilattico non possano essere ignorate: i più importanti metodi di contraccezione rimasero senz'ombra di dubbio l'astinenza e il coito interrotto, esistenti fin dai tempi antichi.

Il controllo delle nascite non veniva presentato semplicemente come un mezzo per limitare la dimensione familiare, bensì come un fenomeno legato alla povertà, alla politica e alla promiscuità: i suoi sostenitori non furono quindi meno responsabili di altri nel contribuire alla confusione che si creò sull'argomento e riuscirono solo in parte ad istruire le masse sui nuovi e più efficaci metodi contraccettivi; nonostante questo, però, contribuirono

sicuramente in maniera determinante ad un sostanziale **cambiamento della mentalità** e questa fu la vera e propria spinta verso l'abbassamento della fecondità.

Nel corso del XX secolo l'Europa ha percorso e completato le tappe del processo di transizione, mentre ben diversa ha continuato a presentarsi la situazione nei **Paesi in via di sviluppo** dove, come abbiamo visto, era in atto un vertiginoso aumento demografico, a causa di un rapido declino della mortalità affiancato da livelli invece persistentemente elevati di fecondità: sono quindi queste ultime le realtà rispetto alle quali il **dibattito** è rimasto **acceso** negli ultimi decenni, in relazione alla necessità o meno di interventi mirati al contenimento della crescita demografica. Non solo sugli scenari futuri, ma persino sulla rilevazione dei dati e sull'interpretazione della situazione attuale si scontrano punti di vista completamente differenti: per alcuni stiamo tuttora assistendo ad una crescita smisurata e incontrollata della popolazione mondiale, altri tendono a parlare di una fase di transizione già avviata.

Se veramente esistesse una totale fiducia nel cammino verso la transizione indotto dalla modernizzazione¹⁷, la fecondità dovrebbe essere vista come la variabile dipendente del processo di evoluzione economica e sociale; sulla base di questa teoria non avrebbe avuto ragione di emergere l'impegno intellettuale teso in modo diretto alla diffusione del controllo delle nascite nei Pvs. Al contrario, si è guardato spesso alla riproduzione come ad un comportamento dipendente da una più vasta e complessa gamma di fattori, che potrebbe e dovrebbe cambiare attraverso un intervento politico finalizzato ad influenzare in modo più ampio un mutamento sociale, economico e culturale. La constatazione però che una consistente diminuzione della fecondità potrebbe essere raggiunta solamente dopo un lento e lungo processo di modernizzazione è sconcertante, poiché nel frattempo le popolazioni continuerebbero a moltiplicarsi velocemente a causa del declino della mortalità; secondo alcuni il problema è troppo urgente per poter pensare di aspettare i risultati di processi gradualisti di urbanizzazione e generale modernizzazione, come quelli avvenuti in passato nel mondo occidentale, e di non adottare misure di controllo demografico nei Pvs durante gli stadi iniziali della crescita economica.

A sostegno delle loro tesi e della necessità di porre un limite all'espansione delle popolazioni, i fautori del controllo demografico adducono generalmente le seguenti convinzioni:

¹⁷ Queste convinzioni vengono perseguite dalle *teorie di calo spontaneo*, analizzate nel seguito del paragrafo.

- ✓ la popolazione starebbe crescendo a ritmi ancora troppo elevati;
- ✓ anche dove già avviato, il processo di transizione è troppo lento;
- ✓ la crescita demografica sarebbe la principale causa di povertà;
- ✓ il territorio sarebbe sovraffollato, gli spazi vitali insufficienti;
- ✓ il cibo scarseggerebbe, non sarebbe sufficiente al sostentamento di tutti;
- ✓ la disponibilità di risorse naturali e di materie prime si starebbe riducendo drasticamente.

Dagli anni '70 tutti gli organismi ecologisti o maltusiani sono stati abituati a ricevere ampi finanziamenti, soprattutto dalle Nazioni Unite, attraverso fondi appositamente costituiti, messi ora invece in discussione dal fatto che significativi cali di fecondità sono stati riscontrati anche in Paesi in cui non sono stati applicati severi e costosi piani di controllo delle nascite, in cui non è stato messo in discussione il libero potere decisionale della coppia.

TEORIE DI CALO SPONTANEO

Le teorie neomaltusiane, sulla base delle quali in alcuni casi sono state anche adottate e perseguite politiche totalmente disastrose, secondo alcuni si scontrerebbero con le reali evoluzioni demografiche rivelate dai dati statistici e dalle analisi su di essi condotte: da trent'anni **il tasso di crescita della popolazione mondiale non cessa di diminuire** ad un ritmo regolare e significativo. Come già visto all'inizio del capitolo, in molti casi il TFT è sceso al di sotto della soglia minima indispensabile a garantire il *ricambio generazionale* in presenza delle migliori condizioni sanitarie.

Le ipotetiche **cause** di questa situazione, ritenuta estrema ed allarmante da molti oppositori delle teorie neomaltusiane, sono indubbiamente numerose e complesse, solo alcune di esse facilmente individuabili.

