Misurare il benessere dell'infanzia nei Paesi del Mediterraneo - Verso un indice complessivo del benessere dell'infanzia

Jacques van der Gaag
Amsterdam Institute for International Development
Erika Dunkelberg
Consulente, HDNED World Bank

Ringraziamenti

Gli autori sono molto grati a tutti coloro che hanno partecipato alla Conferenza Mediterranea di Genova del 7-9 gennaio 2004, organizzata dalla Fondazione Gerolamo Gaslini, dall'Istituto Giannina Gaslini, da Linkeus, dall'Arab Development Institute e dalla Banca Mondiale. Desiderano ringraziare in particolare i relatori Robert Le Vine, Professore Emerito di "Istruzione e sviluppo umano" presso l'Università di Harvard, e Gildo Cicciotti, del Centro Nazionale per la documentazione sull'infanzia e sull'adolescenza. Sono grati, inoltre, a Giovanni Birindelli, Linkeus, che ha coordinato la pubblicazione di questo rapporto, e di Linda Richardson, che ne ha curata la bozza finale. Gli autori sono riconoscenti nei riguardi dello staff della Banca Mondiale per la guida ed il sostegno ricevuti e ringraziano in modo particolare Mary E. Young, *Early Child Development Lead Specialist*, per il suo aiuto e per le sue preziose osservazioni. I ringraziamenti sono estesi anche a Viviana Mangiaterra, Consulente per *Children and Youth*, e a Jean Louis Sarbib, Vice-Presidente Senior e Responsabile di *Human Development Network.*

indirizzo: edunkelberg@worlbank.org

INDICE

Introduzione
1 Le misure del benessere
1.1 Le diverse misure aggregate del benessere
1.1.1 L'*indice della qualità fisica della vita*
1.1.2 L'*indice dello sviluppo umano*
1.1.3 Le estensioni dell'*indice dello sviluppo umano*
1.2 La distribuzione del benessere
1.3 I vincoli al benessere: la povertà
2 Valutare il benessere dei bambini
2.1 Le dimensioni del benessere dei bambini
2.2 Monitorare il benessere dei bambini
2.2.1 Gli attuali tentativi a livello nazionale
2.2.2 Gli sforzi a livello internazionale
2.3 Descrizione delle misure aggregate del benessere del bambino
3 I diversi indici di misurazione del benessere infantile nella regione mediterranea
3.1 L'*indice del benessere infantile*
3.2 L'*indice dello sviluppo infantile legato al genere* (CGI)
3.3 L'*indice della povertà infantile* (CDI)
3.4 L'*indice del benessere evolutivo del bambino* (CDWI)
4 Conclusioni e proposte

Bibliografia
Allegati
Allegato 1 Statiche demografiche
Allegato 2 Statistiche

INTRODUZIONE

Circa 164 milioni di bambini di età compresa tra 0 e 14 anni vivono nei Paesi del Mediterraneo. Il 70% di questi bambini vive nel Nord Africa e nel Medio Oriente, il restante 30% vive nell'Europa centrale e orientale. In queste sub-regioni, le condizioni dei bambini variano notevolmente – alcuni dei Paesi sono fra i più ricchi al mondo, come la Francia e l'Italia, mentre altri, come lo Yemen, sono fra i più poveri. Inoltre, lo sviluppo umano cambia sensibilmente e alcuni Paesi hanno raggiunto livelli di sviluppo umano maggiori di altri.

L'obiettivo di questo documento è quello di proporre uno strumento (o più strumenti) per valutare il modo in cui i Paesi del Mediterraneo si stanno muovendo nel promuovere e raggiungere il benessere del bambino. Investire nell'*infanzia* costituisce il punto di partenza naturale per investire nello sviluppo umano. Per raggiungere il nostro scopo, abbiamo sviluppato e proponiamo una serie di indici del benessere infantile.

Nella prima sezione, passiamo brevemente in rassegna alcuni fra i primi tentativi di sviluppare una misura dello sviluppo umano che vada oltre il benessere economico e abbracci tutti gli aspetti dello sviluppo umano. Ci concentriamo sull'*indice dello sviluppo umano* e sugli indici che ne derivano. Successivamente, discutiamo l'importanza di aggiungere agli indici che si basano solo su medie anche informazioni di carattere distributivo. Infine, puntiamo l'obiettivo sulla povertà infantile quale indicatore rilevante del benessere del bambino e prendiamo in esame numerosi studi sulla povertà infantile condotti nel Paesi del Mediterraneo.

Nella seconda sezione, poniamo l'attenzione sugli sforzi che si stanno compiendo nel mondo per monitorare il benessere infantile, sia a livello nazionale che a livello internazionale. Nella gran parte dei casi, tali iniziative hanno come obiettivo una serie di indicatori di base, ma non combinano questi indicatori in un indice complessivo. Passiamo ampiamente in rassegna le più significative rappresentazioni di strumenti, o indici, che sono ad oggi disponibili per misurare il benessere infantile. La natura di tali indici varia sulla base dei propositi ad essi assegnati e alcuni indici sono più esaurienti di altri, focalizzati piuttosto su aspetti specifici.

Nella terza sezione, proponiamo indici del benessere dei bambini analoghi all'*indice dello sviluppo umano* e ai suoi derivati. A dimostrazione delle informazioni che possono essere desunte adottando, nell'impiego degli indicatori socio-economici, un approccio focalizzato sull'infanzia, calcoliamo *l'indice del benessere infantile*. L'obiettivo è quello di confrontare i risultati ottenuti dai Paesi della regione nella promozione e nel raggiungimento del benessere infantile con i risultati dagli stessi ottenuti nello sviluppo umano complessivo. Successivamente, presentiamo tre indici alternativi impiegati per confrontare le differenze tra ragazzi e ragazze, gruppi di età e ampiezza dell'indigenza infantile.

Questo documento offre un contributo alla crescente letteratura dedicata al benessere dei bambini e propone indici alternativi per monitorare il benessere dei bambini. Gli indici proposti forniscono qualche indicazione per capire quali Paesi nella regione siano in ritardo negli sforzi per migliorare il benessere dei bambini. Il proposito è quello di monitorare il benessere dell'infanzia su base annua, utilizzando indicatori di facile e pronta disponibilità. Tuttavia, come accade nel caso di altri indici aggregati, gli approcci alternativi proposti in questa sede nascondono le disparità presenti all'interno dei singoli Paesi. Allo scopo di promuovere uno strumento di osservazione più completo e accurato, ogni anno potrebbe essere messo in evidenza uno specifico tema che incorpori dati sul benessere infantile per appartenenza etnica, condizione economica, e sub-regione.

1 LE MISURE DEL BENESSERE

1.1 LE DIVERSE MISURE AGGREGATE DEL BENESSERE

La sezione 1.1 di questo capitolo introduce brevemente i primi tentativi di sviluppare una misura dello sviluppo umano che vada oltre il benessere economico; spiega come l'*indice dello sviluppo umano* (HDI) sia stato creato per riflettere dimensioni del benessere diverse dal reddito; mette in guardia gli utilizzatori contro i possibili limiti degli indici complessivi del benessere. Lungo tutta la sezione si faranno riferimenti a come queste misure possano illustrare la costruzione di un indice del benessere infantile.

1.1.1 L'*indice della qualità fisica della vita*

L'indicatore del livello medio del benessere della popolazione di un Paese più diffusamente impiegato è il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite. Il PIL rappresenta il valore totale di tutti i beni e servizi prodotti in un Paese. In altre parole, rappresenta la somma di tutte le risorse disponibili per acquistare tutti i "beni" che la popolazione del Paese desidera. Fra tali beni sono inclusi tutti i beni di mercato, quali alimenti, abiti, case o automobili, nonché bisogni privati, quali una buona salute e un elevato livello di istruzione, e beni pubblici, quali infrastrutture, aria pulita, e sicurezza nazionale. Si potrebbe sostenere che per un Paese democratico, in cui un governo rappresenti le preferenze della popolazione, e nel quale tutti i mercati (mercati dei fattori, mercati finanziari, mercato del lavoro e mercati di beni e servizi) funzionino bene, il PIL pro-capite costituisce un indice adeguato alla rappresentazione del livello medio di benessere della popolazione.

Ma, naturalmente, un Paese ideale come questo non esiste. Nelle dittature, dove per la sicurezza nazionale si spendono ingenti somme di denaro, il livello di benessere della popolazione potrebbe essere ben inferiore a quello di Paesi con analogo PIL, ma con una spesa militare più contenuta. Nei Paesi in cui il sistema politico è controllato da una ristretta élite, i ricchi possono essere destinatari della gran parte delle risorse e la maggior parte della popolazione può versare in condizioni di indigenza, anche in presenza di un PIL elevato. Governi inefficienti possono raccogliere molto denaro attraverso l'imposizione fiscale, ma possono fallire nel fornire istruzione pubblica e servizi sanitari di elevata qualità. In tutti questi casi, l'ammontare medio di risorse disponibili per abitante è un indicatore povero dei livelli medi di benessere[1].

I difetti del PIL pro-capite sono da lungo tempo riconosciuti. Questa consapevolezza ha condotto ad una lunga ricerca di indicatori più completi, che catturino aspetti del benessere diversi dal reddito. Questo documento non è la sede opportuna per rivedere tutti questi sforzi, ma riteniamo utile iniziare prestando una certa attenzione ad un primo tentativo di costruire un tale indice, che aiuterà a sottolineare ciò che è possibile, e ciò che non lo è, quando si combinano diverse dimensioni del benessere in un singolo numero. Questo primo tentativo è chiamato *indice della qualità fisica della vita*, un precursore dell'HDI al quale torneremo più avanti.

L'*indice della qualità fisica della vita*[2] (PQLI) combina tre dimensioni del benessere che sono adatte a rappresentare adeguatamente (o ad essere una *proxy* di) una nozione complessiva del benessere della popolazione di un Paese. Queste tre dimensioni sono (i) la mortalità infantile, (ii) l'aspettativa di vita a un anno, e (iii) l'alfabetismo di base. E' utile considerare alcune delle argomentazioni che hanno condotto alla scelta di questi tre indicatori:

"Abbiamo ipotizzato che le persone generalmente preferiscano avere una bassa mortalità fra i neonati e che in quasi tutti i casi le persone preferiscano una vita più lunga ad una vita più breve. Abbiamo assunto inoltre che l'istruzione di base possa servire come surrogato (benché non come garanzia) della

[1] Si potrebbe osservare che il denaro non può mai costituire un adeguato indicatore del benessere. Dopotutto, il benessere dipende da ben altro che dal semplice reddito. La salute è importante, così come lo sono l'istruzione, la sicurezza, un ambiente pulito, l'eguaglianza del reddito, l'eguaglianza fra i generi, l'assenza di discriminazione razziale o di altre forme discriminatorie, la libertà politica, e altri fattori. Molti di questi risultati desiderabili possono essere "acquistati" o almeno più semplicemente ottenuti se sono disponibili ampie risorse finanziarie.

[2] Il riferimento bibliografico fondamentale è "Misurare la condizione dei poveri del mondo", di David Morris, Pergameno Studies (1979). Tale riferimento comprende una rassegna dei primi tentativi di costruire indici complessivi del benessere.

predisposizione individuale ad una effettiva partecipazione sociale– anche se il desiderio di alfabetismo di per sé non è ampiamente condiviso" (Morris 979, pag. 3).

Morris (1979) argomenta ulteriormente a favore di queste tre dimensioni perché il PQLY risultante soddisfa i criteri che seguono:

l'indice della qualità della vita:

1. non dovrebbe basarsi sull'assunzione che esiste un solo modello di sviluppo;
2. dovrebbe evitare modelli che riflettano specifici valori delle società;
3. dovrebbe misurare i risultati, non gli inputs;
4. dovrebbe essere in grado di riflettere la distribuzione dei risultati sociali;
5. dovrebbe essere semplice da costruire e facile da comprendere;
6. dovrebbe prestarsi a confronti internazionali.

Adottando le tre misure (mortalità infantile, aspettativa di vita ad un anno e alfabetismo di base), il PQLI si costruisce come descritto di seguito:

- primo, si attribuisce alla performance di un Paese un punteggio in una scala da 0 (il risultato peggiore possibile) a 100 (il risultato migliore possibile) per ciascuna di queste dimensioni del benessere;
- secondo, si sommano questi punteggi e si dividono per tre, per ottenere il PQLI (si veda *Tavola 1.1* per un esempio del PQLI di tre Paesi).

Tavola 1.1 Esempi di PQLI per tre Paesi

Paese	**Aspettativa di vita all'età di 1 anno**		**Mortalità infantile**		**Alfabetismo**		
	Anni	**Punteggio**	**Per mille nati vivi**	**Punteggio**	**%**	**Punteggio**	**PQLI[4]**
Egitto	57	50	116	26	26	26	43
Libano	67	75	59	86	86	86	79
Italia	73	86	21	94	94	94	92

PQLI[3] è l'indice della qualità fisica della vita.
Fonte: elaborazioni su Morris (1979), tavola 3, pag. 45.

Due aspetti di questa semplice procedura sono degni di nota perché presenti in qualsiasi analogo tentativo di costruzione di indici compositi. Il primo è che, allo scopo di attribuire un punteggio a ciascuno di questi risultati lungo una scala da 0 a 100, il "miglior risultato possibile" e il "peggior risultato possibile" richiedono una definizione. Mentre un alfabetismo del 100% può essere definito il miglior punteggio possibile per la dimensione "alfabetismo di base", una tale oggettiva misura non risulta disponibile per la "migliore aspettativa di vita" possibile o per il peggior "tasso di mortalità infantile" possibile[4]. Pertanto, confini più o meno arbitrari devono essere assegnati alle scale di queste tre dimensioni del benessere. Tale arbitrarietà si rifletterà nel PQLI finale. Scelte diverse avrebbero condotto ad un indice differente (spesso lievemente). Il secondo aspetto attiene al fatto che i tre punteggi hanno un uguale peso nell'indice finale. Ed anche questa è una scelta arbitraria. Implicitamente, ciò assegna un valore relativo a ciascuna delle tre dimensione del benessere. Più avanti, mostreremo come giudizi di valore impliciti possano condurre a implicazioni inattese e indesiderabili.

Su questo primo tentativo di sostituire il PIL pro-capite con un indice che rappresenti più efficacemente il benessere medio complessivo di una popolazione possono essere formulate numerose osservazioni. In primo luogo, mentre la misura sembra esaustiva, dal momento che incorpora tre importanti aspetti del benessere, i primi due aspetti (la mortalità infantile e l'aspettativa di vita) sono strettamente correlati. In secondo luogo, benché siano comprese nell'indice tre dimensioni del benessere, molte altre non lo sono, in particolare il reddito pro-capite. Ciò sembra costituire un serio difetto. Mentre è possibile sostenere che "il denaro non è tutto", è difficile argomentare che il "denaro non ha importanza". Il livello di risorse

[3] Media dell'aspettativa di vita all'età di un anno, mortalità infantile e indice di alfabetismo (ugualmente ponderati).
[4] Per quest'ultimo, si potrebbe obiettare che 100% è il tasso di mortalità peggiore possibile, ma i tassi sopra 250 per mille non vengono mai osservati a livello di singolo Paese e, pertanto, tre quarti di una tale scala non sarebbero mai impiegati.

complessive disponibili pro-capite in un Paese, per quanto iniquamente distribuite o in parte sperperate in progetti pubblici indesiderabili, fornisce comunque un'indicazione approssimativa del livello medio di benessere di una popolazione, dimensione che non può essere catturata da indicatori come la salute e l'istruzione, se isolatamente considerati.

Ci rivolgeremo ad una misura che riconosca l'importanza degli indicatori relativi alla salute e all'istruzione, ma che li combini con il PIL pro-capite per afferrare altri aspetti del benessere. Questo indicatore è l'HDI.

1.1.2 L'*indice dello sviluppo umano* (HDI)

Tredici anni dopo la prima presentazione del PQLI in un rapporto preliminare[5], il *Programma per lo Sviluppo delle Nazioni Unite* (UNDP) pubblicò, nel 1990, il suo primo *Rapporto sullo sviluppo umano*. Il messaggio centrale di questo rapporto era: "mentre la crescita della produzione nazionale (Prodotto Interno Lordo) è assolutamente necessaria per raggiungere tutti gli obiettivi essenziali umani, ciò che è importante è studiare come questa crescita si traduce – o fallisce nel tradursi – nello sviluppo umano delle diverse società" (*Rapporto sullo sviluppo umano* 1990, pag. iii).

Adottando sostanzialmente le stesse argomentazioni di Morris contro l'utilizzo del PIL pro-capite come unico indicatore del benessere umano, ma riconoscendo che un "decente standard di vita" (si legga "di reddito") resta comunque importante, l'UNDP propone come base dell'HDI i seguenti tre indicatori: aspettativa di vita (all'età di zero anni), alfabetismo, e PIL pro-capite. Di nuovo, questi tre indicatori richiedono l'assegnazione di un punteggio su una scala dal peggiore al miglior risultato possibile e, successivamente, la combinazione in un unico indice[6]. L'HDI risultante è poi impiegato per ordinare i Paesi secondo la performance da questi ottenuta. Il risultato più interessante di questo esercizio è il confronto tra una classifica così elaborata e una classifica basata esclusivamente sul PIL pro-capite. La *Tavola 1.2* mostra il risultato di un tale confronto per i Paesi del Mediterraneo.

Tavola 1.2 PIL pro-capite e HDI

Paese	PIL pro capite (PPP $USA)	Posizione in base al PIL pro capite	Indice dello Sviluppo Umano	Posizione in base all'HDI	Paese	PIL pro capite (PPP $USA)	Posizione in base al PIL pro capite	Indice dello sviluppo umano	Posizione in base all'HDI
Italia	24.670	1	0,916	3	Bulgaria	6.890	17	0,795	14
Francia	23.990	2	0,925	1	Tunisia	6.390	18	0,74	23
Cipro	21.670	3	0,891	5	Macedonia	6.110	19	0,784	15
E.A.U.	20.530	4	0,816	13	Algeria	6.090	20	0,704	28
Spagna	20.150	5	0,918	2	Iran	6.000	21	0,719	27
Qatar	19.844	6	0,826	10	Bosnia	5.970	22	0,777	17
Israele	19.790	7	0,905	4	Turchia	5.890	23	0,734	25
Kuwait	18.700	8	0,82	11	Romania	5.830	24	0,773	18
Grecia	17.440	9	0,892	6	Libano	4.170	25	0,752	21
Slovenia	17.130	10	0,881	7	Giordania	3.870	26	0,743	22
Bahrein	16.060	11	0,839	9	Albania	3.680	27	0,735	24
Arabia Saudita	13.330	12	0,769	19	Marocco	3.600	28	0,606	31
Malta	13.160	13	0,856	8	Egitto	3.520	29	0,648	30
Oman	12.040	14	0,755	20	Siria	3.280	30	0,685	29
Croazia	9.170	15	0,818	12	Ter.Pal. Oc.	2.788	31	0,731	26
Libia	7.570	16	0,783	16	Yemen	790	32	0,47	32

Note: PPP $USA si riferisce alla parità del potere d'acquisto, il PIL pro capite $USA è il prodotto nazionale lordo convertito in dollari internazionali utilizzando i tassi di parità del potere d'acquisto. Un dollaro internazionale ha lo stesso potere d'acquisto sul PIL di 1 dollaro americano negli Stati Uniti. E.A.U. sta per Emirati Arabi Uniti e Ter. Pal. Oc. sta per Territori Palestinesi Occupati. Mancano due Paesi, Iraq e Serbia.
Fonte: Rapporto sullo sviluppo umano (2003).

[5] "The United States and World Development Agenda" 1977, John W. Sewell e Staff dell'Overseas Development Council, New York, Praeger Publishers (1977).
[6] Per i dettagli, si veda la nota tecnica numero 1 a pagina 342 del Rapporto sullo sviluppo umano (2003).

Questa tavola illustra chiaramente che Bosnia, Grecia, Malta, Macedonia e Romania, fra gli altri, hanno un punteggio nella classifica dello sviluppo umano molto migliore di quello ottenuto nella classifica del reddito, mostrando di aver destinato le proprie risorse economiche più massicciamente ad alcuni aspetti del progresso umano. Al contrario, Algeria, Oman, Arabia Saudita e Emirati Arabi Uniti, fra gli altri, detengono un punteggio peggiore nella classifica dello sviluppo umano che in quella del reddito, mostrando di dover ancora tradurre il proprio reddito in corrispondenti livelli di sviluppo umano.

Conclusioni come quelle sopra evidenziate, che sono ricavate dal confronto tra classifiche basate su indicatori alternativi, mostrano come gli indicatori complessivi del benessere possano essere utilizzati anche per propositi di *policy*. Nella sessione 2, proporremo, come una fra le opzioni disponibili, la costruzione e l'impiego di un indicatore del benessere infantile simile all'HDI. Tuttavia, mostreremo innanzitutto come nel tempo l'HDI sia stato modificato per includere altri importanti aspetti del benessere di una società. Tali estensioni, inoltre, si riveleranno utili per la costruzione di un indice complessivo del benessere dell'infanzia.

1.1.3 Estensioni dell'indice dello sviluppo umano[7]

Negli anni intercorsi dalla sua prima presentazione, l'HDI è stato oggetto di numerosi miglioramenti ed estensioni che possono risultare utili nella costruzione dell'*indice del benessere infantile*. Alcuni miglioramenti sono secondari. Per esempio, l'indicatore dell'alfabetismo adulto impiegato per l'HDI originario è stato sostituito da una media ponderata dei dati relativi all'alfabetismo adulto e alla scolarità, al fine di estendere, per le coorti più giovani, la rappresentazione alla dimensione "conoscenza". Altre modifiche hanno condotto ad indici che catturano differenti dimensioni del benessere.

Mentre l'HDI è un indice positivo, nel senso che rappresenta *risultati raggiunti*, l'indice della povertà umana (o HPI-1) misura *carenze*. Le tre dimensioni dell'HPI-1 sono:

- una vita lunga e sana – la vulnerabilità alla morte in età relativamente precoce è misurata dalla probabilità alla nascita di non sopravvivere fino a 40 anni;
- la conoscenza – l'esclusione dal mondo della lettura e della comunicazione è misurata dall'alfabetismo adulto;
- uno standard di vita accettabile – l'indigenza materiale è misurata come media semplice di due indicatori: la percentuale di popolazione senza accesso all'acqua potabile e la percentuale di bambini denutriti (sottopeso rispetto all'età).

La media di questi tre indicatori costituisce l'***indice della povertà umana* (HPI-1)**. Questo indice è ritenuto adatto alla misurazione della povertà nei Paesi in via di sviluppo. Riconoscendo il fatto che l'indigenza è un concetto relativo, nel caso dei Paesi OCSE si ricorre ad un diverso indice della povertà umana (HPI-2). Oltre alle tre dimensioni del benessere incorporate nell'HPI-1, l'HPI-2 cattura l'esclusione sociale quale quarta determinante del benessere. Il tasso di disoccupazione di lungo periodo è utilizzato come indicatore dell'esclusione sociale[8].

Un approccio alternativo alla creazione di un indice complessivo del benessere è quello che considera la disuguaglianza tra i generi. Il cosiddetto ***indice dello sviluppo legato al genere*** (CGI) deriva proprio dall'adozione di tale approccio. E' inutile dire che la disuguaglianza tra i generi rappresenta un tema importante anche quando ci si concentra sull'infanzia e sull'adolescenza. Il GDI impiega gli stessi tre indicatori usati dall'HPI-1 (longevità, conoscenza e tenore di vita accettabile), ma tenta di afferrare le differenze tra i generi con riferimento a quei tre indicatori. Tali differenze si combinano fino a formare il GDI. In ultimo, menzioniamo la ***misura dell'abilitazione di genere***, che si focalizza sulle differenze di genere nella partecipazione politica ed economica.

[7] Per una discussione più approfondita dell'HDI e delle sue estensioni, si veda la nota tecnica numero 1 del Rapporto sullo sviluppo umano (2003).
[8] Le prime tre dimensioni sono misurate in modo leggermente diverso per l'HPI-1 e per l'HPI-2.

Da questa breve descrizione dovrebbe risultare chiaro che l'elaborazione di un *indice dello sviluppo infantile* è, in linea di principio, possibile e analoga a quella dell'HDI e ai suoi vari miglioramenti ed estensioni. Dovrebbe risultare, inoltre, evidente che, per la costruzione di tale indice, si stanno compiendo molte scelte. Tali scelte riguardano il tipo di indicatori inclusi nell'indice (e, pertanto, quelli esclusi), come questi indicatori devono essere misurati o come assegnare loro un punteggio, e come si devono combinare in un indice complessivo del benessere. E' opinione ben consolidata che ciascuna di queste decisioni avrà un impatto sul risultato finale; il che significa che differenti decisioni porteranno a diverse classifiche dei Paesi. Meno condiviso è il fatto che in queste scelte siano impliciti giudizi di valore sull'importanza relativa delle dimensioni del benessere considerate. Questo punto può essere meglio chiarito con un esempio.

Nel 1990, in Kenya, l'aspettativa di vita era di 54,9 anni, il tasso di alfabetismo adulto era 60% e il PIL pro-capite si attestava a 794 dollari americani. L'HDI per il Kenya risultava essere 0,48[9]. Se aumentiamo l'aspettativa di vita di un anno, fino a raggiungere 60,4 anni, l'HDI passa a 0,49. Lo stesso incremento potrebbe essere raggiunto aumentando il reddito pro-capite di 70 dollari, cioè portandolo a 864 dollari (si veda *Tavola 1.3*, prime tre righe). Perciò, in termini di HDI, un anno di vita addizionale equivale ad un aumento del reddito pro-capite di 70 dollari.

Adesso prendiamo un ipotetico Paese con aspettativa di vita e tasso di scolarità uguali a quelli del Kenya nel 1990, ma con un PIL pro-capite molto più elevato, diciamo pari a 3.129 dollari. Questo Paese ha un HDI di 0,63. L'aggiunta di un anno all'aspettativa di vita porta l'HDI fino a 0,64. Lo stesso incremento può essere ottenuto portando il PIL pro-capite a 3.404 dollari, cioè aumentandolo di 725 dollari (si veda la *Tavola 1.3*, ultime tre righe). Da questo esempio si può concludere che un anno addizionale di vita vale 70 dollari in un Paese povero e 275 in un Paese più ricco.

Tavola 1.3 Calcolo e ricalcolo dell'HDI per il Kenya

Aspettativa di vita	PIL pro capite	HDI
59,4	794	0,48
60,4	794	0,49
59,4	864	0,49
59,4	3.129	0,63
60,4	3.129	0,64
59,4	3.404	0,64

Nota: in questi calcoli l'alfabetismo adulto è sempre pari a 60%.

Giudizi di valore di questo tipo sono impliciti nelle assunzioni che sono alla base della costruzione dell'HDI (e di indici analoghi). Noi riteniamo, tuttavia, che sarebbe scorretto utilizzare l'HDI in questo modo. Indici come l'HDI sono significativi in quanto forniscono una misurazione del benessere più esauriente di quella fornita dal PIL pro-capite. Possono essere impiegati per giudicare la performance dei Paesi quando molteplici dimensioni del benessere vengono simultaneamente considerate. E, benché qualsiasi indice presupponga necessariamente giudizi di valore relativi (ad esempio, la scelta fra un anno di vita in più e un reddito più elevato), tali indici non sono stati costruiti, e non dovrebbero essere impiegati, con questo obiettivo[10].

Con quanto esposto concludiamo la nostra discussione sull'HDI e sui relativi indici aggregati del benessere. Nella seconda sezione mostreremo come si possano adattare questi indici alla rappresentazione dei livelli di benessere del bambino. Ma, prima, discuteremo l'importanza di aggiungere informazioni di carattere distributivo ad indici che, diversamente, sarebbero basati esclusivamente su medie.

[9] Si veda l'esempio del Kenya nel *Rapporto sullo sviluppo umano* (1990), pag. 109.

[10] Gli economisti hanno provato a misurare il valore monetario della vita, basandosi o sul comportamento o su risposte a domande dirette. Tali tentativi sono destinati a questo specifico obiettivo e producono un "valore della vita". Il "valore della vita" che è implicito nell'HDI costituisce invece una involontaria implicazione.

1.2 LA DISTRIBUZIONE DEL BENESSERE

L'HDI originario presta scarsa attenzione alle questioni di carattere distributivo[11], sebbene l'HPI-1 ponga enfasi sulle differenze di benessere tra poveri e non poveri e il GDI sottolinei le differenze tra maschi e femmine. Dato che i livelli di disuguaglianza (fra poveri e non poveri, fra le diverse regioni, fra maschi e femmine, fra gruppi etnici, ecc.) possono variare sensibilmente a seconda del Paese, risulta importante combinare indicatori dei livelli medi di benessere con informazioni di carattere distributivo. L'analisi comparata delle *medie* dei diversi Paesi può essere fuorviante perché le medie celano le differenze interne ai Paesi. Un Paese con una distribuzione molto ineguale del benessere può detenere la stessa posizione di un Paese con lo stesso reddito medio pro-capite, ma con una più equa distribuzione del benessere. Pertanto, è importante guardare alla dispersione della distribuzione del benessere.

Sfortunatamente, i dati relativi agli aspetti distributivi – con eccezione della distribuzione del reddito – non sono disponibili quanto lo sono le medie aggregate. Mentre l'importanza della disuguaglianza del reddito e della sua relazione con la demografia sono ben documentate, altre dimensioni distributive non vengono osservate. Per esempio, è stato recentemente dimostrato che il progredire della media nazionale dei tassi di mortalità infantile potrebbe essere associato ad un ampliamento del divario tra bambini ricchi e bambini poveri. Wagstaff e Watanabe (2000) dimostrano che le disuguaglianze in termini di denutrizione variano nei diversi Paesi e che il tasso di denutrizione si riduce con gli standard di vita (si veda la *Tavola 1.4*). Gli autori hanno elaborato un indice di misurazione delle disuguaglianze nella denutrizione – l'*indice di concentrazione* -, che assegna un punteggio ai bambini sulla base del consumo equivalente delle loro famiglie e cattura le comparazioni inter-Paese delle disuguaglianze che non potrebbero essere ottenute attraverso confronti operati con i quintili[12].

Studi di Wagstaff e Watanabe (2000) e Gwatkin (2000) mostrano che alcuni Paesi presentano una buona performance, sia dal punto di vista delle medie nazionali di denutrizione infantile, sia dal punto di vista della distribuzione della denutrizione, mentre molti altri si mostrano virtuosi in una dimensione e carenti nell'altra. Questi studi sottolineano il fatto che le disparità nella denutrizione infantile esistono e che sussiste una stretta relazione positiva tra disuguaglianza nella salute e reddito medio – in quanto il reddito medio pro-capite è associato a crescenti livelli di salute, ma anche a più elevati livelli di disuguaglianza nella salute (Wagstaff 2002, p.3).

Tavola 1.4 Tassi di nanismo nutrizionale nei bambini al di sotto dei 5 anni e peso inferiore alla norma, per quintile di consumo equivalente

Paese	Nanismo nutrizionale						Peso inferiore alla media					
	Poveri	**2**	**3**	**4**	**Ricchi**	**Media**	**Poveri**	**2**	**3**	**4**	**Ricchi**	**Media**
Egitto	0,20	0,17	0,14	0,18	0,16	0,17	0,10	0,14	0,10	0,09	0,10	0,11
Marocco	0,39	0,36	0,31	0,20	0,15	0,28	0,23	0,20	0,16	0,10	0,06	0,15
Romania	0,25	0,28	0,23	0,24	0,20	0,24	0,09	0,07	0,06	0,07	0,06	0,07

Fonte: elaborazioni su Wagstaff e Watanabe (2000), pag. 23.

Da questi studi emerge che i bambini appartenenti ai quintili più poveri presentavano i più elevati tassi di denutrizione – comunque la denutrizione venisse misurata. Lo studio di Wagstaff e Watanabe pone l'attenzione sulle disuguaglianze fra gruppi di reddito, ma ci sono altre vie per esaminare le differenze in sotto-campi quali l'appartenenza etnica, le condizioni di salute, la posizione geografica, l'occupazione o il genere (Gwatkin 2000). Queste forme di classificazione possono fornire preziose informazioni.

[11] Anche se, utilizzando il logaritmo del PIL pro capite, si attribuisce maggior peso ad un incremento di reddito nei Paesi a basso reddito che nei Paesi ad alto reddito.

[12] Al fine di valutare le disuguaglianze socio-economiche nella salute, Wagstaff suggerisce di costruire uno strumento di misurazione della salute della popolazione che sia sensibile dal punto di vista distributivo: "Un possibile insieme di pesi potrebbe essere costituito dal posizionamento del soggetto nella distribuzione del reddito, poiché la media chiaramente pesa allo stesso modo la salute di tutti, senza considerare il livello di povertà del singolo soggetto. Un esempio di uno schema di questo tipo potrebbe essere quello che assegna alla persona più indigente un peso di 3 e poi lascia che il peso si riduca di 2/n (dove n = dimensione del campione) ad ogni avanzamento del soggetto lungo la distribuzione del reddito. L'adozione di questo insieme di pesi fornisce una misura sensibile della salute della popolazione dal punto di vista distributivo - un "indice di raggiungimento" - che è semplicemente uguale al livello medio della salute della popolazione moltiplicato per il complemento della concentrazione" (Wagstaff, 2002, pag. 27).

Un altro modo di affrontare le questioni distributive è l'osservazione delle differenze negli inputs e nelle risorse. Risultati diseguali tra gruppi socioeconomici nel campo della salute e dell'istruzione possono derivare da politiche pubbliche e programmi. Politiche mirate o programmi di sviluppo sociale possono compensare l'effetto delle disuguaglianze. Uno studio di Gatkin, Wilcox e Wray (1980) dimostrava che programmi ben progettati, mirati e realizzati possono ridurre i tassi di mortalità neonatale e infantile. Al fine di promuovere una più equa distribuzione della salute tra i poveri, sono necessari politiche e programmi ad hoc. Gwatkin e altri (1980) hanno mostrato che affidarsi esclusivamente al progresso economico non è necessariamente la miglior strategia per assicurare risultati migliori sotto il profilo della salute.

