

UNICEF
Centro di Ricerca

Innocenti Report Card 11



Il benessere dei bambini nei paesi ricchi

Un quadro comparativo

uniti per
i bambini

unicef 

La Innocenti Report Card 11 è stata redatta da Peter Adamson.

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF ringrazia i Comitati nazionali per l'UNICEF in Andorra e Svizzera e il Governo norvegese per il loro generoso sostegno alla realizzazione della *Report Card 11*. Si ringrazia inoltre la Regione Toscana per il contributo alla realizzazione della versione italiana.

Qualsiasi parte della presente *Report Card* può essere riprodotta liberamente utilizzando il seguente riferimento:

Centro di Ricerca dell'UNICEF (2013). "Il benessere dei bambini nei paesi ricchi. Un quadro comparativo", *Report Card 11*, Centro di Ricerca dell'UNICEF, Firenze.

La serie *Report Card* è concepita per monitorare e comparare i risultati dei paesi a reddito medio-alto nell'assicurare il rispetto dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Nel 1988 il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF) ha istituito un centro di ricerca per sostenere le proprie attività a favore dei bambini di tutto il mondo e per individuare e approfondire con ricerche le aree di intervento presenti e future dell'UNICEF. Gli obiettivi primari del Centro di Ricerca sono migliorare la comprensione, a livello internazionale, delle tematiche attinenti ai diritti dei minori e incoraggiare la piena attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per supportare iniziative di tutela a livello mondiale. L'Ufficio intende definire un quadro globale per la ricerca e l'approfondimento all'interno all'organizzazione, a sostegno dei suoi programmi e delle sue politiche generali. Attraverso il rafforzamento di partnership nella ricerca con le principali istituzioni accademiche e reti di sviluppo sia nel Nord che nel Sud del mondo, l'Ufficio si propone di mobilitare risorse aggiuntive e sostegno a riforme e politiche a favore dei bambini e degli adolescenti.

Le pubblicazioni dell'Ufficio contribuiscono al dibattito globale sui bambini e sui loro diritti e accolgono una vasta gamma di opinioni. Per tale ragione, alcune pubblicazioni non riflettono necessariamente la politica o la posizione dell'UNICEF su diverse tematiche. Le opinioni espresse sono quelle degli autori e/o dei curatori e sono pubblicate al fine di stimolare ulteriormente il dialogo sui diritti dei minori.

Foto di copertina: © luxorphoto/Shutterstock

©United Nations Children's Fund (UNICEF), aprile 2013

ISBN: 978-88-6522-020-7

ISSN: 1605-7317

Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF
Piazza SS. Annunziata, 12
50122 Firenze, Italia

Tel: +39 055 2033 0

Fax: +39 055 2033 220

florence@unicef.org

www.unicef-irc.org

Il benessere dei bambini nei paesi ricchi

Un quadro comparativo

LA PRIMA PARTE presenta una graduatoria del benessere dell'infanzia in 29 economie avanzate del mondo.

LA SECONDA PARTE esamina ciò che pensano i bambini e gli adolescenti del proprio benessere (e include una graduatoria del livello di soddisfazione dei bambini rispetto alle proprie condizioni di vita).

LA TERZA PARTE analizza i cambiamenti nel benessere dei bambini registrati nelle economie avanzate durante la prima decade del 2000, valutando i progressi di ciascun paese i termini di risultati scolastici, tasso di maternità adolescenziale, livelli di obesità nell'infanzia, diffusione del bullismo e utilizzo di tabacco, alcool e cannabis.

PARTE 1

UNA GRADUATORIA DEL BENESSERE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La tabella sottostante classifica 29 paesi economicamente avanzati secondo il benessere generale dei propri bambini e adolescenti. La posizione complessiva di ogni paese nella graduatoria si basa sul punteggio medio ottenuto nelle cinque aree del benessere infantile prese in considerazione in questo documento.

I campi con fondo celeste chiaro indicano un piazzamento nel terzo superiore della classifica, il celeste medio si riferisce al terzo intermedio, mentre il celeste scuro indica che il paese si situa nel terzo inferiore della classifica.

		Benessere generale	Dimensione 1	Dimensione 2	Dimensione 3	Dimensione 4	Dimensione 5
		Posizione media (tutte e 5 le dimensioni)	Benessere materiale	Salute e sicurezza	Istruzione	Comportamenti e rischi	Condizioni abitative e ambientali
			(posizione)	(posizione)	(posizione)	(posizione)	(posizione)
1	Paesi Bassi	2,4	1	5	1	1	4
2	Norvegia	4,6	3	7	6	4	3
3	Islanda	5	4	1	10	3	7
4	Finlandia	5,4	2	3	4	12	6
5	Svezia	6,2	5	2	11	5	8
6	Germania	9	11	12	3	6	13
7	Lussemburgo	9,2	6	4	22	9	5
8	Svizzera	9,6	9	11	16	11	1
9	Belgio	11,2	13	13	2	14	14
10	Irlanda	11,6	17	15	17	7	2
11	Danimarca	11,8	12	23	7	2	15
12	Slovenia	12	8	6	5	21	20
13	Francia	12,8	10	10	15	13	16
14	Repubblica Ceca	15,2	16	8	12	22	18
15	Portogallo	15,6	21	14	18	8	17
16	Regno Unito	15,8	14	16	24	15	10
17	Canada	16,6	15	27	14	16	11
18	Austria	17	7	26	23	17	12
19	Spagna	17,6	24	9	26	20	9
20	Ungheria	18,4	18	20	8	24	22
21	Polonia	18,8	22	18	9	19	26
22	Italia	19,2	23	17	25	10	21
23	Estonia	20,8	19	22	13	26	24
23	Slovacchia	20,8	25	21	21	18	19
25	Grecia	23,4	20	19	28	25	25
26	Stati Uniti	24,8	26	25	27	23	23
27	Lituania	25,2	27	24	19	29	27
28	Lettonia	26,4	28	28	20	28	28
29	Romania	28,6	29	29	29	27	29

La mancanza di dati relativi a più indicatori ha fatto sì che i seguenti paesi, sebbene facenti parte dell'OCSE e/o dell'Unione Europea, non potessero essere inclusi nella graduatoria del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza: Australia, Bulgaria, Cile, Cipro, Giappone, Israele, Malta, Messico, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea e Turchia.

Introduzione

La tabella a fianco presenta il più recente quadro di riferimento disponibile relativo al benessere dell'infanzia e dell'adolescenza in 29 delle economie più avanzate al mondo.

Sono state prese in considerazione cinque aree della vita dei bambini: benessere materiale, salute e sicurezza, istruzione, comportamenti e rischi, condizioni abitative e ambientali. All'interno del quadro, sono stati inclusi complessivamente 26 indicatori comparabili a livello internazionale (cfr. Box 1).

Questa graduatoria aggiorna e migliora il primo quadro UNICEF sul benessere dei bambini pubblicato nel 2007 (*Report Card 7*). Le variazioni nel benessere dei minori durante il primo decennio del 2000 vengono esaminate nella Parte 3.

Risultati principali:

- » I Paesi Bassi si confermano al primo posto e sono l'unico paese a classificarsi tra i primi cinque in tutte le aree del benessere dell'infanzia.
- » I Paesi Bassi sono in prima posizione anche quando il benessere viene valutato dai bambini e dagli adolescenti stessi, con il 95% di loro che considera le proprie condizioni di vita superiori alla media nella *Scala di soddisfazione della vita* (vedere la Parte 2).
- » Quattro paesi nordici, Finlandia, Islanda, Norvegia e Svezia, si collocano appena dietro ai Paesi Bassi ai vertici della graduatoria del benessere infantile.
- » Quattro paesi dell'Europa meridionale, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, si attestano nella metà inferiore della classifica.

- » Gli ultimi quattro posti sono invece occupati da tre dei paesi più poveri inclusi nell'indagine, Lettonia, Lituania e Romania, e da uno dei più ricchi, gli Stati Uniti.
- » Complessivamente, non sembra sussistere una forte correlazione tra il PIL pro capite e il benessere generale dei bambini e degli adolescenti. La Repubblica Ceca precede infatti in classifica l'Austria, la Slovenia precede il Canada e il Portogallo gli Stati Uniti.
- » Vi sono inoltre segnali relativi al fatto che i paesi dell'Europa centrale e orientale stiano iniziando a colmare il divario con i paesi tradizionalmente più industrializzati (vedere la Parte 3).

Cambiamenti nel corso di un decennio

Anche se le differenze di metodo e struttura rendono difficile il confronto tra le prime due pubblicazioni UNICEF che tracciano un quadro del benessere dell'infanzia (vedere la Parte 3), è tuttavia chiaro che nella prima decade del 2000 sono avvenuti cambiamenti significativi.

- » Complessivamente, il primo decennio del 2000 porta con sé miglioramenti diffusi nella maggior parte (ma non nella totalità) degli indicatori del benessere dei bambini e degli adolescenti. Il tasso di "famiglie che dispongono di ricchezze limitate", quello di mortalità dei lattanti e la percentuale di giovani fumatori, ad esempio, sono diminuiti drasticamente in tutti i paesi per cui vi siano dati disponibili.

Fonti dei dati e documenti preparatori

Le fonti dei dati utilizzati per questo rapporto sono presentate nei tre documenti preparatori riportati qui di seguito e disponibili sul sito: <http://www.unicef-irc.org>

Martorano, B., L. Natali, C. de Neubourg e J. Bradshaw (2013). "Child Well-being in Advanced Economies in the Late 2000s", *Working Paper 2013-01*, Centro di Ricerca dell'UNICEF, Firenze.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2013_1.pdf

Martorano, B., L. Natali, C. de Neubourg e J. Bradshaw (2013). "Child Well-being in Economically Rich Countries: Changes in the first decade of the 21st century", *Working Paper 2013-02*, Centro di Ricerca dell'UNICEF, Firenze.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2013_2.pdf

Bradshaw, J., B. Martorano, L. Natali e C. de Neubourg (2013). "Children's Subjective Well-being in Rich Countries", *Working Paper 2013-03*, Centro di Ricerca dell'UNICEF, Firenze.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2013_3.pdf

- » La Spagna è scesa in classifica, passando dalla 5^a posizione su 21 paesi nei primi anni del 2000 alla 19^a su 29 paesi nel 2009/2010.
- » Il Regno Unito, al contrario, ha saputo risalire fino a metà classifica dall'ultimo posto (21° su 21 paesi) occupato nel 2000/2001.

La Parte 3 di questo rapporto esamina più dettagliatamente le variazioni avvenute nel primo decennio del 2000.

Misurazione dei progressi a favore dei bambini

La graduatoria del benessere dei bambini è stata progettata per misurare e comparare i progressi compiuti a favore dei bambini e degli adolescenti nel mondo industrializzato. Il suo scopo è quello di documentare gli standard raggiunti dai paesi più avanzati e di contribuire al dibattito a livello internazionale in merito a come sia possibile raggiungerli.

Esiste un ampio consenso sul fatto che la necessità di promuovere il benessere dei bambini e degli adolescenti rappresenti un imperativo morale. Meriterebbe però di essere inserita tra le priorità anche come imperativo pragmatico: la mancanza di protezione e promozione del benessere infantile viene infatti associata a un maggiore rischio di ripercussioni nelle fasi successive della vita. Tali ripercussioni possono andare dalla compromissione di un corretto sviluppo cognitivo a risultati scolastici scarsi; da aspettative e competenze ridotte a bassi livelli di produttività e reddito; da alti tassi di disoccupazione a una maggior dipendenza dallo stato sociale; dalla diffusione di comportamenti antisociali al coinvolgimento in attività criminali; dalla maggiore probabilità di abuso di stupefacenti e alcool a elevati tassi di maternità adolescenziale; da un aumento della spesa per i servizi sanitari fino a una maggiore incidenza di disturbi mentali^{ii, iii}.

L'argomentazione a supporto di un impegno a livello nazionale per il benessere dell'infanzia appare dunque valida sia nel principio sia nella pratica. Al fine di rispettare un simile impegno, la misurazione dei progressi compiuti nella protezione e nella promozione del benessere dei bambini è quindi essenziale per la definizione di politiche, per le attività di sensibilizzazione, per uno stanziamento economicamente efficace di risorse limitate e per garantire piena trasparenza e responsabilità.

Comparabilità internazionale

La misurazione del benessere dei bambini e degli adolescenti è un'area di studio relativamente giovane e il quadro qui presentato resta un "lavoro in corso". Il suo limite principale è costituito dalla scarsa tempestività dei dati comparabili a livello internazionale sulle condizioni di vita dei bambini. Il tempo che solitamente trascorre tra la raccolta dei dati in una grande varietà di contesti e la loro pubblicazione in forma comparabile a livello internazionale dopo un rigido processo di controllo della qualità è pari a due o tre anni. Ciò significa che la maggior parte delle statistiche sul benessere dell'infanzia utilizzate in questo rapporto, seppur basate sugli ultimi dati disponibili, fanno riferimento al periodo 2009-2010. Un tale ritardo risulta frustrante anche nei periodi migliori, e purtroppo gli ultimi tre anni sono stati ben lungi dall'essere i migliori. A partire dalla fine del 2008, la crisi economica che ha colpito numerosi paesi economicamente avanzati ha provocato un aumento della disoccupazione e una riduzione della spesa da parte dei governi, situazione che non ha potuto non ripercuotersi sulle vite di milioni di bambini e adolescenti. I dati degli anni 2009 e 2010 mostrano solamente le fasi iniziali di questa instabilità. Tuttavia, la maggior parte dei dati utilizzati in questo quadro

monitorano tendenze a lungo termine e riflettono i risultati di investimenti, anch'essi a lungo termine, a favore della vita dei bambini. I livelli medi del rendimento scolastico, il tasso di vaccinazione o la diffusione di comportamenti a rischio, ad esempio, molto probabilmente non hanno subito variazioni significative nel breve termine a causa della recessione degli ultimi tre anni.

Per il momento, occorre accettare questo sfasamento temporale dei dati come parte del prezzo da pagare per la comparazione internazionale del benessere dell'infanzia. Sebbene il monitoraggio della qualità della vita dei bambini e degli adolescenti a livello nazionale rappresenti l'attività più importante, l'UNICEF attribuisce comunque alla comparazione internazionale un ruolo non trascurabile. Questo confronto è infatti in grado di illustrare ciò che è possibile ottenere, evidenziare punti di forza e di debolezza dei singoli paesi e dimostrare che il benessere dei minori viene influenzato dalle politiche in vigore. Ed è ancora la comparazione internazionale che può dire ai politici, alla stampa e al grande pubblico: *"Ecco come i vostri risultati in materia di protezione dell'infanzia si raffrontano con i dati provenienti da altre nazioni con un livello di sviluppo simile"*.

Infine, qualsiasi quadro che cerchi di rappresentare panorami complessi e multidimensionali porta con sé il rischio che venga nascosto molto più di quanto effettivamente rivelato. Le seguenti pagine, pertanto, sono concepite per rendere il quadro del benessere dell'infanzia il più trasparente possibile, esaminandone una dopo l'altra le varie dimensioni.

Box 1 Come viene misurato il benessere dei bambini

La tabella seguente mostra come è stato realizzato il quadro relativo al benessere dei bambini e riporta l'elenco completo degli indicatori impiegati. Il punteggio per ogni dimensione è stato calcolato determinando la media dei punteggi per ogni fattore. Allo stesso modo, i punteggi dei diversi fattori vengono determinati calcolando la media dei punteggi per ciascun indicatore.

Dimensioni	Fattori	Indicatori	Grafico N.
Dimensione 1 Benessere materiale Grafico 1.0	Deprivazione economica	Tasso di povertà infantile relativa	1.1a
		Divario di povertà infantile relativa	1.1b
	Deprivazione materiale	Tasso di deprivazione infantile	1.2a
		Tasso di famiglie che dispongono di ricchezze limitate	1.2b
Dimensione 2 Salute e sicurezza Grafico 2.0	Salute alla nascita	Tasso di mortalità dei lattanti	2.1a
		Percentuale di nascite sottopeso	2.1b
	Servizi sanitari di prevenzione	Tasso di vaccinazione complessivo	2.2
	Mortalità infantile	Tasso di mortalità infantile e adolescenziale (da 1 a 19 anni)	2.3
Dimensione 3 Istruzione Grafico 3.0	Partecipazione	Tasso di partecipazione: servizi educativi per la prima infanzia	3.1a
		Tasso di partecipazione: studi superiori (tra i 15 e i 19 anni)	3.1b
		Tasso di NEET (percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età che non non studia, non segue una formazione, né lavora)	3.1c
	Risultati	Punteggio medio nei test PISA in lettura, matematica e scienze	3.2
Dimensione 4 Comportamenti e rischi Grafico 4.0	Comportamenti correlati alla salute	Condizioni di sovrappeso	4.1a
		Consumo della prima colazione	4.1b
		Consumo di frutta	4.1c
		Esercizio fisico	4.1d
	Comportamenti a rischio	Tasso di fertilità adolescenziale	4.2a
		Fumo	4.2b
		Consumo di alcool	4.2c
		Uso di cannabis	4.2d
Esposizione alla violenza	Scontri fisici	4.3a	
	Atti di bullismo subiti	4.3b	
Dimensione 5 Condizioni abitative e ambientali Grafico 5.0	Condizioni abitative	Stanze per persona	5.1a
		Molteplicità di problemi abitativi	5.1b
	Sicurezza ambientale	Tasso di omicidi	5.2a
		Inquinamento atmosferico	5.2b

Dimensione 1 Benessere materiale

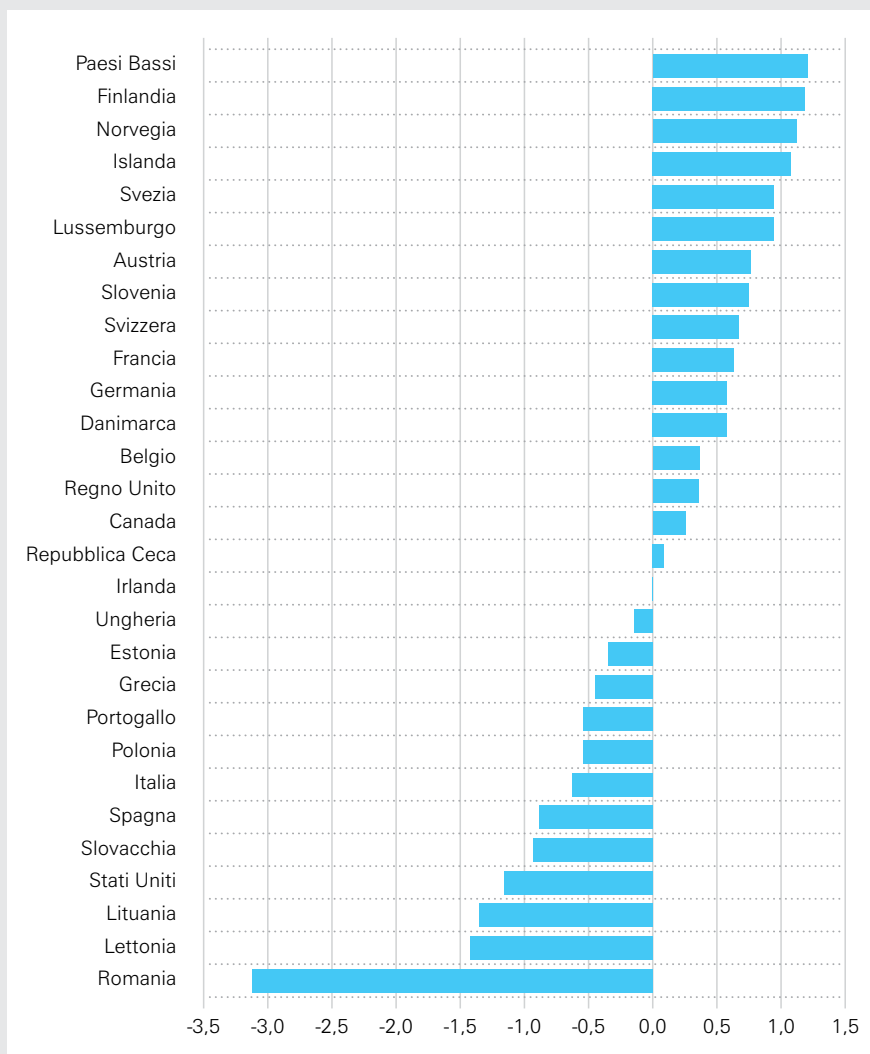


Grafico 1.0 Una panoramica del benessere materiale dei bambini

La graduatoria del benessere materiale dell'infanzia mostra la performance di ogni singolo paese in relazione alla media dei 29 paesi economicamente avanzati presi in esame. Il grafico è ordinato secondo la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, da tale media.

La lunghezza di ogni barra mostra la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, dalla media del gruppo nel suo complesso. L'unità di misura è la "deviazione standard", ovvero la misura della variabilità dei risultati in relazione alla media.

Valutazione del benessere materiale

FATTORI	INDICATORI
Deprivazione economica	Tasso di povertà infantile relativa (percentuale di bambini e adolescenti che vive in famiglie con reddito equivalente inferiore al 50% della mediana nazionale)
	Divario di povertà infantile (distanza tra la soglia di povertà nazionale e il reddito mediano dei nuclei familiari al di sotto della soglia di povertà)
Deprivazione materiale	Indice di deprivazione infantile (percentuale di bambini priva di specifici indicatori di benessere)
	Scala della ricchezza delle famiglie (percentuale di bambini che afferma che la propria famiglia dispone di ricchezze limitate)

Benessere materiale dei bambini

Il grafico a fianco (Grafico 1.0) presenta un quadro del benessere materiale dei bambini nei paesi economicamente avanzati. Complessivamente, questa graduatoria indica che il benessere materiale raggiunge il livello più elevato nei Paesi Bassi e nei quattro paesi nordici e il più basso in Lettonia, Lituania, Romania e Stati Uniti.

Per arrivare a questo quadro, sono stati presi in considerazione due fattori del benessere materiale: la povertà relativa di reddito e la deprivazione materiale. I punti di forza e di debolezza di entrambe le misure sono stati discussi dettagliatamente nel rapporto precedente di questa serie (*Report Card 10*)^{iv} in cui si sostiene che sono necessarie entrambe le misure al fine di raggiungere una panoramica a 360° del benessere materiale dei bambini e degli adolescenti.

Povertà relativa: tasso di povertà infantile

Per misurare la deprivazione economica sono stati utilizzati due diversi indicatori: il tasso di povertà infantile relativa (Grafico 1.1a) e il "divario di povertà infantile" (Grafico 1.1b).

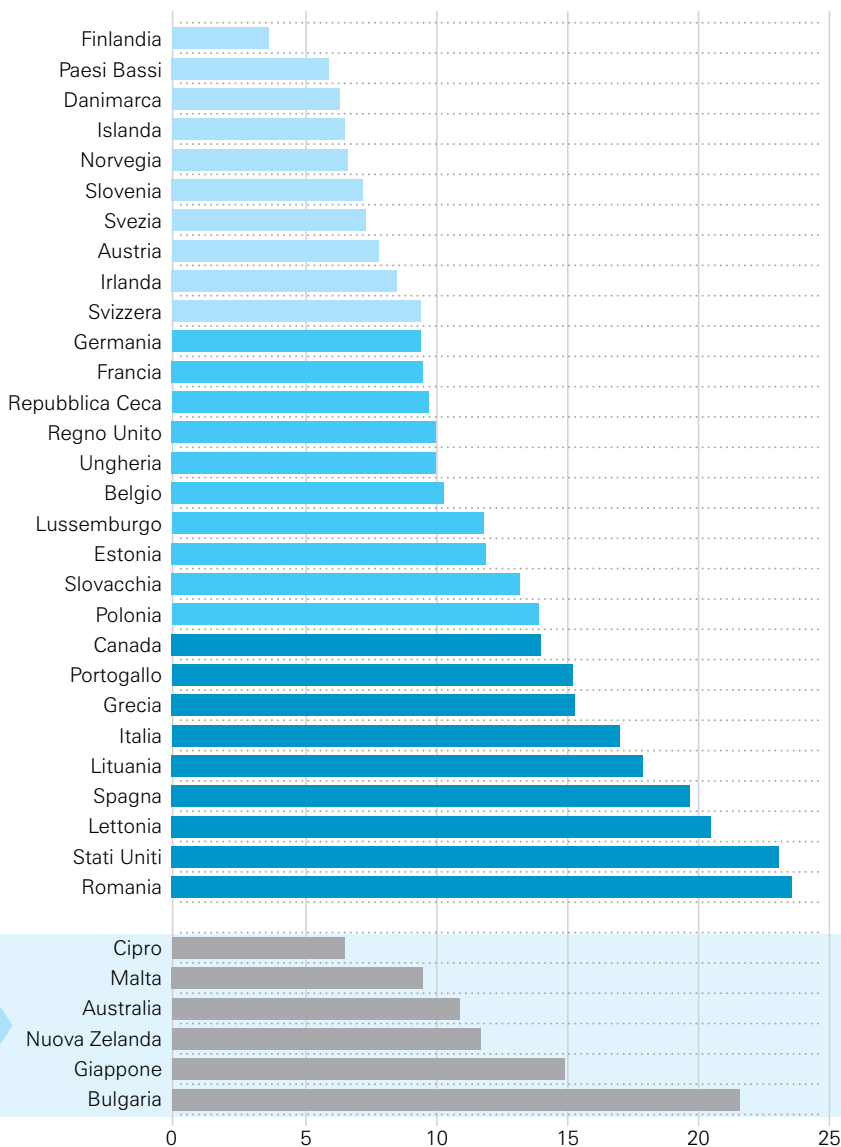
Il tasso di povertà infantile relativa mostra la proporzione dei bambini di ogni paese

I paesi rappresentati da barre grigie non sono stati inclusi nelle classifiche o nella graduatoria generale del benessere dell'infanzia in quanto dispongono di dati per meno del 75% del numero complessivo degli indicatori utilizzati.

che vivono in contesti familiari in cui il reddito disponibile è inferiore al 50% della mediana nazionale (dopo aver calcolato imposte e indennità e aver preso in considerazione la composizione e la dimensione del nucleo familiare). Questa è la definizione di povertà infantile utilizzata dalla maggior parte delle economie sviluppate a livello mondiale. In generale, mostra la percentuale di bambini esclusi in maniera significativa dai vantaggi e dalle

Grafico 1.1a Tasso di povertà infantile relativa

(percentuale di bambini e adolescenti di età compresa tra 0 e 17 anni che vive in famiglie con reddito equivalente inferiore al 50% della mediana nazionale)

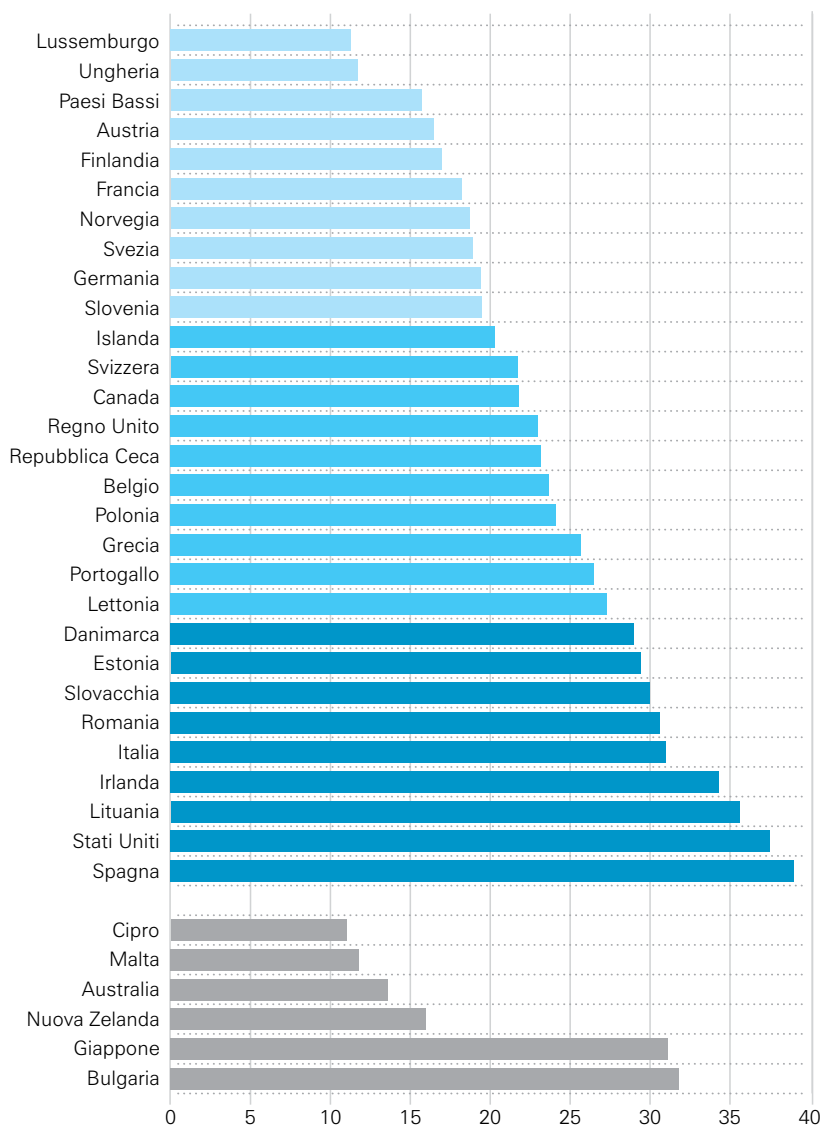


Risultati

- » La Finlandia è il solo paese con un tasso di povertà infantile relativa inferiore al 5% e guida la graduatoria con un evidente margine di oltre due punti percentuali.
- » I paesi che si trovano nella metà superiore della classifica presentano tutti un tasso di povertà infantile relativa inferiore al 10%.
- » Quattro paesi dell'Europa meridionale, ovvero Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, presentano tassi di povertà infantile superiori al 15% (insieme a Lettonia, Lituania, Romania e Stati Uniti).

Grafico 1.1b Divario di povertà infantile

(divario tra la soglia di povertà e il reddito mediano di chi si trova al di sotto di tale soglia - espresso come percentuale della soglia di povertà)



Risultati

- » Lussemburgo e Ungheria presentano i divari di povertà infantile più ridotti.
- » La Danimarca rappresenta un'eccezione tra i paesi nordici, registrando un divario di povertà infantile molto elevato (quasi il 30%). Solamente un numero ristretto di bambini danesi (il 6,3%) si trova al di sotto della soglia di povertà relativa del paese, ma chi occupa questa posizione si attesta molto più in basso rispetto alla maggior parte delle altre nazioni.
- » Diversi paesi hanno permesso al divario di povertà infantile di espandersi oltre il 30%: Bulgaria, Giappone, Irlanda, Italia, Lituania, Romania, Slovacchia, Spagna e Stati Uniti.

opportunità che la maggior parte dei loro coetanei considererebbe come normali in quella particolare società.

Povertà relativa: il divario di povertà

I tassi di povertà infantile relativa nel Grafico 1.1a mostrano quale percentuale di bambini vive sotto la soglia di povertà relativa di ogni nazione senza tuttavia indicare *fino a che punto* vengano lasciati scendere al di sotto di tale soglia. Per misurare la *profondità* della povertà infantile relativa è necessario tener conto anche del "divario di povertà infantile", ossia la distanza tra la soglia di povertà e i redditi mediani di coloro che si trovano al di sotto di tale soglia.