- La nuzialità è diminuita considerevolmente e ciò ha implicazioni immediate sulla riduzione dell'esposizione delle donne al rischio di gravidanza.
- I cambiamenti rispetto al matrimonio non riguardano solamente la diffusione del fenomeno ma anche l'età alla prima unione, fortemente posticipata.
- L'età media della maternità è nettamente aumentata e continua a crescere, la storia feconda della donna è ritardata rispetto al passato.
- La legislazione del lavoro non favorisce il desiderio delle donne di conciliare in modo armonico la vita familiare e l'attività professionale.

- L'assenza di una vera politica familiare, nei paesi maggiormente colpiti dal calo demografico, fa sì che le famiglie non possano avere, in pratica, il numero di figli che desidererebbero: si stima di 0.6 figli per donna la differenza fra il numero di bambini che le donne europee desiderano e quello che hanno effettivamente.
- Un elemento importante è da alcuni riconosciuto anche nel rapporto fra pessimismo e speranza vissuto dalle popolazioni. Un aumento della fertilità nei paesi colpiti dal calo demografico non può avvenire senza un previo cambiamento dell'“umore” di questi paesi, che consenta di passare dall'attuale pessimismo a uno stato d'animo simile a quello dell'era del baby-boom durante la ricostruzione che seguì la seconda guerra mondiale.
- Accanto alle cause legate alle condizioni di vita e ad alcuni riassetto socioculturali nei paesi industrializzati, altri fattori vincolano direttamente il calo demografico alla volontà degli individui e dunque alla loro responsabilità: il maggior impiego di mezzi e politiche di limitazione volontaria delle nascite, la diffusione dei metodi chimici di contraccezione e spesso la contemporanea legalizzazione dell'aborto.
- A tutte queste cause si è aggiunta la sterilizzazione di massa; basti pensare alle campagne di sterilizzazione maschile e femminile di cui l'India, il Brasile e il Perù sono stati teatro.

Il fatto che siano stati evidenziati significativi cali di fecondità anche in Paesi in cui non sono stati applicati rigorosi piani di controllo delle nascite (*cali spontanei*) sarebbe spiegato in modo scientifico da quattro **ragioni principali**:

1. Quando il servizio sanitario migliora e allunga le aspettative di vita per i bambini, il timore per la sopravvivenza dei figli diminuisce.
2. Profonde mutazioni nella struttura economica, sempre più dissociata dalla ristrettezza della dimensione familiare e di sussistenza, man mano più aperta ed orientata a scale più estese, riducono l'importanza della discendenza come risorsa indispensabile al sostentamento.
3. Un efficiente sistema pensionistico, grazie al quale non è più necessario per gli anziani dipendere dalla cura dei discendenti, incide sul numero di figli desiderato dalla coppia in relazione alla propria sicurezza futura.
4. Nelle società in via di sviluppo, il periodo di educazione scolastica antecedente all'ingresso nel mondo del lavoro si allunga progressivamente e questo ritarda di fatto i progetti matrimoniali e riproduttivi.

Tutte queste argomentazioni costituiscono il fondamento delle cosiddette *teorie di calo spontaneo*, secondo le quali si assisterebbe ad una spontanea diminuzione della dimensione familiare senza la necessità di alcun intervento mirato; il quadro fin qui delineato rispecchia il punto di vista di chi pensa che il processo di transizione demografica sia ovunque inevitabile e oramai universalmente avviato, nonostante i livelli finora raggiunti nelle singole zone siano totalmente diversi. Si potrebbe pensare che l'atteggiamento derivante da queste convinzioni dovrebbe essere di fondo ottimista, soprattutto se valutato in relazione alla realtà attuale dei Pvs e al futuro che altrimenti per essi si potrebbe prospettare; a gran parte dei sostenitori delle *teorie di calo spontaneo*, al contrario, lo **scenario** che si viene a delineare per il futuro appare più che altro ancor più infausto e **preoccupante**, se non disastroso, gravato dalle **conseguenze e** dagli **squilibri** a cui un eccessivo calo della fecondità può condurre¹⁸.

Il dibattito tra diverse possibili linee d'azione e d'eventuale intervento, che diverse teorie demografiche vanno di fatto a prospettare, verrà affrontato nell'ultimo paragrafo di questo capitolo, dopo che si sarà preso in considerazione sotto vari aspetti, in modo per quanto possibile completo e con particolare attenzione al contesto sub-sahariano, il problema della limitazione delle nascite.

¹⁸ Già considerati e descritti nel paragrafo 1.1 in "*Il legame tra popolazione e sviluppo*".

1.6 IL PROBLEMA DELLA LIMITAZIONE DELLE NASCITE

Dati attendibili e abbastanza dettagliati sui vari aspetti della contraccezione nei Pvs (livelli raggiunti e velocità di diffusione della conoscenza e dell'uso, caratteristiche di coloro che ne fruiscono, tipologie dei metodi abituali, stime dell'efficacia di ognuno di essi) sono stati resi disponibili innanzitutto dalle indagini WFS (*World Fertility Surveys*), nel decennio a cavallo tra gli anni '70 e '80, ed in seguito dalle indagini DHS (*Demographic and Health Surveys*), a partire dal 1986: una delle esigenze primarie da cui sono nati entrambi i progetti è stata senza dubbio la necessità di disporre di dati confrontabili tra paesi diversi.