Un modo per valutare l'efficacia dei programmi pubblici è quello di osservare l'incidenza dei benefici del programma. Uno studio di Mehrotra, Vandemoortele e Delamonica (2000), che copre trenta Paesi, mostra che la distribuzione dei benefici derivanti dalla spesa pubblica nei settori dell'istruzione e della sanità è distorta a favore del 20 per cento più ricco della popolazione. Van de Walle (1998), che misura la disuguaglianza degli inputs nel settore dell'istruzione in Tunisia, mostra che l'incidenza della spesa nell'istruzione primaria è maggiore nei gruppi di reddito più poveri – con una tendenza a diminuire all'aumentare del reddito – e che la spesa nell'educazione universitaria va principalmente a vantaggio dei Tunisini più ricchi. Tuttavia, nella misurazione aggregata, se si considera anche la spesa per l'istruzione secondaria, la spesa pubblica nel settore dell'istruzione risulta favorire i privilegiati (Van de Walle 1998, pag. 368). Questi esercizi rivelano come la spesa pubblica possa essere distribuita attraverso gruppi socio-economici strategicamente rilevanti in modo tale da promuovere le disuguaglianze o prevenirle.

Un interessante approccio alla misurazione della performance dei Paesi, che considera un sotto-settore dell'economia piuttosto che la sua performance complessiva, è quello impiegato per la prima volta dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) nell'edizione 2000 del suo *Rapporto annuale sulla salute*. In questo Rapporto l'OMS distingue gli obiettivi del sistema sanitario dalle funzioni che questo sistema svolge. In entrambi i casi, sia i *livelli* di prestazione che gli *aspetti di natura distributiva* sono ritenuti rilevanti.

Lo scopo ultimo di un sistema sanitario è, naturalmente, la buona salute della popolazione. Infatti, la *bontà* (risultato) del sistema è un indicatore chiave. Ma questo indicatore è immediatamente seguito dall'*equità* del sistema. L'*equità* in questo caso è definita come la minima differenza possibile tra gruppi e individui in termini di salute. L'*equità* potrebbe fare riferimento alla differenza delle condizioni di salute di poveri e ricchi, ma anche di uomini e donne, di abitanti delle zone rurali e cittadini, ecc. Pertanto, i risultati della bontà e dell'equità sono indicatori chiave della performance del sistema, come lo sono le misure di reattività e di equità della contribuzione fiscale. In breve, con *reattività* si intende la capacità del sistema di adeguarsi alle aspettative della popolazione (ad esempio: contenuti tempi di attesa, ospedali puliti), mentre con *equità* del sistema di finanziamento della spesa sanitaria si intende una contribuzione commisurata alle effettive "capacità di spesa" dei soggetti. E' inutile dire che molto del lavoro e molti dei dati raccolti sono impiegati nella "misurazione" di questi indicatori, ma l'idea generale è chiara[13]. In aggiunta ai tre obiettivi del sistema (reattività, equa contribuzione e – in ultimo – buona salute), l'OMS definisce altre quattro funzioni sulla base delle quali il sistema viene giudicato: la buona gestione, la creazione di risorse, il finanziamento e la fornitura di servizi.

La *Tavola 1.5* mostra il posizionamento dei Paesi del Mediterraneo con riferimento al *Sistema della performance complessiva* dell'OMS (basato sull'andamento di otto indicatori).

[13] Per ulteriori dettagli su questo e su ulteriori temi, si veda il Rapporto sulla salute mondiale 2000 (OMS 2000).

Tavola 1.5 Il posizionamento dei Paesi del Mediterraneo nelle più recenti classifiche basate sull'indice complessivo della performance del sistema sanitario

Paese	Sul livello di salute	Performance complessiva del sistema sanitario	Paese	Sul livello di salute	Performance complessiva del sistema sanitario
Italia	3	2	Tunisia	16	17
Francia	4	1	Macedonia	24	24
Cipro	10	7	Algeria	15	21
E.A.U.	8	9	Iran	20	27
Spagna	5	4	Bosnia	25	25
Qatar	18	15	Turchia	12	20
Israele	13	10	Romania	33	28
Kuwait	23	16	Libano	31	26
Grecia	7	6	Giordania	32	22
Slovenia	21	12	Albania	22	18
Bahrein	11	13	Marocco	9	11
Arabia Saudita	6	8	Egitto	14	19
Malta	2	3	Siria	28	32
Oman	1	5	Ter. Pal. Oc.		
Croazia	19	14	Yemen	27	33
Libia	30	23	Iraq	26	30
Bulgaria	29	29	Serbia	17	31

Fonte: elaborazioni su Organizzazione Mondiale della Sanità (2000), pag. 152.

Non faremo ulteriori commenti sul posizionamento illustrato nella *Tavola 1.5*, piuttosto, semmai, utilizzeremo l'esempio per porre una domanda: sarebbe possibile misurare la performance del "sistema dell'infanzia" di un Paese?

I Paesi sono dotati sistemi sanitari, ma non di sistemi dell'infanzia. Inoltre, non è semplice determinare i confini di un sistema sanitario. Per esempio, le misure relative alla sicurezza del traffico dovrebbero essere incluse? E i provvedimenti di protezione ambientale o la loro assenza? Quesiti dello stesso tipo sorgono quando si desidera definire un "sistema dell'infanzia" (vale a dire, la somma totale di tutte le misure e di tutti gli sforzi che, in un Paese, vanno a beneficio del benessere dei bambini di quel Paese). Naturalmente, è più difficile rispondere a queste domande nell'ottica di definire un "sistema dell'infanzia", perché il sistema dell'infanzia incorpora parti del sistema sanitario pubblico e privato, quasi tutto il sistema dell'istruzione, le misure generali destinate ad accrescere il benessere della famiglia (ad esempio: sostegno del bambino o normative fiscali a favore dell'infanzia), le questioni relative ai diritti del bambino e la complessiva condizione di benessere del Paese (o della regione) in cui il bambino cresce. Ma, concettualmente, tutto sommato è possibile definire il sistema e costruire un indicatore di performance lungo le linee tracciate dall'*indice della performance del sistema sanitario* dell'OMS.

Al momento, i dati necessari a costruire un tale indice complessivo della performance del sistema non sono disponibili, certamente almeno non per tutti i Paesi[14]. Ma è utile dare uno sguardo ad alcuni dei possibili indicatori che formerebbero la base di un tale indice complessivo.

Ecco solo alcuni esempi dei possibili indicatori che possono essere impiegati per costruire questo indice della performance del sistema:

- mortalità neonatale o infantile maschile/femminile;
- accesso dei bambini all'acqua potabile;
- estensione della profilassi;
- tassi di scolarità maschile/femminile nella scuola materna, primaria e secondaria;
- tassi di completamento della scuola primaria;
- accesso alle cure per l'infanzia;
- assegni/indennità per i bambini o sgravi fiscali;
- numero di bambini allevati in nuclei familiari con un solo genitore;

[14] Per l'elaborazione del *Rapporto sullo sviluppo mondiale 2000* i dati non erano disponibili, ma il tema fu ritenuto così rilevante che i dati furono raccolti.

- lavoro infantile;
- gravidanza nelle adolescenti;
- comportamento criminale minorile;
- povertà infantile.

In questa concisa rassegna dei diversi metodi di affrontare il tema distributivo, evidenziamo che è importante guardare alla dispersione complessiva della distribuzione del benessere. Nella sezione che segue concentriamo l'attenzione sulla povertà infantile. La povertà è forse uno dei principali fattori che determinano il benessere complessivo dei bambini e la povertà infantile può avere conseguenze che durano per tutta la vita.

1.3 I VINCOLI AL BENESSERE: LA POVERTÀ

La povertà è la mancanza delle risorse economiche, sociali, fisiche, ambientali, culturali e politiche che sono vitali per tutti gli individui nello sviluppo del loro più pieno potenziale. Ricerche mostrano che l'impatto della povertà sui risultati ottenuti dai bambini è particolarmente pervasivo. La povertà può avere effetti negativi su quasi tutte le aree collegate al sano sviluppo dei bambini: effetti fisici, cognitivi, comportamentali, sociali ed emotivi. La scarsità di risorse economiche a livello familiare ha un impatto sulla condizione nutrizionale dei bambini, sulla salute, sullo sviluppo cognitivo. Redditi e salari ridotti per i genitori si traducono in un basso accesso di questi ultimi ai servizi e, pertanto, in un ridotto accesso ai servizi per i bambini. Un limitato accesso ai servizi sociali riduce le opportunità immediate e future dei bambini conducendo, di conseguenza, all'esclusione sociale.

Una rassegna della letteratura sulla povertà infantile rivela l'esistenza di un'ampia disponibilità di studi sulla dimensione, sull'andamento e sugli effetti della povertà infantile, così come sulla efficacia delle misure contro l'indigenza adottate dai Paesi occidentali sviluppati, in particolare dai Paesi Europei e dai Paesi di lingua inglese (Rainwater e Smeeding, 2003; Gordon, Mandy, Pantazis, Permberton e Townsed, 2003; Micklewright, 2003; Vleminckx e Smeeding, 2003; Bradbury, Jenkins e Micklewright, 2000; Smeeding e altri, 2000; Bradbury e Janti, 1999; Cornia e Danzinger, 1996; Silva, 1992; Szalai, 1992; Cornia e Sipos, 1991; Saraceno, 1990; Bradshaw, 1990). La maggior parte di questi studi utilizza dati provenienti dal *Luxembourg Income Study* (LIS) – una raccolta di dati sulle famiglie, che offre informazioni demografiche, reddituali e di spesa a tre livelli (famiglia, individuo e bambino) – e/o specifici rapporti nazionali sulla gioventù e sull'infanzia (si veda Bradbury e Janty, 1999; Cantillon e Van den Bosch, 2002; Jeandidier e Albiser, 2001; Smeeding, Rainwater e Burtless, 2000; e altri autori nella Serie dei *Working Papers del Luxembourg Income Study*). Sfortunatamente, tali dati non sempre sono disponibili per i Paesi in via di sviluppo.

Dal momento che il numero di studi e di pubblicazioni che si occupano della povertà infantile nei Paesi in via di sviluppo è molto limitato – con l'eccezione di quelli finanziati dall'UNICEF attraverso l'*Innocenti Research Centre* -, facciamo riferimento alla letteratura disponibile sulla povertà nei Paesi ricchi. Ma, che cosa si può trarre da questi contributi al fine di approfondire la conoscenza sulla povertà infantile nella regione del Mediterraneo?

In primo luogo, il fatto che la dimensione della povertà infantile cambia a seconda del metodo impiegato per misurarla. Similmente a quanto accade con riferimento ai metodi di misurazione della povertà complessiva, nessun consenso è stato raggiunto intorno al metodo di misurazione della povertà infantile. La povertà infantile è misurata o in termini assoluti (in dollari americani, sulla base della soglia ufficiale della povertà) o in termini relativi (coloro il cui reddito si trova al di sotto del 50% o 60% del reddito medio del Paese nel quale vivono). Alcuni autori hanno presentato misure della povertà infantile specificamente orientate all'infanzia. Bradbury e Janti (1999), per esempio, hanno confrontato misure assolute e relative con un terzo indicatore che mostra il divario tra i bambini più poveri e il bambino medio, cioè il reddito medio dei bambini appartenenti al quinto più povero del campione (si veda *Tavola 1.6* per le diverse misure della povertà infantile).

Tavola 1.6 I bambini che vivono in condizioni di povertà nei Paesi ricchi – differenti misure

Paese	Tasso di povertà della popolazione totale (più recente, 1994-2000)	Tassi di povertà infantile (più recenti, 1898-1995)			
		La soglia ufficiale americana della povertà	**50% della mediana complessiva (1994-2000)**	**50% della mediana infantile**	**60% della mediana complessiva**
USA	17	18,5	21,9	25,4	30,2
Canada	12,8	9	16,3	11,2	23,8
Italia	12,7	38,1	16,6	15,7	26,5
Israele	13.5	45,3	13,3	10,3	24,5
Spagna	10,1	47,3	12,2	9,7	20,1
Francia	8	17,3	7,9	6,8	14,3
Romania	8,1		10		16,8
Slovenia	8,2		6,9		12,3

Fonte: Elaborazioni su Bradbury e Janti (1999, pag. 18[15]) e su *Luxembourg Income Study* (LIS). I dati chiave sono stati ottenuti da [http://www.lisproject.org/keyfigures.htm] il 20 ottobre 2003. I dati più recenti provengono dal LIS e misurano i tassi di povertà relativa. I dati per i primi anni sono tratti da Bradbury e Janti (1999).

La *tavola 1.6* mostra che, a prescindere dal tipo di misura impiegato, nel mondo sviluppato si presentano ampie differenze in termini di incidenza della povertà. Bradbury e Janti (1999) dimostrano che i Paesi con i livelli di reddito nazionale maggiori sono capaci di garantire che pochi dei loro bambini vivano in povertà. L'eccezione è rappresentata dagli Stati Uniti, dove l'indigenza resta un problema serio nonostante si tratti del maggiore fra i Paesi industrializzati.

In secondo luogo, la tavola evidenzia che i Paesi che presentano livelli elevati di povertà complessiva mostrano tassi di povertà infantile anche maggiori. Ciò si deve in parte al fatto che i bambini hanno maggiore probabilità degli adulti e degli anziani di essere più poveri e di sperimentare una povertà persistente (Bradbury e Janti, 1999). Al contrario, i Paesi con bassi livelli di povertà complessiva tendono a presentare tassi di povertà infantile uguali o inferiori. Questa sezione non si pone l'obiettivo di ampliare la discussione su questi due punti, ma di mettere in luce quei fattori che sono direttamente correlati alla povertà. Perché la povertà colpisce il benessere dei bambini e necessita di essere documentata in qualsiasi rapporto che intenda valutare il benessere dell'infanzia nella regione del Mediterraneo.

Gli studi sul benessere dei bambini dovrebbero guardare a quei fattori che prevengono e determinano la povertà. L'ultimo *Report Card on Child Poverty in Rich Nations* dell'UNICEF (2000) presenta una panoramica dei fattori che esercitano un'influenza sui tassi di povertà dell'infanzia. L'UNICEF spiega che la diversità tra i Paesi OCSE in termini di povertà dell'infanzia è il prodotto dell'interazione di una serie di fattori quali la presenza di un solo genitore, i tassi relativi al mercato del lavoro, le disuguaglianze salariali, la tassazione e i trasferimenti propri dello stato sociale (si veda la *Tavola 1.7* per una rassegna delle conclusioni che sono emerse dalle analisi della povertà infantile nei diversi Paesi). Il *Report Card on Child Poverty in Rich Nations* conferma la conclusione cui giungono gli studi di Cornia e Danziger (1997) e di Bradbury e Janti (1999) secondo cui la povertà del bambino deve essere aggredita da molti fronti.

[15] Per la maggior parte dei Paesi, la povertà infantile è di circa un terzo inferiore se misurata rispetto al bambino mediano piuttosto che rispetto all'adulto mediano, perché il reddito familiare equivalente del bambino mediano è in qualche misura inferiore all'equivalente reddito familiare mediano della persona mediana. Ciononostante, il posizionamento complessivo dei Paesi è simile.

Tavola 1.7 Una sintesi della povertà infantile in alcuni Paesi OCSE

Paese	Tasso di povertà infantile	Unico genitore	Famiglia disoccupata	Bassi salari	Bassa spesa sociale
Francia	7,9	7,7	8,8	13,3	9,1
Spagna	12,3	2,3	10,1	19	6,3
Grecia	12,3	3,7	4,5	nd	2,9
Canada	15,5	12,2	13,4	23,7	6,8
Turchia	19,7	0,7	3,3	nd	0,7
Italia	20,5	2,8	7,6	12,5	4,5
USA	22,4	16,6	11,1	25	3,1

Note: dove il numero è assente, il raggruppamento è frutto di una stima. La povertà infantile è definita attraverso le famiglie con un reddito inferiore al 50% della media nazionale (per ulteriori dettagli sui calcoli si veda la fonte).
Fonte: elaborazioni su UNICEF (2000), A League Table of Child Poverty in Rich Nations, Child Poverty in Rich Nations, pag. 17.

Uno studio di Redmond (1999) mostra che le possibilità che un bambino sperimenti l'indigenza crescono se il bambino vive in una famiglia numerosa. I tassi di povertà relativi alle persone che vivono in famiglie con quattro o più figli sono almeno doppi rispetto a quelli relativi alle persone che vivono in famiglie con uno o due figli. In un regime di welfare universalistico, comunque, possono essere adottate politiche per la protezione delle famiglie e dei bambini, quali l'aumento dei livelli di trasferimento per singolo bambino al crescere del numero di figli presenti nel nucleo familiare, come accade nel caso della Francia[16]. La Francia sembra caratterizzarsi per una maggiore equità fra i bambini appartenenti a famiglie di dimensioni diverse, per effetto della natura del sostegno pubblico che fornisce indennità alle famiglie (Redmond, 1999). Nel complesso, se si prende in considerazione la partecipazione dei genitori al mercato del lavoro, i Paesi che destinano un'ampia spesa pubblica agli assegni familiari e agli assegni per ciascun figlio mostrano di avere tassi di povertà infantile complessiva significativamente inferiori e di generare una maggiore equità tra bambini di famiglie di diversa dimensione (Redmond, 1999; 14).

L'occupazione dei genitori è un altro dei fattori correlati alla povertà dell'infanzia. I bambini che vivono in famiglie con entrambi i genitori occupati a tempo pieno hanno maggiori possibilità di non sperimentare l'indigenza. E comunque, i figli di genitori non specializzati hanno probabilità di gran lunga maggiori di conoscere la povertà e, dal momento che il costo da sostenere per fornire al bambino una buona assistenza supera i redditi da lavoro potenziali dei genitori, molte madri decidono di restare a casa ad occuparsi dei loro figli. Per una madre, la scelta di restare a casa per prendersi cura dei figli ha un rilevante costo opportunità considerato il salario cui rinuncia non lavorando (Cantillon e van den Bosch, 2002). Perciò, come spiegano Smeeding e altri (2000), un Paese con una struttura salariale egualitaria tende ad avere tassi di povertà infantile minori.

Un esteso sistema di assegni familiari può compensare bassi salari e/o promuovere l'occupazione dei genitori ed impedire che i figli vivano in povertà. Numerosi studi (Feletto, M. 1999; Cantillon e van den Bosch, 2002; Jeandidier e Albiser, 2001; Sullivan, D. e Todd E., 2001) pongono l'attenzione sui vantaggi associati ad un sistema di assegni familiari basato sul numero di figli, sull'età e sull'accesso all'assistenza generale, che copra i costi diretti associati ai bambini. In conclusione, trasferimenti pubblici mirati mitigano gli effetti della povertà sui bambini.

L'UNICEF non ha ancora inserito dati relativi alla povertà dell'infanzia nel suo rapporto annuale *La condizione dell'infanzia nel mondo*. Ciò si deve *in primis* alla scarsità di dati ricavabili dalle analisi nazionali e internazionali. I Paesi in via di sviluppo non dispongono delle risorse o dei mezzi per raccogliere e presentare con regolarità dati sulla povertà. Nei suoi sforzi per combattere la povertà, attraverso la *Living Measurement Standard Survey* (LMSS), la Banca Mondiale ha condotto studi di misurazione della povertà con il proposito di compensare la carenza di rapporti e di ricognizioni sistematiche della povertà nei Paesi in via di sviluppo.

[16] Redmond (1999) "Famiglie numerose: svantaggiate o semplicemente diverse?" Documento preparato per la Conferenza "Il benessere del bambino nei Paesi ricchi e nei Paesi in transizione: i bambini crescono correndo il rischio dell'esclusione sociale", Luxembourg Income Study Paper, pag. 13.

Negli ultimi cinque anni, la Banca Mondiale ha condotto studi sulla povertà in un certo numero di Paesi del Mediterraneo, quali Albania, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Egitto, Giordania, Macedonia, Marocco, Romania, Tunisia e Yemen. Tuttavia, la maggior parte di questi studi ha considerato la povertà infantile solo marginalmente. In generale, la gran parte delle ricerche della Banca Mondiale sulla povertà appare carente nel presentare dati e analisi sull'indigenza infantile. La Banca Mondiale considera i dati sulla povertà infantile solo quando tratta gli aspetti demografici della povertà. Il suo più recente *Saggio strategico sull'infanzia e sull'adolescenza* (2003) presenta importanti raccomandazioni su come, nell'ambito dei propri studi sul tema della povertà, le tematiche relative all'infanzia, e in particolare alla povertà dei bambini, dovrebbero essere inserite fra quelle di maggiore rilievo.

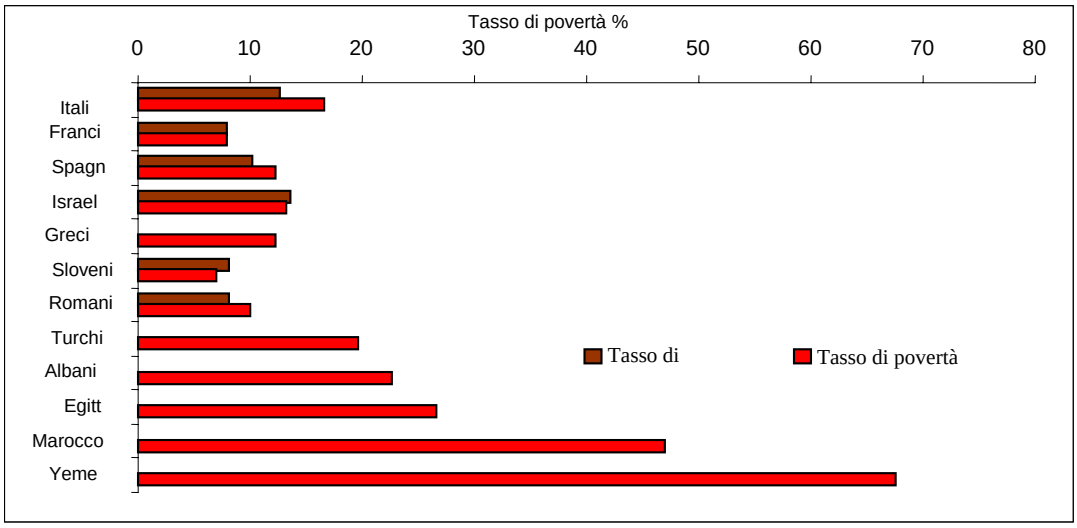
Le analisi della Banca Mondiale sulla povertà concordano sul fatto che, nel complesso, i bambini dell'Asia orientale e centrale presentano un rischio di povertà particolarmente elevato, soprattutto quando vivono in famiglie ampie, con tre o più fratelli (Banca Mondiale 1999, 2002a 2002b, 2003e, 2003f). Secondo tali analisi, circa un terzo dei poveri in Bosnia Erzegovina è costituito da bambini; in Bulgaria i bambini al di sotto di dieci anni rappresentano quasi il 20 per cento dei poveri; in Albania le famiglie con tre o più figli sono particolarmente vulnerabili alla povertà (Banca Mondiale, 1997) e in Macedonia è il numero dei bambini, piuttosto che il numero degli adulti presenti in una famiglia, ad avere un forte impatto sulla condizione di indigenza di quest'ultima (Banca Mondiale, 1999). L'UNICEF e gli altri soggetti che hanno monitorato gli effetti della transizione all'economia di mercato sui bambini, supportano queste conclusioni. Sipos e Cornia (1991) spiegano che la povertà costituisce un problema strutturale che affligge l'infanzia della regione e Branko (1998) afferma che i bambini di età inferiore ai 14 anni hanno una probabilità di sperimentare la povertà che è da 20 a 70 volte più elevata di quella dell'abitante medio della regione.

Gordon e colleghi (2003), facendo uso di dati tratti dall'LMSS e da studi nazionali, hanno condotto una ricerca sulla povertà infantile in 54 Paesi, prevalentemente Paesi sub-sahariani. Di questi, solo 3 – Egitto, Marocco e Yemen – fanno parte della regione mediterranea. Gordon e colleghi misurano la povertà del bambino in termini di carenze e dimostrano che il 57 per cento dei bambini che vivono nelle zone rurali e il 9 per cento di quelli che abitano le città del Medio Oriente e dell'Africa del Nord versano in condizioni di povertà assoluta (cioè soffrono di due o più carenze gravi). Gli autori mostrano che nello Yemen, il Paese più povero della regione mediterranea, circa metà del numero totale dei ragazzi al di sotto dei diciotto anni vive in condizioni di povertà assoluta.

Analogamente, gli studi sulla povertà della Banca Mondiale (2002b) dimostrano che il 46 per cento di tutti i bambini dello Yemen vive in povertà, contro il 38 per cento degli adulti,. L'incidenza della povertà è, quindi, 21,1 per cento maggiore nei bambini che negli adulti (Banca Mondiale, 2002b). In Marocco, dove il 44 per cento dei poveri è rappresentato da bambini di età inferiore ai 15 anni e il 25 per cento del totale dei bambini è povero, l'incidenza della povertà nei bambini è circa 1,5 volte maggiore che negli adulti. Come in Egitto e nello Yemen, la povertà in Marocco si concentra nelle zone rurali, dove i bambini hanno una probabilità da 4 a 10 volte maggiore di essere poveri (Banca Mondiale, 2001b).

La *Figura 1.1* presenta i dati sulla povertà in alcuni Paesi del Mediterraneo. I Paesi sviluppati del Mediterraneo si comportano meglio di quelli meno sviluppati della regione. Tuttavia, la povertà colpisce direttamente i bambini sia nei Paesi ricchi che in quelli poveri. A prescindere dal livello del reddito e dalla diffusione della povertà infantile, i bambini restano la fascia di età a maggior rischio e vulnerabilità.

Figura 1.1 Tassi di povertà infantile in alcuni Paesi del Mediterraneo



Note: i dati sulla povertà infantile provengono da diverse fonti; occorre pertanto essere cauti quando si operano confronti. La figura costituisce solo un'approssimazione, dal momento che i dati variano sia per anno che per misurazione.
Fonte: i dati per Egitto, Marocco e Yemen si riferiscono alla *povertà infantile assoluta* come definita da Gordon e altri (2003); i dati relativi a Turchia e Grecia sono definiti dall'UNICEF (2000); i dati per l'Albania provengono dalla Banca Mondiale e si riferiscono alle sole aree rurali; gli altri dati hanno fonte LIS e differiscono per anno.

In conclusione, dovrebbero essere condotte delle analisi esaustive per raccogliere più dati sui bambini che vivono in povertà al fine di metterci in grado di rappresentare con maggiore precisione il benessere dell'infanzia nella regione del Mediterraneo. Ulteriori dati sull'intensità e sulla durata della povertà sperimentata dai bambini susciteranno nei governi le necessarie reazioni a sostegno di politiche macroeconomiche integrate e attente all'infanzia. Questi commenti conclusivi sulla povertà infantile terminano la prima sezione del documento. La prossima sezione è dedicata esclusivamente alle misure e alle valutazioni del benessere del bambino.

2 VALUTARE IL BENESSERE DEI BAMBINI

Nella sezione precedente abbiamo trattato gli indici complessivi del benessere più diffusamente impiegati e abbiamo mostrato che cosa risulti possibile (e che cosa non lo sia) quando si vogliono combinare diversi aspetti del benessere in un unico strumento di misurazione. Successivamente abbiamo sottolineato l'importanza di incorporare in un tale indice informazioni di carattere distributivo. Può trattarsi non solo di informazioni relative alla distribuzione del reddito, ma anche di informazioni inerenti gli effetti distributivi di politiche (settoriali) o la distribuzione di indicatori del reddito sociale.

D'ora in avanti, la nostra attenzione sarà posta esclusivamente su indicatori e indici del benessere dell'infanzia. Noi mostriamo come, nel tempo, il numero di indicatori del benessere dell'infanzia sia cresciuto e abbia cambiato natura. Nella gran parte dei casi, questi indicatori non sono combinati in un indice esaustivo. Ma trattiamo anche dei tentativi di effettuare nuovi rilevamenti e di impiegare i dati ottenuti per derivarne un singolo *indice* complessivo del benessere infantile. A questo scopo attingiamo da sforzi e ricerche sia internazionali che nazionali.

2.1 LE DIMENSIONI DEL BENESSERE DEI BAMBINI

Passando in rassegna la letteratura nazionale e comparata relativa al benessere dei bambini, si rileva l'esistenza di un ampio elenco di studi e rapporti in corso di elaborazione che monitorano il benessere dell'infanzia nel mondo. In questi studi, il benessere dei bambini è presentato come un concetto multi-

dimensionale che può essere analizzato attraverso molteplici dimensioni e campi, e facendo ricorso ad una combinazione di indicatori che catturino ciascuna delle dimensioni.

La letteratura definisce il *benessere dell'infanzia* in modo estensivo, coinvolgendo nella definizione tutti gli aspetti della vita di un bambino – cioè il benessere fisico, mentale, sociale, emotivo ed economico – di cui il bambino necessita per condurre una buona esistenza. Nessuna singola dimensione può spiegare da sola interamente il concetto di benessere e la maggior parte degli studi fa riferimento ad un insieme comune di dimensioni. Queste dimensioni rappresentano i principali settori della società: istruzione, salute ed economia. In un recente studio di Micklewright e Stewart (2000)[17] sul benessere infantile nei Paesi Europei, membri e non dell'Unione, gli autori hanno fatto riferimento alle tre dimensioni – condizione economica, salute e istruzione – per valutare il benessere dei bambini.

Gli stessi autori, in un altro rapporto sul benessere dei bambini nell'Unione Europea, hanno aggiunto una quarta dimensione – l'esclusione sociale[18] – alle tradizionali tre dimensioni (Micklewright 2000, 2001). Per i Paesi che hanno già raggiunto significativi risultati sotto il profilo della sopravvivenza dell'infanzia, la tendenza è quella di includere l'esclusione sociale fra le dimensioni del benessere del bambino. Un numero sempre maggiore di rapporti presenta dimensioni che superano i confini della struttura tradizionale e incorporano dimensioni che attengono al rischio o ai fattori abilitanti dello sviluppo. L'obiettivo si è spostato verso il benessere emotivo, psicologico e cognitivo, e perfino verso misure soggettive del benessere. In tali casi si è andati oltre le più comuni misure dello sviluppo infantile, che prendevano in considerazione le carenze nello sviluppo, i problemi comportamentali e gli esiti negativi, fino ad incorporare indicatori che misurano sia attributi positivi che risultati.

Le nuove strutture alternative considerano non solo indicatori macroeconomici, ma anche indicatori relativi all'ambiente immediatamente circostante il bambino, come le caratteristiche del vicinato e il livello di istruzione della famiglia. Per fare un esempio, il *Rapporto bambini d'America 2003* (*Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics*, 2003) fa riferimento alla sicurezza economica, alla salute, al comportamento e al contesto sociale, all'istruzione, e a dimensioni relative alla popolazione, alla famiglia e al vicinato (per ulteriori riferimenti a questo Rapporto si vedano la *Tavola 2.1* e la sezione successiva). Ben-Arieh e altri (2002)[19] hanno proposto una nuova struttura a cinque campi e una lista di cinquanta indicatori, alcuni dei quali già esistenti e altri che devono essere costruiti (si veda la *Tavola 2.1*). La lista degli indicatori è dettagliata e vasta e copre quasi tutte le aree che direttamente influenzano la condizione dei bambini. Sfortunatamente una lista così esauriente di indicatori potrà solo scoraggiare i Paesi, soprattutto quelli che ancora non sono in grado di monitorare indicatori sociali comunemente impiegati.

Per la gran parte il dibattito internazionale si è concentrato su quale tipologia di indicatori sociali misurasse il benessere. Gli indicatori più comunemente usati, raggruppati nelle tradizionali tre dimensioni, sono la denutrizione, i tassi di mortalità infantile e neonatale (per la salute), i tassi lordi di scolarità primaria (per l'istruzione) e il PIL o il reddito (per la componente economica). Tuttavia, come accade per le dimensioni, gli indicatori possono variare in funzione dell'ambito della misurazione (livello nazionale o locale) e del contesto specifico (Paesi sviluppati, Paesi in via di sviluppo).

A seconda dell'obiettivo assegnato allo studio e del contesto nel quale è collocato, certe dimensioni e indicatori assumono priorità o enfasi rispetto ad altri. Ciò perché Paesi che si trovano in differenti stadi dello sviluppo umano fanno riferimento a differenti indicatori di misurazione del benessere. I Paesi poveri in via di sviluppo hanno ancora necessità di misurare la sopravvivenza infantile, laddove invece i Paesi sviluppati possono andare oltre il tema della sopravvivenza e considerare aspetti più ampi. Per fare un esempio, dal momento che la maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea ha similmente raggiunto

[17] Micklewright e Stewart hanno condotto estesi studi sul benessere dei bambini per conto dell'*UNICEF Innocenti Research Centre on Child Development*. Il loro lavoro si è concentrato essenzialmente sui Paesi industrializzati.

[18] A differenza della povertà, l'esclusione sociale non si riferisce solo alla mancanza di risorse economiche, ma anche agli effetti soggettivi di un limitato accesso ai servizi, nonché alle carenze nella famiglia, nell'alimentazione, nella sicurezza e nella salute. *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia* (1989) distingue quattro principali dimensioni del benessere: la sopravvivenza, la protezione, lo sviluppo e la partecipazione (inclusione ed esclusione). La *Convenzione sui diritti dell'infanzia* è disponibile all'indirizzo http://www.unicef.org/crc/crc.htm.

[19] Gli autori hanno preso parte ad un ciclo internazionale di seminari sul monitoraggio e la misurazione del benessere infantile, tenuti in Israele, Italia e Stati Uniti negli anni 1994-1997. La Conferenza su "Monitoraggio e misurazione del benessere dei bambini" si tenne a Bethesda, nel Maryland, nel 1994. Altri due seminari furono tenuti a Gerusalemme nel 1996 e in Italia nel 1997.

contenuti livelli di denutrizione infantile ed elevati tassi di scolarità primaria, invece degli indicatori di scolarità primaria, gli stessi forniscono indicatori che pongono l'attenzione sui tassi di scolarità all'età di sedici anni, o sugli esiti delle analisi comparate di risultati di programmi di valutazione del livello di istruzione quali l'*Internal Math and Science Study TIMSS*. Inoltre, invece di riferire sui tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni, i rapporti dell'Unione Europea considerano i tassi di mortalità per età diverse (Micklewright e Stewart, 2000).

