

UNICEF
Centro di Ricerca Innocenti

Report Card n. 7

Prospettiva sulla povertà infantile

Un quadro comparativo sul benessere dei bambini nei paesi ricchi

**Un'approfondita valutazione sulla condizione
e sul benessere dei bambini e degli adolescenti
nei paesi economicamente avanzati**

Per ogni bambino
Salute, Scuola, Uguaglianza, Protezione

unicef 

Questa pubblicazione è la settima della serie Report Cards Innocenti, concepita per registrare e comparare la prestazione dei paesi OCSE nell'assicurare i diritti dei loro bambini.

Qualunque parte della Report Card Innocenti può essere liberamente riprodotta utilizzando il seguente riferimento: UNICEF, Prospettiva sulla povertà infantile: un quadro comparativo sul benessere dei bambini nei paesi ricchi, Report Card Innocenti n. 7, 2007, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti, Firenze.

© Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, 2007.

Il testo integrale ed una documentazione di riferimento possono essere scaricati dal sito Web del Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF.

Si ringrazia sentitamente il Comitato tedesco per l'UNICEF per il sostegno fornito alla produzione della Report Card Innocenti n. 7. Ulteriore supporto è stato fornito anche dal Comitato svizzero per l'UNICEF.

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF di Firenze è stato istituito nel 1988 per potenziare le capacità del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) nell'attività di ricerca e nel sostegno all'azione a favore dell'infanzia in tutto il mondo.

Il Centro (formalmente denominato Centro internazionale per lo sviluppo dell'infanzia) porta avanti la ricerca in aree relative al lavoro attuale e futuro dell'UNICEF. I suoi obiettivi primari sono migliorare la comprensione internazionale dei problemi relativi ai diritti dei bambini e incoraggiare l'efficace applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, tanto nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Le pubblicazioni del Centro contribuiscono al dibattito globale sui diritti dei bambini e accolgono una vasta gamma di opinioni. Per tale ragione il Centro può produrre pubblicazioni che non riflettono necessariamente le politiche o la posizione dell'UNICEF su determinati argomenti.

Le opinioni espresse sono quelle degli autori e/o curatori per stimolare il dialogo e la riflessione sui diritti dell'infanzia.

La versione italiana è stata realizzata con il contributo della Regione Toscana e del Comitato italiano per l'UNICEF.

UNICEF Centro di Ricerca Innocenti
Piazza SS. Annunziata, 12
50122 Firenze, Italia
Tel: (+39) 055 20 330
Fax: (+39) 055 2033 220
florence@unicef.org
www.unicef.org/irc

Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

La vera misura dello sviluppo di un paese è l'efficacia con cui provvede ai propri bambini: alla loro salute e incolumità, alla loro sicurezza materiale, alla loro istruzione e socializzazione, al loro senso di essere amati, stimati e integrati nelle famiglie e nelle società in cui sono nati.

IL BENESSERE DEI BAMBINI NEI PAESI RICCHI: TABELLA DI SINTESI

La tabella seguente espone in forma sintetica i risultati della presente *Report Card*. I paesi sono ordinati in una graduatoria generale secondo la posizione media di ognuno rispetto alle sei dimensioni del benessere dei bambini che sono state prese in esame¹. I campi con fondo celeste chiaro indicano che per la dimensione corrispondente il paese si piazza nel terzo superiore della classifica, il colore celeste medio si riferisce al terzo intermedio, mentre il celeste scuro indica che il paese si situa nel terzo inferiore della classifica.

		Dimensione 1	Dimensione 2	Dimensione 3	Dimensione 4	Dimensione 5	Dimensione 6
Dimensione del benessere dei bambini	Posizione media (per tutte le sei dimensioni)	Benessere materiale	Salute e sicurezza	Benessere nel sistema scolastico	Relazioni con la famiglia e con i coetanei	Comportamenti e rischi	Percezione e valutazione del proprio benessere
Paesi Bassi	4,2	10	2	6	3	3	1
Svezia	5,0	1	1	5	15	1	7
Danimarca	7,2	4	4	8	9	6	12
Finlandia	7,5	3	3	4	17	7	11
Spagna	8,0	12	6	15	8	5	2
Svizzera	8,3	5	9	14	4	12	6
Norvegia	8,7	2	8	11	10	13	8
Italia	10,0	14	5	20	1	10	10
Irlanda	10,2	19	19	7	7	4	5
Belgio	10,7	7	16	1	5	19	16
Germania	11,2	13	11	10	13	11	9
Canada	11,8	6	13	2	18	17	15
Grecia	11,8	15	18	16	11	8	3
Polonia	12,3	21	15	3	14	2	19
Repubblica ceca	12,5	11	10	9	19	9	17
Francia	13,0	9	7	18	12	14	18
Portogallo	13,7	16	14	21	2	15	14
Austria	13,8	8	20	19	16	16	4
Ungheria	14,5	20	17	13	6	18	13
Stati Uniti	18,0	17	21	12	20	20	-
Regno Unito	18,2	18	12	17	21	21	20

Paesi OCSE con dati insufficienti per essere inclusi nel quadro comparativo: Australia, Islanda, Giappone, Lussemburgo, Messico, Nuova Zelanda, Repubblica slovacca, Corea del Sud, Turchia.

Questa *Report Card* presenta un'estesa analisi della condizione e del benessere dei bambini e dei giovani in 21 paesi del mondo industrializzato. Si pone l'obiettivo di favorire il monitoraggio, di consentire la comparazione e di stimolare il dibattito e lo sviluppo di politiche volte a migliorare la vita dei bambini.

Il rapporto rappresenta un importante passo avanti rispetto ai precedenti titoli di questa serie, che hanno utilizzato la povertà del reddito come misura rappresentativa del generale benessere dei bambini nei paesi dell'OCSE. In particolare lo studio si pone l'obiettivo di misurare e comparare il

benessere dei bambini e dei giovani esaminandolo alla luce di sei diversi parametri o dimensioni: il benessere materiale, la salute e la sicurezza, l'istruzione, i rapporti con la famiglia ed i coetanei, i comportamenti e rischi, e la auto-percezione che essi hanno del proprio benessere. In totale, l'analisi si fonda su 40 diversi indicatori significativi per la vita e i diritti dei bambini (vedi le pagine da 42 a 45).

Pur pesantemente condizionata dalla disponibilità di dati, quest'analisi è anche guidata da una concezione del benessere dei bambini ispirata alla *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia* (vedi il riquadro a pagina 40). L'implicita

definizione di benessere del bambino che permea il rapporto è tale da corrispondere anche all'opinione e all'esperienza di un vasto pubblico. Ogni capitolo del rapporto inizia con una presentazione più chiara possibile dei metodi in base ai quali le dimensioni sono state valutate.

Punti principali:

- I Paesi Bassi sono in testa alla classifica generale del benessere dei bambini, e si piazzano nei primi 10 posti per tutte le sei dimensioni del benessere prese in esame dal rapporto.
- I paesi europei dominano la metà superiore della classifica generale, e le prime quattro posizioni sono occupate da paesi dell'Europa settentrionale.
- Tutti i paesi hanno dei punti deboli da considerare e nessuno si piazza nel primo terzo delle classifiche per tutte le sei dimensioni del benessere dei bambini (anche se i Paesi Bassi e la Svezia ci si avvicinano molto).
- Il Regno Unito e gli Stati Uniti si trovano nell'ultimo terzo delle classifiche per cinque delle sei dimensioni esaminate.
- Nessuna delle sei dimensioni può essere considerata da sola come una misura affidabile rappresentativa del benessere generale dei bambini e vari paesi OCSE ottengono punteggi molto diversi per le diverse dimensioni del benessere.
- Non esiste un'evidente relazione tra i livelli di benessere dei bambini e il PIL pro capite. Per esempio, nella graduatoria generale sul benessere dei bambini la Repubblica ceca si piazza meglio rispetto ad altri paesi molto più ricchi, come la Francia, l'Austria, gli Stati Uniti e il Regno Unito.

La misurazione e le politiche

Qual è il vantaggio del misurare e comparare il benessere dei bambini nei vari paesi?

La risposta è data dalla massima *'per migliorare qualcosa bisogna prima misurarla'*. Già la stessa decisione di procedere alla misurazione contribuisce a stabilire degli orientamenti e delle priorità, richiedendo un certo livello di consenso su cosa debba essere misurato, cioè su cosa costituisca un progresso. Nel lungo periodo, la misurazione serve da guida di riferimento delle politiche, mantenendo gli sforzi in linea con gli obiettivi, promuovendo una costante attenzione, segnalando tempestivamente insuccessi o riusciti, stimolando

la mobilitazione, migliorando la trasparenza, e favorendo un più efficiente impiego delle risorse.

A livello internazionale, la misurazione e la comparazione forniscono un'indicazione dei punti di forza e di debolezza di ogni paese. Mostrano quello che è possibile fare *nella pratica* e forniscono ai governi e alla società civile informazioni per reclamare e lavorare per i diritti dei bambini e per il miglioramento delle loro condizioni di vita. Soprattutto, queste comparazioni dimostrano che determinati livelli di benessere dei bambini non sono dati ma dipendono dalle politiche adottate. Le grandi differenze nel benessere dei bambini osservate in questa *Report Card* possono quindi essere interpretate come una realistica guida ad ampio raggio sulle potenzialità di miglioramento esistenti in tutti i paesi dell'OCSE.

Considerato il valore potenziale di questo esercizio, è stato fatto tutto il possibile per superare le limitazioni relative ai dati. E' comunque necessario riconoscere che i dati disponibili non sono ideali e che ci sono importanti lacune. Per esempio, non è stato possibile includere l'esposizione dei bambini alla violenza nell'ambiente domestico, sia come vittime che come testimoni², a causa delle difficoltà di definizione e di misurazione tra un paese e l'altro. Anche la salute mentale ed il benessere emotivo dei bambini sono probabilmente sotto-rappresentati, nonostante i tentativi fatti per registrare queste dimensioni particolarmente difficili da misurare (vedi per esempio i risultati delle indagini sulla auto-percezione che i bambini e i giovani hanno della propria vita, alle pagine 34 e 38). E ancora, le differenze di età e di genere sono tenute insufficientemente in considerazione, sempre a causa della mancanza di dati disaggregati e del fatto che la maggioranza delle statistiche disponibili si riferisce a fasce d'età superiori. Una carenza particolarmente rilevante è l'assenza di dati relativi al numero di bambini di tre e quattro anni che frequentano la scuola della prima infanzia (per la quale non sono disponibili dati comparabili a livello internazionale).

Pur riconoscendo l'esistenza di queste limitazioni, la *Report Card* n. 7 stimola il dibattito e apre una strada nuova, riunendo i migliori dati attualmente disponibili. Essa rappresenta un significativo passo in avanti nella direzione di un'analisi multidimensionale della condizione dell'infanzia nella maggioranza dei paesi economicamente avanzati del mondo. ■

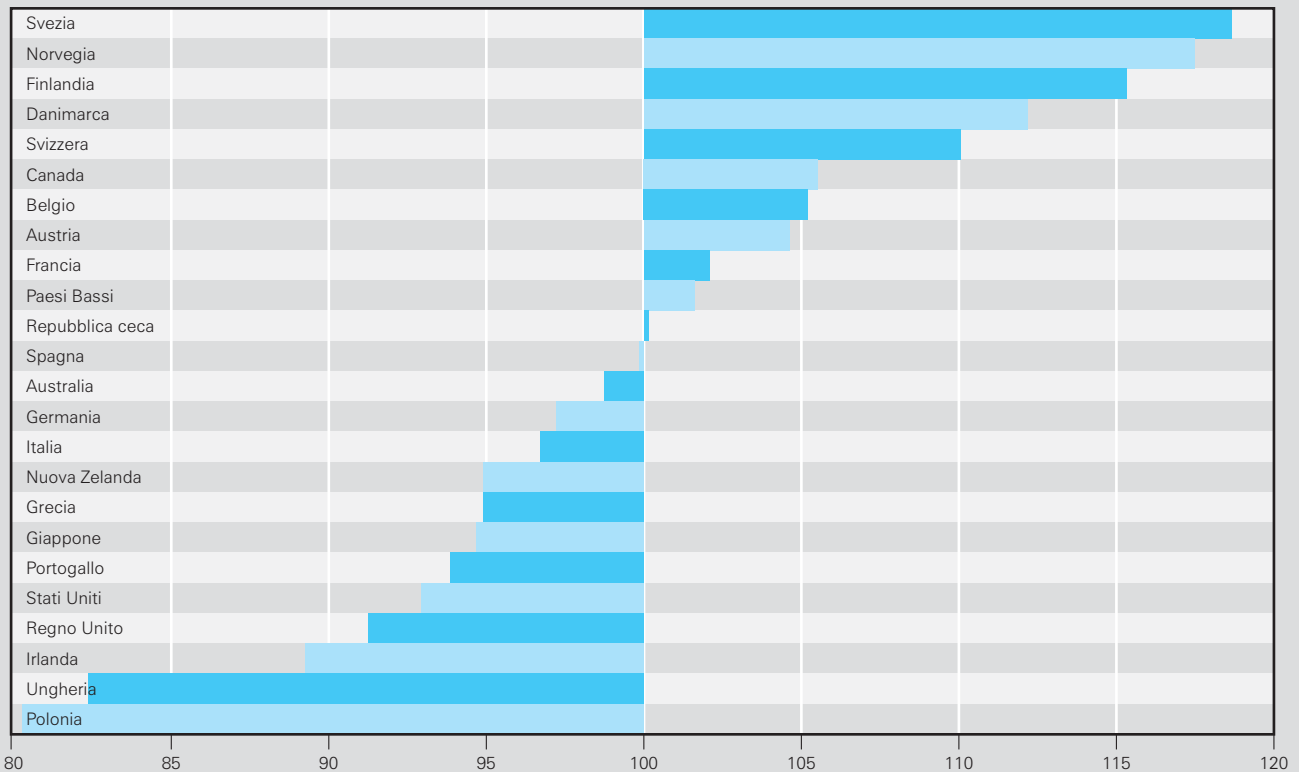
Dimensione 1

B E N E S S E R E M A T E R I A L E

Figura 1.0 Analisi del benessere materiale dei bambini nei paesi dell'OCSE

Per rappresentare il benessere materiale dei bambini sono stati scelti tre aspetti (vedi il riquadro sotto).

La figura 1.0 presenta per ogni paese la media del punteggio ottenuto per i tre aspetti e ordina i 21 paesi esaminati in una scala che ne mostra la distanza dalla media (fissata a 100) verso l'alto oppure verso il basso.



Nota: I paesi sono ordinati su di una scala determinata dal punteggio medio dell'intero gruppo. L'unità utilizzata è la deviazione standard. Per facilità di lettura, i risultati sono presentati su di una scala con media di 100 e deviazione standard di 10.

La valutazione del benessere materiale

La tabella sulla destra mostra come è stato costruito l'indice del benessere materiale dei bambini. La scelta dei singoli indicatori riflette la disponibilità di dati internazionalmente comparabili. Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media dei paesi OCSE presi in esame. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese in relazione alla dimensione "Benessere materiale" dei bambini (vedi il riquadro a pagina 5).

	ASPETTI	INDICATORI
Benessere materiale	povertà relativa del reddito	– percentuale di bambini che vivono in famiglie con reddito equivalente inferiore al 50 per cento della mediana nazionale
	famiglie senza lavoro	– percentuale di bambini in famiglie prive di un adulto che lavora
	privazione riferita dai bambini	– percentuale di bambini che affermano che la propria famiglia ha scarse ricchezze – percentuale di bambini che affermano di avere a disposizione scarse risorse per l'istruzione – percentuale di bambini che affermano di avere in casa meno di 10 libri

Il benessere materiale dei bambini

Il presente quadro del benessere dei bambini prende innanzitutto in esame la dimensione materiale del benessere. A questo riguardo, sono stati considerati tre diversi aspetti: la povertà relativa del reddito, i bambini in famiglie prive di un adulto che lavora, e misure dirette della privazione. La figura 1.0 (pagina accanto) riunisce questi tre aspetti in una graduatoria generale del benessere materiale dei bambini.

Punti principali

- I minori tassi di povertà relativa del reddito (sotto al 5 per cento) si registrano nei quattro paesi nordici.
- Nove paesi in totale, tutti in Europa settentrionale, hanno portato i tassi di povertà infantile al di sotto del 10 per cento.
- La povertà infantile rimane sopra al 15 per cento nei tre paesi dell'Europa meridionale (Portogallo, Spagna, Italia) e in tre paesi di lingua inglese (Stati Uniti, Regno Unito e Irlanda).
- Nella classifica, la Repubblica ceca supera diversi dei paesi più ricchi del mondo, tra cui la Germania, l'Italia, il Giappone, gli Stati Uniti ed il Regno Unito.
- L'Irlanda, nonostante la forte crescita economica degli anni novanta e una costante lotta contro la povertà, si piazza al 22esimo posto sul totale di 25 paesi.

Povertà del reddito

Due precedenti numeri della serie *Report Card* si sono occupati della povertà del reddito dei bambini nei paesi dell'OCSE (vedi il riquadro 7). Per molti paesi i dati mostrano costantemente che i bambini che

crescono in povertà sono più vulnerabili: in particolare, hanno maggiori probabilità di avere cattiva salute, difficoltà di apprendimento e comportamentali, peggiore rendimento scolastico, gravidanze in età precoce, inferiori capacità e aspirazioni, retribuzioni più basse, di essere disoccupati e dipendere dall'assistenza pubblica. Questo catalogo di svantaggi della povertà rischia di non tenere conto del fatto che molti bambini di famiglie a basso reddito non rientrano in nessuna di queste categorie. Ma ciò non modifica il fatto che, in media, i bambini che crescono nella povertà sono soggetti alla probabilità di soffrire uno svantaggio netto e dimostrabile.

Idealmente, la povertà dei bambini dovrebbe essere misurata mettendo insieme i dati relativi ad una varietà di aspetti della povertà, come la povertà relativa, la privazione assoluta e il grado di povertà (che indica non solo quanti si trovano sotto alla soglia della povertà, ma anche di quanto e per quanto tempo). Ciò nonostante, la "misura della povertà" usata qui rappresenta una visione della povertà infantile più completa rispetto a quelle disponibili in precedenza.

Povertà relativa del reddito

La povertà infantile può essere misurata in senso assoluto, come mancanza di un determinato paniere minimo di beni e servizi, oppure può

Una scala comune

- In questa *Report Card* il punteggio generale di un paese per ognuna delle dimensioni del benessere dei bambini è stato calcolato facendo la media del punteggio ottenuto per ognuno dei tre aspetti scelti per rappresentare quella determinata dimensione. Se per la valutazione di uno degli aspetti è stato utilizzato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Questo metodo consente di attribuire la stessa ponderazione agli aspetti che compongono ogni dimensione e agli indicatori che compongono ogni aspetto. La parità di ponderazione è l'approccio utilizzato normalmente in assenza di impellenti ragioni che spingano ad impiegare ponderazioni differenziate, ma ciò non significa che tutti gli elementi siano considerati di pari importanza.
- In ogni caso, i punteggi sono stati calcolati con il metodo dei "z scores", vale a dire utilizzando una scala comune i cui limiti superiore ed inferiore sono definiti da tutti i paesi del gruppo. Il vantaggio di questo metodo è che rivela di quanto un paese si allontana, verso l'alto o verso il basso, dalla media dell'intero gruppo. L'unità di misura impiegata in questa scala è la deviazione standard. In altre parole, un punteggio di + 1,5 significa che il punteggio di un dato paese corrisponde a 1,5 volte la deviazione media rispetto alla media del gruppo. Per facilitare la lettura, i punteggi di ogni *dimensione* sono presentati su di una scala con media di 100 e deviazione standard di 10.

Figura 1.1 Povertà relativa del reddito: percentuale di bambini (0-17 anni) in famiglie con un reddito equivalente inferiore al 50 per cento della mediana.

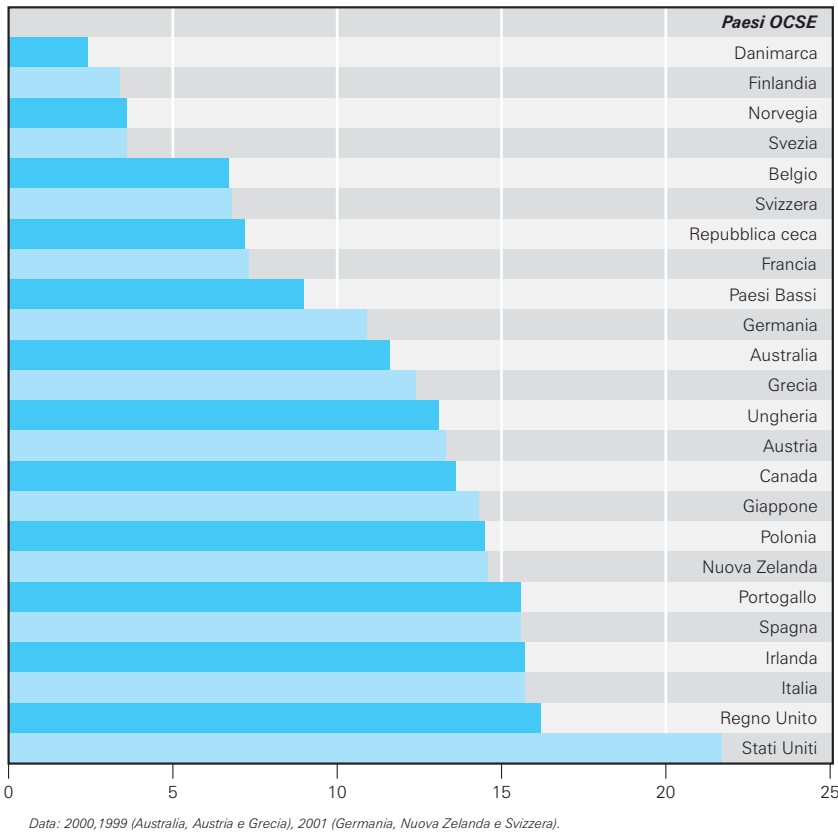
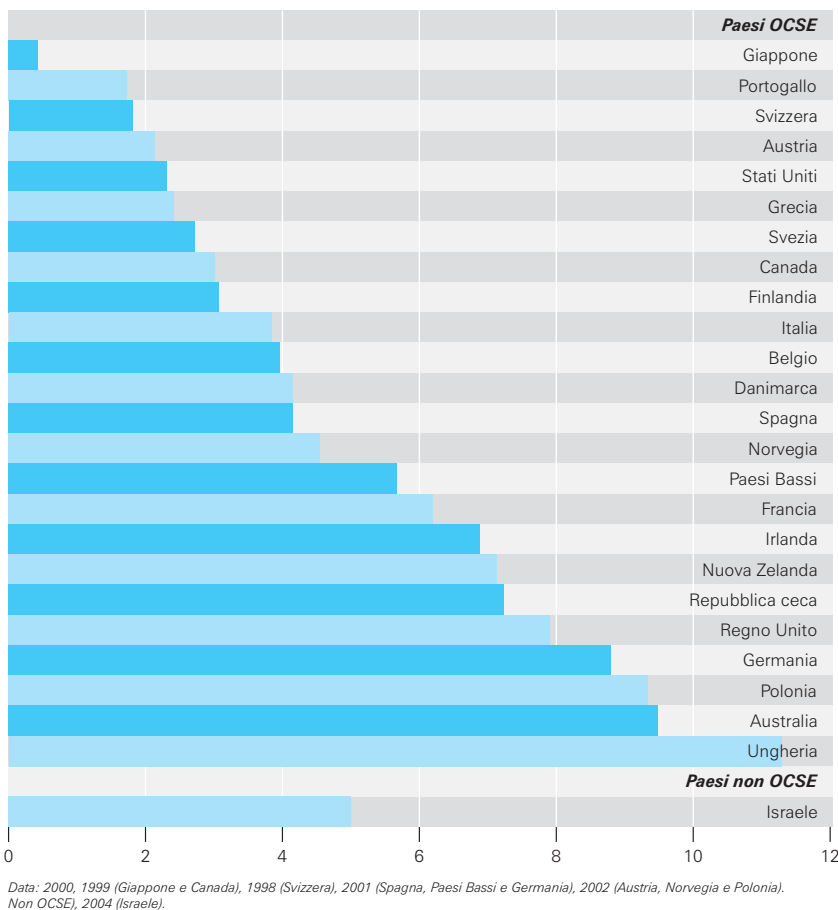


Figura 1.2 Percentuale di famiglie con adulti in età lavorativa in cui vivono bambini senza genitori che lavorano



essere misurata in senso relativo, come distanza superiore ad un certo livello dal tenore medio di vita della società in cui si vive. Nel 1984 l'Unione europea ha stabilito la propria definizione di povertà: "sono poveri coloro che hanno risorse (materiali, culturali e sociali) talmente limitate da escluderli dal tenore di vita minimo accettabile dello Stato membro in cui vivono". Per i fini pratici e statistici, questo in genere ha significato fissare le soglie nazionali della povertà ad una certa percentuale del reddito nazionale mediano. La figura 1.1 mostra, per 24 paesi dell'OCSE, la percentuale di bambini che crescono in povertà relativa, definita come appartenenza ad una famiglia che ha un reddito equivalente inferiore al 50 per cento della mediana nazionale³.

I critici di questo approccio sostengono che la povertà relativa non è una "vera" povertà, facendo notare che molti di coloro che sono al di sotto della soglia di povertà relativa godono di un tenore di vita superiore a qualunque altro momento del passato o a quello della maggior parte dei bambini del mondo di oggi. Questo punto di vista, tuttavia, trascura il fatto che oggi nei paesi dell'OCSE il significato della povertà è il contrasto, percepito quotidianamente, tra la vita condotta dai poveri e quella di coloro che li circondano. Ciò nonostante, una comparazione internazionale basata su una soglia della povertà fissata al 50 per cento del reddito nazionale mediano presenta solamente una parte della realtà poiché non permette di cogliere le differenze sul piano della ricchezza nazionale. Per esempio, mostra che il tasso di povertà infantile negli Stati Uniti è maggiore di quello dell'Ungheria, ma nasconde il fatto che il 50 per cento del reddito mediano (per una coppia con due figli) è di circa 7.000 USD in Ungheria mentre è di 24.000 USD negli Stati Uniti. Il fatto che una

minore percentuale di bambini cresce in povertà nella Repubblica ceca rispetto alla Francia, oppure in Polonia rispetto all'Italia, non significa che nella Repubblica ceca oppure in Polonia i bambini siano più benestanti, ma che i loro paesi hanno una distribuzione del reddito più equilibrata. In altre parole, la figura 1.1 ci dice molto sulla disuguaglianza e sull'esclusione, ma assai poco sulla privazione materiale assoluta.

Anche all'interno di singoli paesi, la povertà relativa del reddito non rivela di quanto le famiglie si trovino al di sotto della soglia della povertà, o per quanto tempo vi rimangano. Inoltre, tutte queste misurazioni della povertà infantile si basano sul reddito della famiglia e presuppongono l'esistenza di un ambiente familiare funzionale nel quale le risorse disponibili sono ripartite con ragionevole equità, e dove le necessità hanno la precedenza rispetto ai consumi voluttuari. Ma, per esempio, un bambino in condizioni di grave privazione a causa della dipendenza da alcool o stupefacenti da parte di un genitore non è registrato come povero se il reddito della famiglia è superiore al 50 per cento della mediana nazionale. La povertà relativa è quindi un indicatore necessario ma non sufficiente del benessere materiale dei bambini che deve essere integrato da una qualche misura della privazione.

Disoccupazione

Vari studi hanno rilevato che crescere in una famiglia priva di un adulto che abbia un lavoro è strettamente associato con la privazione, soprattutto se la condizione di disoccupazione si protrae nel tempo. La proporzione di bambini che crescono in famiglie prive di un adulto che lavora è stata quindi scelta come secondo aspetto per costruire un'immagine più completa della povertà materiale dei bambini. La figura 1.2 misura

Dalle precedenti *Report Cards*

La *Report Card n. 1 (2000)* e la *Report Card n. 6 (2005)* si sono occupate del problema della povertà infantile del reddito nei paesi OCSE. Alcuni dei punti principali rilevati sono:

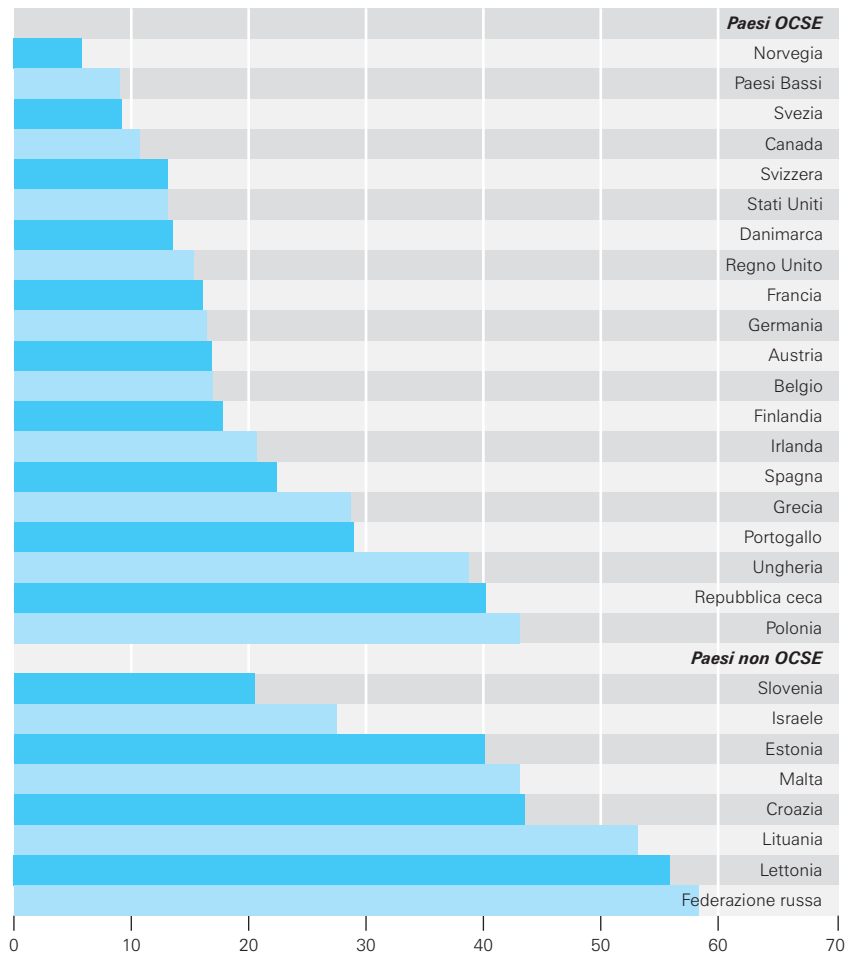
- Negli ultimi anni la povertà infantile è aumentata in 17 dei 24 paesi dell'OCSE per i quali sono disponibili dati.
- La Norvegia è l'unico paese dell'OCSE in cui la povertà infantile può essere definita molto bassa e in costante riduzione.
- Una maggiore spesa pubblica in favore delle famiglie e per le prestazioni sociali è associata a tassi di povertà infantile minori. Nessuno dei paesi dell'OCSE che dedicano il 10 per cento o più del PIL ai trasferimenti sociali ha un tasso di povertà infantile superiore al 10 per cento. Nessuno dei paesi che dedicano meno del 5 per cento del PIL ai trasferimenti sociali ha un tasso di povertà infantile inferiore al 15 per cento.
- Le differenze nelle politiche pubbliche sembrano essere la causa della maggior parte delle differenze di livello di povertà infantile tra i paesi dell'OCSE.
- Sembra esserci poca relazione tra i livelli di occupazione e quelli di povertà infantile. I fattori che contribuiscono maggiormente alle differenze tra i tassi di povertà infantile tra i paesi sono la distribuzione dell'occupazione tra i vari tipi di famiglie, la proporzione di occupati con una bassa retribuzione, e il livello dei sussidi pubblici di disoccupazione e a sostegno dei bassi salari.
- Le variazioni tra i paesi della proporzione di bambini che crescono in famiglie con un unico genitore non spiegano i tassi nazionali di povertà. Per esempio, la Svezia ha una maggiore proporzione di bambini che vivono in famiglie composte da un unico genitore rispetto agli Stati Uniti o al Regno Unito, eppure possiede un tasso di povertà infantile molto inferiore a quello di questi due paesi.
- Esistono notevoli differenze tra i tassi di povertà infantile anche di paesi con livelli simili di spesa pubblica.
- Un obiettivo realistico per tutti i paesi dell'OCSE sarebbe di ridurre i tassi di povertà infantile relativa a meno del 10 per cento. Per i paesi che hanno già raggiunto quest'obiettivo, il prossimo traguardo potrebbe essere quello di emulare i quattro paesi Nordici portando i tassi sotto al 5 per cento.
- In molti paesi OCSE è presente una netta tendenza alla riduzione degli introiti relativi di coloro che percepiscono le retribuzioni più basse.
- Esiste la tendenza a destinare ogni aumento della spesa sociale dei paesi dell'OCSE principalmente alle pensioni e alla sanità, lasciando poco a disposizione degli investimenti a favore dell'infanzia.

chiaramente un diverso aspetto della povertà. Gli Stati Uniti, per esempio, salgono dal fondo della classifica, dove si trovavano nella figura 1.1, al quinto posto nella figura 1.2; mentre la Norvegia passa dalla terza alla quattordicesima posizione. Questi cambiamenti potrebbero essere il riflesso di bassi livelli di retribuzione degli adulti occupati in alcuni paesi e dell'esistenza di generosi sussidi di disoccupazione in altri. In ogni caso, questo dato rende più completo il quadro della povertà infantile. Continua comunque a mancare una misura più diretta della privazione materiale dei bambini.