CONOSCENZA ED USO DELLA CONTRACCEZIONE

La pratica della contraccezione, sebbene ancora poco diffusa, ha vissuto **rapidi aumenti** in alcuni grandi paesi africani a partire da metà degli anni '80, epoca a cui risale l'adozione di politiche di pianificazione familiare più risolutive da parte dei loro governi. All'interno di tale contesto emergono tuttora realtà profondamente diverse tra loro ma, nonostante questo, negli ultimi 25-30 anni si sono riscontrate forti tendenze all'incremento quasi ovunque. La maggior parte dei paesi dell'area sub-sahariana presentava all'inizio degli anni '90 livelli di utilizzo di metodi contraccettivi compresi tra il 5 ed il 20% (chiaramente nell'ultimo decennio ulteriormente saliti), a fronte di altre zone in via di sviluppo con livelli invece molto superiori, attestati tra il 35 ed il 65%, dimostrando di fatto un pesante ritardo nel raggiungimento del cosiddetto *stadio maturo-stazionario* previsto dalla teoria classica della transizione demografica.

Sembra evidente che, per quanto deboli, i programmi di pianificazione familiare, diffusosi un po' ovunque, abbiano avuto un loro non trascurabile effetto in questi andamenti. Nonostante i paesi sub-sahariani presentino i tassi di fecondità ancora più elevati, in essi operano in realtà da tempo programmi più robusti che in altre zone dell'Africa, anche se ciò ad un primo sguardo può apparire un vero e proprio controsenso. La scarsa pratica contraccettiva non sembra trarre origine dalla mancanza di conoscenza dei mezzi di controllo delle nascite e ciò risulta fondamentale per comprendere la gravosa **influenza del contesto** sulle effettive potenzialità degli interventi: il livello di diffusione della contraccezione non è condizionato unicamente all'informazione e alla reperibilità dei mezzi, ma anche da un "desiderio" di fecondità ancora molto elevato. Nonostante la specificità di tale contesto e gli ostacoli che di fatto qualunque programma si sia trovato e si

trovi a dover affrontare, sembra che progressivamente siano stati raggiunti risultati tangibili, sicuramente agevolati dalla concomitanza di altre condizioni favorevoli, quali il forte calo della mortalità infantile, l'aumento del livello di scolarizzazione femminile e sicuramente un consistente miglioramento dello status della donna.

Bisogna però notare che, in alcuni casi, **livelli anche molto differenziati di diffusione della pratica contraccettiva hanno dato luogo a valori pressoché identici del TFT**, mettendo ulteriormente in dubbio l'efficacia e l'utilità di interventi politici in tema di controllo delle nascite: anche nel momento in cui essi riescano infatti ad estendere conoscenza ed uso di metodi contraccettivi (in particolare rivolti a metodi moderni ed efficaci), non si può di fatto avere la certezza che ciò vada a riflettersi direttamente su un calo della fecondità. La situazione messa in evidenza offre due possibili interpretazioni di fondo:

- ✓ la contraccezione non ha ovunque lo stesso grado di efficacia, probabilmente anche per le differenze nei metodi adottati;
- ✓ lo scopo del controllo volontario delle nascite non è sempre quello di limitazione della fecondità.

Dal momento che le tipologie dei metodi adottati non presentano differenziazioni più di tanto marcate e che dove la contraccezione è più diffusa lo è per lo più in relazione ai metodi moderni e generalmente efficaci, la seconda ipotesi pare la più plausibile, soprattutto se si considera¹⁹ la grande importanza conferita, nei paesi in questione, allo spaziamento fra le nascite.

TIPOLOGIA ED EFFICACIA DEI VARI METODI CONTRACCETTIVI

Fino all'inizio degli anni '90, i paesi dell'Africa sub-sahariana (soprattutto quelli a ridotta pratica contraccettiva) si sono distinti per l'alta prevalenza di **metodi tradizionali**, in contrasto a quanto avvenuto in altre regioni in via di sviluppo, dove i programmi di pianificazione familiare sono invece riusciti a stimolare abbastanza rapidamente la diffusione dei metodi cosiddetti moderni, ovvero pillola, preservativo, spirale, iniezioni, diaframma, creme spermicide e sterilizzazione. Eccezione, tra i paesi sub-sahariani, è stata fatta solo da quei paesi dove sono stati organizzati interventi più energici e orientati a fasce più estese della popolazione: Botswana, Zimbabwe, Kenia.

¹⁹ Vedi, nello stesso paragrafo, *“Il modello sub-sahariano di limitazione delle nascite?”*.

Varie indagini condotte nelle realtà africane introducono tra i metodi tradizionali, oltre a quelli classici quali il coito interrotto e l'astinenza periodica, usanze appartenenti specificatamente alla tradizione locale: tra queste l'astinenza prolungata post partum, particolarmente diffusa soprattutto al fine di distanziare sufficientemente le nascite, ma anche il ricorso a **pratiche legate esclusivamente a credenze popolari**, di indiscutibile inefficacia e con nessuna reale attinenza allo scopo, quali possono essere erbe, decotti, fatture, filtri e amuleti. Lo scopo di questa scelta è ovviamente quello di portare alla luce anche quella parte di domanda, corrisposta in modo improprio e sicuramente inefficace (di fatto inevasa), che rappresenta il fondamento delle reali potenzialità dei programmi di pianificazione familiare e che ne sottolinea la debolezza ed i limiti attuali, definendone i plausibili spazi d'azione.