Gli indicatori impiegati per valutare le diverse dimensioni hanno tratto origine dai generici *indicatori orientati all'infanzia*. Gli indicatori orientati all'infanzia assumono il bambino come unità delle loro analisi. Micklewright (2000) e altri spiegano che, allo scopo di ottenere una misurazione più accurata del benessere dei bambini, si può attribuire una dimensione "infanzia" a quasi tutti gli indicatori sociali. Per esempio, "*il PIL pro capite è una proxy grezza del reddito medio delle famiglie con bambini. Qualsiasi seria analisi dell'andamento dei redditi medi delle famiglie avrebbe bisogno di un indicatore più direttamente correlato al settore famiglie, e con quel settore ai bambini.*" (Micklewright e Kitty, 1999; pag. 97). Lo stesso vale per le misure della disoccupazione: "*Il tasso di disoccupazione è una misura standard della debolezza del mercato del lavoro di un Paese. Ma di maggiore rilevanza per il benessere infantile è la quota di bambini che vivono in famiglie dove nessun adulto lavora*" (Atkinson, 1998).

Gli indicatori stanno diventando progressivamente sensibili allo sviluppo – il che significa che misurano il benessere dell'infanzia in diverse fasi dello sviluppo. Il rapporto intitolato *Il benessere dell'infanzia in Canada* (2002)[20] chiarisce che le misure del benessere che possono essere importanti nel caso dei bambini dell'età di un anno, possono risultare inadatte per quelli di altre età, perché gli indicatori si adeguano all'età. Il benessere dell'infanzia dovrebbe essere misurato "*attraverso una tecnica sensibile allo sviluppo, con strumenti di misurazione che riflettano i bisogni, le sfide e i risultati di ciascuno stadio dello sviluppo*[3]." (*Il futuro dei bambini*, 2002). Lo studio stabilisce una struttura a cinque campi – salute fisica e sviluppo motorio, salute emotiva, conoscenza sociale e competenza, apprendimento cognitivo, comunicazione linguistica – e un insieme di indicatori di risultato correlati all'età per ciascun campo.

Un fattore che deve essere tenuto in considerazione quando si lavora con specifici gruppi di popolazione è l'adeguatezza culturale di certi indicatori. Culture diverse possono avere differenti concetti di ciò che è importante per il benessere dei bambini e, pertanto, possono far riferimento a indicatori diversi o attribuire un'importanza diversa agli stessi indicatori[21]. Di solito, la gamma di indicatori viene ampliata fino ad includere credenze culturali locali. In una regione come quella mediterranea, dove si trovano differenti gruppi culturali, si dovrebbe operare il tentativo di impiegare indicatori di misurazione del benessere che siano significativi per i gruppi locali. Ne consegue che monitorare un particolare gruppo culturale richiederebbe l'impiego di indicatori che riconoscano i valori della cultura locale e, al contempo, di indicatori comuni a tutti i gruppi culturali.

La *Tavola 2.1* mostra un'istantanea delle varie dimensioni impiegate per misurare il benessere dell'infanzia in diversi studi e rapporti. Dal momento che alcuni di questi rapporti includono una lista più ampia di indicatori per dimensioni, alla fine di questa sezione presentiamo una tavola con gli indicatori più comunemente utilizzati per rappresentare ciascuna delle dimensioni. La *Tavola 2.1* mette in evidenza come lo scopo specifico del rapporto determini la selezione di particolari dimensioni del benessere infantile.

[20] Human Resources Development Canada e Health Canada (2002), Il Benessere dei bambini in Canada, Rapporto del Governo del Canada [www.socialunion.gc.ca].
[21] "Il Futuro dei bambini" [http://www.futureofchildren.org/discussion 2873/discussion_show.htm?doc_id=105773].

Tavola 2.1 Le dimensioni del benessere dei bambini

Studio/Rapporto	Obiettivo	Dimensioni
Struttura tradizionale	Misurare il benessere dei bambini	Istruzione Salute Alimentazione Condizione economica
Micklewright e Stewart (2000)	Misurare le differenze rilevabili nel benessere dei bambini dei Paesi europei aderenti e non all'Unione	Benessere economico Salute Istruzione
Micklewright e Stewart (1999, 2000)	Misurare se il benessere dei bambini nell'Unione Europea è stato convergente negli ultimi decenni	Salute e sopravvivenza Benessere materiale Istruzione e sviluppo personale Partecipazione sociale
America's Children (2003)	Fornire un'ampia sintesi annuale degli indicatori nazionali del benessere dell'infanzia	Popolazione Sicurezza economica Salute Comportamento Contesto sociale Istruzione Caratteristiche del vicinato
Il benessere dei bambini in Canada (Dipartimento delle Risorse per lo Sviluppo Umano, Canada, 2002)	Formare consapevolezza e conoscenza di ciò che fanno i bambini al di sotto dei 5 anni in Canada	Salute fisica e sviluppo motorio Salute emotiva Conoscenza sociale e competenza Apprendimento cognitivo Comunicazione linguistica
Monitorare e misurare il benessere dei bambini (Ben-Arieh e altri, 2001)	Monitorare il benessere dei bambini nei diversi Paesi	Attività dei bambini Contributo alle risorse economiche a disposizione dei bambini Capacità di vita sociale Capacità di vita personale Sicurezza e condizione fisica

Ben-Arieh e altri (2002) descrivono le recenti tendenze nelle definizioni e negli studi del benessere dell'infanzia che caratterizzano lo scenario internazionale. Gli autori spiegano che a livello internazionale si sono verificati quattro principali cambiamenti nella determinazione del benessere del bambino. In primo luogo, un passaggio dalla sopravvivenza al benessere, alla luce del quale le misure di profilassi infantile e di scolarità risultano ancora importanti, ma sono divenute insufficienti per misurare la qualità della vita dei bambini di oggi. In secondo luogo, la transizione verso indicatori con risultati positivi, che ben si associano ai tradizionali indicatori focalizzati sulle carenze o sui risultati negativi. In terzo luogo, un passaggio dal *ben-divenire* al *ben-essere*, che riflette la tensione fra due principali strutture – quella che si concentra sul preparare i bambini ad un'età adulta produttiva e felice, e quella che si concentra sulla condizione attuale dei bambini. In fine, un quarto cambiamento descrive la necessità di andare oltre la misurazione dei bisogni per concentrarsi su nuovi campi, quali il divertimento e la ricreazione, il contesto locale e di prossimità.

Come si può notare, lo sviluppo di misure del benessere dell'infanzia ha subito cambiamenti e continuerà a subirne. Nella prossima sezione, presentiamo i tentativi di monitoraggio del benessere dei bambini attualmente in corso a livello nazionale e internazionale.

2.2. MONITORARE IL BENESSERE DEI BAMBINI

Nel mondo, molti Paesi sviluppati raccolgono e pubblicano dati sia a livello governativo che a livello non governativo. Ben-Arieh e altri (2001) presentano una lista completa dei tentativi, passati ed attuali, operati a livello nazionale[22]. Scopo di tali tentativi di monitoraggio è collocare le tematiche relative all'infanzia al primo posto delle agende nazionali e fornire un quadro chiaro di come i Paesi stiano procedendo nel promuovere il benessere dell'infanzia per alimentare il dialogo politico e le riforme. Ma in che modo i Paesi monitorano il benessere dei bambini?

[22] In Ben-Arieh e altri (2001) si veda l'Allegato 1 per Ben Arieh (1995), Le condizioni dell'infanzia in Israele 1992-1995; e Bothayna (1988), Le condizioni dell'infanzia in Egitto.

I Governi e le organizzazioni non governative monitorano le condizioni dell'infanzia attraverso rapporti periodici ufficiali e nazionali. La maggior parte dei Paesi occidentali sviluppati, fra cui Australia, Canada, Regno Unito e Stati Uniti, produce ogni anno rapporti nazionali e studi che tracciano un profilo dei propri bambini e dei propri giovani. Questi rapporti sono facilmente reperibili sia per i politici che per il pubblico in genere. La prospettiva e il contenuto di questi rapporti variano fortemente; alcuni Paesi prestano particolare attenzione ad un singolo campo – la salute – laddove altri si concentrano su specifici gruppi – i bambini a rischio di indigenza. La gran parte degli studi è settoriale; pochi Paesi producono un rapporto complessivo ed esaustivo, perché farlo richiederebbe una struttura istituzionale adeguata[23]. Paesi come gli Stati Uniti hanno creato commissioni interministeriali che fanno pervenire tutte le questioni relative all'infanzia ad un unico gruppo di esperti, che ha l'obiettivo di elaborare le politiche per l'infanzia nei diversi settori e di monitorare il benessere dei bambini. Nelle sezioni che seguono, faremo una breve sintesi di alcuni dei tentativi di monitoraggio delle condizioni dell'infanzia compiuti dai Governi nazionali e dalle organizzazioni internazionali.

2.2.1 **Gli attuali tentativi a livello nazionale**

Gli sforzi operati a livello nazionale hanno fornito contributi al dibattito internazionale sul benessere infantile. La rassegna che segue si focalizza su Stati Uniti e Canada. Questi Paesi hanno prodotto numerosi rapporti sul benessere dei bambini a livello regionale, statale e federale; un esempio interessante di quanto potrebbe essere fatto dai Governi della regione mediterranea.

A differenza di quanto avviene negli Stati Uniti e in Canada, non molti Paesi della regione del Mediterraneo monitorano con regolarità il benessere dei bambini a livello nazionale e regionale. Ciò è dovuto soprattutto al fatto che gli interessi dei bambini sono rappresentati da una varietà di entità governative diverse, e ciò si traduce nella ulteriore invisibilità delle statistiche ufficiali. Come molti altri Paesi nel mondo, fino al 1994 gli Stati Uniti non avevano un singolo dipartimento di Stato specificamente responsabile per il benessere dell'infanzia. Per superare questa barriera, il Governo degli Stati Uniti ha creato il *Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics*[24]. L'obiettivo del *Forum* è il monitoraggio del benessere dei bambini nei diversi settori e, nel 1997, il *Forum* ha pubblicato il suo primo rapporto annuale, *America's Children Key National Indicators of Well Being*. Il rapporto presentava un certo numero di indicatori orientati all'infanzia, tratti da una serie di ricognizioni federali e nazionali, di statistiche ufficiali e di statistiche demografiche. Da allora, questo rapporto annuale presenta un compendio di indicatori che illustrano le opportunità e le difficoltà con cui i bambini si confrontano negli Stati Uniti.

Il rapporto *America's Children* include una selezione completa di 25 indicatori-chiave che ritraggono il benessere dei bambini americani raggruppati in quattro aree o dimensioni: sicurezza economica, salute, comportamento e contesto sociale, istruzione. Il rapporto presenta dati sulle misurazioni relative al contesto, che descrivono i cambiamenti nelle caratteristiche della popolazione, nell'assetto della famiglia e, come connotazioni speciali, negli stili di vita.

Due anni dopo la prima pubblicazione dell'*America's Children* il *Dipartimento americano per la salute e i servizi umani* ha pubblicato il rapporto intitolato *Tendenze nel benessere dell'infanzia e della gioventù americana* (*Dipartimento della salute e dei servizi umani*, 2001). Questo rapporto presenta un quadro più ampio e più dettagliato del benessere dei bambini negli Stati Uniti. Il rapporto comprende circa 80 indicatori[25] del benessere, raggruppati in cinque aree, simili a quelli impiegati dal *Federal Interagency Forum* (si veda la *Tavola 2.2*). La principale differenza tra i due rapporti consiste nella presenza, nell'ultimo, di una più ampia gamma di indicatori all'interno di ciascun campo. Ognuna delle cinque dimensioni incluse nell'*America's Children* è ulteriormente divisa in categorie. Entrambi i rapporti

[23] Nei Paesi del Mediterraneo, la competenza governativa sull'infanzia è affidata: in Grecia al Ministero della Salute e del Welfare; in Italia al Ministero del Welfare; e in Spagna ai livelli regionale e nazionale. Grecia e Francia non hanno riferimenti specifici per le politiche dell'infanzia.
[24] L'*Interagency Forum on Child and Family Statistics* costituisce il primo vero tentativo di creare un'agenzia coordinata per produrre dati sull'infanzia. A questa data, il *Forum* ha pubblicato rapporti annuali del benessere dei bambini americani.
[25] Sin dalla sua prima pubblicazione, parecchi indicatori sono stati riscritti o rimossi. Le informazioni tratte da ciascun indicatore sono presentate attraverso grafici che mettono in luce tendenze fondamentali, differenze tra i sottogruppi di popolazione e tavole che forniscono informazioni più dettagliate. Inoltre, i dati presentati per ciascun indicatore sono posti a confronto con quelli relativi all'anno precedente e qualsiasi cambiamento statisticamente significativo (incremento o decremento) è messo in evidenza per indicatore.

riflettono gli sforzi del Governo di raccogliere all'interno dello stesso studio tutti i dati rilevanti per delineare il benessere dell'infanzia.

Il Governo degli Stati Uniti non è stato l'unica organizzazione attiva nel monitoraggio del benessere dei bambini negli Stati Uniti. Dal 1990, l'*Annie Casey Foundation* ha pubblicato il *Kids Count Data Book*. Il *Kids Count* è un progetto statale e federale che descrive le condizioni dei bambini negli Stati Uniti. I dati sugli aggregati nazionali forniscono un'immagine degli sforzi medi operati dagli Stati Uniti – o da qualsiasi altro Paese –in termini di politiche a sostegno dell'infanzia, e dei risultati in termini di miglioramento delle condizioni dei bambini.

Il *Kids Count* costituisce un importante strumento di osservazione per confrontare la performance dei singoli Stati con le misure aggregate a livello federale. Questo rapporto ha l'obiettivo di valutare la serietà dei problemi che i bambini affrontano e di guidare i politici nello sviluppo di misure a sostegno dell'infanzia. Basato sui migliori fra i dati disponibili, il *Kids Count* fornisce Stato per Stato un quadro che si fonda su 10 misure della condizione fisica, sociale, educativa ed economica dei bambini negli Stati Uniti. Gli indicatori impiegati riflettono una vasta gamma di fattori che influenzano il benessere dei bambini, così come esperienze relative a differenti fasi dello sviluppo, dalla nascita fino alla prima età adulta. Gli indicatori del *Kids Count* consentono validi confronti, perché sono coerenti nei diversi Stati e omogenei dal punto di vista cronologico (*The Annie Casey Foundation* 2003).

Inoltre, anche singoli Stati americani monitorano il benessere dei bambini. Per esempio, l'*indice del benessere dei bambini della Carolina del Nord* (*North Carolina Child Advocacy Institute* 2003) riassume in un'unica pubblicazione accurate informazioni sull'infanzia e sulla gioventù nella Carolina del Nord derivate da molte fonti, allo scopo di fornire i migliori dati disponibili. Il rapporto presenta indicatori del benessere per quattro dimensioni: sanitaria, educativa, sociale ed economica. Gli indicatori selezionati sono misure quantificabili del comportamento del bambino, della famiglia e della comunità in due periodi di tempo, un anno base e un anno più recente, allo scopo di mostrare la variazione percentuale per ciascun indicatore.

Un altro Paese che ha mostrato interesse nel misurare il benessere dell'infanzia è il Canada. Gli sforzi compiuti dal Canada sono comparabili a quelli compiuti dagli Stati Uniti. In Canada, *Il progresso dei bambini del Canada* viene pubblicato dal 1996 (*Canadian Council on Social Development* 2002). *Il progresso dei bambini del Canada* incorpora altre dimensioni oltre alle tre tradizionali (si veda la *Tavola 2.2*). L'insieme di dati impiegato per *Il progresso dei bambini del Canada* fa ampio riferimento al *Rapporto nazionale longitudinale sull'infanzia e la gioventù* (*NLSCY*) – la base dati primaria del Paese per quanto attiene ai bambini e ai giovani. L'esperienza canadese mostra che, per essere in grado di monitorare il benessere dei bambini a livello federale e statale, i Paesi devono prima raccogliere in modo adeguato i dati rilevanti.

In Canada l'*NSCY* ha condotto a una serie di altre iniziative dedicate ai bambini più piccoli. Nel 1997, *Human Resources Canada* ha finanziato un'iniziativa nazionale, chiamata *Capire i primi anni* (*UEI*), finalizzata a raccogliere e diffondere dati che fornissero alle comunità informazioni sul comportamento dei bambini più piccoli con riferimento a cinque dimensioni chiave di apprendimento[26]. Lo studio mappa i luoghi della comunità in cui i bambini vivono e i luoghi in cui i bambini possono accedere a programmi e servizi loro dedicati (Mustard e McCain 1999). La *Tavola 2.2* riassume i tentativi di monitoraggio canadesi e statunitensi qui presentati.

[26] Per informazioni su questa iniziativa si può consultare il sito http://www.hrdc-drhc.gc.ca/dept/millennium/early.shtml

Tavola 2.2 Rapporti canadesi e americani di monitoraggio nazionale del benessere dell'infanzia

Rapporto	Campi
America's Children Key National Indicators of Well-Being	Popolazione Sicurezza economica Salute Comportamento Contesto sociale Istruzione Caratteristiche del vicinato
Kids Count Data Bank	(Non sono impiegati campi, solo indicatori selezionati) Percentuale di bambini nati sotto peso Tasso di mortalità neonatale Tasso di mortalità infantile Tasso di mortalità adolescenziale per incidenti, ecc. Tasso di natalità da adolescenti Elevato abbandono scolastico Percentuale di adolescenti fuori dalla scuola e disoccupati Bambini indigenti Bambini che vivono in famiglie in cui nessun genitore ha un lavoro a tempo pieno Percentuale di bambini che vivono in famiglie con un solo genitore
The Progress of Canada's Children	Ritratto dell'infanzia e dell'adolescenza Vita familiare Sicurezza economica Sicurezza fisica Risorse della comunità Vitalità civica Condizioni di salute Impegno sociale Apprendimento Profilo della forza lavoro giovanile

Le esperienze del Canada e degli Stati Uniti dimostrano che l'elaborazione di rapporti nazionali e locali costituisce il primo passo nella misurazione del benessere dell'infanzia. In tutto il mondo in via di sviluppo, nei loro tentativi di documentare il benessere dei bambini i Paesi non hanno proceduto con la stessa sistematicità adottata dai Paesi sviluppati. I Paesi mediterranei interessati al monitoraggio del benessere dell'infanzia hanno bisogno di stabilire un quadro istituzionale che agevoli la raccolta e la diffusione di dati. I Governi o le società civili potrebbero guidare questi sforzi.

Prima di concludere questa sezione, vorremmo mettere in evidenza il fatto che i Paesi che stanno monitorando da vicino il benessere dei bambini sono anche impegnati in un vivo dibattito sulla selezione di nuovi indicatori che meglio rappresentino le condizioni dell'infanzia[27]. Nel prossimo paragrafo presentiamo alcuni degli attuali tentativi di monitoraggio del benessere dei bambini nei Paesi in via di sviluppo. Come nel caso dei tentativi precedentemente illustrati, il dibattito internazionale si è concentrato anche sulla selezione di indicatori adeguati.

2.2.2 **Gli sforzi a livello internazionale**

Gli sforzi operati a livello internazionale per monitorare il benessere dei bambini sono tanto importanti quanto lo sono le iniziative a livello nazionale. L'UNICEF, l'organizzazione leader mondiale nelle attività a favore dell'infanzia, vanta la più lunga tradizione nel monitoraggio del benessere del bambino nel mondo in via di sviluppo. Il rapporto fondamentale dell'UNICEF intitolato *La condizione dei bambini nel mondo*, che trae i dati dalle ricognizioni nazionali e distrettuali e assembla questi dati in un unico documento, è una rassegna annuale degli indicatori fondamentali della sopravvivenza e dello sviluppo del bambino. Questa iniziativa monitora l'impegno degli Stati per il benessere dei bambini in tutta la terra. Il rapporto classifica i Paesi sulla base dei risultati da essi ottenuti in termini di riduzione dei tassi di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni (*U5MR*). Il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è altamente correlato con misure della salute, quali nutrizione, peso inferiore alla media, prevalenza di malattie contagiose, accesso all'acqua potabile. Il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è il più importante indicatore individuale nella classificazione del benessere dei bambini,

[27] Per gli Stati Uniti, per esempio, ci si riferisce a Hauser, Brown e Poster (1997).

perché è il prodotto di un'ampia gamma di input che sono pesantemente interrelati. La *Tavola 2.3* mostra il posizionamento dei Paesi del Mediterraneo operato sulla base del tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni.

Tavola 2.3 La performance dei Paesi in termini di U5MR misurata dall'UNICEF

Paese	U5MR	Classifica RM	Paese	U5MR	Classifica RM
Italia	6	28	Tunisia	27	13
Francia	6	28	Macedonia	26	14
Cipro	6	28	Algeria	49	3
Emirati Arabi Uniti	9	26	Iran	42	6
Spagna	6	28	Bosnia	18	19
Qatar	16	23	Turchia	43	5
Israele	6	28	Romania	21	16
Kuwait	10	25	Libano	32	9
Grecia	5	33	Giordania	33	8
Slovenia	5	33	Albania	30	10
Bahrein	16	20	Marocco	44	4
Arabia Saudita	28	11	Egitto	41	7
Malta	33	33	Siria	28	11
Oman	13	24	Yemen	107	2
Croazia	8	27	Serbia	19	17
Libia	19	17	Territori Palestinesi Occupati	24	15
Bulgaria	16	20	Iraq	133	1

Note: I Paesi sono classificati in ordine decrescente; un numero più elevato significa che il Paese sta migliorando.
Fonte: elaborazioni su UNICEF, *La condizione dei bambini nel mondo* 2003; pag. 83. I dati per l'U5MR si riferiscono al 2001.

Ne *La condizione dei bambini nel mondo*, i dati relativi all'*U5MR* sono accompagnati da una serie di indicatori economici e sociali, quali la condizione femminile, la spesa pubblica per la salute e l'istruzione, l'AIDS, e altro. Non tutti gli indicatori impiegati nel rapporto sono orientati all'infanzia. Ciò è dovuto in parte al fatto che l'UNICEF trae i dati da fonti secondarie. La maggior parte dei Paesi non è ancora in grado di raccogliere dati di buona qualità ed è ancor meno in grado di produrre indicatori orientati all'infanzia. Pertanto, qualsiasi Paese che compia un tentativo globale di monitorare il benessere del bambino dovrà affidarsi ai dati disponibili oppure, come fa l'UNICEF, dovrà finanziare proprie rilevazioni come la *Multiple Indicator Cluster Survey*.

La *Multiple Indicator Cluster Survey* (*MICS*) consiste in ricognizioni e questionari sulle famiglie, che raccolgono dati sui bambini, dati che possono essere incorporati in qualsiasi rapporto nazionale. Dal 1998, l'UNICEF ha prestato aiuto ai Paesi che producevano rapporti e ricognizioni statistiche nazionali (generalmente deboli) nel colmare le lacune nei dati relativi all'infanzia. La *MICS* ha abilitato quasi 100 Paesi a raccogliere dati attendibili a livello familiare[28] per circa 63 indicatori correlati con l'infanzia. In collaborazione con la Banca Mondiale, la MICS impiega un *indice della ricchezza*, ottenuto dalla somministrazione di questionari sulla proprietà di beni e di case, per identificare quintili di popolazione e misurare le disparità nell'accesso e nel risultato dei servizi in diversi gruppi demografici.

Un'altra iniziativa internazionale dell'UNICEF che monitora il benessere dei bambini è *Politiche pubbliche e condizioni sociali – Monitorare la transizione nell'Europa centrale e orientale e nei Paesi appartenenti al Commonwealth*, meglio conosciuto come *Progetto MONEE* (Fajth, 2002). A differenza della *MICS*, il *Progetto MONEE* si concentra esclusivamente sui Paesi dell'Ex Unione Sovietica traendo dati da fonti secondarie come le istituzioni statistiche nazionali. La maggioranza dei Paesi della regione raccoglie dati rilevanti per l'infanzia, ma non possiede i mezzi per elaborare questi dati. Il *Progetto MONEE* convoglia un insieme di indicatori sociali fondamentali che coprono l'ambiente in cui il bambino vive – la famiglia, la scuola e la comunità, di cui il bambino è unità analitica di osservazione – con lo scopo di pubblicare ogni anno il suo *rapporto regionale fondamentale*. Inoltre, a livello di singolo Paese, il *Progetto MONEE* pubblica specifici *rapporti nazionali* che forniscono più dettagliate analisi della condizione dei bambini. In sostanza, il *Progetto MONEE* opera come una commissione interministeriale; fornisce la struttura istituzionale – a livello regionale – necessaria a monitorare il benessere dei bambini.

[28] Rapporti nazionali sono stati elaborati per Algeria, Albania, Bosnia, Libano, Serbia,Siria, Iraq e Tunisia. Questi rapporti sono disponibili all'indirizzo http://www.unicef.org/reseval/micsr.html

L'UNICEF non è la sola agenzia internazionale che lavora nell'interesse dell'infanzia. Altre organizzazioni internazionali e non governative come l'*UNESCO* e l'*ILO* monitorano regolarmente la condizione dell'infanzia sotto prospettive settoriali (istruzione o lavoro) o si concentrano su specifici gruppi di età (il *Gruppo di consultazione sull'istruzione per la prima infanzia*). L'*Istruzione per tutti* e la *Convenzione sui diritti dei bambini* sono divenute importanti strumenti per il monitoraggio del benessere complessivo dell'infanzia. Di recente, i *Millennium Development Goals* (*MDG*) hanno intensificato i tentativi internazionali nel monitoraggio del benessere del bambino. I primi sei (degli otto) obiettivi dello sviluppo sono direttamente correlati al benessere infantile. Come risultato, sia le organizzazioni internazionali che i Governi nazionali monitorano da vicino i risultati degli Stati con riferimento a questo insieme di indicatori. Speciale attenzione è posta su un gruppo di Paesi che sono particolarmente in ritardo nel raggiungimento di questi obiettivi.

La *Tavola 2.4* riassume brevemente e mette in risalto le dimensioni coperte da ciascun tentativo . Essa mostra che i principali tentativi nazionali e internazionali di monitoraggio misurano dimensioni simili del benessere dell'infanzia. Queste dimensioni sono valutate attraverso una serie di indicatori, alcuni dei quali decisamente più comuni e ricorrenti nella maggior parte dei rapporti, mentre altri sono meno comuni (si veda la *Tavola 2.5* per una lista di indicatori).

Tavola 2.4 Sommario delle iniziative fondamentali a livello internazionale

Rapporti	Dimensioni
La condizione dell'infanzia nel mondo (UNICEF)	• U5MR • Indicatori di base • Nutrizione • Salute • Istruzione • Demografia • Condizioni economiche • Donne • AIDS e malaria
MICS (UNICEF)	• Salute minima e assistenza • Sostegno del reddito • Ambiente familiare e assistenza alternativa • Istruzione • Gestione integrata delle malattie dell'infanzia (MCI) e malaria • Diritti del bambino • AIDS
MONEE (UNICEF)	• Salute • Istruzione • Mercato del lavoro • Sicurezza sociale • Sostegno alla famiglia • Protezione dell'infanzia e criminalità • Distribuzione del reddito delle famiglie • Aspetti macroeconomici
MDG	• Sradicare la povertà estrema • Raggiungere l'istruzione primaria universale • Promuovere l'uguaglianza tra i generi • Ridurre la mortalità infantile • Migliorare la salute delle madri • Combattere l'AIDS e le altre malattie

Tavola 2.5 Elenco degli indicatori più e meno comunemente utilizzati

Dimensione	Indicatori più comuni	Indicatori meno comuni
Economica	PIL pro capite Povertà Disoccupazione Accesso della popolazione all'acqua potabile	• Povertà infantile relativa • Disoccupazione giovanile • Disoccupazione dei genitori • Bambini sotto assistenza • Assegni familiari
Sanitaria	Tasso di mortalità neonatale Tasso di mortalità infantile Assistenza prenatale e ostetrica Basso peso alla nascita Aspettativa di vita Incidenza dell'AIDS Tasso lordo di natalità e di mortalità	• Accesso alle cure sanitarie • Incidenza delle malattie • Sovrappeso • Invalidità • Condizioni croniche • Disordini alimentari • Malattie a trasmissione sessuale negli adolescenti • Mortalità per età specifica • Mortalità per causa specifica • Incidenti e ferimenti • Bambini visitati da medici nell'anno passato
Alimentare	Serio e moderato U5MR Vitamina A Consumo di sale iodato Allattamento	• Consumo di alimenti di base • Calorie pro capite consumate da famiglie con un diverso numero di bambini
Sociale	Criminalità adolescenziale Bambini cresciuti da adolescenti Bambini in affidamento	• Consumo di alcool • Abuso di droghe • Fumo • Abuso e abbandono di minori • Lavoro infantile • Età delle donne al primo figlio • Tasso di divorzio • Quota di famiglie con bambini con un solo genitore
Educativa	Tassi lordi di scolarità materna, primaria e secondaria Tassi netti di scolarità materna, primaria e secondaria Tasso di alfabetismo giovanile e femminile Completamento dell'istruzione secondaria Tassi di abbandono	• Punteggio nella valutazione cognitiva matematica e linguistica • Bambini che non frequentano la scuola • Preparazione alla scuola all'età di 5 anni • Famiglie che leggono ai bambini piccoli • Bambini che non lavorano e non sono iscritti a scuola
Esclusione sociale	Famiglie disoccupate Gravidanze di adolescenti Accesso all'istruzione e alla salute	• Quota di giovani che si dichiarano soddisfatti della loro vita

Questa rassegna mostra che le misure del benessere implicano la scelta di un limitato insieme di indicatori. La scelta di questi ultimi è condizionata sia dai principi della ricerca scientifica sia dai giudizi di valore, ed entrambi giocano un ruolo nel determinare ciò che definisce il benessere del bambino[12]. Il processo di misurazione del benessere presuppone l'adozione di giudizi di valore sugli aspetti della vita più importanti per definire il benessere e sulle istanze sociali più urgenti. Nozioni culturalmente diverse di ciò che è bene per lo sviluppo del bambino conducono a diversi insiemi di indicatori. La ricerca, d'altro canto, indica l'importanza di certi indicatori in quanto adeguate misure del benessere dell'infanzia.

Da questa analisi risulta chiaro che, in linea di principio, si può definire e misurare una grande quantità di indicatori del benessere del bambino che possono rappresentare "la performance del bambino" in alcune o in tutte le fasi evolutive della sua vita. Nella maggior parte dei casi, questi indicatori non sono raccolti in un singolo indice del benessere. Non può esistere una singola misura del benessere completamente esaustiva. Inoltre, quando questi indicatori vengono presentati in regolari rapporti che monitorano il benessere dei bambini, essi divengono uno strumento efficace per creare consapevolezza nel pubblico, per raggiungere il consenso politico e per guadagnare il supporto necessario a sostenere le iniziative destinate all'infanzia.

Tuttavia, se questi indicatori sono non solo presentati all'interno di un rapporto complessivo, ma anche condensati in una singola misura del benessere, tale misura può diventare un potente ed efficace strumento per accrescere, sia nelle arene nazionali che in quelle internazionali, la consapevolezza delle tematiche correlate all'infanzia. Nonostante le iniziali e persistenti riserve circa i limiti dell'HDI, questo

indice ha contribuito in modo significativo a portare avanti l'agenda dello sviluppo a livello internazionale, motivando i Paesi ad investire nel loro capitale umano. Un indice del benessere dei bambini potrebbe avere effetti analoghi.

Prima di proporre un qualsiasi indice del benessere dell'infanzia, volgeremo l'attenzione ai tentativi di raccogliere informazioni sul benessere del bambino e di combinare queste informazioni in un solo indice. Come vedremo, decidere in anticipo l'obiettivo attribuito all'indice, fa una consistente differenza.

2.3 DESCRIZIONE DELLE MISURE AGGREGATE DEL BENESSERE DEL BAMBINO

In questa sezione ci concentriamo su nove esempi di indici aggregati del benessere infantile. Questi sono stati selezionati perché costituiscono la rappresentazione più vicina e più completa dei diversi indici che possono essere sviluppati per misurare e monitorare il benessere dell'infanzia nella regione del Mediterraneo. Sfortunatamente, i nostri esempi sono sfalsati, nel senso che la maggior parte di essi proviene da Paesi sviluppati. Le prime cinque descrizioni sono esempi di indici costruiti per misurare il benessere del bambino a livello nazionale. Gli ultimi quattro indici si concentrano sulla misurazione internazionale del benessere dei bambini. Come vedremo, ci sono sensibili differenze nella natura degli indici – il loro obiettivo e i metodi di calcolo. Alcuni sono più completi di altri perché valutano tutte le dimensioni, mentre altri si concentrano esclusivamente su una dimensione specifica.

a. L'*indice di vulnerabilità*

L'*indice di vulnerabilità* è stato costruito da Willms (2002) per determinare la diffusione di bambini *vulnerabili* in Canada. La definizione di *bambino vulnerabile* si differenzia dalla definizione di *bambino a rischio* – la prima si riferisce ai bambini che stanno affrontando attualmente problemi ambientali e che hanno possibilità molto maggiore di quelle di altri di sperimentare in futuro risultati modesti. Questo indice ha l'obiettivo di identificare la diffusione della vulnerabilità (risultati di sviluppo modesto) fra i bambini di diversa età, genere, gradiente socioeconomico e localizzazione geografica.

L'indice si basa su misure di apprendimento e comportamento a diverse età. Impiegando dati dallo studio NLSCY, Willms (2002) ha sviluppato una misura composita per stabilire la quota di bambini che sperimentano problemi cognitivi e/o comportamentali. I bambini sono considerati vulnerabili se ottengono punteggi al di sotto del limite in uno o in entrambi i campi (cognitivo e comportamentale). La performance in ciascun campo è misurata attraverso una serie di test adattati all'età.