Privazione

Purtroppo, non ci sono misure della privazione materiale comparabili a livello internazionale oppure definizioni accettate di quello che significhi "il diritto ad un adeguato tenore di vita". Perciò non è possibile comparare la proporzione di bambini che in ogni paese subiscono privazioni materiali, cioè che non sono in grado

Figura 1.3a Percentuale di bambini di età 11, 13 e 15 anni che riferiscono che la loro famiglia ha ricchezze limitate



Data: 2001/02

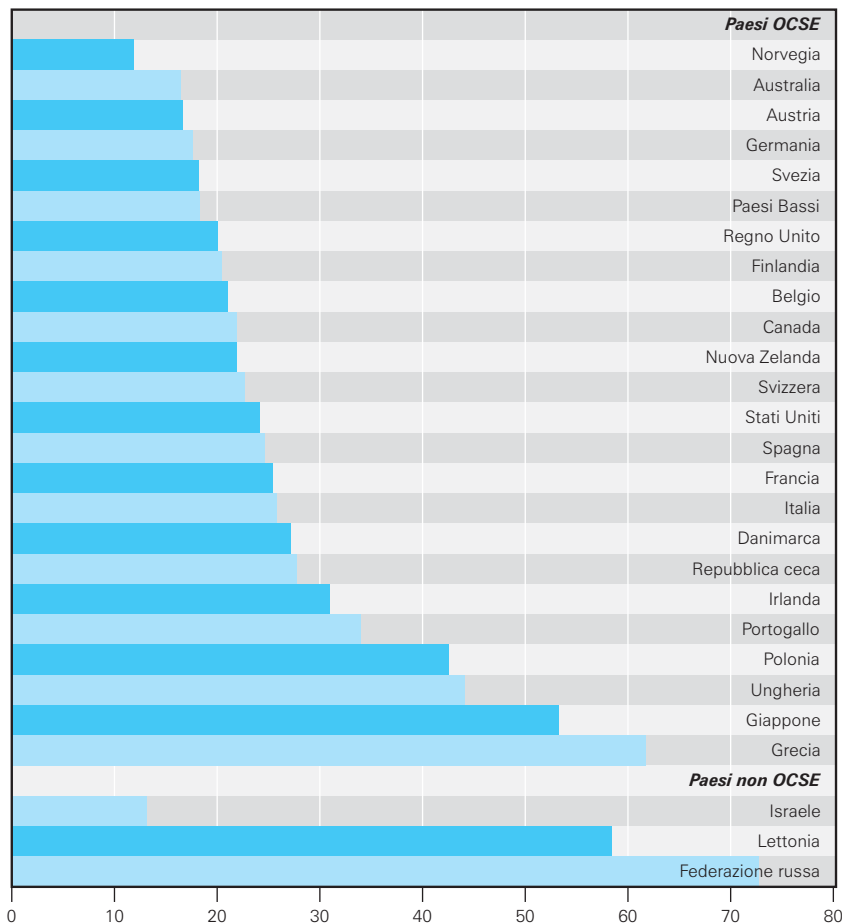
La povertà relativa

Negli ultimi anni, la povertà relativa dei bambini è divenuta un indicatore fondamentale per i governi di molti paesi dell'OCSE. Il monitoraggio dell'Unione europea sul proprio *Programma per l'inclusione sociale*, per esempio, include la povertà infantile relativa e la percentuale di bambini in famiglie prive di occupazione come unici indicatori specificamente riferiti ai bambini (definendo la soglia della povertà come la proporzione di bambini che in un paese vive in famiglie con un reddito equivalente inferiore al 60 per cento della mediana di quel paese).

Quasi sempre è la mediana nazionale ad essere utilizzata come base per la misurazione della povertà relativa. Ma dal punto di vista del bambino si potrebbe sostenere che il raffronto dovrebbe fondarsi su di una diversa entità: la regione, la provincia, la città, oppure il quartiere. Se alla domanda "povertà relativa a che cosa" si fornissero risposte come queste, diverse da quelle attuali, il quadro della povertà infantile cambierebbe radicalmente?

Non sono disponibili molti dati che consentano di dare una risposta a questo interrogativo, ma la *Report Card* n. 1 si fondava sulla evidenza nel 2000 per proporre alcune risposte. Per esempio, indicava che il tasso di povertà infantile nello stato più ricco d'America, il New Jersey, sarebbe balzato dal 14 al 22 per cento se la base del raffronto fosse stato il reddito mediano del New Jersey invece che quello di tutti gli Stati Uniti. Allo stesso modo, il tasso di povertà infantile dell'Arkansas sarebbe crollato dal 26 al 14 per cento. Cambiamenti del genere emergerebbero senza dubbio anche in altri paesi nei quali la media regionale del reddito è significativamente diversa da quella nazionale. Per esempio, la provincia più povera della Spagna, l'Estremadura, vedrebbe quasi dimezzarsi il proprio tasso di povertà infantile se la soglia della povertà fosse ridefinita in tal modo. In paesi come l'Australia ed il Canada, dove le variazioni del reddito medio tra le regioni sono meno marcate, i cambiamenti sarebbero molto meno drammatici.

Figura 1.3b Percentuale di quindicenni che riferiscono di possedere meno di sei strumenti d'istruzione



Data: 2003. non OCSE 2003, 2000 (Israele)

di soddisfare esigenze di base come un'adeguata alimentazione, l'abbigliamento, e l'alloggio. Anche in questo caso, i singoli governi possono avere degli indicatori che registrano questo tipo di privazioni a livello nazionale, ma in assenza di definizioni e dati validi per più paesi, sono stati scelti tre indicatori che, considerati insieme, possono offrire ragionevoli indicazioni (figure 1.3a, 1.3b, e 1.3c).

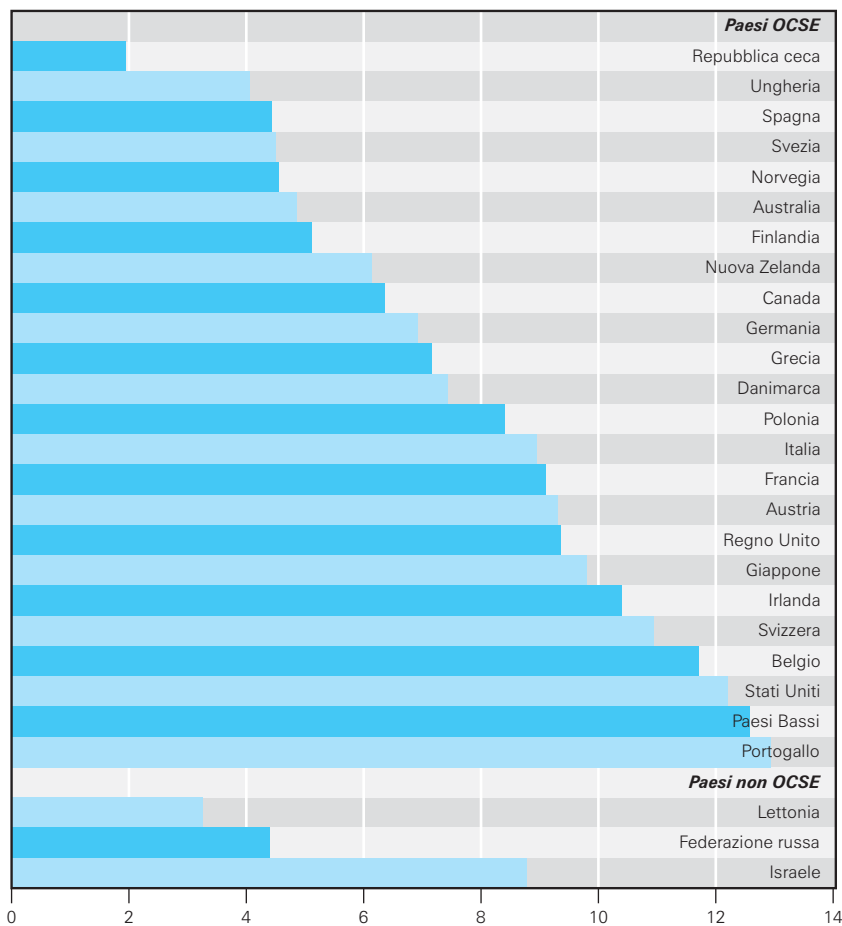
La figura 1.3a si fonda sulla *Scala della ricchezza delle famiglie*, utilizzata nel contesto dell'indagine dell'OMS sul *Comportamento salutare dei bambini in età scolare* (vedi il riquadro a pagina 17). L'indagine interpellava campioni rappresentativi di bambini di età 11, 13 e 15 anni in 35 paesi sulle seguenti quattro domande:

- La tua famiglia possiede un'automobile, un furgone o un camion?
- Hai una camera da letto tutta per te?
- Negli ultimi dodici mesi, quante volte sei andato in vacanza con la tua famiglia?

Tra i paesi più ricchi del mondo, è in Italia che la modifica della base di comparazione produce i risultati più drammatici. Nel 2000, la soglia di povertà, su base nazionale, rivelava un tasso di povertà infantile quattro volte superiore nel Sud rispetto a quello della Lombardia, mentre le soglie di povertà su base regionale non mostravano quasi differenze tra le due parti del paese. In altre parole, era possibile per una famiglia che viveva in Sicilia oppure in Calabria trovarsi sotto alla soglia nazionale di povertà pur non essendo in peggiori condizioni economiche della maggioranza degli altri siciliani o calabresi (il tasso di povertà infantile relativa per la Sicilia e la Calabria si riduceva di oltre la metà, dal 45 al 19 per cento se si utilizzava la mediana regionale invece di quella nazionale). Considerare il contesto di comparazione del bambino stesso è necessario, e sarebbe utile avere maggiori dati sulle differenze nel benessere dei bambini all'interno dei paesi oltre che tra di essi. Tuttavia, le politiche si fanno a livello nazionale e, per la maggior parte, in pratica ha un senso stabilire la soglia di

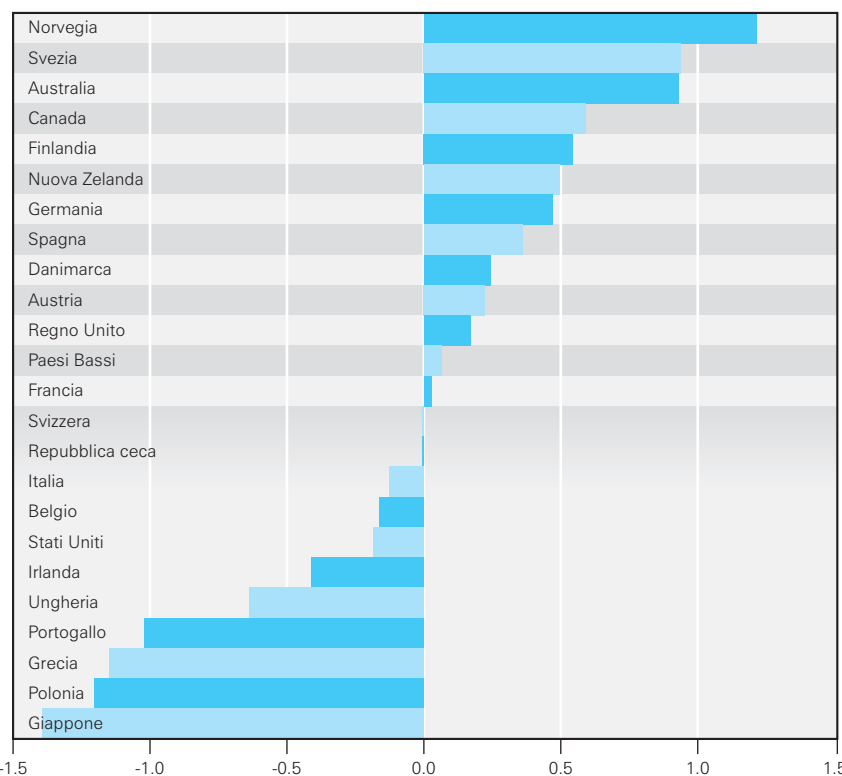
povertà in relazione alla mediana nazionale. Come concludeva la Report Card n. 1, "In un mondo nel quale i mezzi di comunicazione di massa nazionali ed internazionali estendono i confini della società alla quale la gente sente di appartenere, unificando le aspettative ed uniformando il concetto di 'livello minimo accettabile di vita', è probabile che il livello nazionale rimanga la base di comparazione più utilizzata. I bambini dell'Arkansas, della Sicilia o dell'Estremadura guardano gli stessi programmi televisivi dei loro coetanei del New Hampshire, dell'Emilia Romagna o di Madrid. Questo ci porta alla scomoda riflessione che oggi gli stessi programmi e le stesse pubblicità sono viste anche dai bambini di Lagos e di Città del Messico". In teoria, gli argomenti in favore di un'estensione della base di comparazione sono altrettanto convincenti di quelli in favore di un suo restringimento.

Figura 1.3c Percentuale di quindicenni che riferiscono di avere meno di 10 libri in casa



Data: 2003, non OCSE 2003, 2000 (Israele)

Figura 1.3 Tabella combinata (Figure 1.3a, 1.3b, 1.3c) della privazione materiale dei bambini



■ Quanti computer ci sono nella tua famiglia?

Ai risultati era attribuito un punteggio creando una scala della ricchezza nella quale il massimo era 8, mentre la “bassa condizione economica” era definita con il punteggio da 0 a 3. La figura 1.3a mostra la percentuale di bambini che in ogni paese affermava di appartenere ad una famiglia con limitate ricchezze, secondo questa definizione.

La *Scala della ricchezza delle famiglie* presenta alcuni punti deboli. Per esempio, le variazioni nel numero di veicoli posseduto dalla famiglia possono indicare livelli diversi di urbanizzazione oppure di qualità del servizio di trasporti pubblici. Il numero di vacanze può dipendere da tradizioni come l’abitudine di fare regolarmente le vacanze con i parenti. Anche il fatto di non condividere una camera può essere dovuto alla diversità di tradizioni culturali, alla dimensione media della famiglia o anche a differenze rurali/urbane⁴.

Forse il principale problema della figura 1.3a rispetto ai fini di quest’analisi è che non ci dice molto sulle forme più gravi di privazione. Ciò nondimeno, la *Scala della ricchezza delle famiglie* presenta il vantaggio di essere fondata su definizioni tangibili che corrispondono a concezioni ampiamente diffuse del benessere materiale.

Per i fini di quest’analisi, la figura 1.3a fornisce anche un’istantanea che è chiaramente diversa dal quadro della povertà relativa rappresentato nella figura 1.1. Si può vedere immediatamente, per esempio, che l’Ungheria, la Repubblica ceca e la Polonia, tutte e tre situate nella zona intermedia della classifica se misurate in base alla povertà del reddito relativa, precipitano in fondo alla graduatoria quando sono classificate secondo la

Scala della ricchezza delle famiglie. Al contrario, gli Stati Uniti ed il Regno Unito passano dal fondo della classifica ai primi dieci posti.

Risorse culturali e per l'istruzione

Un altro modo di valutare il benessere materiale dei bambini consiste nel chiedersi se, con le parole della Convenzione sui diritti dell'infanzia, le circostanze in cui essi vivono siano tali da consentire “*lo sviluppo della personalità del fanciullo, nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche, in tutta la loro potenzialità*”. Da questo punto di vista, molti commentatori hanno sostenuto che la mancanza di risorse culturali e per l'istruzione dovrebbe essere presa in considerazione accanto alla carenza di reddito, e che le risorse per l'istruzione a casa, in particolare, svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo educativo del bambino.

La difficoltà di misurare la “privazione culturale e dell'istruzione” è evidente, ma le tabelle 1.3b e 1.3c offrono alcuni spunti riguardo a questo aspetto della povertà infantile. Entrambe le tabelle sono fondate su dati del *Programma di valutazione internazionale degli studenti* (vedi il riquadro a pagina 17) che, insieme a molte altre domande, chiedeva a gruppi rappresentativi di quindicenni in 41 paesi se a casa disponevano delle seguenti otto risorse per l'istruzione:

- una scrivania per fare i compiti;
- un posto tranquillo per studiare;
- un computer per fare i compiti;
- software educativo;
- una connessione Internet;
- una calcolatrice;
- un dizionario;
- libri di testo scolastici.

La figura 1.3b mostra la percentuale che afferma di possedere meno di sei di queste risorse.

Utilizzando la stessa fonte, la figura 3.1c mostra la percentuale di bambini che riferisce di avere meno di 10 libri in casa: un indicatore proposto per misurare la privazione di risorse culturali.

Combinati come nella figura 1.3, questi tre indicatori mostrano che in alcuni dei paesi più economicamente sviluppati del mondo i bambini risultano essere notevolmente privi di risorse educative e culturali.

Conclusioni

I dati disponibili non consentono di registrare tutte le complessità della povertà infantile perché non riescono, per esempio, a fare luce su importanti questioni come il grado e la durata della povertà infantile, oppure la portata delle forme più gravi di privazione. Chiaramente, sussiste

l'esigenza di una migliore comprensione delle relazioni esistenti tra la povertà del reddito e la privazione materiale. In particolare, c'è la necessità di capire meglio il nesso tra la povertà del reddito, la privazione ed il tipo di esclusione sociale che inibisce lo sviluppo delle potenzialità ed aumenta il rischio di tramandare la povertà da una generazione all'altra.

Nonostante queste necessarie riserve, si può affermare che gli indicatori elaborati e combinati nella tabella di sintesi di questo capitolo (figura 1.0) rappresentano un significativo miglioramento rispetto alle misure fondate sulla sola povertà del reddito, e che offrono la migliore analisi comparativa attualmente disponibile del benessere materiale dei bambini nelle economie sviluppate del mondo. ■

I dati

- Per questa analisi sono stati messi insieme ed elaborati i risultati comparabili di indagini provenienti da una vasta gamma di fonti, riferiti al massimo numero possibile di paesi OCSE. Una descrizione dettagliata delle fonti dei dati e delle metodologie (comprese le analisi di sensibilità) è disponibile nel documento preparatorio cui si fa riferimento a pagina 13.
- Tutti i dati grezzi utilizzati nella presente analisi sono presentati alle pagine da 42 a 45. In ogni caso, le serie di dati utilizzate sono le più recenti disponibili ed in generale si applicano al periodo 2000-2003 (vedi pagine da 46 a 47 per le date cui fanno riferimento le singole serie di dati).
- Purtroppo non sono disponibili dati comparabili per diversi paesi dell'OCSE, come Turchia e Messico.
- Alcuni paesi non OCSE sono stati inclusi in alcune delle tabelle di questa *Report Card*, come elenco separato. Questi paesi sono stati scelti in base alla disponibilità di dati (e nella speranza che possano dimostrare la potenziale utilità di questo approccio a molti paesi a medio reddito attualmente non membri dell'OCSE).

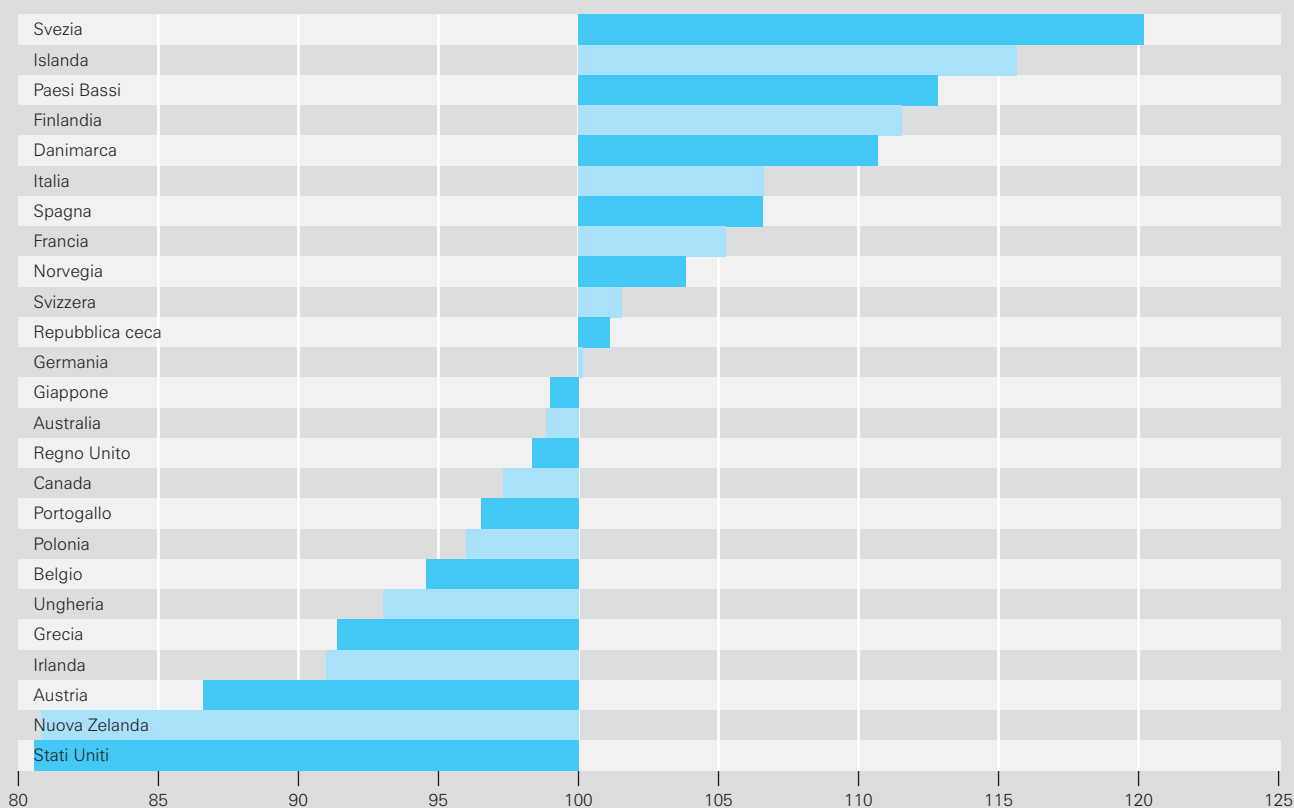
Dimensione 2

SALUTE E SICUREZZA

Figura 2.0 Quadro comparativo della salute e sicurezza dei bambini nei paesi dell'OCSE

La classifica della salute e sicurezza dei bambini mostra la posizione di ogni paese in relazione alla media per i paesi dell'OCSE presi in esame. Il punteggio generale di un paese corrisponde alla media dei punteggi da questo ottenuti per i tre aspetti scelti per rappresentare la salute e sicurezza dei bambini: salute dei lattanti, servizi sanitari di prevenzione e sicurezza dei bambini (vedi il riquadro più sotto).

La tabella è ordinata secondo la distanza di ogni paese al di sopra o al di sotto della media OCSE di 100.



La valutazione della salute e sicurezza dei bambini

La tabella sulla destra mostra come è stato costruito l'indice della salute e sicurezza dei bambini. La scelta dei singoli indicatori riflette la disponibilità di dati internazionalmente comparabili. Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media dei paesi OCSE presi in esame. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese in relazione alla dimensione "Salute e sicurezza" dei bambini (vedi il riquadro a pagina 5).

Salute e sicurezza	ASPETTI	INDICATORI
	salute all'età 0-1	- numero di bambini che muoiono prima del primo anno di età su 1.000 nati vivi - percentuale di nascite sottopeso (<2.500 grammi)
	servizi sanitari di prevenzione	- percentuale di bambini di età 12-23 mesi vaccinati contro morbillo, difterite, pertosse, tetano e poliomielite
sicurezza	- numero di morti dovute a incidenti e lesioni su 100.000 bambini e adolescenti di età 0-19 anni	

La salute e sicurezza dei bambini

In base a quasi tutti i parametri disponibili, la grande maggioranza dei bambini nati nelle società sviluppate di oggi gode di livelli di salute e sicurezza senza precedenti. In un passato ancora molto recente, nelle città europee era normale che un bambino su cinque non arrivasse ai cinque anni di età; oggi questo rischio di mortalità è inferiore a uno su cento. La morte di bambini di età superiore è ancora meno comune; meno di uno su 10.000 adolescenti muore prima dei 19 anni di età a causa di incidenti, omicidi, suicidi oppure violenze. Anche questo dato rappresenta un livello di sicurezza storicamente privo di precedenti.

Ciò nonostante, la salute e la sicurezza rimangono una preoccupazione centrale per tutte le famiglie ed una dimensione fondamentale del benessere dei bambini. Si può anche sostenere che i livelli di salute e sicurezza raggiunti in un determinato paese sono un indicatore del generale livello di impegno della società in favore dell'infanzia.

La salute e sicurezza sono valutate qui sulla base di tre aspetti per i quali sono disponibili dati internazionalmente comparabili: la salute alla nascita, la vaccinazione dei bambini di età tra 12 e 23 mesi, e il numero di bambini e adolescenti di età da 0 a 19 anni che muoiono per incidenti o lesioni.

Il grafico accanto (figura 2.0) riunisce questi tre aspetti in una tabella generale della salute e sicurezza dei bambini in 25 paesi dell'OCSE. I paesi europei occupano la metà superiore della tabella, dove i primi cinque posti

sono occupati dai quattro paesi nordici e dai Paesi Bassi. La Repubblica ceca precede paesi ben più ricchi come la Germania, il Giappone, il Regno Unito, il Canada e gli Stati Uniti.

Sopravvivenza e salute dei neonati

Il primo aspetto dell'indice, la salute alla nascita, è stato valutato in base a due diversi indicatori: il tasso di mortalità dei lattanti (il numero di morti prima di raggiungere un anno di età su mille nati vivi) e la prevalenza delle nascite sottopeso (la percentuale di nati con peso inferiore a 2.500 grammi).

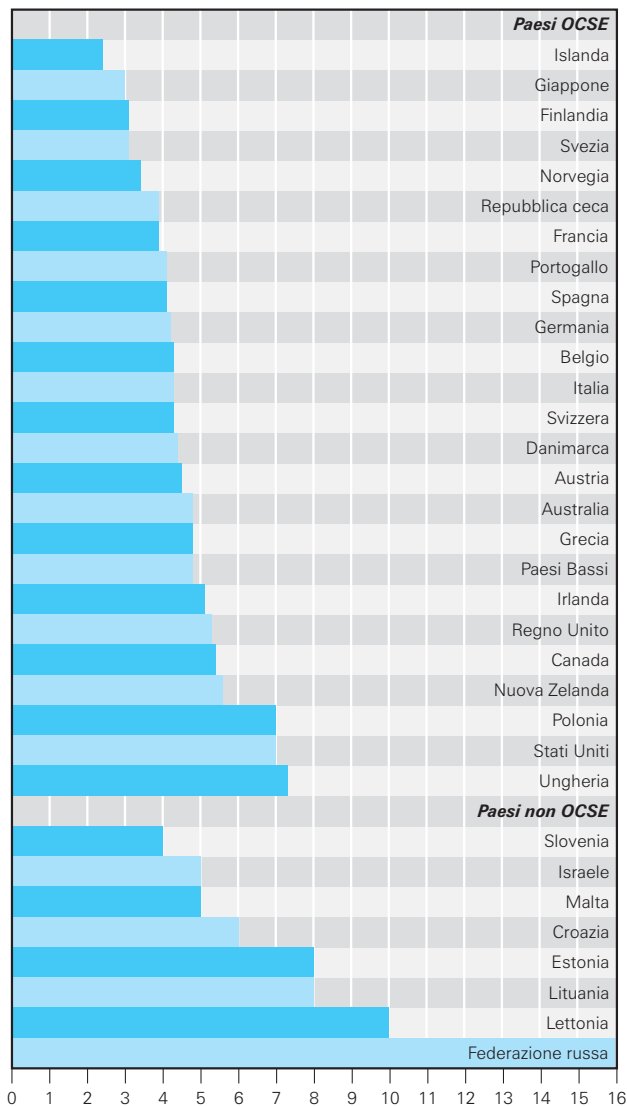
Il tasso di mortalità infantile (IMR) è un indicatore standard della salute dei bambini⁵ e rispecchia una disposizione basilare della Convenzione sui diritti dell'infanzia, che invita tutti i paesi ad *"assicurare al bambino il miglior stato di salute possibile, anche diminuendo la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli"*. Nel mondo in via di sviluppo, in particolare, l'IMR riflette la misura in cui i diritti dei bambini sono rispettati in aree fondamentali quali l'alimentazione adeguata, la disponibilità di acqua pulita, servizi igienici sicuri e la disponibilità e utilizzazione di servizi sanitari di base per la prevenzione. Si potrebbe sostenere che nei paesi dell'OCSE la mortalità infantile è stata oggi ridotta a livelli talmente bassi che l'IMR non è più un indicatore significativo. Ma, come mostra la figura 2.1b, esistono ancora notevoli differenze tra i paesi dell'OCSE, dove l'IMR varia da meno di 3 su 1.000 nascite per l'Islanda e il Giappone, a oltre 6 su 1.000 in Ungheria, Polonia e Stati Uniti.

Oltre ad essere significativo di per sé, il tasso di mortalità infantile può anche essere interpretato come misura dell'efficacia con cui ogni paese riesce a realizzare l'ideale di proteggere ogni gravidanza, comprese quelle della sua popolazione emarginata, e a mettere in atto tutte le misure di precauzione e di prevenzione, da regolari controlli prima del parto alla pronta disponibilità di assistenza ostetrica di emergenza, che hanno permesso di ridurre così drasticamente i tassi di mortalità infantile negli ultimi 80 anni. Una società che riesce a fare tutto questo in maniera tanto efficace da ridurre le morti di lattanti a meno del

Elaborazione della Report Card 7

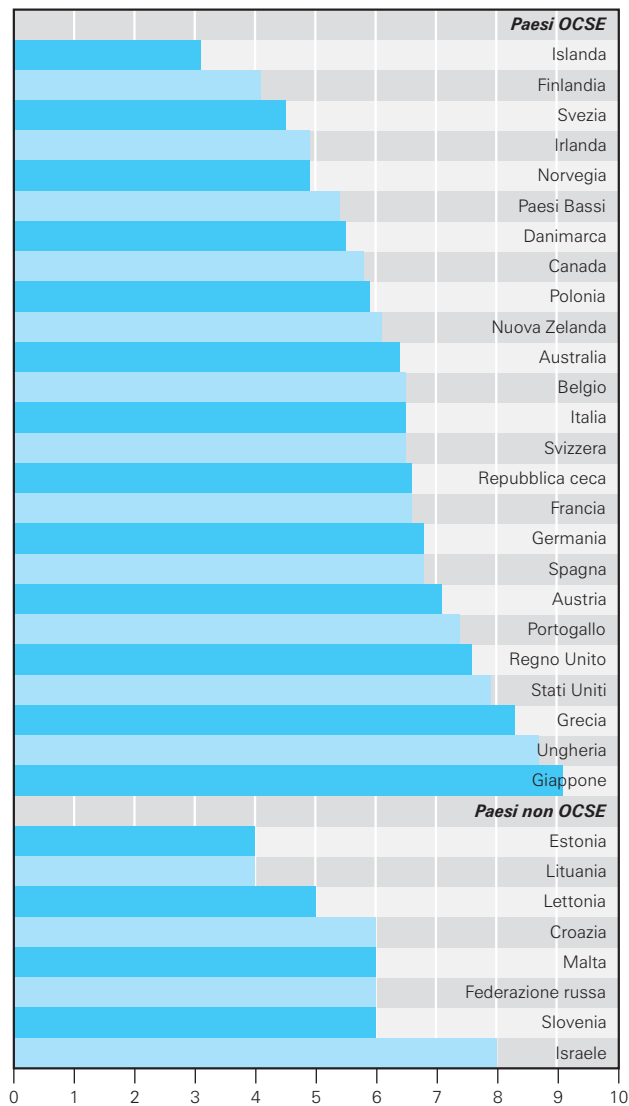
Questa *Report Card* è stata elaborata sulla base di un documento preparatorio intitolato *Comparing Child Well-Being in OECD Countries: Concepts and Methods* [La comparazione del benessere dei bambini nei paesi dell'OCSE: Concetti e metodi], Working Paper Innocenti n. 2006-03, Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher e Dominic Richardson, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti, Firenze, 2006. Il documento, che presenta più in dettaglio i metodi e le fonti utilizzati in questo rapporto, è disponibile sul sito web del Centro (www.unicef.org/irc).