A contrario di quanto avviene in Asia e in America Latina, dove arriva a toccare anche punte del 30% delle donne coniugate, nei paesi sub-sahariani la sterilizzazione risente di un sostanziale rifiuto: ciò potrebbe avvalorare ulteriormente l'ipotesi che in Africa gran parte del ricorso alla contraccezione sarebbe dovuto allo scopo di allungare gli intervalli intergenesici (*contraccezione di spaziamento*), mentre altrove prevarrebbe l'intenzione di interrompere definitivamente la procreazione (*contraccezione d'arresto o terminale*).

Nella valutazione di uno specifico metodo e nella sua contestualizzazione, un aspetto importante è la sua cosiddetta *efficacia d'uso*, misurata dalla probabilità di evitare gravidanze accidentali da parte delle donne che se ne servono e legata alla correttezza d'impiego; essa si contrappone all'*efficacia clinica*, misurata invece sulla base delle caratteristiche intrinseche del metodo considerato, ipotizzando massima correttezza nelle modalità d'utilizzo. I paesi sub-sahariani presentano i divari maggiori tra le due diverse misure d'efficacia, soprattutto per i metodi che più facilmente sono soggetti ad un uso improprio. La pillola, ad esempio, che ha un livello d'efficacia clinica prossimo al 100%, in questo contesto presenta un'efficacia d'uso inferiore a quello della spirale; ciò nonostante essa, per la maggiore facilità d'acquisizione e per la flessibilità d'uso, è il metodo moderno più diffuso, specialmente tra le donne giovani.

ASPETTI DIFFERENZIALI NELLA DIFFUSIONE DELLA CONTRACCEZIONE

All'interno dei singoli paesi, specifici segmenti di popolazione possono presentare comportamenti demografici assai distanti tra loro: profonde differenze possono intercorrere fra aree urbane e rurali, fra coppie più o meno istruite, fra gruppi etnici diversi. Nell'ottica di individuare e descrivere le categorie di donne che di fatto ne precederebbero altre in un calo generalizzato della fecondità in un paese in via di sviluppo, individuare e cercare di capire gli aspetti differenziali nella domanda e nella diffusione della contraccezione può risultare di fondamentale importanza e fornire utilissime informazioni: **alla base di differenze di fecondità**, talvolta molto marcate, **possono esserci comportamenti contraccettivi del tutto diversi**.

Nell'area di nostro interesse si riscontrano i fattori tipici della prima fase di un processo di transizione demografica: i gruppi che godono di istruzione più elevata e quelli che vivono in ambiente urbano sono i primi ad adottare un modello di fecondità controllata e a sviluppare di conseguenza un comportamento contraccettivo; le differenze appaiono generalmente più marcate se si considera la diffusione dei soli metodi moderni. In tutto questo i paesi sub-sahariani non si discostano per nulla dalle linee tracciate in passato da paesi più evoluti, attualmente giunti a stadi più avanzati della transizione, che solo in tempi relativamente recenti hanno visto appianarsi i divari tra diverse classi sociali e diversi ambienti di residenza. Va comunque considerato che la diffusione differenziale della contraccezione può risultare fortemente influenzata dagli interventi attuati in ambito di politiche di **pianificazione familiare** e dal loro grado d'efficacia: una fitta rete di centri sanitari e di assistenza, capace di raggiungere larghe fasce di popolazione, può indurre ad una maggiore omogeneità di comportamento nel territorio e tra classi sociali diverse.

Altri importanti fattori discriminanti, fra loro correlati, vanno sicuramente individuati nell'età delle donne e nel numero di figli già nati. Preso in considerazione il primo, l'età, bisogna tener conto che essa assume un duplice ruolo:

1. in primo luogo scandisce varie fasi del ciclo di vita individuale nonché, di conseguenza, del processo di formazione della famiglia, da cui sicuramente è influenzata l'intensità della domanda e dell'uso di metodi contraccettivi;
2. in più individua l'appartenenza di una donna ad una particolare generazione, per cui, soprattutto in epoche in cui il contesto socioculturale attraversa rapide evoluzioni, può risultare fondamentale nel determinare il comportamento contraccettivo in funzione del cambiamento dei modelli di riferimento.