L'*indice di vulnerabilità* è uno strumento specifico di monitoraggio dei risultati cognitivi e sociali dei bambini. Risultati sociali e cognitivi favorevoli sono positivamente correlati con il benessere presente e futuro dei bambini. L'indice permette di confrontare gli effetti di vari fattori per diversi corsi di studio e per diverse età.

b. Lo *strumento del primo sviluppo* (EDI)

Lo *strumento del primo sviluppo* (Janus e Offord, 1999) è un particolare indice costruito per misurare la preparazione alla scuola dei bambini di cinque anni. L'indice fa parte dell'iniziativa nazionale *Comprendere i primi anni*. Lo strumento misura cinque campi di benessere correlati alla preparazione alla scuola - (i) salute fisica e sviluppo motorio, (ii) salute emotiva, (iii) conoscenza e competenza sociale, (iv) apprendimento cognitivo, e (v) comunicazione linguistica - attraverso la somministrazione, da parte di un insegnante, di un questionario composto da 120 domande, cui risponde individualmente ciascun bambino. I risultati ottenuti possono essere interpretati solo a livello di gruppo.

Fra il 1999 e il 2002, l'EDI è stato impiegato in 21 comunità del Canada[29]. I risultati ottenuti attraverso l'EDI aiutano i policy-makers ad identificare aree di necessità e gruppi specifici di età compresa tra 4 e 5 anni che si trovano in una posizione migliore per sfruttare a pieno i vantaggi della scuola. Willms e

[29] Janus e Offord, Development of a Community-level Measure of School Readiness to Learn for 4-5 year-old Children, Canadian Centre for Studies of Children at Risk, McMaster University, Hamilton, Ontario (gennaio 2003). Questo rapporto è disponibile all'indirizzo http://www.fhs.mcmaster.ca/cscr/Project%20descr.Jan2003.htm

Beswick (2003) hanno adattato lo strumento EDI canadese allo sviluppo di una misura internazionale della predisposizione all'apprendimento scolastico dei bambini di 5-6 anni, la *Valutazione dei primi anni* (EYE). L'EYE è una misurazione basata sui risultati della popolazione, che può essere impiegata per la valutazione longitudinale a livello di una comunità e può essere ancorata ad altre importanti valutazioni. E' stata sviluppata dalla Banca Mondiale con riferimento ai Paesi in via di sviluppo. Al momento è impiegata in progetti-pilota in India e Giordania. Un bambino viene classificato in una scala da 1 (assente) a 4 (maestro) in ciascuno dei 54 campi. I calcoli sono molto simili a quelli utilizzati per l'EDI. L'EYE, che è sensibile alla componente culturale, consentirà confronti all'interno dei Paesi in via di sviluppo e tra gli stessi.

c. L'*indice della salute sociale* (ISH)

Il *Fordham Institute* ha sviluppato l'*indice della salute sociale* (Brink e Zeesman 1997), un indice che prende in considerazione temi quali la salute, la mortalità, la disuguaglianza e l'accesso ai servizi negli Stati Uniti. L'indice è stato modificato e applicato a livello nazionale in Canada. Esso consente confronti fra la crescita economica di un Paese (PIL) e la salute pubblica. Misura la performance sociale e sanitaria, considerando 16 tematiche sociali. Gli indicatori sono stati selezionati sulla base della loro coerenza nel tempo, della loro significatività nello spettro delle età, e del loro complessivo impatto sul benessere sociale.

L'ISH misura la salute sociale in differenti gruppi demografici, dall'infanzia all'età adulta. Propone un insieme di indicatori per differenti gruppi di età – bambini, giovani, adulti e anziani – e per tutte le età. Queste componenti sono successivamente combinate in un singolo indicatore. Fra gli indicatori impiegati per i bambini troviamo il tasso di mortalità neonatale, l'abuso sui bambini, la povertà infantile. Fra quelli utilizzati per i giovani ci sono il suicidio di adolescenti, l'abuso di droghe e l'abbandono della scuola.

L'indice è calcolato misurando sia il miglioramento sia il declino rispetto alla performance migliore – piuttosto che rispetto ad uno standard ideale. Per standardizzare gli indicatori, il risultato ottenuto per ciascuno di questi è confrontato con la migliore e la peggiore performance ottenuta dallo stesso indicatore nel tempo. Alla migliore performance si attribuisce il valore 10 e alla peggiore il valore 0. Tutte le osservazioni sono classificate in una scala da 0 a 10. Si calcola la media dei punteggi ottenuti per ciascun indicatore e la si esprime in termini percentuale per ottenere l'ISH aggregato. Ciascun indicatore mostra il peggioramento o il miglioramento di un problema sociale, contribuendo a disegnare il quadro complessivo del benessere globalmente inteso (Brink e Zeesman 1997, 12).

d. Il *Kids Count Report*

Il *Kids Count* (*The Annie Casey Foundation*) classifica tutti e cinquanta gli Stati americani sulla base della loro performance complessiva con riferimento ad un insieme di 10 indicatori. Gli Stati vengono posizionati anche con riferimento a ciascun singolo indicatore. Le classifiche si ottengono convertendo i valori numerici ottenuti per ciascun indicatore in punteggi standard. I punteggi standard si derivano sottraendo il punteggio medio dal punteggio osservato e dividendo il valore per la deviazione standard di quella distribuzione di punteggi. I singoli punteggi standard vengono poi sommati per creare un punteggio standard totale. Questo punteggio standard complessivo classifica gli Stati dal migliore/più elevato (1) al peggiore/più basso (50) (The Annie Casey Foundation 2003, 207).

Engel, Field e Finkelhor (2000) mettono in evidenza alcuni limiti del calcolo per la costruzione della classifica complessiva. Essi spiegano che il metodo non tiene in considerazione la composizione razziale dei bambini nei singoli Stati. Quando viene considerata la variabile "composizione razziale", la classifica complessiva cambia. Engel, Field e Finkelhor (2000) mostrano che, nel calcolo di un qualsiasi indice, l'attribuzione di pesi diversi ai diversi fattori può tradursi in differenti risultati e in differenti classifiche. Il tipo di indicatori impiegato influenza il risultato finale, così come lo influenza il metodo impiegato. Nonostante le imperfezioni, il *Kids Account* costituisce una misura ampiamente accettata del benessere dei bambini negli Stati Uniti.

e. L'*indice del benessere dell'infanzia* (CWBI)

L'*indice del benessere dell'infanzia* è un'altra misura aggregata del benessere del bambino. Questo indice è stato sviluppato dal professor K. Land della *Duke University* (2003). L'obiettivo dell'indice è quello di misurare, nel tempo, le tendenze delle condizioni di vita dei bambini e dei giovani negli Stati Uniti. L'indice tenta di attribuire un significato alla direzione complessiva dei cambiamenti che dal 1990 caratterizzano gli indicatore sociali relativi all'infanzia negli Stati Uniti.

Il CWBI raggruppa 28 indicatori sociali in sette campi: (i) benessere materiale, (ii) salute, (iii) sicurezza e problemi comportamentali, (iv) attività produttiva (che misura i risultati dell'istruzione), (v) posizione nella comunità (che misura la partecipazione nelle istituzioni formative e professionali), (vi) relazioni sociali e (vii) benessere emotivo. Ciascuna componente è ugualmente pesata e combinata in un indice riassuntivo del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza negli Stati Uniti. Il CWBI dimostra che il benessere dei bambini e dei giovani negli Stati Uniti è migliorato in modo sostanziale dal 1994. L'andamento positivo si è protratto nel 2001, ma ad un ritmo più lento[30].

Con questo indice concludiamo la rassegna dei tentativi di sviluppare indici operanti a livello nazionale. A livello internazionale, possiamo distinguere 4 importanti tentativi: il *divario nelle performance nazionali*, l'*indice internazionale del benessere dell'infanzia*, l'*indice della qualità della vita del bambino* e l'*indice dei bambini*.

f. Il *divario nelle performance nazionali* (NPG)

Nel 1996 l'UNICEF ha pubblicato il rapporto *Progresso delle Nazioni* (UNICEF 1996). Questo rapporto ha introdotto il concetto di *divario nelle performance nazionali*. L'NPG valuta i progressi fatti dai Paesi nei diritti dell'infanzia, considerate le risorse ad essi disponibili. L'NPG pone a confronto la performance di un Paese rispetto a tre indicatori di base: la percentuale di bambini adeguatamente nutriti, la percentuale di bambini che hanno raggiunto almeno il quinto anno di istruzione e la percentuale di bambini che sopravvivono fino all'età di cinque anni.

Per calcolare l'NPG, si tracciano i dati relativi ad un certo numero di Paesi – inclusi Paesi a reddito elevato - su un grafico che ha sempre su un asse il PIL pro capite. Utilizzando il metodo della regressione dei minimi quadrati[31] si ottiene una linea "stimata". Tale linea stabilisce il risultato potenziale ottenibile per ciascun indicatore in corrispondenza di qualsiasi livello del reddito pro capite. L'NPG (o risultato medio) si deriva calcolando la differenza tra il livello atteso (linea "stimata") e il livello effettivo della performance del Paese considerato.

g. L'*indice internazionale del benessere dell'infanzia* (IICW)

L'NPG dell'UNICEF non presenta un indice aggregato della performance. Partendo dal lavoro svolto dall'UNICEF, Dalirazar (2002) ha tentato di adattare l'NPG allo sviluppo di un *indice internazionale del benessere dell'infanzia*. Impiegando dati relativi a circa 120 Paesi a reddito basso e medio, Dalirazar ha proposto una misura aggregata ottenuta dalla semplice media dei relativi NPG riferiti ad un insieme allargato di indicatori che include due indicatori aggiuntivi: il tasso di mortalità infantile e il tasso di scolarità primaria.

L'IICW si calcola come media semplice dei relativi NPG per i cinque indicatori. Gli NPG relativi sono calcolati dividendo l'NPG assoluto per i valori attesi. I risultati ottenuti attraverso l'IICW dimostrano che i Paesi europei e quelli dell'Asia centrale hanno ottenuto relativi progressi nel benessere dell'infanzia. In Medio Oriente, al contrario, la differenza tra i Paesi è ampia e l'indice varia da 17 punti al di sopra del livello atteso nel caso della Siria, a 28 punti al di sotto del livello atteso nel caso della Turchia.

[30] Land (2003), The Child Well-Being Index. Si veda il sito http://soc.duke.edu/resources/child_wellbeing/

[31] I valori attesi si calcolano utilizzando il metodo "ordinario" dei minimi quadrati, nella specificazione "doppio logaritmo". I valori attesi si convertono da logaritmi naturali a valori numerici.

h. L'*indice della qualità della vita del bambino* (CQLI)

Un altro esempio di misura aggregata del benessere dell'infanzia è l'*indice della qualità della vita del bambino*. Questo indice costituisce un riadattamento dell'*indice della qualità della vita* di Dasgupta e Weale (1992). Per misurare la capacità dei Paesi di massimizzare il raggiungimento di obiettivi specificamente riferiti all'infanzia minimizzando, al contempo, l'impiego di risorse, Kotamraju, Haag e Raab (2000) hanno usato un approccio di programmazione lineare (DEA – Data Envelopment Analysis) per misurare e classificare l'efficienza relativa dei Paesi nel promuovere lo sviluppo della qualità della vita dei bambini.

L'indice classifica 38 dei Paesi meno sviluppati considerato che ridefinisce la relazione tra sette indicatori (tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni, tasso di alfabetismo giovanile, denutrizione cronica, reddito pro capite, alfabetismo femminile, età della donna al primo matrimonio, numero abitanti per medico) in un modello input-output. Il tasso di sopravvivenza al di sopra dei cinque anni, l'assenza di denutrizione grave e l'alfabetismo giovanile costituiscono i tre risultati o obiettivi che descrivono la qualità della vita effettiva e potenziale dell'infanzia. Il prodotto nazionale reale pro capite, l'alfabetismo femminile, l'età della donna al primo matrimonio e la popolazione per medico sono identificati come i quattro input o condizioni per determinare il CQL effettivo o potenziale. Gli autori ritengono che questo *modello della trasformazione* conduca a conclusioni molto diverse da quelle generate dalle metodologie di classificazione standard, perché i coefficienti di programmazione lineare vengono deliberatamente selezionati per massimizzare il posizionamento individuale di un Paese (Raab e altri 2000).

Gli autori hanno rilevato che i Paesi dell'Africa sub-sahariana, nonostante i loro bassi livelli di prodotto, sono più "efficienti" nel migliorare la qualità della vita dei bambini rispetto a Paesi con un prodotto confrontabile e maggiori risorse (inputs). Gli autori concludono che indici ponderati fissi che misurino semplicemente il prodotto forniscono solo metà del quadro, perché approcci come questi si concentrano sulla efficacia degli inputs. Sfortunatamente calcoli come questi sono più complessi e richiedono dati addizionali (dati sugli input), che rendono gli indici meno accessibili.

i. L'*indice dei bambini* (CI)

L'*indice dei bambini* è stato sviluppato dal *Progetto dello sviluppo umano* del *Pardee Centre for the Study of the Longer Range Future*, della *Boston University*. Il CI misura il benessere dei bambini sulla base di quattro indicatori: il tasso di mortalità infantile, il tasso lordo di scolarità primaria, la percentuale di popolazione con accesso all'acqua potabile e la percentuale di bambini al di sotto dei cinque anni che soffrono di carenze alimentari moderate o gravi. Si è proceduto con la media dei punteggi standard relativi ai quattro indicatori per creare un indice del benessere. Un valore maggiore indica condizioni di maggior povertà dei bambini. Questo indice è stato calcolato come sotto-indice dell'*indice della madre* che era stato impiegato per documentare le condizioni delle madri in 105 Paesi - 22 Paesi industrializzati e 83 Paesi in via di sviluppo (si visiti il sito http://humandevelopment.bu.edu).

La *Tavola 2.6* elenca gli indici del benessere del bambino. Essa illustra per ciascun indice l'obiettivo, le dimensioni, gli indicatori, e la metodologia di calcolo dei numeri aggregati. La gran parte degli indici impiega indicatori simili per descrivere dimensioni diverse. Alcuni indicatori, come la mortalità infantile, sono presenti in quasi tutti gli indici complessivi. Altri sono presenti unicamente in un indice specifico. La selezione finale degli indicatori dipende dallo scopo assegnato all'indice o dal significato attribuito alla misurazione (le specifiche dimensioni del benessere del bambino). Con riferimento al metodo impiegato per il calcolo dell'indice, la maggior parte degli indici impiega medie semplici o ponderate degli indicatori sociali, mentre altri impiegano calcoli più complessi.

Tavola 2.6 Sommario degli indici del benessere dell'infanzia

Indice	Obiettivo	Dimensioni/Indicatori	Calcoli
L'indice di vulnerabilità (Willms, 2002)	Identificare le possibilità dei bambini di condurre una vita sana e produttiva	• Cognitiva: punteggi di test standardizzati sullo sviluppo motorio e sociale; Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT); punteggio in matematica • Comportamentale: temperamento; ciascuno dei sei problemi comportamentali identificati	Misura di sintesi della prevalenza di bambini vulnerabili. I bambini si definiscono vulnerabili se ottengono punteggi inferiori a determinati valori "soglia" nei test. Due sotto-indici: (1) indice cognitivo: bassi punteggi nei test standardizzati relativi allo sviluppo motorio e sociale all'età di 0-3 anni, basso PPVT R all'età di 4-5 anni, o bassi punteggi in matematica all'età di 6-11 anni; (2) indice comportamentale: temperamento difficile all'età di 0-1 anno, o uno qualsiasi dei sei problemi comportamentali individuati all'età di 2-11 anni. I bambini sono classificati come vulnerabili se risultano vulnerabili per uno dei due indici.
Lo strumento dello sviluppo primario (EDI) (Janus e Offord, 2003)	Misurare la preparazione dei bambini della scuola materna alla frequentazione della scuola elementare	• Salute fisica e benessere • Competenza sociale • Maturità emotiva • Sviluppo linguistico e cognitivo • Capacità di comunicazione • Conoscenza generale	Gli insegnanti somministrano i questionari a ciascun bambino individualmente, ma i risultati vengono interpretati a livello di gruppo. I bambini vulnerabili sono quelli che ottengono punteggi che li collocano nel peggior 10% di una qualsiasi delle scale. Le 120 domande fondamentali sono raggruppate in cinque scale.
L'indice della salute sociale (ISH) (Brink e Zeesman, 1997)	Esaminare il progresso o il regresso della salute sociale nel tempo	• Bambini: tasso di mortalità infantile, abuso di bambini e povertà infantile • Giovani: suicidio negli adolescenti, abuso di droghe e abbandono della scuola superiore • Adulti • Anziani • Tutte le età	Gli indicatori sono raggruppati attraverso strutture demografiche e non per dimensioni. Per standardizzare gli indicatori, ciascuno di questi è confrontato con la propria peggiore e migliore performance nel periodo di tempo considerato. Alla miglior performance è assegnato il punteggio 10, alla peggiore 1. Si fa la media dei punteggi ottenuti per gli indicatori e si esprime quest'ultima come percentuale per derivare un indice aggregato.
Il Kids Count Report (The Annie Casey Foundation, 2003)	Sviluppare un profilo nazionale del benessere dei bambini attraverso ricognizioni a livello di singolo Stato	• Tasso di mortalità neonatale • Nascita sottopeso • Tasso di mortalità infantile • Tasso di mortalità adolescenziale per incidente o omicidio • Tasso di nascita da adolescenti • Percentuale di abbandono della scuola superiore • Percentuale di giovani non studenti e senza lavoro • Percentuale di bambini che vivono in famiglie senza lavoro a tempo pieno • Percentuale di bambini che vivono nell'indigenza • Percentuale di famiglie con bambini in cui è presente un solo genitore	La classifica complessiva è determinata dalla somma del posizionamento degli Stati per ciascuna delle 10 misure della condizione dell'infanzia, collocate in ordine sequenziale, dal migliore/più alto (1) al peggiore/più basso (50). I 200 valori numerici per ciascuno dei 10 indicatori vengono convertiti in punteggi standard. Questi punteggi vengono sommati per creare un punteggio standard totale per ciascuno dei 50 Stati. I punteggi standard sono calcolati sottraendo il punteggio medio dal punteggio osservato e dividendo il valore per la deviazione standard relativa alla distribuzione dei punteggi. La variazione percentuale è stata calcolata confrontando i dati del 2000 per ciascuno dei 10 indicatori con i dati relativi all'anno base 1990.
L'indice del benessere dell'infanzia (CWBI) (Land, 2003)	Analizzare la direzione complessiva del cambiamento nel benessere dell'infanzia negli Stati Uniti	• Benessere materiale • Salute • Sicurezza e problemi comportamentali • Attività produttiva • Collocazione nella comunità • Relazioni sociali • Benessere emotivo e spirituale	Metodo della ponderazione equivalente. Ciascuno dei 28 indicatori sociali all'interno dei sette campi è pesato identicamente. I sette campi vengono poi combinati in indici sintetici ugualmente ponderati del benessere dell'infanzia e della gioventù. Le osservazioni annuali sono calcolate come percentuali dei valori dell'anno base.
Il Divario nelle performance nazionali (NPG) (UNICEF, 1996)	Determinare in che misura i Paesi rispettano i diritti dell'infanzia date le risorse disponibili	• Percentuale di bambini adeguatamente nutriti • Percentuale di bambini istruiti almeno fino al quinto anno di scuola elementare	Si determina un livello atteso di performance per ciascuno dei tre indicatori. Ciò richiede la stima di una relazione lineare tra ciascun indicatore e il PIL pro capite. I valori stimati rappresentano il risultato medio e sono calcolati ricorrendo al metodo della

		• Percentuale di bambini che sopravvivono all'età di cinque anni	regressione dei minimi quadrati. La differenza tra il livello atteso e il livello attuale è l'NPG di quel Paese. Non è prevista una misura aggregata di sintesi.
L'indice internazionale del benessere dell'infanzia (CWII) (Dalirazar, 2002)	Costruire un indice olistico del benessere del bambino basato sul concetto di NGP come indicatore del benessere infantile	• Tasso di mortalità neonatale • Tasso di mortalità al disotto dei cinque anni • Denutrizione al di sotto dei cinque anni • Tasso netto di scolarità primaria • Percentuale di bambini che raggiungono la quinta elementare	Questo indice è la media semplice dei relativi NPG di cinque indicatori del benessere, con i segni di parecchi indicatori rovesciati allo scopo di rappresentare uniformemente con punteggi maggiori livelli di benessere maggiori. Gli NPG sono ottenuti dalla regressione dei valori attesi per ciascuna variabile attraverso specificazioni doppio logaritmiche. Gli NPG sono calcolati sottraendo i valori attesi dai valori effettivi e sono divisi per i valori attesi per ottenere gli NPG relativi.
L'indice della qualità della vita del bambino (CQLI) (Raab e altri, 2000)	Valutare la capacità dei Paesi di massimizzare specifici obiettivi dello sviluppo del bambino minimizzando l'utilizzo di risorse	• Tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni • Tasso di alfabetismo adolescenziale • Denutrizione cronica • Reddito pro capite • Alfabetismo femminile • Età delle donne al primo matrimonio • Popolazione per medico	Si impiega un approccio di programmazione lineare (DEA) per misurare e classificare l'efficienza relativa dei Paesi. Le classifiche del DEA si ottengono valutando la misura in cui ciascun Paese minimizza le componenti di input e massimizza i risultati. Ridefinisce la relazione tra U5MR, tassi di alfabetismo giovanile e denutrizione cronica in un singolo modello input-output. Risultati: tasso di sopravvivenza al di sotto dei 5 anni, assenza di denutrizione grave, tasso di alfabetismo giovanile. Inputs: prodotto interno reale pro capite, alfabetismo femminile, età delle donne al primo matrimonio, popolazione per medico.
L'Indice dei bambini (CI) (Project on Human Development, Boston University, 2003)	Misurare il benessere dell'infanzia	• Tasso di mortalità neonatale • Tasso lordo di scolarità primaria • Percentuale della popolazione con accesso all'acqua potabile • Percentuale di bambini al di sotto dei cinque anni che soffrono di carenze alimentari moderate o gravi	Si creano punteggi standard (punteggi-Z) per ciascuno dei quattro indicatori. Si calcola la media dei punteggi standard dei singoli indicatori per creare un indice.

Fra gli indici aggregati che misurano il benessere dei bambini nei Paesi troviamo l'IICW, il CQLI e il CI. I calcoli di partenza comprendono alcuni Paesi del Mediterraneo. La *Tavola 2.7* mostra come questi Paesi si comportano sulla base di questi indici.

Tavola 2.7 Paesi del Mediterraneo classificati sulla base di altri indici del benessere dell'infanzia

Paese	IICW	CQLI		CI
		Posizionamento DEA	**Posizionamento Borda**	
Emirati Arabi Uniti				62
Kuwait				52
Croazia	41			
Tunisia	-4	11	14	35
Algeria	-4	2	15	40
Iran	-14	21	26	44
Turchia	-28			35
Romania	22			52
Libano				29
Giordania	3	15	7	24
Albania	31			
Marocco	-18	18	23	59
Egitto	3	24	24	33
Siria	17			46
Yemen				95
Iraq				71

Note: l'*indice internazionale del benessere dell'infanzia* (IICW) considera 118 Paesi; i valori maggiori denotano maggiore benessere dell'infanzia. L'*indice della qualità della vita del bambino* (CQLI) [32] prende in esame 38 Paesi, impiegando due metodi: la legge di Borda, che classifica i Paesi sulla base della qualità assoluta della vita del bambino, e il DEA, che determina l'efficienza relativa dei Paesi nel fornire ai bambini una vita di qualità, classificandoli dal più efficiente al meno efficiente nell'utilizzo delle risorse disponibili. L'*indice dei bambini* (CI) considera 105 Paesi; un più elevato valore indica per i bambini condizioni di maggiore indigenza.

Per riassumere:

in primo luogo, esiste un'ampia gamma di indici che misurano il benessere dell'infanzia. La gran parte di questi indici si concentra su specifici Paesi. Pochi sono gli indici o gli studi che esaminano il benessere dei bambini nei Paesi in via di sviluppo. Nonostante esistano alcuni rapporti settoriali[33] sulle condizioni dell'infanzia, non siamo a conoscenza di indici del benessere che siano applicati all'insieme dei Paesi della regione mediterranea.

In secondo luogo, alcuni degli indici si concentrano su una specifica dimensione del benessere (per esempio: la preparazione alla scuola) o su un particolare stadio dello sviluppo (come la prima infanzia). Altri indici sono più esaustivi e cercano di coprire più dimensioni del benessere del bambino o differenti stadi del suo sviluppo.

In terzo luogo, l'obiettivo di un indice costruito per misurare il benessere infantile a livello internazionale può differire. Alcuni indici, come il CQLI, misurano la capacità dei Paesi di massimizzare specifici obiettivi di sviluppo del bambino, minimizzando la disponibilità di specifiche risorse, mentre altri indici, come l'IICW, misurano il progresso nel benessere del bambino.

In quarto luogo, alcuni indici del benessere infantile sono degli adattamenti di indici che misurano il benessere complessivo di una popolazione. Il CQLI, ad esempio, si basa sull'*indice della qualità della vita*. Sorprendentemente, nessuno ha ancora provato ad adattare l'HDI allo scopo di sviluppare un indice del benessere dell'infanzia. Nella prossima sezione, presenteremo alcuni dei nostri tentativi di costruire un *indice del benessere dell'infanzia*.

3 I DIVERSI INDICI DI MISURAZIONE DEL BENESSERE INFANTILE NELLA REGIONE MEDITERRANEA

In questa sezione proponiamo quattro diversi indici di misurazione del benessere dei bambini nella regione mediterranea. I primi tre indici, l'indice del benessere infantile (CWI), l'indice della povertà infantile (CPI) e l'indice dello sviluppo infantile collegato al genere, sono indici derivati da adattamenti ed estensioni dell'HDI: l'indice della povertà umana (HPI-1) e l'indice dello sviluppo collegato al genere (GDI). Il quarto indice, l'indice del benessere evolutivo del bambino (CDWI) è il risultato di una approfondita rivisitazione della letteratura relativa alle misure aggregate del benessere dell'infanzia. Ma, prima di descrivere le metodologie di calcolo di questi indici, dobbiamo fare alcune precisazioni.

Innanzitutto, gli indici alternativi proposti misurano la performance dei Paesi nella promozione del benessere dell'infanzia. In secondo luogo, definiamo *bambini* i ragazzi e le ragazze di età compresa tra 0 e 14 anni[34]. Secondo l'approccio del ciclo di vita, nell'infanzia ci sono quattro importanti stadi: la nascita, la prima infanzia, l'infanzia e l'età scolare. I primi tre indici qui proposti coprono indistintamente questi quattro periodi. Tuttavia, il quarto indice è un indice del benessere del bambino specificamente correlato all'età attraverso il quale si determinano separatamente le misure del raggiungimento del benessere del bambino in età prescolare e in età scolare e solo successivamente le si combina in un unico indice.

[32] L'*indice della qualità della vita* classifica i Paesi sulla base di sei indicatori, o costituenti, impiegando il metodo della Legge di Borda. Per il calcolo e per altre informazioni relative all'*indice della qualità della vita* si vedano Dasgupta e Weale (1992), *Measuring the Quality of Life*, World Development, vol. 20, n. 1, pagg. 119-131.

[33] Per esempio, *Le condizioni di salute dell'infanzia nella regione del Mediterraneo orientale* (OMS 1995) o le analisi settoriali della Banca Mondiale sull'istruzione e sulla salute nel Medio Oriente, nell'Africa settentrionale e nell'Asia centrale.

[34] La Convenzione sui diritti dell'infanzia delle Nazioni Unite fissa l'età massima per l'infanzia a 18 anni. La Banca Mondiale definisce "giovani" i soggetti di età compresa tra 15 e 24 anni. In questo studio, anche se noi abbiamo scelto di definire "bambini" i soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni, in alcuni casi abbiamo indicatori che sono riferiti a soggetti di età maggiore – accade, ad esempio, nel caso dei tassi di scolarità secondaria.

In terzo luogo, la selezione degli indicatori impiegati per calcolare gli indici riflette i criteri di qualsiasi indicatore sociale desiderabile. In altre parole, gli indicatori vengono selezionati sulla base della loro capacità di discriminare, della loro disponibilità e coerenza nel tempo, e della loro proprietà di essere facilmente compresi da chiunque. Dal momento che i Paesi della regione del Mediterraneo costituiscono un gruppo eterogeneo – alcuni hanno raggiunto elevati livelli di benessere complessivo della popolazione, mentre altri sono Paesi fra i più poveri al mondo – gli indicatori selezionati dovrebbero essere in grado non solo di valutare ampie differenze fra i Paesi, ma anche di discriminare fra Paesi caratterizzati da livelli simili.

In quarto luogo, i dati necessari alla costruzione degli indici provengono principalmente dalla banca dati interna della Banca Mondiale (2003), dall'UNESCO (2003) e dall'UNICEF (2003). Questi corpi di informazioni contengono dati rilevanti sul benessere dell'infanzia. Sfortunatamente, e nonostante l'ampiezza delle banche dati a disposizione, non sono disponibili dati relativi a tutti gli indicatori per la generalità dei Paesi della regione mediterranea, in particolare per Serbia, Iraq, Territori Palestinesi Occupati (o West Bank e Gaza) e Libia. Nel nostro lavoro facciamo sistematicamente ricorso ai più recenti fra i dati disponibili, tuttavia in alcuni casi, si tratta di dati relativi al 1996.

In quinto luogo, in quanto adattamenti dell'HDI, i quattro indici del benessere dell'infanzia proposti sono costruiti impiegando le tre dimensioni fondamentali dello sviluppo umano utilizzate dall'UNDP per l'HDI: una vita lunga e sana – in questo caso un'infanzia –, la conoscenza, un tenore di vita decoroso. Gli specifici indicatori cui facciamo ricorso, come previsto, sono diversi da quelli impiegati per l'HDI e costituiscono misure dirette del benessere del bambino, come il tasso di mortalità neonatale.

In sesto luogo, ciascuna delle tre dimensioni è rappresentata da uno o più indicatori. Gli indicatori selezionati per il CWI, ad esempio, sono il tasso di sopravvivenza all'età di cinque anni, il tasso di scolarità e il PIL pro capite. Il CPI misura la povertà infantile combinando dati relativi all'U5MR, dati riferiti ai bambini che non frequentano la scuola, dati sulla popolazione senza accesso all'acqua potabile e dati sulla percentuale di bambini denutriti. Il CGI misura il benessere di bambini e bambine impiegando gli stessi indicatori del CWI, con la sola differenza che vengono operate distinzioni per genere sia a livello di tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni, sia a livello di scolarità secondaria netta. La *Tavola 3.1* fornisce esempi degli indicatori utilizzati nell'HDI, nel CWI e negli indici alternativi.

Tavola 3.1 Le tre dimensioni dello sviluppo umano e gli indicatori impiegati per costruire gli indici proposti per l'infanzia

Indice	Vita lunga e sana	Conoscenza	Tenore di vita decoroso
HDI	Aspettativa di vita alla nascita	Tasso di analfabetismo negli adulti Tasso lordo di scolarità	PIL pro capite (PPP $USA)
CWI	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni	Tasso lordo di scolarità primaria e secondaria	PIL pro capite (PPP $USA)
CGI	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni per i maschi e per le femmine	Tasso lordo di scolarità primaria e secondaria per i maschi e per le femmine	PIL pro capite (PPP $USA)
CDI	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni	Bambini che non frequentano la scuola	Popolazione senza accesso all'acqua potabile Percentuale di bambini sottopeso Povertà infantile
CDWI	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni Tasso di mortalità tra 5 e 14 anni	Tasso lordo di frequenza dei programmi di sviluppo destinati ai bambini più piccoli Tasso netto di scolarità secondaria Tasso di completamento della scuola elementare	PIL pro capite (PPP $USA)

Tasso lordo di scolarità[35]; PIL pro capite (PPP $USA)[36]; tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni[37]; tassi netti di scolarità secondaria[38]

[35] Scolarità primaria e secondaria lorda composta – il numero di alunni iscritti alla scuola elementare e media, indipendentemente dall'età, espresso come percentuale del gruppo ufficiale di popolazione in età rilevante [UNESCO 2003 (dati 2000/2001)]

[36] PIL pro capite (PPP $USA) – l'espressione "PPP $USA" si riferisce alla parità del potere di acquisto, che è un tasso di cambio che tiene conto delle differenze di prezzo nei diversi Paesi e consente di confrontare a livello internazionale i prodotti e i redditi reali [Banca Mondiale 2003 (dati 1996-2002)]

Note: CWI, indice del benessere infantile; CGI, indice del benessere infantile collegato al genere; CPI, indice della povertà infantile; CDWI, indice dello benessere evolutivo del bambino; PIL, Prodotto Interno Lordo.

Come abbiamo spiegato sopra, ciascuna dimensione (per esempio: un tenore di vita decoroso) include uno o più indicatori (per esempio: PIL pro capite o popolazione senza accesso all'acqua potabile e percentuale di bambini sottopeso). Allo scopo di calcolare l'indice, questi indicatori vengono dapprima trasformati in un indice dimensionale. Per costruire l'indice dimensionale, si scelgono un valore massimo e un valore minimo per ciascuno degli indicatori sottostanti. Nel caso dell'HDI e degli indici derivati, questi valori massimi e minimi, o *paletti*, sono stati predeterminati attraverso l'HDR (si veda HDR, 2003; 341). La *Tavola 3.2* mostra questi *paletti*.

Tavola 3.2 Paletti per il calcolo dell'HDI nella regione mediterranea

Indicatore	Valore massimo	Valore minimo
Aspettativa di vita alla nascita	85	25
Rapporto di scolarità netta composta	100	0
PIL Pro capite (PPP $USA)	40.000	100

Fonte: UNDP (2003).

Una volta identificati un valore massimo e un valore minimo, procediamo al calcolo dell'indice dimensionale utilizzando la formula fornita nell'HDR (2003; 341):

$$\text{indice dimensionale} = \frac{\text{valore effettivo} - \text{valore minimo}}{\text{valore massimo} - \text{valore minimo}}$$

Come nel caso dell'HDI, la performance relativa a ciascuna dimensione è espressa con un valore tra 0 e 1. Nel caso degli indicatori per i quali i Paesi presentano valori maggiori di cento (per esempio: con riferimento ai tassi lordi di scolarità, che si riferiscono al totale degli alunni iscritti indipendentemente dall'età, alcuni Paesi presentano valori maggiori di cento) applichiamo un valore di 100% (si veda Rapporto sullo sviluppo umano, 2003; 240).