Figura 2.1a Tasso di mortalità dei lattanti (numero di morti prima dell'età di 12 mesi su 1.000 nati vivi)



Data: 2003, 2002 (Canada e Stati Uniti), 2001 (Nuova Zelanda). Non OCSE 2003

Figura 2.1b Tasso di nascite sottopeso (percentuale di nati di peso inferiore a 2.500 grammi)



Data: 2003, 2002 (Australia, Canada, Grecia, Svizzera), 2001 (Spagna, Irlanda, Italia, Paesi Bassi), 1995 (Belgio). Non OCSE 2001, 2000 (Croazia).

5 per 1.000 nati vivi è chiaramente una società che ha la capacità e l'impegno necessari a provvedere anche ad altri aspetti critici della salute dei bambini.

Il secondo dei due indicatori scelti per rappresentare la salute nelle prime fasi della vita è la prevalenza di nascite sottopeso (figura 2.1a). Questa è una misura ben consolidata del maggiore rischio per la vita e la salute nei primi giorni e settimane di vita, ma è stata anche associata con maggiori rischi per lo sviluppo cognitivo e fisico durante tutta l'infanzia⁶. Inoltre, questo indicatore può essere significativo anche per problematiche più ampie, dato che è noto che la nascita sottopeso è

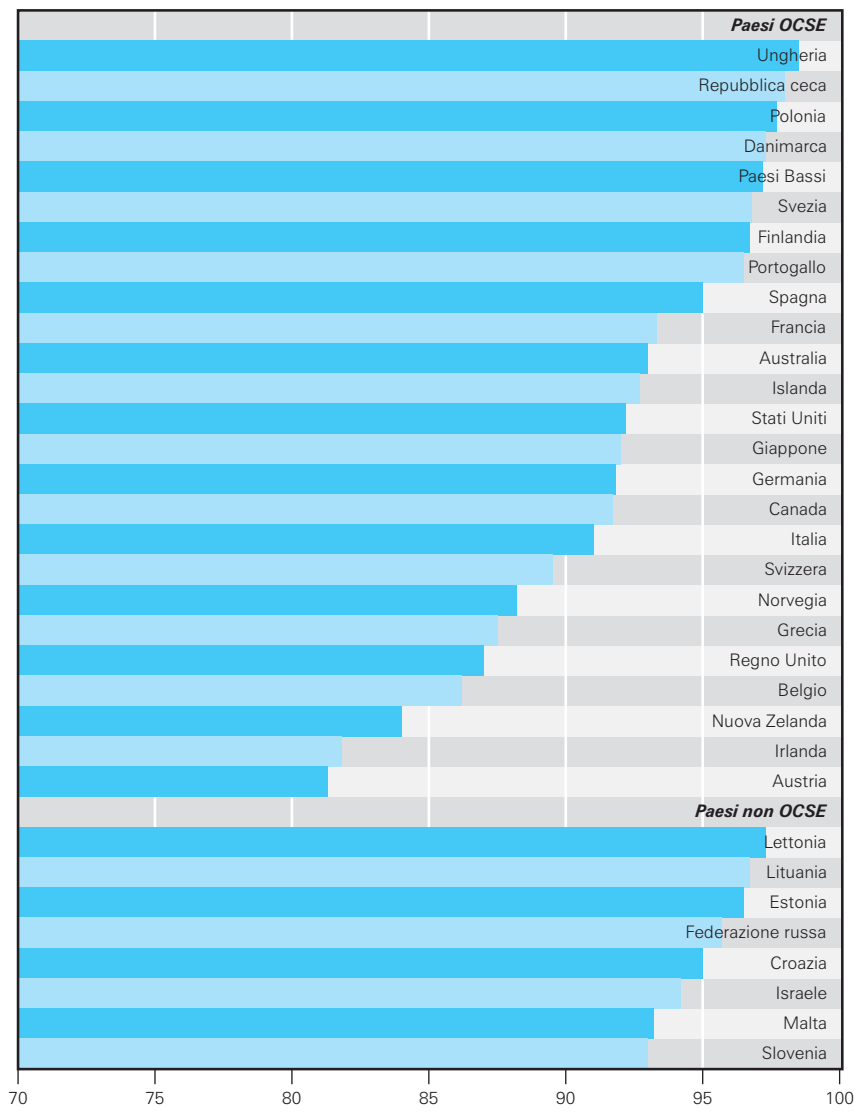
associata alla condizione di salute e socio-economica della madre. Le madri la cui dieta è stata insufficiente negli anni della loro adolescenza e durante la gravidanza, oppure che fumano o bevono alcool durante la gravidanza, hanno notevolmente più probabilità di partorire neonati sottopeso. Quindi questo indicatore riflette anche il benessere delle madri, un fattore critico per praticamente tutti gli aspetti del benessere del bambino.

Vaccinazione

Il secondo aspetto scelto per la valutazione della salute dei bambini è il tasso nazionale di vaccinazione. Questo riflette non solo il livello di protezione

contro le malattie prevenibili con un vaccino, ma anche l'efficacia dei servizi di prevenzione sanitaria per l'infanzia⁷. I livelli di vaccinazione servono anche come misura dell'impegno nazionale nel fornire cure sanitarie primarie a tutti i bambini (articolo 24 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*). La figura 2.2 presenta 25 paesi dell'OCSE ordinati secondo la percentuale di bambini di età tra 12 e 23 mesi che hanno ricevuto il vaccino contro il morbillo, la poliomielite, e difterite/pertosse/tetano (DPT3). In generale, la figura mostra elevati livelli di copertura e che nessun paese ha un tasso medio inferiore all'80 per cento. Comunque, nel caso della vaccinazione è certo

Figura 2.2 Percentuale di bambini di età 12-23 mesi vaccinati contro le principali malattie prevenibili con vaccino



Data: dati sul morbillo, tutti i paesi (2003), dati sulla Pol3 e DPT3, tutti i paesi (2002)

necessario che lo standard sia stabilito ad un livello particolarmente elevato. La vaccinazione è economica, efficace, sicura, ed offre protezione contro diverse delle malattie infantili più diffuse e gravi (tra l'altro, non raggiungere un alto livello di vaccinazione può significare che per certe malattie non si otterrà un effetto di "vaccinazione del gregge" e che molti più bambini saranno colpiti da quelle malattie).

Inoltre, i tassi di vaccinazione possono avere un significato più ampio perché le piccole differenze nei livelli possono essere indicative dello sforzo compiuto da ogni paese per "raggiungere coloro

che non sono stati raggiunti" e fornire ad ogni bambino, e in particolare i bambini dei gruppi emarginati, le cure sanitarie preventive di base.

Se fossero stati disponibili dati adeguati, anche la percentuale di lattanti che sono allattati al seno fino ai sei mesi di età sarebbe stata inclusa in questo quadro della salute dei bambini nel primo anno di vita. Oltre ai vantaggi che offre per i primi mesi di vita, senza confronti dal punto di vista nutrizionale e immunologico, il latte materno è stato anche associato con benefici a lungo termine: dal miglioramento dello sviluppo cognitivo alla riduzione del rischio cardiaco. La percentuale di

lattanti allattati al seno in ogni paese potrebbe anche essere interpretata come indicatore del grado in cui i risultati dell'attuale ricerca medica sono messi a disposizione e adottati dal grande pubblico. Purtroppo, i problemi di definizione e la mancanza di dati per la maggior parte dei paesi OCSE ha reso necessario escludere questo indicatore (anche se vale la pena di notare incidentalmente che i dati disponibili su "almeno un allattamento parziale all'età di sei mesi" mostrano variazioni insolitamente ampie tra i paesi dell'OCSE: dal massimo dell'80 per cento della Norvegia al minimo di appena sopra il 10 per cento del Belgio).

Sicurezza

Il terzo ed ultimo aspetto usato per valutare la salute e la sicurezza dei bambini è il tasso di mortalità di bambini e adolescenti a causa di incidenti, omicidi, suicidi e violenze. Anche se questo indicatore riunisce rischi di tipo molto diverso tra di loro, è comunque utile come guida approssimativa per il generale livello di sicurezza per i bambini e ragazzi di un paese.

La figura 2.3, utilizzando informazioni della banca dati sulla mortalità dell'Organizzazione mondiale della sanità, presenta 25 paesi dell'OCSE classificati secondo il numero annuale di morti dovute a queste cause su 100.000 persone del gruppo di età 0-19 anni. Dato che per fortuna le morti a questa età sono rare, le variazioni casuali da un anno all'altro sono state livellate calcolando la media delle statistiche degli ultimi tre anni per i quali sono disponibili dati.

Dalla tabella risulta che quattro paesi, Svezia, Regno Unito, Paesi Bassi e Italia, hanno ridotto l'incidenza delle morti dovute ad incidenti e lesioni al livello notevolmente basso di meno di 10 su 100.000. Tutti gli altri paesi OCSE, ad eccezione di due, registrano

tassi inferiori a 20 su 100.000. Queste cifre indicano un progresso rapido e notevole: negli ultimi 30 anni, le morti di minori a causa di incidenti sono diminuite di circa il 50 per cento nei paesi dell'OCSE⁸. Tuttavia, alcuni paesi hanno evidentemente raggiunto livelli di sicurezza dei bambini e degli adolescenti maggiori di altri e le differenze sono significative. Se tutti i paesi dell'OCSE avessero lo stesso tasso di morti di minori per lesioni della Svezia, per esempio, sarebbe possibile evitare circa 12.000 morti di bambini all'anno. Come spesso avviene, la probabilità che un bambino

sia ferito o ucciso è associata con la povertà, con il fatto di avere un solo genitore, con un ridotto livello di istruzione della madre, con la precoce età della madre al parto, con cattive condizioni di alloggio, con il fatto di avere deboli legami con la famiglia e con l'abuso di stupefacenti oppure di alcool da parte dei genitori⁹.

Omissioni

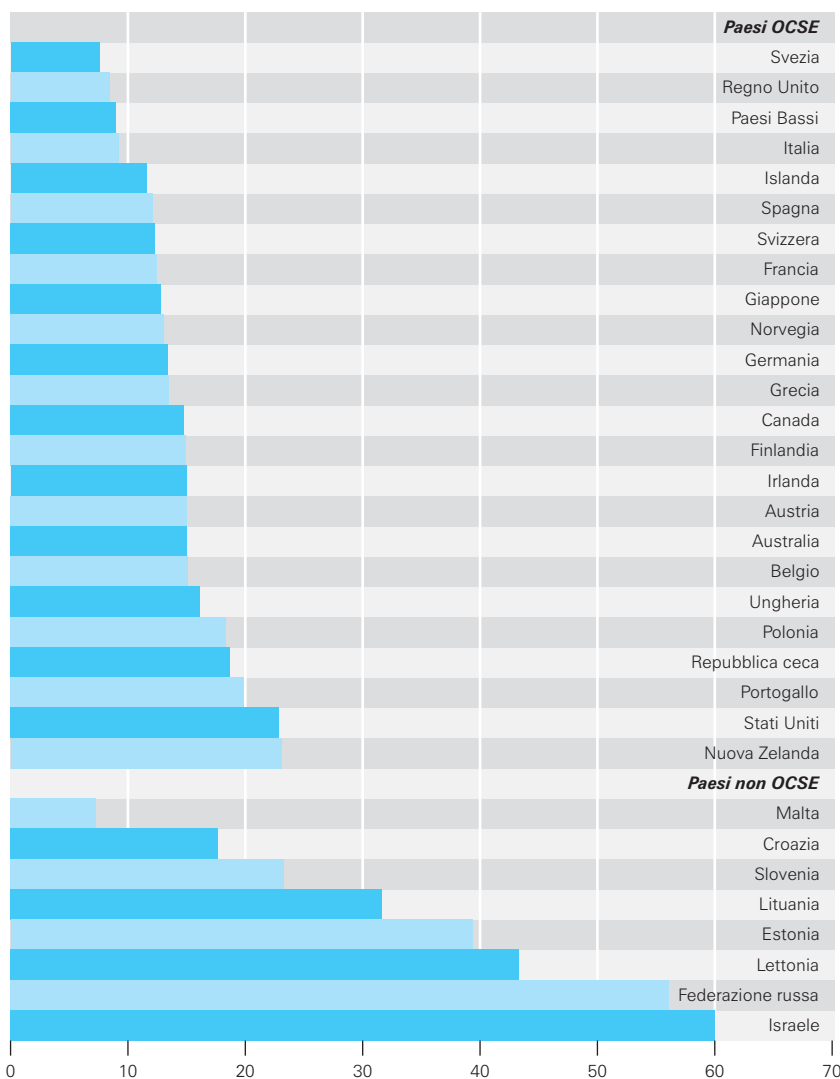
In questo quadro della salute e sicurezza dei bambini ci sono alcune importanti omissioni. In particolare, degli indicatori diretti della salute mentale ed emozionale dei bambini sarebbero stati un'aggiunta preziosa. A questo

proposito, sono stati presi in considerazione i tassi nazionali di suicidio presso gli adolescenti, ma la ricerca ha indicato che il suicidio deve essere considerato più come un evento raro e collegato a circostanze particolari che come indicatore della generale salute mentale dei giovani di un determinato paese.

Sarebbe stato molto utile anche un indicatore relativo al livello di maltrattamenti e trascuratezza nei confronti dei bambini in ogni paese. La mancanza di definizioni e di metodologie di ricerca comuni, unita all'attuale assenza di un sistema coerente nei vari paesi per la classificazione e registrazione dei maltrattamenti nei confronti dei bambini, hanno reso ciò impossibile per il momento. La *Report Card n. 5* (settembre 2003) riferiva che un piccolo gruppo di paesi dell'OCSE - Spagna, Grecia, Italia, Irlanda e Norvegia - aveva i minori tassi di morti di bambini dovute a maltrattamenti. Anche qui, i fattori di rischio più strettamente e costantemente associati con i maltrattamenti e la trascuratezza nei confronti dei bambini sono la povertà, lo stress, e l'abuso di stupefacenti e alcool da parte dei genitori.

In totale, circa 3.500 bambini (di età inferiore ai 15 anni) muoiono ogni anno nei paesi OCSE a causa di maltrattamenti, abusi fisici e trascuratezza. Incidenti stradali, annegamenti, cadute, ustioni e avvelenamenti portano questo totale a più di 20.000 bambini ed adolescenti che muoiono ogni anno¹⁰. Sono cifre che possono non essere considerate elevate in relazione alla popolazione totale di bambini e adolescenti nei paesi OCSE. Ma, come affermava la *Report Card n. 2* nel 2001, le cifre devono essere lette alla luce dell'inimmaginabile angoscia e dolore delle famiglie colpite, e del fatto che il numero di morti è solo la punta di un iceberg fatto di traumi e invalidità. ■

Figura 2.3 Numero di morti a causa di incidenti e lesioni su 100.000 individui di età inferiore ai 19 anni (media degli ultimi tre anni disponibili)



Data: 1993-1995 (Finlandia, Ungheria, Islanda, Paesi Bassi, Norvegia), 1994-1996 (Polonia, Svezia), 1995-1997 (Australia, Belgio, Germania), 1996-1998 (Spagna, Stati Uniti), 1997-1999 (Canada, Francia, Nuova Zelanda, Regno Unito), 1999-2001 (Austria, Irlanda, Italia, Portogallo), 2000-2002 (Svizzera, Grecia). Non OCSE: Israele (2003), Federazione russa (2000-2002) Lituania (1995-97), Estonia, Slovenia (1994-96), Lettonia (1993-95), Malta, Croazia (1992-94).

PISA e HBSC

Due delle fonti principalmente utilizzate dalla presente *Report Card* sono il *Programma di valutazione internazionale degli studenti (PISA)* dell'OCSE e l'indagine dell'Organizzazione mondiale della sanità sul *Comportamento salutare dei bambini in età scolare (HBSC)* del 2001.

PISA

Avviato nel 2000, il PISA è condotto ogni tre anni allo scopo di valutare le conoscenze e le capacità dei giovani nei paesi economicamente sviluppati*. Le quattro principali aree oggetto della valutazione sono:

- nozioni di base nella lettura, nella matematica e nelle scienze;
- pratiche di studio e di apprendimento;
- risorse e strutture delle famiglie (compresa la percezione della vita scolastica e dei coetanei da parte degli stessi alunni);
- l'organizzazione delle scuole e dell'ambiente scolastico.

Per l'anno 2000 sono stati raccolti dati in 43 paesi, compresi tutti i paesi interessati dalla presente analisi. Nella sua seconda edizione (2003), il PISA ha raccolto dati per 41 paesi. Il PISA 2003 ha incluso anche una nuova valutazione delle capacità degli alunni nel risolvere i problemi.

I dati sono raccolti tramite campioni rappresentativi a livello nazionale della popolazione scolastica di età intorno ai 15 anni (la fine dell'obbligo di scolarizzazione nella maggioranza dei paesi). Le scuole sono campionate in base alle loro dimensioni con un campione randomizzato di 35 alunni per ogni scuola. La dimensione totale del campione per ogni paese è in genere tra 4.000 e 10.000 alunni.

Per garantire la comparabilità, i sistemi di raccolta dei dati seguono procedure standardizzate di traduzione e di valutazione. Inoltre, si stabilisce una finestra temporale per la raccolta dei dati in modo da garantire che questi siano rilevati in tempi comparabili dell'anno scolastico. Laddove i tassi di risposta sono bassi, gli amministratori del PISA collaborano con i direttori delle scuole e dei progetti nazionali per organizzare sessioni complementari. Durante ognuna delle edizioni del PISA, osservatori internazionali effettuano verifiche presso i centri nazionali e visitano almeno il 25 per cento delle scuole selezionate in ogni paese al fine di assicurare la qualità e la coerenza delle procedure di raccolta dei dati. I dati PISA hanno contribuito ad informare su diverse dimensioni del benessere dei bambini esaminate nel presente rapporto, come quelle del benessere

materiale, dell'istruzione, della percezione e valutazione del proprio benessere, e delle relazioni interpersonali.

HBSC 2001

Per oltre 20 anni, l'indagine dell'Organizzazione mondiale della sanità sul *Comportamento salutare dei bambini in età scolastica (HBSC)* ha informato ed influenzato le politiche sanitarie e le attività di promozione della salute raccogliendo informazioni su argomenti quali le risorse e le strutture delle famiglie, l'interazione tra i coetanei, i comportamenti a rischio, la salute soggettiva, la salute sessuale, l'attività fisica, e le abitudini alimentari e di cura di se stessi. L'ultima indagine HBSC è stata condotta nel 2001 ed ha interessato 35 paesi di cui 21 dell'OCSE (Australia, Nuova Zelanda, Giappone e Islanda non vi hanno preso parte).

In ognuno dei paesi partecipanti, l'HBSC applica tecniche d'indagine a *cluster* per selezionare 1.500 giovani in ognuno dei tre gruppi di età: 11, 13 e 15 anni. Si applicano procedure uniformi per garantire la comparabilità dei metodi d'indagine e delle tecniche di elaborazione dei dati. Per la gestione di tutti i questionari, nelle classi sono presenti amministratori appositamente addestrati.

I dati HBSC hanno contribuito a varie dimensioni della presente analisi, tra cui il benessere materiale, le relazioni interpersonali, i comportamenti e la percezione e valutazione del proprio benessere da parte dei bambini.

*I risultati del PISA 2006 non sono stati resi disponibili in tempo utile per essere inclusi nella presente analisi.

Fonti:

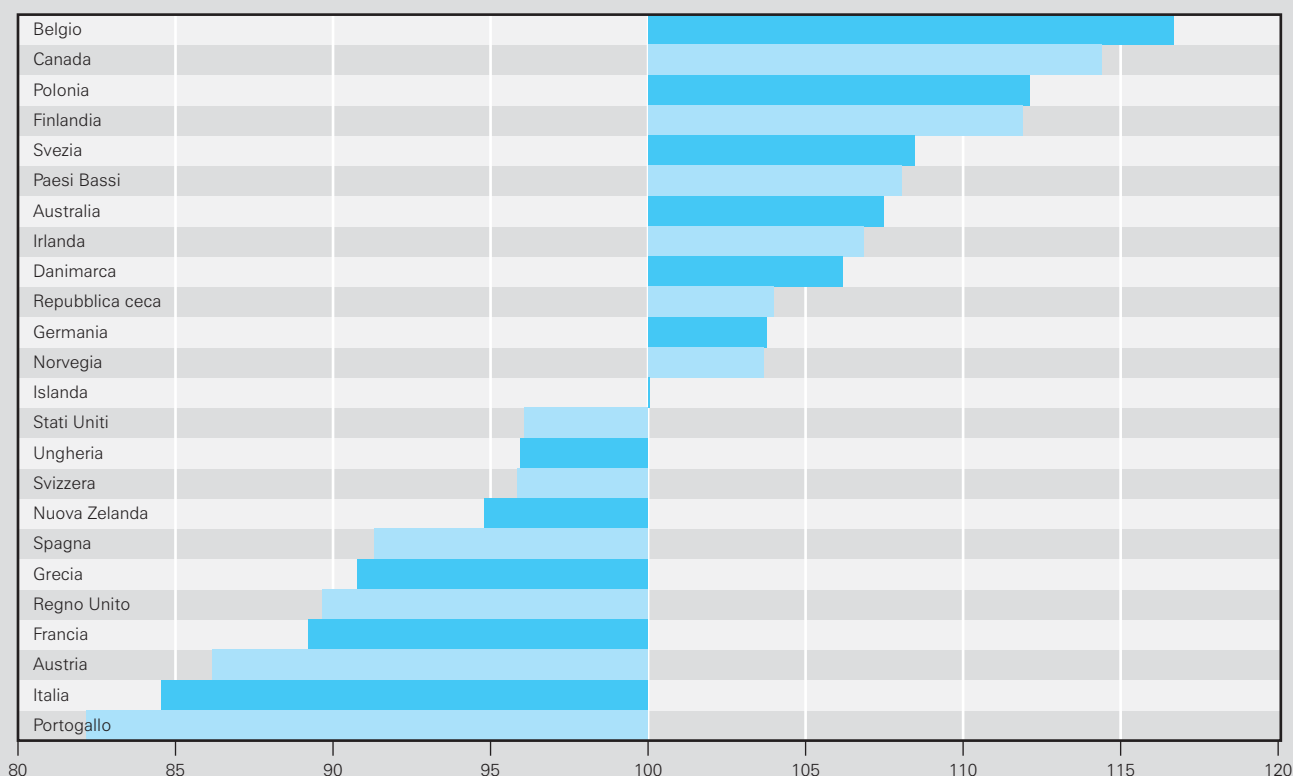
Adams, R. & Wu, M., (a cura di) (2002) *PISA 2000 Technical Report* [PISA 2000 Rapporto tecnico]. Parigi, OCSE.
Currie, C., et al (a cura di) (2004) *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-age Children Study (HBSC): International Report from the 2001/2002 Study* [La salute dei giovani. Studio sul comportamento salutare dei bambini in età scolare (HBSC): Rapporto internazionale dello Studio 2001/2002]. Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa.
HBSC (2005) sito web *Health Behaviour in School-aged Children Study* [Studio sul comportamento salutare dei bambini in età scolare] (<http://www.hbsc.org/index.html>), novembre 2005.
OCSE (2004) *Learning for Tomorrow's World: First Results from PISA 2003* [Apprendere per il mondo di domani: Primi risultati del PISA 2003]. Parigi, OCSE.

Dimensione 3

BENESSERE NEL SISTEMA SCOLASTICO

Figura 3.0 Quadro comparativo del benessere dei bambini nel sistema scolastico nei paesi OCSE

La classifica che segue intende illustrare la prestazione di ogni paese sul piano del "benessere dei bambini nel sistema scolastico" in relazione alla media dei paesi OCSE presi in esame. I punteggi assegnati corrispondono alla media dei tre aspetti scelti per rappresentare questa dimensione del benessere dei bambini (vedi il riquadro più sotto). In questa graduatoria generale i paesi sono ordinati secondo la posizione di ognuno di essi rispetto alla media OCSE pari a 100.



La valutazione del benessere nel sistema scolastico

La tabella sulla destra mostra come è stato costruito l'indice del benessere dei bambini nel sistema scolastico. La scelta dei singoli indicatori riflette la disponibilità di dati internazionalmente comparabili. Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media di tutti i paesi in esame. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese in relazione alla dimensione "Benessere dei bambini nel sistema scolastico" (vedi il riquadro a pagina 5).

	ASPETTI	INDICATORI
Benessere nel sistema scolastico	rendimento scolastico all'età di 15 anni	<ul style="list-style-type: none"> – rendimento medio nella capacità di lettura – rendimento medio in matematica – rendimento medio in scienze
	oltre le conoscenze di base	– percentuale di studenti di 15-19 anni che proseguono gli studi
	transizione verso il lavoro	<ul style="list-style-type: none"> – percentuale di studenti di 15-19 anni che non seguono studi, formazioni o che non lavorano – percentuale di quindicenni che si aspettano di trovare un lavoro scarsamente qualificato

Il benessere dei bambini nel sistema scolastico

Una misura del benessere generale dei bambini deve comprendere la considerazione di come i bambini siano preparati dai sistemi dell'istruzione nei quali trascorrono una parte tanto importante della loro infanzia e dai quali una gran parte del loro futuro benessere probabilmente dipende. Idealmente, una misura del genere dovrebbe rispecchiare il grado in cui ogni paese rispetta i propri impegni ai sensi dell'articolo 29 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia* che invoca "lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche, in tutta la loro potenzialità".

La figura 3.0 riunisce in una classifica dei paesi dell'OCSE i tre diversi aspetti scelti per rappresentare il benessere dei bambini nei sistemi dell'istruzione. Il Belgio e il Canada si piazzano ai primi posti della classifica. Invece il Regno Unito, la Francia e l'Austria, insieme ai quattro paesi dell'Europa meridionale, si trovano in fondo alla classifica. Ma il risultato più notevole è forse quello registrato per la Polonia, che occupa il terzo posto della classifica nonostante il fatto di essere di gran lunga il più povero dei 24 paesi elencati (con un PIL pro capite¹¹ pari a meno della metà dei due soli paesi che la superano nella classifica).

Rendimento scolastico

Il primo aspetto scelto per rappresentare questa dimensione del benessere dei bambini è il rendimento scolastico dei giovani in lettura, matematica e scienze. Ciò è reso possibile dal *Programma di valutazione internazionale degli studenti (PISA)* dell'OCSE, che ogni tre anni misura "il grado in cui i sistemi dell'istruzione nei

paesi partecipanti preparano i propri studenti all'apprendimento continuo e a svolgere ruoli costruttivi come cittadini nella società"¹². Per quest'indagine, circa 250.000 studenti in 41 paesi sono sottoposti ad un esame di due ore concepito per misurare le loro capacità nella lettura, nella matematica e nelle scienze. L'esame è elaborato da un gruppo internazionale di esperti che comprende sia datori di lavoro che pedagoghi, e si basa sulla capacità di applicare conoscenze basilari di lettura e scrittura, aritmetica e scienze alle esigenze della vita quotidiana.

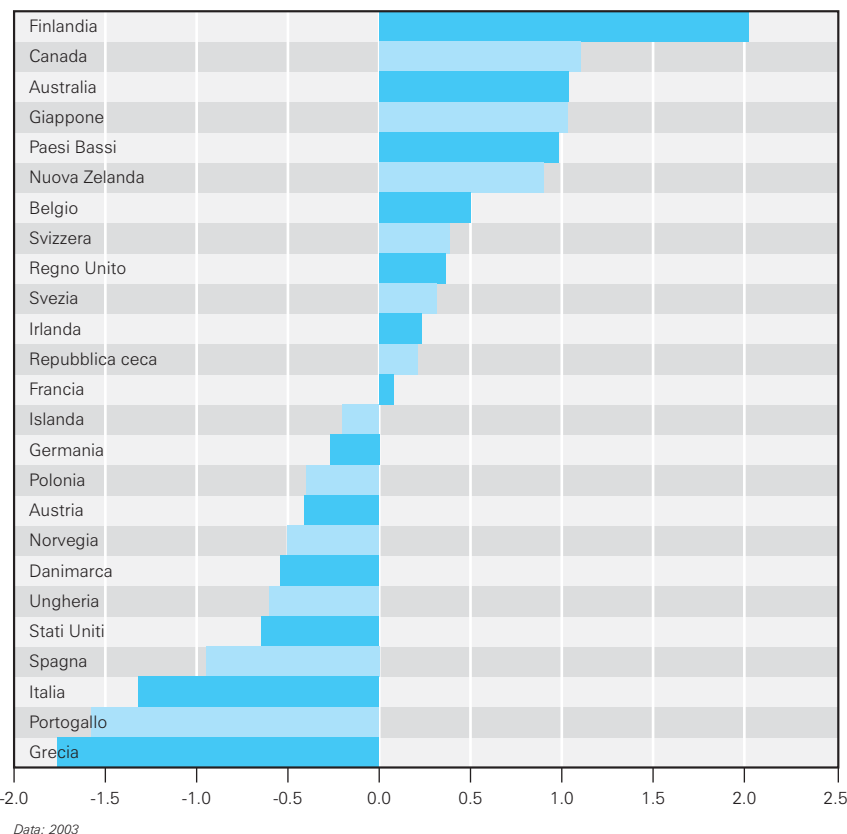
La figura 3.1 combina i risultati in una classifica generale del rendimento scolastico.

Alcuni aspetti salienti:

- La Finlandia, il Canada, l'Australia e il Giappone sono in cima alla classifica.
- Quattro paesi dell'Europa meridionale – Grecia, Italia, Spagna e Portogallo – occupano gli ultimi quattro posti nella graduatoria.
- La Norvegia e la Danimarca, che in genere nelle classifiche relative agli indicatori sociali ottengono ottimi risultati, qui si trovano rispettivamente al 18esimo e il 19esimo posto.
- La Repubblica ceca si piazza agevolmente sopra la maggioranza dei paesi OCSE, compresi molti dei suoi vicini europei più grandi e più benestanti.

Idealmente, una sintesi del benessere

Figura 3.1 Rendimento scolastico dei quindicenni, acquisizione delle nozioni di base in lettura e scrittura, matematica e scienze.



nei sistemi dell'istruzione avrebbe dovuto includere anche una misura del grado in cui i vari paesi dell'OCSE evitano che gli alunni con il minore profitto rimangano troppo indietro rispetto al livello medio di rendimento. Questo problema è stato trattato nella *Report Card n. 4 (2002)*, che ha rilevato ampie variazioni nello svantaggio educativo tra i paesi dell'OCSE. Lo stesso studio ha anche rilevato che elevati livelli assoluti di rendimento scolastico non sono incompatibili con bassi livelli di disparità relativa, vale a dire che i migliori sistemi d'istruzione consentono ai migliori alunni di sviluppare tutte le proprie potenzialità pur non consentendo agli altri di rimanere troppo indietro.