In indagini di tipo trasversale, come quelle di cui si dispone per i paesi africani (anche nel caso del progetto DHS), nell'età confluiscono indistinguibilmente sia gli aspetti relativi al ciclo di vita sia quelli generazionali, che di fatto non potranno quindi essere reciprocamente isolati. La relazione tra intensità della pratica contraccettiva ed età che generalmente ne deriva presenta un andamento ad U rovesciata. Nelle età giovanili, alle quali tipicamente corrisponde la fase di formazione della famiglia, il ricorso alla contraccezione è di norma scarso; nonostante questo, potrebbe incidere nel verso opposto il fatto che le nuove generazioni di donne siano più aperte rispetto a tali pratiche e, rivolte maggiormente all'istruzione e al mondo del lavoro, siano propense a ritardare la prima gravidanza per non risultarne ostacolate. Verso la fine del periodo fecondo, invece, la contraccezione può essere rifiutata proprio perché esula dai modelli di riferimento delle generazioni più anziane o, d'altro canto, perché può risultare non necessaria per ragioni biologiche o lontana dai comportamenti di una donna anziana; non possiamo però dimenticare la volontà di limitare definitivamente la dimensione della famiglia, che può operare in senso esattamente contrario. Il diverso significato e i diversi obiettivi della contraccezione in varie età possono ovviamente influire anche sulla tipologia delle metodologie adottate, in funzione ad esempio del loro carattere temporaneo o viceversa definitivo.

Per quanto riguarda invece il numero di figli già nati, l'uso della contraccezione tende ad intensificarsi con il suo aumentare: ciò suggerisce che alla *contraccezione di spaziamento* si affianchi effettivamente una quota di *contraccezione terminale*, dettata dalla volontà di limitare la dimensione familiare o da motivi morali quale potrebbe essere l'esigenza di nascondere un'attività sessuale oramai ritenuta indecorosa.

IL MODELLO SUB-SAHARIANO DI LIMITAZIONE DELLE NASCITE

Oltre alle variabili fin qui considerate, che sicuramente godono di universalità e quindi garantiscono la comparabilità tra realtà anche molto diverse tra loro, vi sono altri **fattori**, più specifici e **legati alla peculiarità del contesto sub-sahariano**, che permettono di cogliere dei tratti distintivi della domanda e di conseguenza dei canali di diffusione della pratica contraccettiva in quest'area.

- Dato che l'attività sessuale prenuziale non è generalmente osteggiata, il fenomeno delle adolescenti che incorrono in gravidanze accidentali non è raro nonostante il rinvio dell'età al primo matrimonio. Una maternità precoce può essere un impedimento tale da vincolare le ragazze-madri ad un basso status sociale, dovuto all'impossibilità di raggiungere un livello educativo-professionale che possa permettere un lavoro qualificato; le aspettative di queste donne vengono di fatto distrutte ed esse inevitabilmente relegate nella società e nell'economia tradizionali.
- In un ambiente caratterizzato da condizioni sanitarie modeste, i problemi che possono derivare da gravidanze precoci vengono seriamente amplificati: parti cesari o casi d'anemia possono facilmente portare alla morte della madre o del nascituro; il rischio di problemi di salute chiaramente si inasprisce per altri motivi anche all'aumentare del numero di gravidanze intraprese e dell'età.
- Un tipico fattore "di costume" è rappresentato invece dal caso delle donne che, avvicinandosi alla fine del periodo fecondo, ricorrerebbero alla contraccezione non tanto per l'esigenza o il desiderio di arrestare la crescita di una famiglia già estesa, quanto perché una gravidanza rivelerebbe un'attività sessuale considerata disdicevole oltre una certa età o comunque dopo esser diventate nonne.
- Un ruolo notevole nel modello contraccettivo dei paesi sub-sahariani viene assunto dall'importanza data allo spaziamento fra le nascite: viene ritenuto indispensabile un intervallo di circa tre anni tra due gravidanze successive per salvaguardare la salute della madre ed assicurare le migliori attenzioni al figlio. La contraccezione, in tal senso, va sostituendosi a fastidiosi periodi di *astinenza post partum* che infatti vanno empiricamente ad accorciarsi.
- Anche la conflittualità delle unioni poligamiche può portare a motivi di rifiuto della procreazione: alcune donne ricorrono talvolta alla contraccezione per evitare di dar figli a mariti colpevoli di preferire altre mogli a loro o dai quali si sentono trattate in modo ingiustamente indegno.
- Solo in minima parte, invece, la conoscenza e la paura delle malattie sessualmente trasmissibili influisce in questi paesi sull'esigenza di ricorrere a mezzi protettivi.

L'ABORTO COME MEZZO DI LIMITAZIONE DELLE NASCITE

L'inefficacia dei metodi contraccettivi tradizionali, nonché la scomodità e i disagi che essi comportano, ha portato negli anni molte società ad intensificare in modo preoccupante il ricorso all'aborto quale metodo anticoncezionale, tanto da far confondere spesso nell'opinione comune le due tipologie d'intervento. L'aumento del numero di aborti che si è verificato nel mondo occidentale a partire dalla metà del XIX secolo è stato considerato il vero segno della volontà femminile di limitare la dimensione familiare. Prendiamo in considerazione la diffusione del fenomeno proprio in quanto potrebbe risultare utile nell'individuazione di parte di eventuali **bisogni non soddisfatti di contraccezione**.

In merito alla diffusione dell'aborto volontario nei paesi dell'area sub-sahariana non esistono dati affidabili e a riguardo si scontrano le opinioni più divergenti. Le statistiche mediche testimonierebbero un numero crescente di interventi per conseguenze di aborti provocati al di fuori delle strutture ospedaliere con mezzi rudimentali. Scettici rispetto a questi dati, alcuni sostengono invece che l'interruzione volontaria di gravidanza sia totalmente inconcepibile nel quadro della morale e dei costumi africani in materia riproduttiva; la letteratura antropologica ne ha comunque evidenziato in passato dei casi in situazioni di gravidanze adulterine o di dissidio con il marito o con la famiglia.