Se non diversamente specificato, nel nostro calcolo degli altri tre indici proposti abbiano fatto ricorso ai *paletti* assegnati dal Rapporto sullo sviluppo umano (2003). Infine, per quegli indicatori che non hanno un *paletto* predeterminato, perché non sono stati impiegati dal Rapporto sullo sviluppo umano (per esempio: il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni), definiamo noi stessi i *paletti*.

In quegli specifici casi assegniamo un valore minimo pari a zero e un valore massimo pari al maggior punteggio relativo all'indicatore sottostante. Per fare un esempio, nel caso del tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni il valore minimo è 0 (l'obiettivo per i Paesi è di non avere denutrizione infantile) e il valore massimo per l'anno 2003 è 133 (che è il maggior punteggio ottenuto nella regione da un singolo Paese con riferimento al tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni). Questa formula generale di calcolo dell'indice dimensionale è utilizzata per tutti i nostri indici riferiti all'infanzia (con l'eccezione dell'indice di povertà infantile).

Successivamente, gli indici dimensionali vengono combinati (media non ponderata) in un indice finale. La formula generale per calcolare l'HDI è: HDI = 1/3 (indice dell'aspettativa di vita) + 1/3 (indice dell'istruzione) + 1/3 (indice del PIL) (UNDP, 2003, pag. 341). Ci sono lievi variazioni nel modo in cui il GDI e l'HPI-1 vengono calcolati rispetto all'HDI, comunque, in teoria seguono tutti la stessa formula. Come nel *Rapporto sullo sviluppo umano*, per i nostri indici alternativi relativi all'infanzia, abbiamo seguito le differenti procedure di calcolo.

[37] U5MR – la probabilità che un neonato muoia prima di raggiungere l'età di 5 anni - la probabilità è espressa al tasso per mille bambini nati [Banca Mondiale 2003 (dati 2002)]

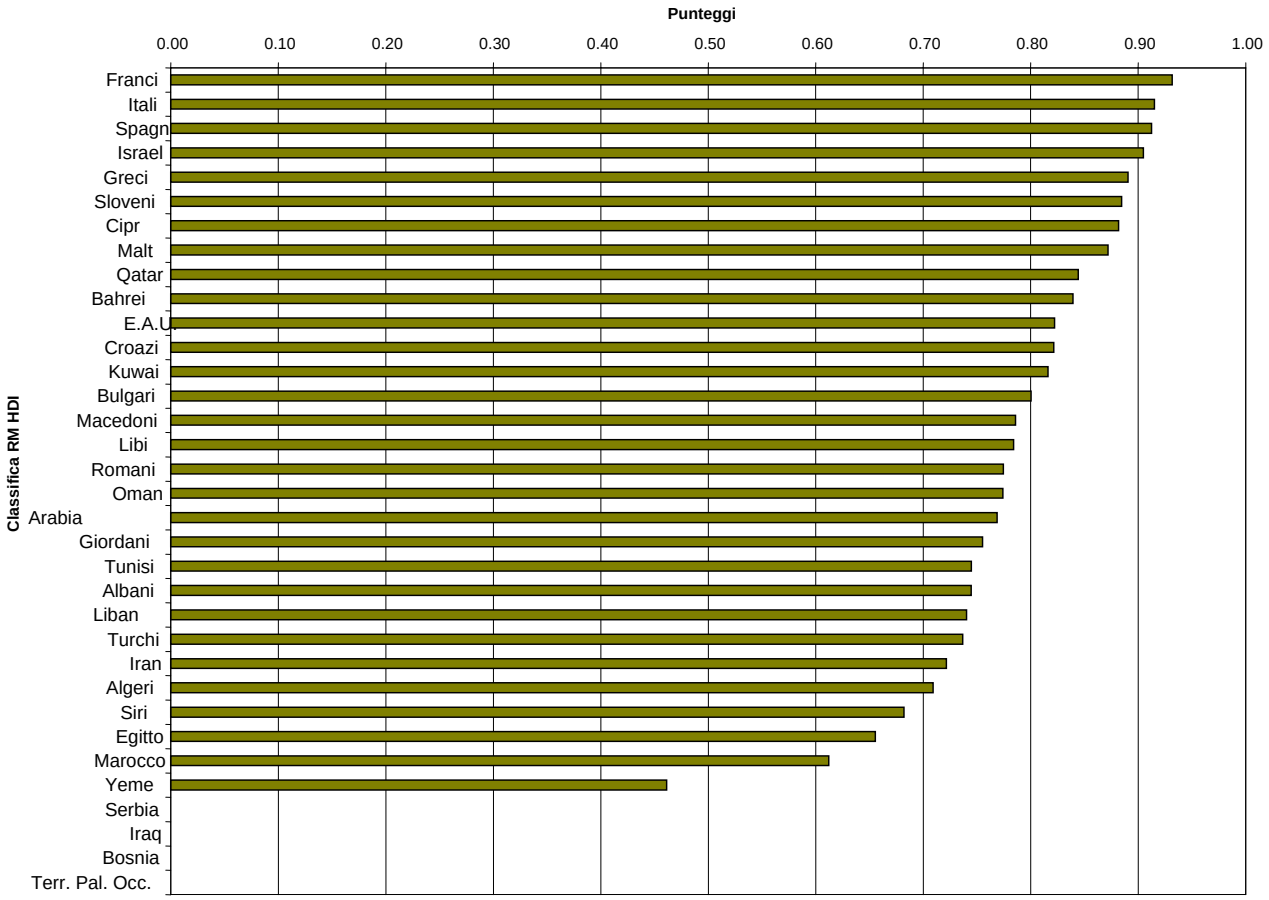
[38] Scolarità secondaria netta: il numero di bambini in età scolare iscritti alla scuola secondaria, espresso come percentuale del gruppo ufficiale di popolazione in età rilevante [Indice della Banca Mondiale 2003 (dati 1996-2000)].

3.1 L'INDICE DEL BENESSERE INFANTILE (CWI)

Il primo indice che proponiamo è l'*indice del benessere infantile* (CWI). Questo indice costituisce un adattamento dell'*indice dello sviluppo umano*. Il CWI misura il risultato medio raggiunto da un Paese sotto il profilo di tre diverse dimensioni fondamentali del benessere del bambino: un'infanzia lunga e sana, la conoscenza e un tenore di vita decoroso. L'obiettivo finale di questo indice è la possibilità di comparare il risultato medio ottenuto da un Paese in termini di benessere del bambino con il risultato medio raggiunto da quello stesso Paese in termini di sviluppo umano complessivo (HDI). Successivamente, si ricalcola l'HDI per i Paesi mediterranei[39].

Il primo passo consiste nel calcolare gli indici dimensionali per ciascun indicatore e poi nel ricostruire l'HDI-RM (che è riferito esclusivamente ai Paesi mediterranei) facendo ricorso alla formula impiegata nel *Rapporto sullo sviluppo umano* (*Rapporto sullo sviluppo umano*, 2003)[40]. Successivamente, classifichiamo i Paesi sulla base della loro performance in termini di HDI (RM). La *Figura 3.1* mostra i punteggi dei singoli Paesi dal migliore al peggiore. Questo posizionamento (ordine) è impiegato come base per confrontare le performance dei Paesi sulla base dei diversi indici alternativi che proponiamo.

Figura 3.1 HDI per i Paesi del Mediterraneo



Nota: se confrontiamo i risultati del posizionamento effettuato attraverso il nostro HDI con quelli relativi al posizionamento presentato nel più recente Rapporto sullo sviluppo umano dell'UNDP (2003) si evidenziano lievi differenze. Tali differenze riflettono i diversi dati impiegati per sviluppare i posizionamenti – i dati impiegati per l'HDI sono più recenti dei dati utilizzati nel Rapporto sullo sviluppo umano (2003). Per quattro Paesi – Serbia, Iraq, Bosnia e Territori Palestinesi Occupati – non erano disponibili dati sufficienti per calcolare l'HDI RM.

[39] La regione comprende in tutto 34 Paesi. Per un elenco completo si vedano gli allegati

[40] Come avviene nel *Rapporto sullo sviluppo umano* 2003 [UNESCO 2003, Global Education Digest http://www.uis.unesco.org (dati 2000-2001)].

La *Figura 3.1* illustra l'ampia variazione nello sviluppo raggiunto dai Paesi della regione. La Francia registra un valore di HDI superiore a 0,9, mentre lo Yemen non raggiunge 0,5. Questa differenza non è sorprendente perché lo Yemen è il Paese più povero dell'area mediterranea (e uno dei più poveri del mondo), mentre la Francia è uno dei Paesi più ricchi dell'area e del mondo. Nel complesso, si osserva poca omogeneità nel livello di sviluppo umano raggiunto dai Paesi del Mediterraneo; la gran parte dei Paesi europei si raggruppa in alto e i Paesi del Medio Oriente e dell'Africa settentrionale in basso, mentre i Paesi dell'Europa dell'Est sono dispersi nel mezzo.

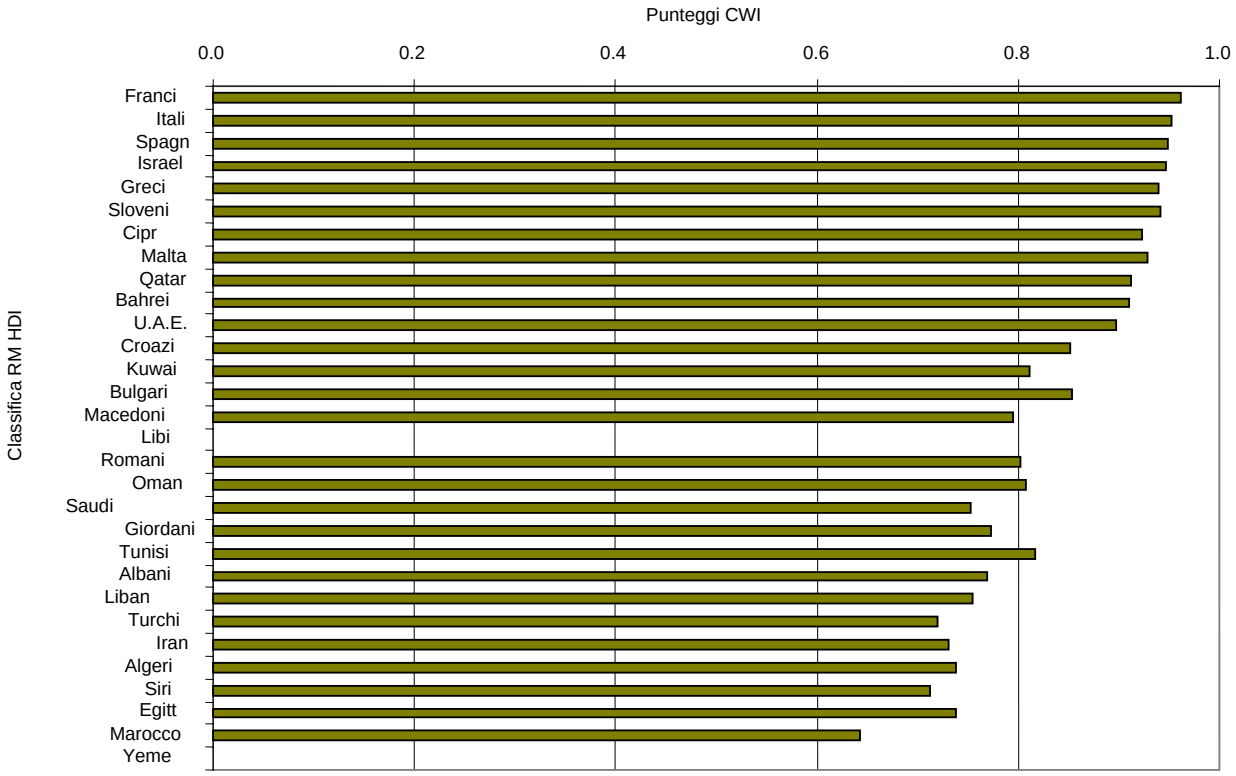
Successivamente calcoliamo il CWI. Per calcolare il CWI, convertiamo i nostri indicatori selezionati in indici dimensionali[41]. Dal momento che il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni non è un indicatore di misurazione dei risultati di un Paese nella promozione della salute dell'infanzia, calcoliamo dapprima l'indice dimensionale (seguendo la regola generale) e poi sottraiamo 1 all'indice dimensionale della mortalità al di sotto dei cinque anni per ottenere il suo complemento – la probabilità di sopravvivenza all'età di cinque anni. Così facendo, siamo in grado di utilizzare il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni come indicatore di un'infanzia lunga e sana.

Calcoliamo l'indice CWI finale utilizzando la formula generale dell'HDI, ma introducendo una lieve variante. Diversamente dall'HDI, in cui si combinano due indicatori - e, quindi, due indici dimensionali (l'indice dell'alfabetismo adulto e l'indice lordo di scolarità) – per costruire l'indice relativo all'istruzione, nel caso del CWI per calcolare questa dimensione ricorriamo ad un solo indicatore – i tassi composti di scolarità primaria e secondaria per l'istruzione.

Non abbiamo utilizzato i livelli di alfabetismo perché questi misurano i tassi di alfabetismo di adulti e adolescenti (15-24 anni) e non dei bambini. In futuri tentativi, i ricercatori dovrebbero considerare l'opportunità di incorporare indicatori di risultato nel campo dell'istruzione, come le capacità dei bambini in termini di alfabetismo funzionale. Tali capacità possono essere misurate facendo ricorso ai risultati di prove internazionali standardizzate come il PISA (*Programma internazionale di valutazione dello studente* – e il PIRLS – *Studio dello IEA sulla capacità di lettura raggiunta dai bambini nella scuola primaria*. Se alcuni Paesi mediterranei non aderenti all'Unione Europea e all'OCSE hanno già preso parte a questi tentativi, tuttavia la gran parte dei Paesi ne rimane ancora esclusa. La F*igura 3.2* mostra i punteggi finali in termini di CWI ottenuti dai Paesi mediterranei.

[41] Si veda l'esempio nel paragrafo introduttivo di questa sezione.

Figura 3.2 La classifica dei Paesi mediterranei sulla base del CWI

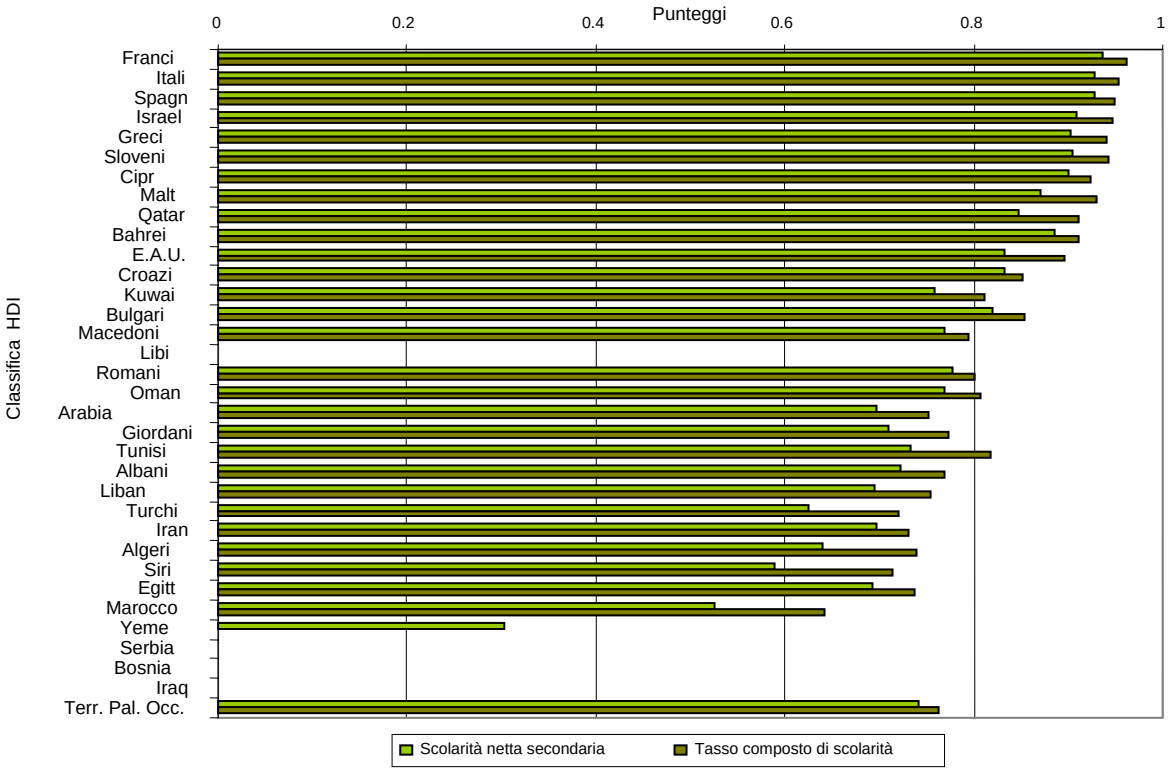


Nota: nel caso di Libia, Serbia, Iraq e Bosnia i dati disponibili non erano sufficienti per procedere al calcolo.

A confronto con quello costruito sulla base dell'HDI, il posizionamento dei Paesi determinato dal CWI cambia, e vede alcuni Paesi mostrare performance migliori e altri peggiori. Fra questi ultimi incontriamo Grecia, Croazia, Qatar, Kuwait, Arabia Saudita, Giordania, Turchia e Siria. Fra quelli con una performance migliore vediamo Slovenia, Emirati Arabi Uniti, Tunisia, Algeria, Bahrein, Egitto, Bulgaria e Oman. I Paesi più virtuosi sulla base di entrambi gli indici sono Francia, Italia e Spagna. Fra i peggiori troviamo Marocco e Siria. I dati non sono sufficienti per calcolare il CWI relativo a Libia, Iraq, Yemen e Bosnia.

Allo scopo di operare confronti, abbiamo sostituito i tassi composti di scolarità primaria e secondaria con i tassi netti di scolarità secondaria, e abbiamo ricalcolato il CWI. La maggior parte dei Paesi della regione mediterranea sono considerati Paesi a reddito medio. In quanto tali, molti di essi hanno raggiunto (o sono molto vicini al raggiungimento di) un'istruzione elementare universale. A questo proposito, l'impiego dei tassi di scolarità primaria non è risultato utile quanto l'impiego dei tassi di scolarità secondaria, perché il primo mostrava poca variabilità fra i Paesi. La *Figura 3.3* illustra le differenze nel posizionamento effettuato sulla base del CWI nel caso in cui si ricorra all'impiego dei tassi netti di scolarità secondaria e nel caso in cui si ricorra ai tassi composti di scolarità primaria e secondaria.

Figura 3.3 ***La classifica dei Paesi mediterranei sulla base del CWI – confronto tra tasso netto di scolarità secondaria da un lato e tasso composto di scolarità primaria e secondaria***

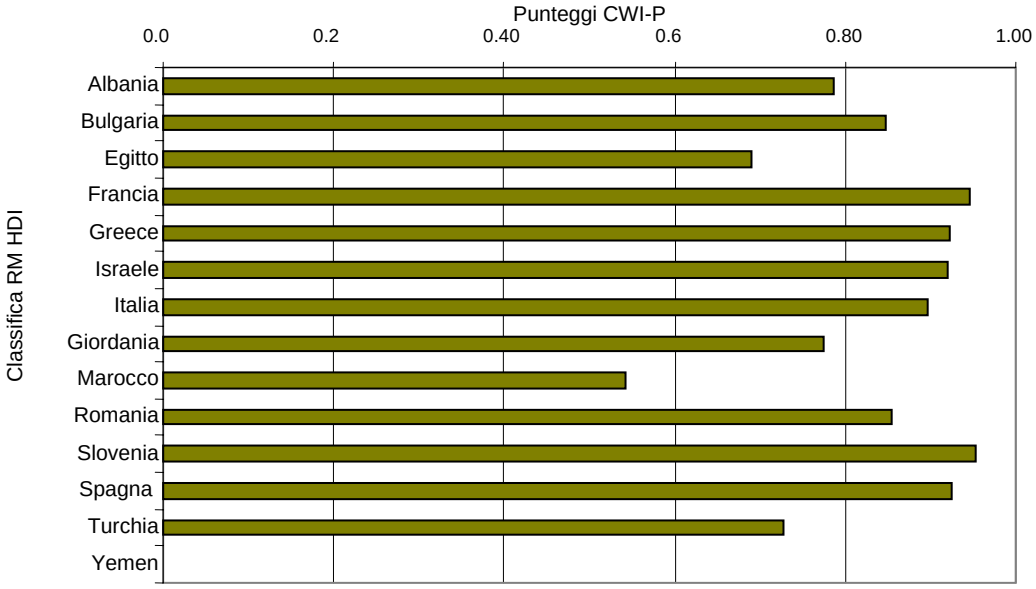


Nota: nel caso di Libia, Serbia, Iraq e Bosnia i dati disponibili non erano sufficienti per procedere al calcolo. I dati relativi ai Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a Gaza e West Bank.

La *Figura 3.3* mostra una certa variazione nel posizionamento dei Paesi, in particolare di quei Paesi che non si trovano agli estremi della distribuzione. I punteggi effettivi sono più elevati quando impieghiamo i tassi composti di scolarità. Ciò era prevedibile perché un'iscrizione tempestiva e la continuazione della scuola secondaria non sono – ancora – così comuni come crediamo nella maggior parte dei Paesi a reddito medio-basso e basso.

Per mostrare ancor meglio le informazioni che possono essere ricavate quando i dati relativi alla povertà infantile – e più direttamente collegati agli indicatori del benessere economico del bambino – vengono raccolti con regolarità, abbiamo sostituito il PIL pro capite (l'indicatore scelto per rappresentare un tenore di vita decoroso, che è una *proxy* dei redditi medi delle famiglie con bambini) con la percentuale di bambini che non vivono in povertà – cioè quei bambini che si trovano al di sopra del 50% della mediana del reddito medio della popolazione. La *Figura 3.3* presenta in termini di CWI i risultati che si ottengono quando si impiega la povertà infantile come indicatore.

Figura 3.4 Il CWI di alcuni Paesi ottenuto impiegando la povertà infantile come indicatore



Nota: per i Paesi non presenti nella figura non erano disponibili dati sulla povertà infantile.
Fonte dei dati: UNICEF (2000); Gordon e altri (2000).

La *Figura 3.4* mostra come l'impiego di dati sulla povertà infantile al posto di dati sul PIL pro capite si traduce in modifiche lievi al posizionamento complessivo dei Paesi. Per fare un esempio, se si ricorre all'impiego di dati sulla povertà infantile, la Slovenia presenta una performance migliore della Spagna, dell'Italia, della Grecia e di Israele. Questo risultato indica che l'uso del PIL pro capite come indicatore di un tenore di vita decoroso può nascondere questioni importanti specificamente connesse al benessere economico dell'infanzia. Il PIL pro capite è una misura più ampia dello sviluppo economico e può non rappresentare pienamente la condizione dei bambini. Come Atkinson (1998) sottolinea, abbiamo bisogno di sviluppare indicatori della performance economica che siano sensibili ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie (Atkinson, 1998).

Questi risultati, comunque, sono deboli, e devono essere utilizzati con grande cautela dal momento che le definizioni di povertà adottate per calcolare il CWI variano. I dati sulla povertà infantile impiegati nel caso del Marocco e dell'Egitto, per esempio, provengono da Gordon e altri (2002), i quali misurano l'indigenza del bambino in otto aree: alimentazione, acqua, strutture sanitarie, salute, casa, istruzione, informazione e servizi di base. Un bambino è considerato assolutamente povero se soffre di gravi carenze con riferimento a due o più bisogni umani fondamentali (Gordon, 2002; 9). Questa definizione si differenzia da quelle comunemente impiegate che considerano la povertà infantile come la percentuale di popolazione con un reddito del 50 o 40 per cento inferiore a quello medio (povertà relativa) o inferiore al reddito equivalente alla linea della povertà degli Stati Uniti, definizioni che sono state adottate dall'UNICEF (2000) nell'elaborazione del suo Rapporto.

Nel complesso, l'importanza del CWI è duplice. In primo luogo, il CWI consente il confronto tra Paesi in termini di risultati raggiunti nel miglioramento delle condizioni di benessere dell'infanzia. Ma soprattutto, il CWI permette comparazioni tra i risultati con esso ottenuti e quelli derivati attraverso l'HDI all'interno dei Paesi. Pertanto, il vantaggio del CWI è dato non solo dalla possibilità di posizionare i Paesi sulla base dei loro risultati, ma anche di confrontare il posizionamento di un Paese in termini di CWI con quello effettuato sulla base del PIL pro capite.

Come altri indici aggregati, il CWI presenta dei limiti. La qualità delle misurazioni potrebbe essere migliorata incorporando distinzioni per età (si veda il CGI per un tentativo), per appartenenza etnica, per regione. Sfortunatamente, questi dati non vengono raccolti con sistematicità e, pertanto, difficilmente possono essere inclusi in un indicatore che possa monitorare il benessere del bambino a livello nazionale e su base annua.

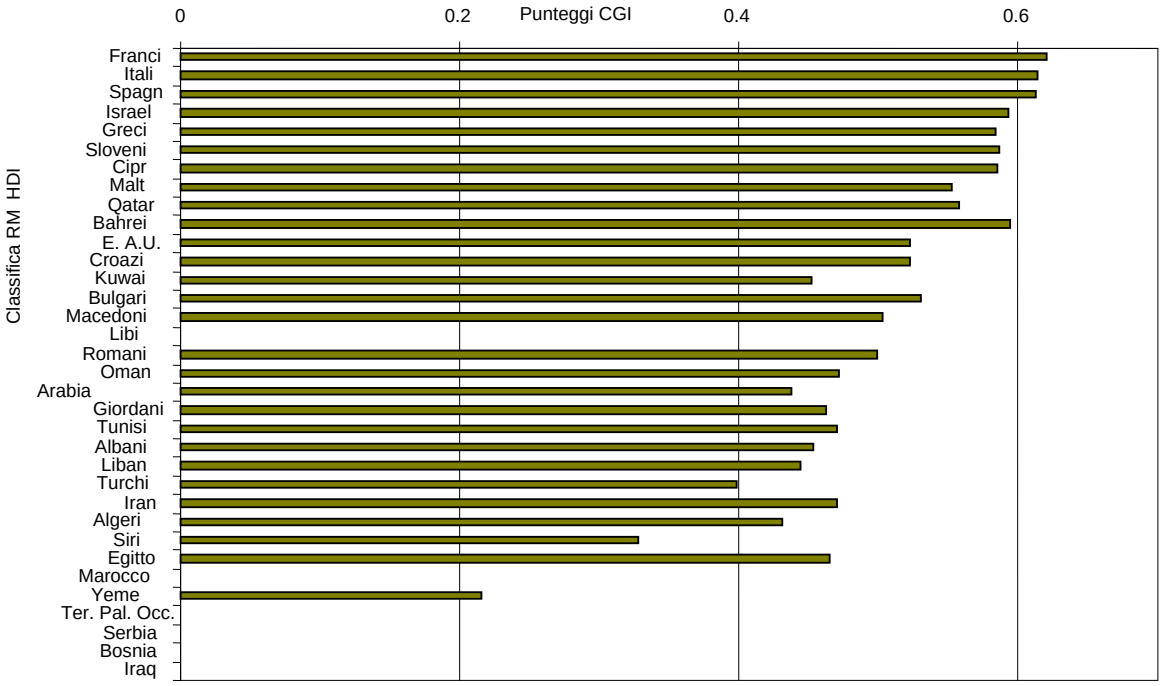
3.2 L'INDICE DELLO SVILUPPO INFANTILE LEGATO AL GENERE

Il CGI si calcola similarmente al GDI[42]: in quest'ultimo il risultato medio viene aggiustato per riflettere le disuguaglianze fra maschi e femmine con riferimento alle tre dimensioni. Il calcolo del CGI, come quello del GDI, richiede tre passaggi. Primo, gli indici relativi a maschi e femmine per ciascuna dimensione devono essere calcolati secondo la formula generale. Secondo, gli indici dimensionali relativi a maschi e femmine vengono combinati in modo da penalizzare le differenze di genere presenti nei risultati raggiunti, con l'esito di ottenere un indice equamente distribuito[43]. Terzo, questi indici dimensionali equamente distribuiti vengono combinati in un singolo indice per mezzo di una media semplice.

Si noti che, nel caso del CGI, la quota di maschi e di femmine sulla popolazione viene calcolata nel rispetto del gruppo di età coperto dall'indicatore sottostante. Nel caso del tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni, per esempio, calcoliamo la relativa quota sulla quota di popolazione femminile tra 0 e 5 anni; nel caso del tassi composti di scolarità, calcoliamo la quota di popolazione femminile e maschile in età scolare sulla quota di popolazione in età scolare.

Diversamente dal CDI, invece dei redditi guadagnati stimati per genere (come indicatore di un tenore di vita decoroso), il CGI include il PIL pro capite. Il CGI si calcola facendo la media semplice dei vari indici equamente distribuiti per ottenere un singolo indice finale. La *Figura 3.5* mostra il posizionamento dei Paesi del Mediterraneo ottenuto mediante l'impiego del CGI.

Figura 3.5 Il posizionamento dei Paesi del Mediterraneo sulla base del CGI



Nota: nel caso di Libia, Serbia, Iraq, Bosnia, Marocco e Territori Palestinesi Occupati i dati disponibili non erano sufficienti per procedere al calcolo.

[42] Per una spiegazione dettagliata del metodo di calcolo, si veda l'HDR (UNDP, 2003, pag. 343).
[43] Per una spiegazione dettagliata del metodo di calcolo dell'indice equamente distribuito si veda UNDP, 2003, pag. 255.

La figura 3.5 presenta alcuni capovolgimenti nella performance dovuti all'impiego del CGI. Fra i Paesi con una performance che peggiora se confrontata con quella ottenuta sulla base del GDI troviamo Israele, Kuwait, Arabia Saudita, Oman, Emirati Arabi Uniti, Francia e Cipro. Fra i Paesi che mostrano un miglioramento troviamo Italia, Grecia, Slovenia, Grazia, Bulgaria, Romania ed Egitto. Come ci si aspettava, i Paesi del Medio Oriente e dell'Africa settentrionale si comportano in modo peggiore in termini di CGI che in termini di HDI e di CWI. D'altra parte, nel complesso, sulla base del CGI, i Paesi dell'Europa dell'Est hanno ottenuto risultati migliori.

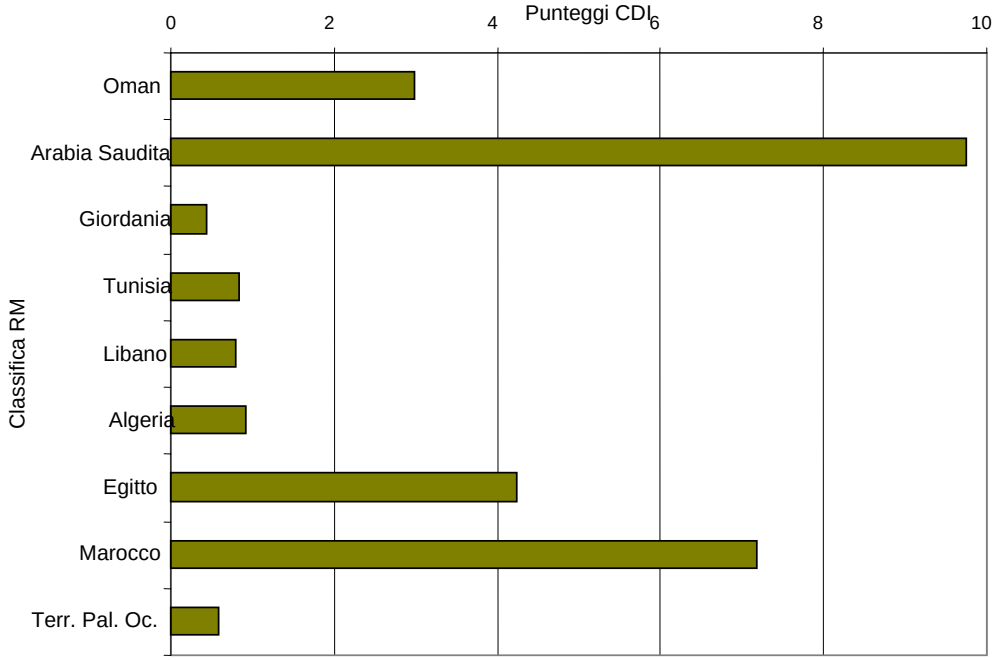
3.3 L'INDICE DELLA POVERTÀ INFANTILE (CDI)

Come l'HPI-1, anche il CDI misura la povertà secondo tre dimensioni base dello sviluppo del bambino, ovvero la vulnerabilità alla morte in età precoce, l'esclusione dal sistema educativo e la mancanza di accesso ad un tenore di vita decoroso (per una lista dettagliata di indicatori si può fare riferimento alla *Tavola 3.1*).

Contrariamente all'HDI e al CGI, l'HPI-1 non viene calcolato seguendo la formula generale. Dal momento che gli indicatori impiegati sono già espressi in termini percentuali, non c'è bisogno di creare degli indici dimensionali. Gli indicatori percentuali vengono elevati alla terza potenza, allo scopo di attribuire maggior peso alla dimensione nella quale c'è maggior deprivazione. Il CDI si calcola come l'HPI-1.

Nel CDI l'analfabetismo adulto viene sostituito con la percentuale di bambini che non frequentano la scuola, mentre la probabilità di non sopravvivere fino all'età di quarant'anni viene sostituita con la probabilità di non sopravvivere fino all'età di cinque anni. Per calcolare la dimensione relativa al tenore di vita, abbiamo impiegato gli stessi indicatori utilizzati per l'HDI-1: la percentuale di popolazione che non ha accesso all'acqua potabile e la percentuale di bambini sottopeso. Come nel caso dell'HPI-1, i dati non sono disponibili per tutti i Paesi, quindi ad alcuni non è stato possibile assegnare un punteggio. La *Figura 3.6* presenta i punteggi ottenuti da alcuni Paesi del Mediterraneo in termini di CGI.