Oltre le conoscenze di base

Chi oggi cresce nei paesi OCSE ha a che fare con un mondo in cui la vita di tutti i giorni - lavoro e carriera, famiglia e vita domestica, finanza e banche, tempo libero e vita civica -

diventa sempre più complicata. Questo comporta che coloro che hanno capacità e qualifiche minori dovranno subire uno svantaggio sempre maggiore. Le nozioni di base in lettura, matematica e scienze misurate nella figura 3.1 sono indispensabili per far fronte a queste esigenze. Ma per consentire ai giovani di affrontare le richieste di un mercato del lavoro in continua mutazione sono necessarie capacità sempre più avanzate. Una misura delle capacità "oltre alle conoscenze di base" è presentata dalla figura 3.2 che mostra la percentuale di alunni che proseguono gli studi dopo l'età della scuola dell'obbligo. Anche in questo caso, la metà superiore della classifica è occupata dai paesi dell'Europa settentrionale.

Il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro

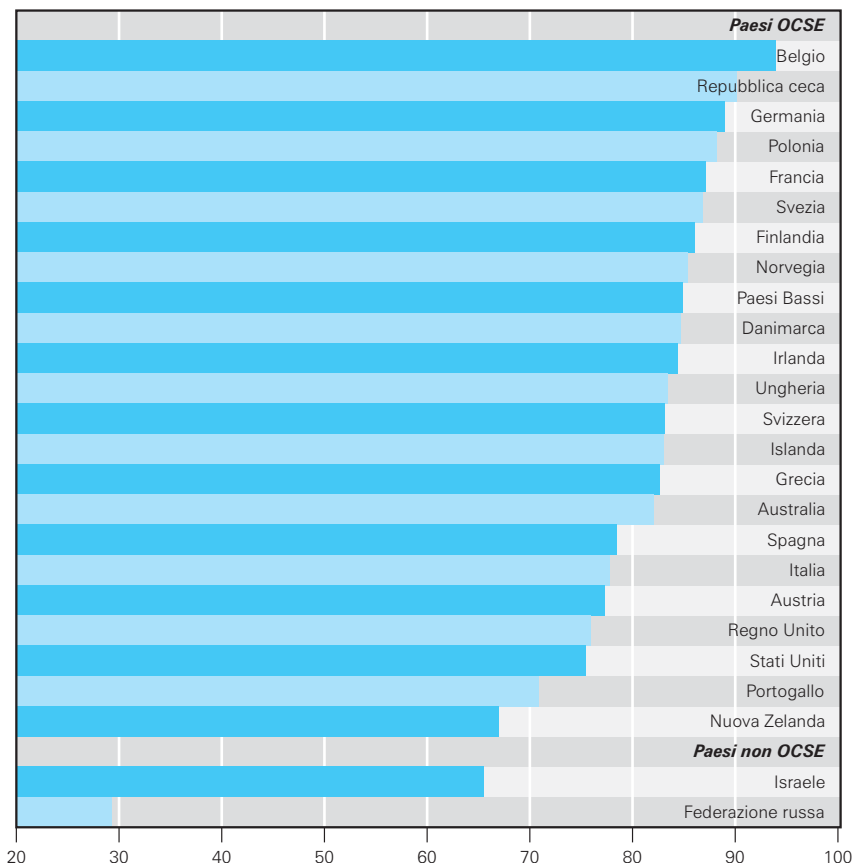
Il successo con cui i giovani riescono ad affrontare la transizione dalla scuola al lavoro è il terzo aspetto scelto per rappresentare la dimensione del

benessere nei sistemi dell'istruzione. Ovviamente, la transizione verso il lavoro retribuito non dipende solamente dalle capacità e qualifiche acquisite a scuola, ma anche dalle opportunità di formazione e di impiego disponibili in seguito. Ciò nonostante, la transizione verso l'indipendenza economica è uno dei risultati più importanti dell'istruzione e costituisce una fase critica nella vita di quasi tutti i giovani. Per rappresentare questa transizione, sono stati selezionati due indicatori complementari.

Il primo di questi indicatori è la percentuale di giovani di età tra i 15 e i 19 anni che in ogni paese non frequenta la scuola, una formazione professionale oppure non lavora (figura 3.3a). Il secondo indicatore è la percentuale di giovani che in ogni paese alla domanda "Che tipo di lavoro ti aspetti di avere quando avrai circa 30 anni?", risponde facendo riferimento ad un'occupazione che richiede un basso livello di qualificazione (figura 3.3b). L'occupazione che richiede un basso livello di qualificazione è definita sulla base di un indice internazionale standardizzato ed è quella che "non richiede ulteriore formazione o qualifica".

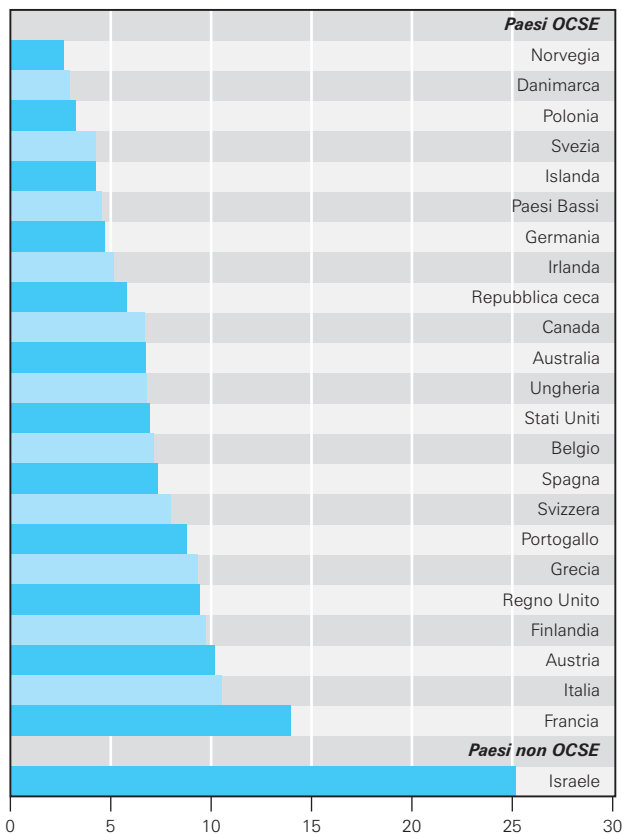
I ragazzi che smettono di studiare che non seguono una formazione professionale, né sono impiegati sono ovviamente soggetti ad un maggiore rischio di esclusione o emarginazione. La figura 3.3a è quindi fonte di preoccupazione per quei paesi che si trovano in fondo alla classifica, come Francia e Italia. L'esistenza di elevate percentuali di quindicenni che si aspettano di avere un lavoro scarsamente qualificato sembra essere anche una causa di preoccupazione per i mercati del lavoro nei quali molti posti di questo tipo sono minacciati dall'esternalizzazione, dall'innovazione tecnologica o da entrambe queste tendenze. In paesi come la Francia, la Germania e il Regno Unito, la proporzione di giovani che ha la prospettiva di un lavoro di qualifica non superiore alla minima è più del 30 per cento. Negli Stati Uniti è inferiore al 15 per cento.

Figura 3.2 Percentuale di adolescenti di 15-19 anni che studiano a tempo pieno oppure parziale.



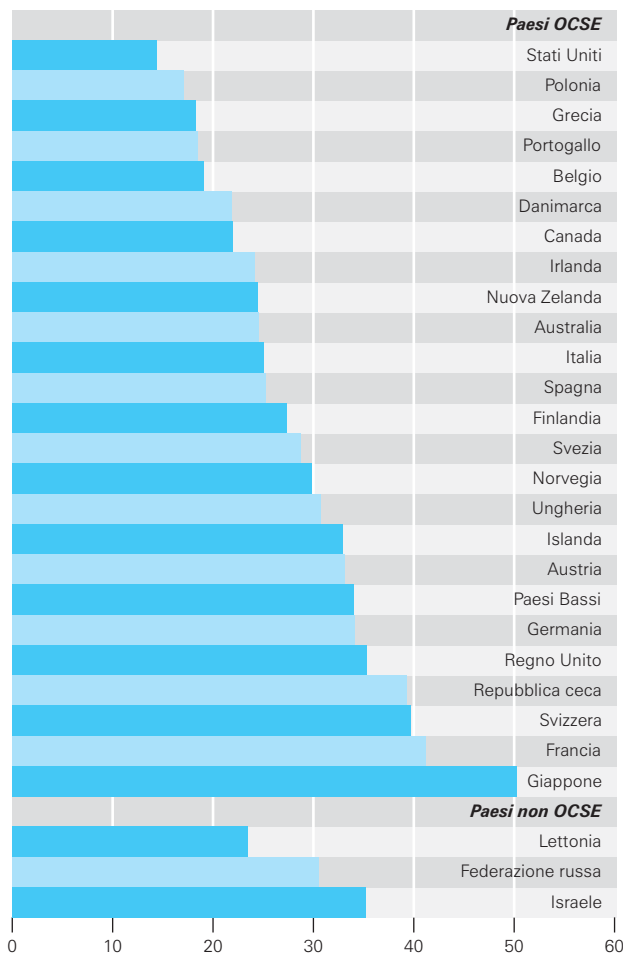
Data: 2003. Non OCSE 2003, 2002 (Federazione russa).

Figura 3.3a Percentuale di adolescenti di 15-19 anni che non studia, non segue una formazione, né lavora



Data: 2003, 2002 (Islanda, Italia, Paesi Bassi, e Stati Uniti). Non OCSE: 2003, 2002 (Israele).

Figura 3.3b Percentuale di studenti quindicenni che si aspettano di trovare un lavoro che richiede uno scarso livello di qualificazione



Data: 2000

Prima infanzia

In questo tentativo di delineare un quadro generale del benessere dei bambini nei sistemi dell'istruzione nei paesi OCSE risulta con evidenza un'omissione.

Per vari decenni, la ricerca nel campo dell'istruzione ha costantemente segnalato che le basi dell'apprendimento si creano nei primissimi mesi ed anni di vita e che lo sforzo per dare ad ogni bambino il migliore possibile avvio nella vita deve essere iniziato molto prima degli anni dell'istruzione formale. Questa crescente consapevolezza, combinata con altri cambiamenti, come il rapido aumento della partecipazione delle donne nella forza lavoro e il netto incremento del numero di famiglie composte da un unico genitore, hanno fatto diventare la cura dei bambini uno dei principali problemi attuali per

le famiglie e per i governi nei paesi dell'OCSE. Per gli stessi motivi, è necessario considerarlo anche un fattore fondamentale del benessere dei bambini nei sistemi dell'istruzione.

Purtroppo non sono disponibili dati adeguati e comparabili che consentano di inserire nella presente analisi una valutazione della qualità e della disponibilità della cura dei bambini nei vari paesi. Esistono statistiche internazionali che mostrano la percentuale di bambini di età tra 0 e 2 anni che frequenta strutture riconosciute di custodia dei bambini, ma questi dati sono più indicativi della disponibilità delle donne per il lavoro retribuito e non hanno molto da dire sulla qualità della custodia fornita. Inoltre non affrontano l'attuale e diffusa controversia sui benefici della custodia diurna dei bambini al di sotto dei due anni di età. Idealmente,

sarebbe stato utile includere nell'analisi anche dati sulla custodia diurna o sulle scuole materne a disposizione dei bambini da 3 a 6 anni e questa è senza dubbio una direzione nella quale sviluppare ulteriormente l'analisi in futuro.

Sulla questione di come definire la "qualità della custodia dei bambini" esiste un consenso ampio ma vago. La valutazione fatta dall'OCSE sui servizi di custodia dei bambini ha descritto l'essenza di una custodia di qualità come "una stimolante, stretta, affettuosa e comprensiva interazione con i bambini". Una indagine simile condotta negli Stati Uniti è giunta alla conclusione che "un'interazione affettuosa, sensibile e attenta tra operatore e bambino è considerata il fondamento della qualità", ma si tratta di una caratteristica che è altrettanto difficile da definire e misurare quanto lo è da produrre. ■

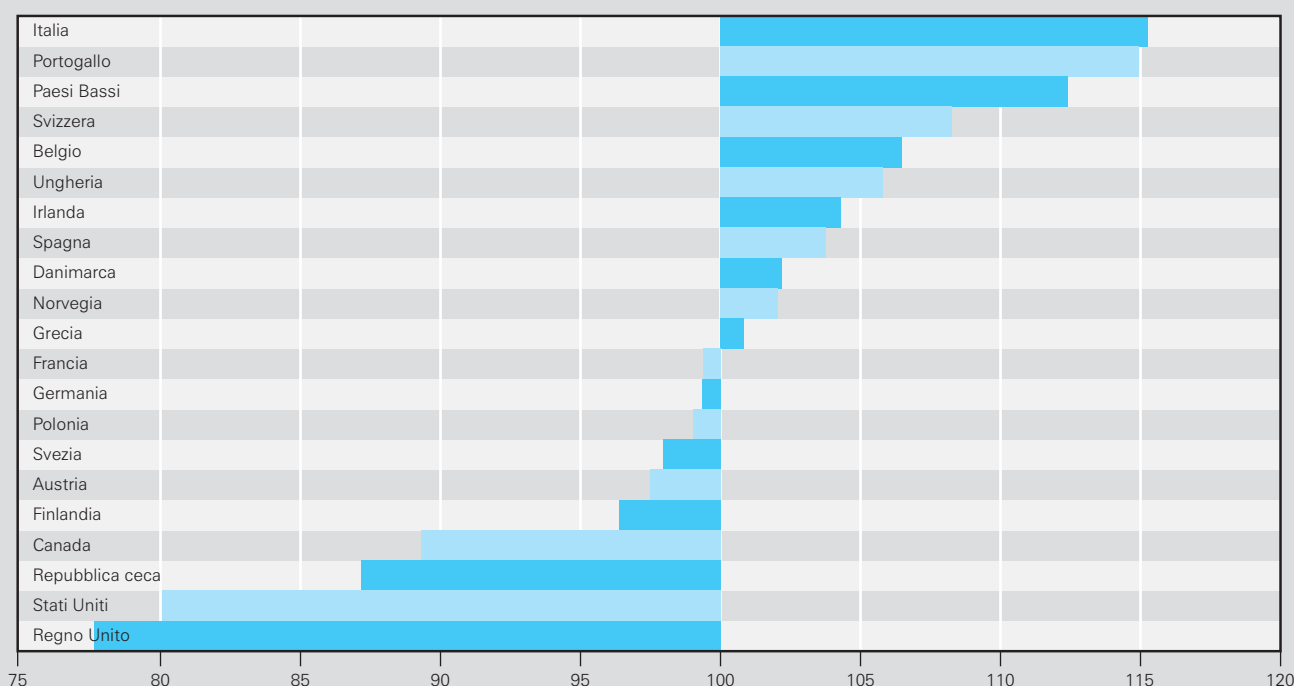
Dimensione 4

RELAZIONI INTERPERSONALI

Figura 4.0 Quadro comparativo delle relazioni degli adolescenti con la famiglia e i coetanei nei paesi dell'OCSE

La qualità delle relazioni interpersonali dei bambini è tanto difficile da misurare quanto è importante per il loro benessere. Ciò nondimeno, è stato considerato un fattore troppo importante per essere omesso del tutto e quindi si è fatto un tentativo di misurare la qualità dei “rapporti con la famiglia e con i coetanei” utilizzando dati sulle strutture familiari insieme alle risposte fornite dai bambini alle domande dell'indagine. La tabella qui sotto mostra la posizione approssimativa di ogni paese in relazione alla media rilevata per tutta l'OCSE.

La tabella è ordinata in base alla distanza di ogni paese dalla media OCSE di 100.



La valutazione delle relazioni interpersonali dei bambini e degli adolescenti

La tabella sulla destra mostra come è stato costruito l'indice delle “relazioni interpersonali dei bambini”. Gli indicatori utilizzati rispecchiano la limitata disponibilità di dati comparabili a livello internazionale.

Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media dei paesi OCSE presi in esame. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese in relazione a questa dimensione “Relazioni interpersonali” del benessere dei bambini (vedi il riquadro a pagina 5).

Relazioni interpersonali

ASPETTI	INDICATORI
struttura della famiglia	<ul style="list-style-type: none"> – percentuale di bambini che vivono in famiglie monoparentali – percentuale di bambini che vivono in famiglie acquisite
rapporti con la famiglia	<ul style="list-style-type: none"> – percentuale di bambini che riferiscono di consumare il pasto principale della giornata insieme ai genitori più di una volta alla settimana – percentuale di bambini che riferiscono che i loro genitori dedicano del tempo per “semplicemente parlare” con loro
rapporti con i coetanei	<ul style="list-style-type: none"> – percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che riferiscono di percepire i propri coetanei come “gentili e disponibili”

Relazioni interpersonali dei bambini

Le relazioni con la famiglia e gli amici sono molto importanti per i bambini, sia sul momento che per lo sviluppo emozionale e psicologico a lungo termine. Perciò, nonostante gli ovvi problemi di definizione e misurazione, è stato fatto un tentativo di registrare alcuni aspetti di questa essenziale dimensione del benessere dei bambini.

In base ai limitati dati disponibili, sono stati scelti tre aspetti per rappresentare questa dimensione: la struttura familiare, i rapporti con i genitori, e i rapporti con gli amici ed i coetanei. La figura 4.0 combina questi aspetti nel tentativo di fornire un quadro d'insieme per i paesi OCSE della dimensione "Relazioni interpersonali" del benessere dei bambini.

Struttura della famiglia

Usare dati sulla proporzione di bambini che vivono in famiglie composte da un unico genitore e in famiglie acquisite come indicatore del benessere può sembrare ingiusto ed insensibile. Moltissimi bambini con una famiglia composta da due genitori subiscono i danni provocati dalla relazione dei loro genitori, mentre moltissimi bambini in famiglie di un unico genitore o acquisite crescono sicuri e felici. E poi, i termini "famiglie monoparentali" e "famiglie acquisite" non rendono giustizia ai tanti tipi diversi di unità familiari che si sono diffuse negli ultimi decenni. Però a livello statistico ci sono evidenze che giustificano l'associazione tra il fatto di crescere in una famiglia composta da un singolo genitore o in una famiglia acquisita con maggiori rischi per il benessere dei bambini, quali il rischio di abbandonare la scuola, di uscire precocemente dalla casa dei genitori, di avere cattiva salute, un basso livello di qualificazione e una bassa retribuzione. Inoltre questi rischi sembrano persistere anche quando si tiene conto dell'effetto sostanziale causato dai maggiori livelli di

povertà che caratterizzano le famiglie monoparentali e acquisite (anche se si potrebbe notare che la ricerca che ha individuato quest'associazione è stata condotta per lo più negli Stati Uniti e nel Regno Unito, e non è detto che lo stesso modello prevalga in tutti i paesi dell'OCSE).

E' in questo contesto che le figure 4.1a e 4.1b presentano dati di 25 paesi OCSE per illustrare la proporzione di adolescenti di età 11, 13 e 15 anni che in ogni paese vive con un genitore singolo oppure in una famiglia acquisita.

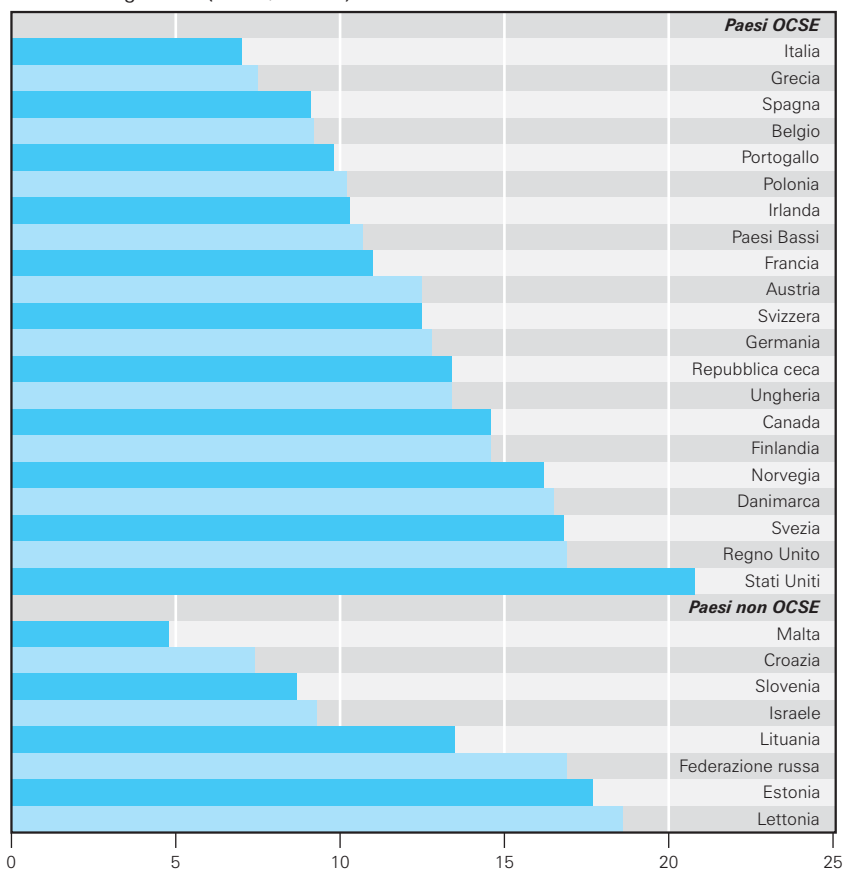
Le due tabelle mostrano raggruppamenti di paesi piuttosto diversi da quelli di molte altre classifiche di quest'analisi, con i paesi dell'Europa meridionale che

dominano i primi posti della tabella. In generale, circa l'80 per cento dei bambini nei paesi in esame vive con entrambi i genitori. Ma la gamma di variazioni è notevole: da oltre il 90 per cento in Grecia e Italia a meno del 70 per cento nel Regno Unito e del 60 per cento negli Stati Uniti¹³.

Tempo dedicato dai genitori

Cercando di analizzare in maniera più dettagliata la questione della qualità delle relazioni familiari, le figure 4.2a e 4.2b offrono una misura del tempo che le famiglie dedicano alla conversazione e all'interazione con i bambini. I dati di queste due tabelle si basano sul *Programma di valutazione internazionale degli studenti (PISA)*, menzionato in precedenza, che, oltre a valutare il

Figura 4.1a Percentuale di adolescenti che vivono in famiglie composte da un unico genitore (età 11, 13 e 15).



Data: 2001/02

Figura 4.1b Percentuale di adolescenti (di età 11, 13 e 15) che vivono in famiglie acquisite

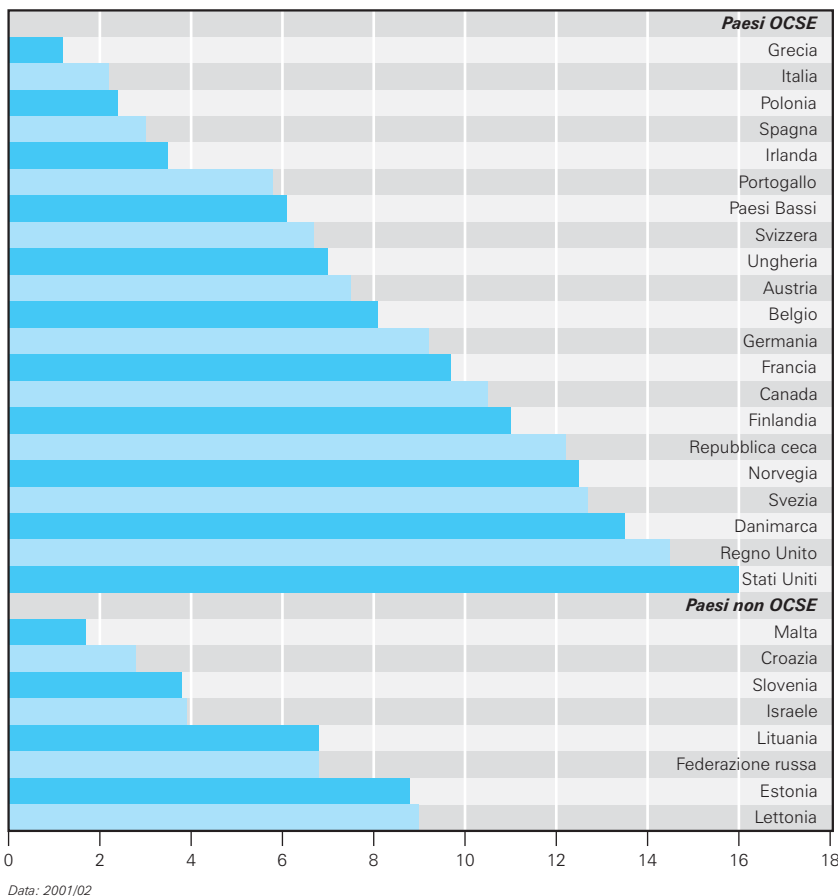
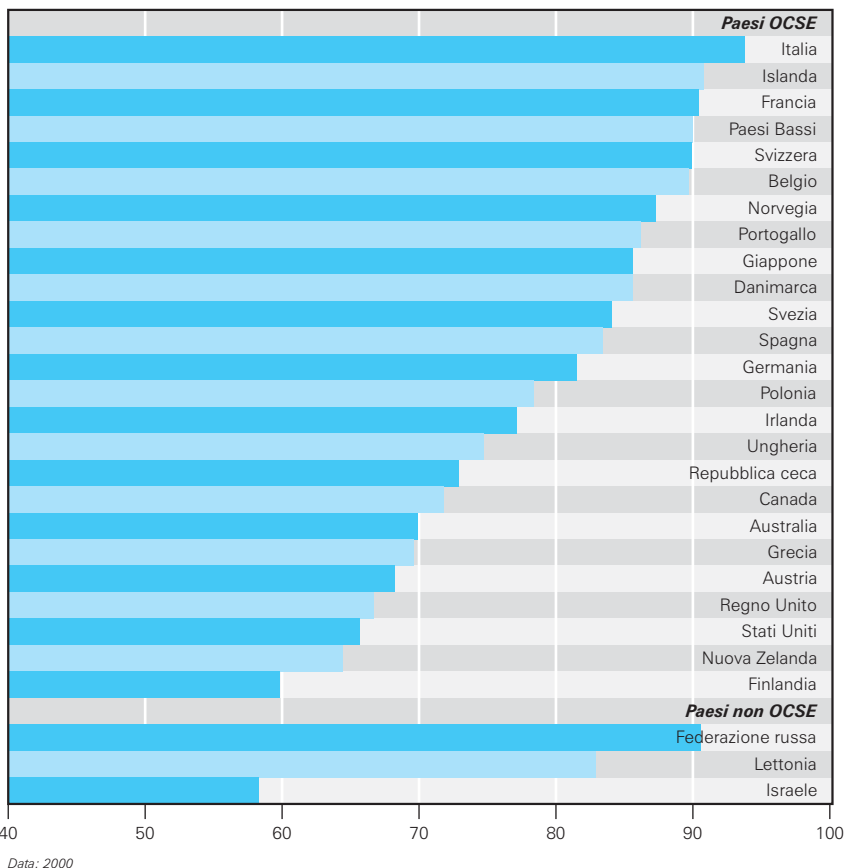


Figura 4.2a Percentuale di quindicenni che consumano il pasto principale della giornata insieme ai genitori "più volte alla settimana"



rendimento dell'istruzione, poneva agli studenti partecipanti all'indagine una serie di domande sulla vita in famiglia.

Tra quelle domande:

- *In genere, quanto spesso i tuoi genitori consumano il pasto principale seduti insieme a te intorno ad una tavola?*
- *In genere, quanto spesso i tuoi genitori passano del tempo a parlare con te senza fare altro?*

Le figure 4.2a e 4.2b mostrano la percentuale di giovani che in ogni paese ha risposto a queste domande spuntando la casella contrassegnata "varie volte la settimana". Anche nei paesi con il punteggio più basso, quasi due terzi dei bambini consumano ancora il pasto principale della giornata insieme alla famiglia, tradizione mantenuta con maggiore tenacia in Francia e in Italia. Però esistono differenze significative tra le due tabelle. Un numero di bambini molto inferiore riferisce di *parlare regolarmente* con i genitori, proporzione che scende quasi al 50 per cento nel caso di Germania, Islanda e Canada. Il Regno Unito e gli Stati Uniti sono nella metà superiore della classifica "parlare regolarmente". L'Italia è l'unico paese OCSE posizionato ai vertici delle graduatorie di entrambe le tabelle.

Altri dati su questo argomento sono disponibili nello studio dell'Organizzazione mondiale della sanità *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* [Il comportamento salutare dei bambini in età scolare]. Tra i risultati di questo studio si trova che i giovani, e in particolare le ragazze, trovano più facile parlare con le madri piuttosto che con i padri, e che le difficoltà di comunicazione con i genitori aumentano in misura considerevole tra gli 11 e i 15 anni di età.

Rapporti con gli amici

Quando i bambini crescono, i rapporti esterni alla famiglia acquistano un'importanza sempre crescente. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità "Essere apprezzati e accettati dai pari" è "essenziale per la salute e lo sviluppo dei giovani, e coloro che non sono socialmente integrati hanno molte più

probabilità di manifestare difficoltà a livello di salute fisica ed emozionale.” Perciò è stato fatto un tentativo per incorporare nel presente rapporto anche un indicatore riferito ai rapporti con gli amici e i coetanei.

La figura 4.3 utilizza i dati dello studio HBSC e mostra i risultati di un'indagine su adolescenti di 11, 13 e 15 anni in più di 30 paesi che poneva la domanda “In genere trovi che i tuoi coetanei sono gentili e disponibili?” Più della metà delle risposte sono state “sì” in quasi tutti i paesi dell'OCSE, fatta eccezione per la Repubblica ceca e il Regno Unito. La Svizzera e il Portogallo dominano la classifica con punteggi intorno all'80 per cento.

Queste diverse serie di dati cercano di rappresentare una dimensione del benessere dei bambini che è difficile da definire, misurare e comparare tra i diversi paesi. In alcuni singoli paesi dell'OCSE, tuttavia, si stanno rendendo disponibili informazioni più indicative. Il *National Family and Parenting Institute* del Regno Unito, per esempio, ha condotto indagini per stimare il numero di bambini che erano in grado di rispondere affermativamente a domande (riferite sia ad un singolo genitore che a due genitori) quali:

- i miei genitori sono sempre disponibili per me quando ho bisogno di loro (76 per cento);
- i miei genitori mi fanno sentire amato e provvedono a me (65 per cento);
- posso parlare con i miei genitori di qualunque problema io possa avere (56 per cento);
- io e i miei genitori abbiamo molti contrasti (20 per cento);
- i miei genitori non mi danno tutta l'attenzione di cui ho bisogno (11 per cento);
- i miei genitori mi fanno sentire a disagio per come io sono (7 per cento).