A livello legislativo l'aborto indotto è tuttora vietato o concesso esclusivamente in casi estremi, generalmente solo nel momento in cui sia in pericolo la vita della gestante; in qualche caso è ammesso al fine di preservare la salute fisica della madre o di riparare alle conseguenze di uno stupro o di un incesto, mentre solo in Zambia e a Capo Verde vengono contemplate anche motivazioni economiche e sociali. Anche i casi di aborto illegale non sono di certo riconducibili a scopi di pianificazione familiare: alla base di una scelta di questo tipo solitamente risiede la volontà di evitare una nascita che avrebbe pesanti conseguenze sulla vita sociale della madre. Può essere importante notare come il fenomeno riguardi in misura sempre maggiore le studentesse, che pagherebbero una gravidanza precoce ad un prezzo troppo alto, dovendo abbandonare gli studi e contemporaneamente le proprie speranze per l'avvenire.

1.7 POLITICHE E INTERVENTI IN TEMA DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE

LA NASCITA DELLE POLITICHE DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE NEI PVS

Già dopo la seconda guerra mondiale alcuni paesi adottarono i primi provvedimenti finalizzati al controllo della fecondità, ma la decisione circa l'introduzione di specifici programmi demografici di pianificazione familiare è diventata oggetto di interesse internazionale durante gli anni Sessanta, in relazione alla seguente serie di fattori (in parte già emersi nei paragrafi precedenti) da cui di fatto è stata legittimata.

- ✓ Il tasso di sviluppo sociale ed economico del terzo mondo risultava molto più lento delle previsioni che ottimisticamente erano state avanzate. Varie ricerche sembravano dimostrare in modo scientifico il legame tra rapido incremento demografico e deludenti tassi di sviluppo: l'elevata fecondità avrebbe agito da freno allo sviluppo tramite gli effetti sulla struttura per età e la dipendenza della popolazione inattiva da quella attiva.
- ✓ Nel 1959 la FAO²⁰ iniziò a prestare attenzione al crescente divario tra paesi poveri e paesi ricchi, alla produzione e al consumo di cibo, rilevando che in alcuni paesi la crescita della popolazione stava superando la produzione alimentare.
- ✓ Era cresciuta la disponibilità di dati relativi alle tendenze demografiche in seguito ai censimenti della popolazione effettuati nei primi anni di quel decennio: i risultati indicavano un accrescimento demografico superiore a quello che i paesi stessi o la Divisione della popolazione dell'ONU²¹ avessero previsto.
- ✓ Gli stessi paesi poveri maturarono in quegli anni la percezione di tale problematiche, nonostante ad essi mancassero le capacità di formulare una posizione unitaria ed un proprio progetto d'intervento.
- ✓ Sulla scena mondiale apparvero i contraccettivi ormonali e soprattutto venne "riscoperta" la spirale; quest'ultima, non richiedendo una somministrazione costante, rendeva di fatto possibile un intervento anche nei luoghi in cui erano troppo deboli sia la motivazione che il sistema distributivo.

²⁰ *Food and Agriculture Organization of the United Nations*, fondata a Quebec nel 1945; suoi fini sono incrementare il progresso dell'agricoltura e migliorare le condizioni alimentari dell'umanità. Ha sede a Roma.

²¹ *Organizzazione delle Nazioni Unite*.

Il fattore chiave fu comunque il rovesciamento, nel 1965, sotto la spinta del presidente Kennedy, della posizione statunitense; l'opposizione più sostenuta veniva da parte dei paesi cattolici e dell'Unione Sovietica, che considerava l'eccessiva crescita demografica soltanto una conseguenza delle politiche economiche del sistema capitalista e del potere colonialista. Quando gli Stati Uniti ribaltarono la propria posizione, fu possibile il coinvolgimento delle Nazioni Unite attraverso l'istituzione dell'UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*), fondo destinato al finanziamento delle attività intraprese dalle agenzie specializzate nella limitazione della crescita demografica.

L'IMPATTO DELLA DIFFUSIONE DELLA CONTRACCEZIONE SULLA FECONDITÀ

Il modello contraccettivo descritto nel paragrafo precedente sembra **solo marginalmente** concordare con **scopi di pianificazione familiare** e ciò pone molti dubbi rispetto all'effettiva potenzialità di interventi che operino in tale direzione. Non è detto che le politiche in atto rispondano in modo adeguato ad un effettivo bisogno non soddisfatto di contraccezione e siano quindi queste la causa primaria della riduzione delle nascite; l'impegno dovrebbe essere quello di capire quali azioni possano realmente favorire e accelerare il processo di transizione.

A dimostrazione di ciò, pare in effetti che il calo della fecondità nei paesi dell'Africa subsahariana non stia seguendo i canali descritti dalla teoria classica della transizione demografica: secondo quest'ultima le prime fasce ad esser coinvolte dovrebbero essere quelle corrispondenti ad età e parità più elevate. I primi sintomi del calo della fecondità si presentano invece nel nostro caso in età giovanile piuttosto che in età più avanzate, o al massimo si assiste ad un calo generalizzato²²; vedremo come in Senegal, dove la fecondità rimane complessivamente elevata, il declino coinvolge principalmente le donne al di sotto dei 30 anni.