Il Grafico 1.1b mostra questo "divario di povertà infantile" per ciascun paese.

Considerando il "tasso" e il "divario" insieme, sono sei i paesi che si attestano nel terzo inferiore di entrambe le graduatorie: Italia, Lettonia, Lituania, Romania, Spagna e Stati Uniti. Sul versante opposto, vi sono sei paesi che appaiono nel terzo superiore di entrambe le classifiche: Austria, Finlandia, Norvegia, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia.

Ciò significa che, a titolo esemplificativo, il 20% o più dei bambini spagnoli o statunitensi si colloca sotto la soglia di povertà relativa e che, in media, scendono sotto il valore di tale soglia di quasi il 40%. Nei Paesi Bassi o in Austria, d'altro canto, sotto la soglia di povertà relativa si registra una percentuale di bambini che va dal 6% all'8% e, in media, si trova sotto tale soglia di circa 16 punti.

Combinati, questi due indicatori di povertà infantile (il tasso e il divario) rappresentano il fattore del reddito relativo nel benessere materiale dei bambini.

**Deprivazione materiale:
l'Indice di deprivazione infantile**

Le misure del reddito relativo, tuttavia, non rivelano molto sulle effettive condizioni di vita dei bambini nei diversi paesi. Ad esempio, il fatto che in Canada viva una percentuale più elevata di bambini in condizioni di povertà relativa rispetto alla Repubblica Ceca non significa

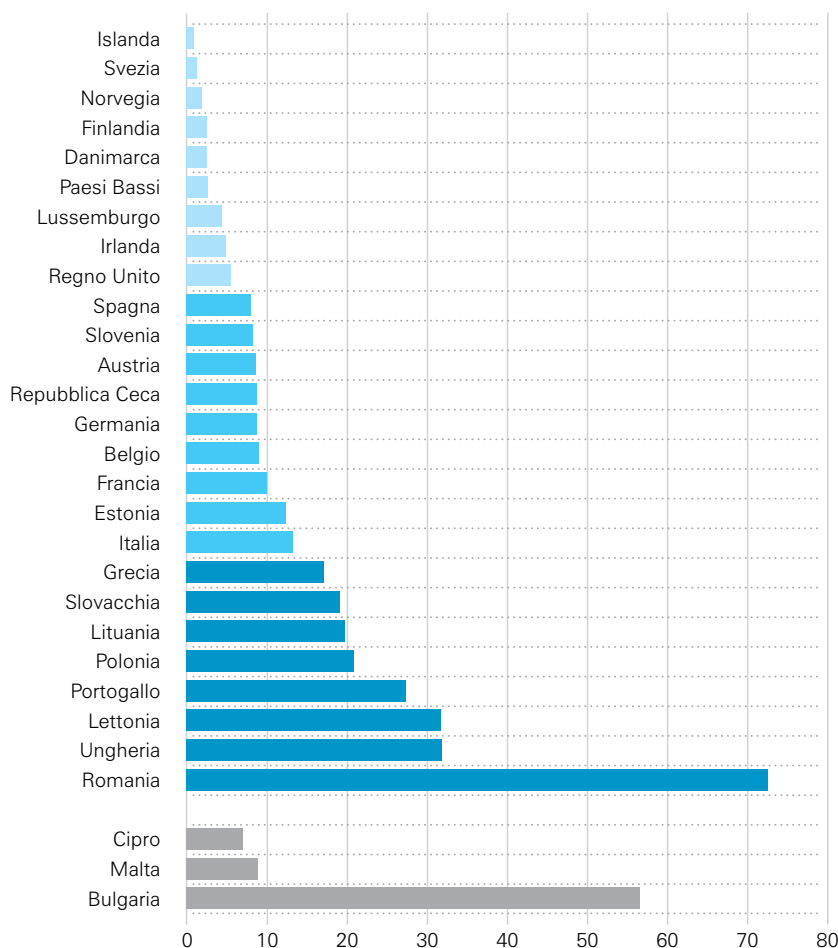
che gli standard reali di vita dei bambini in Canada siano inferiori, ma solamente che una proporzione più ampia di bambini canadesi vive in contesti familiari in cui il reddito disponibile è pari al 50% della mediana nazionale. Per arrivare a una rappresentazione più completa della povertà infantile, è stata pertanto inclusa una misura dell'effettiva deprivazione materiale.

Come in precedenza, sono stati utilizzati due indicatori. Il primo è il *Tasso di deprivazione materiale* UNICEF (introdotto nella *Report Card 10*)^v, che mostra quale percentuale di bambini in ogni nazione non ha accesso a due o più tra i seguenti 14 beni:

1. tre pasti al giorno;
2. almeno un pasto al giorno con carne, pollo o pesce (o equivalenti vegetariani);
3. frutta e verdura fresche ogni giorno;
4. libri adatti all'età e al livello di conoscenza del bambino (esclusi i testi scolastici);
5. attrezzature per giocare all'aria aperta (bicicletta, pattini ecc.);
6. attività ricreative regolari (nuoto, suonare uno strumento musicale, partecipazione a organizzazioni giovanili ecc.);
7. giochi in casa (almeno uno per ogni bambino, inclusi giocattoli educativi per la prima infanzia, costruzioni, giochi da tavolo, videogiochi ecc.);
8. denaro per partecipare a gite ed eventi scolastici;
9. un posto tranquillo con spazio e luce a sufficienza per fare i compiti;
10. una connessione a Internet;
11. alcuni indumenti nuovi (cioè non tutti di seconda mano);
12. due paia di scarpe della misura giusta;
13. la possibilità di invitare di tanto in tanto a casa amici per giocare e mangiare insieme;
14. l'opportunità di festeggiare occasioni speciali come compleanni, onomastici, ricorrenze religiose ecc.

Grafico 1.2a Tasso di deprivazione infantile

(percentuale di bambini privi di due o più indicatori di benessere - vedere il testo)

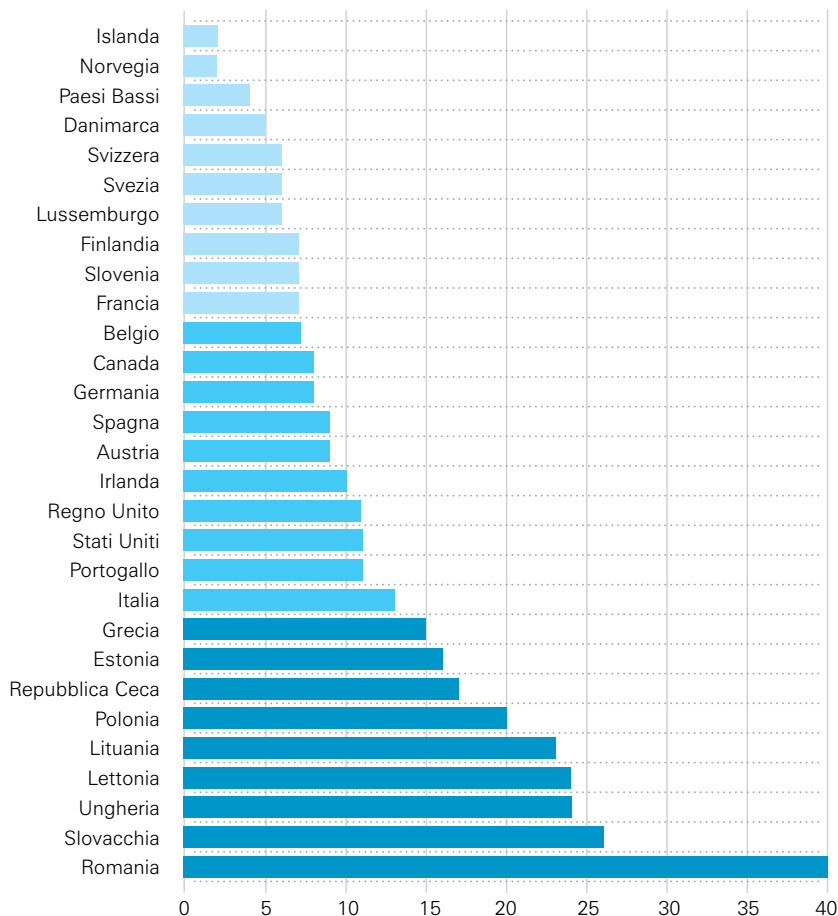


Risultati

- » I cinque paesi nordici e i Paesi Bassi occupano i primi sei posti della classifica.
- » Irlanda e Lussemburgo sono gli unici altri paesi con un tasso di deprivazione infantile inferiore al 5% (anche se il Regno Unito, con il 5,5%, segue da vicino).
- » Francia e Italia hanno un tasso di deprivazione infantile superiore al 10%.
- » In quattro paesi il tasso di deprivazione infantile supera il 25%: Lettonia, Portogallo, Romania e Ungheria.

Il Grafico 1.2a presenta il tasso di deprivazione infantile in 26 paesi (nessun dato comparabile disponibile per Canada, Stati Uniti e Svizzera).

Grafico 1.2b Percentuale di bambini che afferma che la propria famiglia dispone di ricchezze limitate (vedere testo)



Risultati

- » I Paesi Bassi e i paesi nordici, insieme a Lussemburgo e Svizzera, presentano la minor percentuale di bambini che affermano che la propria famiglia dispone di ricchezze limitate.
- » I tassi più elevati di famiglie con ricchezze limitate si registrano in otto paesi dell'Europa centrale e orientale: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia e Ungheria.

Deprivazione materiale: ricchezze familiari limitate

Il secondo indicatore utilizzato per misurare la deprivazione materiale si basa su questionari scritti completati da campioni rappresentativi di giovani di 11, 13 e 15 anni di età in ciascun paese^{vi}. Nella sezione pertinente del questionario si chiede:

- » La tua famiglia possiede un'automobile, un furgone o un camion?
- » Negli ultimi 12 mesi, quante volte sei andato in vacanza con la tua famiglia?
- » Quanti computer possiede la tua famiglia?
- » Hai una camera da letto tutta per te?

I risultati vengono conteggiati nella *Scala della ricchezza delle famiglie* utilizzata nel Grafico 1.2b per mostrare la percentuale di bambini in ogni paese che vive in famiglie con "ricchezze limitate".

Com'è lecito attendersi, il tasso di deprivazione infantile e il tasso di famiglie con ricchezze limitate producono graduatorie ampiamente simili. Esse non sono tuttavia sovrapponibili in quanto una si concentra sui bambini, mentre l'altra sulla famiglia. Combinate, forniscono un quadro più affidabile della deprivazione materiale infantile.

Reale e relativa

Le differenze tra i due fattori del benessere materiale dei bambini, ovvero la povertà relativa e la deprivazione materiale, sono spesso oggetto di un equivoco. Non siamo infatti in presenza di una misura relativa e di una assoluta. Entrambe sono misure relative. Potrebbe sembrare che il tasso di deprivazione misuri la povertà assoluta in quanto si basa su un elenco specifico di beni posseduti piuttosto che sul reddito mediano di ogni paese, ma tali beni sono stati scelti per rappresentare ciò che la maggior parte delle persone considera normale per la crescita di un bambino in un paese ricco all'inizio del XXI secolo. Sono pertanto relativi sia al tempo sia al luogo. La reale differenza tra i due approcci è che uno misura la povertà in relazione a un criterio del reddito che varia da paese a paese (reddito mediano nazionale), mentre l'altro misura la povertà secondo uno standard comune a tutti i paesi esaminati.

Dimensione 2 Salute e sicurezza

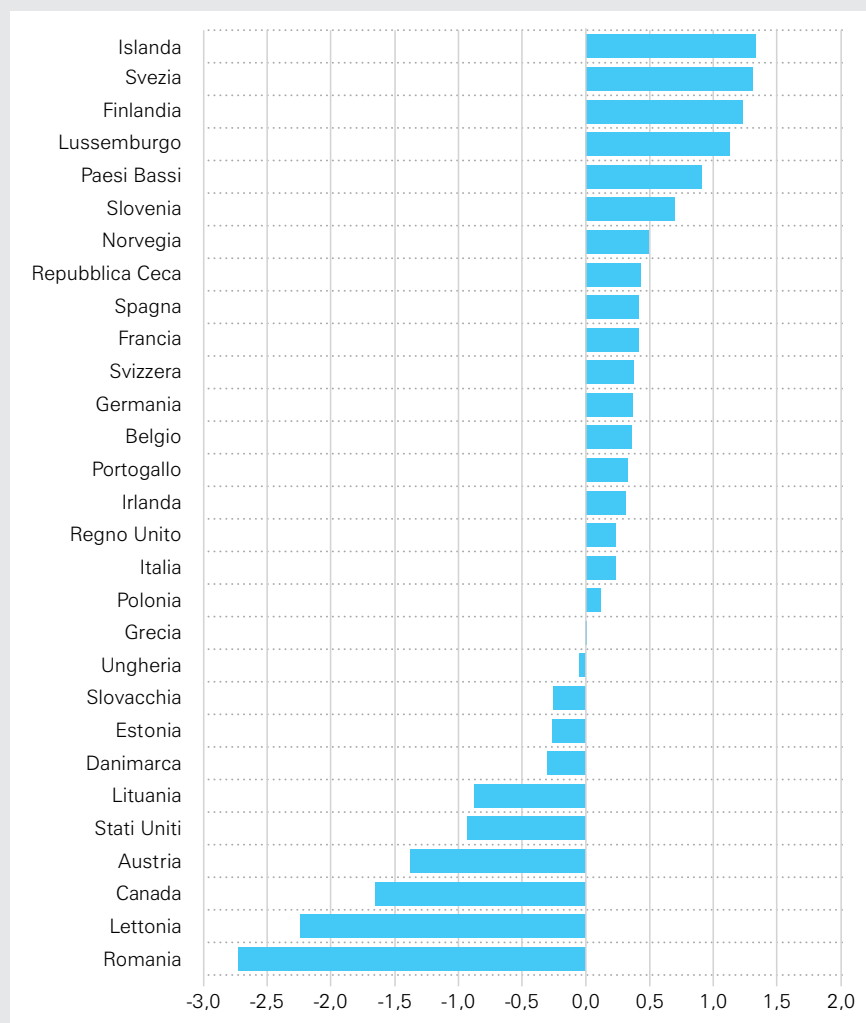


Grafico 2.0 Una panoramica della salute e della sicurezza dei bambini

La graduatoria della salute e sicurezza dei bambini mostra la performance di ogni paese in relazione alla media dei 29 paesi economicamente avanzati presi in esame. Il grafico è ordinato secondo la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, da tale media.

La lunghezza di ogni barra mostra la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, dalla media del gruppo nel suo complesso. L'unità di misura è la "deviazione standard", ovvero la misura della variabilità dei risultati in relazione alla media.

Risultati

- » Ancora una volta, i paesi nordici si trovano in cima alla classifica con Finlandia, Islanda e Svezia a occupare le prime tre posizioni.
- » Austria, Canada e Danimarca si collocano invece verso il fondo della classifica insieme agli Stati Uniti (in tutti questi casi la bassa posizione è attribuibile ai tassi di vaccinazione ridotti).

Valutazione della salute e della sicurezza

FATTORI	INDICATORI
Salute al momento della nascita	Tasso di mortalità dei lattanti (numero di decessi sotto i 12 mesi di età su 1.000 nati vivi)
	Tasso di nascite sottopeso (percentuale di bambini nati con un peso inferiore ai 2.500 grammi)
Servizi sanitari di prevenzione	Tasso di vaccinazione nazionale (copertura vaccinale media contro morbillo, poliomielite e difterite-pertosse-tetano (DPT3) per bambini tra i 12 e i 23 mesi di età)
Mortalità infantile e giovanile	Tasso di mortalità infantile e giovanile (numero di decessi su 100.000 individui di età compresa tra 1 e 19 anni)

Salute e sicurezza

La dimensione del benessere dei bambini relativa alla loro salute si basa su tre fattori per cui sono disponibili dati comparabili a livello internazionale. Questi fattori sono:

- salute alla nascita, misurata in base al tasso di mortalità dei lattanti e alla percentuale di bambini nati sottopeso (sotto i 2.500 grammi);
- disponibilità di servizi sanitari di prevenzione dedicati ai bambini, misurata in base al livello di copertura vaccinale nazionale contro morbillo, poliomielite e difterite-pertosse-tetano (DPT3);
- salute e sicurezza dei bambini, misurate in base al tasso di decessi infantili e giovanili (da 1 a 19 anni di età) per qualsiasi causa.

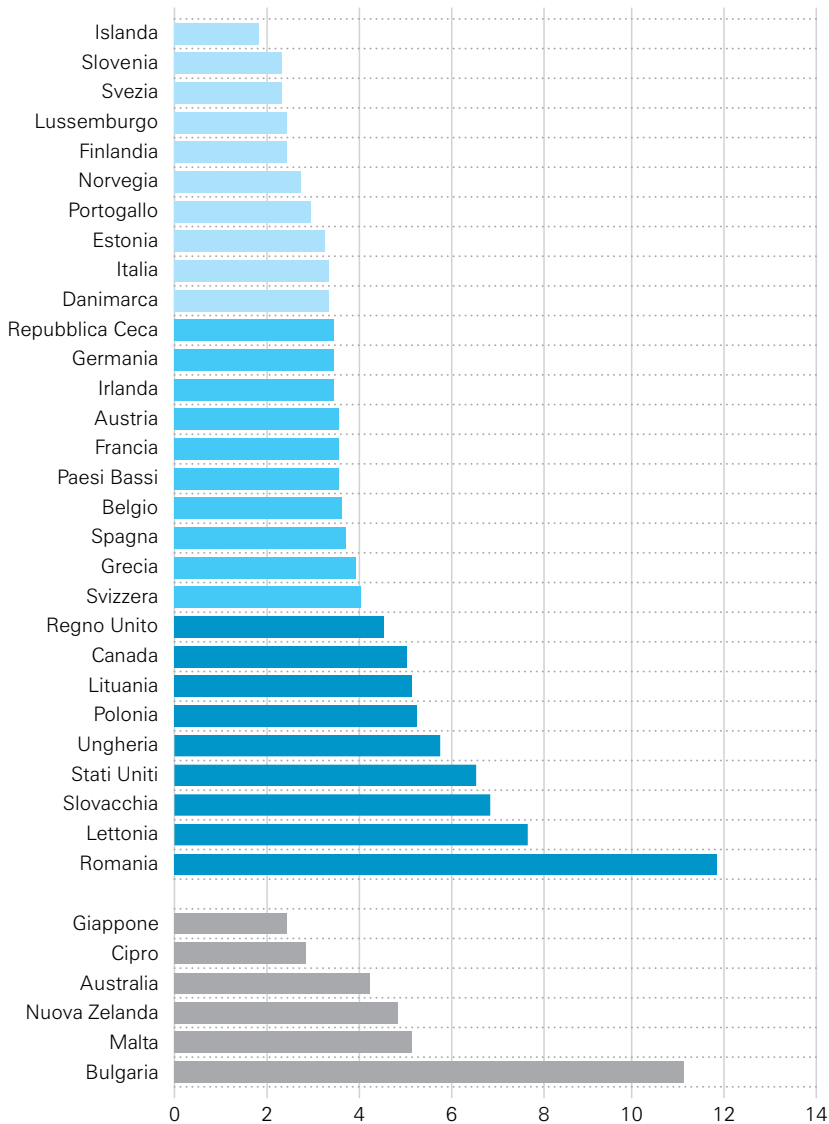
Il grafico alla pagina precedente (Grafico 2.0) combina questi tre fattori in una graduatoria della salute dei bambini relativa ai 29 paesi economicamente avanzati presi in esame.

Salute alla nascita: mortalità dei lattanti

In tutti i paesi economicamente avanzati, il tasso di mortalità dei lattanti (IMR) è stato ridotto a meno di 10 decessi per 1.000 nati vivi. Le differenze relativamente contenute tra i vari paesi non riflettono pertanto variazioni in aspetti fondamentali della salute pubblica, come disponibilità di acqua potabile e fognature, bensì variazioni nell'impegno e nella capacità di fornire i servizi necessari a proteggere tutte le future madri, tutte le nascite e tutti i neonati nei primi giorni e settimane di vita. Il tasso di mortalità dei lattanti illustrato nel Grafico 2.1a può perciò essere letto come una misura dell'impegno a garanzia della salute materna e infantile per tutti, inclusa quella delle madri e dei bambini delle famiglie più indigenti ed emarginate.

Grafico 2.1a Tasso di mortalità dei lattanti

(numero di decessi sotto i 12 mesi di età su 1.000 nati vivi)



Risultati

- » Tre paesi nordici, Finlandia, Islanda e Svezia, si collocano insieme a Lussemburgo e Slovenia ai primi posti della graduatoria con tassi di mortalità dei lattanti inferiori ai 2,5 decessi per 1.000 nascite.
- » 26 paesi su 35 hanno ridotto la mortalità dei lattanti a 5 o meno decessi ogni 1.000 nati.
- » Gli unici paesi con tassi di mortalità dei lattanti superiori a 6 decessi per ogni 1.000 nati sono la Lettonia, la Slovacchia e gli Stati Uniti.
- » Tre delle nazioni industrializzate più ricche del mondo, Canada, Regno Unito e Stati Uniti, si collocano nel terzo inferiore della graduatoria della mortalità dei lattanti.

È possibile che il basso posizionamento degli Stati Uniti non sia giustificato: esiste un dibattito, ancora irrisolto, in merito al fatto che il tasso di mortalità dei lattanti negli Stati Uniti potrebbe includere i decessi di bambini nati estremamente prematuri e/o sottopeso mantenuti in vita per un certo periodo di tempo grazie a cure neonatali all'avanguardia, ma che in altri paesi potrebbero non essere classificati come "nati vivi".

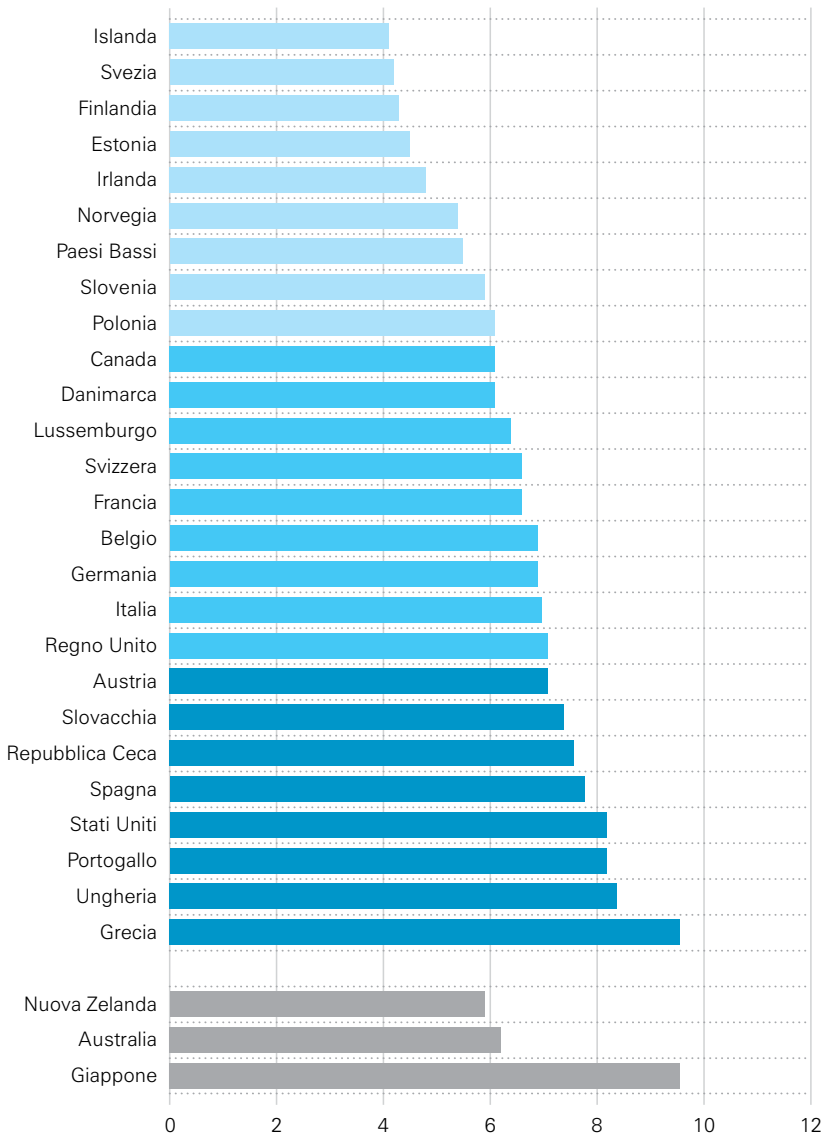
Salute alla nascita: neonati sottopeso

Il secondo indicatore utilizzato per misurare la salute nei primi anni di vita è la percentuale di bambini nati sottopeso (sotto i 2.500 grammi).

Secondo i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie degli Stati Uniti, *"Il peso alla nascita di un neonato è il fattore che più incide sulle sue possibilità di sopravvivenza e di una crescita sana"*. Esso rappresenta anche una guida per la salute generale e la condotta di riferimento di donne incinte e madri, due fattori importanti per qualunque altra dimensione del benessere infantile. È inoltre noto che un basso peso alla nascita è associato a un maggior rischio di sviluppare diversi problemi di salute durante l'infanzia e la vita adulta.

Il Grafico 2.1b mostra la percentuale di bambini nati sottopeso in ognuno dei 29 paesi per cui sono disponibili dati.

Grafico 2.1b Nascite sottopeso
(percentuale di bambini nati con un peso inferiore ai 2.500 grammi)

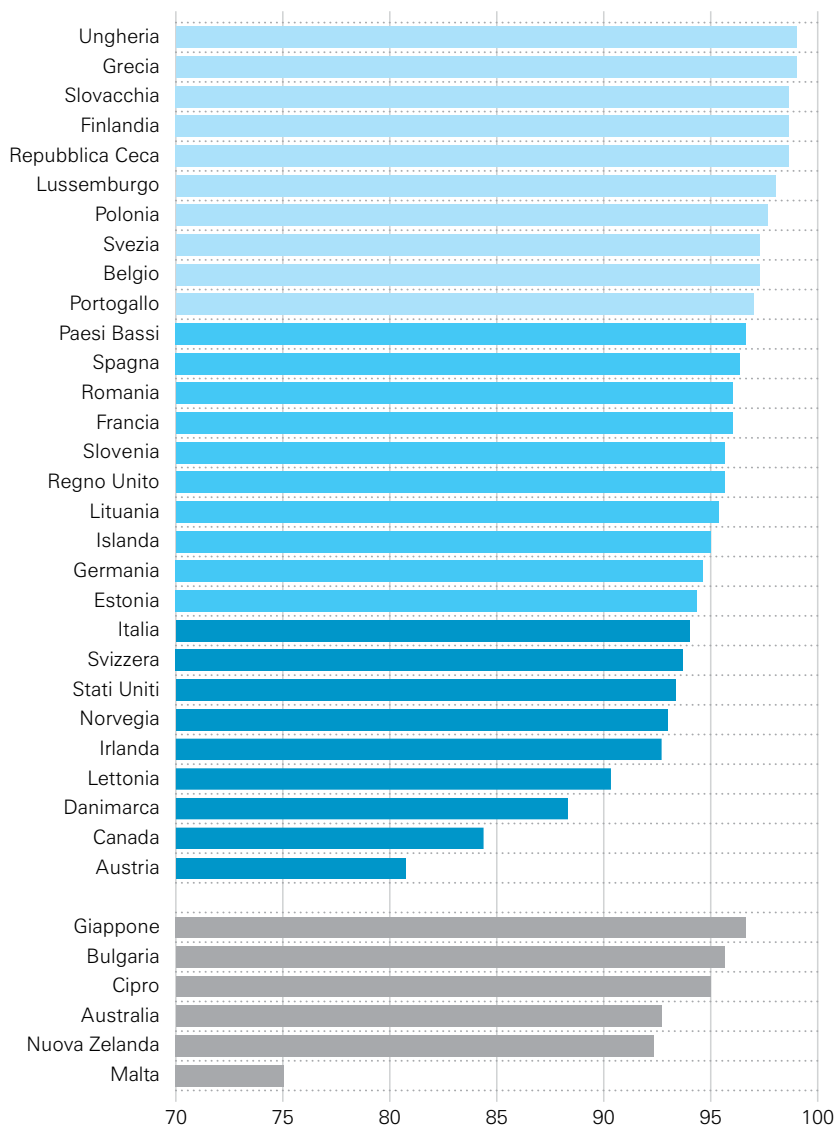


Risultati

- » Cinque paesi europei, Estonia, Finlandia, Irlanda, Islanda e Svezia, sono riusciti a ridurre a meno del 5% l'incidenza delle nascite sottopeso.
- » Solamente in Grecia, Portogallo, Stati Uniti e Ungheria il tasso di nascite sottopeso supera l'8%.

Grafico 2.2 Tasso di vaccinazione

(copertura vaccinale media contro morbillo, poliomielite e difterite/pertosse/tetano (DPT3) per bambini tra i 12 a e i 23 mesi di età)



Risultati

- » Grecia e Ungheria si trovano ai primi posti con una copertura vaccinale pari al 99%.
- » Austria, Canada e Danimarca, tre dei paesi più ricchi dell'OCSE, sono gli unici in cui i tassi di vaccinazione si attestano sotto il 90%.

Servizi sanitari preventivi: vaccinazione

Il secondo fattore scelto per valutare la salute dei bambini è la disponibilità in ogni paese di servizi sanitari preventivi per l'infanzia e il loro grado di efficacia. Questo fattore è stato misurato in base al tasso di vaccinazione di ogni nazione (copertura vaccinale media contro morbillo, poliomielite e difterite-pertosse-tetano "DPT3").

Il tasso delle vaccinazioni di routine nei paesi economicamente avanzati generalmente si mantiene a livelli alti, con una media che sfiora il 95%. Come per i tassi di mortalità dei lattanti, le differenze relativamente contenute tra i paesi possono pertanto essere considerate uno specchio dell'impegno profuso per raggiungere tutti i bambini, inclusi quelli più emarginati, con un essenziale servizio sanitario di prevenzione a cui tutti i minori hanno diritto.

Il Grafico 2.2 presenta una graduatoria delle vaccinazioni nei 29 paesi.

Esiste il sospetto che il ridotto tasso di vaccinazione in paesi come Austria, Canada e Danimarca sia in parte dovuto alle voci, basate su ricerche prive di riscontro scientifico, che collegavano il vaccino trivalente MMR (morbillo, parotite e rosolia) all'autismo. Questo non dovrebbe però costituire una "scusa" per giustificare tassi ridotti di copertura vaccinale, dato che la messa in atto di un programma di vaccinazione di prima qualità significa accertarsi che il pubblico venga correttamente informato ed evitare che notizie false e fuorvianti mettano in pericolo la salute dei bambini. In realtà, la paura del vaccino trivalente MMR non sembra essere la principale causa del ridotto tasso di vaccinazione in Austria, Canada e Danimarca: questi paesi presentano infatti tassi ridotti anche quando il vaccino contro il morbillo è escluso dal computo (in Canada, il tasso delle

vaccinazioni antimorbillo è superiore rispetto a quello del vaccino trivalente difterite-pertosse-tetano o contro la poliomielite).