Mancando dati altrettanto dettagliati per gli altri paesi dell'OCSE, questo tentativo di includere le “relazioni interpersonali” nel rapporto sul benessere dei bambini dovrebbe essere considerato come un primo passo verso il monitoraggio di questa dimensione del benessere dei bambini. ■

Figura 4.2b Percentuale di quindicenni i cui genitori passano del tempo “a parlare con loro senza fare altro” più volte la settimana

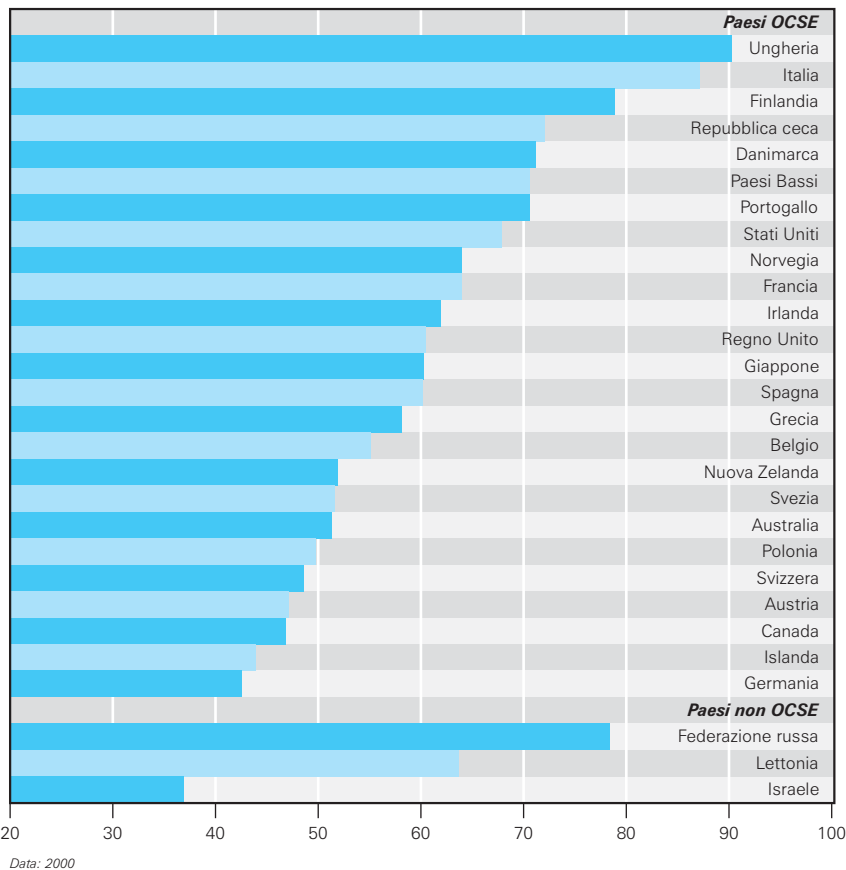
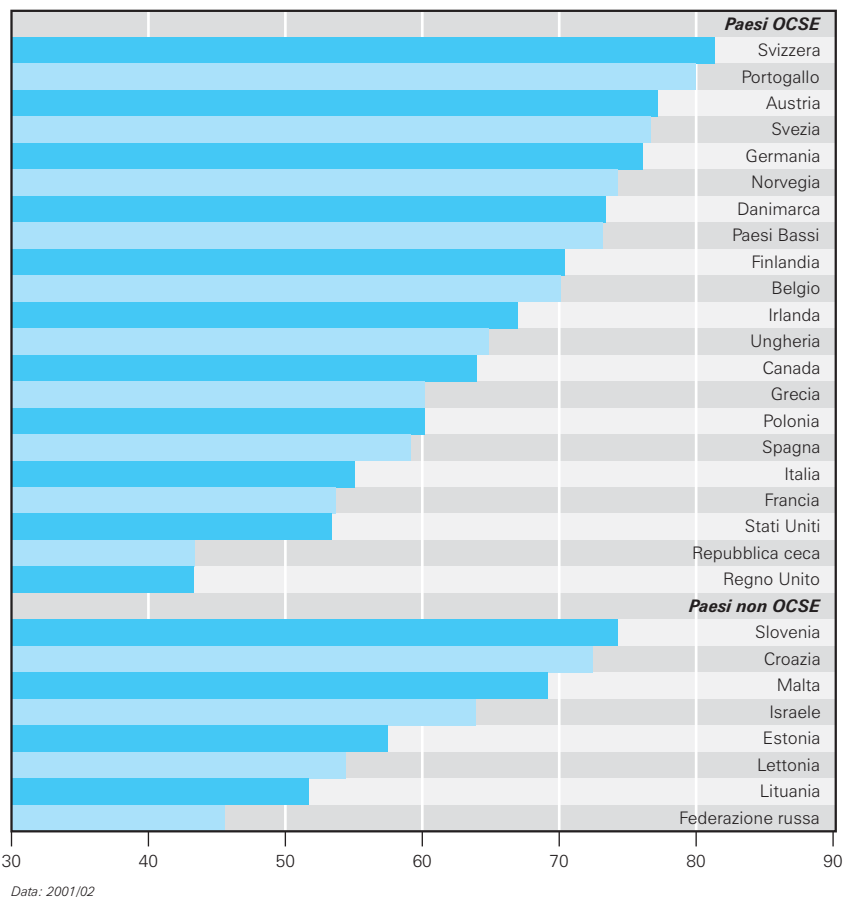


Figura 4.3 Percentuale di adolescenti di età 11, 13 e 15 anni che trovano i coetanei “gentili e disponibili”



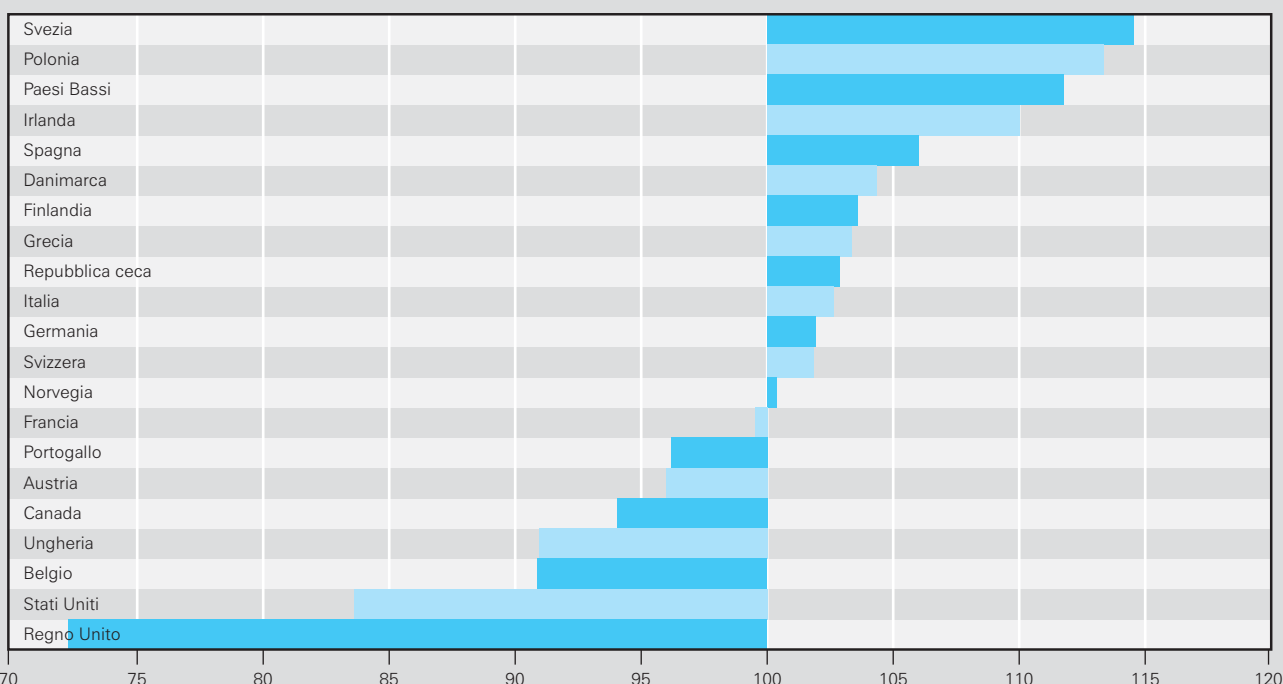
Dimensione 5

COMPORAMENTI E RISCHI

Figura 5.0 Quadro comparativo dei comportamenti e dei rischi assunti dai giovani nei paesi OCSE

Un'analisi del benessere dei bambini non può evitare di prendere in esame gli aspetti del comportamento che hanno conseguenze sia per gli stessi bambini e adolescenti che per la società nella quale vivono. Questa sezione raccoglie quindi i dati OCSE disponibili su argomenti quali l'obesità, l'abuso di sostanze, la violenza e i comportamenti sessuali a rischio.

La tabella seguente presenta una classifica dei paesi OCSE in base al punteggio medio di ognuno di essi per i "comportamenti e rischi" (cioè la media dei punteggi di ogni paese per i tre aspetti scelti per rappresentare questa dimensione del benessere dei giovani - vedi il riquadro più sotto). La tabella è ordinata secondo la distanza dalla media OCSE di 100.



La valutazione dei comportamenti e rischi

La tabella sulla destra mostra come è stato costruito l'indice dei comportamenti. La selezione dei singoli indicatori rispecchia la disponibilità di dati comparabili a livello internazionale.

Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media dei paesi OCSE. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese in relazione alla dimensione "Comportamenti e rischi" del benessere dei bambini (vedi il riquadro a pagina 5).

	ASPETTI	INDICATORI
Comportamenti e rischi	comportamenti benefici per la salute	- percentuale di bambini che fanno colazione - percentuale che mangia frutta tutti i giorni - percentuale che svolge attività fisica - percentuale che è sovrappeso
	comportamenti a rischio	- percentuale di quindicenni che fumano - percentuale che si è ubriacata più di due volte - percentuale che fa uso di cannabis - percentuale che ha rapporti sessuali entro i 15 anni d'età - percentuale che usa il preservativo - tasso di fertilità delle adolescenti
	esperienze di violenza	- percentuale di adolescenti di età 11, 13 e 15 anni che negli ultimi 12 mesi sono stati coinvolti in scontri fisici - percentuale che riferisce di essere stata vittima di atti di bullismo negli ultimi 2 mesi

Comportamenti e rischi degli adolescenti

I comportamenti e i rischi esaminati in questa sezione sono presentati non come catalogo di problemi sociali ma come tentativo di misurare un'importante ed elusiva dimensione del benessere dei bambini. Ci possono essere molte ragioni per l'abuso di stupefacenti da parte dei bambini e dei giovani, per l'adozione di stili di vita dannosi per la salute o per il fatto di avere gravidanze ad un'età troppo precoce, ma queste ragioni spesso sono il riflesso di condizioni di vita, pressioni e percezioni di sé che minano il benessere. Secondo modalità che ancora non sono state comprese fino in fondo, questi comportamenti sono indice di problemi e pressioni che interessano una proporzione significativa di giovani nei paesi presi in esame. Le conseguenze di tutto questo, illustrate nelle tabelle seguenti, riflettono in una certa misura la loro mancanza di preparazione e incapacità di fare fronte a queste pressioni.

Grazie agli studi *PISA* e *HBSC*, già citati, sono disponibili diversi indicatori comportamentali e dei rischi per la maggior parte dei paesi dell'OCSE. La figura 5.0 riunisce 12 di questi indicatori nei tre aspetti selezionati per rappresentare questa dimensione del benessere dei bambini: comportamenti benefici per la salute, comportamenti a rischio e esperienze di violenza.

I comportamenti benefici per la salute

Come nel caso di molte delle misure esaminate in quest'analisi, le abitudini alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza sono indicatori del benessere sia attuale che futuro. Chi ha

una cattiva dieta nei primi anni di vita ha maggiori probabilità di mantenerla anche nell'età adulta e di essere soggetto ad un maggiore rischio di problemi di salute, come diabete, malattie cardiache e cancro.

Le figure 5.1a e 5.1b riuniscono i dati relativi ai due indicatori scelti per rappresentare una "dieta sana". La figura 5.1a mostra la percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che fa regolarmente colazione. Questo dato ha valore come indicatore perché il non fare colazione è associato con la stanchezza di metà mattina, una riduzione della concentrazione e un maggiore probabilità di consumare durante la giornata spuntini ad alto contenuto di grassi e basso tenore di fibre. Dalla differenziazione per età e per genere risulta che i ragazzi fanno colazione più delle ragazze.

La figura 5.1b mostra la percentuale di

giovani che riferiscono di mangiare frutta tutti i giorni. In generale, solo circa un terzo dei giovani mangia frutta ogni giorno (nei 35 paesi esaminati). Una proporzione ancora minore afferma di mangiare verdura tutti i giorni.

Le figure 5.1c e 5.1d trattano dei "comportamenti benefici per la salute" da un diverso punto di vista, concentrandosi sull'attività fisica e sull'obesità.

Gli orientamenti adottati da un gruppo di esperti internazionali sotto la guida dell'Organizzazione mondiale della sanità raccomandano a tutti i giovani di svolgere attività fisica di intensità almeno moderata per un'ora al giorno (l'"intensità moderata" è definita come tale da "lasciare il partecipante con una sensazione di calore e di lieve affanno"). La figura 5.1c mostra quanti giovani di 11, 13 e 15 anni rispondono a questo criterio.

Figura 5.1 Comportamenti benefici per la salute dei bambini e degli adolescenti, sintesi delle figure da 5.1a a 5.1d

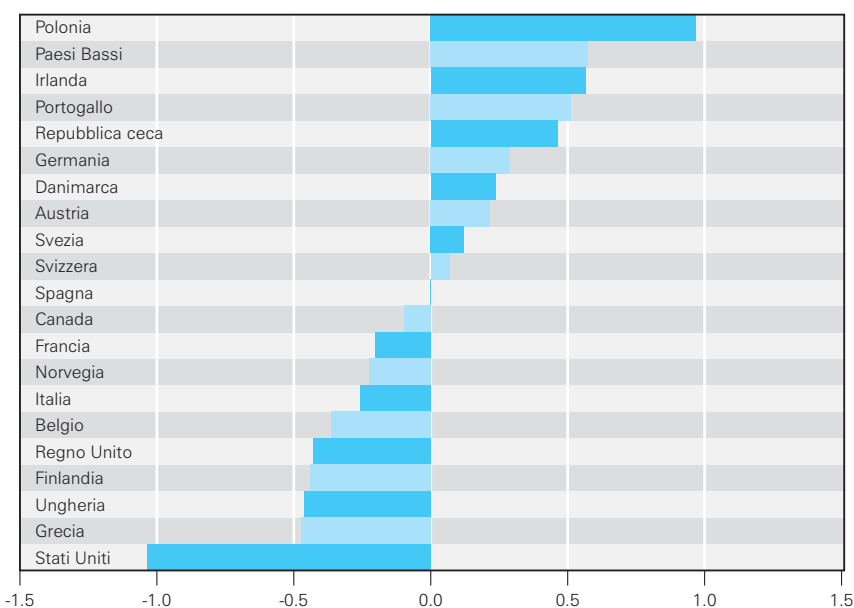


Figura 5.1a Percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che affermano di fare colazione ogni giorno di scuola

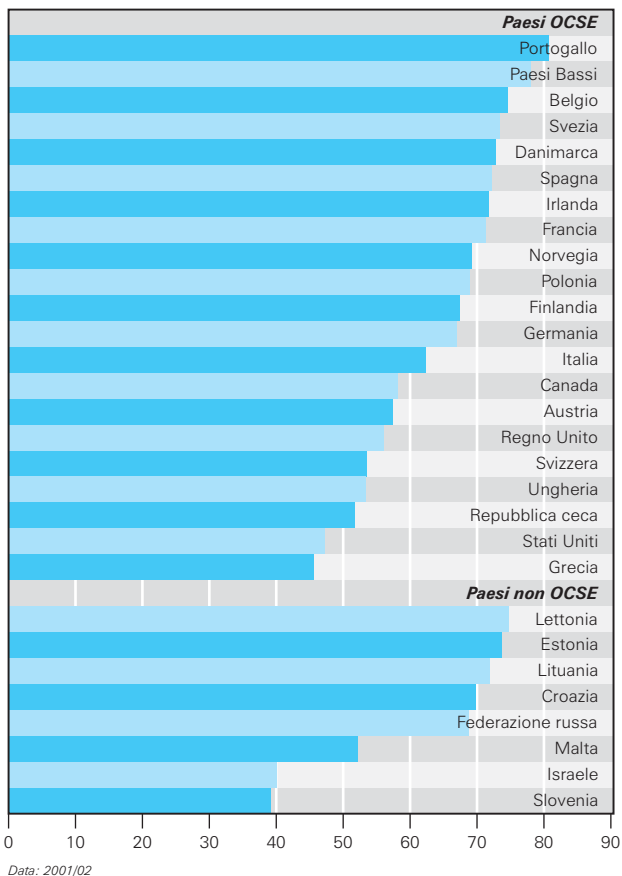


Figura 5.1c Numero medio di giorni nei quali i giovani di 11, 13 e 15 anni affermano di aver svolto attività fisica per un'ora o più nella settimana precedente oppure in una settimana tipica

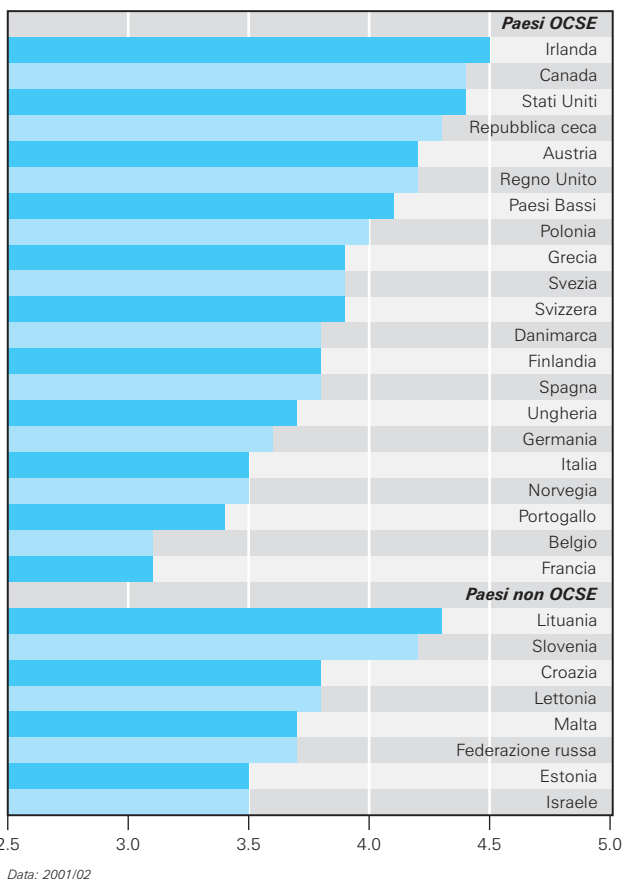


Figura 5.1b Percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che affermano di mangiare frutta ogni giorno

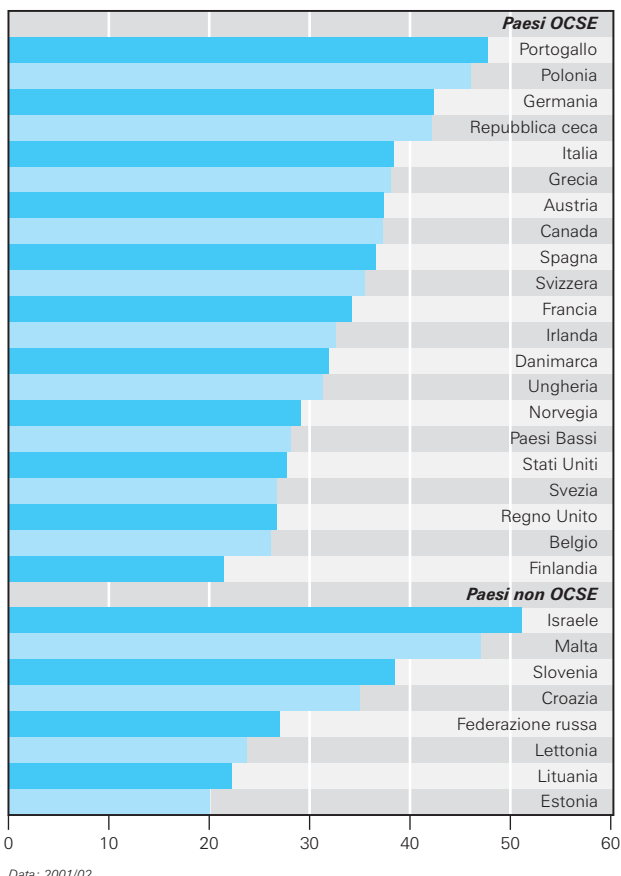
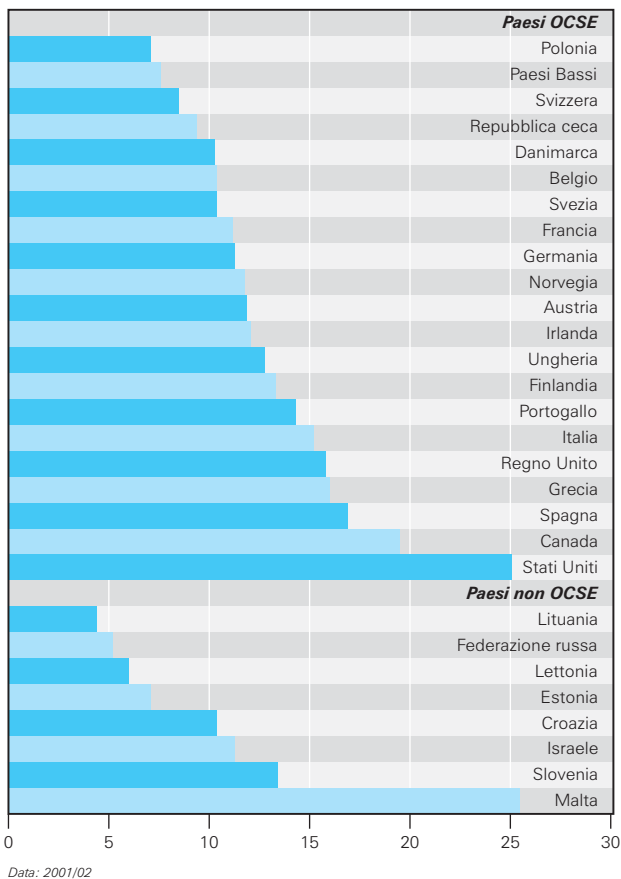


Figura 5.1d Percentuale di giovani di 13 e 15 anni che affermano di essere sovrappeso



E anche in questo caso la risposta è “non molti”. Nei paesi dell’OCSE in generale, solo circa un terzo di giovani fa esercizio fisico per un’ora o più per cinque o più giorni la settimana. I paesi nei quali i giovani fanno più movimento sono Irlanda, Canada e Stati Uniti, mentre quelli in cui ne fanno di meno sono Belgio e Francia. In tutti i paesi e in tutti i gruppi di età osservati, i ragazzi hanno più probabilità delle ragazze di svolgere attività fisica

La figura 5.1d mostra la prevalenza dell’obesità nelle età di 13 e 15 anni in 21 paesi OCSE ed è fondata sull’indicazione del peso e dell’altezza chiesta ai giovani (una domanda che ha prodotto un basso tasso di risposte, il che può indicare che le cifre sono sottostimate). La Polonia e i Paesi Bassi hanno la minore proporzione di giovani sovrappeso. I massimi livelli di obesità sono riscontrati nei quattro paesi dell’Europa meridionale (Spagna, Grecia, Italia e Portogallo), più gli Stati Uniti, Canada e Regno Unito. I paesi in fondo a questa classifica possono aspettarsi dei problemi in futuro. Come ha detto il Commissario responsabile per la sanità dell’Unione europea: “*Gli adolescenti sovrappeso di oggi sono le vittime degli attacchi di cuore di domani*”.

La figura 5.1 riunisce tutti questi fattori e mostra che nella maggior parte dei paesi i comportamenti benefici per la salute dei giovani non si allontanano di molto dalla media di tutta l’OCSE. Le eccezioni sono costituite dalla Polonia, dove i comportamenti benefici per la salute dei giovani sono notevolmente migliori della media, e gli Stati Uniti, il cui posto in classifica è pesantemente condizionato dagli alti livelli di obesità presenti in questo paese.

I comportamenti a rischio

Il secondo aspetto scelto per

rappresentare questa dimensione è la prevalenza di alcuni comportamenti a rischio presso i giovani, come il fumare, l’abuso di stupefacenti ed alcool, l’attività sessuale non protetta, e le gravidanze in età precoce.

La figura 5.2 combina i dati disponibili su tutti questi rischi in una classifica generale dei comportamenti a rischio dei giovani nell’OCSE. Nella graduatoria, tre delle cinque posizioni di fondo sono occupate da paesi di lingua inglese e il Regno Unito si trova in fondo alla classifica con un notevole distacco dagli altri.

La figura 5.2a espone i dati sul fumo, ben nota causa di malattia e di morte prematura nel mondo sviluppato. In generale, la tabella mostra che il 10 per cento o più dei giovani dei paesi OCSE fuma almeno una volta la settimana entro i 15 anni d’età. L’indagine HBSC, dalla quale sono ripresi i dati, presenta i risultati in una luce più positiva: “*l’84 per cento dei giovani riferisce di non fumare. Circa un terzo del 16 per cento che fuma lo fa meno di una volta la settimana.*” La stessa indagine riferisce che in 23 paesi su 35 le ragazze hanno maggiori probabilità di fumare dei ragazzi.

Alcool, cannabis e rapporti sessuali. La figura 5.2b mostra la percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che ha risposto “due volte o più” alla domanda “Con quale frequenza hai bevuto tanto alcool da essere veramente ubriaco?”. Nella maggioranza dei paesi OCSE, meno del 15 per cento dei giovani riferisce di essersi ubriacati in due o più occasioni. Nei Paesi Bassi la cifra sale ad oltre un quarto, mentre nel Regno Unito a quasi un terzo.

Anche la percentuale di quindicenni che ha fatto uso di cannabis (figura 5.2c) risulta variare notevolmente tra i paesi OCSE: da meno del 5 per cento in Grecia e Svezia, ad oltre il 30 per cento in Canada, Spagna, Svizzera, Stati Uniti e Regno Unito. Il Canada è l’unico paese con un tasso di consumo di cannabis dei quindicenni superiore al 40 per cento. Il regolare consumo di cannabis è associato con depressione, cattiva salute, difficoltà a scuola e altre forme di comportamenti a rischio. Può anche essere un fattore scatenante di psicosi, specialmente nei giovani che hanno una predisposizione.

Nella percentuale di giovani che

Figura 5.2 Comportamenti a rischio dei giovani, sintesi delle tabelle da 5.2a a 5.2f

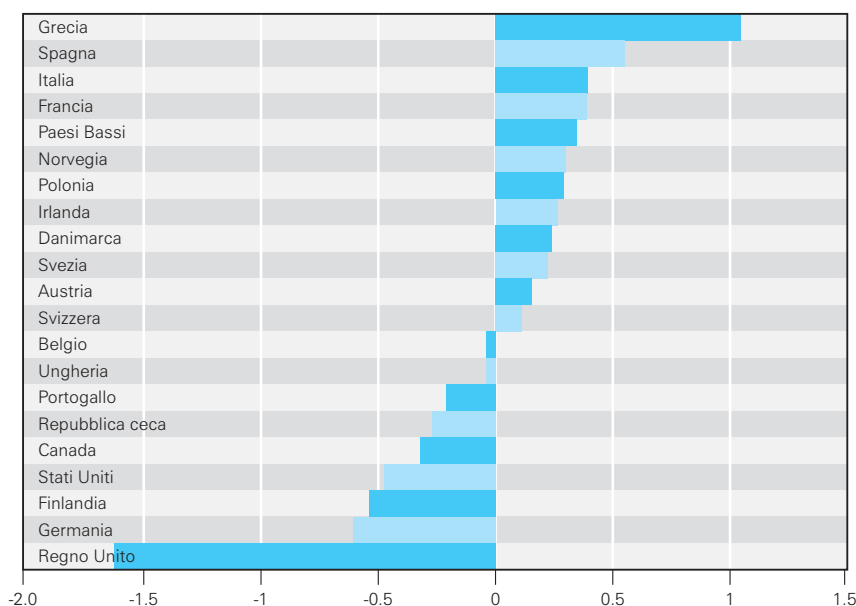


Figura 5.2a Percentuale di studenti di 11, 13 e 15 anni che fumano sigarette almeno una volta la settimana

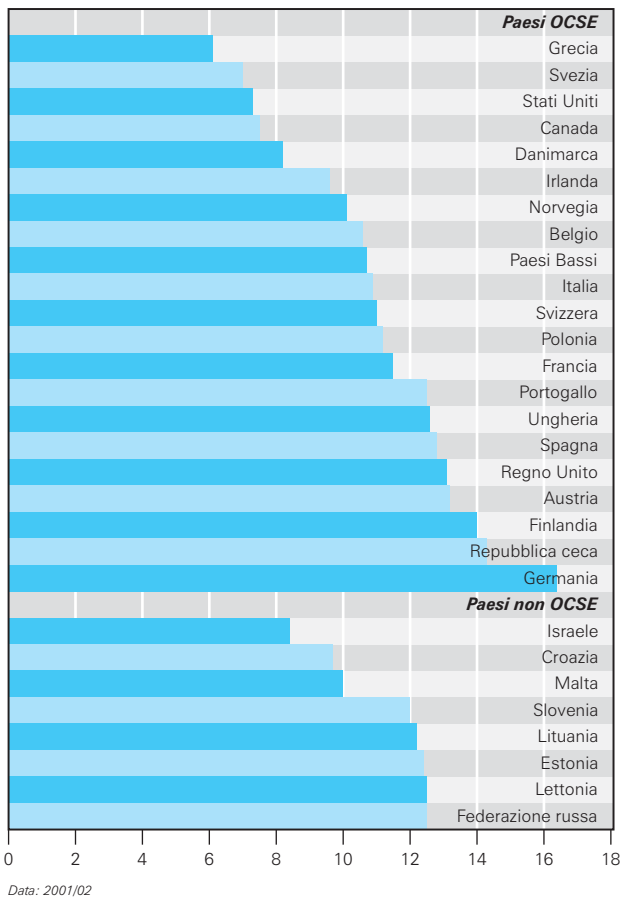


Figura 5.2b Percentuale di studenti di 11, 13 e 15 anni che riferiscono di essersi ubriacati due volte o più

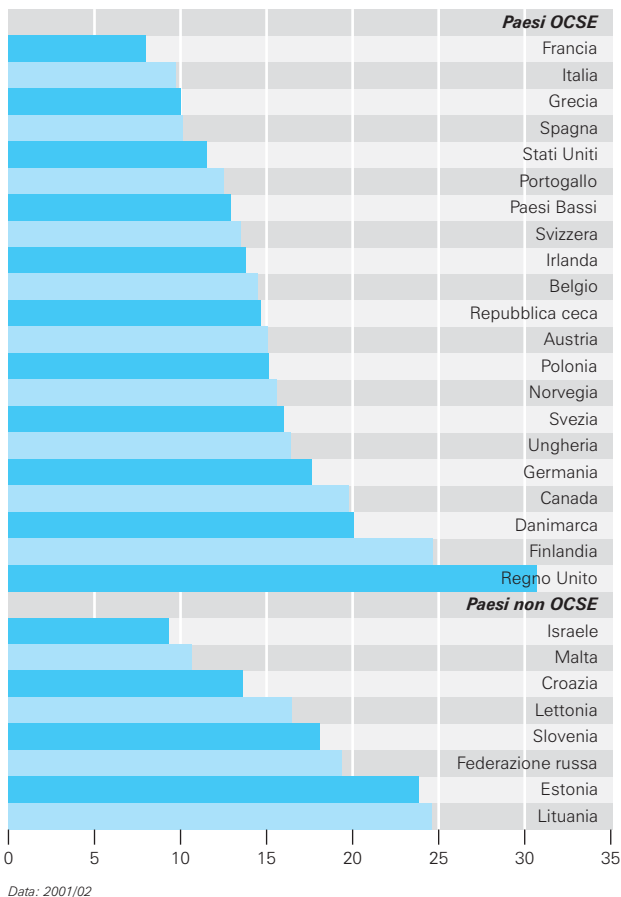


Figura 5.2c Percentuale di studenti di 11, 13 e 15 anni che riferiscono di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi

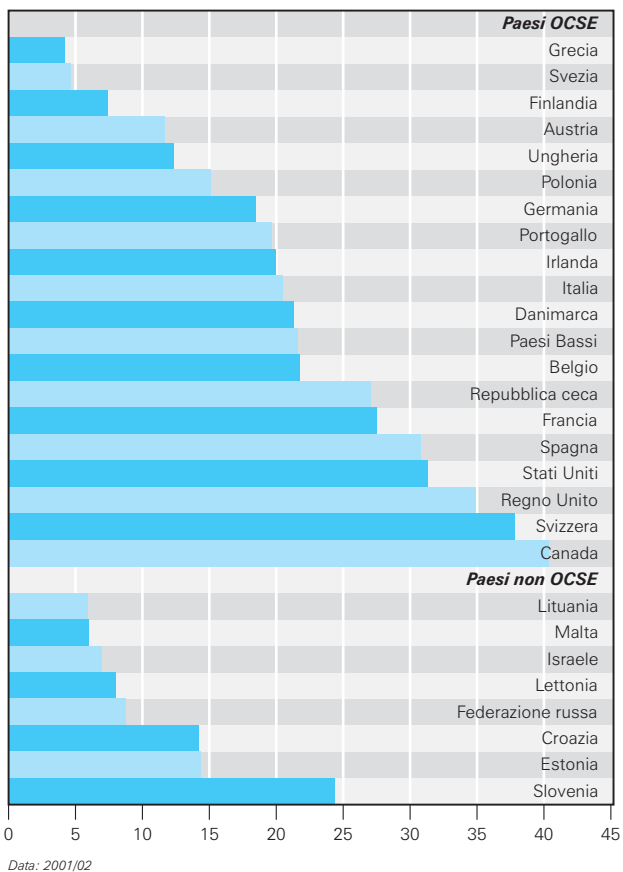


Figura 5.2d Percentuale di quindicenni che riferiscono di aver avuto rapporti sessuali

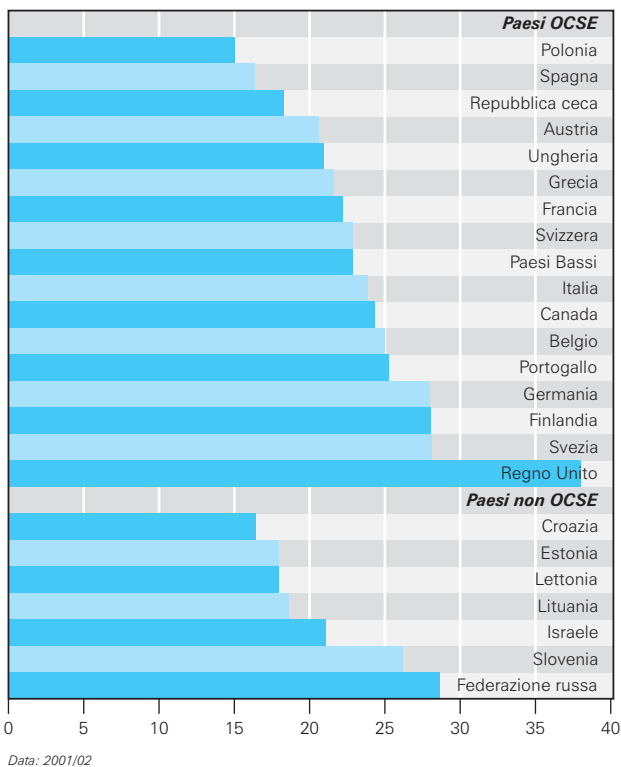
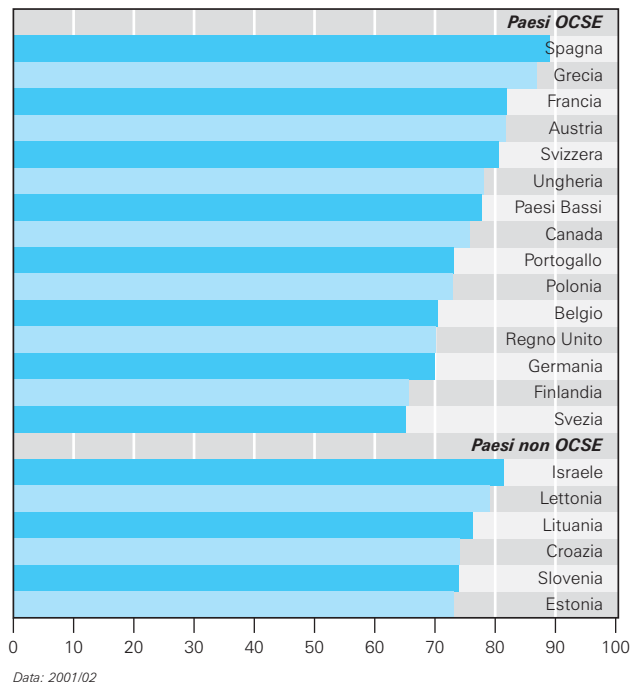


Figura 5.2e Percentuale di quindicenni che hanno usato un preservativo nell'ultimo rapporto sessuale avuto



Data: 2001/02

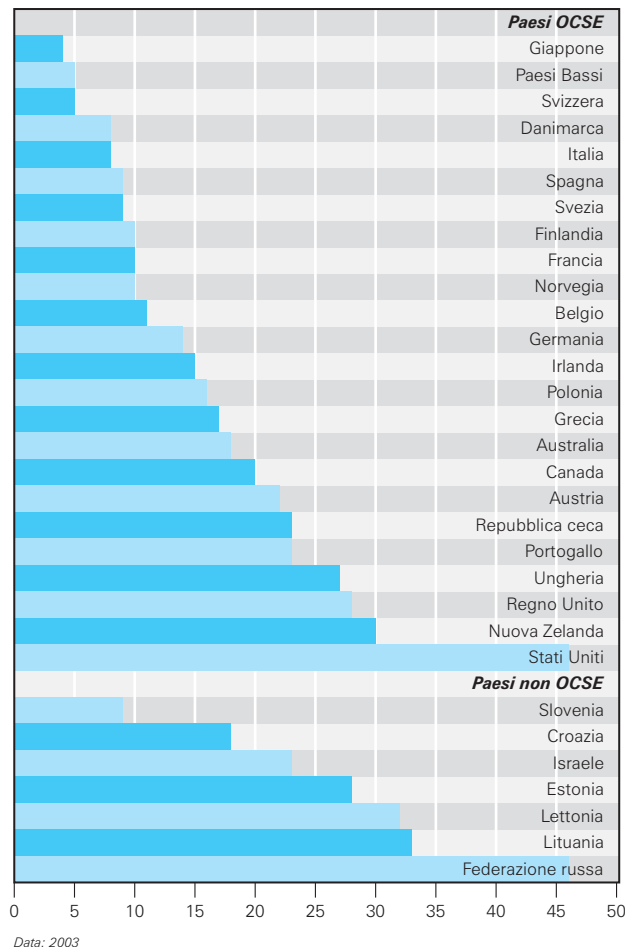
hanno avuto rapporti sessuali entro l'età di 15 anni (figura 5.2d) la varianza è inferiore ma ancora significativa. Per 16 dei 17 paesi OCSE per i quali sono disponibili dati, la proporzione è tra il 15 e il 28 per cento; per il Regno Unito è quasi del 40 per cento. La maggior parte dei paesi ha messo in atto iniziative per informare i giovani sui rischi dell'HIV/AIDS e delle malattie trasmesse per via sessuale, e questo si riflette nel tasso di uso del preservativo. Tra i quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali, la grande maggioranza (tra il 65 e il 90 per cento) ha fatto uso di un preservativo (figura 5.2e).

Molti dei comportamenti a rischio esposti in queste tabelle sono correlati oppure si sovrappongono. I giovani che fumano sigarette, per esempio, hanno circa tre volte più probabilità di fare regolarmente uso di alcool ed otto volte più probabilità di consumare cannabis.

Parti delle adolescenti

Anche i tassi di fertilità delle

Figura 5.2f Tasso di fertilità delle adolescenti: nascite per ogni 1.000 donne di 15-19 anni di età



Data: 2003

adolescenti nei paesi dell'OCSE (figura 5.2f) variano notevolmente, da un minimo di 5 ad un massimo di 45 parti per ogni 1.000 ragazze d'età tra 15 e 19 anni.

Per la maggior parte delle ragazze che crescono oggi in un paese OCSE, la norma corrente è un'istruzione prolungata, una carriera, una famiglia con doppio reddito, gravidanze più avanti negli anni e una famiglia meno numerosa. Ed è in questo contesto che le gravidanze delle adolescenti sono divenute un problema di rilievo: avere un figlio ad un'età troppo precoce è oggi associato con tutta una gamma di svantaggi sia per la madre che per il bambino, quali una maggiore probabilità di abbandonare gli studi, di avere scarse o nessuna qualifica, di essere disoccupata o avere una bassa retribuzione, e di vivere in cattive

condizioni d'alloggio. Ma come sempre, associazione non significa rapporto causale. Molte delle ragazze che fanno un figlio negli anni della loro adolescenza sono cresciute loro stesse con il tipo di povertà e di svantaggi che rendono comunque probabile soffrirne le conseguenze negative, indipendentemente dal fatto che aspettino di avere compiuto venti anni d'età prima di fare un figlio. Rimanere incinta durante l'adolescenza può peggiorare queste difficoltà, ma il fatto di non rimanere incinta non le elimina.

Al di là del problema immediato, i livelli di fertilità delle adolescenti possono servire anche da indicatore per un aspetto della vita dei giovani che sarebbe difficile registrare in altro modo. Per una giovane con un'insoddisfacente percezione del proprio benessere, perché è infelice e

magari maltrattata a casa, a disagio e con scarso profitto a scuola, e con l'unica prospettiva di un lavoro non qualificato e scarsamente retribuito, avere un bambino da amare e dal quale essere amata, con una piccola entrata grazie ai sussidi e una casa tutta per sé, può apparire un'opzione più attraente di altre. Un'adolescente che va bene a scuola ed ha la prospettiva di una carriera interessante e ben retribuita, e che è circondata da familiari e amici con prospettive altrettanto elevate, probabilmente vede la gravidanza come un evento che rischia di distruggere le sue speranze presenti e future.

Come misura approssimativa della proporzione di adolescenti che appartengono ad una o all'altra di queste due tipologie, i tassi di fertilità delle adolescenti mostrati nella figura 5.2f possono essere un indicatore particolarmente significativo del benessere dei giovani.

Esperienze di violenza

Le aggressioni e la violenza in tutte le sue forme - bullismo, scontri fisici, abusi - gettano un'ombra sulla vita di molti giovani, facendo del periodo della vita che a molti adulti piace

pensare come felice e spensierato un periodo di ansia e infelicità. In particolare, l'esposizione alla violenza in casa - sia direttamente a causa di abusi, che indirettamente come testimone di aggressioni e violenze tra gli adulti - può essere causa di angoscia e creare danni ai bambini di tutte le età¹⁴.

Purtroppo, l'esposizione alla violenza è difficile da definire e gli indicatori disponibili non sono adeguati a riflettere la presente infelicità o le conseguenze future. Le figure 5.3a e 5.3b raccolgono gli scarsi dati disponibili su quello che i bambini stessi hanno da dire su quest'argomento.

In 18 dei 21 paesi presi in esame, la proporzione di adolescenti coinvolti in scontri fisici nei 12 mesi precedenti (figura 5.3a) è più di un terzo, con variazioni da meno del 30 per cento in Finlandia e Germania a più del 45 per cento nella Repubblica ceca e in Ungheria. In generale, circa il 40 per cento dei giovani dei paesi osservati ha riferito di essere stato coinvolto in almeno uno scontro fisico nel corso dell'anno precedente.

La prevalenza del bullismo (figura 5.3b) varia in misura maggiore: da circa il 15

per cento degli adolescenti che riferisce di averlo subito in Svezia e nella Repubblica ceca, ad oltre il 40 per cento in Svizzera, Austria e Portogallo. Circa un terzo dei giovani nei paesi esaminati riferisce di aver subito atti di bullismo almeno una volta nel corso dei due mesi precedenti l'indagine. Una proporzione simile ha riferito di aver compiuto atti di bullismo a danno di altri.

Queste due tabelle devono essere trattate con cautela. Il fatto che gli adolescenti della Repubblica ceca siano contemporaneamente in cima alla classifica degli "scontri fisici" e in fondo a quella del "bullismo", per esempio, non rappresenta necessariamente un'incoerenza. La distinzione tra bullismo e scontri fisici è una questione di percezione, e le sottigliezze della distinzione possono talvolta andare perdute nella traduzione. La definizione usata nell'indagine e sottoposta agli intervistati come preliminare alla domanda sul bullismo illustra bene questa difficoltà: *"Si afferma che uno studente subisce atti di bullismo quando un suo compagno, o gruppo di compagni, gli dice o gli fa cose cattive o spiacevoli. Si tratta di bullismo anche quando uno studente viene ripetutamente preso in giro in un modo a lui o lei sgradito, o quando è deliberatamente escluso da quello che fanno gli altri. Ma non si può parlare di bullismo quando due studenti che hanno più o meno la stessa forza si scontrano o si battono. Non si parla di bullismo nemmeno quando la presa in giro avviene in modo amichevole e scherzoso."*

La figura 5.3 riunisce i due indicatori "scontri fisici" e "bullismo" in una tabella combinata, ma rimane una rappresentazione inadeguata dell'esperienza della violenza dei giovani dei paesi interessati. E' necessario avere a disposizione maggiori informazioni sull'esposizione dei bambini alla violenza in casa, di

Figura 5.3 Giovani che riferiscono di non essere stati coinvolti in scontri fisici o di non aver subito atti di bullismo. Sintesi delle tabelle 5.3a e 5.3b.

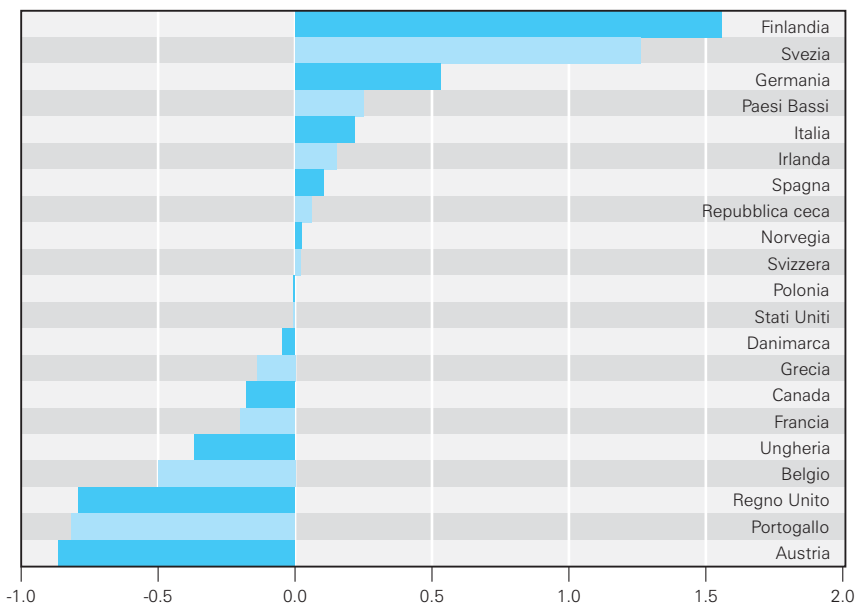
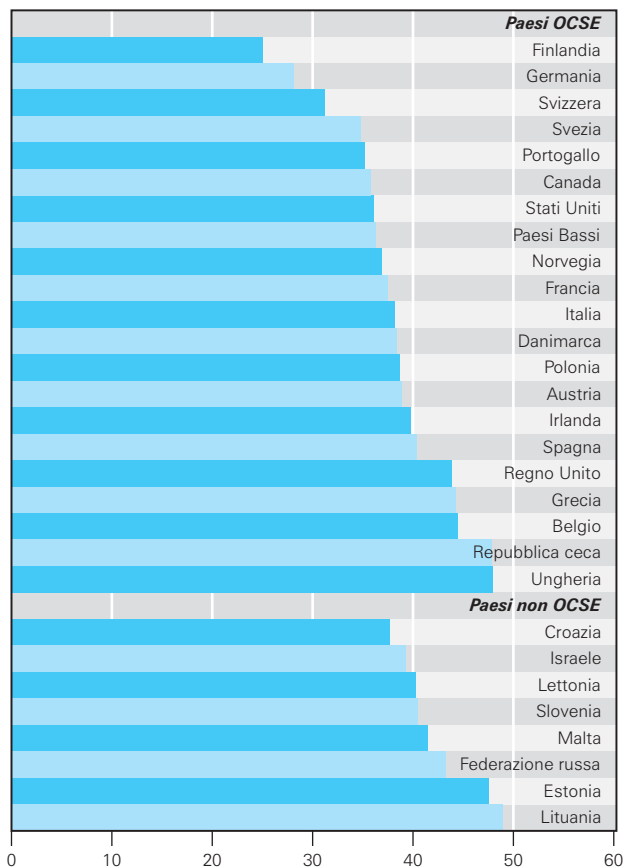
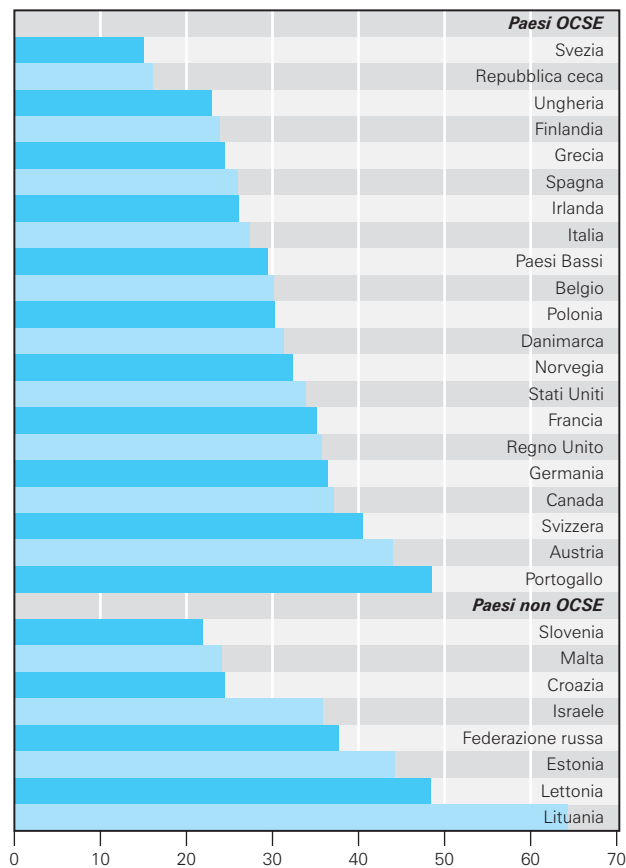


Figura 5.3a Percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che riferiscono di essere stati coinvolti in scontri fisici nei 12 mesi precedenti



Data: 2001/02

Figura 5.3b Percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che affermano di aver subito atti di bullismo nei 2 mesi precedenti



Data: 2001/02

qualunque tipo essa sia. Gli studi nazionali mostrano che i bambini che assistono spesso a scene di violenza tra altre persone nell'ambiente domestico hanno le maggiori probabilità di essere loro stessi vittime di atti di violenza, e le due forme di

esposizione producono un incalcolabile livello di infelicità sul momento e di danni a lungo termine per lo sviluppo e il benessere di milioni di bambini. La *Report Card n. 5* (settembre 2003) concludeva che oggi in alcuni paesi industrializzati i

bambini vittime di maltrattamenti gravi sono fino a uno su 15 e che questo è un problema che deve essere fatto uscire dall'ombra della vita nazionale e portato alla luce dell'esame pubblico e politico.

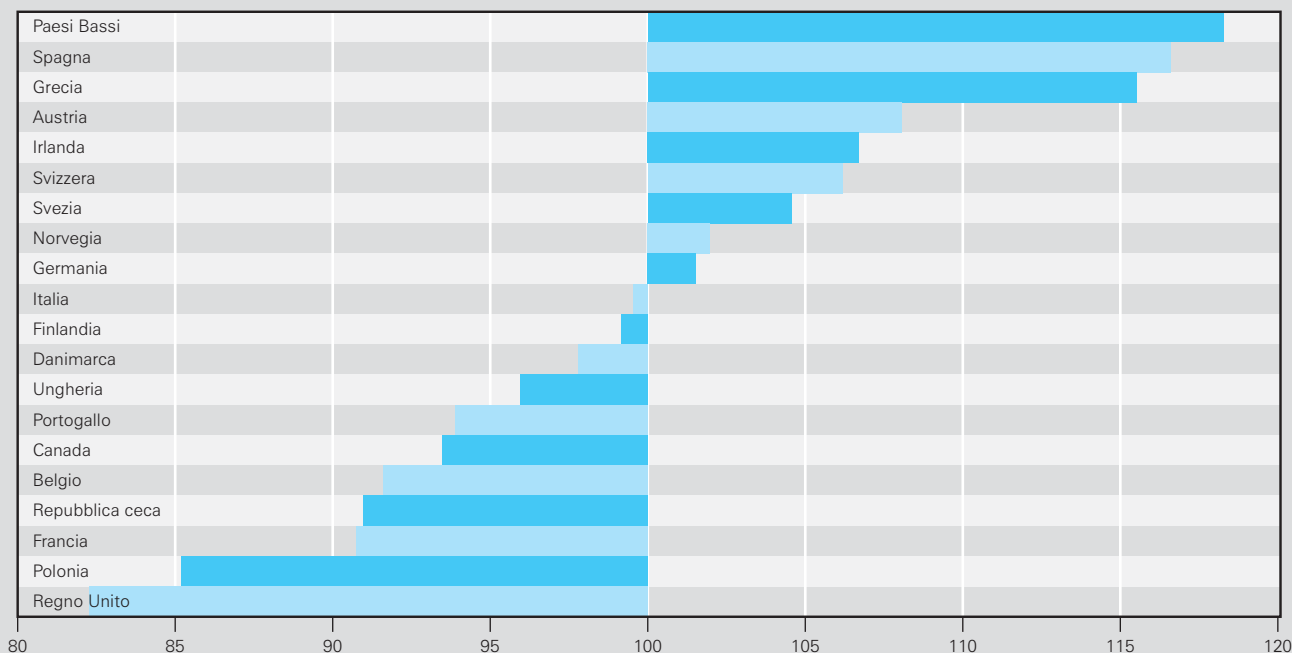
Dimensione 6

PERCEZIONE E VALUTAZIONE DEL PROPRIO BENESSERE

Figura 6.0 Quadro comparativo della percezione e valutazione del proprio benessere da parte dei giovani nei paesi dell'OCSE.

Questa sezione cerca di approfondire la presente analisi del benessere dei bambini prendendo in considerazione la auto-percezione degli stessi interessati sulla base di indagini internazionali che hanno raccolto le opinioni dei bambini e dei giovani. La tabella seguente raccoglie i risultati in una sintesi della auto-percezione del benessere da parte degli stessi bambini.

La tabella mostra la distanza di ogni paese al di sopra o al di sotto rispetto alla media OCSE di 100 e la posizione di ogni paese rispetto alla media di tutta l'OCSE.



Percezione e valutazione del proprio benessere

La tabella sulla destra mostra com'è stato costruito l'indice della percezione e valutazione del proprio benessere. La scelta dei singoli indicatori rispecchia la disponibilità di dati comparabili a livello internazionale.

Per ogni indicatore, ai paesi è stato attribuito un punteggio che indica di quanto quel paese sia sopra oppure sotto alla media dei paesi OCSE presi in esame. Laddove è stato usato più di un indicatore, si è fatta la media dei relativi punteggi. Allo stesso modo, calcolando la media dei punteggi per i tre aspetti, si è ottenuta una valutazione generale per ogni paese riguardo alla dimensione "percezione e valutazione del proprio benessere" dei bambini (vedi il riquadro a pagina 5).

Percezione e valutazione del proprio benessere	ASPETTI	INDICATORI
	salute	– percentuale di giovani che valutano la propria salute non più di "sufficiente" o "cattiva"
	vita scolastica	– percentuale di giovani a cui "piace molto la scuola"
benessere personale	– percentuale di bambini che si considerano sopra al punto medio di una "Scala di soddisfazione della vita" – percentuale di bambini che riferiscono di avere una percezione negativa del proprio benessere	

Valutazione del proprio benessere da parte dei giovani

Questa analisi del benessere dei bambini ha cercato in vari modi di rispecchiare le opinioni e ascoltare le voci degli stessi bambini - per esempio con le indagini sulla ricchezza della famiglia riferita dai bambini, l'esperienza del bullismo, oppure la frequenza della comunicazione con i genitori. L'inclusione della "Percezione e valutazione del proprio benessere" come dimensione a se stante risponde all'intenzione di concentrare l'attenzione direttamente sulla percezione che i bambini hanno del proprio benessere.

Per rappresentare questa dimensione, sono stati scelti tre aspetti: la proporzione di giovani che valutano la propria salute non migliore di "sufficiente" oppure "cattiva", la proporzione di giovani cui "piace molto la scuola" e una misura della soddisfazione generale dei bambini riguardo alla propria vita.

La figura 6.0 riunisce i dati disponibili e mostra che la percezione dei bambini del proprio benessere è nettamente più alta nei Paesi Bassi, in Spagna e in Grecia, e nettamente più bassa in Polonia e Regno Unito. Purtroppo i dati disponibili per gli Stati Uniti non sono sufficienti, e quindi questo paese non è stato incluso in questa sezione.

Percezione della propria salute

Le indagini sulla percezione dei giovani del proprio stato di salute mostrano che in praticamente tutti i paesi OCSE per i quali sono disponibili dati, le ragazze riferiscono livelli inferiori di

Auto-valutazione del proprio stato di salute			
percentuale di adolescenti che valuta la propria salute "sufficiente" oppure "cattiva"			
	11 anni	13 anni	15 anni
Ragazze	15,7	20,8	27,2
Ragazzi	12,1	13,6	16,1

Fonte: *Young People's Health in Context*, Health Behaviour in School-age Children (La salute dei giovani; comportamenti salutari nei bambini in età scolare) (HBSC) rapporto internazionale dell'indagine 2001/2002, OMS, 2004, pagina 57.

salute rispetto ai ragazzi, e che questa differenza va gradualmente aumentando con l'età. Questo dato non sembra variare molto secondo i diversi contesti sociali e culturali nazionali e sembra perciò probabile

che le differenze di genere nella condizione di salute riferita dagli interessati siano collegate alle varie pressioni fisiologiche e psicologiche della pubertà. Le ragazze, per esempio, possono essere portate più dei ragazzi

Figura 6.1 Percentuale di giovani di età 11, 13 e 15 che valutano la propria salute come "sufficiente" o "cattiva"

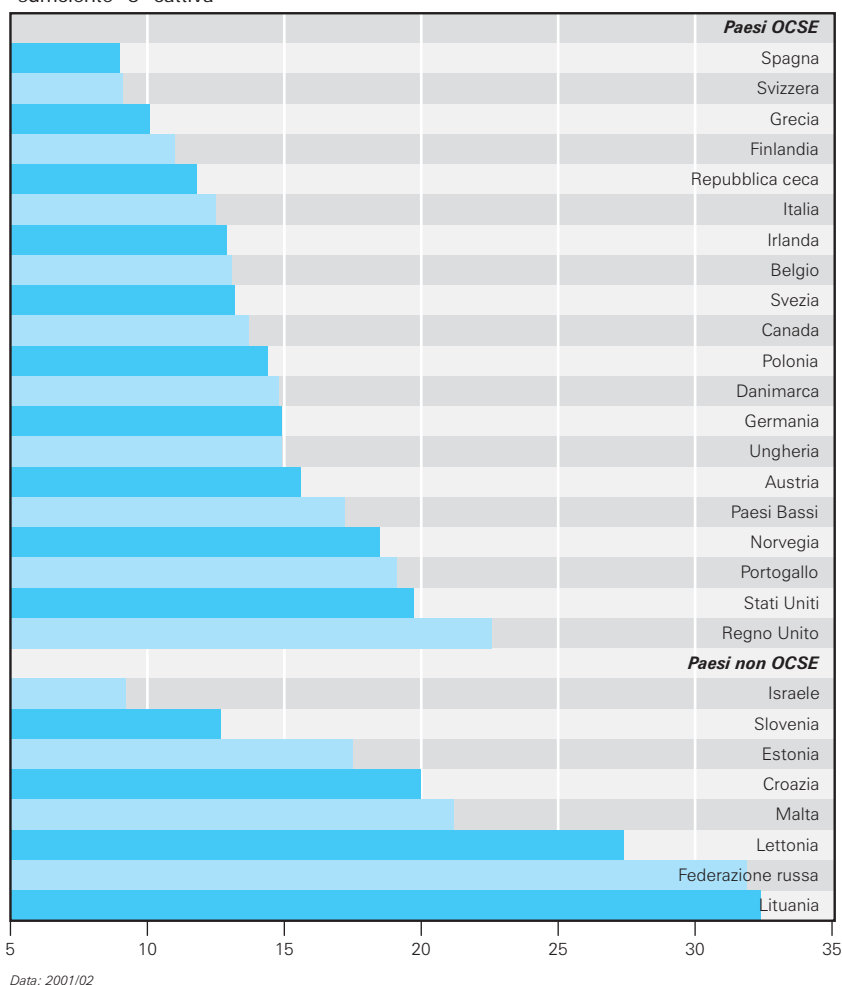
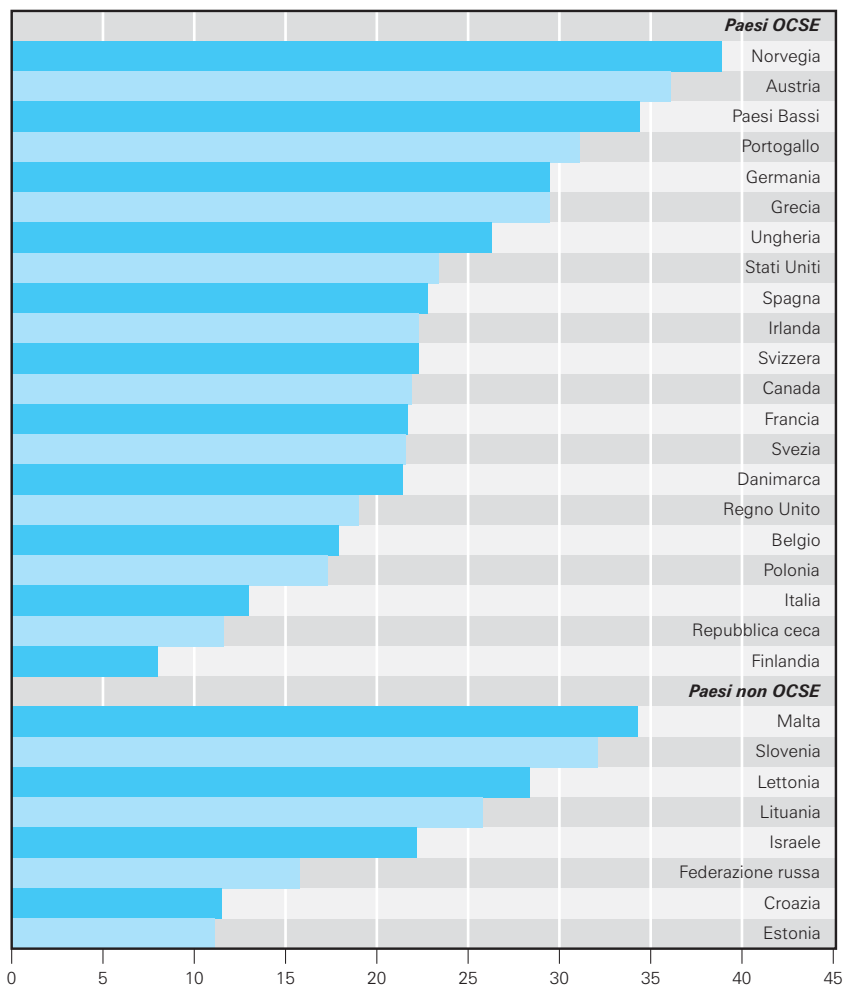


Figura 6.2 Percentuale di studenti di 11, 13 e 15 anni cui "piace molto la scuola"

Data: 2001/02

a preoccuparsi dell'immagine del proprio corpo e ad essere più consapevoli e/o sensibili al proprio stato fisico ed emotivo (e quindi, forse, ad avere una soglia più bassa per lo stato di salute da loro percepito).

La figura 6.1 mostra la percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che in ogni paese ha risposto "sufficiente" oppure "cattiva" alla domanda "Diresti che la tua salute è eccellente, buona, sufficiente oppure cattiva?". In generale, circa l'80 per cento dei giovani considera la propria salute buona oppure ottima in tutti i paesi OCSE fatta eccezione per il Regno Unito.