In alternativa alla teoria classica, varie ipotesi sono state avanzate per riuscire a spiegare l'evoluzione demografica in atto in Africa. Caldwell ha ad esempio delineato [1992] una **transizione *sui generis***, caratterizzata da cali contemporanei di fecondità a tutte le età, sia all'interno che al di fuori del matrimonio, in cui il rafforzamento della capacità di controllare le nascite si articolerebbe a partire dai nodi chiave su cui si basa il modello contraccettivo considerato: il bisogno di evitare gravidanze precoci, la volontà di distanziare le nascite, il rifiuto della maternità nella fase finale della vita feconda.

²² Ad esempio nei casi di Kenia e Botswana.

Gli studi di Bongaarts hanno evidenziato che il ricorso alla *contraccezione di spaziamiento* in Africa non produce effetti significativi sulla fecondità, in quanto si sostituisce semplicemente all'astinenza temporanea e ad altri fattori volontari e involontari di spaziamiento: gli intervalli intergenesici ne risultano sostanzialmente immutati. Come abbiamo già visto, questa potrebbe anche essere una spiegazione del fatto che paesi con livelli molto diversi di pratica contraccettiva presentino TFR pressoché identici. L'estensione dell'attuale modello contraccettivo potrebbe quindi non determinare un calo generalizzato delle nascite, almeno non al di sotto di una certa soglia, perché non affiancato da un effettivo desiderio di limitare le dimensioni della famiglia; a riscontro di ciò si rileva infatti un alto desiderio di fecondità, spesso superiore ai livelli effettivamente realizzati.

Fino ad ora il **contributo più rilevante al calo della fecondità** pare attribuibile al **ritardo della nuzialità**, che riduce l'esposizione al rischio di gravidanza in una parte della vita feconda. Il fattore più importante nell'inibizione della fecondità biologica rimarrebbe l'infecundità post partum dovuta all'allattamento e all'astinenza temporanea ma il suo apporto sarebbe rimasto costante, a differenza di quello dell'età alla prima unione, andato crescendo. Plausibilmente in futuro si esaurirà la tendenza al ritardo del calendario nuziale e quindi si stabilizzerà il suo effetto inibitore sulla fecondità; potrebbe invece accentuarsi quello del controllo volontario ma le condizioni e i tempi perché ciò avvenga rimangono una grande incognita.

Le domande fondamentali alla base di qualunque intervento dovrebbero essere le seguenti:

- Quali sono i fattori che influenzano nel contesto specifico il desiderio di fecondità?
- Quali sono i cambiamenti e le condizioni indispensabili affinché questo si riduca?
- È possibile un intervento esterno in tale direzione?
- Esiste una domanda non soddisfatta di contraccezione a cui programmi di pianificazione familiare possano rispondere adeguatamente?
- Quali sono le condizioni indispensabili al successo di tali programmi?

IL CAMPO D'AZIONE DEI PROGRAMMI DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE

Vengono riconosciuti come espressione di una **domanda non soddisfatta di contraccezione** i casi di donne, soggette al rischio di concepimento, che non fanno uso di metodi anticoncezionali pur desiderando rimandare la successiva gravidanza o non avere più figli. Al di là dell'adeguatezza delle stime e dell'attendibilità dei risultati, fondati su dichiarazioni potenzialmente inaffidabili o poco consolidate, sembra emergere in tutti i paesi sub-sahariani un bisogno non soddisfatto di controllo delle nascite tutt'altro che trascurabile, al di là dei motivi che, come abbiamo visto, possono indurlo, di regola lontanissimi da scopi di pianificazione familiare. In ogni caso ciò apre un certo spazio a programmi di pianificazione familiare e legittima politiche di riduzione della fecondità al fine di accelerare i tempi di transizione; allo stesso tempo, tutti gli studi condotti in quest'ambito sottolineano l'importanza di **fattori di sviluppo socioeconomico**, in particolare relativi alla condizione della donna e dell'infanzia, che non dovrebbero essere trascurati da alcun tipo di intervento.

L'importanza data al problema del controllo volontario delle gravidanze si è andata man mano diffondendo nei paesi africani, più in relazione ai nessi con la salute materno-infantile e col benessere familiare che per un reale obiettivo di riduzione della fecondità. I risultati ottenuti dall'azione diretta non concordano però tra loro: alle volte sono stati rilevanti, altre volte del tutto inconsistenti. Molte riflessioni e molti studi empirici sono stati rivolti perciò ad analizzare e a comprendere quali fattori e quali processi possano di fatto determinare il successo o meno delle politiche di fecondità.

Le potenzialità e quindi l'utilità dei programmi sono sicuramente vincolate al peso esercitato dalla storia e dalla cultura delle società a cui sono indirizzati. Molti sono gli **ostacoli**, in un contesto di questo tipo, che vanno a contrapporsi **alla diffusione della pratica contraccettiva**.