Salute infantile e adolescenziale: tasso di mortalità tra 1 e 19 anni

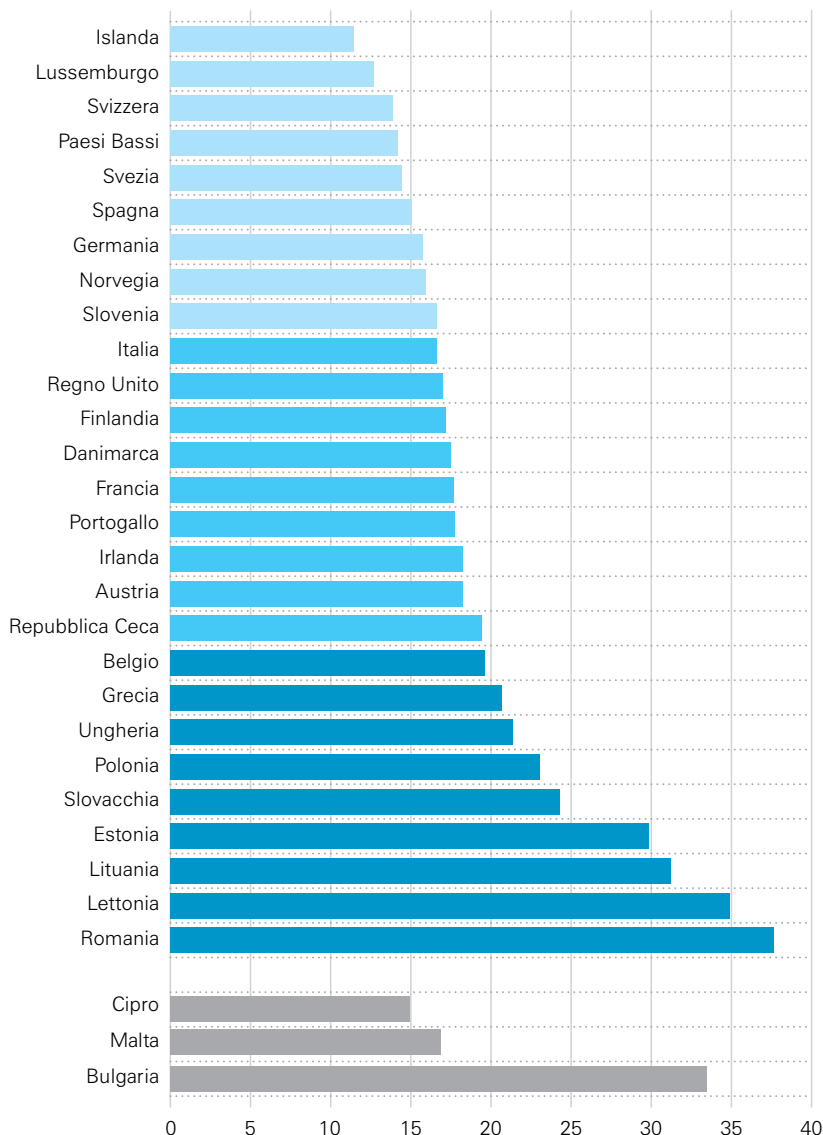
Il terzo fattore utilizzato per tracciare un quadro generale della salute infantile e adolescenziale è il tasso di mortalità dei giovani di età compresa tra 1 a 19 anni.

Nelle economie avanzate i decessi in questo gruppo demografico sono rari e le loro cause esulano da malattie e dall'efficacia dei servizi sanitari, includendo i decessi per suicidio, omicidio, incidenti stradali, annegamento, cadute e incendi. Si può quindi affermare che le differenze tra i vari paesi relativamente al tasso di mortalità in questo gruppo demografico riflettono il livello generale di salute e sicurezza durante l'infanzia e l'adolescenza.

Il Grafico 2.3 presenta il tasso di mortalità dei giovani di età compresa tra 1 e 19 anni per ogni paese. In termini assoluti, le differenze tra i paesi sono chiaramente minime. Ma, occorre anche tener conto che, se tutti i paesi europei avessero lo stesso tasso di mortalità infantile dell'Islanda o del Lussemburgo, allora potrebbero essere evitati oltre 8.000 decessi infantili l'anno, ognuno dei quali rappresenta un dolore inimmaginabile per la famiglia colpita dal lutto.

Combinati, i tre fattori delineati sopra rappresentano una guida di massima alla dimensione sanitaria del benessere dei bambini. Idealmente, tale quadro avrebbe dovuto includere anche indicatori della salute mentale e affettiva dei bambini, oltre che della diffusione di maltrattamenti e trascuratezza nei loro confronti. Tali fattori sono però difficili da definire e misurare anche all'interno di un solo paese; a livello internazionale non sono disponibili dati comparabili.

Grafico 2.3 Tasso di mortalità infantile e adolescenziale
(numero di decessi per 100.000 individui di età compresa tra 1 a 19 anni)



Risultati

- » Islanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Svizzera dominano la graduatoria con un tasso di decessi infantili inferiore a 15 su 100.000 individui.
- » I paesi dell'Europa centrale e orientale occupano il terzo inferiore della classifica, insieme a Belgio e Grecia.

Dimensione 3 Benessere nel sistema scolastico

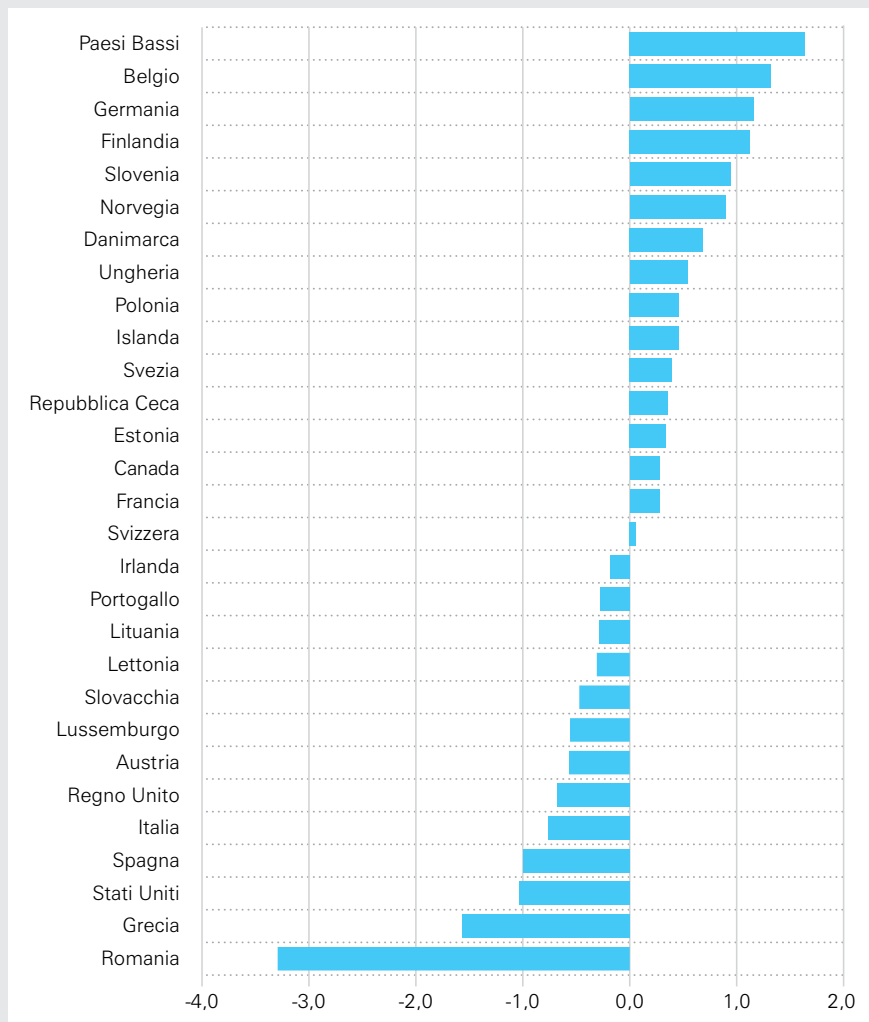


Grafico 3.0 Una panoramica del benessere dei bambini nel sistema scolastico

La graduatoria del benessere dei bambini nel sistema scolastico mostra la performance di ogni paese in relazione alla media dei 29 paesi economicamente avanzati presi in esame. Il grafico è ordinato secondo la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, da tale media.

La lunghezza di ogni barra mostra la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, dalla media del gruppo nel suo complesso. L'unità di misura è la "deviazione standard", ovvero la misura della variabilità dei risultati in relazione alla media.

Risultati

- » Il benessere nel sistema scolastico è più elevato in Belgio, Finlandia, Germania e nei Paesi Bassi. Ognuno di questi paesi ha ottenuto un punteggio significativamente superiore alla media dei 29 paesi.
- » Grecia, Romaniaa, Spagna e Stati Uniti registrano invece i livelli più bassi di benessere nel sistema scolastico.

Valutazione del benessere nel sistema scolastico

FATTORI	INDICATORI
Partecipazione	Tasso di partecipazione alla scuola dell'infanzia (percentuale di bambini tra i 4 anni e l'inizio della scuola dell'obbligo iscritti alla scuola dell'infanzia)
	Tasso di partecipazione a forme di istruzione superiore (percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età iscritti a istituti superiori)
	Tasso di NEET (percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età che non studia, non segue una formazione, né lavora)
Risultati	Punteggio medio nei test PISA in lettura, matematica e scienze

Benessere nel sistema scolastico

Per la misurazione del benessere nel sistema scolastico sono stati considerati due fattori principali: il tasso di partecipazione e il livello di rendimento. Combinati, essi forniscono una guida di massima sia alla quantità sia alla qualità dell'istruzione. Il Grafico 3.0 (a fianco) unisce i due elementi in un singolo quadro del benessere dei bambini nel sistema scolastico in 29 paesi economicamente avanzati.

Partecipazione: servizi educativi per la prima infanzia

Il primo fattore, la partecipazione, è stato valutato in base a tre indicatori:

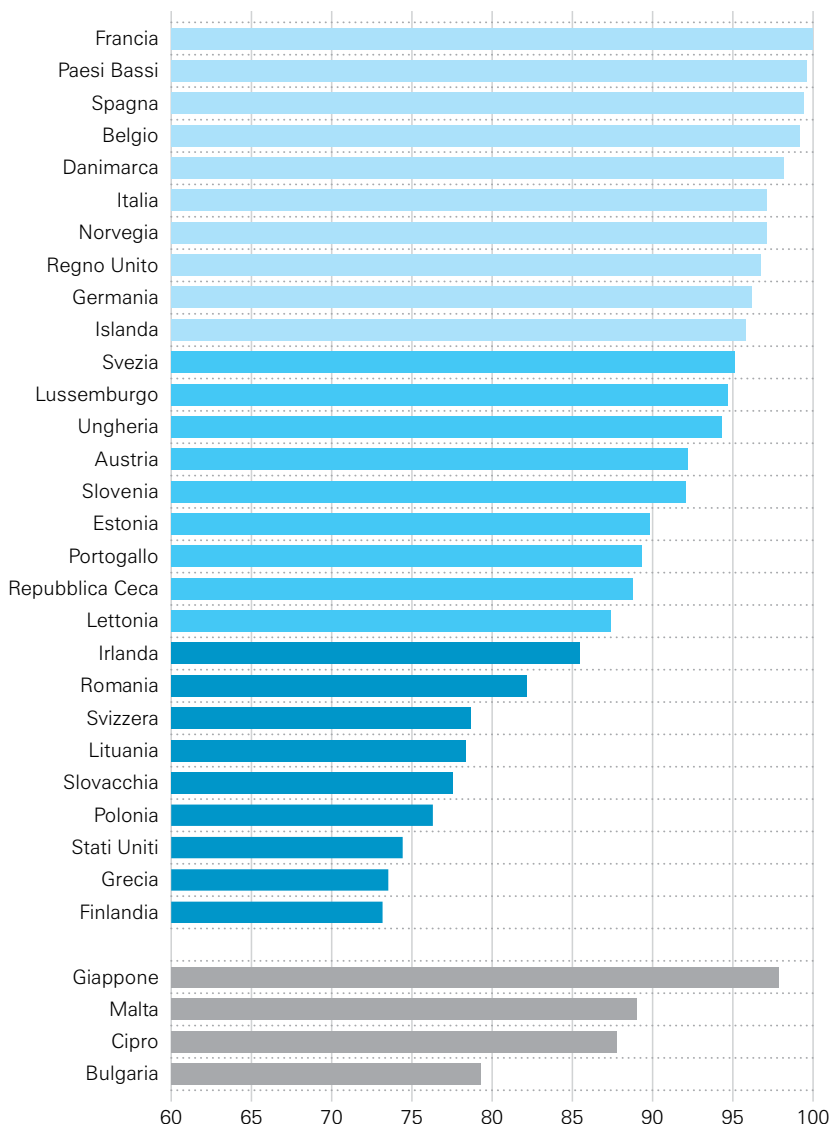
- a) partecipazione a servizi educativi per la prima infanzia;
- b) partecipazione a studi superiori;
- c) percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età che non studia, non segue una formazione, né lavora.

Negli ultimi tempi è stato ampiamente riconosciuto che le fondamenta del successo scolastico vengono gettate prima dell'inizio dell'istruzione formale^{viii}. In risposta a questa e ad altre pressioni, tutti i governi dei paesi economicamente avanzati hanno investito, in misura maggiore o minore, in risorse dedicate all'istruzione prescolare gratuita o convenzionata.

La qualità e la quantità dell'istruzione impartita nei primi anni di vita sono parametri difficilmente misurabili su base comparabile a livello internazionale, una difficoltà evidenziata nella *Report Card 7* (2007) in cui si sottolinea come la mancanza di qualsiasi tipo di indicatore di partecipazione ai servizi educativi per la prima infanzia rappresenta un "palese ostacolo" al tentativo di comporre un quadro complessivo del benessere dei bambini^{ix}.

Il presente rapporto compie un primo passo per ovviare a tale mancanza, includendo il tasso di iscrizione alla scuola dell'infanzia in 32 paesi economicamente avanzati (Grafico 3.1a).

Grafico 3.1a Tasso di iscrizione alla scuola dell'infanzia
(percentuale di bambini tra i 4 anni di età e l'inizio della scuola dell'obbligo iscritti alla scuola dell'infanzia)

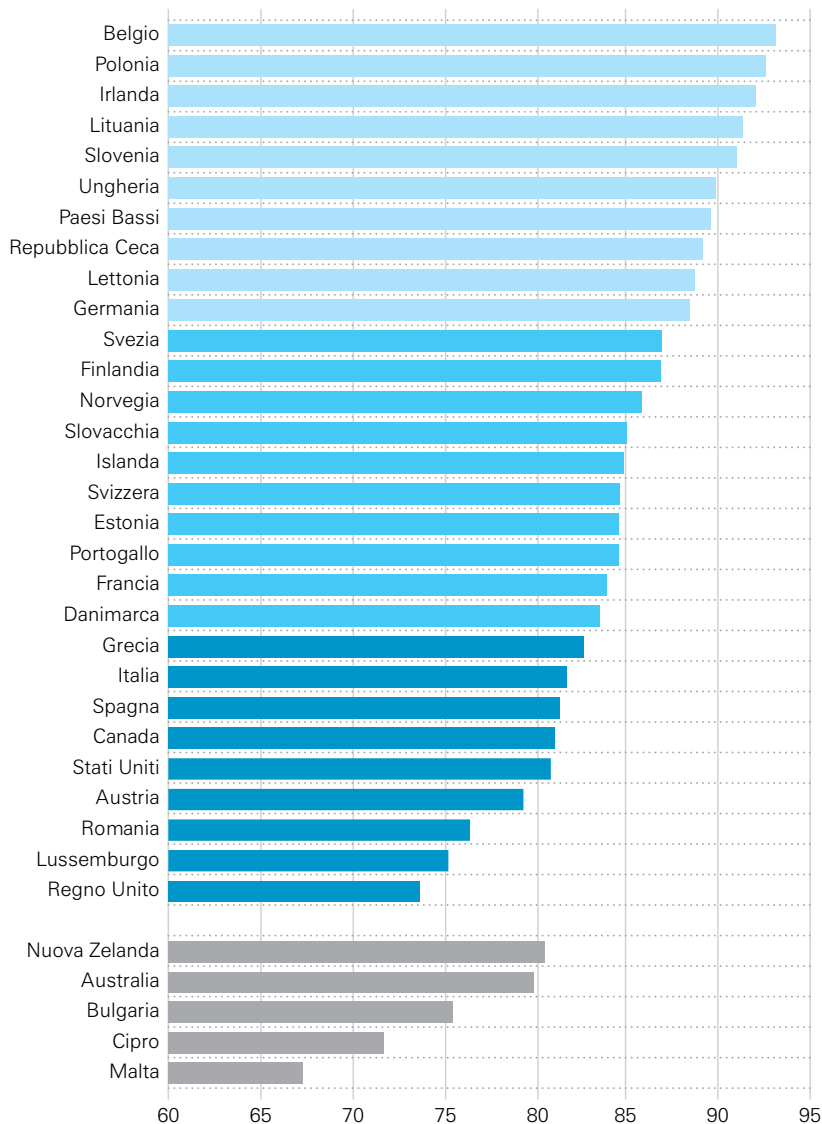


Risultati

- » I servizi educativi per la prima infanzia sono praticamente universali in Belgio, Francia, Paesi Bassi e Spagna.
- » Il tasso di iscrizione alla scuola dell'infanzia supera il 90% nella metà dei 32 paesi elencati.
- » In soli otto paesi il tasso di partecipazione ai servizi educativi per la prima infanzia si attesta sotto all'80%: Bulgaria, Finlandia (vedere però il Box 2), Grecia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Stati Uniti e Svizzera.

Grafico 3.1b Partecipazione a forme di istruzione superiore

(percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età)



N.B.: è possibile che alcuni paesi scarsamente popolati, come Lussemburgo e Malta, registrino bassi tassi di partecipazione a forme di istruzione superiore in quanto una porzione del gruppo demografico di riferimento sta proseguendo i propri studi fuori dal paese di origine.

L'età in cui ha inizio la scuola dell'obbligo varia tra i 4 e i 7 anni. Il tasso di partecipazione alla scuola dell'infanzia è qui definito come la percentuale di bambini tra i 4 anni di età e l'inizio della scuola dell'obbligo iscritti alla scuola dell'infanzia.

Studi superiori

All'estremità opposta della scala educativa si trova il tasso di partecipazione a forme di istruzione superiore (Grafico 3.1b), il quale mostra la percentuale di giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni iscritti a scuole superiori e università.

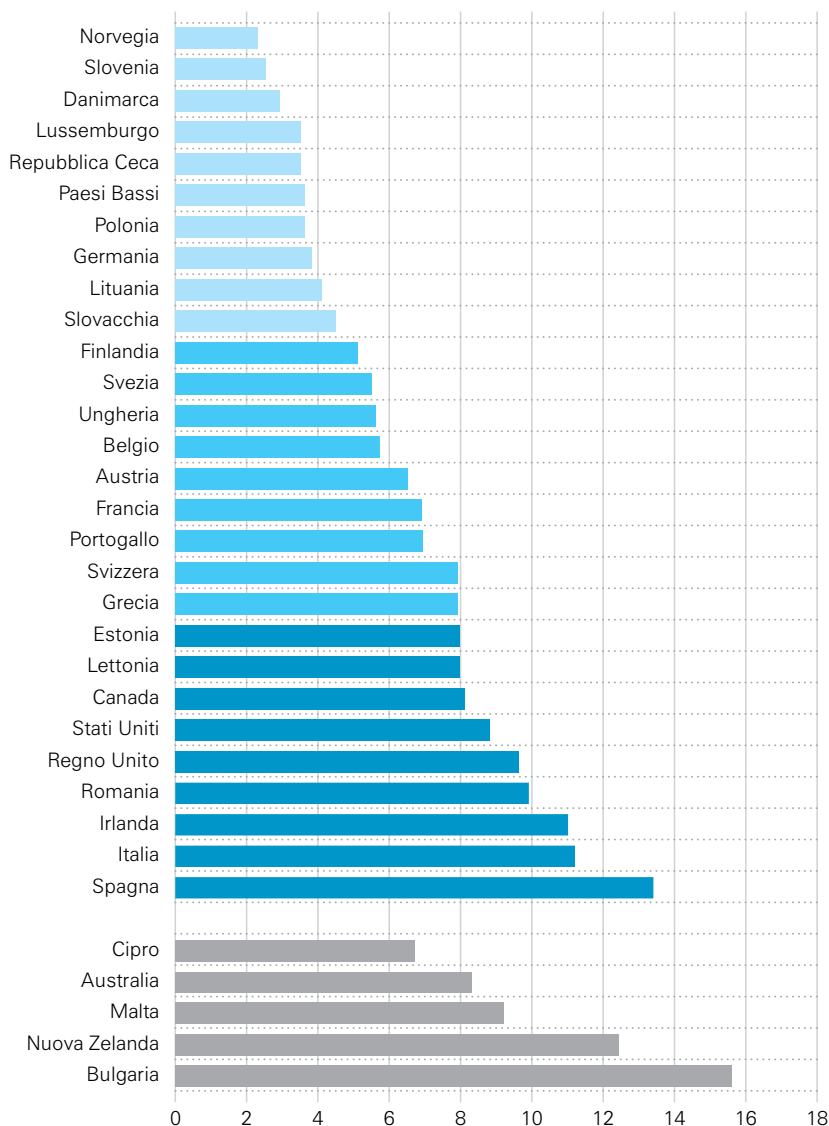
Risultati

- » Cinque paesi vedono partecipare il 90% o più dei propri giovani a qualche forma di istruzione superiore: Belgio, Irlanda, Lituania, Polonia e Slovenia.
- » Sette dei paesi OCSE più ricchi si attestano nell'ultimo terzo della graduatoria relativa agli studi superiori: Austria, Canada, Italia, Lussemburgo, Regno Unito, Spagna e Stati Uniti.
- » Il tasso di iscrizione agli studi superiori oltrepassa l'80% in tutti i paesi economicamente avanzati più popolosi, a eccezione del Regno Unito, il solo paese economicamente avanzato in cui il tasso di partecipazione a forme di educazione superiore si attesta sotto il 75%. Questo potrebbe essere il risultato dell'importanza attribuita alle qualifiche accademiche combinata con un diverso sistema di qualifiche professionali che ancora non sono riuscite a conquistare una "parità di trattamento" o un valore consolidato nel mercato del lavoro.

La partecipazione a studi superiori riflette il "benessere nel sistema scolastico" poiché indica un passaggio ottimale attraverso gli anni dell'istruzione obbligatoria. Inoltre, è naturalmente associata a una più vasta gamma di opportunità all'inizio della vita adulta.

Grafico 3.1c Tasso di NEET

(percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni di età che non studia, non segue una formazione, né lavora)



Tasso di NEET

Il terzo indicatore del benessere nel sistema scolastico guarda alla partecipazione da una differente prospettiva: la percentuale di giovani (di età compresa tra 15 e 19 anni) che non stanno partecipando ad alcuna forma di istruzione o formazione, né al mondo del lavoro (il cosiddetto tasso di "NEET").

In tutti i paesi, il tasso di NEET è influenzato dalle condizioni economiche

e dalle opportunità di impiego, oltre che dall'efficacia dei rispettivi sistemi scolastici nel preparare i giovani in vista della transizione verso il mondo del lavoro. Altrettanto ovviamente, un elevato tasso di NEET rappresenta una minaccia al benessere presente e futuro dei giovani adulti, un disincentivo a chi si trova ancora all'interno del sistema scolastico e uno spreco in termini di risorse umane e di investimenti nel settore dell'istruzione. La ricerca

Risultati

- » In cima alla graduatoria si trovano Danimarca, Norvegia e Slovenia con un tasso di NEET inferiore al 3%.
- » Agli ultimi posti invece si collocano Irlanda, Italia e Spagna con un tasso di NEET superiore al 10%.

condotta in diversi paesi ha inoltre evidenziato una correlazione tra lo stato di NEET e problemi di natura mentale, abuso di stupefacenti, coinvolgimento in attività criminali, disoccupazione a lungo termine e dipendenza dallo stato sociale^x.

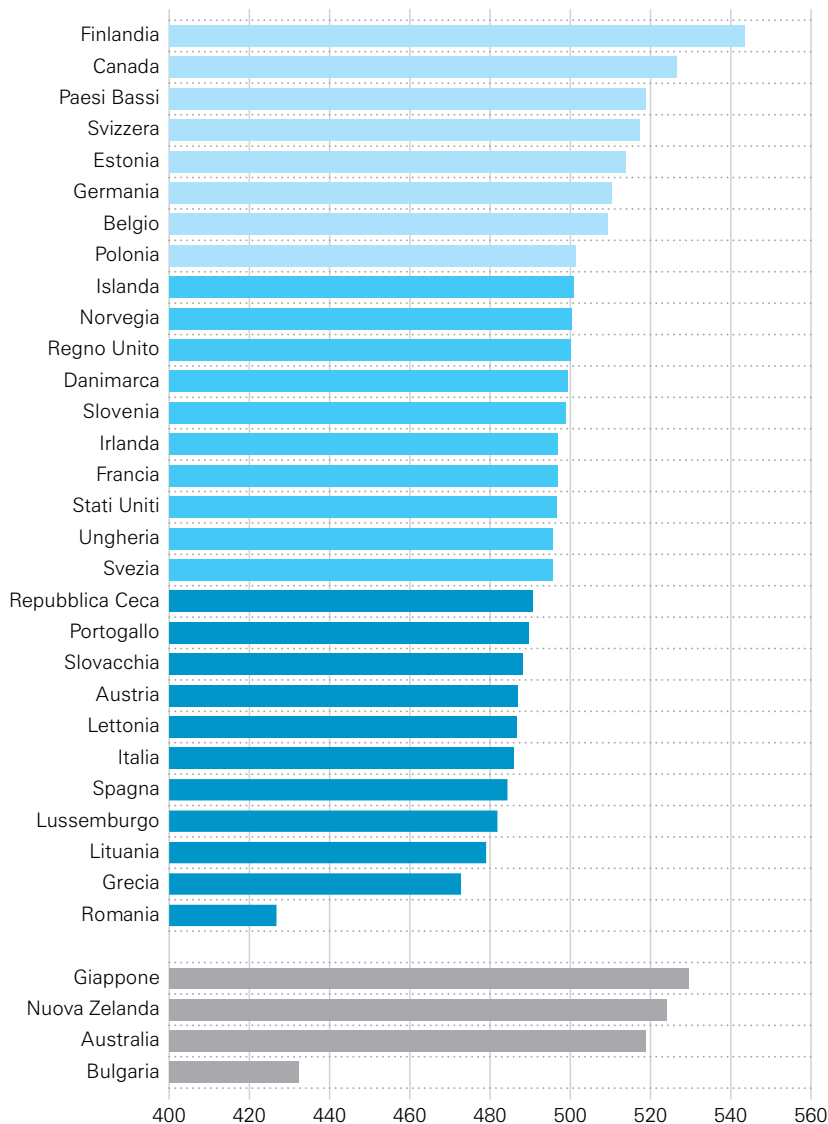
Il Grafico 3.1c riporta il tasso di NEET in 33 economie avanzate.

Per poter effettuare un'equa comparazione internazionale, i dati devono riferirsi a un periodo di tempo simile. Sfortunatamente, l'ultimo anno comune disponibile per il tasso di NEET è il 2009-2010: il Grafico 3.1c potrebbe pertanto non riflettere l'attuale situazione. Esso registra comunque il considerevole impatto dell'attuale recessione economica sui tassi di disoccupazione giovanile (che ha raggiunto un picco pari al 18,3% a novembre 2009 e ha subito solo una lieve flessione nel 2012). In totale, oltre 23 milioni di giovani nei paesi OCSE appartengono ora alla categoria NEET e, nella metà dei casi, hanno smesso di cercare lavoro^{xi}.

Commentando l'impatto che la crisi economica ha avuto sulla transizione tra scuola e lavoro, l'OCSE nel 2011 osservava che *"Tassi elevati di disoccupazione generale rendono questa transizione sostanzialmente più difficile, dato che coloro che posseggono una maggiore esperienza lavorativa sono avvantaggiati rispetto ai nuovi ingressi nella forza lavoro"*^{xii}.

Grafico 3.2 Rendimento scolastico a 15 anni

(punteggio medio nei test PISA in lettura, matematica e scienze)



Rendimento scolastico

Il secondo fattore del benessere nel sistema scolastico è rappresentato dalla qualità dell'istruzione ricevuta.

Questo elemento chiave del benessere dei bambini è difficile da definire e misurare su basi comparabili a livello internazionale. Idealmente, il concetto di "qualità" nel campo dell'istruzione dovrebbe includere un più ampio ventaglio di fattori, come lo sviluppo

della comprensione sociale e la formazione dei valori (inclusa l'educazione alla cittadinanza), oltre all'opportunità di sviluppare le svariate abilità e il potenziale dei giovani. Questo però potrà verificarsi solo nel futuro. Attualmente, l'unica misura pratica della qualità dell'istruzione è fornita dal *Programma di valutazione internazionale degli studenti (PISA)* dell'OCSE, il quale valuta l'abilità degli studenti in tre competenze base: lettura,

Risultati

- » La Finlandia rappresenta un'eccezionale anomalia: stacca infatti di almeno 20 punti il secondo classificato (cfr. Box 2).
- » Canada e Paesi Bassi si piazzano rispettivamente al secondo e terzo posto.
- » Austria, Lussemburgo e Svezia, tre dei paesi più ricchi d'Europa, si trovano nell'ultimo terzo della graduatoria relativa al rendimento scolastico, insieme a tutti e quattro i paesi dell'Europa meridionale.
- » Anche la Romania rappresenta una deviazione estrema, registrando un punteggio di oltre 40 punti inferiore a quello del penultimo paese in graduatoria.
- » Australia, Giappone e Nuova Zelanda si classificherebbero nei primi cinque posti se fosse stato possibile includerli nella graduatoria principale (vedere nota a pagina 7).

matematica e scienze. Ripetuti ogni tre anni, i test vengono somministrati a campioni rappresentativi della popolazione scolastica di quindicenni e sono volti a misurarne conoscenze e abilità in relazione a quanto è richiesto dal mondo moderno per la gestione della sfera personale e lavorativa. In totale, a questa valutazione del rendimento scolastico partecipano 34 paesi appartenenti all'OCSE, più altri paesi partner non membri.

Il Grafico 3.2 presenta una panoramica dei risultati degli ultimi test PISA per i paesi esaminati. I punteggi riportati sono da considerarsi valori medi calcolati sui risultati ottenuti in lettura, matematica e scienze. Tutti i punteggi sono stati ri-ordinati secondo un criterio comune basato su un punteggio medio non ponderato per tutti i paesi partecipanti (fissato per l'occasione a 500 al fine di semplificare l'interpretazione).

Svantaggio

Gli indicatori qui utilizzati per misurare il benessere dei bambini nel sistema scolastico riflettono ampiamente l'impegno di ogni nazione al fine di soddisfare il diritto di ogni bambino a venire adeguatamente preparato per far fronte alle esigenze del mondo in cui si troverà a vivere. Sapersi gestire e muovere in quel mondo (prendere decisioni relative al lavoro e alla carriera, alla famiglia e alla casa, alle finanze e alla pensione, alla cittadinanza e alla partecipazione alla propria comunità) richiede abilità decisamente sviluppate per acquisire e analizzare nuove informazioni e per adattarsi a circostanze in continuo mutamento. In una simile società, chi si trova in una posizione di svantaggio a livello educativo ne risentirà molto di più rispetto a quanto avveniva in passato. Inoltre, troverà probabilmente difficile trarre vantaggio dalla complessa società in cui vive e a fornire il proprio contributo¹. Come le altre aree del benessere dei bambini esaminate in questo rapporto, anche il benessere nel sistema scolastico è pertanto una misura fondamentale sia per i bambini di oggi sia per le società in cui vivranno domani.