La scuola

Un'ampia misura della felicità dei giovani durante le vacanze scolastiche è fornita dall'indagine HBSC che ha interrogato gruppi rappresentativi di bambini e adolescenti in 35 paesi su come essi vivono il tempo che trascorrono a scuola. In particolare, l'indagine chiedeva ai bambini di 11, 13 e 15 anni di scegliere una delle

Progressi nella raccolta dei dati per i paesi membri dell'UE

Dal 2004, i 25 paesi dell'Unione europea (UE) hanno iniziato a sviluppare una nuova fonte di dati statistici, nota come *Statistiche della Comunità sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC)*.

L'EU-SILC mira a diventare la fonte di riferimento per le statistiche comparative sulla distribuzione del reddito e le condizioni di vita nell'UE. Una delle principali missioni dell'EU-SILC è il monitoraggio degli indicatori comuni (i cosiddetti *Indicatori di Laeken*) in base ai quali l'UE ha deciso di misurare i propri progressi verso la riduzione della povertà e dell'esclusione sociale.

L'EU-SILC sostituisce quindi il *Panel sulle famiglie della Comunità europea (ECHP)* che è stata la principale fonte di questi dati dal 1994 al 2001 (per i 15 Stati che allora erano membri dell'UE). Concepito per colmare alcune delle riconosciute lacune e debolezze dell'ECHP, l'EU-SILC raccoglie ogni anno dati trasversali alle sezioni, comparabili e aggiornati sul reddito, la povertà, l'esclusione sociale ed altri aspetti delle condizioni di vita, nonché dati longitudinali sul reddito e su di una

limitata serie di indicatori non monetari dell'esclusione sociale.

I primi dati EU-SILC per tutti gli attuali 25 Stati membri dell'UE, con l'aggiunta della Norvegia e dell'Islanda, dovrebbero essere disponibili entro la fine del 2006. I primi dati longitudinali e quadriennali su "coloro che sono soggetti ad un persistente rischio di povertà" saranno disponibili all'inizio del 2010.

Oltre a popolare questi indicatori fondamentali, ogni edizione dell'EU-SILC raccoglie anche dati su di uno specifico tema, a partire dal 2005 con i dati sulla trasmissione intergenerazionale della povertà.

Per ulteriori informazioni sull'EU-SILC e gli Indicatori di Laeken dell'UE, e per un'analisi approfondita dei principali problemi del *Processo di inclusione sociale* dell'UE, vedi E. Marlier, A.B. Atkinson, B. Cantillon e B. Nolan (2006), *The EU and social inclusion: Facing the challenges*, Policy Press, Bristol.

Vedi anche: Bradshaw, J., Hoelscher, P. e Richardson, D. (2007) *An index of child well-being in the European Union*, Journal of Social Indicators Research. 1, 2007.

quattro seguenti possibili descrizioni del loro rapporto con la scuola: “*Mi piace molto, Mi piace abbastanza, Non mi piace molto, Non mi piace per niente*”.

La figura 6.2 mostra quanti hanno risposto “Mi piace molto” e non sono tanti.

I Paesi Bassi e la Norvegia, insieme all’Austria, ancora una volta si trovano in cima alla classifica con oltre un terzo dei propri scolari ai quali “*la scuola piace molto*”. La proporzione scende sotto al 15 per cento in Finlandia, Repubblica ceca e Italia.

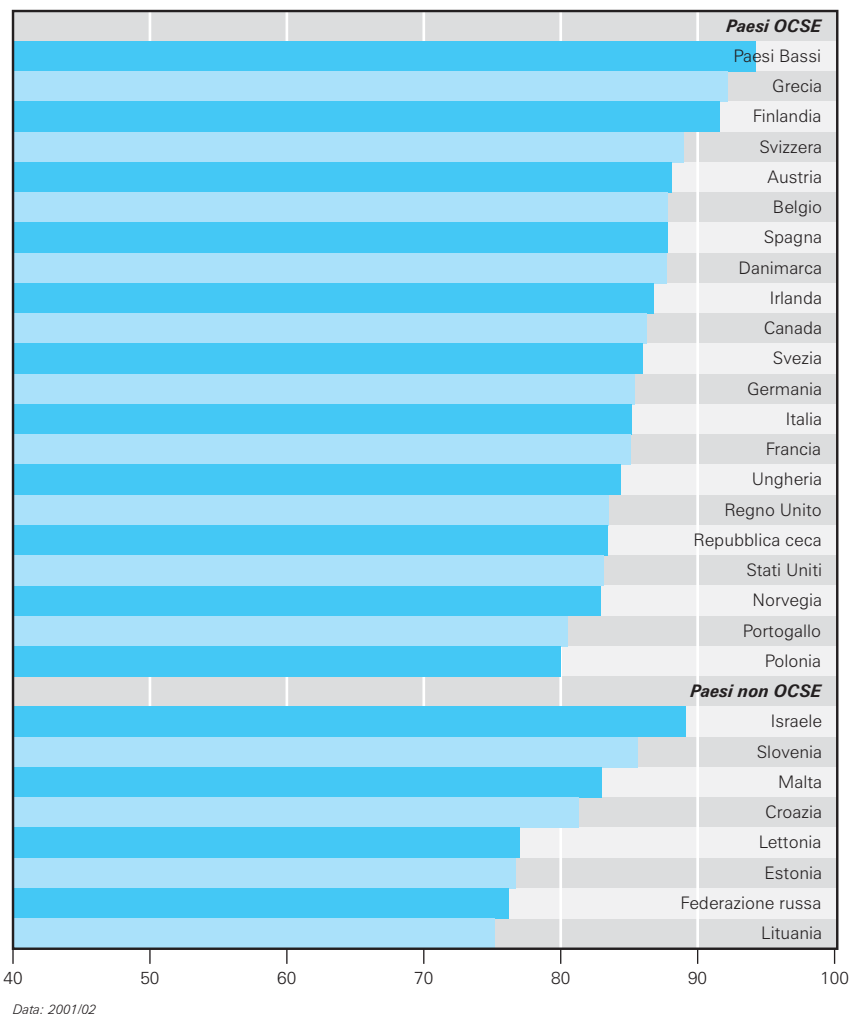
Di nuovo, si tratta di una sintesi che nasconde differenze di genere e di età, con le ragazze che tendono ad andare più volentieri a scuola rispetto ai ragazzi e i bambini più grandi che la frequentano meno volentieri di quelli più piccoli.

Con alcune eccezioni, come nel caso della Finlandia, sembra esistere una relazione positiva tra il fatto di andare volentieri a scuola e il profitto scolastico. Una relazione di rafforzamento reciproco tra i due fattori sembra probabile, del tipo che i giovani che vanno bene a scuola tendono ad andarci volentieri e quelli che ci vanno volentieri tendono anche ad avere un miglior profitto scolastico.

Soddisfazione per la propria vita

Le figure 6.3a e 6.3b cercano di stimare la soddisfazione generale dei

Figura 6.3a Percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni che si considerano al di sopra del livello intermedio nella scala di soddisfazione per la propria vita



bambini rispetto a sé stessi e alla propria vita.

La prima (figura 6.3a) si basa sulle seguenti domande rivolte a bambini di 11, 13 e 15 anni:

“*Questa è l’immagine di una scala. La cima della scala corrisponde a 10 e rappresenta la migliore vita possibile per te, mentre il fondo della scala corrisponde a 0 e rappresenta la peggiore vita possibile per te. In genere, in che punto*

della scala senti di trovarti attualmente? Spunta la casella accanto al numero che meglio descrive la tua posizione.”

Un punteggio di 6 o più è stato considerato come livello positivo di soddisfazione, e la figura 6.3a mostra chiaramente che la grande maggioranza dei giovani che crescono in tutti i paesi OCSE valuta la propria soddisfazione di vita sopra a questo punto centrale della “scala di soddisfazione per la propria vita”.

Nei paesi OCSE in generale c’è una lieve tendenza verso una diminuzione della soddisfazione per la propria vita tra le età di 11 e 15 anni, in particolare per le ragazze.

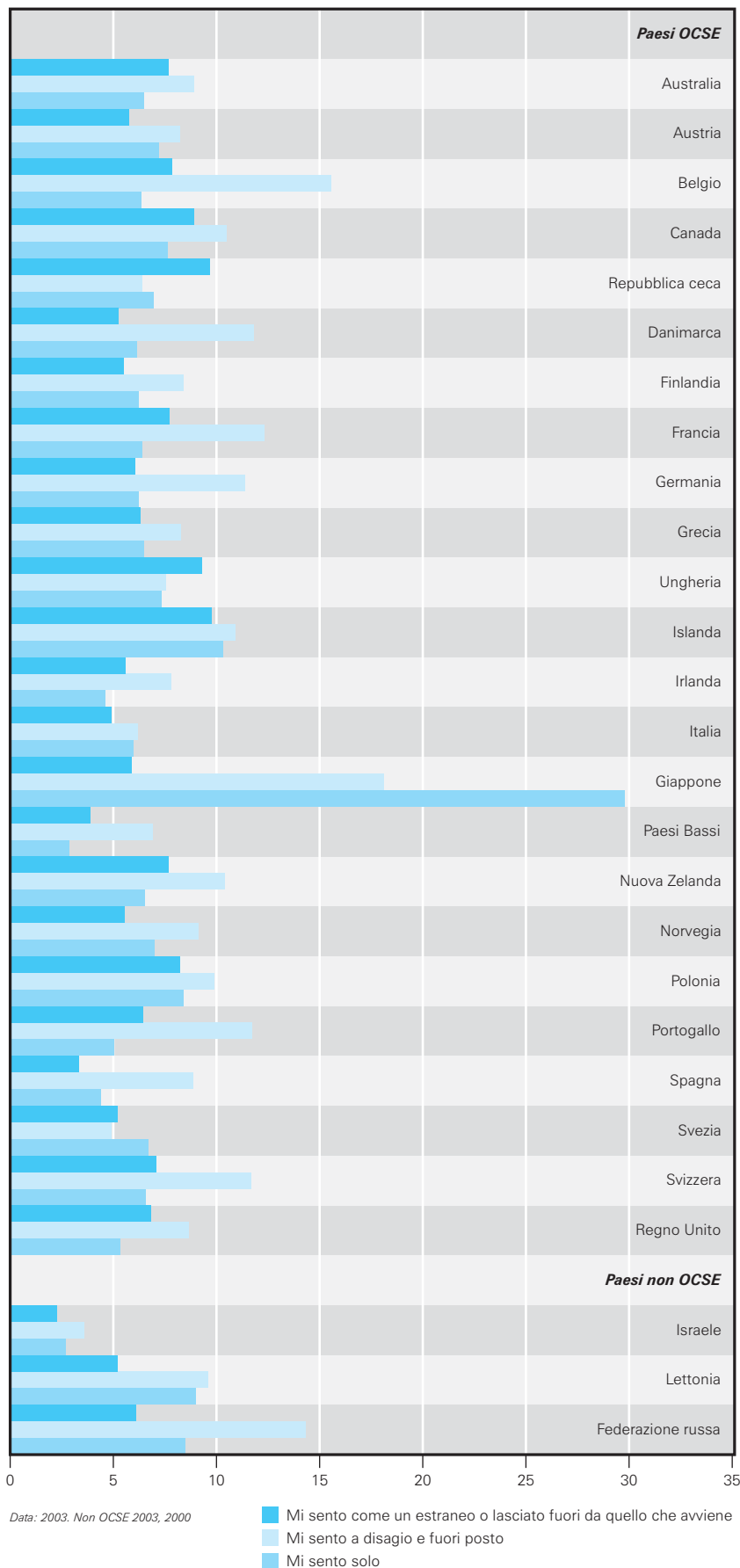
Fuori posto

La figura 6.3b cerca di esplorare gli

'Scala di soddisfazione della vita'			
Percentuale di giovani che si classificano al di sopra del livello intermedio			
	11 anni	13 anni	15 anni
Ragazze	87,1	82,5	77,4
Ragazzi	88,1	86,9	84,5

Fonte: *Young People's Health in Context*, Health Behaviour in School-age Children (La salute dei giovani: studio sui comportamenti salutari nei bambini in età scolastica) (HBSC), Rapporto internazionale sullo studio 2001/2002, OMS, 2004, pagina 57 (nota la tabella riporta i dati non solo dei paesi OCSE, ma di tutti i 35 paesi analizzati nello studio del programma HBSC)

Figura 6.3b Percentuale di quindicenni che confermano specifiche descrizioni negative del proprio benessere



aspetti psicologici e sociali della percezione e valutazione del proprio benessere quali i sentimenti di inadeguatezza, di solitudine e di “non appartenenza”: percezioni dell’esclusione sociale che possono influenzare in maniera significativa la qualità della vita dei giovani. La tabella riunisce i risultati della richiesta rivolta ai giovani di confermare oppure negare le seguenti tre affermazioni riguardo a loro stessi:

- *Mi sento come un estraneo o lasciato fuori da quello che avviene.*
- *Mi sento a disagio e fuori posto.*
- *Mi sento solo.*

In generale, le risposte denotano una notevole coerenza nella maggior parte dei paesi OCSE ed un elevato livello di soddisfazione per la propria vita tra i giovani. Nella maggioranza dei paesi, la proporzione di giovani che hanno confermato queste affermazioni è pari alla parte inferiore della forcella 5-10 per cento. Una proporzione maggiore di bambini ha confermato l’affermazione “*Mi sento a disagio e fuori posto*”, ma anche in questo caso la percentuale di risposte positive ha superato il 10 per cento in solamente 8 su 24 paesi OCSE. Il risultato che colpisce di più è il 30 per cento di giovani giapponesi che ha confermato l’affermazione “*Mi sento solo*”: quasi tre volte di più del dato del paese che segue immediatamente il Giappone nella classifica. Questo risultato può dipendere da una difficoltà di traduzione della domanda in una lingua e cultura diversa oppure da un problema che richiede di essere approfondito, o ancora da tutti e due i casi insieme. ■

CONCLUSIONI

Considerate insieme, le sei dimensioni del benessere dei bambini oggetto della valutazione di quest'analisi rappresentano un significativo passo avanti per la misurazione e la comparazione del benessere dei bambini nei paesi dell'OCSE.

Esiste una relazione significativa tra alcune delle dimensioni scelte. Per esempio, la povertà influenza molti aspetti del benessere dei bambini in molti modi ben documentati: in particolare quando è prolungata, la povertà ha mostrato di avere un probabile effetto sulla salute dei bambini, sul loro sviluppo cognitivo, sul loro rendimento scolastico, sulle loro aspirazioni, percezioni di se stessi, relazioni sociali, comportamenti a rischio e prospettive di lavoro. Altrettanto chiaramente, la povertà economica da sola si rivela una misura inadeguata del benessere generale dei bambini. Un approccio multidimensionale al benessere è necessario per migliorare la comprensione, il monitoraggio e l'efficacia delle politiche.

Una forte tentazione è quella di portare il processo avanti di un altro passo e combinare tutti i punteggi di tutti i paesi e di tutte le dimensioni in un'unica classifica generale del benessere dei bambini. A parte l'indicazione della posizione dei vari paesi in base al loro punteggio medio (pagina 2), si è resistito a questa tentazione. In parte, questo è dovuto alla volontà di mantenere la trasparenza ed evitare di fare eccessivo affidamento su dati limitati: gli indicatori compositi, di cui quest'analisi fa abbondante

impiego, devono essere il più trasparente possibile sia per mantenere aperto il dibattito che per evitare di attribuire eccessiva autorità a dati che non hanno sufficiente solidità per averla. Ma in parte, c'è anche da considerare che ridurre il rapporto ad un unico punteggio o numero sarebbe in contrasto con la convinzione che il benessere dei bambini è una questione che possiede molte dimensioni e che richiede una vasta gamma di risposte politiche. Alcune volte, il tutto può essere meno della somma delle sue parti.

Questa prima analisi multidimensionale è da considerare come un'opera in divenire, che ha l'esigenza di migliorare le definizioni e i dati. Ma nel corso del processo è facile perdersi nei dati e perdere di vista quello che cerchiamo di registrare. Quando cerchiamo di misurare il benessere dei bambini, quello che veramente vogliamo sapere è se i bambini abbiano adeguati vestiti e alloggi, se siano nutriti e protetti, se le condizioni della loro vita siano tali da consentire loro di diventare quello che hanno la potenzialità di essere, oppure se sono invece svantaggiati in modi che rendono loro impossibile partecipare pienamente alla vita e alle opportunità che il mondo offre. Soprattutto, vogliamo sapere se i bambini si sentono amati, accolti, speciali e sostenuti nella famiglia e nella loro comunità, e se la famiglia e la comunità siano sostenute in questo compito dalle politiche e dalle risorse pubbliche.

Le misure impiegate in questo rapporto non sono sufficienti a farci conoscere questi aspetti dettagliati.

Dei risultati che sono stati registrati e calcolati in media possono creare un'impressione di precisione, ma in realtà sono l'equivalente del tentativo di riprodurre una grande e complessa catena montuosa con forme geometriche relativamente semplici. In aggiunta, il processo della comparazione internazionale dei dati non può mai essere considerato esente dagli interrogativi legati alle difficoltà di traduzione, alle diversità culturali e di tradizioni.

Tuttavia, un primo passo è stato fatto.

Ogni famiglia nei paesi OCSE è oggi consapevole che l'infanzia sta cambiando sotto la pressione di forze che non vanno necessariamente nella direzione del miglior interesse del fanciullo. Allo stesso tempo, un vasto pubblico nei paesi OCSE sta acquistando sempre maggiore consapevolezza del fatto che molti dei corrosivi problemi sociali che deteriorano la qualità della vita hanno le loro radici nel cambiamento del mondo dell'infanzia. Molti perciò sentono che è ormai venuto il momento di cercare di riconquistare un certo grado di comprensione, controllo e direzione su quanto sta avvenendo ai nostri bambini nei loro anni più vitali e vulnerabili.

Il processo inizia con la misurazione e l'osservazione. Ed è con l'intento di dare un contributo a questo processo che il *Centro di Ricerca Innocenti* ha pubblicato questo primo tentativo di analisi multidimensionale del benessere dei bambini nei paesi dell'OCSE.

Riferimenti essenziali

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia

La scelta degli indicatori per questa valutazione del benessere dei bambini nei paesi OCSE è pesantemente limitata dalla scarsa disponibilità di dati comparabili a livello internazionale. Tuttavia la selezione e l'impiego dei dati che sono disponibili rispecchia una concezione del benessere dei bambini che è necessario illustrare.

Il punto di partenza è costituito dalla *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, alla quale praticamente tutti i paesi hanno aderito.

Nonostante l'universalità del suo status, la *Convenzione* ammette che i diritti economici, sociali e culturali del bambino devono essere messi in atto in maniera progressiva, tenendo in considerazione lo specifico contesto di ogni paese. Il diritto ad *"un adeguato livello di vita"* (articolo 27) oppure al *"miglior stato di salute possibile"* (articolo 24), per esempio, rimanda a definizioni nazionali e dipende dalle risorse e dall'impegno della società in cui vive il bambino.

Concentrando l'attenzione sul benessere dei bambini nel gruppo dei paesi economicamente sviluppati, la presente *Report Card* riesce a dare un certo grado d'espressione pratica a questo ideale: non si può affermare che un paese garantisce ai propri bambini il *"miglior livello possibile di assistenza sanitaria"* oppure che investe in favore dei propri bambini *"il massimo delle risorse disponibili"* se i bambini non godono della priorità nella programmazione nazionale e se altri paesi con un livello simile di sviluppo economico dimostrano di ottenere livelli più elevati di assistenza sanitaria e investono più risorse a vantaggio dell'infanzia.

Purtroppo, l'assenza di dati comparabili a livello internazionale ha impedito a quest'analisi di affrontare adeguatamente alcune importanti dimensioni della vita dei bambini. In generale, i dati internazionalmente comparabili tendono a registrare la situazione dei bambini che vivono in casa e che frequentano la scuola ufficiale, mentre la *Convenzione* prevede che una particolare attenzione sia dedicata ai bambini esclusi e svantaggiati come quelli che hanno una disabilità, che sono profughi, che appartengono ad una minoranza etnica, a famiglie di immigrati, e quelli affidati alle istituzioni.

Da altri punti di vista, invece, il rapporto riesce a seguire più da vicino la strada tracciata dalla *Convenzione*: per esempio, ponendo l'enfasi sull'importanza di crescere in

un ambiente familiare sereno e amorevole, sul diritto del bambino ad un adeguato livello di vita, di sicurezza sociale, e ad un equo accesso alle opportunità dell'istruzione. Inoltre, il rapporto cerca di riflettere la posizione della *Convenzione* che afferma che i diritti dei bambini sono importanti sia in sé che come essenziale investimento per il futuro di una società.

Infine, prendendo atto del diritto del bambino ad essere ascoltato, il rapporto include nell'analisi una dimensione fondata unicamente sulla auto percezione del benessere da parte degli stessi bambini.

Le misurazioni nazionali

La presente analisi fa anche uso delle misure multidimensionali del benessere del bambino che sono state sviluppate per la prima volta da governi, organizzazioni non governative e istituzioni accademiche dei singoli paesi. Negli Stati Uniti, per esempio, esiste da oltre trenta anni un indice composito del benessere dei bambini, aggiornato annualmente. Raggruppando 28 indicatori in sette categorie (benessere materiale, salute, problemi di sicurezza/comportamentali, attività produttiva, posto nella comunità, relazioni sociali e benessere emozionale/spirituale), l'indice consente di fare comparazioni tra gli stati federali USA, anche se naturalmente non con altri paesi.

Anche il governo del Regno Unito ha sviluppato un proprio sistema di misurazione e monitoraggio del benessere dei bambini. Concepito principalmente come strumento di valutazione dell'operato dei vari ministeri, il sistema impiega 25 diversi indicatori raccolti in cinque imperativi: *Vivi sano; Non farti male; Sii felice e attivo; Dai un contributo positivo; Raggiungi il benessere economico*. Questa impostazione è accentrata sulla positività mettendo in risalto diritti e responsabilità dei bambini e delle famiglie. Una dettagliata analisi indipendente del benessere dei bambini nel Regno Unito è stata pubblicata anche dalla ONG *Save the Children**.

Una simile sintesi è stata sviluppata negli anni novanta anche nella Repubblica irlandese, con la partecipazione dei bambini alla scelta dei 42 indicatori utilizzati.

In generale, i beni materiali e le attività del tempo libero non sono state considerate le principali priorità dai bambini. I rapporti con la famiglia sono stati considerati come il più importante fattore determinante del benessere,

seguito dagli amici, dalla scuola e dagli animali domestici (il fatto che la "salute e sicurezza" non abbia ottenuto una priorità elevata da parte dei bambini mostra che nella selezione degli indicatori esiste ancora un margine utile di contributo da parte degli adulti).

Attività per sviluppare indicatori multidimensionali sono in corso anche in Austria, Francia e Germania (dove gli indicatori sono basati sul concetto di *Lebenslage*, con il concetto di benessere dei bambini definito secondo la possibilità di sviluppo degli interessi e delle capacità di ogni bambino). Anche l'UNICEF ha sostenuto sforzi volti a sviluppare indicatori multidimensionali del benessere dei bambini, non solo nei paesi più poveri del mondo ma anche in Ecuador, Argentina e Messico (un paese OCSE che, se fossero stati disponibili dati comparabili a livello internazionale, sarebbe stato incluso in questa *Report Card*).

La misurazione internazionale

Il monitoraggio e la comparazione del benessere dei bambini presenta difficoltà legate ai dati ancora maggiori quando, come nel presente rapporto, si ha a che fare con la comparazione internazionale. Però lentamente ciò sta cambiando. Le indagini HBSC e PISA, qui più volte citate (vedi il relativo riquadro) hanno dato un enorme contributo alle nostre conoscenze sul benessere dei bambini e su quello che in pratica costituisce "il miglior livello possibile" in settori quali l'assistenza sanitaria e l'istruzione.

In aggiunta a queste attività, un gruppo internazionale di esperti provenienti da diverse discipline accademiche ha lanciato il *Multi-National Project for Monitoring and Measuring Children's Well-Being* [Progetto multinazionale per il monitoraggio e la misurazione del benessere dei bambini] (<http://multinationalindicators.chapinhall.org>). Quest'iniziativa è nata in parte come risposta al rapporto *Progress of Nations* [Progresso delle nazioni] dell'UNICEF, che cercava di monitorare il benessere dei bambini nei paesi in via di sviluppo sulla base di parametri di base quali i tassi di malnutrizione, di vaccinazione e di frequenza nella scuola primaria. Ma nel caso di paesi nei quali le necessità fisiche più basilari sono soddisfatte in larga misura, queste misure sono risultate di limitata rilevanza e ciò ha stimolato una ricerca di metodi e strumenti per monitorare i progressi "oltre alle esigenze di base". Dopo un dibattito iniziale alla fine degli anni novanta, una seconda fase di attività

si è concentrata su di un protocollo scientifico per la raccolta di dati sul benessere dei bambini e sulla costruzione di una rete di ricercatori per collaborare alla raccolta e alla diffusione dei dati necessari. I partecipanti a questo progetto hanno concordato circa 50 indicatori, riuniti in cinque settori (sicurezza e condizione fisica, vita personale, vita civica, risorse e contributi economici dei bambini, attività dei bambini). Dopo oltre un decennio di attività il progetto ha infine portato nel 2006 alla creazione di una *International Society for Child Indicators (ISCI)*. Lo scopo di questa Società internazionale per gli indicatori sull'infanzia è sviluppare una rete dedicata a migliorare la misurazione, la raccolta dei dati, l'analisi, e la diffusione delle informazioni sulla condizione dei bambini. L'ISCI mira inoltre a migliorare le capacità dei paesi nelle fasi iniziali della definizione di indicatori del benessere dei bambini, e a rafforzare i rapporti tra la misurazione, l'analisi e le politiche.

Le sei dimensioni

L'analisi del benessere dei bambini presentata in questa *Report Card* ha tratto informazioni ed insegnamenti da tutte queste esperienze (che naturalmente hanno molto in comune tra loro).

In pratica, i dati utili per degli "indicatori ideali" sui vari aspetti del benessere dei bambini spesso non erano disponibili (o non disponibili per una comparazione internazionale). In casi del genere, si è deciso di procedere utilizzando i migliori dati disponibili per i paesi in esame.

Il risultato è un'analisi che, nonostante le riconosciute lacune e inadeguatezze, rappresenta un significativo miglioramento rispetto a qualunque altra valutazione internazionale attualmente disponibile del benessere generale dei bambini.

La *Report Card* mira a rendere il più possibile trasparente il metodo con cui ognuna delle dimensioni è stata valutata. Ulteriori informazioni e documenti preparatori, compresi i riferimenti ai dati grezzi utilizzati, sono disponibili sul sito web del Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF all'indirizzo www.unicef.org/irc.

*Bradshaw, J. e Mayhew, E. (a cura di) (2005) *The well-being of children in the UK* [Il benessere dei bambini nel Regno Unito], Save the Children, Londra.

Dimensioni	Benessere materiale					Salute e sicurezza				
Aspetti	Povertà infantile di reddito	Privazione			Lavoro	Salute alla nascita		Vaccinazione		
Indicatori / Paesi	Percentuale di bambini (0-17 anni) che vivono in famiglie con reddito equivalente inferiore al 50 per cento della mediana nazionale	Percentuale di bambini di 11, 13 e 15 anni che affermano che la propria famiglia ha scarse ricchezze	Percentuale di quindicenni che affermano di avere a disposizione meno di sei risorse per l'istruzione: 2003	Percentuale di quindicenni che affermano di avere in casa meno di 10 libri: 2003	Percentuale di famiglie con adulti in età lavorativa dove vivono bambini senza genitori che lavorano - OCSE: dati più recenti	Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi): dati più recenti	Tasso di basso peso alla nascita (percentuale di nati di meno di 2.500 grammi di peso): dati più recenti	Morbillo: percentuale di bambini vaccinati di età 12-23 mesi: 2003	DPT3: percentuale di bambini vaccinati di età 12-23 mesi: 2002	Poliomielite 3: percentuale di bambini vaccinati di età 12-23 mesi: 2002
Australia	11,6		16,4	4,9	9,5	4,8	6,4	93	93	93
Austria	13,3	16,8	16,7	9,3	2,1	4,5	7,1	79	83	82
Belgio	6,7	16,9	21,0	11,7	4,0	4,3	6,5	75	90	95
Canada	13,6	10,7	21,9	6,4	3,0	5,4	5,8	95	91	89
Repubblica ceca	7,2	40,2	27,8	1,9	7,2	3,9	6,6	99	98	97
Danimarca	2,4	13,5	27,2	7,4	4,1	4,4	5,5	96	98	98
Finlandia	3,4	17,8	20,5	5,1	3,1	3,1	4,1	97	98	95
Francia	7,3	16,1	25,4	9,1	6,2	3,9	6,6	86	97	98
Germania	10,9	16,4	17,6	6,9	8,8	4,2	6,8	92	89	95
Grecia	12,4	28,7	61,8	7,2	2,4	4,8	8,3	88	88	87
Ungheria	13,1	38,7	44,1	4,1	11,3	7,3	8,7	99	99	99
Islanda			8,4	3,3		2,4	3,1	93	95	91
Irlanda	15,7	20,7	31,0	10,4	6,9	5,1	4,9	78	85	84
Italia	15,7		25,8	9,0	3,8	4,3	6,5	83	96	96
Giappone	14,3		53,3	9,8	0,4	3,0	9,1	99	96	81
Paesi Bassi	9,0	9,0	18,3	12,6	5,7	4,8	5,4	96	98	98
Nuova Zelanda	14,6		21,9	6,1	7,1	5,6	6,1	85	90	82
Norvegia	3,6	5,8	11,9	4,6	4,6	3,4	4,9	84	91	91
Polonia	14,5	43,1	42,5	8,4	9,3	7,0	5,9	97	99	98
Portogallo	15,6	28,9	33,9	12,9	1,7	4,1	7,4	96	98	96
Spagna	15,6	22,4	24,7	4,4	4,2	4,1	6,8	97	96	96
Svezia	3,6	9,2	18,2	4,5	2,7	3,1	4,5	94	98	99
Svizzera	6,8	13,1	22,7	10,9	1,8	4,3	6,5	82	95	94
Regno Unito	16,2	15,3	20,1	9,4	7,9	5,3	7,6	80	91	91
Stati Uniti	21,7	13,1	24,2	12,2	2,3	7,0	7,9	93	94	90
Media	11,2	19,8	27,0	7,9	5,0	4,6	6,4	90	94	93
Deviazione standard	5,1	10,7	12,2	3,1	2,9	1,2	1,4	8	5	6
Inversione di segno*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Paesi non OCSE										
Croazia		43,5				6,0	6,0	95	95	95
Estonia		40,1				8,0	4,0	95	97	98
Israele		27,5	13,1	8,8	5,0	5,0	8,0	95	97	93
Lettonia		55,9	58,4	3,3		10,0	5,0	99	97	98
Lituania		53,1				8,0	4,0	98	95	97
Malta		43,1				5,0	6,0	90	95	95
Federazione russa		58,3	72,7	4,4		16,0	6,0	96	96	97
Slovenia		20,5				4,0	6,0	94	92	93

Il corsivo indica i dati che non sono stati usati nella corrispondente classifica perché non erano disponibili altri dati rilevanti per quell'aspetto.