Figura 3.6 Il posizionamento di alcuni Paesi del Mediterraneo in termini di CDI



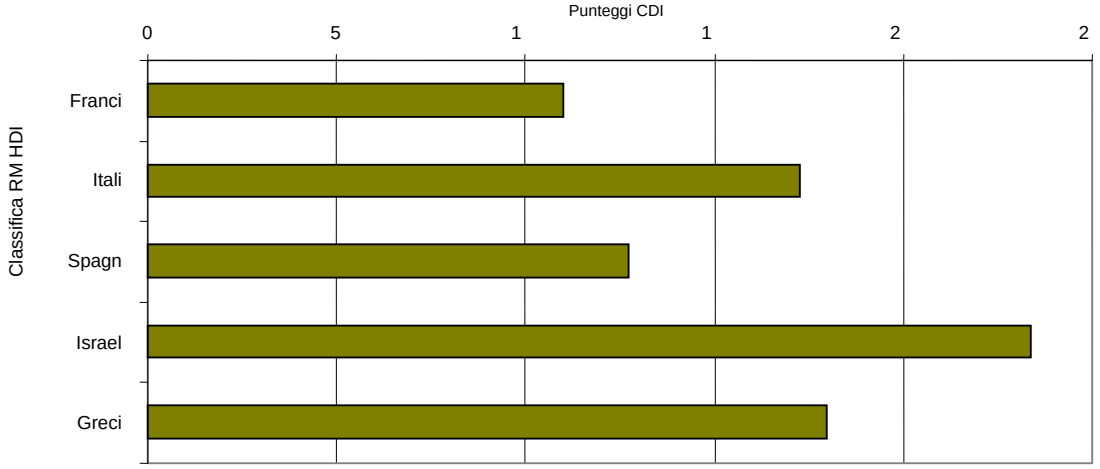
Nota: per i Paesi non presenti nella figura i dati raccolti non erano sufficienti per calcolare il CDI. I dati relativi ai Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a Gaza e West Bank. Questo Paese non è classificato in termini di HDI.

La *Figura 3.6* mostra che Arabia Saudita e Oman ottengono un posizionamento peggiore rispetto a quello ottenuto sulla base dell'HDI. Il punteggio dell'Arabia Saudita calcolato con il CDI è estremamente

elevato ed è seguito dal punteggio del Marocco. Giordania, Tunisia e Libano ottengono con l'HDI una posizione migliore. Sfortunatamente non ci sono dati sufficienti sul numero di bambini che non frequenta la scuola[44]. Attualmente l'UNESCO, l'UNICEF e la Banca Mondiale stanno lavorando ad una definizione comune del fenomeno dei bambini che non frequentano la scuola e al contempo ad una comune metodologia di calcolo del fenomeno stesso. Ci si può attendere che nei prossimi anni questi dati vengano pubblicati con regolarità.

Per un certo numero di Paesi, abbiamo sostituito la percentuale di bambini al di sotto dei cinque anni che soffre di denutrizione e la percentuale di popolazione senza accesso all'acqua potabile con i tassi di povertà infantile. L'insieme di Paesi scelto coincide con quello considerato nel caso dell'HPI-1. La *Figura 3.7* presenta i risultati del CDI ottenuti impiegando la povertà come indicatore.

Figura 3.7 Classifica del CDI basata sull'impiego della povertà come indicatore



Nota: maggiore è il punteggio, peggiore è la performance del Paese in termini di CDI.

La *Figura 3.7* mostra alcune differenze rispetto a quanto ottenuto con l'HDI. Italia e Israele, per esempio, si posizionano peggio, mentre il contrario si osserva per Grecia e Spagna.

In futuro, dovrebbe essere incorporata nel calcolo del CDI anche una quarta dimensione, l'esclusione sociale, impiegata nell'HPI-2. L'esclusione può essere misurata attraverso un indicatore simile a quello impiegato per la disoccupazione, ma che catturi la percentuale di famiglie con figli– sotto i 15 anni – in cui uno o entrambi gli adulti sono disoccupati. Questi dati forniscono un'idea dell'ambiente immediatamente circostante il bambino. Oggi siamo consapevoli del fatto che un ambiente carente (sia dal punto di vista delle risorse economiche, sia sotto il profilo del supporto socio-mentale) può esercitare effetti negativi sullo sviluppo dei bambini.

3.4 L'INDICE DEL BENESSERE EVOLUTIVO DEL BAMBINO (CDWI)

Avvalendoci della letteratura disponibile sulle misure aggregate del benessere dell'infanzia, sviluppiamo il CDWI. In sostanza, questo indice dovrebbe avere due principali sotto-indici: uno relativo all'età prescolare e uno relativo all'età scolare. Ciascun sotto-indice misura il benessere del bambino nelle tre dimensioni impiegate per gli altri indici: un tenore di vita decente, un infanzia lunga e sana, la conoscenza (o capitale sociale).

Il sotto-indice relativo alla prima infanzia (ECWI) misura i risultati ottenuti da un Paese nel garantire il benessere dell'infanzia attraverso cinque indicatori: la percentuale di bambini con alimentazione adeguata, il tasso di sopravvivenza all'età di cinque anni, la percentuale di bambini nei programmi ECD e il PIL pro capite. L'indice riferito all'età scolare (SCWI) si riferisce ai bambini più grandi (6-14 anni) e

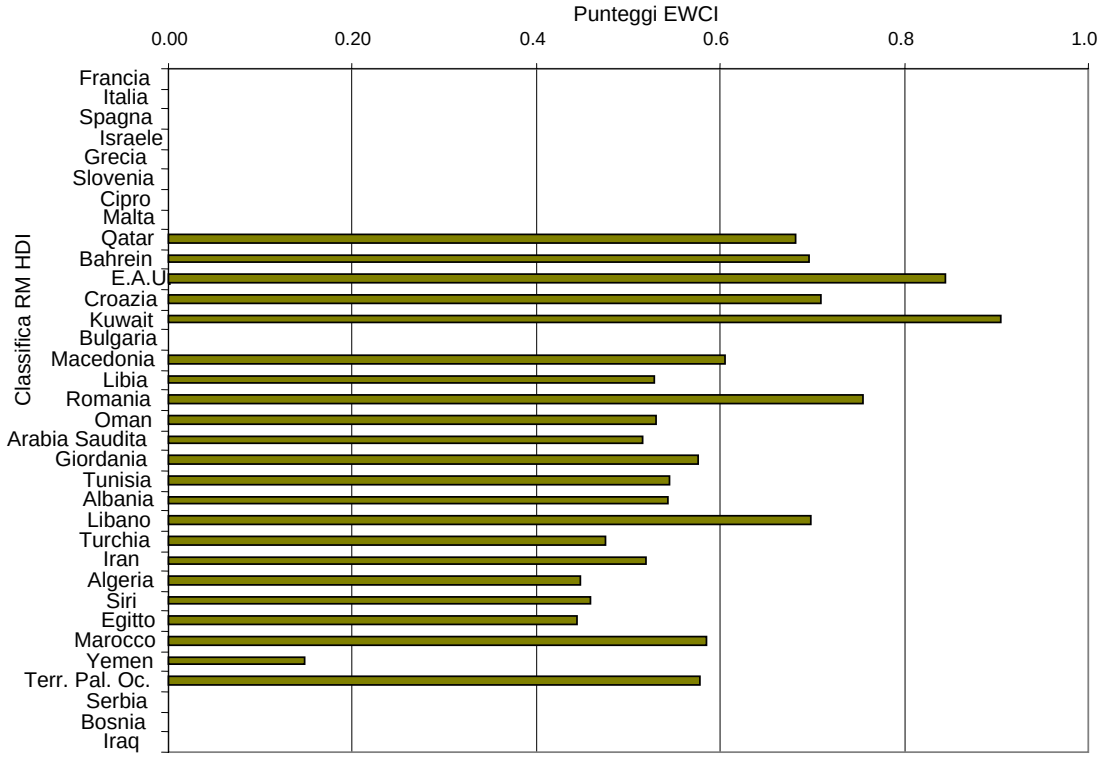
[44] Può essere calcolato sottraendo al numero totale dei bambini di una popolazione il numero di quelli iscritti a scuola.

misura il benessere attraverso tre indicatori: la percentuale di bambini vivi tra i 5 e i 14 anni (- il tasso di mortalità da 5 a 14 anni), il completamento della scuola elementare, il PIL pro capite.

3.4.1. L'indice del benessere della prima infanzia (ECWI)

L'ECWI misura la performance dei Paesi nella promozione del benessere della prima infanzia (cioè dei bambini in età pre-scolare). L'ECWI si calcola seguendo la formula generale, assegnando valori massimi e minimi a ciascuna dimensione e combinando i tre indici dimensionali – vita lunga e sana, conoscenza, tenore di vita – in una media non ponderata. Otteniamo la dimensione relativa ad una vita lunga e sana sommando la performance dei Paesi nella sopravvivenza entro i cinque anni con la percentuale di bambini adeguatamente nutriti e, successivamente, dividendo il risultato per due. La *Figura 3.8* presenta i risultati del posizionamento effettuato attraverso l'ECWI per i Paesi della regione mediterranea.

Figura 3.8 Posizionamento dei Paesi mediterranei in termini di ECWI



Nota: per i Paesi che non hanno un punteggio, i dati raccolti non erano sufficienti per calcolare l'ECWI. I dati relativi ai Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a Gaza e West Bank. Questo Paese non è classificato in termini di HDI, così come non lo sono Serbia, Bosnia e Iraq.

La *Figura 3.8* evidenzia alcune differenze rispetto a quanto ottenuto con il più complessivo CWI. Gli Emirati Arabi Uniti, ad esempio, ottengono un posizionamento migliore, mentre il contrario accade per Qatar, Oman e Arabia Saudita. Nel caso di Romania, Kuwait, Giordania, Libano, Siria, Turchia e Marocco, il posizionamento ottenuto attraverso l'ECWI è simile a quello ottenuto con il CWI.

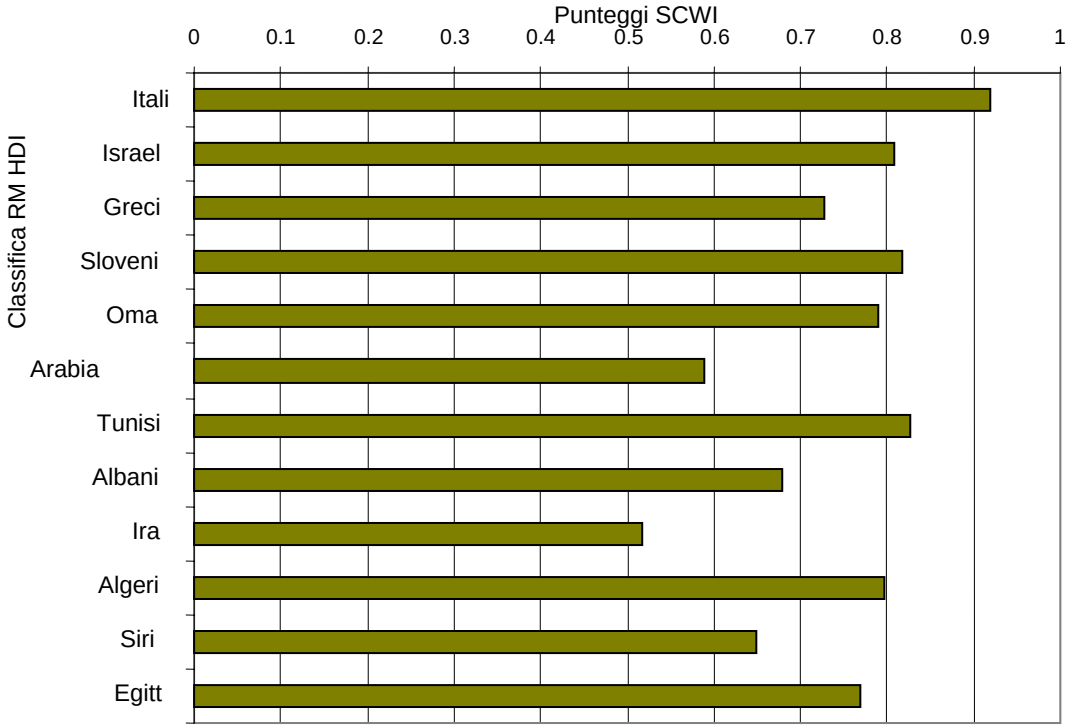
L'ECWI può, inoltre, costituire esso stesso un altro degli indici alternativi. Il valore di questo indice consiste nel fatto di prestarsi a confronti con il CWI e con l'HDI, cioè di consentire il confronto tra i dati relativi al benessere della prima infanzia, quelli relativi al benessere di tutta l'infanzia e quelli relativi al benessere della popolazione nel suo complesso.

3.4.2. L'indice del benessere in età scolare (SCWI)

L'*indice del benessere in età scolare* (SCWI) si calcola attraverso la formula generale. I tassi di completamento della scuola primaria, il PIL pro capite e i tassi di mortalità entro i 15 anni sono i tre

indicatori che vengono convertiti in indici dimensionali. Come nel caso dei tassi di mortalità al di sotto dei cinque anni, una volta che i tassi di mortalità entro i 15 anni vengono convertiti in un indice dimensionale, ad essi si sottrae l'unità per ottenere il tasso di sopravvenienza entro l'età di 15 anni. La *Figura 3.9* presenta i punteggi ottenuti da alcuni Paesi mediterranei attraverso l'impiego dell'SCWI.

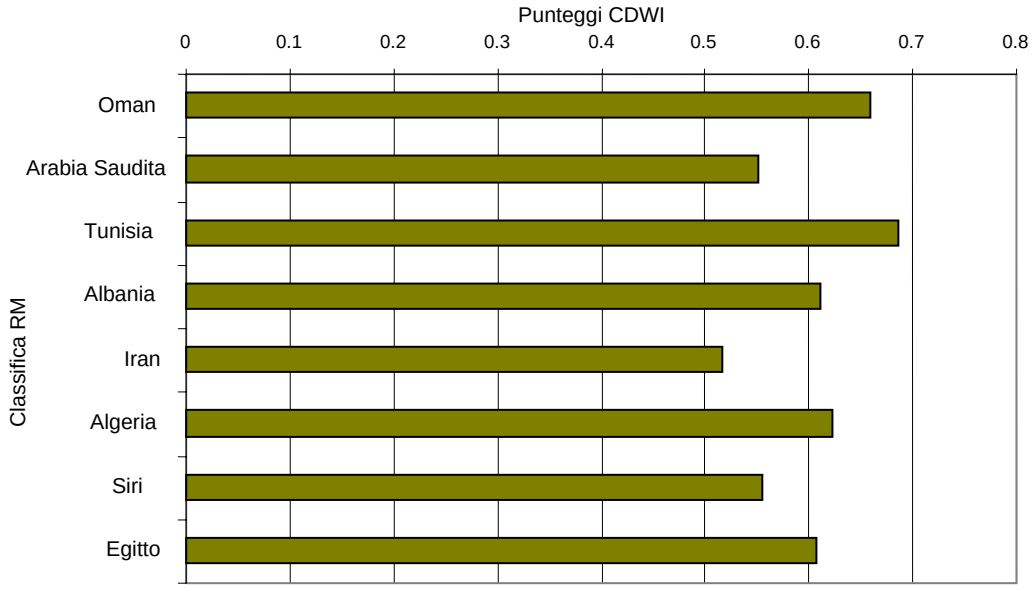
Figura 3.9 Posizionamento dei Paesi mediterranei in termini di SCWI



Nota: per i Paesi non presenti nella classifica, i dati raccolti non erano sufficienti per calcolare l'SCWI. I dati relativi ai Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a Gaza e West Bank. Questo Paese non è classificato in termini di HDI, così come non lo sono Serbia, Bosnia e Iraq.

Successivamente, i due sotto-indici considerati possono essere combinati in un unico indice, che è il risultato della media semplice dei due sotto-indici. La *Figura 3.10* presenta i risultati in termini di CDWI per alcuni Paesi mediterranei. Algeria e Tunisia raggiungono un posizionamento migliore rispetto a quello ottenuto con l'HDI, mentre si evidenzia il contrario nel caso di Iran e Arabia Saudita.

Figura 3.10 Posizionamento dei Paesi mediterranei in termini di CDWI



Nota: per i Paesi non presenti nella classifica, i dati raccolti non erano sufficienti per calcolare il CDWI.

Nel corso di questa sezione abbiamo presentato alcuni metodi alternativi di calcolare degli indici aggregati che misurino il benessere dell'infanzia nei Paesi del Mediterraneo. Questi indici possono fornirci un'idea generale della misura in cui i Paesi promuovono il benessere infantile in confronto con quanto fanno per la promozione del benessere complessivo.

4 CONCLUSIONI E PROPOSTE

In questo studio abbiamo passato in rassegna i tentativi di combinare indicatori di varie dimensioni del benessere (salute, istruzione e reddito) in un unico indice complessivo del benessere. Qualsiasi indice del benessere è un'istantanea scattata in un momento particolare e secondo una specifica prospettiva.

In quanto istantanea, l'indice non incorpora nessuna delle componenti dinamiche del benessere di un Paese. Per fare un esempio, un Paese con buone prospettive di crescita è, *coeteris paribus*, avvantaggiato rispetto ad un Paese caratterizzato da un'economia stagnante o in declino, ma le buone prospettive di crescita non possono essere incorporate in un indice statico. Allo stesso modo, e specialmente quando l'attenzione è posta sull'infanzia, le dinamiche demografiche possono determinare enormi differenze nel (futuro) benessere della popolazione[45]. Pertanto, quando facciamo ricorso ad un indice per misurare la performance di un Paese, dovremmo sempre prestare una certa attenzione alle tendenze assunte da alcune rilevanti variabili economiche e demografiche.

Scattata da una particolare prospettiva, l'istantanea comprende solo un numero limitato di dimensioni del benessere. Le dimensioni che vengono più comunemente utilizzate sono il reddito, la salute e l'istruzione, ma si potrebbe facilmente obiettare che libertà politica, uguaglianza o dimensioni relative all'ambiente sono ugualmente importanti. Non solo sono poche le dimensioni che vengono incluse in un indice (e molte quelle che ne restano escluse), ma anche il modo in cui le dimensioni sono combinate presuppone delle scelte. Tali scelte determinano il valore dell'indice. Ad altre scelte sarebbe corrisposto un valore differente (spesso lievemente). Quando si ricorre ad un indice per classificare dei Paesi, questi limiti, che caratterizzano qualsiasi indice del benessere, dovrebbero essere tenuti ben presenti.

[45] Si veda l'Allegato 1 per una dettagliata analisi delle statistiche demografiche relative ai Paesi del Mediterraneo.

Con questi *caveat* e basandoci sulla conoscenza di una vasta letteratura, passiamo alle tre proposte di costruzione di uno o più indici del benessere dell'infanzia nei Paesi della regione mediterranea.

Proposta 1

Costruire un indice del benessere del bambino (CWI) utilizzando l'approccio adottato dall'UNDP nella costruzione dell'HDI

Gli indicatori cui si potrebbe ricorrere sono:

- per il reddito – il PIL pro capite
- per la salute – la mortalità al di sotto dei 5 anni
- per l'istruzione – la scolarità

Come mostrato nella sezione 3.1, il CWI permette di confrontare il benessere generale della popolazione con il benessere dell'infanzia.

Per ottenere una prima estensione di questo indice, si potrebbe includere la percentuale di bambini che vivono nell'indigenza. Chiaramente, se l'attenzione è focalizzata sul benessere dei bambini, qualsiasi indice che non includa informazioni sulla povertà infantile sarà seriamente impreciso. Una prima priorità, quindi, è quella di raccogliere dati confrontabili sulla povertà infantile in tutti i Paesi del Mediterraneo. Se questi dati sono disponibili, un indice della povertà infantile, o CPI, simile all'HPI-1, può essere costruito come di seguito esposto.

Gli indicatori cui si potrebbe ricorrere sono:

- per il reddito – la percentuale di bambini che vivono nell'indigenza
- per la salute – la mortalità al di sotto dei 5 anni
- per l'istruzione – la percentuale di bambini che non frequentano la scuola

Per ottenere una seconda estensione, una speciale attenzione può essere prestata alle differenze di genere. Tale estensione potrebbe condurre al CGI.

Gli indicatori cui si potrebbe ricorrere sono:

- per il reddito – il PIL pro capite (in generale, non ci saranno differenze di reddito riferite al genere)
- per la salute – le differenze di genere nella mortalità al disotto dei 5 anni
- per l'istruzione – le differenze di genere nella scolarità

Nella sezione 3.2 abbiamo costruito il CWI, il CPI e il CGI. Dalle performance dei Paesi misurate con il CWI sono emerse differenze rispetto alle performance misurate con l'HDI. Alcuni Paesi hanno ottenuto un posizionamento migliore, altri peggiore. In aggiunta, se confrontato con misure complessive della povertà e della disuguaglianza di genere, il CPI, così come il CWI, mostra differenze nelle performance dei Paesi - se si considera la capacità di questi ultimi di combattere le miserie che direttamente affliggono i bambini nelle tre dimensioni fondamentali dello sviluppo umano - e nelle disuguaglianze di genere.

Per tutti gli indici, si possono scegliere altri indicatori o indicatori addizionali. La scolarità, ad esempio, potrebbe essere associata al rendimento scolastico, e la mortalità al di sotto dei 5 anni potrebbe essere sostituita con diversi indicatori relativi alla salute e alla nutrizione dei bambini. Tuttavia, in generale, la costruzione di questi indicatori aggregati è semplice e, con la notevole eccezione delle informazioni sulla povertà, la maggior parte dei dati sarà prontamente disponibile.

Proposta 2

Adottare uno o più (o una combinazione di) indici del benessere dell'infanzia fra quelli discussi nella sezione 2

Seguendo alcuni degli esempi presentati nella sezione 2 o nella sezione 3, si potrebbero sviluppare degli indici alternativi del benessere del bambino, che siano adatti dal punto di vista evolutivo, rilevanti sul piano culturale e focalizzati sull'infanzia. Gli esempi presentano un certo numero di indicatori (oltre a quelli impiegati per sviluppare gli indici basati sull'approccio dell'HDI) che potrebbero essere utilizzati per sviluppare indici di questo tipo. Un possibile indice alternativo come il CDWI potrebbe essere costruito facendo ricorso a sotto-indici che misurino specifici stadi dello sviluppo. Dal momento che il concetto di benessere infantile può variare nei Paesi del Medio Oriente e dell'Africa settentrionale e nei Paesi dell'Europa dell'Est, questi sotto-indici dovrebbero incorporare indicatori che riflettano i valori locali.

Proposta 3

Condurre, negli anni immediatamente a venire, un'approfondita analisi settoriale che esamini l'efficacia delle attuali politiche e dei programmi destinati ai bisogni dell'infanzia nei Paesi del Mediterraneo. Combinare queste informazioni gradualmente in un *indice della performance nel settore dell'infanzia* simile all'*indice della performance del settore sanitario* dell'OMS

Le analisi settoriali dovrebbero, nel tempo, includere tutti i "settori" rilevanti per il benessere del bambino. Per i settori sanitario e dell'istruzione, l'analisi dovrebbe comprendere studi di incidenza dei benefici per mostrare come le risorse pubbliche e private vengono utilizzate per migliorare le condizioni dei più bisognosi. Un'attenzione speciale dovrebbe essere riservata anche alle tematiche distributive con riferimento, per esempio, alle differenze tra i gruppi etnici e alle differenze tra le aree rurali e quelle urbane.

Altri "settori" non dovrebbero essere trascurati. I programmi di spesa e di tassazione destinati all'infanzia dovrebbero essere analizzati e valutati in termini di efficacia. Anche i programmi di sostegno ai genitori, i programmi di miglioramento ambientale urbano e rurale, le tematiche legate alla sicurezza e le leggi a protezione dell'infanzia dovrebbero essere inclusi in questa analisi e valutazione.

Ci rendiamo conto che l'ultima proposta può essere implementata con successo solo in un certo numero di anni. Tuttavia, se migliorare il benessere dell'infanzia nei Paesi del Mediterraneo costituisce la priorità numero uno, occorre fare lo sforzo di rivedere complessivamente tutti i programmi e tutte le politiche che possono contribuire al benessere dell'infanzia. Se tutte queste revisioni saranno alla fine espresse o meno attraverso un unico indice complessivo della performance del settore dell'infanzia è, in ultima analisi, una questione di secondaria importanza.

BIBLIOGRAFIA

Aber L. e Brooks-Gunn J. (2002), *"Social Exclusion of Children in the US Compiling Indicators of Factors From Which and By Which Children are Excluded"*.

Atkinson A. (1999), *"EMU, Macroeconomics and Children"*, Innocenti Occasional Papers Economic and Social Policy Series EPS 68, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Aoyama A (1999), *"Toward A Virtuous Circle. A Nutrition Review of the Middle East and North Africa"*, World Bank Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series, Washington DC: Banca Mondiale.

Australian Institute of Health and Welfare (2002), *"Australia's Children: Their Health and Well-being 2002"*, reperibile all'indirizzo:
[http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm?type=detail&id=7516]

Banca Mondiale (1994), *"Hashemite Kingdom of Jordan Poverty Assessment"*, Population and Human Resources Operations Division, Country Department II, Middle East and North Africa, Washington DC: Banca Mondiale October.

Banca Mondiale (1995), *"Republic of Tunisia Poverty Alleviation: Preserving Progress while preparing for the future, Country Operations Division"*, Country Department Middle East and North Africa Region, Washington DC: Banca Mondiale, agosto.

Banca Mondiale (1997), *"Albania Growing out of Poverty"*, Human Resources Operations Division Country Department II Europe and Central Asia Region, Washington DC: World, maggio 30.

Banca Mondiale (1998), *"Education in the Middle East and North Africa: A Strategy Towards Learning for Development"*, Human Development Sector, Middle East and North Africa Region.

Banca Mondiale (1999), *"Former Yugoslav Republic of Macedonia Focusing on the Poor"*, Human Development Sector Unit, Country Department Europe and Central Asia Region, Washington DC: Banca Mondiale, giugno.

Banca Mondiale (2000), *"World Development Report"*, Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2001), *"Croatia Economic Vulnerability and Welfare Study"*, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Eastern and Central Asia, Report N 22079-HR. Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2001b), *"Kingdom of Morocco Poverty Update"*, Middle East and North Africa Human Development Sector, Washington DC: Banca Mondiale, marzo.

Banca Mondiale (2001c), *"Poverty in West Bank and Gaza, Middle East and North Africa Region"*, Washington DC: Banca Mondiale, giugno.

Banca Mondiale (2002a), *"Bulgaria Poverty Assessment"*, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2002b), *"Republic of Yemen Poverty Update"*, Middle East and North Africa Social and Economic Development Group.

Banca Mondiale (2002c), *"Arab Republic of Egypt: Poverty Reduction in Egypt. Diagnosis and Strategy*", Social and Economic Development Group Middle East and North Africa Region, Washington DC: giugno.

Banca Mondiale (2002d), *"Arab Republic of Egypt Strategic Options for Early Childhood Education"*, Human Development Sector Middle East and North Africa Region.

Banca Mondiale (2002e), *"Bulgaria Poverty Assessment"*, Human Development Network Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: October.

Banca Mondiale (2002f), *"Country Assistance Strategy Report"*, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: ottobre.

Banca Mondiale (2003a), *"Internal World Bank Database"* GDF and Central WDI, agosto.

Banca Mondiale (2003b), *"World Development Indicators"*, Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2003c), *"Strategy Paper on Children and Youth"*, Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2003d), *"Turkey Poverty and Coping after Crises"*, Human Development Unit Europe and Central Asia Region, Washington DC: Banca Mondiale.

Banca Mondiale (2003e), *"Romania Poverty Assessment"*, Human Development Sector Unit, Environmentally and Socially Sustainable Development Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: Banca Mondiale, settembre.

Banca Mondiale (2003f), *"Bosnia and Herzegovina Poverty Assessment"*, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: Banca Mondiale, novembre.

Ben-Arieh A., Kaufman N., Andrews A., Goerge R., Lee B., e Aber L. a cura di (2001), *"Measuring and Monitoring Children's Well-Being"*, Boston: Kluwer Academic Publishers.

Bradbury B., Jenkins S., e Micklewright J. (2000), *"Child Poverty Dynamics in Seven Nations"*, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Bradbury B. e Janti M. (1999), *"Child Poverty across Industrialized Nations"*, Occasional Paper No 71, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Bradshaw J. e Barnes H. (1999), *"How Do Nationals Monitor the Wellbeing of Their Children"*, Paper presented at LIS Child Poverty Conference, Luxembourg, 30 settembre - 2 ottobre.

Branko M. (1997), *"Income Inequality and Poverty During the Transition from Planned to Market Economy"*, Banca Mondiale Regional and Sectoral Studies, Washington DC: Banca Mondiale.

Brink S. e Zeesman A. (1997), *"Measuring Social Well-Being An Index of Social Health for Canada"*, Applied Research Branch Strategic Policy, Human Resources Development Canada, Quebec: Human Resources Development Canada.

Bornestein M. e al. (2003), *"Well-Being: Positive Development Across the Life Course"*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Canadian Human Development Resources Department (2002), *"The Well being of Canada's Young Children"*, reperibile all'indirizzo: [http://socialunion.gc.ca/ecd/2002/reportb-e.pdf], agosto.

Cantillon B. e van de Bosch K. (2002), *"Social Policy Strategies to Combat Income Poverty of Children and Families in Europe"*, Working Paper No. 336 Luxembourg Income Studies, reperibile all'indirizzo: [http://www.lisproject.org/publications/liswps/336.pdf].

Cornia G. e Sipos S. (1991), *"Children and the Transition to the Market Economy: Safety Nets and Social Policies in Central and Eastern Europe"*, UNICEF, England: Avebury Academic Publishers.

Cornia G. e Danzinger S. (1997), *"Child Poverty and Deprivation in Industrialized Countries 1945-1995"*, Oxford: Oxford University Press.

Dasgupta P. e Weale M. (1992), *"On Measuring the Quality of Life"*, World Development (20) 1 , pagg. 119-131.

Dalirazar N. (2002), *"An International Index of Child Welfare"*, Political Economy Research Institute University of Massachusetts Amherst, Working Papers Series N. 40.

Department of Health and Human Services (2001), *"Trends in the Well-being of America's Children and Youth"*, reperibile all'indirizzo: [http://aspe.os.dhhs.gov/hsp/01trends/], agosto.

Duclos J. (2002), *"Vulnerability and Poverty Measurement Issues for Public Policy"*, Social Protection Paper No 0230, Washington DC: Banca Mondiale Institute.

Edwards M. (1996), *"Policy Arena Children in Developing Countries"*, Journal of International Development (8) 6 , pagg. 813-827.

Engel S., Field C. e Finkelhor D. (2000), *"State Child Well-being Ranking: Alternative Approaches"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.unh.edu/frl/kidscount.pdf].

Fajth G. (2002), *"Regional Monitoring of child and Family well-being: UNICEF"s MONEE project in CEE and the CIS in a Comparative Perspective"*, Statistical Journal of the United Nations, ECE 17 (2000), pagg. 75-99.

Feletto M. (1999), *"Which Policy to which Family? The Answers to New Social Risks in Three Welfare Systems"*, Luxembourg Income Study Working Paper No 200, reperibile all'indirizzo: [http://www.lisproject.org/publications/liswps/200.pdf].

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (2003), *"The America's Children Report"*, Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, Washington DC: US Government Printing Office.

Gantcheva R. e Kolev A. (2001), *"Children in Bulgaria Growing Impoverishment and Unequal Opportunities"*, Innocenti Working papers No 84, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Gawtkin D. Wilcox J. e Wary D. (1980), *"Can Health and Nutrition Interventions Make a Difference?"*, Washington: Overseas Development Council.

Gwatkin D. (2000), *"Health Inequalities and the health of the poor. What do we know? What we can do?"*, Bulletin of the World Health Organization, 2000 78 (1), pagg. 3-17.

Gwatkin D. (1999), *"The Burden of Disease Among the Global Poor: Current Situation, Future Trends, and Implications for Strategy"*, Washington, D.C.: Banca Mondiale.

Gordon D., Nandy S., Pantazis C., Permberton S. e Townsend P. (2003), *"Child Poverty in the Developing World"*, United Kingdom: The Policy Press.

Hauser R. e al. (1997), *"Indicators of Children's Well-being"*, New York: Russell Sage Foundation.

Human Resources Development Canada and Health Canada, (2002), *"The Well-Being of Canada's Young Children"*, Government of Canada Report, reperibile all'indirizzo: [www.socialunion,gc.ca].

Human Development Resources Department Canada (2003), *"The National Longitudinal Survey of Children and Youth"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra/nlscy-elnej/home.shtml], agosto.

Janus M. e Offord D. (1999), *"Readiness to Learn at School"*, ISUMA 1 (2) : 71-75.

Jeandidier B. e Albiser E. (2002), *"To What Extent Do Family Policy and Social Assistance Transfers Equitably Reduce the Intensity of Child Poverty? A Comparison Between the US, France, Great Britain and Luxembourg"*, Luxembourg Income Study Working Paper No 255, reperibile all'indirizzo: [http://www.lisproject.org/publications/liswps/255.pdf].

Kamermann S. e Kahn A. (2003), *"Beyond Child Poverty The Social Exclusion of Children"*, Issues Brief Spring 2003, The Clearinghouse on International Development in Child, Youth, and Family Policy, Columbia University, reperibile all'indirizzo: [http://www.childpolicyintl.org/issuebrief/issuebrief6.pdf].

Land K. (2000), *"The Child Well-being Index"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.soc.duke.edu/resources/child_wellbeing/].

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (2003), *"America's Children 2003"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.childstats.gov/americaschildren/], agosto.

Mehrotra S., Vandermoortele J e Delamonica E. (2000), *"Basic Services for All? Public Spending and the Social Dimensions of Poverty"*, Innocenti Publications, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Micklewright J. (2003), *"Child Poverty in English Speaking Countries"*, Innocenti Working Papers No. 94, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Micklewright J. (2002), *"Social Exclusion and Children A European View for a US debate"*, Innocenti Working Paper No. 90, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Micklewright J. (2000), *"Macroeconomics and Data on Children"*, Innocenti Working papers, Economic and social Policy Series n 73, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Micklewright J e Stewart K. (2000), *"Child Well-Being in the EU and Enlargement to the East"*, Innocenti Working Papers, Economic and Social Policy Series N 75, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Micklewright J. e Stewart K. (1999), *"Is the Well-being of Children Converging in the European Union?"*, *The Economic Journal* (109) November, United Kingdom: Blackwell Publishers. pp 692-714.