1 La *Report Card 9* di questa serie si è concentrata proprio su questo aspetto, evidenziando come vari paesi si impegnino molto più di altri a favore degli alunni con il rendimento più basso (ossia registrano un "divario di rendimento scolastico" molto più ridotto tra il 10% degli alunni con il rendimento più basso e la media nazionale).

Box 2 Il paradosso finlandese

Il fatto che la Finlandia abbia il tasso più basso di iscrizione alla scuola dell'infanzia (Grafico 3.1a) e il più elevato livello di rendimento scolastico (Grafico 3.2) sembrerebbe contraddire l'idea che l'istruzione prescolare sia importante ai fini del successo scolastico. Probabilmente questo dato andrebbe interpretato come un ammonimento sulla necessità di procedere con cautela quando si effettuano comparazioni a livello internazionale.

Innanzitutto, la scuola dell'obbligo in Finlandia ha inizio al compimento del settimo anno di età. Ciò significa che il gruppo demografico su cui si basa il tasso di iscrizione alla scuola dell'infanzia include la popolazione infantile compresa tra i quattro e i sette anni (in diversi altri paesi la popolazione infantile presa in esame è quella compresa tra i quattro e i cinque anni di età). Se il tasso di iscrizione alla scuola dell'infanzia dovesse essere ridefinito come *"la percentuale dei bambini iscritti alla scuola dell'infanzia l'anno precedente l'inizio della scuola dell'obbligo"* allora la Finlandia si attesterebbe quasi al vertice della graduatoria con un tasso di iscrizione prossimo al 100%.

In secondo luogo, i tassi di iscrizione alla scuola dell'infanzia non misurano la *qualità* dell'istruzione ricevuta. Se fosse possibile farlo, molto probabilmente la Finlandia si troverebbe ai primi posti della graduatoria. Questa previsione si basa sul fatto che la Finlandia spende una cifra decisamente più alta della media dei paesi OCSE per l'istruzione e i servizi destinati alla prima infanzia, prevede requisiti minimi eccezionalmente elevati per gli insegnanti delle scuole dell'infanzia e presenta gli standard più alti in termini di rapporto insegnante/numero di alunni rispetto a qualsiasi altra economia avanzata (1:4 per i bambini di età inferiore ai tre anni e 1:7 per i bambini tra i 4 e i 6 anni di età).

La maggior parte di chi commenta gli eccezionali risultati finlandesi in materia di rendimento scolastico cita la qualità dei servizi educativi per la prima infanzia offerti dal paese.

Fonti:

Miho Taguma, Ineke Litjens, Kelly Makowiecki, *Quality Matters in Early Childhood Education and Care: Finland*, OCSE, 2012.
Starting Strong II, Early Childhood Education and Care, OCSE, 2006.

Dimensione 4 Comportamenti e rischi

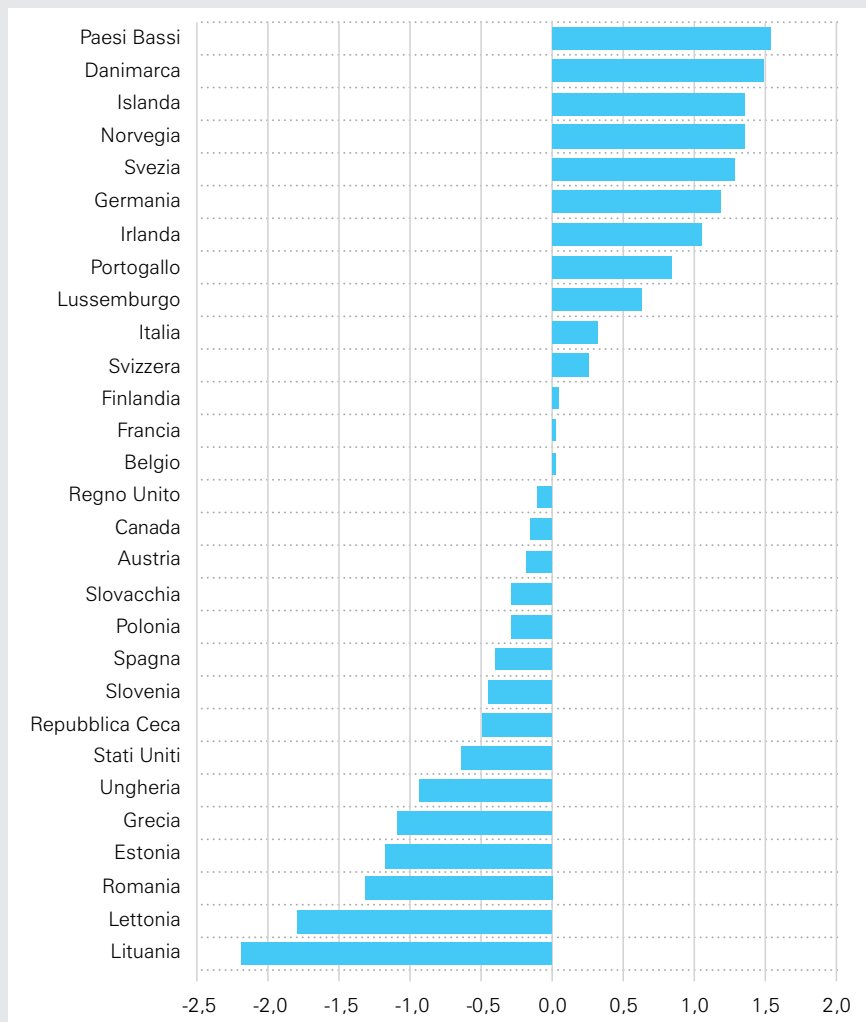


Grafico 4.0 Una panoramica dei comportamenti e dei rischi

La graduatoria dei comportamenti e dei rischi mostra i dati di ogni paese in relazione alla media dei paesi presi in esame. Il grafico è ordinato secondo la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, da tale media.

La lunghezza di ogni barra mostra la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, dalla media del gruppo nel suo complesso. L'unità di misura è la "deviazione standard", ovvero la misura della variabilità dei risultati in relazione alla media.

Valutazione dei comportamenti e dei rischi

FATTORI	INDICATORI
Alimentazione ed esercizio fisico	Percentuale di bambini in sovrappeso
	Percentuale di chi fa colazione ogni giorno
	Percentuale di chi consuma quotidianamente frutta
	Percentuale di chi svolge esercizio fisico
Comportamenti a rischio	Tasso di fertilità adolescenziale
	Fumo
	Consumo di alcool
	Cannabis
Esposizione alla violenza	Scontri fisici
	Atti di bullismo subiti

Comportamenti e rischi

La quarta dimensione del benessere dei bambini inclusa nella graduatoria generale è molto più difficile da inquadrare rispetto al benessere materiale, alla salute o all'istruzione. Eppure l'area qui definita "Comportamenti e rischi" include un'ampia gamma di abitudini e comportamenti critici per il benessere presente e futuro dei bambini.

Vengono inclusi tre diversi fattori. Il primo è relativo alla misura in cui i bambini, in ogni paese, sviluppano abitudini sane e ben informate riguardo alla propria salute, all'alimentazione e all'esercizio fisico. Questo fattore è stato misurato per mezzo di quattro distinti indicatori:

- a) la percentuale di individui in sovrappeso (misurata secondo l'indice di massa corporea, calcolato in base al peso e all'altezza dichiarati dai soggetti stessi);
- b) la percentuale di bambini in ogni paese che afferma di fare colazione ogni giorno;
- c) la percentuale che afferma di consumare quotidianamente frutta;
- d) la percentuale che afferma di svolgere esercizio fisico almeno un'ora al giorno.

Tutti questi indicatori, sebbene rivestano una diversa importanza, sono associati a condizioni di salute e benessere a lungo termine. L'esercizio fisico regolare, ad esempio, è collegato non solo alla salute fisica e mentale, ma anche alla prevenzione e/o alla cura di problemi specifici quali asma, obesità, ansia e depressione. È dimostrato che abitudini alimentari non sane nei primi anni di vita aumentano il rischio di problemi di salute, come diabete, disturbi cardiaci e l'insorgere di tumori durante le fasi successive della vita^{xiii}.

I Grafici da 4.1a a 4.1d mostrano la classifica dei paesi per ognuno degli indicatori prescelti. In tutti i casi, i dati

sono stati raccolti attraverso questionari completati dai giovani stessi.

Comportamenti a rischio

Il secondo fattore esaminato in "Comportamenti e rischi" è la diffusione di un secondo set di comportamenti che rappresentano un pericolo immediato per i bambini, oltre ad essere una seria minaccia per il loro benessere a lungo termine. Tra i dati disponibili, sono stati scelti quattro indicatori:

- a) tasso di fertilità adolescenziale (numero annuo di nascite per 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni di età);
- b) tasso di fumo (percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che fumano sigarette almeno una volta a settimana);
- c) tasso di abuso di alcool (percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di essersi ubriacati in almeno due occasioni);
- d) tasso di consumo di cannabis (percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di aver fatto uso di cannabis nei 12 mesi precedenti).

Il parto in età troppo giovane mette a repentaglio il benessere del bambino e della madre. Quest'ultima è esposta a un più alto rischio di abbandonare la scuola, di rimanere disoccupata e di trovarsi in condizioni di povertà e di dipendenza dallo stato sociale, contribuendo così al perpetuarsi di situazioni di svantaggio da una generazione all'altra. Anche il bambino corre rischi maggiori in termini di povertà, salute precaria e scarso rendimento scolastico. La direzione di causalità in queste relazioni non è sempre chiara. Le madri adolescenti tendono a provenire da situazioni di povertà, ad andare meno bene a scuola e ad avere prospettive di carriera più limitate. L'arrivo di un bambino potrebbe peggiorare questi problemi, che comunque non scomparirebbero se la

ragazza non restasse incinta. Tuttavia, avere un bambino in giovanissima età è indice di tutto ciò che può aver preso una direzione sbagliata nella vita dell'adolescente prima della gravidanza. Questa è la ragione per cui il tasso di maternità adolescenziale è frequentemente considerato un indicatore eloquente di diversi aspetti del benessere infantile altrimenti difficili da cogliere.

La minaccia che tabacco, alcool e cannabis rappresentano per la salute fisica e mentale è ben nota. I Grafici da 4.2a a 4.2d riportano la performance di ogni paese per ciascun indicatore.

Violenza

L'ultimo fattore della dimensione "comportamenti e rischi" del benessere infantile è il livello di violenza a cui bambini e adolescenti sono esposti nella vita.

Dati i ben noti pericoli che crescere in un contesto violento comporta (dalla sofferenza e dalle lesioni nell'immediato a problemi a lungo termine di ansia, depressione, disturbi comportamentali e propensione all'uso della violenza^{xiv}), è un vero peccato che vi siano pochi dati disponibili per comparare l'esposizione dei bambini alla violenza, sia in qualità di vittime che come testimoni. Tuttavia, l'indagine *Comportamenti salutari nei bambini in età scolare (HBSC - Health Behaviour in School-age Children)*^{xv} fornisce dati sulla loro esperienza in fatto di scontri fisici (Grafico 4.3a) e di atti di bullismo (Grafico 4.3b).

Grafico 4.1a Sovrappeso

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età in sovrappeso secondo l'indice di massa corporea)

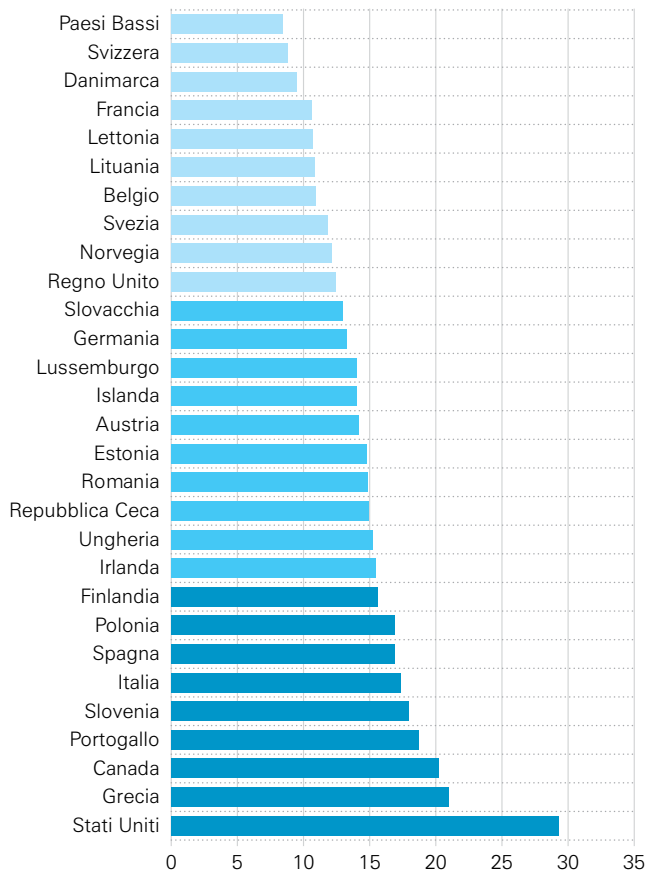


Grafico 4.1b Prima colazione

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che fanno colazione ogni giorno)

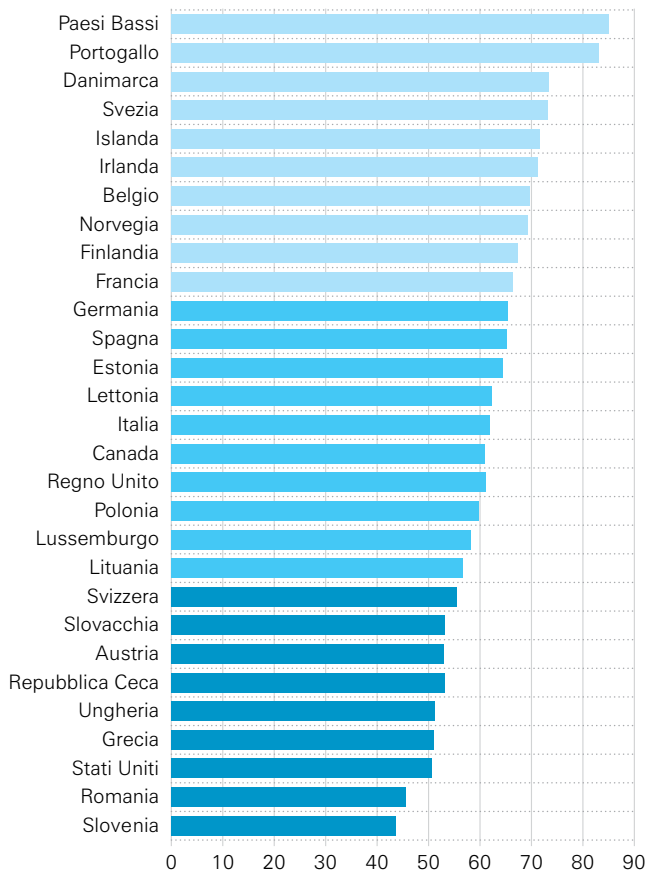


Grafico 4.1c Consumo di frutta

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che consumano quotidianamente frutta)

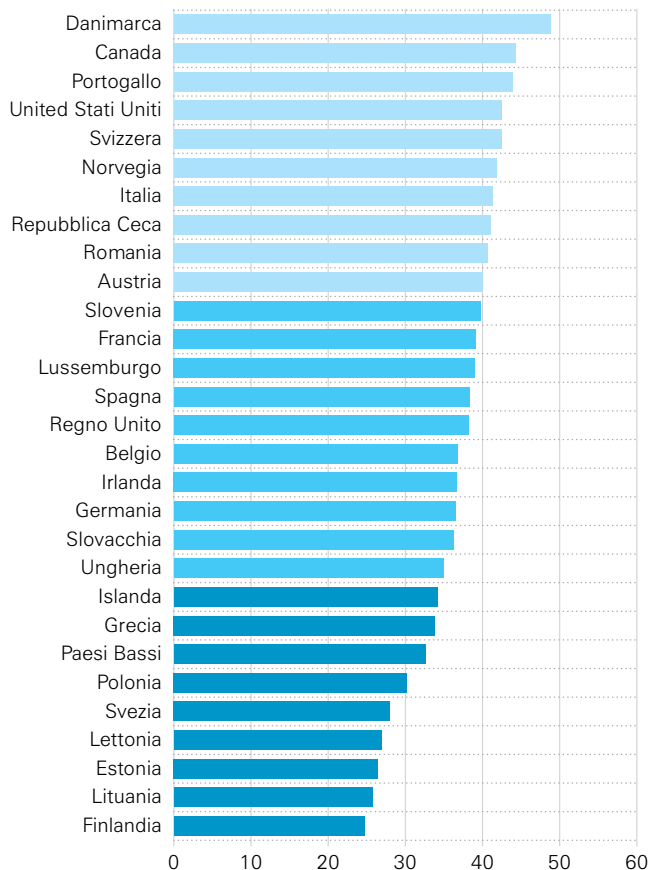


Grafico 4.1d Esercizio fisico

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di svolgere almeno un'ora di attività fisica a media o alta intensità al giorno)

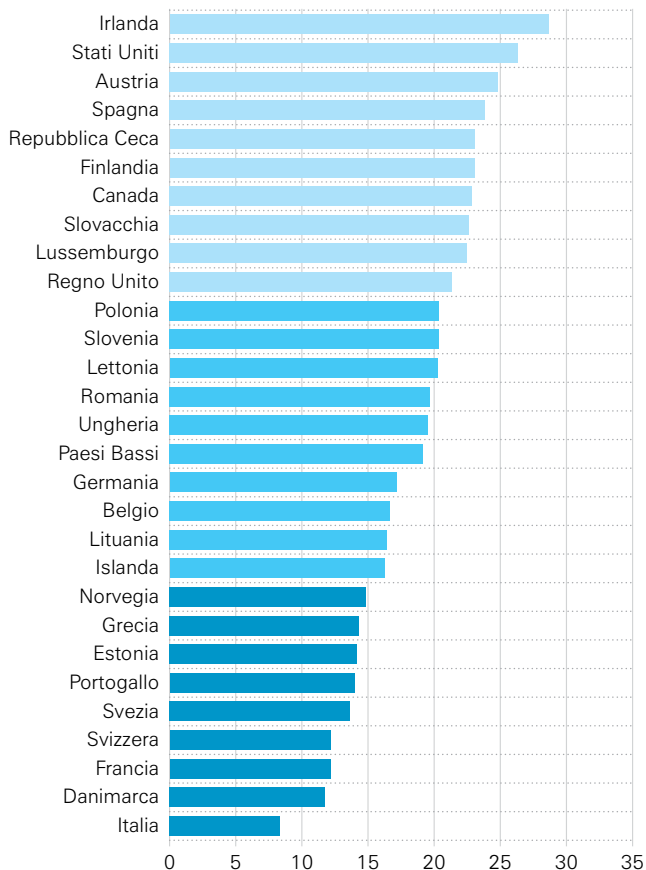


Grafico 4.2a Maternità adolescenziale

(numero di nascite per 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni di età)

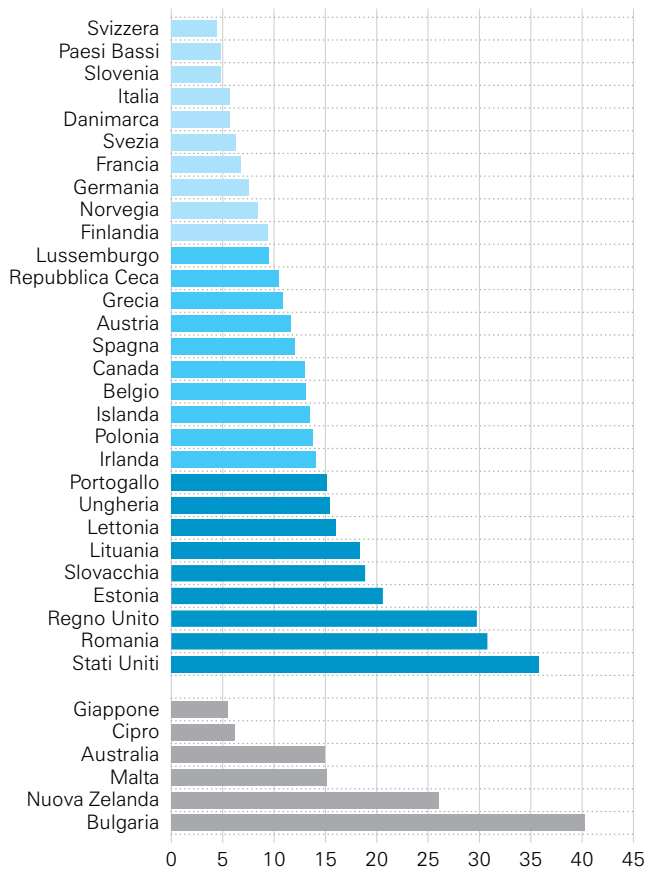


Grafico 4.2b Fumo

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che fumano sigarette almeno una volta a settimana)

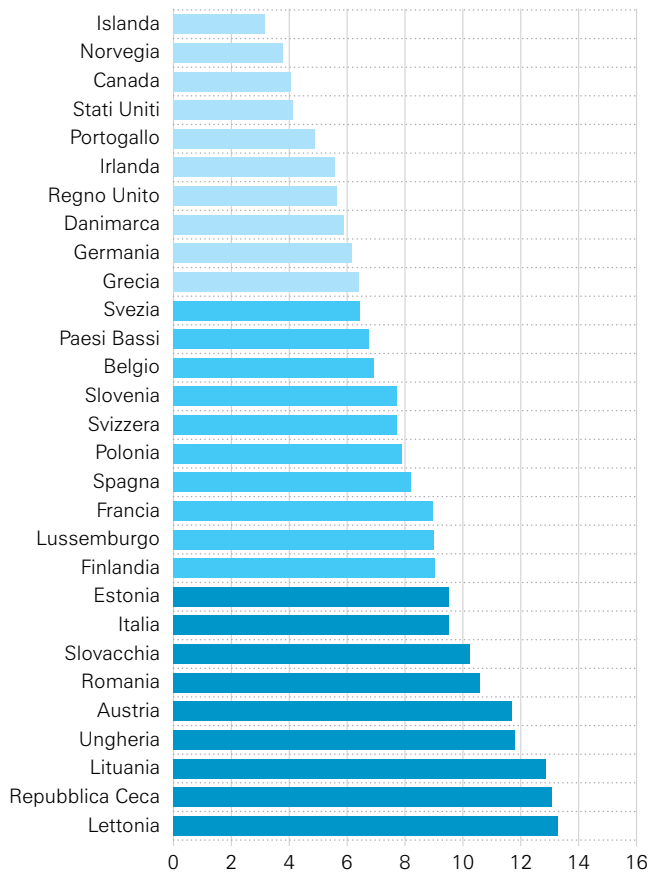


Grafico 4.2c Alcool

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di essersi ubriacati in almeno due occasioni)

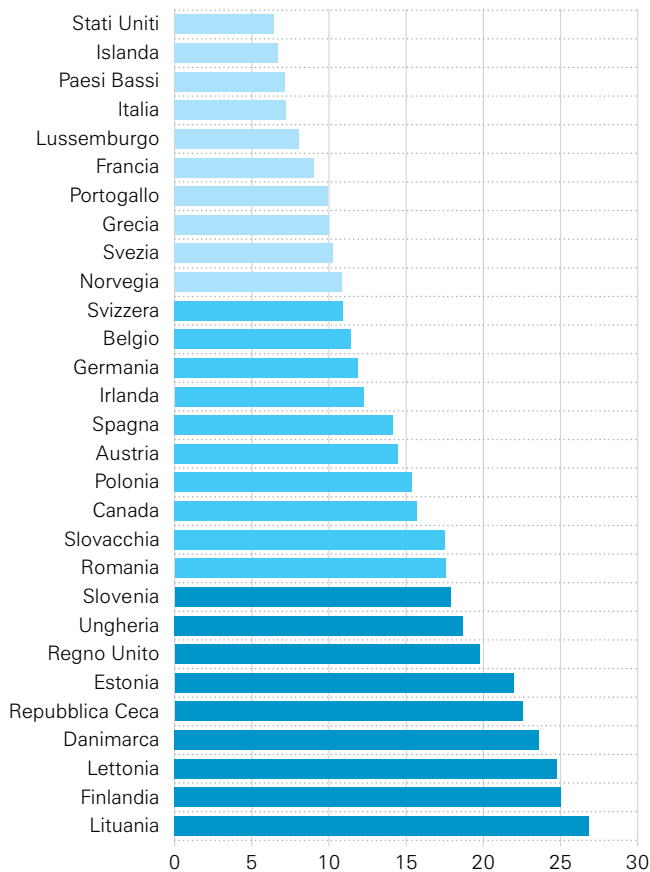
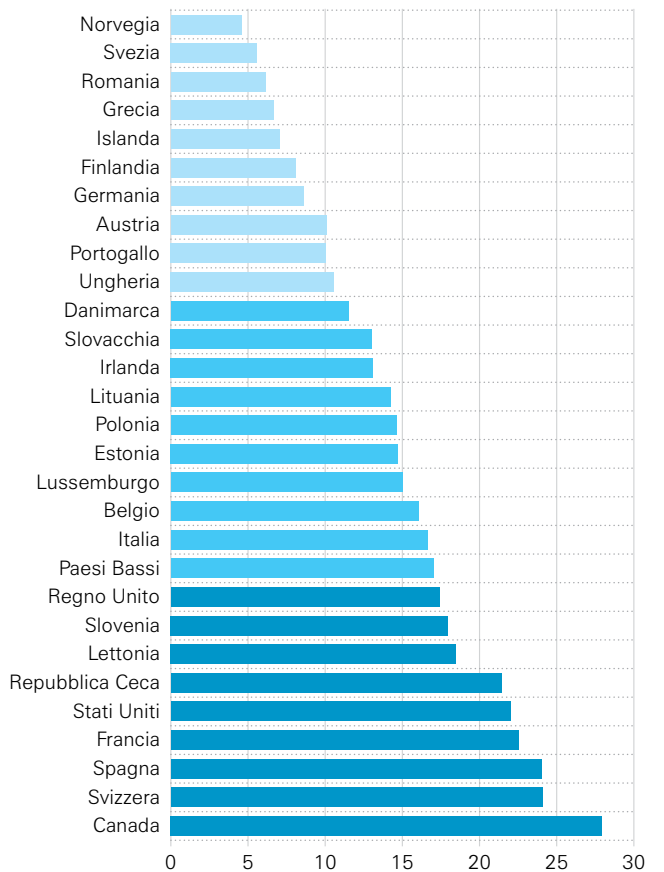


Grafico 4.2d Cannabis

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di aver fatto uso di cannabis nei 12 mesi precedenti)



Risultati

Obesità

- » I livelli di obesità infantile superano il 10% in tutti i paesi eccetto Danimarca, Paesi Bassi e Svizzera.
- » Solamente Canada, Grecia e Stati Uniti presentano livelli di obesità infantile superiori al 20%.

Consumo di frutta

- » Gli unici paesi in cui meno del 30% dei bambini consuma frutta quotidianamente sono Finlandia, Svezia e i tre paesi del Baltico: Estonia, Lettonia e Lituania.

Prima colazione

- » Oltre il 50% dei bambini fa colazione ogni giorno in tutti i 29 paesi eccetto Romania e Slovenia. Solamente nei Paesi Bassi e in Portogallo la percentuale supera l'80%.

Esercizio fisico

- » Irlanda e Stati Uniti sono gli unici paesi in cui oltre il 25% dei bambini afferma di fare esercizio fisico almeno un'ora al giorno².
- » L'Italia è il solo paese in cui meno del 10% dei bambini afferma di fare esercizio fisico un'ora al giorno.

Maternità adolescenziale

- » I Paesi Bassi, la Slovenia e la Svizzera presentano il minor tasso di maternità adolescenziale (meno di 5 casi per 1.000 soggetti).
- » Regno Unito, Romania e Stati Uniti hanno invece il tasso più alto (oltre 29 casi per 1.000 soggetti).

Fumo

- » Canada, Islanda, Norvegia, Portogallo e Stati Uniti sono gli unici paesi in cui il tasso di fumo tra i giovani è inferiore al 5%.
- » I tassi di fumo più elevati (oltre il 10% dei giovani afferma di fumare sigarette almeno una volta alla settimana) si registrano in Austria, Lettonia, Lituania, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia e Ungheria.

Consumo di alcool

- » L'abuso di alcool da parte dei giovani tocca il valore più basso negli Stati Uniti.
- » In soli otto paesi il consumo di alcool si attesta su valori pari o inferiori al 10%: Francia, Grecia, Islanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo e Stati Uniti.
- » In Danimarca, Estonia, Finlandia, Lettonia, Lituania e Repubblica Ceca, oltre il 20% dei giovani dichiara di essersi ubriacato in almeno due occasioni.

Uso di cannabis

- » Solamente in Norvegia il tasso di consumo di cannabis tra i giovani è inferiore al 5%.
- » I bambini e i giovani del Canada presentano il tasso più elevato di consumo di cannabis (28%).
- » I giovani di sei paesi riportano tassi di consumo di cannabis pari o superiori al 20%: Canada, Francia, Repubblica Ceca, Spagna, Stati Uniti e Svizzera.

Scontri fisici e atti di bullismo subiti

- » La Germania ha di gran lunga la percentuale minore di bambini che affermano di essere stati coinvolti in scontri fisici.
- » Tre paesi nordici (Danimarca, Islanda e Svezia), presentano i livelli più bassi sia di bullismo sia di scontri fisici.
- » Solamente in Spagna la proporzione di giovani coinvolti in scontri fisici supera il 50% (a seguire la Grecia con il 49%).
- » Solo in Lituania la percentuale di giovani che afferma di aver subito atti di bullismo supera il 50%.