- La diversità tra gli interessi statali e quelli della popolazione: la pianificazione familiare si scontra con i valori e i principi della cultura tradizionale, per cui gli scopi ne vengono difficilmente capiti e condivisi.
- La diffidenza nei nuovi metodi contraccettivi e parallelamente l'attaccamento ai tradizionali.
- Il ruolo ed il controllo che esercitano il marito e la famiglia: se da un lato possono fornire alla donna i giusti impulsi e le giuste motivazioni, dall'altro possono avere esattamente l'effetto contrario limitandone la libertà di scelta.

- La scarsità di centri sanitari, di operatori e di fondi economici per un intervento deciso, sistematico ed esteso a tutto il territorio: i mezzi non sono sufficienti e la priorità viene data agli ospedali di città.
- La distanza, conseguenza ovvia della scarsità, dei centri sanitari più vicini e le difficoltà di spostamento sul territorio: spesso le donne, impegnate nella coltivazione delle terre e nella cura della famiglia, non hanno la possibilità di usufruire della necessaria assistenza medica.
- Il disagio, da parte degli operatori sanitari, nel parlare di AIDS e più in generale delle malattie sessualmente trasmissibili.

QUALE POLITICA SEGUIRE?

Il dibattito su quale sia la politica migliore per riuscire a diminuire il ritmo di accrescimento demografico è tuttora aperto; si contrappongono fundamentalmente due correnti.

1. Quella di chi ritiene vada privilegiato il **lato dell'offerta**: sarebbe l'offerta di strutture e strumenti di pianificazione familiare a condizionare più di ogni altra cosa il declino della fecondità, la disponibilità di mezzi anticoncezionali affidabili e a basso costo per la popolazione, a fronte di una domanda invece già consistente ma in buona parte ancora non soddisfatta. Secondo questa ipotesi, il calo della fecondità potrebbe realizzarsi indipendentemente dalla modificazione della dimensione familiare desiderata. Fondamentale sarebbe chiaramente anche la divulgazione delle conoscenze in tema di contraccezione, senza la quale l'offerta non potrebbe rispondere agli effettivi bisogni della popolazione.
2. Quella di chi ritiene vada privilegiato il **lato della domanda**: l'adozione di metodi contraccettivi sarebbe vincolata alla riduzione del desiderio di fecondità, condizionato a sua volta dallo status individuale e dalle norme culturali legate al contesto in cui le persone vivono. Massimo interesse dovrebbe essere rivolto allo sviluppo socioeconomico, "il miglior contraccettivo", unica variabile in grado di mutare significativamente il retroterra culturale di una popolazione.

Si tratta, in definitiva, degli stessi elementi che vengono coinvolti nel dibattito sulle determinanti fondamentali della transizione demografica nei Pvs. Dati empirici (sia a livello individuale che a livello aggregato) e conseguenti analisi, per quanto approfondite, non consentono tuttora di trarre conclusioni su quale effetto, tra quello delle politiche di popolazione e quello dei fattori di sviluppo sociale, sia il prevalente sul declino della fecondità: nessuna delle due ipotesi si è mai potuta affermare sull'altra.

È comunque ormai riconosciuto che il declino della fecondità richiede mutamenti ben più profondi che non la semplice disponibilità di anticoncezionali appropriati: la prevalenza contraccettiva, considerata singolarmente, non avrebbe effetto sul desiderio di fecondità e, una volta inserito nel modello il numero di figli desiderati, avrebbe uno scarso effetto sulla fecondità stessa, così come un impegno governativo rivolto puramente alla pianificazione²³.

I **programmi di pianificazione familiare**, anche consistenti, dovrebbero quindi essere **inglobati in più ampi programmi di sviluppo**, di educazione sociale e di promozione dello status femminile, moralmente e culturalmente accettabili: interventi dal lato dell'offerta dovrebbero essenzialmente affiancarsi ad interventi dal lato della domanda.

Gli **aspetti cruciali da realizzare** come preludio all'affermazione del comportamento contraccettivo e al calo generalizzato della fecondità sono plausibilmente quelli delineati nel quadro seguente.

- L'ottenimento di un valido ed efficace sostegno governativo ai programmi di pianificazione familiare.
- La delineazione di obiettivi e mezzi culturalmente e moralmente accettabili.
- Il miglioramento dei servizi di assistenza sociale e sanitaria.
- Una consistente diminuzione della mortalità infantile.
- La diffusione della scolarizzazione femminile, nonché dell'educazione sessuale e contraccettiva, accompagnata da provvedimenti tesi ad accelerare il passaggio dai valori tradizionali a quelli di tipo occidentale. Dovrebbero ad esempio essere riesaminati i riti d'iniziazione tradizionale che sono ancora praticati da alcuni gruppi etnici, educando all'eliminazione degli aspetti che insistono sulla pratica sessuale alle età infantili.
- Un generale miglioramento della condizione femminile, che fornisca alla donna stimoli e gratificazioni diversi da quelli del ruolo materno. La legge dovrebbe innanzitutto garantire la libertà di scelta matrimoniale e riproduttiva.

²³ Si riscontrano questi risultati in particolare in uno studio di Pritchett [1994].