McCain M. e Mustard F. (1999), *"Early Years Study"*, Final Report. Reversing the Real Brain Drain. Toronto: Publications Ontario.

McGllivray M. e White H. (1993), *"Measuring Development? The UNDP's Human Development Index"*, Journal of International Development. 5 (2), pagg. 183-192.

Moore K. (1999), *"Indicators of Child and Family Well Being: the Good, the Bad and the Ugly*", A presentation to the National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research Child Trends, settembre.

Morris D. (1979), *"Measuring the Condition of the World's Poor. The Physical Quality of Life Index"*, New York: Overseas Development Council.

Myers R. (2001), *"In Search of Early Childhood Indicators"*, Coordinators' Notebook An International Resource for Early Childhood Development, Issue 5, pagg. 3-31.

North Carolina Child Advocacy Institute (2003), *"North Carolina Children's Well-being Index"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.ncchild.org].

Nubler I. (1995), *"The Human Development Index Revisited"*, Intereconomics, Luglio/Agosto, pagg. 171-176.

OCSE (2001), *"Starting Strong Early Childhood Education and Care"*, Paris: OCSE.

OCSE (2001), *"The Well-being of Nations: The Role of Human and Social Capital"*, Paris: OCSE.

Ogwang T. (1994), *"The Choice of Principle Variables for Computing the Human Development Index"*, World Development 22 (12), pagg. 2011-2014.

Onis M. e Blossner M. (2003), *"The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: Methodology and Applications"*, International Journal of Epidemiology. 32, pagg. 518-526.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2000), "*World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance"*, Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1995), *"The State of Child Health in the Eastern Mediterranean Region"*, Alexandria: Regional Office for the Eastern Mediterranean.

Phipps S. e Curtis L. (2000), *"Poverty and Child Well-Being in Canada and the United States: Does it Matter how we Measure Poverty?*", Applied Research Branch Human Resources Development Canada, reperibile all'indirizzo: [http://hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra].

Raab R. e al. (2000), *"Efficient Provision of Child Quality of Life in Less Developed Countries: Conventional Development Indexes Versus a Programming Approach to Development Indexes"*, Socio-Economic Planning Sciences, 34, pagg. 51-67.

Rainwater L. e Smeeding T. (2003), *"Poor Kids in Rich Countries: America's Children in Comparative Perspectives"*, New York: Russell Sage Foundation Publications.

Redmond G. (1999), *"Large Families: Disadvantaged or just different?*" Paper prepared for the Conference Child Well-Being in Rich and Transition Countries, "Are Children Growing in Danger of Social Exclusion", Luxembourg Income Study.

Saporoti A. e Jensen M. (1995), *"Do Children Count? Childhood as a Social Phenomenon A Statistical Compendium"*, London: Earthscan.

Sen A. (1998), *"Mortality as an Indicator of Economic Success or Failure"*, The Economic Journal, 108, January, pagg. 1-25.

Smeeding T., Rainwater L. e Burtless G. (2000), *"United States Poverty in a Cross-National Context"*, Luxembourg Income Study Working Paper No 244.

Stewart K. (2002), *"Measuring Well-Being and Exclusion in Europe's Regions"*, Center for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, CASE paper 53.

Sullivan D. e Todd E. (2001), *"The Effects of Children on Household Income Packages: Across-National Analysis"*, Luxembourg Income Study Working Paper No 257.

The Annie Casey Foundation (2003), *"Kids Count Data Book State Profiles of Child Well-Being"*, Baltimore: The Annie Casey Foundation.

The Annie Casey Foundation (2003), *"Kids Count Indicator Brief, Reducing the Child Poverty Rate"*, luglio.

The Future of Children (2002), *"Conversation with Kristin A. Moore"*, marzo/aprile, reperibile all'indirizzo: [http://www.futureofchildren.org/discussion2873/discussion_show.htm?doc_id=105773].

UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organisation) (2003), *"Databank"* , reperibile all'indirizzo: [http://www.unesco.org/education/educprog/ecf/html/chart/stats.htm].

UNESCO (2002), "*Global Education Digest*", UNESCO EFA.

United Nations (2003), *"The 2002 Revision Population Database"*, reperibile all'indirizzo: [http://esa.un.org/unpp/].

UNDP (United Nations Development Program) (1996), *"Human Development Report 1996"*, New York: Oxford University Press.

UNDP (2003), "*Human Development Report 2003"*, New York: Oxford University Press.

UNICEF (United Nations Children's Fund) (1989), *"The Conventions of the Rights of the Child"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef.org/crc/crc.htm].

UNICEF (2000a), *"A League Table of Child Poverty in Rich Nations"*, Innocenti Report Card, Issue No.1 (Giugno 2000), Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

UNICEF (2000b), *"The Former Yugoslav Republic of Macedonia Situation Analysis of Children and Women"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef.org/macedonia/publications/pdfs/SITAN%20Situation%20Analysis.pdf]

UNICEF (2003a), "*Global Database on Child Malnutrition*", reperibile all'indirizzo: [http://www.childinfo.org/eddb/malnutrition/database2.htm].

UNICEF (2003b), *"The State of the World's Children 2003"*, New York: Oxford University Press, reperibile all'indirizzo: [http:///www.unicef.org/sowc03/], agosto.

UNICEF (1996), *"The Progress of Nations"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef.org/pon96/contents.htm].

UNICEF (2000), *"Multiple Indicator Cluster Survey Report Albania"*, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef.org/albania/publications/mics-p.htm].

UNICEF (2002), *"Social Monitor 2003. The MONEE Project CEE/CIS/ Baltic"*, Florence: Innocenti Research Centre, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef-icdc.org/publications/].

UNICEF (2000), *"Poverty Reduction Begins with Children"*, New York, marzo, reperibile all'indirizzo: [http://www.unicef.org/publications/pub_poverty_reduction_en.pdf].

Van de Walle D. e Kimberly N. (1995), *"Public Spending and the Poor. Theory and Evidence"*, The Johns Hopkins University Press.

Van de Walle D. (1998), *"Assessing the Welfare Impacts of Public Spending"*, World Development, 26 (3), pagg. 365-379.

Van der Walle D. (1995), *"Public Spending and The Poor: What We Know, What We Need to Know"*, Banca Mondiale Policy Research Department Public Economics Division.

Van der Gaag J. e Young M. (2002), *"Ready to Learn An Assessment of Needs and Programs for Children Ages 4 to 6 in Jordan"*, Washington DC: Banca Mondiale.

Wagstaff A. e Watanabe N. (2000), *"Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World"*, Policy Research Working paper 2434, Development Research Group and Poverty Human Resources and Human Development Network, Health, Nutrition and Population Team. Washington DC: Banca Mondiale.

Wagstaff D., Doorslaer E. e Watanabe N. (2001), *"On Decomposing the Causes of Health Sector Inequalities with an Application to Malnutrition Inequalities in Vietnam"*, Policy Research Working Paper 2714, Washington DC: Banca Mondiale.

Wagstaff A. (2002), *"Inequality Aversion, Health Inequalities, and Health Achievement"*, Policy Research Working Paper 2765, Banca Mondiale Development Research Group Public Services and Human Development Network, Health, Nutrition and Population Team, Washington DC: Banca Mondiale.

Wagstaff A. (2002), *"Inequalities in Health in Developing Countries. Swimming against the Tide?"*, Policy Research Working Paper 2795, Banca Mondiale Development Research Group Public Services and Human Development Network, Health, Nutrition and Population Team, Washington DC: Banca Mondiale.

Willms D. a cura di (2002), *"Vulnerable Children. Findings from Canada's Longitudinal Survey of Children and Youth"*, Alberta: The University of Alberta Press.

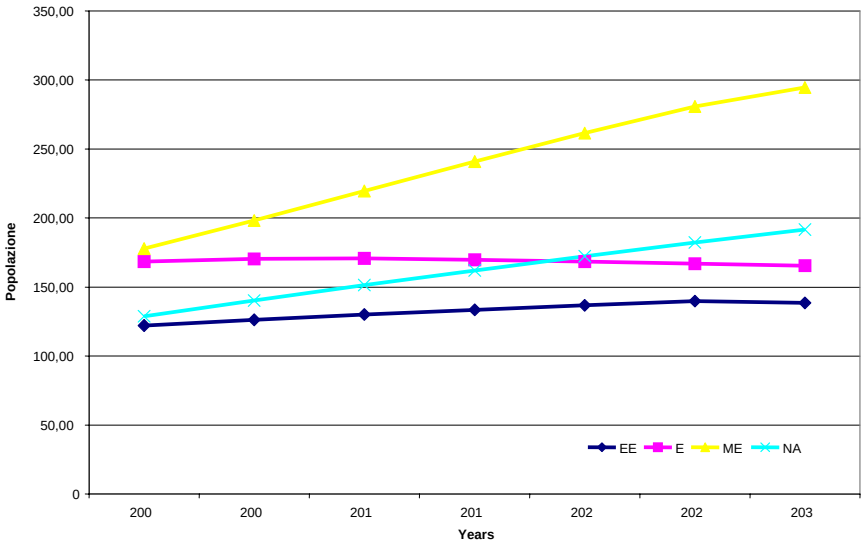
ALLEGATI

ALLEGATO 1 STATISTICHE DEMOGRAFICHE

Semplici informazioni demografiche relative al numero di bambini presenti in un Paese e in una regione forniscono informazioni di contesto per capire l'importanza del benessere dell'infanzia. Cambiamenti demografici possono modificare rapidamente il contesto socio-economico che ha influenza sul benessere dei bambini. Variazioni della struttura della popolazione possono derivare da processi demografici di fertilità, longevità e migrazione (Saporiti, 1994), che hanno effetti diretti e indiretti sulle popolazioni di bambini e sul loro benessere. Le informazioni di carattere demografico sono, nella maggior parte dei casi, prontamente disponibili e sottolineano l'importanza quantitativa della popolazione infantile (Micklewtight, 2000). Questo allegato presenta proiezioni relative ai cambiamenti demografici che potrebbero interessare i 34 Paesi mediterranei nei prossimi 30 anni[46].

Entro 30 anni, la regione mediterranea conterà circa 252 milioni di abitanti in più. Molti dei 34 Paesi dell'area sperimenteranno una crescita della loro popolazione totale. In generale, ci saranno più bambini, adulti e anziani che nell'anno 2000. La crescita più rapida e drastica interesserà i Paesi del Medio Oriente, dove, nel 2030, gli abitanti saranno il 70% più di quelli registrati nel 2000. Il tasso di crescita sarà più lento nel Nord Africa e molto più lento nei Paesi dell'Est europeo e nei Paesi dell'ex Unione Sovietica. L'Europa dell'Est, per contro, sperimenterà una riduzione delle popolazione totale. La *Figura A1.1* delinea alcune di queste tendenze.

Figura A1.1 Popolazione totale nel Mediterraneo – per area proiezioni per area al 2030



Note: EE, Europa dell'Est, inclusa Turchia; NA, Nord Africa, inclusa Malta; E, Europa, incluso Cipro; ME, Medio Oriente, incluso Israele.
Fonte: Banca Mondiale (2003a).

Le proiezioni riferite alla popolazione dell'Africa del Nord mostrano un brusco incremento della popolazione totale (+50%). Entro il 2030, una quota maggiore della popolazione avrà un'età compresa tra 15 e 65 anni. La popolazione totale della regione mediorientale esploderà. Il numero di abitanti tra 15 e 65 anni raddoppierà e il numero di anziani triplicherà. La popolazione infantile crescerà del 30%, e l'espansione in alcuni Paesi sarà maggiore che in altri. Fra 30 anni ci saranno 32 milioni di abitanti in più nello Yemen, ma solo 12 milioni in più nel Libano.

Lievi cambiamenti interesseranno la composizione della popolazione della regione mediterranea fra il 2000 e il 2030: la quota di popolazione anziana crescerà dal 9% al 13%, mentre la quota di bambini tra 0 e 14 anni diminuirà dal 27% al 22%. I rapporti di dipendenza infantile cadranno considerevolmente,

[46] Le proiezioni si basano su stime tratte da *United Nations Population Division* (UN, 2003) e Banca Mondiale (Banca Mondiale, 2003a).

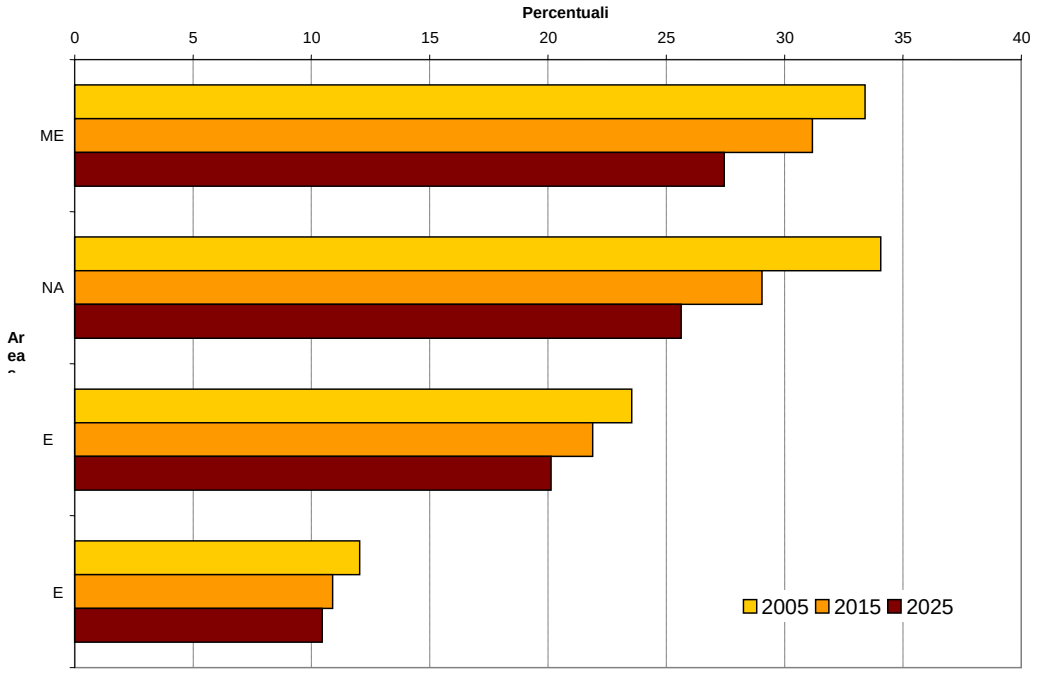
soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione (dal momento che aumenteranno i tassi relativi all'aspettativa di vita) e della stagnazione dei tassi di fertilità. I Paesi europei sperimenteranno i cambiamenti più drastici, con una tendenza al declino della popolazione infantile e una tendenza all'aumento della popolazione anziana.

Fra 30 anni, il numero degli anziani nella regione del Mediterraneo sarà quasi raddoppiato. L'invecchiamento della popolazione sarà sperimentato, in particolare, dall'Europa. Entro il 2025, il numero degli anziani supererà il numero dei bambini (di età compresa tra 0 e 14 anni) e gli anziani rappresenteranno in Europa più del 25% della popolazione totale. In media, per ogni bambino di età compresa tra 0 e 14 anni ci saranno 1,8 anziani.

Le proiezioni relative al gruppo in età lavorativa mostrano una tendenza alla crescita per la maggior parte delle aree tranne che per l'Europa. Questo aumento, comunque, sarà distribuito in modo disomogeneo fra le aree; non tutti i Paesi presenteranno la stessa espansione di questo gruppo. In Medio Oriente, il numero totale di abitanti in età lavorativa crescerà del 100%, mentre in Europa diminuirà del 10%.

Entro il 2025 un totale di 164 milioni di bambini di età compresa tra 0 e 14 anni abiterà i Paesi del Mediterraneo. Questo numero rappresenta il 27% della popolazione totale della regione (si veda la *Figura A1.2*) e quasi lo 0,5% del totale mondiale dell'infanzia. Nei Paesi del Medio Oriente e dell'Africa settentrionale, già un terzo della popolazione ha un'età compresa tra 0 e 14 anni, mentre nei Paesi europei solo il 12% della popolazione appartiene a questo gruppo di età. Entro il 2025, nonostante la tendenza al declino, i bambini tra 0 e 14 anni costituiranno un'ampia quota della popolazione totale sia in Medio Oriente che nell'Africa del Nord.

Figura A1.2 Percentuale di bambini tra 0 e 14 anni sulla popolazione totale del Mediterraneo.

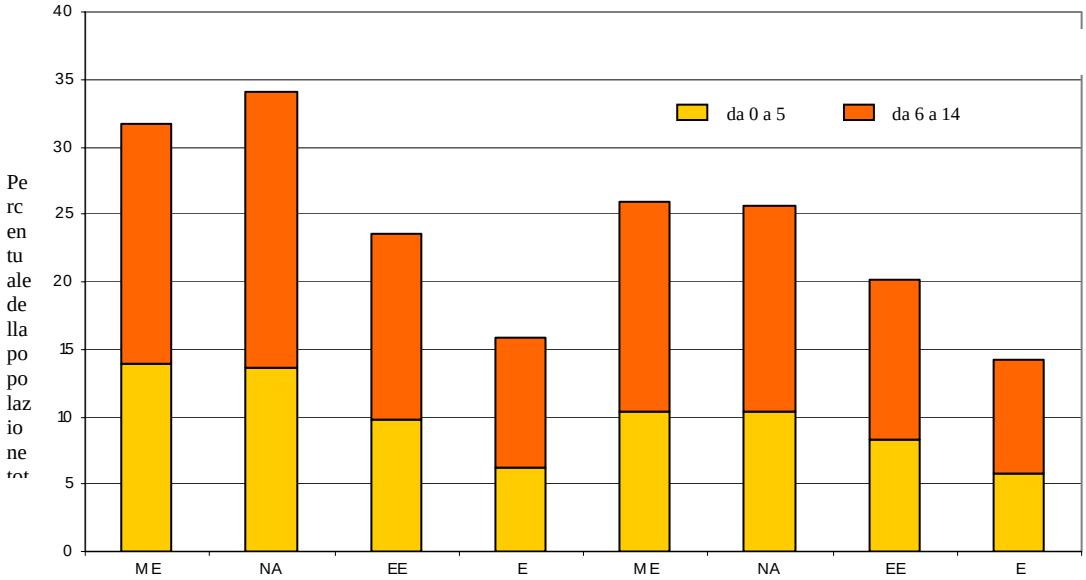


Note: EE, Europa dell'Est, inclusa Turchia; NA, Nord Africa, inclusa Malta; E, Europa, incluso Cipro; ME, Medio Oriente, incluso Israele.
Fonte: Banca Mondiale (2003a).

La Figura A1.2 descrive, comunque, una tendenza alla diminuzione della quota di bambini in tutte le quattro aree. Fra 30 anni, la quota di bambini nella regione del Mediterraneo diminuirà del 5%. Nonostante tale riduzione, il numero totale di bambini nella regione crescerà di circa 10 milioni. La popolazione infantile dovrebbe raggiungere il picco di 170 milioni entro il 2015. A quella data, quasi il 50% del numero totale dei bambini della regione mediterranea vivrà nei Paesi del Medio Oriente. Il 70% dei bambini dell'area mediterranea si concentrerà in Nord Africa e nel Medio Oriente.

I dati relativi a due distinti sotto-gruppi – età compresa tra 0 e 4 (pre-scolare) ed età compresa tra 5 e 14 anni (scolare) – mostrano che, nel complesso, entrambi i sottogruppi avranno la stessa tendenza alla diminuzione e diminuiranno a tassi simili. I bambini tra 6 e 14 anni sono, e continueranno ad essere, circa più del doppio di quelli tra 0 e 5 anni. E, di nuovo, il Medio Oriente ha, e continuerà ad avere, nella regione del Mediterraneo la quota maggiore per entrambi i sotto-gruppi.

Figura A1.3 Percentuale di bambini tra 0 e 5 anni e tra 6 e 14 anni sulla popolazione totale del Mediterraneo (2005-2025)

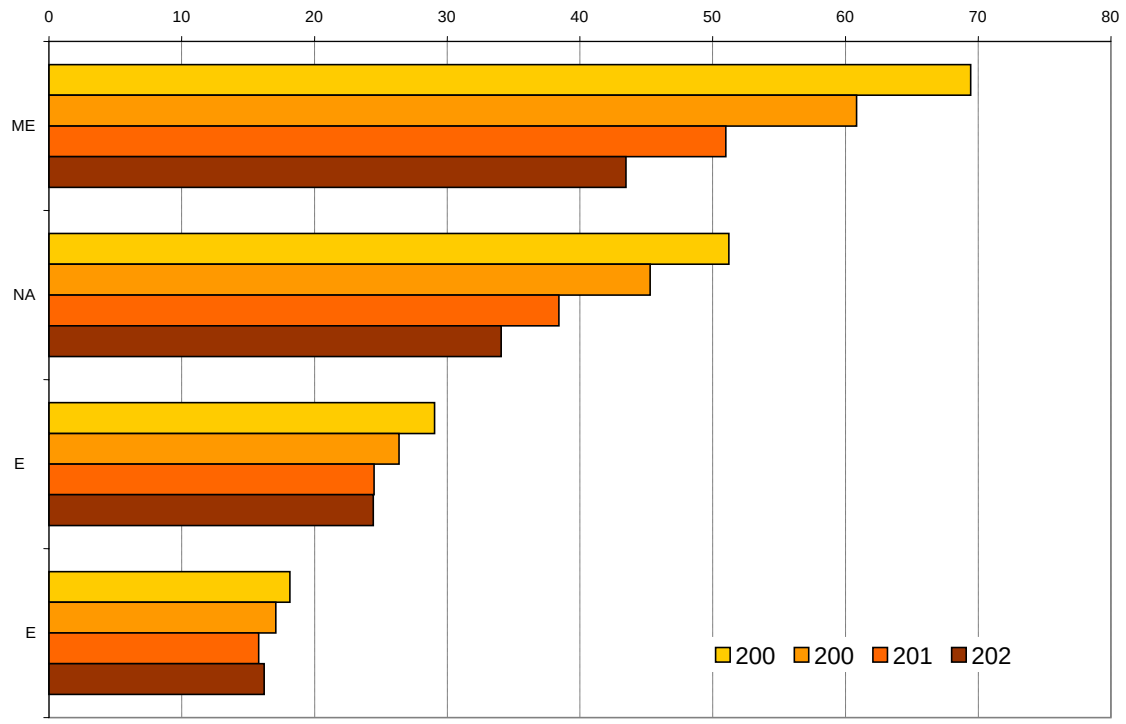


Note: EE, Europa dell'Est, inclusa Turchia; NA, Nord Africa, inclusa Malta; E, Europa, incluso Cipro; ME, Medio Oriente, incluso Israele.
Fonte: Banca Mondiale (2003a).

Le proiezioni relative alla popolazione indicano che il numero di bambini piccoli (0-5 anni) diminuirà in tutte le aree, con decrementi tra il 9% e il 7%. Entro il 2025, i bambini tra 0 e 5 anni rappresenteranno soltanto il 10% del totale della popolazione, rispetto al 15% del 2005. La quota di bambini tra 6 e 14 anni seguirà un percorso di flessione simile. Tuttavia, la popolazione totale di età compresa tra 6 e 14 anni crescerà nei Paesi del Medio Oriente di quasi 10 milioni. I Paesi del Medio Oriente sperimenteranno il maggior incremento della popolazione infantile totale, sia di quella in età pre-scolare che di quella in età scolare. Ma un'analisi Paese per Paese mostra che non tutti i Paesi del Medio Oriente sperimenteranno un aumento del numero di bambini. Per certi Paesi ci si attende un più elevato tasso di incremento e per alcuni si registrerà una diminuzione. Gli incrementi maggiori interesseranno l'Arabia Saudita e lo Yemen. D'altro canto, il numero di bambini scenderà in Siria, Iraq e Libano. Le proiezioni relative allo Yemen sono particolarmente significative, perché influenzeranno il totale della popolazione infantile dell'area mediterranea. Tra il 2000 e il 2030 la popolazione infantile totale dello Yemen raddoppierà.

Sebbene il numero totale di persone e, quindi, di bambini, aumenterà negli anni a venire, la quota dei bambini sulla popolazione totale e, in particolare, sulla popolazione attiva, diminuirà in tutte le sub-regioni nei prossimi 25 anni. La *Figura A1.4* presenta il rapporto *bambini/popolazione attiva totale* nella regione del Mediterraneo tra il 2000 e il 2030.

Figura A1.4 Rapporto bambini/popolazione attiva totale nella regione del Mediterraneo (stime), 2000-2030.



Note: EE, Europa dell'Est, inclusa Turchia; NA, Nord Africa, inclusa Malta; E, Europa, incluso Cipro; ME, Medio Oriente, incluso Israele.
Fonte: Banca Mondiale (2003a).

Entro il 2025, per ogni bambino tra 0 e 14 anni, ci saranno tre lavoratori adulti. La quota dei bambini sugli adulti occupati sarà molto più bassa nei Paesi europei, dove ci saranno 16 bambini ogni 100 adulti occupati, e, in Medio Oriente, i tassi di dipendenza dell'infanzia cadranno sensibilmente da 0,69:1 a 0,43:1.

ALLEGATO 2 STATISTICHE

2.1 Indice dello sviluppo umano (HDI) – Regione mediterranea

Paese	a. PIL pro capite (PPP $USA) 2002	Log PIL	Indice PIL	b. Aspettativa di vita alla nascita 2002	Indice dell'aspettativa di vita	c. Alfabetismo adulto 2002	Indice dell'alfabetismo adulto	d. GER Combinato	Indice GER combinato	Indice dell'istruzione	HDI RM	Classifica HDI RM
Francia	26.151	4,417	0,929	79,16	0,903	99,00	0,990	91	0,910	0,963	***0,9317***	**1**
Italia	25.570	4,408	0,925	78,37	0,890	98,55	0,986	82	0,820	0,930	***0,9151***	**2**
Spagna	20.697	4,316	0,890	78,31	0,889	97,81	0,978	92	0,920	0,959	***0,9124***	**3**
Israele	20.055	4,302	0,885	78,65	0,894	95,31	0,953	90	0,900	0,935	***0,9048***	**4**
Grecia	18.184	4,260	0,868	78,03	0,884	97,37	0,974	81	0,810	0,919	***0,8905***	**5**
Slovenia	17.748	4,249	0,864	75,91	0,849	99,65	0,997	83	0,830	0,941	***0,8846***	**6**
Cipro	17.725	4,249	0,864	78,09	0,885	97,45	0,975	74	0,740	0,896	***0,8818***	**7**
Malta	16.817	4,226	0,855	78,39	0,890	92,62	0,926	76	0,760	0,871	***0,8720***	**8**
Qatar	19.844	4,298	0,883	74,94	0,832	82,11	0,821	81	0,810	0,817	***0,8443***	**9**
Bahrein	16.593	4,220	0,853	73,29	0,805	88,50	0,885	81	0,810	0,860	***0,8393***	**10**
EAU	20.530	4,312	0,889	75,37	0,840	77,26	0,773	67	0,670	0,738	***0,8222***	**11**
Croazia	9.967	3,999	0,768	73,80	0,813	98,45	0,985	68	0,680	0,883	***0,8215***	**12**
Kuwait	16.328	4,213	0,850	76,90	0,865	82,94	0,829	54	0,540	0,733	***0,8161***	**13**
Bulgaria	6.909	3,839	0,707	71,82	0,780	98,56	0,986	77	0,770	0,914	***0,8003***	**14**
Macedonia	6.262	3,797	0,691	73,44	0,807	94,000	0,940	70	0,700	0,860	***0,7859***	**15**
Libia	7.570	3,879	0,722	72,34	0,789	81,66	0,817	89	0,890	0,841	***0,7841***	**16**
Romania	6.326	3,801	0,692	69,96	0,749	98,30	0,983	68	0,680	0,882	***0,7745***	**17**
Oman	13.247	4,122	0,816	74,06	0,818	74,41	0,744	58	0,580	0,689	***0,7742***	**18**
Arabia Saudita	11.516	4,061	0,792	73,11	0,802	77,88	0,779	58	0,580	0,713	***0,7689***	**19**
Giordania	4.106	3,613	0,620	71,96	0,783	90,87	0,909	77	0,770	0,862	***0,7551***	**20**
Tunisia	6.579	3,818	0,699	72,65	0,794	73,17	0,732	76	0,760	0,741	***0,7447***	**21**
Albania	3.973	3,599	0,615	73,99	0,817	85,90	0,859	69	0,690	0,803	***0,7446***	**22**
Libano	4.243	3,628	0,626	70,76	0,763	86,93	0,869	76	0,760	0,833	***0,7404***	**23**
Turchia	6.176	3,791	0,688	69,94	0,749	86,00	0,860	60	0,600	0,773	***0,7368***	**24**
Iran	6.339	3,802	0,693	69,28	0,738	78,09	0,781	64	0,640	0,734	***0,7215***	**25**
Algeria	5.536	3,743	0,670	70,72	0,762	68,86	0,689	71	0,710	0,696	***0,7092***	**26**
Siria	3.385	3,530	0,588	70,29	0,755	76,08	0,761	59	0,590	0,704	***0,6822***	**27**
Egitto	3.701	3,568	0,603	68,86	0,731	56,93	0,569	76	0,760	0,633	***0,6555***	**28**
Marocco	3.767	3,576	0,606	68,35	0,723	50,73	0,507	51	0,510	0,508	***0,6121***	**29**
Yemen	783	2,894	0,343	57,43	0,541	48,98	0,490	52	0,520	0,500	***0,4613***	**30**
Serbia	nd	nd	Nd	72,69	0,795	nd	nd	Nd	nd	nd	***nd***	**31**
Iraq	nd	nd	Nd	62,62	0,627	40,05	0,401	Nd	nd	nd	***nd***	**32**
Bosnia	5.538	3,743	0,670	73,88	0,815	nd	nd	64	0,640	nd	***nd***	**33**
Terr. Palest. Occ.	2.788	3,445	0,555	72,74	0,796	nd	Nd	77	0,770	nd	***nd***	**34**

Note: EAU Emirati Arabi Uniti; nd, dato non disponibile,
a. PIL pro capite PPP $USA. I dati più recenti 2002-2000 per E.A.U., Libia e Territori Palestinesi Occupati ri riferiscono ad una diversa definizione standard, i dati per gli altri anni si riferiscono all'HDR (2003).
b. L'aspettativa di vita alla nscita è definita in anni
c. La percentuale di alfabetismo adulto si riferisce ai maggiori di 15 anni. I dati relativi a Macedonia e Francia si riferiscono ad altri anni, la fonte è HDR (2003)
d. I dati si riferiscono all'anno scolastico 2000/01, rapporto di scolarità lorda primaria, secondaria e terziaria combinata. I dati per alcuni Paesi si riferiscono a stime dell'*Institute for Statistics* dell'UNESCO.
Fonte: colonna 1 Banca Mondiale 2003a. salvo diversamente specificato; colonna 3 Banca Mondiale 2003 a; Colonna 5 Banca Mondiale 2003a. Colonna 7 Banca Mondiale 2003a. Colonna 9 Rapporto sullo Sviluppo Umano 2003.

2.2 Indice del benessere infantile (CWI)

Classifica HDI RM	Paese	a. Tassi combinati di scolarità	Indice combinato di istruzione	b. U5MR 2002	Indice U5MR	Indice di sopravvivenza a 5 anni	c. PIL pro capite	Log PIL	Indice PIL	CWI
0,9317	Francia	106,611	1,000	6	0,045	0,95489	26.151	4,417	0,92909	0,961
0,9151	Italia	97,776	0,978	6	0,045	0,95489	25.570	4,408	0,92534	0,953
0,9124	Spagna	110,733	1,000	6	0,045	0,95489	20.697	4,316	0,89005	0,948
0,9048	Israele	103,713	1,000	6	0,045	0,95489	20.055	4,302	0,88479	0,947
0,8905	Grecia	98,844	0,988	5	0,038	0,96241	18.184	4,260	0,86844	0,940
0,8846	Slovenia	104,590	1,000	5	0,038	0,96241	17.748	4,249	0,86439	0,942
0,8818	Cipro	94,995	0,950	6	0,045	0,95489	17.725	4,249	0,86418	0,923
0,8720	Malta	96,974	0,970	5	0,038	0,96241	16.817	4,226	0,8554	0,929
0,8443	Qatar	97,284	0,973	16	0,120	0,8797	19.844	4,298	0,88302	0,912
0,8393	Bahrein	102,351	1,000	16	0,120	0,8797	16.593	4,220	0,85316	0,911
0,8222	E.A.U.	86,860	0,869	9	0,068	0,93233	20.530	4,312	0,8887	0,897
0,8215	Croazia	84,649	0,846	8	0,060	0,93985	9.967	3,999	0,76809	0,851
0,8161	Kuwait	65,699	0,657	10	0,075	0,92481	16.328	4,213	0,85047	0,811
0,8003	Bulgaria	97,176	0,972	16	0,120	0,8797	6.909	3,839	0,70692	0,853
0,7859	Macedonia	88,882	0,889	26	0,195	0,80451	6.262	3,797	0,69051	0,795
0,7841	Libia	Nd	nd	19	0,143	0,85714	7.570	3,879	0,72217	nd
0,7745	Romania	87,075	0,871	21	0,158	0,84211	6.326	3,801	0,69221	0,802
0,7742	Oman	70,404	0,704	13	0,098	0,90226	13.247	4,122	0,81557	0,807
0,7689	Arabia Saudita	67,639	0,676	28	0,211	0,78947	11.516	4,061	0,7922	0,753
0,7551	Giordania	94,481	0,945	33	0,248	0,75188	4.106	3,613	0,62007	0,772
0,7447	Tunisia	95,654	0,957	27	0,203	0,79699	6.579	3,818	0,69875	0,817
0,7446	Albania	88,312	0,883	25	0,188	0,81203	3.973	3,599	0,61457	0,770
0,7404	Libano	87,717	0,877	32	0,241	0,7594	4.243	3,628	0,62555	0,754
0,7368	Turchia	79,631	0,796	43	0,323	0,67669	6.176	3,791	0,6882	0,720
0,7215	Iran	81,759	0,818	42	0,316	0,68421	6.339	3,802	0,69255	0,731
0,7092	Algeria	91,364	0,914	49	0,368	0,63158	5.536	3,743	0,66994	0,738
0,6822	Siria	76,226	0,762	28	0,211	0,78947	3.385	3,530	0,58784	0,713
0,6555	Egitto	91,922	0,919	41	0,308	0,69173	3.701	3,568	0,60274	0,738
0,6121	Marocco	65,335	0,653	44	0,331	0,66917	3.767	3,576	0,60569	0,643
0,4613	Yemen	Nd	nd	107	0,805	0,19549	783	2,894	0,34349	nd
nd	Serbia	61,552	0,616	19	0,143	0,85714	nd	nd	nd	nd
nd	Bosnia	Nd	nd	18	0,135	0,86466	5.538	3,743	0,67	nd
nd	Iraq	71,751	0,718	133	1,000	0	nd	nd	nd	nd
nd	Terr. Pal. Occ.	92,044	0,920	25	0,188	0,81233	2.788	3,445	0,55545	0,763

Note: a. I dati si riferiscono al periodo 1998-2000. I dati per Iran e Turchia si riferiscono al 1996 b. I dati si riferiscono al 2002, la probabilità di morire prima dei cinque anni come tasso per 1.000, i dati per i Territori Occupati di Palestina si riferiscono alla West Bank e a Gaza c. PIL pro capite PPP $USA. I dati per Emirati Arabi Uniti, Libiate Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a differenti definizioni standard, i dati si riferiscono ad altre dizioni dell'HDR (2003). Fonte: colonna 1 Banca Mondiale 2003a; colonna 3 Banca Mondiale 2003a; colonna 6 Banca Mondiale 2003a.