2 Il criterio "un'ora al giorno" qui utilizzato segue le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità.

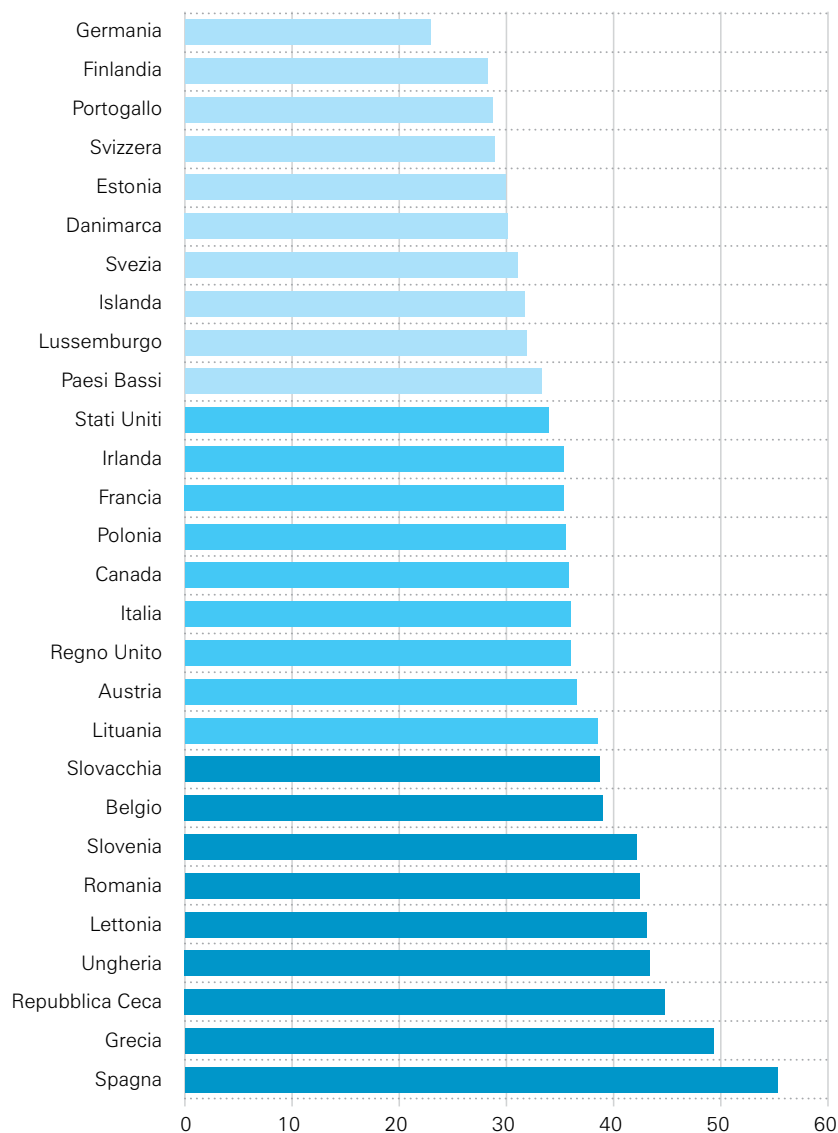
Il Grafico 4.3a mostra la percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di *“essere stati coinvolti in scontri fisici almeno una volta nei 12 mesi precedenti”*. Il Grafico 4.3b mostra invece la percentuale che afferma di *“aver subito atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti”*.

Il bullismo può rendere miserabile la vita del bambino per settimane, mesi o persino anni. Può inoltre contribuire all’insorgere di problemi emotivi e comportamentali, come ansia e depressione, compromissione del rendimento scolastico, aumento delle assenze ingiustificate e perdita di giorni di scuola^{xvi}. Ma il monitoraggio del fenomeno del bullismo nella vita dei bambini è reso più arduo dal fatto che è difficile da definire. Per rendere la misurazione e il confronto il più possibile significativi, ai bambini che hanno partecipato al sondaggio è stata fornita la seguente definizione di bullismo:

“Uno studente subisce atti di bullismo quando un suo compagno, o gruppo di compagni, gli dice o fa cose cattive o spiacevoli. Si tratta di bullismo anche quando uno studente viene ripetutamente preso in giro in un modo a lui o lei sgradito, o quando è deliberatamente escluso. Ma non si può parlare di bullismo quando due studenti che hanno più o meno la stessa forza litigano o si battono. Non si parla di bullismo nemmeno quando la presa in giro avviene in modo amichevole e scherzoso”.

Grafico 4.3a Scontri fisici

(percentuale giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di *“essere stati coinvolti in scontri fisici almeno una volta nei 12 mesi precedenti”*)



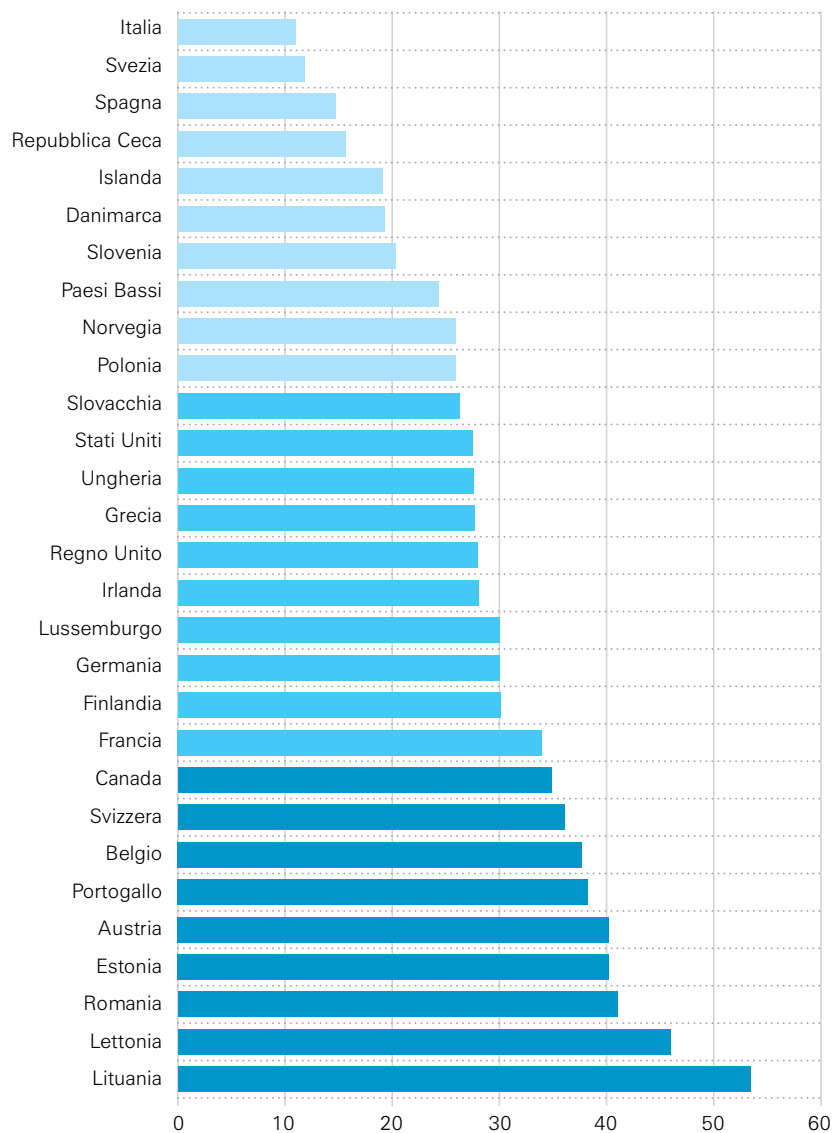
Buone notizie

La presentazione della dimensione "comportamenti e rischi" del benessere dei bambini inevitabilmente si concentra sui comportamenti negativi dei giovani, sebbene nella quasi totalità dei casi essi coinvolgano solamente una ridotta minoranza. Gli stessi dati possono anche essere utilizzati per illustrare che, tra i bambini e gli adolescenti nei paesi presi in esame:

- » il 99% delle ragazze non rimane incinta durante l'adolescenza;
- » il 92% non fuma sigarette;
- » l'85% non è in sovrappeso;
- » l'86% non fa uso di cannabis;
- » l'85% non si ubriaca;
- » circa due terzi non subisce atti di bullismo e non sono coinvolti in scontri fisici.

Grafico 4.3b Vittime di bullismo

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che affermano di "aver subito almeno un atto di bullismo a scuola due mesi precedenti")



Dimensione 5 Condizioni abitative e ambientali

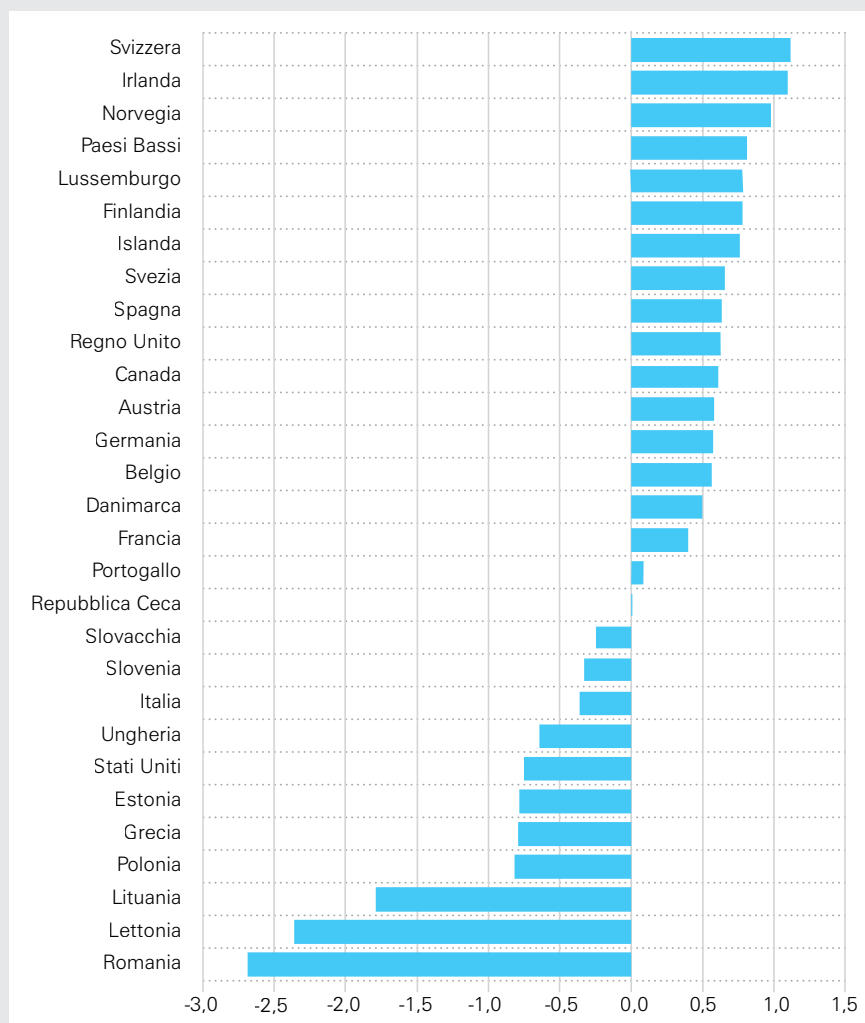


Grafico 5.0 Una panoramica delle condizioni abitative e ambientali

La graduatoria delle condizioni abitative e ambientali di bambini e adolescenti mostra la performance di ogni paese in relazione alla media dei 29 paesi economicamente avanzati presi in esame. Il grafico è ordinato secondo la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, da tale media.

La lunghezza di ogni barra mostra la distanza di ogni paese, in negativo o in positivo, dalla media del gruppo nel suo complesso. L'unità di misura è la "deviazione standard", ovvero la misura della variabilità dei risultati in relazione alla media.

Valutazione delle condizioni abitative e ambientali

FATTORI	INDICATORI
Condizioni abitative	Stanze per persona
	Percentuale di nuclei familiari con bambini che segnalano più di un problema relativo alle condizioni abitative
Sicurezza ambientale	Tasso di omicidi (numero annuo di omicidi per 100.000 abitanti)
	Inquinamento atmosferico (PM10 annuo [$\mu\text{g}/\text{m}^3$])

Condizioni abitative e ambientali

La mancanza di qualsiasi misurazione del benessere ambientale dei bambini rappresenta una debolezza riconosciuta del primo quadro comparativo UNICEF sul benessere dei bambini (*Report Card 7*). Per porvi rimedio si sta attingendo ai dati dell'Unione Europea^{xvii} e dell'Organizzazione mondiale della sanità. Sono stati presi in considerazione due fattori:

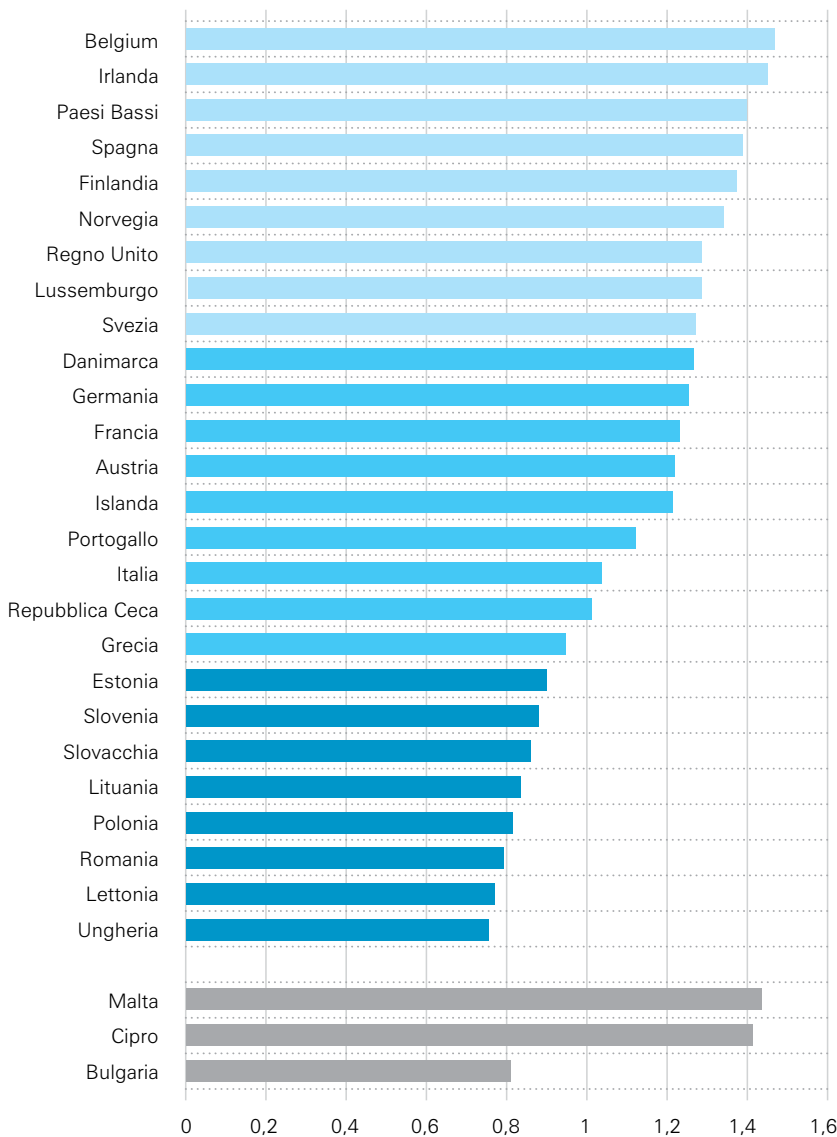
- le condizioni abitative (misurate in termini di sovraffollamento e problemi di abitabilità);
- la sicurezza ambientale (misurata in base all'esposizione dei bambini a crimine e inquinamento).

Sovraffollamento

Per molte famiglie, l'era moderna ha significato uno svuotamento della case e delle vite dei bambini. Invece di avere quattro o cinque fratelli, i bambini di oggi generalmente ne hanno solo uno o sono figli unici. Al contempo, l'aumento del tasso dei divorzi e delle separazioni, i cambiamenti nella struttura familiare e la diffusione di scuole dell'infanzia e asili nido hanno fatto sì che i bambini si trovino a vivere in case decisamente meno affollate rispetto al passato. Tuttavia, nei casi in cui il sovraffollamento permane, esso rappresenta un fattore significativo per il benessere del bambino. Oltre a causare mancanza di privacy, di tranquillità e di opportunità per studiare, si ritiene che il sovraffollamento influenzi negativamente il comportamento dei genitori e lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino, con conseguenze quali l'aumento del rischio di stress e di difficoltà comportamentali^{xviii}.

In base ai dati disponibili^{xix}, la variabile più significativa sembra essere il numero di stanze per persona, misura utilizzata nel Grafico 5.1a.

Grafico 5.1a Stanze per persona



Risultati

- » In 17 paesi su 26, l'abitazione media ha un numero di stanze superiore a quello delle persone che ospita.
- » Dei nove paesi in cui il numero di stanze risulta minore rispetto agli abitanti, otto appartengono all'Europa centrale e orientale.

Molteplicità di problemi abitativi

Il Grafico 5.1b integra l'indicatore relativo al sovraffollamento cercando di valutare la qualità strutturale delle case in cui i bambini vivono. In particolare, mostra quale percentuale di nuclei familiari con bambini segnala più di due dei seguenti problemi:

1. perdite dal tetto, umidità in pavimenti/muri/fondamenta, muffe e funghi alle finestre;
2. abitazione troppo buia;
3. assenza di vasca da bagno o doccia;
4. assenza di WC con scarico all'interno all'abitazione a uso esclusivo della famiglia.

Come per il sovraffollamento, la tabella mostra ancora una volta il prevedibile divario tra i paesi più poveri dell'Europa orientale e il più ricco Nord.

Crimine e inquinamento

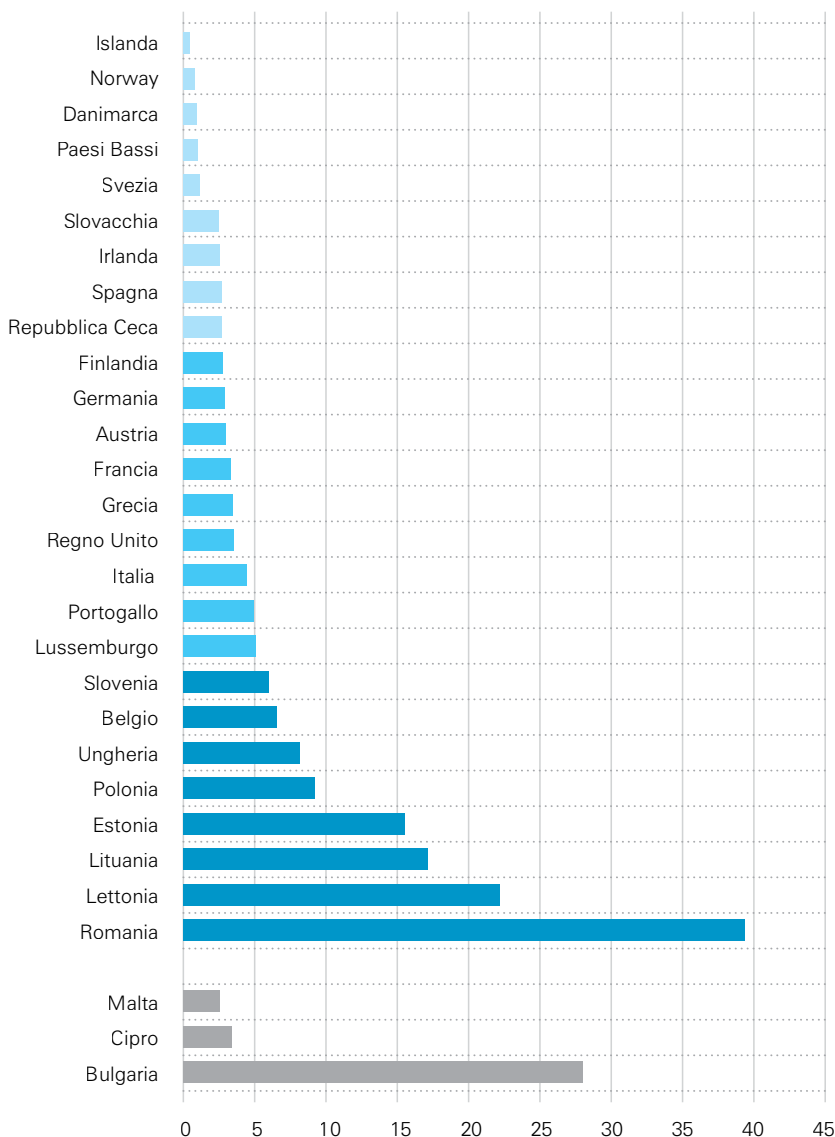
Il secondo fattore del benessere ambientale dei bambini è costituito dalla sicurezza dell'ambiente, misurata per mezzo di due indicatori piuttosto diversi: il livello di criminalità e il livello di inquinamento.

Crimine

Subire, temere o assistere ad atti di violenza sono esperienze che non dovrebbero far parte della crescita di un bambino. E, sebbene una precoce esposizione alla violenza sembra influenzare più severamente alcuni bambini rispetto ad altri, il rischio per tutti è che un ambiente violento possa seriamente minarne il normale sviluppo e influenzarne il benessere sia a lungo che a breve termine. Tra le conseguenze si possono annoverare disordini comportamentali, come la tendenza all'aggressione e l'incapacità di relazionarsi con gli altri, disordini emotivi, quali depressione e ansia, oltre a problemi di salute come disturbi del

Grafico 5.1b Molteplicità di problemi abitativi

(percentuale di nuclei familiari con bambini che segnalano più di un problema relativo alle condizioni abitative)



Risultati

- » Danimarca, Islanda e Norvegia si attestano ai primi posti della graduatoria con meno dell'1% di nuclei familiari che segnalano molteplici problemi abitativi.
- » Il tasso relativo alla presenza di più problemi di abitabilità supera il 20% in Lettonia e sfiora il 40% in Romania.
- » Belgio e Lussemburgo sono gli unici due paesi dell'Europa occidentale in cui oltre il 5% dei nuclei familiari con bambini segnala molteplici problemi abitativi.

sonno e incubi^{xx}. L'iniziativa statunitense Safe Start ha riportato che l'esposizione alla violenza "può compromettere la capacità del bambino di pensare e imparare e può minare il corso di un sano sviluppo fisico, emotivo e intellettuale"^{xxi}.

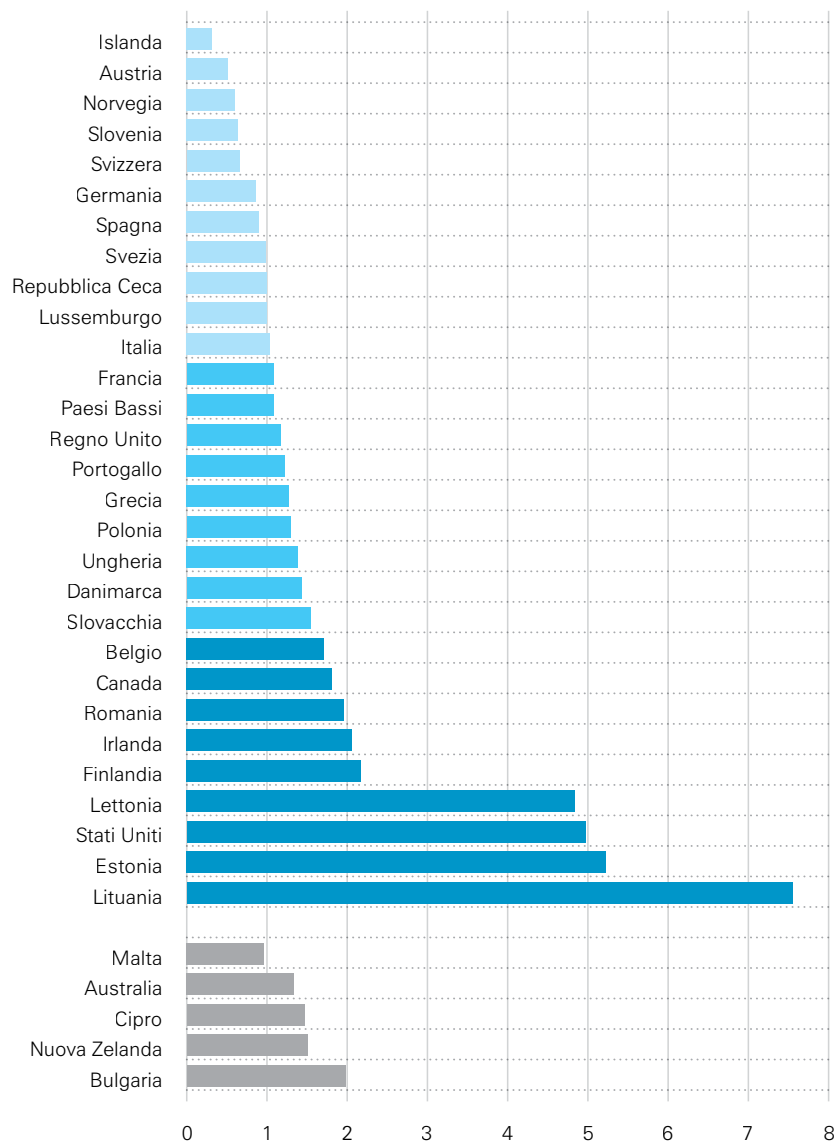
Misurare e confrontare la violenza nell'ambiente dei bambini è ovviamente problematico. I tassi di criminalità e vittimizzazione potrebbero essere una misura valida, ma le differenze nel metodo di definizione e di registrazione dei crimini nei diversi sistemi legali rendono impossibile l'esecuzione di comparazioni internazionali affidabili. L'unico indicatore disponibile che elimina gran parte del potenziale di arbitrarietà è il tasso di omicidi per ogni paese. Piuttosto che omettere interamente l'importante aspetto della violenza nell'ambiente del bambino, si è convenuto di accettare il tasso di omicidi come un'indicazione di massima del livello generale di violenza presente nella società (Grafico 5.2a).

Inquinamento

Il secondo fattore del benessere ambientale dei bambini, l'entità dell'inquinamento, è altrettanto difficile da comparare a livello internazionale. Uno standard comune per cui vi sono dati disponibili è il tasso di inquinamento atmosferico, che è stato quindi utilizzato per stilare la graduatoria presentata nel Grafico 5.2b.

Grafico 5.2a Tasso di omicidi

(numero annuo di omicidi per 100.000 individui)

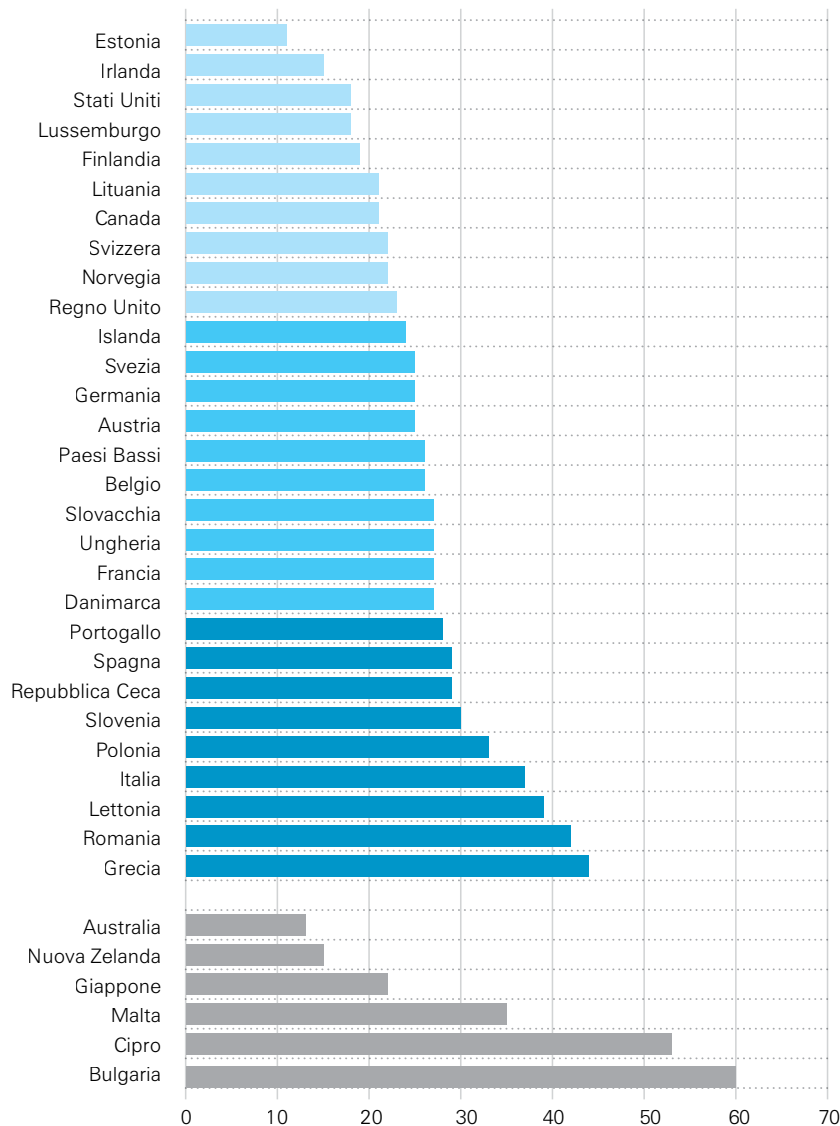


Risultati

- » Estonia, Lettonia, Lituania e Stati Uniti sono gli unici paesi in cui il tasso di omicidi è superiore a 4 per 100.000 abitanti. Quasi tutti gli altri paesi si attestano su un tasso che va da 0 a 2,5 per 100.000 abitanti.
- » Il tasso di omicidi nel paese che ha ottenuto il peggior risultato, la Lituania, è di 15 volte superiore rispetto a quello del paese che guida la classifica, l'Islanda.

Grafico 5.2b Inquinamento atmosferico

Concentrazione media annuale di particolato fine nell'atmosfera (PM10 annuo [$\mu\text{g}/\text{m}^3$])



Risultati

- » I livelli più bassi di inquinamento atmosferico si rilevano in Estonia, Finlandia, Irlanda, Lussemburgo e Stati Uniti (che si attestano tutti sotto le 20 parti per milione). Il buon risultato ottenuto dagli Stati Uniti è influenzato dalle leggi in materia di inquinamento atmosferico (del 1997 e aggiornate nel 2006), che hanno imposto limiti più rigorosi rispetto alla maggior parte dei paesi europei.
- » I livelli più alti vengono rilevati in Grecia, Italia, Lettonia, Polonia e Romania (tutti con livelli superiori a 30 parti per milione).

Conclusioni

Le cinque dimensioni del benessere infantile esaminate qui, ovvero il benessere materiale, la salute, l'istruzione, i comportamenti e i rischi, le condizioni abitative e ambientali, contribuiscono equamente alla graduatoria del benessere generale dei bambini a pagina 2. Ma, come risulterà ovvio dai commenti relativi a ogni indicatore utilizzato, la misurazione e il confronto del grado di benessere infantile a livello internazionale è un esercizio imperfetto che presenta limiti e lacune notevoli. Idealmente, sarebbero necessari anche dati migliori e più orientati al bambino per indicatori chiave come:

- » la qualità della cura dei genitori;
- » la qualità anziché la quantità dell'istruzione per la prima infanzia;
- » la salute mentale ed emotiva dei bambini;
- » l'esposizione dei bambini alla violenza domestica (sia come vittime sia come testimoni);
- » la diffusione di maltrattamenti e trascuratezza nei confronti dei bambini;
- » la qualità e la sicurezza degli ambienti dedicati ai bambini, oltre all'opportunità per loro di giocare tranquillamente senza supervisione;
- » il benessere dei bambini affidati allo Stato;
- » la commercializzazione e la sessualizzazione dell'infanzia;

» l'esposizione a media di qualsiasi tipo e il loro effetto sulle vite dei bambini.

I primi anni di vita

Oltre a ciò, un'altra debolezza caratterizza quasi tutti i tentativi di monitoraggio del benessere dei bambini, sia a livello internazionale sia all'interno dei singoli paesi: la mancanza di dati sul benessere dello sviluppo dei bambini nei primi mesi e anni di vita.