* Per aggregare in un unico indice gli "z scores" degli indicatori che si riferiscono ad aspetti "negativi" del benessere (come la mortalità infantile o la povertà) e ad aspetti "positivi" (come la vaccinazione o il rendimento scolastico) gli "z scores" dei primi sono stati cambiati di segno (vale a dire moltiplicati per -1)

Mortalità infantile	Benessere nel sistema scolastico						Relazioni con la famiglia e con i coetanei			Dimensioni
	Rendimento scolastico			Partecipazione	Aspirazioni		Struttura della famiglia		Relazioni con la famiglia	Aspetti
Morti dovute ad incidenti o lesioni su 100.000 individui di età inferiore ai 19 anni, media degli ultimi tre anni disponibili	Rendimento nella capacità di lettura all'età di 15 anni: 2003	Rendimento nelle capacità matematiche all'età di 15 anni: 2003	Rendimento nelle capacità di scienze all'età di 15 anni: 2003	Studenti (15-19 anni) a tempo pieno e parziale in istituzioni scolastiche pubbliche e private in percentuale sulla popolazione di 15-19 anni: 2003	Percentuale di adolescenti di 15-19 anni che non studiano né lavorano: 2003	Percentuale di scolari di 15 anni che aspirano a un'occupazione a basso livello di qualificazione: 2003	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che vivono in famiglie composte da un unico genitore: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che vivono in famiglie acquisite: 2001	Percentuale di quindicenni che consumano il pasto principale della giornata insieme ai genitori più di una volta alla settimana: 2000	Indicatori / Paesi
15,1	525	524	525	82,1	6,8	24,6			69,9	Australia
15,0	491	506	491	77,3	10,2	33,1	12,5	7,5	68,2	Austria
15,1	507	529	509	93,9	7,1	19,1	9,2	8,1	89,7	Belgio
14,8	528	532	519		6,7	22,0	14,6	10,5	71,8	Canada
18,7	489	516	523	90,1	5,8	39,3	13,4	12,2	72,9	Repubblica ceca
	492	514	475	84,7	3,0	21,9	16,5	13,5	85,6	Danimarca
14,9	543	544	548	86,0	9,8	27,3	14,6	11,0	59,8	Finlandia
12,5	496	511	511	87,2	14,0	41,2	11,0	9,7	90,4	Francia
13,4	491	503	502	89,0	4,7	34,1	12,8	9,2	81,5	Germania
13,5	472	445	481	82,6	9,3	18,3	7,5	1,2	69,6	Grecia
16,1	482	490	503	83,4	6,8	30,7	13,4	7,0	74,7	Ungheria
11,6	492	515	495	83,0	4,3	32,9			90,8	Islanda
15,0	515	503	505	84,4	5,2	24,2	10,3	3,5	77,1	Irlanda
9,2	476	466	486	77,8	10,5	25,1	7,0	2,2	93,8	Italia
12,8	498	534	548			50,3			85,6	Giappone
9,0	513	538	524	84,9	4,6	34,0	10,7	6,1	90,0	Paesi Bassi
23,1	522	523	521	67,0		24,5			64,4	Nuova Zelanda
13,0	500	495	484	85,3	2,7	29,8	16,2	12,5	87,3	Norvegia
18,3	497	490	498	88,2	3,3	17,1	10,2	2,4	78,4	Polonia
19,9	478	466	468	70,9	8,8	18,5	9,8	5,8	86,2	Portogallo
12,1	481	485	487	78,5	7,3	25,3	9,1	3,0	83,4	Spagna
7,6	514	509	506	86,8	4,2	28,7	16,8	12,7	84,1	Svezia
12,3	499	527	513	83,1	8,0	39,7	12,5	6,7	89,9	Svizzera
8,4	507	508	518	75,9	9,4	35,3	16,9	14,5	66,7	Regno Unito
22,9	495	483	491	75,4	7,0	14,4	20,8	16,0	65,7	Stati Uniti
14,3	500	505	504	82,5	6,9	27,5	12,7	8,3	79,4	Media
4,1	18	24	19	6,3	2,8	7,6	3,5	4,4	9,8	Deviazione standard
SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	Inversione di segno*
										Paesi non OCSE
17,7							7,4	2,8		Croazia
39,4							17,7	8,8		Estonia
60,0	452	433	434	65,6	25,2	35,2	9,3	3,9	58,3	Israele
43,3	491	483	489			23,5	18,6	9,0	82,9	Lettonia
31,7							13,5	6,8		Lituania
7,3							4,8	1,7		Malta
56,1	442	468	489	29,3		30,5	16,9	6,8	90,6	Federazione russa
23,3							8,7	3,8		Slovenia

Dimensioni	Rapporti con la famiglia e con i coetanei		Comportamenti e rischi							
Aspetti	Rapporti con la famiglia	Rapporti con i coetanei	Comportamenti a rischio						Esperienze di violenza	
Indicatori / Paesi	Percentuale di studenti quindicenni i cui genitori dedicano del tempo per semplicemente parlare con loro più volte alla settimana: 2000	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che trovano i loro coetanei "gentili e disponibili": 2001	Percentuale di 11, 13 e 15 anni che fuma sigarette almeno una volta la settimana: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che si sono ubriacati due o più volte: 2001	Percentuale di quindicenni che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: 2001	Tasso di fertilità delle adolescenti nascite per 1.000 donne di 15-19 anni: 2003	Percentuale di quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali: 2001	Percentuale di quindicenni che hanno utilizzato un preservativo nel loro ultimo rapporto sessuale: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che sono stati coinvolti in scontri fisici nei precedenti 12 mesi: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che sono stati vittime di atti di bullismo almeno una volta negli ultimi 2 mesi: 2001
Australia	57,3					18,0				
Austria	47,1	77,2	13,2	15,1	11,7	22,0	20,6	81,9	38,9	44,0
Belgio	55,1	70,1	10,6	14,5	21,8	11,0	25,0	70,5	44,5	30,1
Canada	46,9	64,0	7,5	19,8	40,4	20,0	24,4	75,8	35,8	37,2
Repubblica ceca	72,0	43,4	14,3	14,7	27,1	23,0	18,3		47,9	16,1
Danimarca	71,2	73,4	8,2	20,1	21,3	8,0			38,4	31,3
Finlandia	78,8	70,4	14,0	24,7	7,5	10,0	28,1	65,6	25,1	23,9
Francia	63,9	53,7	11,5	8,0	27,5	10,0	22,2	82,0	37,5	35,1
Germania	42,5	76,1	16,4	17,7	18,5	14,0	28,0	70,0	28,1	36,5
Grecia	58,1	60,2	6,1	10,0	4,2	17,0	21,6	86,9	44,3	24,5
Ungheria	90,2	64,9	12,6	16,4	12,4	27,0	21,0	78,2	48,0	23,0
Islanda	43,9									
Irlanda	62,0	67,0	9,6	13,8	20,0	15,0			39,8	26,1
Italia	87,2	55,1	10,9	9,7	20,5	8,0	23,9		38,2	27,3
Giappone	60,2					4,0				
Paesi Bassi	70,6	73,2	10,7	12,9	21,6	5,0	22,9	77,9	36,3	29,4
Nuova Zelanda	57,9					30,0				
Norvegia	64,0	74,3	10,1	15,6		10,0			36,9	32,3
Polonia	49,7	60,2	11,2	15,2	15,1	16,0	15,1	73,0	38,7	30,2
Portogallo	70,6	80,0	12,5	12,6	19,7	23,0	25,3	73,2	35,2	48,5
Spagna	60,2	59,2	12,8	10,2	30,8	9,0	16,4	89,1	40,4	26,0
Svezia	51,6	76,7	7,0	16,1	4,7	9,0	28,1	65,3	34,8	15,0
Svizzera	48,6	81,4	11,0	13,6	37,8	5,0	22,9	80,7	31,2	40,5
Regno Unito	60,5	43,3	13,1	30,8	34,9	28,0	38,1	70,2	43,9	35,8
Stati Uniti	67,9	53,4	7,3	11,6	31,4	46,0			36,1	33,9
Media	62,8	65,6	11,0	15,4	21,4	16,0	23,6	76,0	38,1	31,0
Deviazione standard	13,1	11,3	2,7	5,2	10,4	9,8	5,3	7,2	5,8	8,2
Inversione di segno*	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Paesi non OCSE										
Croazia		72,5	9,7	13,6	14,3	18,0	16,5	74,2	37,7	24,5
Estonia		57,5	12,4	23,9	14,4	28,0	18,0	73,2	47,6	44,2
Israele	36,9	63,9	8,4	9,3	7,0	23,0	21,1	81,5	39,3	35,8
Lettonia	63,7	54,4	12,5	16,5	8,0	32,0	18,0	79,2	40,3	48,4
Lituania		51,7	12,2	24,7	6,0	33,0	18,6	76,3	49,0	64,3
Malta		69,2	10,0	10,7	6,0				41,5	24,1
Federazione russa	78,4	45,6	12,5	19,4	8,8	46,0	28,7		43,3	37,7
Slovenia		74,3	12,0	18,2	24,4	9,0	26,2	74,0	40,5	21,9

Il corsivo indica i dati che non sono stati usati nella corrispondente classifica perché non erano disponibili altri dati rilevanti per quell'aspetto.

* Per aggregare in un unico indice gli "z scores" degli indicatori che si riferiscono ad aspetti "negativi" del benessere (come la mortalità infantile o la povertà) e ad aspetti "positivi" (come la vaccinazione o il rendimento scolastico) gli "z scores" dei primi sono stati cambiati di segno (vale a dire moltiplicati per -1)

				Percezione e valutazione del proprio benessere						Dimensioni
Comportamenti benefici per la salute				Salute	Benessere personale				Benessere nel sistema scolastico	Aspetti
Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che mangiano frutta tutti i giorni: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che fanno colazione ogni giorno di scuola: 2001	Numero medio di giorni nei quali gli adolescenti di 11, 13 e 15 anni hanno svolto attività fisica per un'ora o più nella settimana precedente o tipica: 2001	Percentuale di adolescenti di 13 e 15 anni che sono sovrappeso secondo il BML: 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che valuta la propria salute "sufficiente" oppure "cattiva": 2001	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che ha un punteggio superiore alla metà della scala di soddisfazione della vita: 2001	Percentuale di studenti quindicenni che concordano con l'affermazione "Mi sento un estraneo o lasciato fuori da quello che avviene": 2003	Percentuale di studenti quindicenni che concordano con l'affermazione "Mi sento a disagio e fuori posto": 2003	Percentuale di studenti quindicenni che concordano con l'affermazione "Mi sento solo": 2003	Percentuale di adolescenti di 11, 13 e 15 anni ai quali "la scuola piace molto": 2001	Indicatori / Paesi
						7,7	8,9	6,5		Australia
37,4	57,4	4,2	11,9	15,6	88,1	5,8	8,2	7,2	36,1	Austria
26,2	74,6	3,1	10,4	13,1	87,8	7,9	15,6	6,4	17,9	Belgio
37,3	58,2	4,4	19,5	13,7	86,3	8,9	10,5	7,6	21,9	Canada
42,2	51,8	4,3	9,4	11,8	83,4	9,7	6,4	7,0	11,6	Repubblica ceca
31,9	72,8	3,8	10,3	14,8	87,7	5,3	11,8	6,2	21,4	Danimarca
21,5	67,5	3,8	13,3	11,0	91,6	5,5	8,4	6,2	8,0	Finlandia
34,2	71,4	3,1	11,2		85,1	7,7	12,3	6,4	21,7	Francia
42,4	67,0	3,6	11,3	14,9	85,4	6,1	11,4	6,2	29,5	Germania
38,1	45,6	3,9	16,0	10,1	92,2	6,3	8,3	6,5	29,5	Grecia
31,3	53,4	3,7	12,8	14,9	84,4	9,3	7,6	7,3	26,3	Ungheria
						9,8	10,9	10,3		Islanda
32,6	71,8	4,5	12,1	12,9	86,8	5,6	7,8	4,6	22,3	Irlanda
38,4	62,4	3,5	15,2	12,5	85,2	4,9	6,2	6,0	13,0	Italia
						5,9	18,1	29,8		Giappone
28,1	78,0	4,1	7,6	17,2	94,2	3,9	6,9	2,9	34,4	Paesi Bassi
						7,7	10,4	6,6		Nuova Zelanda
29,1	69,3	3,5	11,8	18,5	82,9	5,6	9,1	7,0	38,9	Norvegia
46,1	69,0	4,0	7,1	14,4	80,0	8,2	9,9	8,4	17,3	Polonia
47,8	80,8	3,4	14,3	19,1	80,5	6,4	11,7	5,0	31,1	Portogallo
36,6	72,2	3,8	16,9	9,0	87,8	3,3	8,9	4,4	22,8	Spagna
26,7	73,4	3,9	10,4	13,2	86,0	5,2	4,9	6,7	21,6	Svezia
35,5	53,5	3,9	8,5	9,1	89,0	7,1	11,7	6,6	22,3	Svizzera
26,7	56,1	4,2	15,8	22,6	83,5	6,8	8,7	5,4	19,0	Regno Unito
27,7	47,2	4,4	25,1	19,8	83,1				23,4	Stati Uniti
34,2	64,4	3,9	12,9	14,1	85,8	6,7	9,8	7,4	23,3	Media
7,0	10,4	0,4	4,2	3,5	4,5	1,7	3,0	5,0	8,1	Deviazione standard
NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Inversione di segno*
										Paesi non OCSE
35,0	69,9	3,8	10,4	20,0	81,3				11,5	Croazia
20,1	73,7	3,5	7,1	17,5	76,7				11,1	Estonia
51,2	40,1	3,5	11,3	9,2	89,1	2,3	3,6	2,7	22,2	Israele
23,8	74,8	3,8	6,0	27,4	77,0	5,2	9,6	9,0	28,4	Lettonia
22,3	72,0	4,3	4,4	32,4	75,2				25,8	Lituania
47,1	52,2	3,7	25,5	21,2	83,0				34,3	Malta
27,0	68,8	3,7	5,2	31,9	76,2	6,1	14,3	8,5	15,8	Federazione russa
38,5	39,2	4,2	13,4	12,7	85,6				32,1	Slovenia

NOTE

1 La posizione degli Stati Uniti nella classifica generale è determinata dalla posizione media di questo paese in relazione a solo cinque dei sei indicatori. Questo perché per la categoria "Percezione e valutazione del proprio benessere" non sono disponibili dati sufficienti.

2 Vedi comunque la *Report Card Innocenti n. 5*, settembre 2003, che cercava di affrontare proprio questo tema.

3 Si tratta della stessa misura impiegata nella *Report Card Innocenti n. 6: Povertà infantile nei paesi ricchi 2005*. (Le fonti possono differire poiché qui i dati sono stati aggiornati).

4 Da notare che oltre il 90 per cento dei giovani in Europa settentrionale e occidentale ha una propria camera da letto.

5 I paesi che hanno una sistematica diagnostica prenatale per le forme più gravi di disabilità e che prevedono la possibilità di abortire, tendono ad avere tassi di mortalità

infantile più bassi. Anche gli interventi nazionali per lottare contro la sindrome della morte improvvisa dei lattanti possono far scendere i tassi di mortalità infantile.

6 La validità del basso peso alla nascita come indicatore della salute dei lattanti e dei bambini in società diverse è soggetta ad alcune limitazioni. Per esempio, il basso peso alla nascita è più frequente in alcuni gruppi etnici e nei parti multipli (spesso associati con la fecondazione in vitro).

7 L'idea diffusa e fuorviante che associa il vaccino MMR all'autismo può influenzare la validità dei livelli di vaccinazione contro il morbillo come indicatore dell'efficacia del servizio sanitario. Questo perché la ridotta diffusione del vaccino in alcuni paesi può essere il riflesso dell'allarme suscitato presso i genitori piuttosto che un'indicazione di inadeguatezza della copertura.

8 *Report Card Innocenti n. 2* (2001) pagina 2.

9 *Report Card Innocenti n. 2* (2001) pagina 2.

10 *Report Card Innocenti n. 2* (2001).

11 Utilizzando le Parità di potere di acquisto.

12 *Report Card Innocenti n. 4*, novembre 2002, ref. 3, pagina 6.

13 HBSC, pagina 28.

14 *Report Card Innocenti n. 5*, settembre 2003.

15 Nell'indagine HBSC I dati per il Belgio sono stati raccolti separatamente per le regioni della Vallonia e delle Fiandre. Ai fini della comparazione internazionale in questa *Report Card* sono stati usati i dati per le Fiandre (il campione di maggiori dimensioni). Nel caso del Regno Unito i dati sono stati raccolti separatamente per Inghilterra, Scozia e Galles; qui sono stati usati i dati dell'Inghilterra (il campione più vasto). In Germania i dati sono stati raccolti utilizzando un campione regionale (Berlino, Assia, Reno settentrionale-Westfalia e Sassonia).

FONTI E INFORMAZIONI DI RIFERIMENTO

Privazione materiale

I dati per la figura 1.1 provengono da Förster, M. e D'Ercole, M. (2005) 'Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s' [*Distribuzione del reddito e povertà nei paesi dell'OCSE nella seconda metà degli anni novanta*], OECD Social, Employment and Migration Working Papers: Parigi, Francia, OCSE. I dati per il Belgio provengono dallo studio sul reddito del Lussemburgo (LIS), consultato il 30 maggio 2006 all'indirizzo: <http://www.lisproject.org/keyfigures.htm>. In entrambi i casi, la soglia della povertà è fissata al 50 per cento del reddito mediano disponibile della popolazione totale.

La figura 1.2 utilizza i dati dei questionari dell'OCSE sulla distribuzione del reddito per i vari anni. Assistenza per l'accesso a questi dati è stata fornita da Anna D'Addio della Direzione per l'occupazione, il lavoro e le questioni sociali dell'OCSE. I dati relativi ad Israele sono stati forniti da Asher Ben-Arieh della Scuola Paul Baerwald di assistenza e previdenza sociale, dell'Università ebraica di Gerusalemme.

Alcune delle fonti utilizzate estesamente in questa *Report Card* sono il *Programma dell'OCSE per la valutazione internazionale degli studenti (PISA)* e l'indagine

dell'Organizzazione mondiale della sanità sui *Comportamenti salutari nei bambini di età scolastica (HBSC) 2001*, riportate in Currie, C., et al (a cura di) (2004) 'Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-age Children Study' [*La salute dei giovani: Studio sui comportamenti salutari nei bambini in età scolastica*] (HBSC): Rapporto internazionale sullo studio del 2001/2002, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. Le figure da 1.3a a 1.3c sono riprese da queste fonti.

La figura 1.3a riporta i risultati della Scala della ricchezza delle famiglie, la quale identifica la percentuale di bambini di ogni paese che si definiscono di basso livello di ricchezza in base al possesso di alcuni "beni familiari", come un'automobile, furgone o camion, oppure in base al fatto di avere a disposizione una stanza tutta per loro, al numero di vacanze fatte con la famiglia nei dodici mesi precedenti, e al numero di computer che la famiglia possiede. Rispetto ad un punteggio massimo possibile di otto, determinato dalle risposte positive alle domande, la percentuale di bambini di ogni paese che ottiene tre punti o meno sulla Scala è utilizzata come indicatore della privazione (Currie et al., 2004: 15). I dati HBSC relativi alla Germania usati in questa *Report Card* sono basati su di un campione regionale di quattro *Länder*. Per il Belgio sono stati usati

i dati delle Fiandre, e per il Regno Unito quelli dell'Inghilterra.¹⁵

Le figure 1.3b e c sono riprese dall'indagine PISA dell'OCSE (2003). Una copia della serie internazionale di dati è stata scaricata nell'agosto 2005 dall'indirizzo: http://pisaweb.acer.edu.au/oeed_2003/oeed_pisa_data.html. Come per tutti i dati PISA - OCSE 2003 relativi al Regno Unito usati in questa *Report Card*, i risultati devono essere considerati con una certa cautela a causa del basso tasso iniziale di risposta e del ridotto ritmo di sostituzione con il sottocampione inglese. Un problema di campionatura esiste anche per i dati PISA - OCSE 2000 relativi ai Paesi Bassi. L'indicatore per la figura 1.3b identifica la percentuale di quindicenni in ogni paese che hanno a disposizione meno di sei (mediana OCSE) risorse per l'istruzione (su di un totale di otto). Queste otto risorse sono: una scrivania per fare i compiti, un posto tranquillo per studiare, un computer per fare i compiti, software educativo, un collegamento Internet, un calcolatore, un dizionario, e libri scolastici di testo. I dati relativi ad Israele nelle figure 1.3b e 1.3c sono ripresi da domande comparabili dell'indagine PISA - OCSE 2000. Una copia della serie internazionale di dati per il PISA - OCSE 2000 è stata scaricata nell'agosto 2005 all'indirizzo: http://pisaweb.acer.edu.au/oeed/oeed_pisa_data.html.

Salute e sicurezza

I dati dell'OCSE sulla salute per il 2005 sono stati usati per compilare le figure 2.1a e 2.1b, e sono stati ottenuti dalla sezione Fonti del sito Web dell'OCSE: <http://www.sourceoecd.org/database/healthdata> nel gennaio 2006. La figura 2.2 contiene i tassi di vaccinazione contro morbillo, DPT3 e POL3. Le cifre per gli ultimi due tipi di vaccinazione sono state ottenute dalla Banca dati sulla salute, alimentazione e popolazione [Health Nutrition and Population Database] della Banca mondiale all'indirizzo: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html> nell'agosto 2005, e in tutti i casi si riferiscono alla dose finale del ciclo di vaccinazione contro difterite, pertosse, tetano e poliomielite. I dati per il morbillo provengono dagli Indicatori dello sviluppo mondiale 2005 consultati nell'agosto 2005 all'indirizzo: <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html>.

I dati sulla mortalità infantile sono la media degli ultimi tre anni disponibili e provengono dalla Banca dati sulla mortalità dell'Organizzazione mondiale della salute, in una versione che è stata scaricata nell'agosto 2005 dall'indirizzo: <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>. I dati sono stati combinati in un'unica variabile che raccoglie ogni tipo di morte dovuta a causa violenta: omicidio, suicidio e cause indeterminate. Per la Svizzera e la Federazione russa, i dati sono basati sulla nuova classificazione ICD10. Tutti gli altri paesi usano classificazioni ICD9. L'interpretazione e l'analisi dei dati dell'OMS sulla mortalità sono quelle degli autori e non dell'Organizzazione mondiale per la salute. I dati per Israele sono stati forniti da Asher Ben-Arieh della Scuola Paul Baerwald di assistenza e previdenza sociale, dell'Università ebraica di Gerusalemme.

Istruzione

La figura 3.1 presenta un composito standardizzato dei dati delle conoscenze di base in lettura, matematica e scienze ripresi dall'indagine PISA - OCSE (2003). I risultati per il Regno Unito sono da considerare con cautela (vedi sopra).

I dati per le figure 3.2 e 3.3a sono ripresi dalla "Panoramica 2005 sull'istruzione" [Education at a Glance Report 2005] dell'OCSE, consultato nell'aprile del 2006 all'indirizzo: <http://www.oecd.org/edu/eag2005>. I dati per la figura 3.3b sono ripresi dalla "Panoramica 2004 sull'istruzione" [Education at a Glance Report 2004] dell'OCSE, consultato nell'agosto del 2005 all'indirizzo: <http://www.oecd.org/edu/eag2004>. I dati utilizzati per la figura 3.3b sono stati generati sulla base delle risposte fornite nell'indagine PISA - OCSE (2000); per tale ragione, i dati per i Paesi Bassi devono essere trattati con cautela.

Relazioni interpersonali dei bambini

La maggior parte dei dati per la dimensione Relazioni interpersonali dei bambini è stata ripresa da Currie, C., et al (a cura di) (2004) 'Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-age Children Study' [La salute dei giovani: Studio sui comportamenti salutari nei bambini in età scolastica] (HBSC): Rapporto internazionale sullo studio del 2001/2002, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. Le figure 4.1a, 4.1b e 4.3 sono tutte derivate da questo rapporto. I dati per le proporzioni di famiglie monoparentali ed acquisite sono dati sulle condizioni di vita, invece che dati sugli esiti, e in quanto tali si applicano a tutti i gruppi di età che vivono con un individuo appartenente al campione di età. Inoltre, l'impatto sul benessere dei bambini del fatto di crescere con un genitore singolo può variare da paese a paese. Alcuni paesi (ad esempio i paesi nordici) hanno tassi molto superiori di famiglie monoparentali rispetto a, per esempio, quelli dell'Europa meridionale. Le differenze esistenti tra i vari paesi nell'accettazione pubblica della famiglia monoparentale, nella legislazione e nella pratiche relative alla custodia dei bambini e alla misura in cui le politiche tengono conto delle esigenze dei genitori singoli (per esempio, indennità, custodia dei bambini, orario di lavoro flessibile) possono avere un'influenza sul benessere di bambini.

I dati per le figure 4.2a e 4.2b sono ripresi dal PISA - OCSE PISA (2000), e scaricati nell'agosto 2005 dall'indirizzo: http://pisaweb.acer.edu.au/oecd/oecd_pisa_data.html.

Comportamenti e stili di vita

Questa dimensione è fondata interamente sui dati derivati da Currie, C., et al (a cura di) (2004) 'Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-age Children Study' [La salute dei giovani: Studio sui comportamenti salutari nei bambini in età scolastica] (HBSC): Rapporto internazionale sullo studio del 2001/2002, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, fatta eccezione per la figura 5.2f che utilizza i dati degli Indicatori dello sviluppo mondiale consultati nell'agosto del 2005 all'indirizzo: <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html>.

Nelle figure da 5.1a a 5.1c le differenze tra i paesi possono influenzare le posizioni finali in classifica. Nella figura 5.1a, le divergenze tra i paesi possono essere influenzate dalle differenze culturali nelle abitudini alimentari. Nella figura 5.1b, le variazioni tra i paesi possono essere influenzate dalla disponibilità e dal prezzo della frutta nei diversi paesi. Gli autori del rapporto HBSC segnalano anche l'eventuale influenza sui risultati delle differenze stagionali al momento della rilevazione dei dati sul terreno. Nella figura 5.1c, i dati sull'attività fisica dei bambini e degli adolescenti possono essere stati influenzati da una serie di fattori quali la quantità e l'organizzazione

dell'educazione fisica nelle scuole, i vari modi in cui gli studenti raggiungono la scuola e la disponibilità e accessibilità delle strutture sportive. Nella figura 5.1d, i tassi di risposta particolarmente bassi hanno motivato l'esclusione dei dati relativi ai bambini di 11 anni. I dati per l'Indice della massa corporea sono stati calcolati sulla base delle indicazioni del peso corporeo fornite dagli stessi interpellati; questo comporta la conoscenza del proprio peso e altezza (e la disponibilità a dichiararlo) da parte dei bambini e degli adolescenti. Un'analisi dei casi in cui questi dati mancavano ha mostrato che coloro che non avevano indicato il proprio peso e altezza provenivano con minore frequenza dai gruppi socioeconomici di livello più elevato, svolgevano meno attività fisica e mangiavano meno frutta, verdura e dolci, ed in molti paesi erano più frequentemente quelli che seguivano una dieta e sentivano l'esigenza di dimagrire. E' quindi probabile che la prevalenza di individui sovrappeso sia sottostimata (Currie et al., 2004).

La figura 5.2e, che registra l'uso del preservativo nei paesi in esame, contiene un elevato numero di paesi mancanti perché non tutti i paesi che hanno preso parte all'indagine HBSC hanno incluso domande sul comportamento sessuale. Questa domanda è stata posta solamente al sottocampione che aveva già avuto rapporti sessuali, quindi le dimensioni del campione per ogni paese vanno da un 15 ad un 38 per cento del campione originale.

Percezione e valutazione del proprio benessere

Anche i dati per le figure relative all'ultima delle sei dimensioni sono stati ripresi per la maggior parte da Currie, C., et al (a cura di) (2004) 'Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-age Children Study' [La salute dei giovani: Studio sui comportamenti salutari nei bambini in età scolastica] (HBSC): Rapporto internazionale sullo studio del 2001/2002, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. Le figure 6.1, 6.2 e 6.3a sono tutte derivate da questa fonte, e in quanto tali i risultati per il Regno Unito e per il Belgio devono essere trattati con cautela (vedi la nota relative alla figura 1.3a). Per la figura 6.3a, che riporta i livelli di soddisfazione per la propria vita, a bambini e adolescenti di 11, 13 e 15 anni veniva chiesto di valutare la loro soddisfazione per la propria vita attuale sulla base di una scala da uno a dieci (la Scala autovalutativa di Cantril di soddisfazione per la vita). I risultati presentati per ogni paese sono la proporzione del campione che ha dichiarato una soddisfazione corrispondente a sei punti o più della scala (migliore vita possibile in alto, peggiore in basso).

La figura 6.3b è ripresa dall'indagine PISA - OCSE 2003, consultata nell'agosto 2005 all'indirizzo: http://pisaweb.acer.edu.au/oecd_2003/oecd_pisa_data.html. I risultati per il Regno Unito devono essere trattati con cautela. Gli Stati Uniti non hanno fornito risposte in questo campo.

RINGRAZIAMENTI

Questa *Report Card Innocenti* è stata scritta da Peter Adamson utilizzando ricerche, dati e documenti di riferimento forniti da Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher, e Dominic Richardson. Il progetto è stato coordinato dal Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF con l'assistenza di un *panel* internazionale di consiglieri. Una dettagliata documentazione di riferimento per la presente analisi è disponibile sul sito *Web* dell'UNICEF.

Esperti del Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

Marta Santos Pais
Direttore

David Parker
Vice Direttore

Eva Jespersen
Unità delle politiche sociali ed economiche

Esperti esterni

Jonathan Bradshaw
Professore di politiche sociali
Dipartimento delle politiche sociali e dell'assistenza sociale
Università di York
Regno Unito

Dominic Richardson
Ricercatore
Unità di ricerca sulle politiche sociali
Dipartimento delle politiche sociali e dell'assistenza sociale
Università di York
Regno Unito

Petra Hoelscher
Ricercatrice
Università di Stirling
Scozia

Asher Ben-Arieh
Direttore associato per la ricerca e lo sviluppo
Consiglio nazionale israeliano per l'infanzia
Scuola Paul Baerwald di assistenza e previdenza sociale
Università ebraica di Gerusalemme
Israele

Anna Cristina D'Addio
Occupazione, Lavoro, Politiche sociali (ELS/Social policy)
Direzione occupazione, lavoro e politiche sociali
OCSE
Parigi
Francia

Mike Lewis
Direttore
Children in Wales
Cardiff
Regno Unito

Eric Marlier
Consulente internazionale
Istituto di ricerca CEPS/INSTEAD
Lussemburgo

Brian Nolan
Professore
Ricerca sulle politiche sociali
Istituto di ricerca economica e sociale (ESRI)
Dublino
Irlanda

Sue Richardson
Direttore
Istituto nazionale di studi sul lavoro
Università di Flinders
Adelaide
Australia

Hirokazu Yoshikawa
Associate Professor of Psychology and Public Policy
Department of Psychology
New York University
New York, NY 10003

Ulteriori contributi sono stati forniti da:

Gordon Alexander
Ufficio regionale dell'UNICEF per l'Europa centrale e orientale e la CSI
Ginevra

Patrice Engle
UNICEF
New York

Alberto Miniujn
Consulente

Yuko Nonoyama
UNICEF
New York

Grafica e impaginazione:
Garry Peasley e Angela Bartlett,
mccdesign.

Versione italiana a cura di Patrizia Faustini con la consulenza di Leonardo Menchini, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti

Benessere dei bambini in Germania

Presso il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF è disponibile anche: Bertram, Hans (2006), *'Overview Of Child Well Being In Germany : Policy Towards A Supportive Environment For Children?'* [Analisi del benessere dei bambini in Germania: Politiche per un ambiente che sostenga l'infanzia?], *Working Paper* Innocenti n. 2006-02. Firenze, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti.

In questa serie (i titoli disponibili in italiano sono indicati):

Innocenti Report Card, n. 1

A league table of child poverty in rich nations

Innocenti Report Card, n. 2

A league table of child deaths by injury in rich nations

Innocenti Report Card, n. 3

A league table of teenage births in rich nations

Innocenti Report Card, n. 4

A league table of educational disadvantage in rich nations

(Una classifica comparata dello svantaggio educativo nei paesi industrializzati)

Innocenti Report Card, n. 5

A league table of child maltreatment deaths in rich nations

Innocenti Report Card, n. 6

Child poverty in rich countries

(Povertà dei bambini nei paesi ricchi 2005)

Progetto grafico: mccdsgn.com

Impaginazione: Bernard & Co, Siena

Stampa: Primegraf, Roma

Traduzione dall'originale inglese: Francesco Piccardi, Firenze

Report Card Innocenti n. 7, 2007

**Prospettiva sulla povertà infantile: un quadro comparativo
sul benessere dei bambini nei paesi ricchi**

La più estesa valutazione realizzata fino ad oggi sulla
condizione e il benessere dei bambini e degli adolescenti nei
paesi economicamente avanzati.

ISSN: 1605-7317

ISBN-10: 88-89129-56-5

ISBN-13: 978-88-89129-56-2