Indice del benessere infantile (segue)

Classifica HDI RM	Paese	a. Dati più recenti sulla scolarità secondaria netta 1998-2000	Indice di scolarità secondaria	b. U5MR 2002	Indice U5MR	Indice di sopravvivenza a 5 anni	c. PIL pro capite	Log PIL	Indice PIL	CWI
0,9317	Francia	92,36	0,924	6	0,045	0,955	26.151	4,417	0,929	0,936
0,9151	Italia	90,51	0,905	6	0,045	0,955	25.570	4,408	0,925	0,928
0,9124	Spagna	93,73	0,937	6	0,045	0,955	20.697	4,316	0,890	0,927
0,9048	Israele	88,43	0,884	6	0,045	0,955	20.055	4,302	0,885	0,908
0,8905	Grecia	87,37	0,874	5	0,038	0,962	18.184	4,260	0,868	0,902
0,8846	Slovenia	88,58	0,886	5	0,038	0,962	17.748	4,249	0,864	0,904
0,8818	Cipro	88,3	0,883	6	0,045	0,955	17.725	4,249	0,864	0,901
0,8720	Malta	79,24	0,792	5	0,038	0,962	16.817	4,226	0,855	0,870
0,8443	Qatar	78,01	0,780	16	0,12	0,880	19.844	4,298	0,883	0,848
0,8393	Bahrein	92,11	0,921	16	0,12	0,880	16.593	4,220	0,853	0,885
0,8222	E.A.U.	67,38	0,674	9	0,068	0,932	20.530	4.312	0,889	0,832
0,8215	Croazia	79,03	0,790	8	0,06	0,940	9.967	3,999	0,768	0,833
0,8161	Kuwait	49,72	0,497	10	0,075	0,925	16.328	4,213	0,850	0,757
0,8003	Bulgaria	87,63	0,876	16	0,12	0,880	6.909	3,839	0,707	0,821
0,7859	Macedonia	80,97	0,810	26	0,195	0,805	6.262	3,797	0,691	0,768
0,7841	Libia	nd	nd	19	0,143	0,857	7.570	3,879	0,722	nd
0,7745	Romania	79,61	0,796	21	0,158	0,842	6.326	3,801	0,692	0,777
0,7742	Oman	59,16	0,592	13	0,098	0,902	13.247	4,122	0,816	0,770
0,7689	Arabia Saudita	51,13	0,511	28	0,211	0,789	11.516	4,061	0,792	0,698
0,7551	Giordania	75,87	0,759	33	0,248	0,752	4.106	3,613	0,620	0,710
0,7447	Tunisia	70,28	0,703	27	0,203	0,797	6.579	3,818	0,699	0,733
0,7446	Albania	73,89	0,739	25	0,188	0,812	3.973	3,599	0,615	0,722
0,7404	Libano	70,24	0,702	32	0,241	0,759	4.243	3,628	0,626	0,696
0,7368	Turchia	51,3	0,513	43	0,323	0,677	6.176	3,791	0,688	0,626
0,7215	Iran	71,18	0,712	42	0,316	0,684	6.339	3,802	0,693	0,696
0,7092	Algeria	61,83	0,618	49	0,368	0,632	5.536	3,743	0,670	0,640
0,6822	Siria	39,05	0,391	28	0,211	0,789	3.385	3,530	0,588	0,589
0,6555	Egitto	78,59	0,786	41	0,308	0,692	3.701	3,568	0,603	0,693
0,6121	Marocco	29,94	0,299	44	0,331	0,669	3.767	3,576	0,606	0,525
0,4613	Yemen	36,98	0,370	107	0,805	0,195	783	2.894	0,343	0,303
nd	Serbia	nd	nd	19	0,143	0,857	nd	nd	nd	nd
nd	Bosnia	nd	nd	18	0,135	0,865	5.538	3.743	0,670	nd
nd	Iraq	32,98	0,330	133	1	0,000	nd	nd	nd	nd
nd	Terr. Pal. Occ.	85,7	0,857	24,96	0,188	0,812	2.788	3,445	0,555	0,742

Note: a Scolarità combinata lorda primaria e secondaria. I dati si riferiscono al periodo 2000/2001.
b. I dati si riferiscono al 2002, la probabilità di morire prima dei 5 anni è espresso come tasso per 1.000. I dati relativi ai Territori Palestinesi Occupati si riferiscono a West Bank and Gaza
c. PIL pro capite PPP $USA I dati for E.A.U., Libia e Territori Palestinesi Occupati fanno riferimento a diverse definizioni standard e si riferiscono ad altri anni HDR (2003).
Fonte: colonna 1 UNESCO Global Education Digest; colonna 3 Banca Mondiale 2003a; colonna 6 Banca Mondiale 2003a

2.3 Indice dello sviluppo infantile legato al genere (CGI)

Paese	Scolarità secondaria maschile	Indice di scolarità secondaria maschile netta	Indice di istruzione maschile	Maschi sul totale degli iscritti alla scuola secondaria 2000	Quota maschile della popolazione totale	Scolarità secondaria femminile	Indice di scolarità secondaria femminile	Indice dell'istruzione femminile -1	Numero totale di iscritte alla scuola secondaria	Femmine sul totale degli iscritti alla scuola secondaria	Indice distribuito equamente	Indice equamente distribuito dell'istruzione -1
Francia	91,41	0,9141	1,094	2.788	0,5103423	93,36	0,934	1,071	2.675	0,4896577	1,083	0,924
Italia	90,11	0,9011	1,110	2.361	0,5140431	90,94	0,909	1,100	2.232	0,4859569	1,105	0,905
Spagna	92,19	0,9219	1,085	1.427	0,5129403	95,36	0,954	1,049	1.355	0,4870597	1,067	0,937
Israele	88	0,88	1,136	338	0,5121212	88,89	0,889	1,125	322	0,4878788	1,131	0,884
Grecia	85,96	0,8596	1,163	385	0,5140187	88,86	0,889	1,125	364	0,4859813	1,145	0,873
Slovenia	87,32	0,8732	1,145	109	0,5	89,91	0,899	1,112	109	0,5	1,129	0,886
Cipro	87,29	0,8729	1,146	40	0,5263158	89,34	0,893	1,119	36	0,4736842	1,133	0,882
Malta	81,2	0,812	1,232	21	0,5	77,17	0,772	1,296	21	0,5	1,264	0,791
Qatar	74,55	0,7455	1,341	29	0,5	81,64	0,816	1,225	29	0,5	1,283	0,779
Bahrein	88,93	0,8893	1,124	33	0,5	95,48	0,955	1,047	33	0,5	1,086	0,921
E.A.U.	63,51	0,6351	1,575	167	0,5369775	71,79	0,718	1,393	144	0,4630225	1,490	0,671
Croazia	78,45	0,7845	1,275	245	0,5114823	79,64	0,796	1,256	234	0,4885177	1,265	0,790
Kuwait	49,23	0,4923	2,031	139	0,5110294	50,23	0,502	1,991	133	0,4889706	2,012	0,497
Bulgaria	88,47	0,8847	1,130	397	0,5122581	86,74	0,867	1,153	378	0,4877419	1,141	0,876
Macedonia	81,86	0,8186	1,222	135	0,5172414	80,03	0,800	1,250	126	0,4827586	1,235	0,810
Libia	nd	nd	nd	409	0,5099751	nd	nd	nd	393	0,4900249	nd	nd
Romania	78,7	0,787	1,271	1.389	0,5095378	80,56	0,806	1,241	1.337	0,4904622	1,256	0,796
Oman	58,73	0,5873	1,703	179	0,502809	59,59	0,596	1,678	177	0,497191	1,690	0,592
Arabia Saudita	52,28	0,5228	1,913	1.295	0,5042835	49,92	0,499	2,003	1.273	0,4957165	1,958	0,511
Giordania	73,4	0,734	1,362	361	0,514245	78,46	0,785	1,275	341	0,485755	1,320	0,758
Tunisia	68,76	0,6876	1,454	756	0,511502	71,86	0,719	1,392	722	0,488498	1,424	0,702
Albania	72,87	0,7287	1,372	265	0,5216535	75	0,750	1,333	243	0,4783465	1,354	0,739
Libano	67,21	0,6721	1,488	315	0,5130293	73,34	0,733	1,364	299	0,4869707	1,427	0,701
Turchia	58,99	0,5899	1,695	3.876	0,5044904	43,18	0,432	2,316	3.807	0,4955096	2,003	0,499
Iran	74,11	0,7411	1,349	5.764	0,5073051	68,11	0,681	1,468	5.598	0,4926949	1,408	0,710
Algeria	60,39	0,6039	1,656	2.122	0,5099736	63,33	0,633	1,579	2.039	0,4900264	1,618	0,618
Siria	41,04	0,4104	2,437	1.322	0,5072909	37	0,370	2,703	1.284	0,4927091	2,568	0,389
Egitto	80,23	0,8023	1,246	4.719	0,5153435	76,86	0,769	1,301	4.438	0,4846565	1,273	0,786
Marocco	32,74	0,3274	3,054	1.925	0,5081837	27,04	0,270	3,698	1.863	0,4918163	3,371	nd
Yemen	52,08	0,5208	1,920	1.532	0,5113485	21,07	0,211	4,746	1.464	0,4886515	3,301	0,303
Ter. Pal. Occ.	74,68	0,7468	1,339	216	0,5106383	80,91	0,809	1,236	207	0,4893617	1,289	0,776
Serbia	76,55	0,7655	1,306	646	0,513922	76,06	0,761	1,315	611	0,486078	1,310	0,763
Bosnia	nd	nd	nd	257	0,5160643	nd	nd	nd	241	0,4839357	Nd	nd
Iraq	39,61	0,3961	2,525	1.707	0,5115373	26,04	0,260	3,840	1.630	0,4884627	3,167	0,316

Note: I dati fanno riferimento agli anni più recenti a disposizione per il periodo 1991-2002. Fonte: Banca Mondiale database interno.

Indice dello sviluppo infantile legato al genere (segue)

Paese	U5MR maschile	Indice U5RM maschile	Probabilità di sopravvivenza fino a 5 anni per i maschi	Indice di sopravvivenza maschile a 5 anni (potenza)	Quota di popolazione maschile tra 0 e 5 anni	U5MR femminile	Indice U5MR femminile	Probabilità di sopravvivenza fino a 5 anni per le femmine	Indice di sopravvivenza femminile a 5 anni (potenza)	Quota di popolazione femminile tra 0 e 5 anni	Indice di sopravvivenza equamente distribuito	Indice di sopravvivevnza equamente distribuito -1
Francia	5	0,041	0,959	1,043	51,11828453	4	0,036	0,964	1,037	48,88171547	104,012	0,010
Italia	6	0,049	0,951	1,052	51,47759771	5	0,045	0,955	1,047	48,52240229	104,951	0,010
Spagna	5	0,041	0,959	1,043	51,72413793	4	0,036	0,964	1,037	48,27586207	104,015	0,010
Israele	7	0,057	0,943	1,061	51,42045455	6	0,054	0,946	1,057	48,57954545	105,906	0,009
Grecia	7	0,057	0,943	1,061	51,61290323	6	0,054	0,946	1,057	48,38709677	105,907	0,009
Slovenia	6	0,049	0,951	1,052	50,4587156	4	0,036	0,964	1,037	49,5412844	104,462	0,010
Cipro	7	0,057	0,943	1,061	51,5625	7	0,063	0,937	1,067	48,4375	106,399	0,009
Malta	8	0,066	0,934	1,070	51,72413793	6	0,054	0,946	1,057	48,27586207	106,388	0,009
Qatar	17	0,139	0,861	1,162	50	15	0,135	0,865	1,156	50	115,908	0,009
Bahrein	9	0,074	0,926	1,080	48	7	0,063	0,937	1,067	52	107,323	0,009
E.A.U.	13	0,107	0,893	1,119	51,01351351	11	0,099	0,901	1,110	48,98648649	111,473	0,009
Croazia	8	0,066	0,934	1,070	51,45985401	7	0,063	0,937	1,067	48,54014599	106,878	0,009
Kuwait	12	0,098	0,902	1,109	51,40562249	10	0,090	0,910	1,099	48,59437751	110,419	0,009
Bulgaria	18	0,148	0,852	1,173	51,42857143	16	0,144	0,856	1,168	48,57142857	117,082	0,009
Macedonia	16	0,131	0,869	1,151	51,72413793	13	0,117	0,883	1,133	48,27586207	114,211	0,009
Libia	31	0,254	0,746	1,341	51,26498003	29	0,261	0,739	1,354	48,73501997	134,699	0,007
Romania	23	0,189	0,811	1,232	51,40949555	20	0,180	0,820	1,220	48,59050445	122,623	0,008
Oman	24	0,197	0,803	1,245	50,54466231	22	0,198	0,802	1,247	49,45533769	124,603	0,008
Arabia Saudita	30	0,246	0,754	1,326	50,96824167	27	0,243	0,757	1,321	49,03175833	132,380	0,008
Giordania	27	0,221	0,779	1,284	51,03030303	24	0,216	0,784	1,276	48,96969697	128,012	0,008
Tunisia	33	0,270	0,730	1,371	51,6097561	27	0,243	0,757	1,321	48,3902439	134,690	0,007
Albania	35	0,287	0,713	1,402	51,1627907	30	0,270	0,730	1,370	48,8372093	138,671	0,007
Libano	34	0,279	0,721	1,386	50,92936803	28	0,252	0,748	1,337	49,07063197	136,231	0,007
Turchia	46	0,377	0,623	1,605	50,18368846	40	0,360	0,640	1,563	49,81631154	158,440	0,006
Iran	45	0,369	0,631	1,584	51,0503369	39	0,351	0,649	1,542	48,9496631	156,349	0,006
Algeria	55	0,451	0,549	1,821	50,98516715	44	0,396	0,604	1,657	49,01483285	174,042	0,006
Siria	27	0,221	0,779	1,284	50,90771558	23	0,207	0,793	1,261	49,09228442	127,299	0,008
Egitto	46	0,377	0,623	1,605	51,40477512	44	0,396	0,604	1,657	48,59522488	163,027	0,006
Marocco	58	0,475	0,525	1,906	50,89805825	55	0,495	0,505	1,982	49,10194175	194,351	0,005
Yemen	109	0,893	0,107	9,385	51,34825014	101	0,910	0,090	11,100	48,65174986	1021,918	0,001
Ter. Pal. Oc.	nd	nd	nd	nd	nd	nd	Nd	nd	nd	nd	nd	nd
Serbia	15	0,123	0,877	1,140	51,64034022	12	0,108	0,892	1,121	48,35965978	113,101	0,009
Bosnia	19	0,156	0,844	1,184	51,40562249	15	0,135	0,865	1,156	48,59437751	117,075	0,009
Iraq	122	1,000	0,000	#DIV/0!	51,07134448	111	1,000	0,000	nd	48,92865552	nd	nd

Notes: Banca Mondiale 20003a Internal Database

Indice dello sviluppo infantile legato al genere (segue)

Paese	PIL pro capite	Log PIL pro capite	Dimensione economica	CGI
Francia	26.151	4,417488301	0,929088509	0.620749429
Italia	25.570	4,407730728	0,925338481	0,613327044
Spagna	20.697	4,3159074	0,890048962	0,612245045
Israele	20.055	4,302222666	0,884789649	0,59285058
Grecia	18.184	4,259689423	0,868443283	0,583779596
Slovenia	17.748	4,24914942	0,864392552	0,586642056
Cipro	17.725	4,248586244	0,864176112	0,58535556
Malta	16.817	4,225748524	0,855399125	0,552045299
Qatar	19.844	4,297629218	0,883024296	0,55699755
Bahrein	16.593	4,219924913	0,853160997	0,594455142
E.A.U.	20.530	4,312388949	0,888696752	0,522865821
Croazia	9.967	3,998564458	0,768087801	0,522570946
Kuwait	16.328	4,212932992	0,850473863	0,452223243
Bulgaria	6.909	3,839415193	0,706923594	0,530547112
Macedonia	6.262	3,796713063	0,690512323	0,502976729
Libia	7.570	3,87909588	0,722173666	nd
Romania	6.326	3,801129188	0,692209526	0,498792886
Oman	13.247	4,122117536	0,81557169	0,471713919
Arabia Saudita	11.516	4,061301656	0,792198946	0,436860504
Giordania	4.106	3,613418945	0,620068772	0,461872737
Tunisia	6.579	3,818159886	0,69875476	0,469527098
Albania	3.973	3,599118565	0,614572854	0,453506647
Libano	4.243	3,627673032	0,625546899	0,444501436
Turchia	6.176	3,790707287	0,688204184	0,397942422
Iran	6.339	3,802020752	0,692552172	0,469740089
Algeria	5.536	3,743196081	0,669944689	0,431216059
Siria	3.385	3,529558673	0,587839613	0,328381123
Egitto	3.701	3,568319085	0,602736005	0,464825223
Marocco	3.767	3,57599562	0,605686249	nd
Yemen	783	2,893761762	0,343490301	0,215801432
Ter. Pal. Oc.	2.788	3,445292769	0,555454562	nd
Serbia	Nd	nd	Nd	nd
Bosnia	5.538	3,743352951	0,670004977	nd
Iraq	Nd	nd	Nd	nd

Note: Banca Mondiale database interno

3.4 Indice della povertà infantile (CDI)

Paese	U5MR 2002 o più recente	U5MR	U5MR	Bambini che non frequentano la scuola	Bambini che non frequentano la scuola	Bambini che non frequentano la scuola	Percentuale di bambini sottopeso 1995-2001(al di sotto di 5 anni)	Quota di popolazione senza accesso all'acqua potabile 2000 (%)	Media non ponderata	Media non ponderata		CDI
Libia	19	1,9	6,859	Nd	nd	nd	5	28	16,5	4492,125	nd	nd
Oman	13	1,3	2,197	150,50	15,05	3408,86	24	61	42,5	76765,625	26774,9959	29,9164326
Arabia Saudita	28	2,8	21,952	1404,70	140,47	2771728,88	14	5	9,5	857,375	924663,652	97,4229469
Giordania	33	3,3	35,937	46,20	4,62	98,61	5	4	4,5	91,125	78,645376	4,2844104
Tunisia	27	2,7	19,683	21,80	2,18	10,36	4	20	12	1728	586,720077	8,37163561
Libano	32	3,2	32,768	111,50	11,15	1386,20	3	0	1,5	3,375	500,356958	7,9388936
Turchia	43	4,3	79,507	Nd	0,00	0,00	8	18	13	2197	nd	nd
Iran	42	4,2	74,088	Nd	0,00	0,00	11	8	9,5	857,375	nd	nd
Algeria	49	4,9	117,65	117,40	11,74	1618,10	6	11	8,5	614,125	783,207008	9,21776266
Siria	28	2,8	21,952	Nd	0,00	0,00	13	20	16,5	4492,125	nd	nd
Egitto	41	4,1	68,921	610,70	61,07	227763,31	3,1	3	3,05	28,372625	76134,1266	42,3831395
Marocco	44	4,4	85,184	1035,70	103,57	1110968,97	9	20	14,5	3048,625	371684,431	71,8993212
Yemen	107	10,7	1225	Nd	0,00	0,00	46	31	38,5	57066,625	nd	nd
Ter. Pal. Occ.	24,96	2,496	15,55	3,10	0,31	0,03	3	14	8,5	614,125	205,751597	5,90356576
Serbia	19	1,9	6,859	Nd	0,00	0,00	2	nd	nd	nd	nd	nd
Bosnia	18	1,8	5,832	Nd	0,00	0,00	4	nd	nd	nd	nd	nd
Iraq	133	13,3	2352,6	248,70	24,87	15382,52	16	nd	nd	nd	nd	nd

Note: colonna 1, Banca Mondiale database interno; Colonna 4, UNESCO EFA (2002; 290) I dati relativi ai bambini che non frequentano la scuola sono espressi in migliaia e si riferiscono al 1999/2000 o ad anni più recenti; colonna 7 e 8, HDR (2003)

Indice della povertà infantile (con la povertà infantile come indicatore)

Paese	U5MR	U5MR	U5MR	Scala di alfabetismo (al livello 2 o inferiore)	Scala di alfabetismo PISA (al livello 2 o inferiore)	Tasso di povertà infantile	Tasso di povertà infantile	Media	CDI
Francia	6	0,600	0,216	15,2	3511,808	7,9	493,039	1335,021	11,011066
Italia	6	0,600	0,216	19	6859	20,5	8615,125	5158,113667	17,27813923
Spagna	6	0,600	0,216	16,3	4330,747	12,3	1860,867	2063,943333	12,732077
Israele	6	0,600	0,216	33	35937	13,3	2352,637	12763,28433	23,36975439
Grecia	5	0,500	0,125	25	15625	12,3	1860,867	5828,664	17,99656725
Slovenia		0,000	0		0		0	0	0
Malta		0,000	0		0		0	0	0
Croazia		0,000	0		0		0	0	0
Bulgaria	16	1,600	4,096	40	64000	nd			
Macedonia	26	2,600	17,576	63	250047	nd			
Bosnia		0,000	0		0		0	0	0
Romania	21	2,100	9,261	Nd		10	1000		
Albania	25	2,500	15,625	71	357911		0	119308,875	49,22936685

Fonte: Colonna 4, Percentuale di quindicenni al livello 1 o inferiore nella scala di alfabetismo PISA. PISA database dell'OCSE, 2001. Colonna 6 Indici di povertà infantile, UNICEF 2000 Report Card, LIS database.

3.5 Indice del benessere evolutivo del bambino (CDWI)

3.5.1 Indice del benessere della prima infanzia (ECWI)

Paese	Dati recenti sul nanismo nutrizionale 1996-2000	Quota di bambini denutriti sotto i 5 anni	Indice della quota di bambini non denutriti sotto I 5 anni	GER pre-scolare	Indice GER pre-scolare	U5MR	Indice U5MR	Indice di sopravvivenza fino a 5 anni	PIL pro capite	Log PIL pro capite	Indice PIL	Dimensione nutrizione	ECWI
Francia	nd	nd	nd	114.39	1.000	6	0.04511278	0.95488722	*26.151*	4,417488301	0,929088509	nd	nd
Italia	nd	nd	nd	95,49	0,955	6	0,04511278	0,95488722	*25.570*	4,407730728	0,925338481	nd	nd
Spagna	nd	nd	nd	101,78	1,000	6	0,04511278	0,95488722	*20.697*	4,3159074	0,890048962	nd	nd
Israele	nd	nd	nd	112,58	1,000	6	0,04511278	0,95488722	*20.055*	4,302222666	0,884789649	nd	nd
Grecia	nd	nd	nd	72,15	0,722	5	0,03759398	0,96240602	*18.184*	4,259689423	0,868443283	nd	nd
Slovenia	nd	nd	nd	74,81	0,748	5	0,03759398	0,96240602	*17.748*	4,24914942	0,864392552	nd	nd
Cipro	nd	nd	nd	59,72	0,597	6	0,04511278	0,95488722	*17.725*	4,248586244	0,864176112	nd	nd
Malta	nd	nd	nd	100,29	1,000	5	0,03759398	0,96240602	*16.817*	4,225748524	0,855399125	nd	nd
Qatar	8,1	0,157	0,843	29,89	0,299	16	0,12030075	0,87969925	*19.844*	4,297629218	0,883024296	0,861513067	0,681
Bahrein	9,7	0,188	0,812	39,22	0,392	16	0,12030075	0,87969925	*16.593*	4,219924913	0,853160997	0,846039179	0,697
U.A.E.	16,7	0,323	0,677	84,29	0,843	9	0,06766917	0,93233083	*20.530*	4,312388949	0,888696752	0,804656709	0,845
Croazia	0,8	0,015	0,985	40,03	0,400	8	0,06015038	0,93984962	*9.967*	3,998564458	0,768087801	0,962187868	0,710
Kuwait	23,8	0,460	0,540	113	1,130	10	0,07518797	0,92481203	*16.328*	4,212932992	0,850473863	0,732231934	0,904
Bulgaria	nd	nd	Nd	67,88	0,679	16	0,12030075	0,87969925	*6.909*	3,839415193	0,706923594	nd	nd
Macedonia	6,9	0,133	0,867	28,8	0,288	26	0,19548872	0,80451128	*6.262*	3,796713063	0,690512323	0,835524498	0,605
Libia	15,1	0,292	0,708	7,85	0,079	19	0,14285714	0,85714286	*7.570*	3,87909588	0,722173666	0,782536612	0,528
Romania	7,8	0,151	0,849	72,97	0,730	21	0,15789474	0,84210526	*6.326*	3,801129188	0,692209526	0,845617428	0,756
Oman	22,9	0,443	0,557	4,76	0,048	13	0,09774436	0,90225564	*13.247*	4,122117536	0,81557169	0,7296578	0,531
Arabia Saudita	19,9	0,385	0,615	4,96	0,050	28	0,21052632	0,78947368	*11.516*	4,061301656	0,792198946	0,702280362	0,515
Giordania	7,8	0,151	0,849	30,62	0,306	33	0,2481203	0,7518797	*4.106*	3,613418945	0,620068772	0,800504647	0,576
Tunisia	12,3	0,238	0,762	15,82	0,158	27	0,20300752	0,79699248	*6.579*	3,818159886	0,698754476	0,779540728	0,545
Albania	31,7	0,613	0,387	43,36	0,434	30	0,22556391	0,77443609	*3.973*	3,599118565	0,614572854	0,580641643	0,543
Libano	12,2	0,236	0,764	70,83	0,708	32	0,2406015	0,7593985	*4.243*	3,627673032	0,625546899	0,761710854	0,699
Turchia	16	0,309	0,691	5,68	0,057	43	0,32330827	0,67669173	*6.176*	3,790707287	0,688204184	0,683606987	0,476
Iran	15,4	0,298	0,702	16,98	0,170	42	0,31578947	0,68421053	*6.,339*	3,802020752	0,692552172	0,693169093	0,519
Algeria	18	0,348	0,652	3,35	0,034	49	0,36842105	0,63157895	*5.536*	3,743196081	0,669944689	0,641708236	0,448
Siria	20,8	0,402	0,598	9,72	0,097	28	0,21052632	0,78947368	*3.385*	3,529558673	0,587839613	0,693576301	0,460
Egitto	24,9	0,482	0,518	12,49	0,125	41	0,30827068	0,69172932	*3.701*	3,568319085	0,602736005	0,605052283	0,444
Marocco	22,6	0,437	0,563	53,41	0,534	44	0,33082707	0,66917293	*3.767*	3,57599562	0,605686249	0,616017801	0,585
Yemen	51,7	1,000	0,000	0,35	0,004	107	0,80451128	0,19548872	*783*	2,893761762	0,343490301	0,097744361	0,148
Ter. Pal. Oc.	7,2	0,139	0,861	33,84	0,338	24,96	0,18766917	0,81233083	*2.788*	3,445292769	0,555454562	0,836532918	0,577
Serbia	5,1	0,099	0,901	30,53	0,305	19	0,14285714	0,85714286	nd	nd	nd	0,879248411	nd
Bosnia	9,7	0,188	0,812	nd	nd	18	0,13533835	0,86466165	*5.538*	3,743352951	0,670004977	0,838520382	nd
Iraq	22,1	0,427	0,573	5,74	0,057	133	1	0	*nd*	*nd*	*nd*	0,286266925	nd

Note: a. Prevalenza di nanismo nutrizionale (percentuale) del bambino tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni per 1.000 nati vivi.
Fonte: colonna 1 UNICEF 2003a

3.5.2 Indice del benessere dei bambini in età scolare (SCWI)

Paese	Tasso di mortalità femminile tra 5 e 14 anni	Tasso di mortalità maschile tra 5 e 14 anni	Tasso medio di mortalità	Sopravvivenza fino all'età di 5-14 ani	Indice di sopravvivenza fino all'età di 5-14 anni	Completamento della scuola primaria	Indice di completamento della scuola primaria	PIL pro capite	Log PIL pro capite	Indice PIL	Media	SCWI
Francia	23,4	48,2	35,8	98	0,95991984	nd	Nd	*26.151*	*4,417*	*0,929*	Nd	nd
Italia	nd	nd	nd	100	1	90,57	0,831607143	*25.570*	*4,408*	*0,925*	63,83	0,919
Spagna	nd	nd	nd	nd	nd	91,41	0,846607143	*20.697*	*4,316*	*0,890*	Nd	nd
Israele	11	13,5	12,25	87,75	0,75450902	88,14	0,788214286	*20.055*	*4,302*	*0,885*	58,92	0,809
Grecia	21,4	32,1	26,75	73,25	0,46392786	91,77	0,853035714	*18.184*	*4,260*	*0,868*	55,30	0,728
Slovenia	12,7	20,8	16,75	83,25	0,66432866	95,63	0,921964286	*17.748*	*4,249*	*0,864*	59,91	0,817
Cipro	nd	nd	nd	100	1	nd	nd	*17,725*	*4,249*	*0,864*	Nd	nd
Malta	nd	nd	nd	nd	nd	98,52	0,973571429	*16.817*	*4,226*	*0,855*	Nd	nd
Qatar	nd	nd	nd	nd	nd	44	0	*19.844*	*4,298*	*0,883*	Nd	nd
Bahrein	nd	nd	nd	nd	nd	91	0,839285714	*16.593*	*4,220*	*0,853*	nd	nd
Kuwait	nd	nd	nd	nd	nd	70	0,464285714	*16.328*	*4,213*	*0,850*	nd	nd
U.A.E.	nd	nd	nd	nd	nd	80	0,642857143	*20.530*	*4,312*	*0,889*	nd	nd
Croazia	nd	nd	nd	nd	nd	96	0,928571429	*9.967*	*3,999*	*0,768*	nd	nd
Bulgaria	nd	nd	nd	nd	nd	92	0,857142857	*6.909*	*3,839*	*0,707*	nd	nd
Macedonia	nd	nd	nd	nd	nd	91	0,839285714	*6.262*	*3,797*	*0,691*	nd	nd
Libia	nd	nd	nd	97	0,93987976	nd	nd	*7.570*	*3,879*	*0,722*	nd	nd
Romania	nd	nd	nd	nd	nd	98	0,964285714	*6.326*	*3,801*	*0,692*	nd	nd
Oman	nd	nd	nd	99	0,97995992	76	0,571428571	*13.247*	*4,122*	*0,816*	58,61	0,789
Arabia Saudita	19,8	27,2	23,5	76,5	0,52905812	69	0,446428571	*11.516*	*4,061*	*0,792*	48,76	0,589
Giordania	nd	nd	nd	nd	nd	104	1,071428571	*4.106*	*3,613*	*0,620*	nd	nd
Tunisia	nd	nd	nd	97	0,93987976	91	0,839285714	*6.579*	*3,818*	*0,699*	62,90	0,826
Albania	nd	nd	nd	81	0,61923848	89	0,803571429	*3.973*	*3,599*	*0,615*	56,87	0,679
Libano	nd	nd	nd	nd	nd	70	0,464285714	*4.243*	*3,628*	*0,626*	nd	nd
Turchia	nd	nd	nd	nd	nd	92	0,857142857	*6.176*	*3,791*	*0,688*	nd	nd
Iran	39,8	60	49,9	50,1	0	92	0,857142857	*6.339*	*3,802*	*0,693*	47,60	0,517
Algeria	nd	nd	nd	94	0,87975952	91	0,839285714	*5.536*	*3,743*	*0,670*	61,89	0,796
Siria	17,8	28,1	22,95	77,05	0,54008016	90	0,821428571	*3.385*	*3,530*	*0,588*	55,88	0,650
Egitto	7,5	20,4	13,95	86,05	0,72044088	99	0,982142857	*3.701*	*3,568*	*0,603*	61,88	0,768
Marocco	nd	nd	nd	nd	nd	55	0,196428571	*3.767*	*3,576*	*0,606*	nd	nd
Yemen	nd	nd	nd	nd	nd	58	0,25	*783*	*2,894*	*0,343*	nd	nd
Serbia	nd	nd	nd	nd	nd	96	0,928571429	*nd*	*nd*	*nd*	nd	nd
Bosnia	nd	nd	nd	nd	nd	88	0,785714286	*5.538*	*3,743*	*0,670*	nd	nd
Ter. Pal. Oc.	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	*2.788*	*3,445*	*0,555*	nd	nd
Iraq	nd	nd	nd	98	0,95991984	52	0,142857143	*nd*	*nd*	*nd*	nd	nd

Note: colonna 1 [http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,whsa,mort_table1&language=englishAnnex 12, colonna 6, tasso di completamento della scuola primaria: database interno della Banca Mondiale Internal [http://sima/edstats/DataRummageBin/PrimaryCompletionRate/PCR/excelfile].