Forse non è più necessario sottolineare l'importanza di questi primi anni. I progressi compiuti nelle scienze sociali e nelle neuroscienze hanno ripetutamente confermato che è proprio in questa fase che il potenziale genetico interagisce in modi infinitamente complessi con le prime esperienze, costruendo i percorsi neurali e le connessioni che rapidamente diventano le fondamenta e le impalcature su cui si basa tutto lo sviluppo futuro. È proprio in questa fase dunque che il benessere, la salute e lo sviluppo del bambino necessitano della massima attenzione e protezione da parte della società.

Nella pratica, invece, la maggior parte dei dati disponibili riguarda la vita dei bambini più grandi e dei giovani adolescenti. I due principali studi internazionali sulla base dei quali è stato steso il presente rapporto, ad esempio, sono *Comportamenti salutari nei bambini in età scolare (HBCH)*, che si concentra su giovani di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, e il *Programma di valutazione internazionale degli studenti (PISA)*, che esamina i progressi formativi degli studenti di 15 anni.

La quasi completa assenza di dati a livello nazionale relativi ai progressi dello sviluppo dei bambini molto piccoli potrebbe essere riconducibile al fatto che l'importanza dello sviluppo della prima infanzia è stata portata all'attenzione del pubblico e della politica solo recentemente. Potrebbe inoltre riflettere in parte l'idea tradizionale secondo cui la raccolta di dati relativi ai giovanissimi è difficilmente realizzabile, potenzialmente intrusiva e di scarsa rilevanza per le politiche pubbliche. Il problema è però almeno in parte legato alla mancanza di strumenti di ampia applicabilità per la misurazione e monitoraggio del progresso dello sviluppo dei bambini nei primi anni di vita. Senza una misura di questo tipo, la politica rimane cieca, le spese risultano difficilmente giustificabili ed è impossibile stabilire obiettivi e monitorare i progressi.

Le cose però potrebbero iniziare a cambiare: Canada e Australia sono infatti i primi paesi al mondo ad aver avviato il regolare monitoraggio dello sviluppo nei primi anni di vita per tutti i bambini.

Il Box 3 spiega quali misure vengono utilizzate oggi. In breve, il metodo applicato in entrambi i paesi prevede una lista di controllo completata dall'insegnante per ogni bambino di circa 5 anni di età (pochi mesi dopo il suo ingresso nell'istruzione formale). Questa lista di controllo include circa 100 voci che coprono le 5 aree del primo sviluppo del bambino: benessere e salute fisica, competenze sociali,

maturità emotiva, linguaggio e abilità cognitive, capacità di comunicazione.

"In Australia disponiamo ora di informazioni sul primo sviluppo del bambino relative all'intera comunità", riporta la premessa al primo numero dell'*Australian Early Development Index* o AEDI (Indice australiano sullo sviluppo infantile). *"Così come il PIL rappresenta una misura del nostro livello economico, l'AEDI è una misura nazionale della qualità del supporto offerto allo sviluppo dei nostri bambini"*.

C'è ancora molta strada da fare prima che qualsiasi nazione possa dire di possedere informazioni adeguate sui primi anni di sviluppo di tutti i suoi bambini. Tuttavia, in Canada e in Australia sono stati compiuti i primi passi che permetteranno di scoprire in quale percentuale i bambini del paese rientrano "nella norma", tra i soggetti "a rischio" o "vulnerabili" per quanto riguarda lo sviluppo. Tali dati, che possono essere raccolti e mappati per una specifica comunità geografica, per circoscrizione elettorale o distretto amministrativo, per stato o provincia, oppure per la nazione nel suo complesso, stanno iniziando ad aiutare genitori, comunità, organizzazioni per la tutela dell'infanzia, comunità accademiche e istituzioni di ogni ordine e grado ad acquisire una maggior conoscenza e a fare di più per assicurare a ogni bambino il miglior inizio possibile nella vita.

Non si può certo affermare che garantire il sostegno allo sviluppo del bambino nei primi anni di vita sia un'impresa

semplice, né che basterebbe reperire le risorse e tutte le risposte sarebbero a portata di mano. Ma, è comunque evidente che un investimento mirato a questi primi anni potrebbe avere effetti notevoli e duraturi sul benessere dei bambini oggi, sulla loro vita futura e sul benessere a lungo termine della società nel suo complesso^{xxii}.

È pertanto auspicabile che, in futuro, il quadro del benessere infantile tracciato dall'UNICEF sia in grado di considerare anche i dati relativi allo sviluppo del bambino nei suoi fondamentali primi mesi e anni di vita.

Box 3 Canada e Australia: la misurazione dei primi anni di vita

Il Canada e l'Australia sono i primi paesi ad aver implementato un sistema per il monitoraggio regolare del progresso dello sviluppo dei bambini negli anni precedenti al loro ingresso nella scuola.

La maggior parte delle province del Canada utilizza ora l'*Early Development Instrument* o EDI (Strumento sullo sviluppo della prima infanzia) nazionale per monitorare il progresso dello sviluppo di tutti i bambini più piccoli. In Australia, una versione modificata dell'EDI, nota come *Australian Early Development Index* o AEDI (Indice australiano sullo sviluppo infantile), viene utilizzata in tutto il paese dal 2009.

L'EDI è sostanzialmente una lista di controllo compilata dagli insegnanti per ogni bambino a circa metà del primo anno in cui questo inizia a frequentare a tempo pieno la scuola. Ogni valutazione richiede dai 10 ai 20 minuti e copre le cinque aree del primo sviluppo: benessere e salute fisica, competenze sociali, maturità emotiva, sviluppo cognitivo e abilità linguistiche. L'elenco include circa 100 domande, fra cui:

- » Con che frequenza il bambino è arrivato a scuola troppo stanco per poter seguire adeguatamente le lezioni?
- » Come valuterebbe la capacità del bambino di andare d'accordo con i compagni?
- » Il bambino è in grado di rimanere seduto composto o è irrequieto?
- » Il bambino è in genere interessato ai libri?
- » Come valuterebbe la capacità del bambino di comunicare i propri bisogni in modo comprensibile?

Il risultato finale è una misura in grado di mostrare che percentuale di bambini in qualsiasi gruppo di popolazione può essere considerata:

- » "nella norma" (oltre il 25° percentile nazionale);
- » "a rischio" (tra il 10° e il 25° percentile);
- » "vulnerabile" (sotto il 10° percentile).

Misura della popolazione

L'EDI non è un test "promosso o bocciato" dello sviluppo per il singolo bambino e non viene utilizzato a scopi selettivi. Rappresenta piuttosto una misura della popolazione volta a fornire informazioni alle comunità, ai rappresentanti della politica, alle organizzazioni per la tutela dell'infanzia e alle istituzioni locali e nazionali circa i primi anni di sviluppo dei bambini. Rappresenta inoltre una guida di massima per determinare se gli effetti cumulativi delle esperienze vissute nei primi anni di vita consentiranno loro di esprimere il proprio potenziale e di trarre il massimo dagli anni di scuola che stanno per cominciare.

I risultati dell'EDI sono raccolti e resi disponibili in diverse modalità per fornire una panoramica del progresso dello sviluppo relativo a diversi gruppi demografici divisi per sesso, quartiere o città, quintile socioeconomico, gruppo etnico o partecipazione a particolari tipi di programmi di istruzione infantile. Infine, l'EDI consente di stabilire obiettivi e di eseguire il monitoraggio dei progressi compiuti in materia di riduzione della proporzione di bambini il cui sviluppo è valutato come "vulnerabile" o "a rischio"^{xxiii}.

Origini in Canada

L'EDI è stato sviluppato negli anni 1990 presso il Canadian Institute For Advanced Research e il Canadian Centre for the Study of Children at Risk (ora Offord Centre for Child Studies con sede presso la McMaster University nello stato dell'Ontario)^{xxiv}. Verso la fine del decennio, il governo canadese si è impegnato ad analizzare "la preparazione all'apprendimento dei bambini canadesi in modo da valutare il nostro progresso nel fornire loro il miglior inizio possibile"^{xxv}. Dopo un'implementazione pilota a North York e Toronto, l'EDI è stato completato nel 2000. Dieci anni dopo, è stata quasi raggiunta una copertura a livello nazionale e sono ora disponibili "mappe del primo sviluppo" sia online sia in formato cartaceo.

Complessivamente, l'analisi dei risultati nazionali ha evidenziato che:

Primi passi a livello internazionale

L'EDI è stato utilizzato per valutare i primi anni dello sviluppo infantile nelle popolazioni regionali di Brasile, Cile, Estonia, Giordania, Irlanda, Messico, Perù, Scozia, Stati Uniti e Svezia. Valutazioni e studi pilota sono stati condotti nelle Filippine, in Giamaica, a Hong Kong, in Indonesia, Kosovo, Moldavia, Mozambico, nei Paesi Bassi, in Pakistan e in Vietnam.

Gli esperti canadesi e australiani hanno inoltre collaborato con la Early Child Development Unit dell'UNICEF (l'unità dedicata allo sviluppo nei primi anni di vita) alla creazione di un Indice di sviluppo della prima infanzia con l'obiettivo di includerlo nel quarto ciclo dei Sondaggi a campione con indicatori multipli (MICS) condotti dall'UNICEF in quasi 50 paesi a basso e medio reddito.

- » circa il 25% dei bambini incontra alcune difficoltà che impediscono loro di approfittare appieno dell'istruzione scolastica^{xxvi};
- » il 30% dei bambini appartenenti a famiglie indigenti risulta vulnerabile dal punto di vista dello sviluppo contro il 15% dei bambini appartenenti a famiglie più benestanti^{xxvii};
- » i bambini tendono ad avere uno sviluppo più vulnerabile rispetto alle bambine^{xxviii};
- » ulteriori studi derivanti da precedenti valutazioni in specifiche comunità hanno confermato la relazione tra "school readiness", così come identificata dall'EDI (ossia il possesso dei prerequisiti necessari per l'apprendimento scolastico), e il rendimento scolastico nella scuola elementare^{xxix}.
- » una percentuale compresa tra il 20% e il 30% dei bambini non è regolarmente esposta alla lettura e/o non viene incoraggiata a leggere;
- » la probabilità che i maschi risultino vulnerabili dal punto di vista dello sviluppo in una o più aree è doppia rispetto alle femmine (30% contro il 17% delle bambine)^{xxxiv};
- » i bambini che vivono in aree economicamente svantaggiate hanno il doppio delle probabilità di risultare vulnerabili dal punto di vista dello sviluppo in una o più aree rispetto ai bambini che vivono in zone con un più elevato status socio-economico (32% contro il 16%);
- » la proporzione di bambini australiani indigeni vulnerabili dal punto di vista dello sviluppo è due volte superiore rispetto a quella dei bambini non indigeni (47% contro il 22%).

Modifiche da parte dell'Australia

L'EDI è stato utilizzato come base per l'*Australian Early Development Index* (AEDI), adottato dal Council of Australian Governments (il Consiglio dei governi australiani)^{xxx} come misura del progresso del primo sviluppo infantile nel paese. Nel 2009, il Governo Federale ha stanziato 24,5 milioni di dollari australiani per finanziare l'implementazione a livello nazionale^{xxxi} e garantire un'adeguata formazione AEDI a tutti gli insegnanti delle prime classi elementari. Tra maggio e luglio 2009, 15.522 insegnanti in 7.422 scuole australiane hanno condotto valutazioni AEDI su 261.147 bambini (il 97,5% dei bambini che frequentavano a tempo pieno la scuola per il primo anno). Ora, il Governo si è impegnato a compilare l'AEDI ogni tre anni a livello nazionale.

Così come in Canada, i risultati sono stati resi disponibili online a tutte le comunità^{xxxii} e pubblicati con il titolo *Snapshot of Early Childhood Development in Australia*^{xxxiii}.

Finora, l'AEDI è stato in grado di presentare i seguenti dati:

- » circa un quarto dei bambini australiani risulta vulnerabile dal punto di vista dello sviluppo in una o più dimensioni al momento di iniziare la scuola (approssimativamente la stessa proporzione registrata in Canada);
- » circa il 12% dei bambini risulta vulnerabile in due o più dimensioni;

I prossimi anni ci diranno se l'EDI in Canada e l'AEDI in Australia saranno in grado di avere un impatto duraturo. Per ora, questi strumenti rappresentano un primo passo importante affinché vengano resi disponibili dati a livello nazionale sullo sviluppo nei primi anni di vita. Per le istituzioni locali e nazionali, questi risultati rappresentano una guida per la definizione di politiche e la ripartizione delle risorse, mentre per la comunità accademica e per i ricercatori essi forniscono dati collegabili ad altre variabili socio-economiche che consentono di meglio comprendere le circostanze e i fattori determinanti del primo sviluppo. L'aspetto più importante è forse che questi dati rappresentano un ottimo modo per aumentare la consapevolezza della comunità e mobilitarne le risorse a supporto dello sviluppo infantile nei primi anni di vita.

Ulteriori informazioni

Early Development Instrument (Canada):
Offord Centre for Child Studies, McMaster University,
Ontario, Canada, www.offordcentre.ca

Australian Early Development Index,
www.rch.org.au/australianedi

PARTE 2 L'OPINIONE DEI BAMBINI

Nonostante le limitazioni dei dati, la panoramica del benessere infantile esposta nella prima parte rappresenta il miglior quadro statistico attualmente disponibile della vita dei bambini che abitano il mondo industrializzato.

Non è tuttavia l'unico. Negli ultimi anni è diventato possibile anche monitorare alcuni aspetti di ciò che i bambini hanno da dire sulla propria vita. La seconda parte di questo rapporto, pertanto, vuole esaminare l'aspetto del benessere soggettivo dei bambini e alcuni dei temi ad esso correlati.

Omissioni

L'area del benessere soggettivo è stata inclusa nelle sei dimensioni esaminate nella prima graduatoria UNICEF del benessere dei bambini pubblicata nel 2007 (*Report Card 7*). Perché allora è stata omessa dal quadro corrente?

Oltre alle perplessità relative alle misure trattate nelle pagine seguenti, è stato obiettato che il benessere soggettivo va a sovrapporsi a tutte le altre aree del benessere infantile e le trascende; è pertanto preferibile considerarlo come una misura a se stante piuttosto che come componente di un indice. Le misure qui presentate vanno dunque a integrare il quadro del benessere dei bambini illustrato nella Parte 1.

Soddisfazione della vita

Il Grafico 6.0 fornisce una panoramica del benessere soggettivo dei bambini in 29 paesi economicamente avanzati. Sulla base della *Scala di soddisfazione della vita*³, il grafico mostra la

proporzione di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che, in ogni paese, dichiarano un livello elevato di soddisfazione per la propria vita. In particolare, rappresenta la percentuale di chi ha risposto "6 o più" alla richiesta di valutare la propria soddisfazione generale della vita su una scala da 0 a 10 (dove "0" rappresenta "la peggior vita possibile per me" e "10" rappresenta "la miglior vita possibile per me").

Comparazione dei dati soggettivi e oggettivi

Come riportare la graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini al quadro del benessere infantile descritto nella prima parte di questo rapporto?

Innanzitutto, è necessario notare che le misure "oggettive" e "soggettive" del benessere dei bambini descritte nelle Parti 1 e 2 misurano concetti leggermente diversi. La panoramica presentata nella prima parte misura diverse dimensioni del benessere che potrebbero essere meglio descritte come un "ben-diventare": è il caso, ad esempio, delle dimensioni che riflettono le preoccupazioni delle famiglie e delle comunità impegnate a promuovere il benessere presente e futuro dei loro bambini. La *Scala di soddisfazione della vita* dei bambini illustrata nella pagina a fianco, invece, è una misura di come i bambini percepiscono la propria vita secondo le loro priorità attuali.

Tuttavia, è lecito aspettarsi una stretta correlazione tra i risultati delle due misure, che infatti non tarda a palesarsi (Grafico 6.1).

Ma emergono anche contrasti piuttosto sorprendenti.

Tre paesi dell'Europa meridionale risalgono decisamente la china quando il benessere viene valutato in base alla soddisfazione della vita dichiarata dai bambini stessi:

- » la Grecia risale dal 25° posto occupato nella graduatoria del benessere infantile al 5° posto nella graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini;
- » la Spagna passa dalla 19° alla 3° posto;
- » l'Italia risale dal 22° posto al 15°;

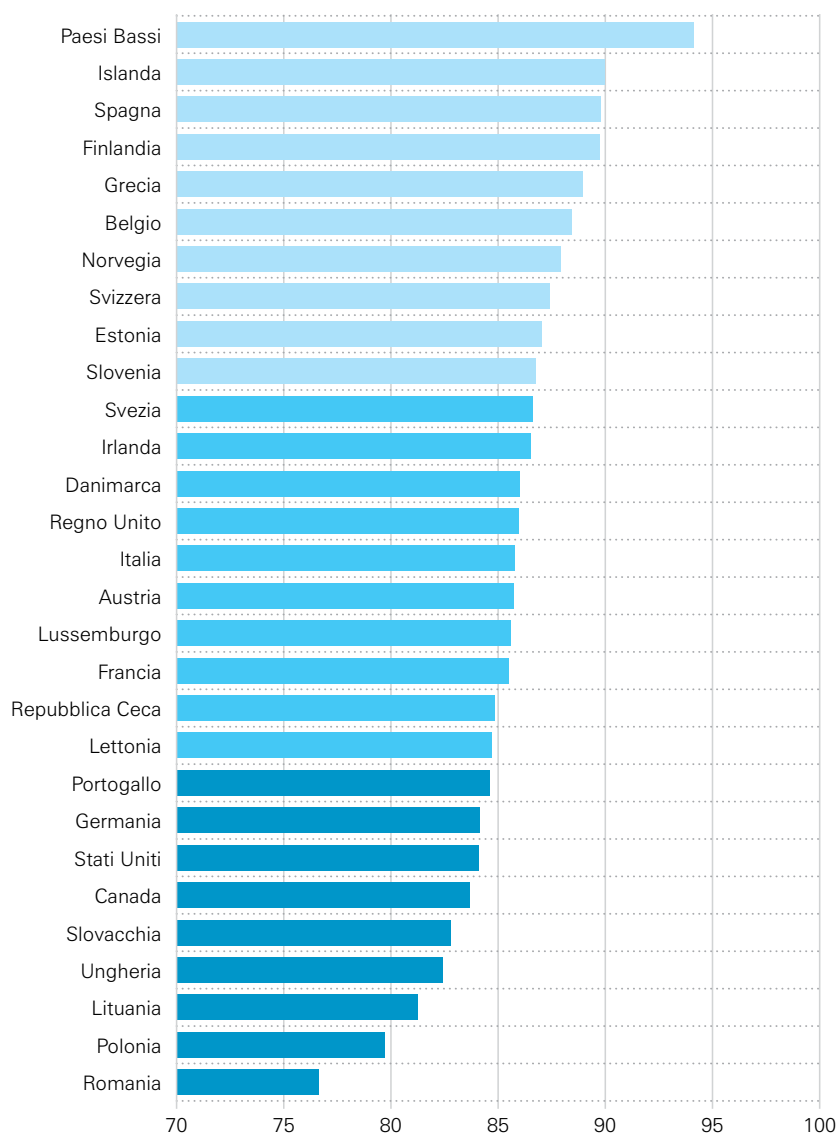
Al contrario, diversi paesi subiscono una brusca caduta in graduatoria quando sono i bambini stessi a valutare il proprio benessere:

- » la Germania scende di 16 posizioni (dal 6° al 22° posto);
- » il Lussemburgo perde 10 posizioni (dal 7° a 17° posto);
- » Canada e Polonia scendono entrambe di 7 posizioni.

³ Nota anche con il nome di Scala di Cantril da Hadley Cantril (1906-1969) che per primo la sviluppò in *The Pattern of Human Concerns* (1965).

Grafico 6.0 Graduatoria della soddisfazione della vita dei giovani (2009/2010)

(percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che assegnano al proprio grado di soddisfazione per la vita un punteggio pari o superiore a 6 su una scala autovalutativa di Cantril da 0 a 10)



Risultati

- » Oltre l'85% dei bambini nei paesi economicamente avanzati dichiara un elevato livello di soddisfazione della vita. Anche nei paesi che si attestano agli ultimi posti della graduatoria, più del 75% dei bambini si colloca oltre la metà della scala di soddisfazione della vita.
- » I Paesi Bassi sono al primo posto della graduatoria del benessere soggettivo con il 95% dei bambini che dichiara un elevato livello di soddisfazione della vita.
- » Nei primi cinque paesi (Finlandia, Grecia, Islanda, Paesi Bassi e Spagna), circa il 90% dei bambini ha dichiarato un elevato livello di soddisfazione della vita nel 2009/2010.
- » Solamente in Polonia e in Romania il tasso di "elevata soddisfazione della vita" si attesta sotto l'80%.
- » I bambini di Canada, Germania, Portogallo e Stati Uniti si posizionano nell'ultimo terzo della *Graduatoria di soddisfazione della vita* insieme a Lituania, Polonia, Romania, Slovacchia e Ungheria.

Grafico 6.1 Confronto del quadro UNICEF del benessere dei bambini con la graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini

Posizione	Graduatoria UNICEF del benessere dei bambini	Posizione	Graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini	Variazione di posizione
1	Paesi Bassi	1	Paesi Bassi	nessuna variazione
2	Norvegia	2	Islanda	+1
3	Islanda	3	Spagna	+16
4	Finlandia	4	Finlandia	nessuna variazione
5	Svezia	5	Grecia	+20
6	Germania	6	Belgio	+3
7	Lussemburgo	7	Norvegia	-5
8	Svizzera	8	Svizzera	nessuna variazione
9	Belgio	9	Estonia	+14
10	Irlanda	10	Slovenia	+2
11	Danimarca	11	Svezia	-6
12	Slovenia	12	Irlanda	-2
13	Francia	13	Danimarca	-2
14	Repubblica Ceca	14	Regno Unito	+2
15	Portogallo	15	Italia	+7
16	Regno Unito	16	Austria	+2
17	Canada	17	Lussemburgo	-10
18	Austria	18	Francia	-5
19	Spagna	19	Repubblica Ceca	-5
20	Ungheria	20	Lettonia	+8
21	Polonia	21	Portogallo	-6
22	Italia	22	Germania	-16
23=	Estonia	23	Stati Uniti	+3
23=	Slovacchia	24	Canada	-7
25	Grecia	25	Slovacchia	-2
26	Stati Uniti	26	Ungheria	-6
27	Lituania	27	Lituania	nessuna variazione
28	Lettonia	28	Polonia	-7
29	Romania	29	Romania	nessuna variazione

Risultati

- » Complessivamente, la correlazione tra le due graduatorie è molto forte. Oltre la metà dei 29 paesi analizzati occupa una posizione simile a prescindere dal metodo di valutazione utilizzato (lo scarto fra le classifiche è pari o inferiore a cinque posti).
- » I Paesi Bassi e i paesi nordici ottengono ottimi risultati sia soggettivamente sia oggettivamente (anche se Norvegia e Svezia scendono di cinque e sei posti rispettivamente quando la misura utilizzata è la soddisfazione della vita dichiarata dai bambini stessi).
- » La maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale si trova nella metà inferiore di entrambe le graduatorie, con un'eccezione di rilievo: l'Estonia risale 14 posizioni quando viene valutata in base al grado di soddisfazione per la vita dichiarato dai bambini.

Rapporti

Le valutazioni soggettive date dagli stessi bambini possono fornire anche una guida per uno dei fattori più critici della misurazione del benessere: la qualità dei rapporti più stretti nella vita del bambino.

Sin dai primi anni di vita, il senso del benessere soggettivo del bambino è intimamente legato ai rapporti che instaura, in particolare con i genitori e i coetanei. Una recente indagine promossa dalla Children's Society inglese ha rilevato che i rapporti familiari rappresentano il primo fattore determinante per il benessere soggettivo dei bambini^{xxxv}. Altri studi hanno evidenziato che i rapporti con i coetanei possono rivestire un ruolo importante sia per il loro benessere quotidiano sia per il progresso dello sviluppo a lungo termine. È attraverso i rapporti con i coetanei che i bambini sperimentano i ruoli sociali, apprendono e mettono in pratica il controllo dell'aggressività e la gestione dei conflitti, imparano a guadagnarsi il rispetto e l'amicizia, a discutere dei sentimenti, ad apprezzare la diversità e a diventare consapevoli dei sentimenti degli altri. Nessun bambino cresce senza attraversare momenti difficili e di tensione nei rapporti con genitori e coetanei, ma per molti la presenza di difficoltà prolungate o più serie in questi rapporti può essere fonte di stress, ansia e depressione^{xxxvi, xxxvii}.

La qualità e l'apporto dei rapporti più stretti del bambino sono ovviamente aspetti difficili da definire e misurare: qualsiasi indicatore abbastanza semplice da essere utilizzato per la compilazione di statistiche nazionali può ambire a fornire solo una guida di massima. Tuttavia, è possibile ottenere alcune informazioni utili dal Grafico 6.2, che

Grafico 6.2 Rapporti dei bambini con genitori e coetanei

	Media dei punteggi per i tre rapporti	Percentuale di bambini che trova i compagni di classe gentili e disponibili'	Percentuale di bambini che trova facile parlare con la madre	Percentuale di bambini che trova facile parlare con il padre
Paesi Bassi	84,5	80,4	91,7	81,4
Islanda	83,2	80,3	89,3	79,8
Svezia	79,9	82,0	85,5	72,4
Danimarca	77,0	77,2	84,2	69,5
Romania	76,7	64,8	90,4	74,8
Finlandia	75,1	66,1	86,6	72,5
Irlanda	74,8	73,4	82,9	68,1
Ungheria	74,8	58,1	89,9	76,4
Spagna	74,8	67,1	86,5	70,8
Germania	74,7	77,9	81,5	64,5
Norvegia	74,0	78,2	78,7	65,1
Portogallo	73,9	79,4	81,3	61,2
Svizzera	73,5	78,9	79,7	62,0
Estonia	73,4	65,1	86,1	69,1
Austria	72,0	69,0	82,2	64,9
Lussemburgo	71,9	73,5	79,5	62,7
Regno Unito	71,7	63,3	83,0	68,6
Polonia	70,1	51,0	86,6	72,6
Belgio	69,9	75,0	77,5	57,3
Italia	69,3	68,5	79,7	59,9
Lettonia	67,4	54,5	82,0	65,8
Slovacchia	67,2	61,7	78,7	61,3
Lituania	66,8	58,0	80,4	62,1
Repubblica Ceca	66,8	56,0	81,4	62,8
Canada	66,7	58,2	79,3	62,6
Grecia	63,8	44,3	83,1	64,1
Stati Uniti	63,3	56,2	73,9	59,7
Francia	59,4	56,6	71,2	50,3

N.B.: mancano i dati relativi agli indicatori "trova facile parlare con la madre" e "trova facile parlare con il padre" per la Slovenia. Non è stato pertanto possibile calcolare un punteggio medio per i rapporti.

riporta le percentuali dei bambini in ogni paese che:

- » trovano facile parlare con la madre;
- » trovano facile parlare con il padre;
- » trovano i compagni di classe gentili e disponibili.

Nel complesso, i paesi dove i bambini trovano più facile parlare con la propria madre sono anche quelli in cui i bambini trovano più facile parlare con il padre. Ma non sembra esserci una correlazione evidente tra la "facilità a parlare con i genitori" e il "trovare i propri compagni gentili e disponibili". In Polonia e Ungheria, ad esempio, un'elevata percentuale di giovani trova semplice parlare con i propri genitori, ma una bassa percentuale trova i compagni gentili e disponibili. In Belgio, accade invece l'opposto: un'elevata percentuale considera i compagni gentili e disponibili, ma una percentuale decisamente inferiore trova semplice parlare con il padre.

Risultati

- » In base al punteggio medio dei tre rapporti, i Paesi Bassi sono nuovamente al primo posto della classifica.
- » Danimarca, Islanda, Paesi Bassi e Svezia sono i soli paesi nelle prime posizioni per tutti e tre i tipi di rapporti.
- » Canada, Francia e Stati Uniti sono i soli paesi che si collocano agli ultimi posti in graduatoria per tutti e tre i tipi di rapporti.
- » In tutti i paesi, i bambini trovano più difficile parlare con il proprio padre che con la madre, con un divario medio di 16 punti. Solamente in Islanda la differenza scende sotto i 10 punti percentuali.

Tuttavia, il grafico complessivamente presenta un quadro positivo dei rapporti dei bambini nei paesi economicamente avanzati. In media, nei 28 paesi presi in esame due terzi dei bambini affermano che i propri compagni di classe sono gentili e disponibili, oltre l'83% trova facile parlare con la propria madre e il 67% trova facile parlare con il proprio padre.

Controversie

Le misure del benessere dichiarato dai bambini sono oggetto di un acceso dibattito a livello accademico⁴. I sostenitori affermano che, se lo scopo è quello di misurare il benessere infantile, allora non esiste metodo più diretto o affidabile che chiedere direttamente ai bambini ciò che pensano della propria vita. In particolare, le autovalutazioni, come quelle riportate nella graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini (Grafico 6.0), hanno il vantaggio di consentire ai bambini stessi di decidere quali aspetti della propria vita rivestono per loro maggiore importanza. Il quadro del benessere infantile presentato nella prima parte è un indice redatto da adulti, circoscritto dalla limitatezza dei dati disponibili e basato su un sistema di valutazione privo di qualunque base scientifica condivisa. La Graduatoria della soddisfazione della vita dei bambini, d'altro canto, consente ai più giovani di decidere in maniera meno strutturata, ma probabilmente meno arbitraria e più sottile, quali elementi ritengono importanti per il loro benessere e quale peso o rilievo attribuire a ognuno di essi. Alla base di

questo approccio vi è il desiderio di rispettare i diritti dei bambini, ascoltare le loro voci e includerli, per quanto possibile, nel processo di misurazione e promozione del loro benessere.

I più critici potrebbero convenire con tutti questi punti, ma ciò non impedirebbe loro di manifestare dei dubbi circa la validità delle misure del benessere riportate direttamente dai bambini, specialmente se utilizzate nell'ambito di comparazioni internazionali. La principale preoccupazione riguarda la possibilità che le risposte siano condizionate dalla cultura locale. Un punteggio pari a 6 sulla *Scala di soddisfazione della vita*, ad esempio, può avere significati molto diversi se assegnato in una cultura che premia l'accettazione delle proprie condizioni di vita e scoraggia le lagnanze piuttosto che in una che incoraggia invece i bambini a perseguire il meglio, a confrontarsi con gli altri e a essere consapevoli dei propri diritti.

Un'altra problematica correlata è che un processo apparentemente semplice come la valutazione delle proprie condizioni di vita su una scala da 0 a 10 può in pratica coinvolgere processi psicologici complessi, di cui forse quelli maggiormente applicabili sono la dissonanza cognitiva e la preferenza adattiva. Numerosi studi hanno dimostrato che le persone cercano di mantenere la propria tranquillità, di riconciliare i propri conflitti interiori e serbare un'immagine di sé positiva, adattando le proprie opinioni, aspirazioni e aspettative in base alla propria percezione di ciò che è possibile o

realistico. In questo modo, ad esempio, è concepibile che il fatalismo o la rassegnazione possano essere espressi come "soddisfazione della vita".

Infine, è possibile obiettare che l'autovalutazione del proprio benessere viene formulata in relazione alla vita degli altri e ciò rende discutibile il confronto tra paesi diversi. Alla richiesta di immaginare "*la miglior vita possibile per me*" e "*la peggior vita possibile per me*", ad esempio, alcuni bambini potrebbero prendere come ispirazione e riferimento la vita della propria famiglia e degli amici, della classe e della comunità, altri potrebbero avere una scarsa opinione del mondo che li circonda e preferire il mondo "virtuale" così come dipinto dai vari mezzi di comunicazione. Non potremmo quindi trovarci di fronte a un'influenza che distorce il livello di soddisfazione per la propria vita dichiarato in prima persona nei diversi paesi?

In sintesi, i bambini come gli adulti con tutta probabilità adattano il proprio senso di soddisfazione della vita sia alla loro realtà quotidiana sia alle norme e agli esempi imposti dalle società in cui vivono. Ciò significa dunque che i bambini disagiati e bisognosi potrebbero affermare di essere "soddisfatti" della propria vita perché non possono realisticamente sperare in condizioni di vita migliori? Oppure perché è stato insegnato loro a non lamentarsi? Sono forse protettivi nei confronti della propria casa e dei genitori^{xxxviii}? Al contrario, è possibile che alcuni bambini privilegiati dichiarino di sentirsi "insoddisfatti" perché sono

⁴ Le misure di benessere soggettivo sono state portate alla ribalta dallo studio di Richard Easterlin *Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence* del 1974. Da allora, i dati provenienti da indagini sull'autovalutazione del benessere si sono moltiplicati a dismisura. Ora vengono incluse domande sulla felicità o sul benessere soggettivo ad esempio nei *General Social Surveys*, nel *Pew Survey of Attitudes*, nel *Virginia Slims Poll*, nel *DDB Needham Lifestyles Survey* e nel *Gallup-Healthways Well-Being Index* statunitensi. La Francia ha costituito una *Commissione sulla misurazione dello sviluppo economico e progresso sociale* al fine di esaminare "*l'adeguatezza delle correnti misure delle prestazioni economiche e come le misure di sviluppo potrebbero tenere in maggior considerazione il benessere della società*".

costantemente sollecitati a confrontare i propri averi, opportunità, aspetto, corpo e stile di vita con quelli dei personaggi ricchi e famosi che popolano la comunità virtuale creata da mezzi di comunicazione sempre più globalizzati e commercializzati?

Benessere e ben-diventare

Tali argomentazioni ci inducono a essere cauti nell'interpretazione delle misurazioni soggettive del benessere, specialmente se utilizzate come base per confronti a livello internazionale, ma non a rifiutarle del tutto. Ci sono numerose prove che dimostrano come le misure del benessere soggettivo riflettano più del semplice condizionamento culturale, adattamento psicologico o corredo genetico. Le misure di soddisfazione della vita, come abbiamo visto, tendono a ben correlarsi con misure più oggettive del benessere e con altre misure relative alla competenza sociale e alla capacità di fronteggiare situazioni difficili^{xxxix}.

Le misure del benessere soggettivo riportano un aspetto reale e importante della vita dei bambini. I risultati devono essere interpretati con cautela, in particolare quando si effettuano comparazioni internazionali, ma sarebbe assurdo rigettare risultati che mostrano come il benessere soggettivo in un paese sia marcatamente inferiore rispetto a paesi comparabili, oppure una tendenza al deterioramento nel tempo o, ancora, che forniscono indicazioni utili circa le differenze per età o sesso. La graduatoria del benessere generale dei bambini, dal canto suo, non deve avere paura di riflettere giudizi di valore dati

dagli adulti: esprimere giudizi per conto dei bambini è infatti parte della loro responsabilità (anche se il bambino pensa che il rendimento scolastico o l'attività fisica non siano importanti per il suo benessere, gli adulti non devono per questo ignorare tali fattori).

Questo ultimo punto ci ricorda ancora che le misure "oggettive" e "soggettive" del benessere del bambino presentate nella prima e nella seconda parte di questo rapporto non misurano la stessa cosa. Per tutte queste ragioni, l'UNICEF ritiene che sia i livelli autodichiarati di soddisfazione della vita presentati nella Parte 2 sia il quadro del benessere infantile presentato nella Parte 1 forniscano informazioni di grande valore sulla vita dei bambini. Se è vero che i risultati di entrambe le parti vanno interpretati con cautela, non c'è motivo di privarsene.

PARTE 3

BENESSERE DEI BAMBINI: 10 ANNI DI RISULTATI

Il primo quadro UNICEF del benessere dei bambini è stato pubblicato nel 2007 e si basava su dati comparabili a livello internazionale relativi agli anni dal 2001 al 2003. Il quadro attuale si basa su dati del 2009 e 2010. È quindi possibile determinare se il benessere dei bambini sia aumentato o diminuito nei paesi economicamente sviluppati durante il primo decennio del 2000?

I cambiamenti nelle misure e nei metodi rendono impossibile eseguire confronti diretti tra i due quadri. Tuttavia, il progresso complessivo del benessere dei bambini nel corso del decennio può essere ricostruito attraverso un "quadro parziale" basato sulle sole misure comuni sia al periodo 2001/2002 sia al periodo 2009/2010.

Il documento preparatorio^{xxxx} a questo rapporto delinea tale "quadro parziale" in maggior dettaglio. Il Grafico 7.0 riassume i risultati, mostrando la posizione di ogni paese in graduatoria all'inizio e alla fine del decennio (valore medio per quattro aree disponibili del benessere del bambino: benessere materiale, salute, istruzione, comportamenti e rischi).

Complessivamente, i risultati mostrano che l'ordine dei paesi in classifica è rimasto ragionevolmente stabile durante il decennio, ma con alcune variazioni significative.

Cambiamenti nel benessere materiale

È possibile confrontare i progressi compiuti dai paesi nel tempo anche concentrandosi non sulle misure composite, ma sugli indicatori individuali del benessere infantile per cui vi siano dati disponibili sia all'inizio sia alla fine del decennio.

Grafico 7.0 Quadro parziale del benessere dei bambini

Posizione in graduatoria di ciascun paese all'inizio e alla fine del decennio

Posizione	Primi anni 2000	Posizione	Fine anni 2000	Variazione di posizione
1	Svezia	1	Paesi Bassi	+2
2	Paesi Bassi	2	Norvegia	+2
3	Finlandia	3	Finlandia	-1
4=	Norvegia	4	Svezia	-3
4=	Danimarca	5	Germania	+2
6	Francia	6	Danimarca	-2
7	Germania	7	Belgio	+1
8	Belgio	8=	Francia	-2
9=	Polonia	8=	Irlanda	+4
9=	Repubblica Ceca	8=	Svizzera	+3
11	Svizzera	11	Portogallo	+5
12	Irlanda	12	Polonia	-3
13	Spagna	13	Repubblica Ceca	-4
14=	Canada	14=	Canada	nessuna variazione
14=	Italia	14=	Italia	nessuna variazione
16=	Grecia	16	Regno Unito	+4
16=	Portogallo	17	Austria	+1
18	Austria	18=	Grecia	-2
19	Ungheria	18=	Ungheria	+1
20=	Regno Unito	18=	Spagna	-5
20=	Stati Uniti	21	Stati Uniti	-1

Le graduatorie vengono compilate secondo il punteggio medio di ogni paese nelle quattro dimensioni del benessere del bambino (benessere materiale, salute, istruzione, comportamenti e rischi) per cui sono disponibili dati comparabili relativi all'inizio e alla fine del primo decennio del 2000.

Risultati

- » Finlandia e Paesi Bassi si piazzano ai primi posti della graduatoria del benessere infantile sia per il 2001/2002 sia per il 2009/2010.
- » Austria, Grecia, Regno Unito, Stati Uniti e Ungheria si attestano nell'ultimo terzo della classifica sia per il 2001/2002 sia per il 2009/2010 (sebbene il Regno Unito abbia guadagnato quattro posizioni).
- » Durante questo decennio, il Portogallo è risalito dall'ultimo terzo fino a metà classifica.

Per ognuno, i paesi vengono inseriti in classifica in base ai livelli registrati nel 2009/2010.

Il Grafico 7.1a, ad esempio, mostra che tutti i 21 paesi per cui sono disponibili dati comparabili hanno visto una diminuzione significativa della deprivazione materiale, misurata attraverso il tasso di “famiglie che dispongono di ricchezze limitate” (vedere pagina 10). Alla fine del decennio, la percentuale di “famiglie che dispongono di ricchezze limitate” è scesa sotto il 20% in tutti paesi, a parte l’Ungheria.

Il Grafico 7.1a mostra anche che i paesi dell’Europa centrale e orientale stanno iniziando a colmare il divario con i paesi occidentali tradizionalmente più industrializzati. La Repubblica Ceca, la Polonia e l’Ungheria riportano ancora i

tassi più alti di “famiglie che dispongono di ricchezze limitate”, ma (insieme al Portogallo) registrano anche i cali più netti. Nel corso del decennio, il tasso di “famiglie che dispongono di ricchezze limitate” si è ridotto di oltre il 20% nella Repubblica Ceca e in Polonia e di circa il 15% in Ungheria.

Il tasso di “famiglie che dispongono di ricchezze limitate” potrebbe ovviamente continuare a scendere anche se le famiglie a basso reddito continuano a rimanere sempre più indietro rispetto agli standard di reddito della loro società (il tasso viene infatti calcolato in base al possesso di un elenco fisso di beni materiali e opportunità e non sulla variazione dei redditi mediani). Sfortunatamente, non è possibile monitorare e confrontare i cambiamenti relativi alla povertà infantile relativa nel

corso del decennio a causa delle variazioni tecniche nel tasso di equivalenza che l’OCSE utilizza per rettificare i redditi dei nuclei familiari tenendo conto delle differenze nelle loro dimensioni e composizione.

Cambiamenti nella salute infantile

Il progresso può essere misurato anche monitorando i cambiamenti in alcuni degli indicatori chiave della salute infantile.

Il Grafico 7.1b, ad esempio, mostra che il tasso di mortalità dei lattanti (IMR) è diminuito in tutti i 21 paesi per cui vi sono dati disponibili.

Anche in questo caso emergono segnali che l’Europa centrale e orientale sta recuperando terreno, con Polonia e Ungheria che registrano il calo maggiore (insieme all’Irlanda).

Grafico 7.1a Variazione nella percentuale di bambini che hanno affermato di disporre di ricchezze familiari limitate tra il 2001/2002 e il 2009/2010 (vedere sopra e p. 9)

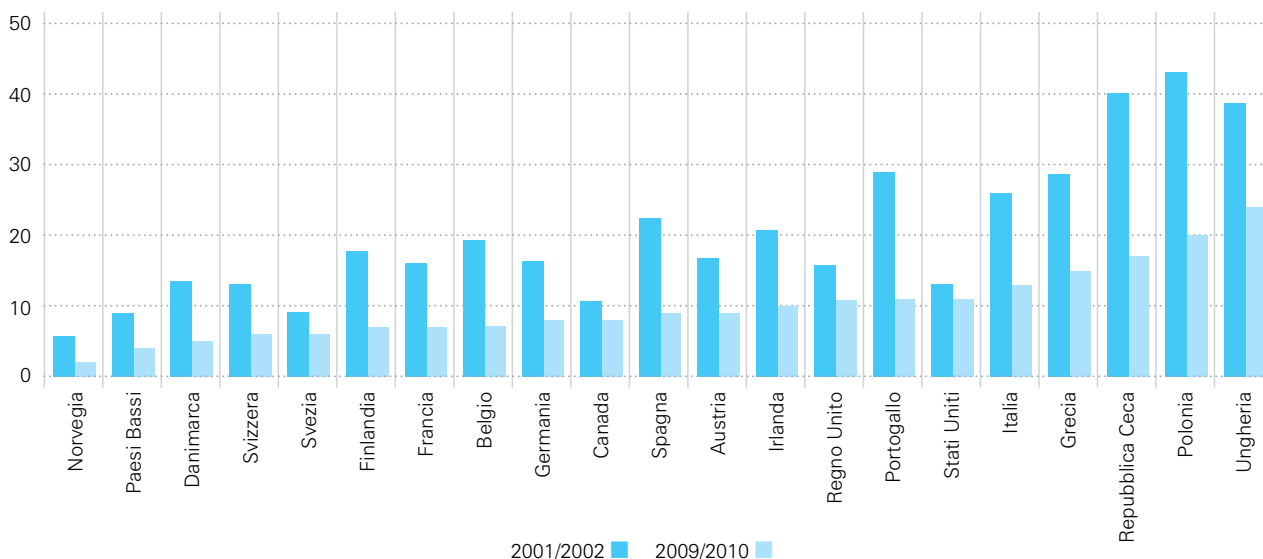
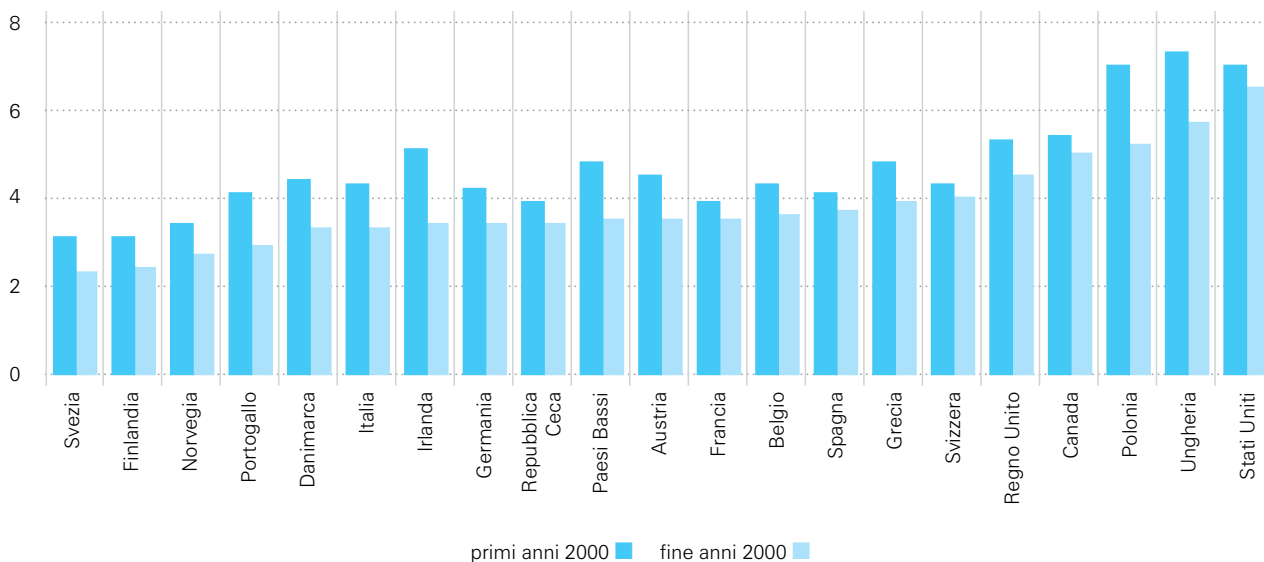
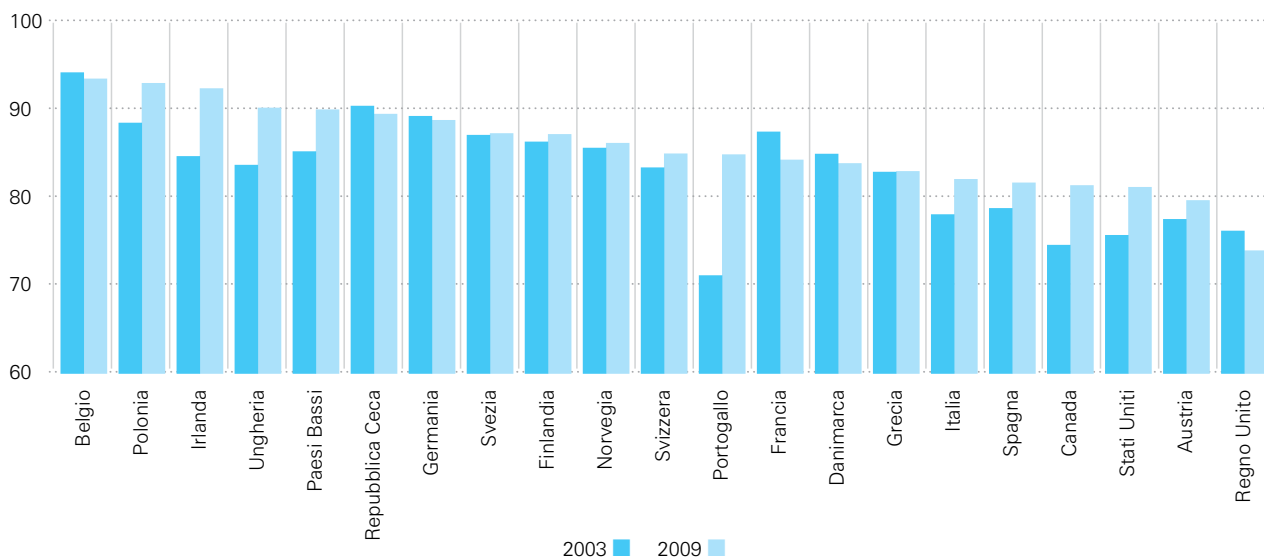


Grafico 7.1b variazione nel tasso di dei lattanti tra l'inizio e la fine degli anni 2000

(numero di decessi sotto i 12 mesi di età su 1.000 nati vivi)

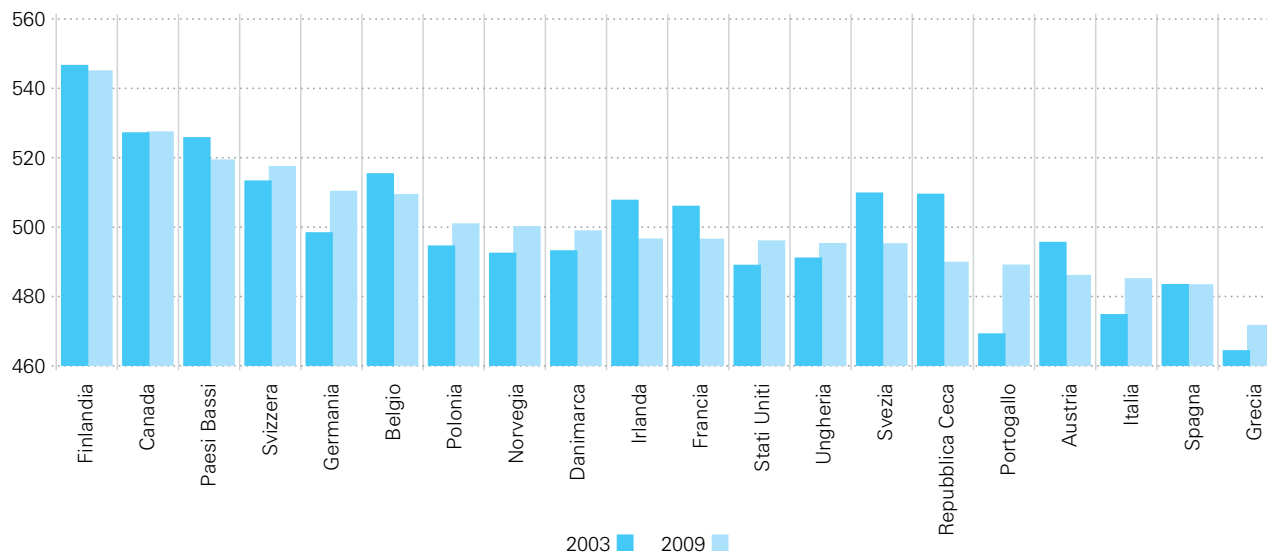
**Grafico 7.1c** Variazione tra il 2003 e il 2009 nella percentuale dei giovani tra i 15 e i 19 anni di età che studiano

Risultati

- » Complessivamente, la graduatoria evidenzia una crescita del tasso di iscrizione a forme di studi superiori in 14 paesi su 21, con aumenti particolarmente significativi in Canada, Irlanda, Portogallo, Stati Uniti e Ungheria.
- » La Francia, anche se partita da un livello molto elevato all'inizio del decennio, ha registrato la maggior diminuzione delle iscrizioni con un calo di oltre tre punti percentuali.
- » Anche il Regno Unito ha visto una riduzione di oltre due punti percentuali nonostante partisse da una posizione piuttosto bassa all'inizio del decennio.

Grafico 7.1d Variazione nel rendimento scolastico tra il 2003 e il 2009

(punteggio medio nei test PISA in lettura, matematica e scienze)



N.B.: per ragioni tecniche i dati per il Regno Unito non sono inclusi, anche se riportati nella Report Card 7.

Risultati

- » Nel complesso, la graduatoria evidenzia un'immagine relativamente stabile del rendimento scolastico.
- » La Finlandia è stato il paese che ha riportato le prestazioni migliori sia nel 2003 sia nel 2009.
- » Il Canada e i Paesi Bassi si sono piazzati al secondo e terzo posto in entrambi i periodi.
- » I migliori risultati nei punteggi PISA medi relativi al periodo analizzato sono stati ottenuti dalla Germania, dall'Italia e, soprattutto, dal Portogallo che, tra il 2003 e il 2009, ha compiuto passi da gigante riducendo notevolmente il divario nel rendimento scolastico con gli altri paesi europei.
- » Diminuzioni significative sono state registrate da Austria, Francia, Irlanda, Repubblica Ceca e Svezia.

Con un IMR inferiore al 5% già all'inizio del decennio, la Repubblica Ceca non aveva bisogno di recuperare terreno.

Come evidenziato nella prima parte, la comparazione ufficiale del tasso di mortalità dei lattanti potrebbe rivelarsi ingiusto per il paese in fondo alla classifica, gli Stati Uniti, perché potenzialmente non fondato su una base confrontabile (il tasso di mortalità dei lattanti negli Stati Uniti potrebbe infatti essere influenzato dai decessi di bambini nati estremamente prematuri e/o sottopeso, sopravvissuti per un breve periodo grazie a intense cure neonatali ma che in altri paesi non

sarebbero stati classificati come "bambini nati vivi").

Cambiamenti nell'istruzione

Sono disponibili anche due indicatori per misurare il progresso del benessere dei bambini e degli adolescenti nel sistema scolastico (in questo caso tra il 2003 e il 2009).

Il Grafico 7.1c, ad esempio, registra le variazioni nel tasso di iscrizione a studi superiori.

Rendimento scolastico

In secondo luogo, il *Programma di valutazione internazionale degli*

studenti (PISA) rende possibile monitorare i cambiamenti relativi al rendimento scolastico, paese per paese.

Il Grafico 7.1d mostra le variazioni nei punteggi PISA degli alunni di 15 anni in 20 paesi tra il 2003 e il 2009 (media dei punteggi in lettura, matematica e scienze).

Cambiamenti nei comportamenti

Nel periodo che corrisponde approssimativamente al primo decennio del 2000 è possibile misurare anche cambiamenti in alcuni aspetti chiave dello stile di vita e del comportamento dei bambini. Il Grafico 7.2a, ad esempio, mostra le variazioni nella percentuale di

Grafico 7.2a Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età in sovrappeso

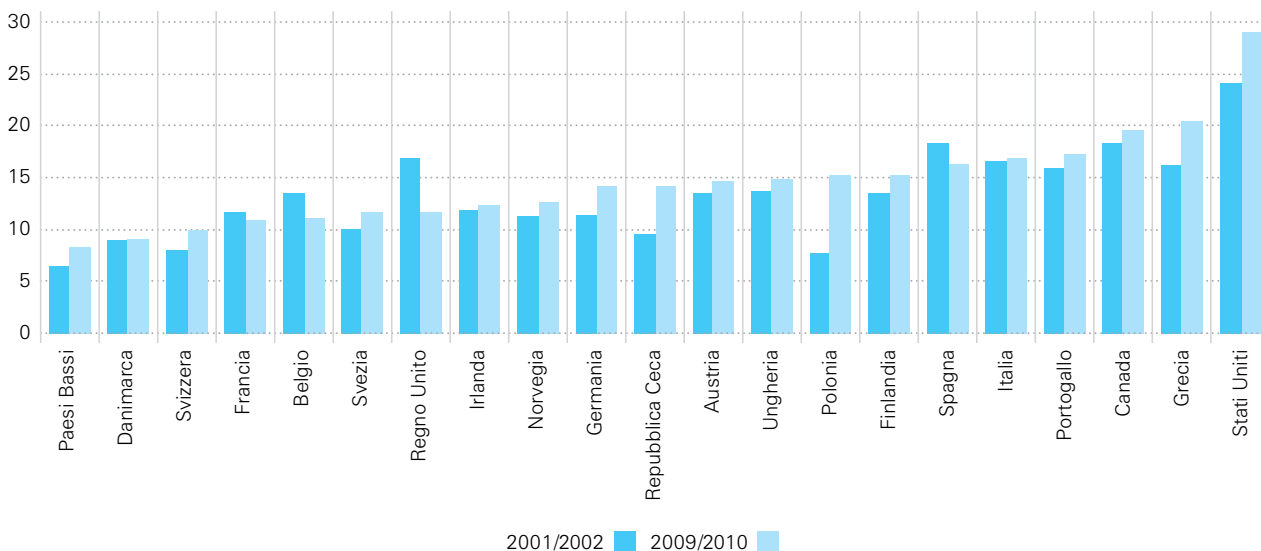
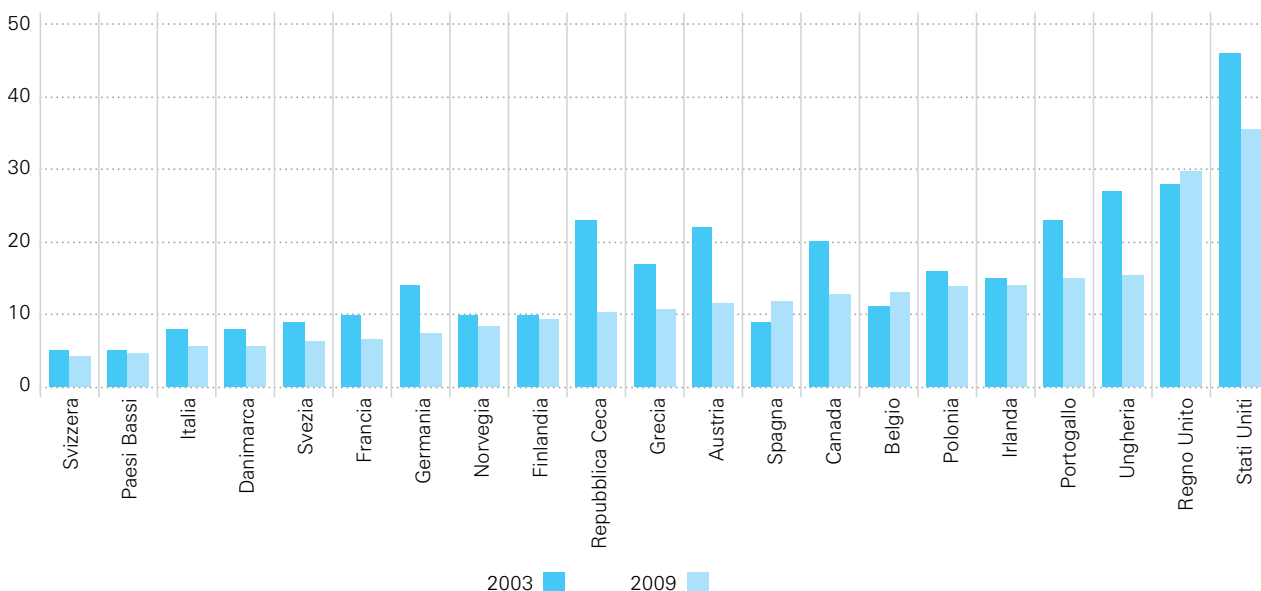


Grafico 7.2b Variazione tra il 2003 e il 2009 nel tasso di fertilità adolescenziale (numero di nascite annuali per 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni di età)



bambini considerati "in sovrappeso" secondo l'altezza e il peso da essi stessi dichiarati (calcoli basati sull'indice di massa corporea).

Maternità adolescenziale

È possibile misurare e confrontare alcuni comportamenti a rischio nei bambini e negli adolescenti dei vari

paesi nei sei anni compresi tra il 2003 e il 2009.

Il Grafico 7.2b, ad esempio, riporta le variazioni nella percentuale di ragazze che hanno partorito quando ancora adolescenti.

Comportamenti a rischio

Il primo decennio del 2000 ha visto una significativa riduzione della proporzione di bambini e adolescenti che si espongono a possibili problemi di salute e ad altri pericoli fumando sigarette, consumando alcool e facendo uso di cannabis. I Grafici 7.3a, 7.3b e 7.3c sintetizzano le tendenze

Risultati

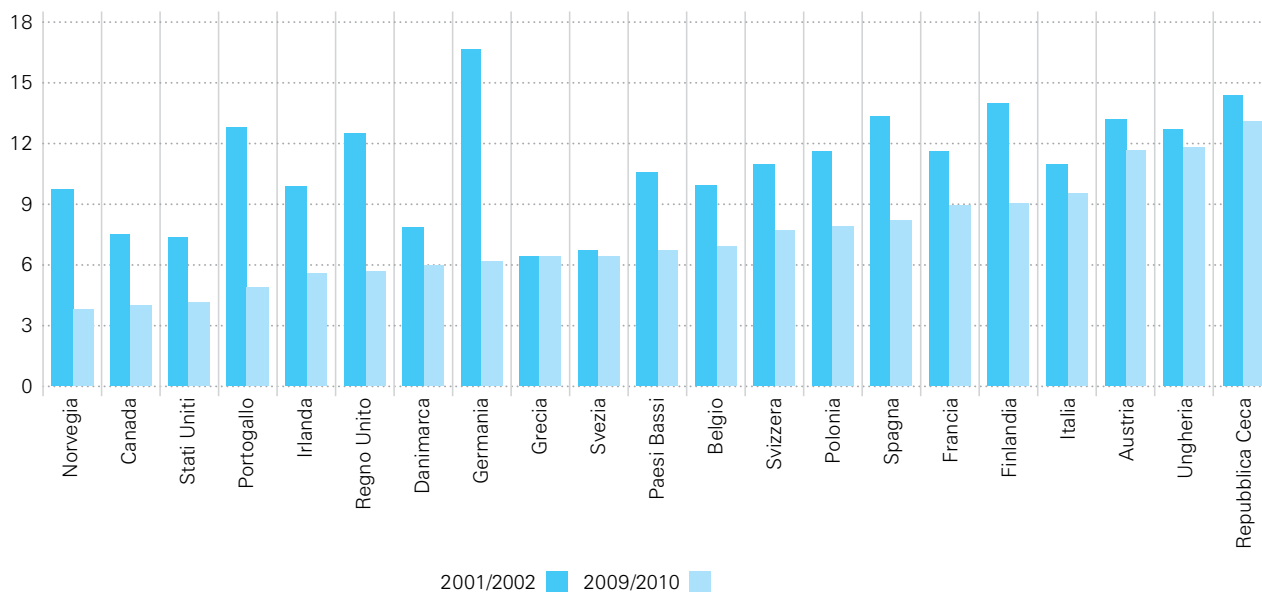
Obesità

- » Nel corso del decennio, la percentuale di bambini in sovrappeso è cresciuta in 17 dei 21 paesi esaminati.
- » L'aumento più significativo è stato rilevato in Polonia, dove la percentuale di bambini in sovrappeso è raddoppiata.
- » Solamente in Belgio, Francia, Regno Unito e Spagna la percentuale di bambini in sovrappeso è diminuita.
- » Gli Stati Uniti registrano la più elevata proporzione di bambini in sovrappeso sia all'inizio sia alla fine del decennio, sfiorando il 30% nel 2009/2010.

Maternità adolescenziale

- » La maternità adolescenziale è diminuita in 18 paesi su 21 tra il 2003 e il 2009.
- » Austria, Repubblica Ceca, Stati Uniti e Ungheria hanno registrato un declino del tasso di fertilità adolescenziale pari o superiore a 10 punti.
- » Belgio, Regno Unito e Spagna rappresentano le eccezioni a questa tendenza al ribasso. Il risultato è particolarmente significativo per il Regno Unito, dove il tasso di fertilità adolescenziale era già il più elevato in Europa all'inizio del decennio.
- » A dispetto di un calo di 10 punti registrato nel corso del decennio, gli Stati Uniti continuano ad avere il tasso di fertilità adolescenziale più elevato del mondo industrializzato.

Grafico 7.3a Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che hanno affermato di fumare almeno una volta a settimana



per ognuno di questi comportamenti ad alto rischio durante il decennio.

I tre grafici, che monitorano le tendenze relative a tre dei comportamenti a rischio potenzialmente più dannosi per il benessere a lungo e a breve termine, raccontano una storia di significativi progressi nel corso del decennio.

Violenza

Le buone notizie continuano, in quanto la maggioranza dei paesi economicamente avanzati ha anche visto una diminuzione della percentuale di bambini che hanno affermato di essere stati coinvolti in scontri fisici o di aver subito atti di bullismo. I Grafici 7.4a e 7.4b illustrano questo progresso.

Benessere soggettivo dei bambini

Infine, la scala di soddisfazione della vita dei bambini rende anche possibile esaminare come il benessere soggettivo generale dei bambini (vedere la Parte 2) sia mutato durante il primo decennio del 2000 (Grafico 7.5).

Grafico 7.3b Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che hanno affermato di essersi ubriacati in più di due occasioni

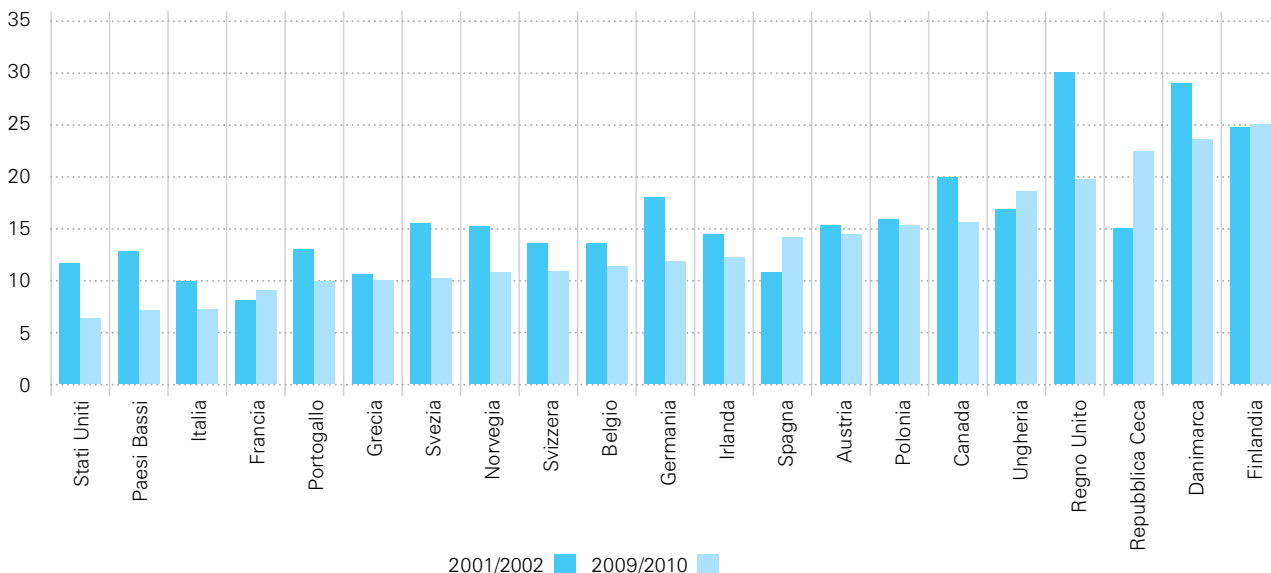
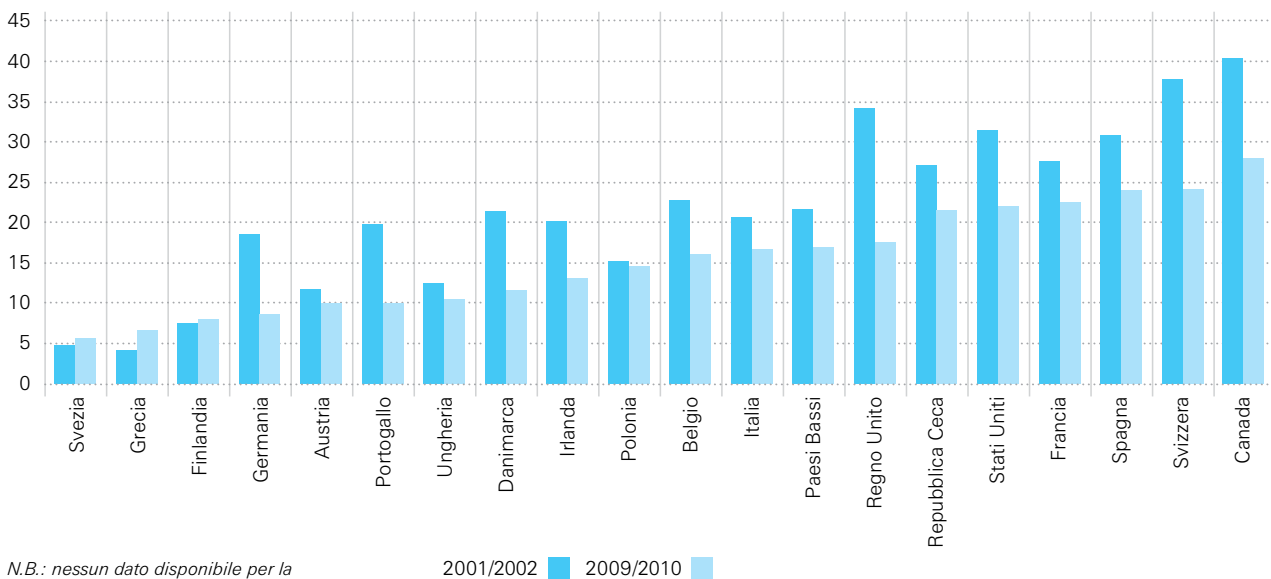


Grafico 7.3c Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che hanno affermato di avere fatto uso di cannabis nei 12 mesi precedenti



N.B.: nessun dato disponibile per la Norvegia nel 2001/2002

Priorità ai bambini

Se è indubbio che il benessere dei bambini abbia subito delle battute d'arresto in particolari paesi e per particolari indicatori, complessivamente il primo decennio del 2000 registra un costante miglioramento nella maggior parte delle misure del benessere

infantile. Indicatori come il "tasso di famiglie che dispongono di ricchezze limitate", il tasso di mortalità dei lattanti e il tasso di fumo sono diminuiti in ogni paese per cui sono disponibili dati. Il tasso di iscrizione agli studi superiori è aumentato nella maggioranza delle nazioni, dove si è inoltre registrata una diminuzione nei tassi di fertilità

adolescente, uso di cannabis, bullismo e scontri fisici.

Queste buone notizie vengono però temperate dal fatto che, in alcuni paesi e per alcuni indicatori, i progressi potrebbero essere stati interrotti o persino fatti regredire dalla diffusa recessione economica iniziata alla fine

Risultati

Sigarette

- » La percentuale di bambini e adolescenti che fuma sigarette è diminuita in tutti i 21 paesi per cui sono disponibili dati confrontabili (a eccezione di Grecia e Svezia, dove i tassi già bassi all'inizio del decennio si sono mantenuti stabili).
- » La maggiore flessione nel decennio è stata registrata in Germania, Norvegia, Portogallo e Regno Unito, che hanno più che dimezzato la proporzione dei giovani che hanno affermato di fumare sigarette.

Consumo di alcool

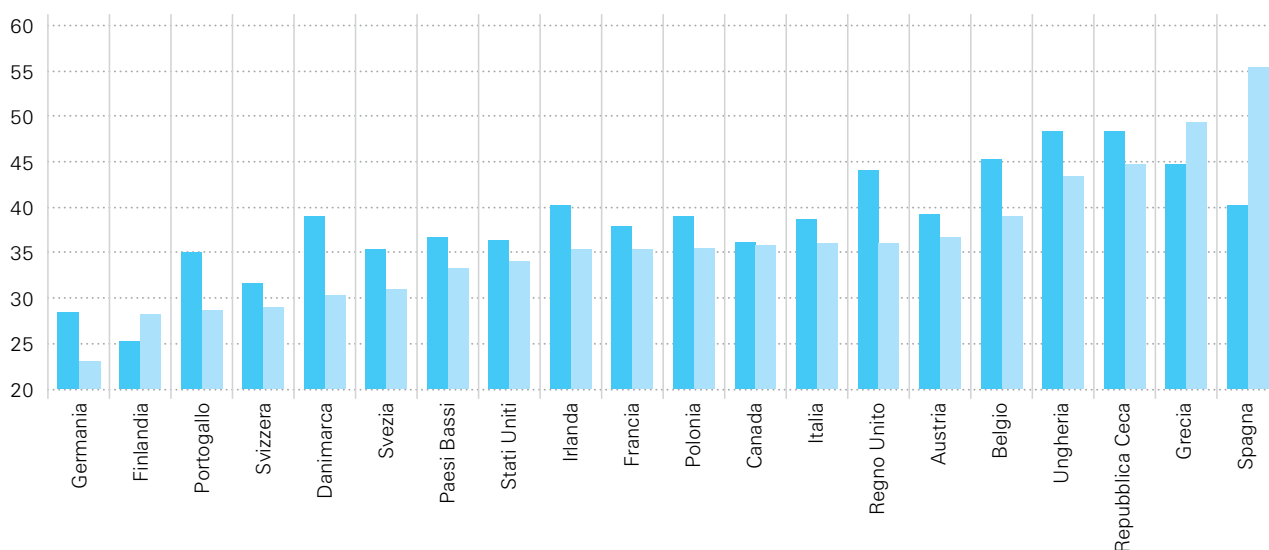
- » Più di tre quarti dei 21 paesi hanno visto una diminuzione anche nel consumo di alcool da parte dei giovani, misurato in base alla proporzione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età che hanno dichiarato di essersi ubriacati in almeno due occasioni.
- » Le diminuzioni più significative si sono registrate nuovamente in Germania (dove il tasso di abuso di alcool è sceso dal 18% a meno del 12%) e nel Regno Unito (passato dal 30% a meno del 20%).

- » Nonostante la generale tendenza al calo, i bambini e gli adolescenti di tre paesi, Danimarca, Finlandia e Repubblica Ceca, presentano ancora tassi di abuso di alcool superiori al 20%.
- » Il maggior aumento nell'abuso di alcool da parte dei più giovani è stato rilevato nella Repubblica Ceca (dal 15% a 22%).

Uso di cannabis

- » 17 paesi su 20 hanno riportato una sensibile diminuzione nell'uso di cannabis.
- » La maggiore diminuzione percentuale si è registrata in Canada, Germania, Regno Unito e Svizzera.
- » Il Canada presenta ancora il più alto tasso di uso di cannabis da parte dei giovani, nonostante sia sceso dal 40% nel 2001/2002 al 28% nel 2009/2010.
- » La Germania ha più che dimezzato l'utilizzo di cannabis tra i giovani durante il decennio (dal 19% al 9%).
- » Partendo da un livello di utilizzo più alto, anche il Regno Unito ha visto dimezzarsi il consumo di cannabis tra i giovani (dal 34% al 17%).
- » La Svizzera ha registrato una diminuzione dell'uso di cannabis da parte dei giovani pari a oltre un terzo (dal 38% al 24%).

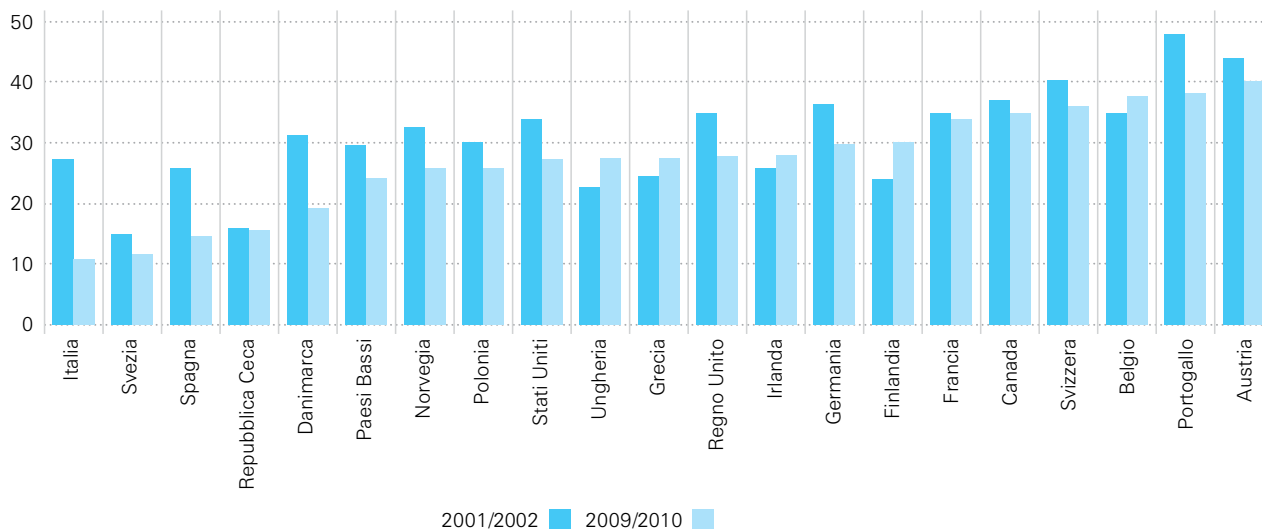
Grafico 7.4a Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che hanno affermato di essere stati coinvolti in scontri fisici almeno una volta nei dodici mesi precedenti



N.B.: nessun dato disponibile per la Norvegia nel 2001/2002

2001/2002 ■ 2009/2010 ■

Grafico 7.4b Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che hanno affermato di aver subito almeno un atto di bullismo nei due mesi precedenti



N.B.: per la definizione di bullismo fornita agli studenti ai fini dell'indagine HBSC, vedere p. 27.

Risultati

Scontri fisici

- » La proporzione di bambini e giovani che affermano di essere stati coinvolti in scontri fisici è diminuita in 17 paesi sui 20 per cui esistono dati disponibili.
- » La Danimarca ha visto il calo più consistente nella percentuale di chi dichiara di essere stato coinvolto in scontri fisici (dal 40% al 30%).
- » La Spagna ha registrato invece il maggior aumento (dal 40% al 55%).
- » La percentuale palesemente più bassa di bambini che afferma di essere stata coinvolta in scontri fisici appartiene alla Germania (23%).

Atti di bullismo

- » Anche la percentuale di bambini che dichiara di aver subito atti di bullismo è diminuita in 16 paesi su 21.
- » L'Italia ha registrato la maggior diminuzione relativamente dei casi di bullismo del decennio e ora possiede il "tasso di bullismo" più basso tra i paesi economicamente sviluppati.
- » Danimarca, Italia e Spagna hanno registrato una diminuzione del tasso di bullismo di oltre 10 punti percentuali.
- » La Repubblica Ceca e la Svezia hanno ottenuto ulteriori piccole riduzioni, nonostante presentassero già i tassi di bullismo minori all'inizio del decennio.
- » Cinque paesi (Belgio, Finlandia, Grecia, Irlanda e Ungheria) hanno visto aumentare il tasso di bullismo nel corso del decennio.

del 2008. Le statistiche utilizzate in questo rapporto riflettono l'inizio della crisi economica, ma non ovviamente le conseguenze generali. Negli ultimi tre anni, numerosi paesi economicamente avanzati hanno visto un ulteriore aumento del tasso di disoccupazione, la diminuzione dei redditi netti (in particolare tra le fasce di reddito più

basse) e tagli nei servizi sociali dai quali le famiglie disagiate dipendono di più.

Sfortunatamente, pochi paesi dispongono di informazioni aggiornate su ciò che sta accadendo alle vite dei bambini durante questo periodo. Ma anche in assenza di dati dettagliati, è possibile prevedere alcune potenziali conseguenze. L'UNICEF e altre

organizzazioni che si occupano dei bambini sanno, grazie a una lunga esperienza, cosa è probabile che succeda quando le economie entrano in periodi di instabilità e di recessione. Tra la seconda metà degli anni '80 e i primi anni '90 del Novecento, ad esempio, molte nazioni hanno iniziato a soffrire le conseguenze di una crisi del debito e di

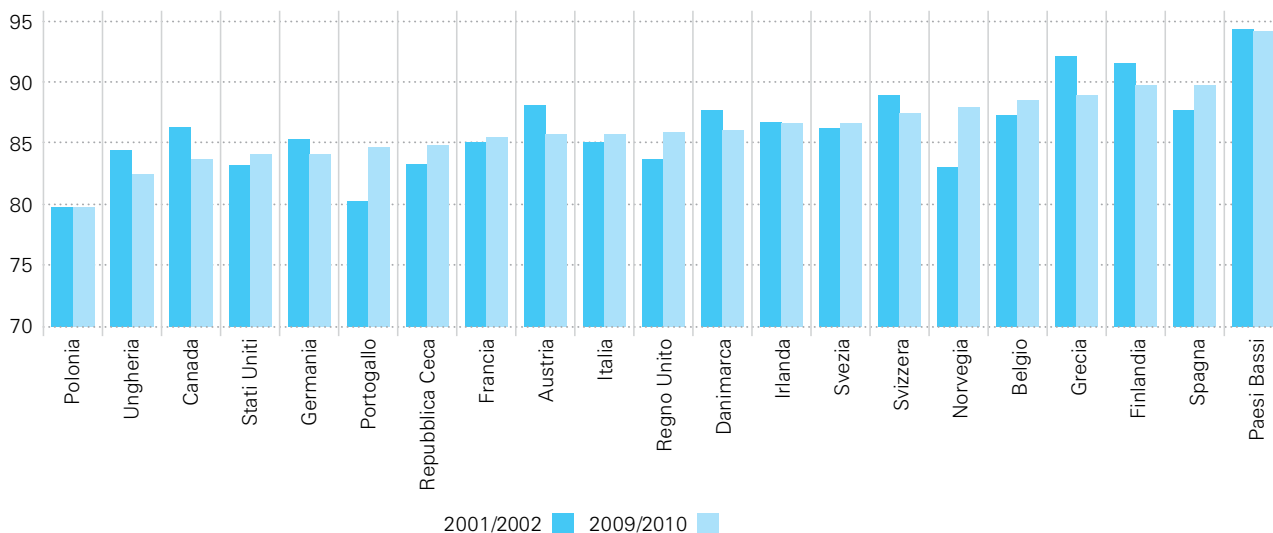
un processo di rettificazione economica sfociate in un aumento dei disoccupati e dei sottoccupati e nel taglio di spese e servizi da parte dei governi. Per l'intero periodo, l'UNICEF ha sostenuto, non sempre con successo, un "aggiustamento dal volto umano", esortando la Banca Mondiale e il Fondo monetario internazionale, oltre ai governi nazionali e alle agenzie umanitarie, a fare tutto il possibile per impedire che il peso maggiore della recessione ricada su chi è meno in grado di sostenerlo. Oggi, lo stesso argomento deve essere riportato all'attenzione delle istituzioni delle nazioni più ricche del mondo.

Il punto chiave da sottolineare è che l'infanzia è un periodo di particolare vulnerabilità, un momento di sviluppo fisico e mentale rapido e miracolosamente delicato, in cui le abilità si devono formare le une sulle altre, ma anche un momento in cui le situazioni di svantaggio possono ugualmente svilupparsi le une sulle altre, un periodo in cui vengono stabiliti i futuri modelli e percorsi della salute e del benessere e in cui le alterazioni possono avere conseguenze sull'intero corso della vita. La tutela degli anni dell'infanzia è pertanto essenziale sia per il benessere dei bambini di oggi sia

per quello delle società di domani. Si tratta quindi di un impegno che non deve essere trascurato, nemmeno temporaneamente, perché altri problemi appaiono più urgenti e pressanti. Deve essere percepito come un impegno prioritario per la società, da mantenere nei periodi sia positivi sia negativi. Ci sarà sempre qualcosa all'apparenza più urgente che non la tutela del benessere dell'infanzia. Ma non ci sarà mai nulla di più importante.

Grafico 7.5 Variazione nell'autovalutazione della soddisfazione della vita dei bambini

Variazione tra il 2001/2002 e il 2009/2010 nella percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni di età che assegnano al proprio grado di soddisfazione per la vita un punteggio pari o superiore a 6 su una scala autovalutativa di Cantril da 0 a 10



Risultati

- » I dati relativi al benessere soggettivo appaiono contrastanti con circa la metà dei 21 paesi che registra un aumento nella soddisfazione complessiva della vita dei bambini e l'altra metà che registra invece un calo. In quasi tutti i casi i cambiamenti rilevati erano minimi.
- » Nei Paesi Bassi i bambini hanno riportato il livello più elevato di soddisfazione della vita sia all'inizio sia alla fine del decennio.
- » I bambini in Norvegia, Portogallo e nel Regno Unito hanno visto il maggiore aumento percentuale della soddisfazione della vita.
- » Austria, Canada e Grecia hanno registrato le diminuzioni più evidenti (comunque inferiori ai tre punti).
- » Anche due paesi nordici, Danimarca e Finlandia, hanno registrato una lieve flessione nella soddisfazione complessiva della vita dei bambini.

NOTE

- i Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF (2007). "Prospettiva sulla povertà infantile. Un quadro comparativo sul benessere dei bambini nei paesi ricchi", *Innocenti Report Card 7*. Firenze: Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF.
- ii Duncan, G., K. Telle, K. Ziol-Guest e A. Kalil (2009). "Long-run Impacts of Early Childhood Poverty: Comparative evidence from Norwegian registry data and the U.S", PSID, documento redatto per la conferenza "The Long-run Impact of Early Life Events". Michigan: National Poverty Center, Università del Michigan, 12-13 marzo 2009.
- iii Johnson, R. e R. Schoeni (2007). "The Influence of Early-Life Events on Human Capital, Health Status, and Labor Market Outcomes over the Life Course", *Serie Working Paper*. Berkeley, CA: Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley.
- iv Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF (2012). "Misurare la povertà tra i bambini e gli adolescenti. Un nuovo quadro comparativo della povertà infantile in alcuni paesi a reddito medio-alto", *Innocenti Report Card 10*. Firenze: Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF.
- v Ibid.
- vi Currie, C., C. Zanotti, A. Morgan, et al. (2012). "Social Determinants of Health and Well-being among Young People", *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: Organizzazione Mondiale della Sanità.
- vii Centers for Disease Control and Prevention (1984), "Morbidity and Mortality Weekly Report" (MMWR), US Department of Health and Human Services, Atlanta, 17 agosto 1984 / 33(32):459-60, 465-67.
- viii Institute of Health Equity (2012). "An Equal Start: Improving outcomes in children's centres: The evidence review", Londra: Department of Epidemiology and Public Health, University College London.
- ix Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF, op. cit. (2007).
- x Godfrey, C., S. Hutton, J. Bradshaw, R. Coles, G. Craig, J. Johnson (2002). "Estimating the Cost of Being 'Not in Education, Employment or Training' at Age 16-18", *Research Report RR346*. York: Social Policy Research Unit, Università di York.
- xi Quintini G., J. P. Martin e S. Martin (2007). "The Changing Nature of the School-to-Work Transition Process in OECD Countries", *IZA discussion paper 2582*. Parigi: Direzione occupazione dell'OCSE. Disponibile all'indirizzo: <ftp://ftp.iza.org/SSRN/pdf/dp2582.pdf>
- xii OCSE (2011). *Education at a Glance: OECD indicators*. Parigi: OCSE, pp. 340-341. Disponibile all'indirizzo: <http://www.oecd.org/education/preschoolandschool/educationataglance2011oecdindicators.htm>
- xiii Currie et al., op. cit. (2012).
- xiv Ibid.
- xv Ibid.
- xvi Moore, K., N. Jones ed E. Broadbent (2008). "School Violence in OECD Countries". Woking: Plan Limited.
- xvii Cornell University (2007). "Child Development and the Physical Environment", Cornell University, College of Human Ecology. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/ceh/indicators/en/> e http://ec.europa.eu/health/healthy_environments/partnerships/index_en.htm
- xviii Evans, G. W. (2006). "Child Development and the Physical Environment", *Annual Review of Psychology*, Vol. 57: 423-451.
- xix Statistiche dell'UE sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC) (2009).
- xx Margolin G. e E. B. Gordis (2004). "Children's Exposure to Violence in the family and Community", *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 13, n. 4: 152-155. Disponibile all'indirizzo: http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessaging/c_c/rsrscs/rdgs/peers_social_general/margolin.exposure2violence.curdir.04.pdf
- xxi Cohen, E., B. McAlister Groves e K. Kracke (2009). "Understanding Children's Exposure to Violence. Moving From Evidence to Action". *Children Exposed to Violence Issue Brief N° 1*. North Bethesda, MD: Safe Start Center.
- xxii Institute of Health Equity, op. cit. (2012).
- xxiii Kershaw, P. (2010). "Smart Family Policy: Measuring and Monitoring Its Development across Canada", University of British Columbia Human Early Learning Partnership, EDI International Conference, giugno 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.offordcentre.com/conference/presentations/Paul%20Kershaw%20June%202010.pdf>
- xxiv Janus, M. e D. R. Offord (2007). "Development and Psychometric Properties of the Early Development Instrument (EDI): A measure of children's school readiness", *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol. 39, n. 1: 1-22.
- xxv Ibid., p. 5.
- xxvi Ibid., p. 14.

- xxvii Hertzman, C. e J. Bertrand (2007). "Children in Poverty and the Use of Early Development Instrument Mapping to Improve Their Worlds", *Paediatrics and Child Health*, Vol. 12(8): 687-692. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528797/>
- xxviii Janus e Offord, op. cit. (2007), p. 13.
- xxix Janus, M. (2010). "The Natural History of the Early Development Instrument", presentazione tenuta all'Offord Centre for Child Studies, 16 giugno 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.offordcentre.com/conference/presentations/Magdalena%20EDI%20conf%20June%202010%20.pdf>
- xxx Council of Australian Governments (COAG), *Human Capital reform: Report by the COAG National Reform Initiative Working Group*, febbraio 2006.
- xxxi Goldfeld, S., M. Sayers, S. Brinkman, S. Silburn e F. Oberklaid (2009). "The Process and Policy Challenges of Adapting and Implementing the Early Development Instrument in Australia", *Early Education and Development*, Vol. 20, n. 6: 979.
- xxxii Australian Early Development Index. Disponibile all'indirizzo: <http://maps.aedi.org.au/>
- xxxiii Centre for Community Child Health e Telethon Institute for Child Health Research (2009). *A Snapshot of Early Childhood Development in Australia – AEDI National Report 2009*. Canberra: Governo australiano.
- xxxiv Australian Institute of Health and Welfare (2011). "Headline Indicators for Children's Health, Development and Wellbeing". Cat. n. PHE 144. Canberra: AIHW, p. 64.
- xxxv Children's Society Quarterly Surveys. Disponibile all'indirizzo: <http://www.childrenssociety.org.uk/what-we-do/research/well-being/background-programme/quarterly-surveys>
- xxxvi Ladd, G. W. (2005). "Children's Peer Relations and Social Competence: A Century of Progress", *Current Perspectives in Psychology*, Yale University Press.
- xxxvii Morrison Gutman, L., J. Brown, R. Akerman e P. Obolenskaya (2010). "Change In Wellbeing from Childhood to Adolescence: Risk and Resilience", Centre for Research on the Wider Benefits of Learning. Londra: Institute of Education.
- xxxviii The Children's Society (2012). *The Good Childhood Report 2012: A review of our children's well-being*, Disponibile all'indirizzo: http://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/good_childhood_report_2012_final.pdf
- xxxix Currie et al., op. cit. (2012).
- xxxx Martorano, B., L. Natali, C. de Neubourg e J. Bradshaw (2013). 'Child Well-being in Economically Rich Countries: Changes in the first decade of the 21st century', *Working Paper 2013-02*. Firenze: Centro di Ricerca dell'UNICEF.

RINGRAZIAMENTI

Il progetto *Innocenti Report Card 11* è stato coordinato dal Centro di Ricerca dell'UNICEF e assistito da un gruppo di consulenti e revisori. La ricerca è stata completata alla fine di dicembre 2012.

Il testo integrale e i documenti di base di questo rapporto possono essere scaricati dal sito web dell'Ufficio di Ricerca dell'UNICEF: www.unicef-irc.org.

Ricerca e analisi dei dati

Peter Adamson (consulente indipendente per il Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Jonathan Bradshaw (Università di York)

Bruno Martorano (Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Luisa Natali (Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Consulenti UNICEF

Gordon Alexander (Direttore del Centro di Ricerca dell'UNICEF)

James Elder (Capo, Unità di Comunicazione, Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Goran Holmqvist (Direttore associato, Ricerca strategica, Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Chris de Neubourg (Capo Unità politiche, sociali ed economiche, Centro di Ricerca dell'UNICEF)

Consulenti esterni e revisori paritari

Sharon Goldfeld (Professore associato, The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health e Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Australia)

Magdalena Janus (Professore associato, Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton, Canada)

Leonardo Menchini (Responsabile, Politiche sociali, monitoraggio e valutazione, UNICEF Egitto)

Dominic Richardson (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico)

Cinzia Iusco Bruschi e *Laura Meucci* del Centro di Ricerca dell'UNICEF hanno fornito supporto amministrativo.

Precedenti numeri di questa serie:

Innocenti Report Card 1

A league table of child poverty in rich nations

Innocenti Report Card 2

A league table of child deaths by injury in rich nations

Innocenti Report Card 3

A league table of teenage births in rich nations

Innocenti Report Card 4

Una classifica comparata dello svantaggio educativo nei paesi industrializzati

Innocenti Report Card 5

A league table of child maltreatment deaths in rich nations

Innocenti Report Card 6

Povert  dei bambini nei paesi ricchi 2005

Innocenti Report Card 7

Prospettiva sulla povert  infantile. Un quadro comparativo sul benessere dei bambini nei paesi ricchi

Innocenti Report Card 8

Come cambia la cura dell'infanzia. Un quadro comparativo dei servizi educativi e della cura per la prima infanzia nei paesi economicamente avanzati

Innocenti Report Card 9

Bambini e adolescenti ai margini. Un quadro comparativo sulla disuguaglianza nel benessere dei bambini nei paesi ricchi

Innocenti Report Card 10

Misurare la povert  tra i bambini e gli adolescenti. Un nuovo quadro comparativo della povert  infantile in alcuni paesi a reddito medio-alto

Progetto grafico: MCC Design, UK (mccdesign.com)

Stampato da: ABC Tipografia, Sesto Fiorentino, Florence, Italy

Innocenti Report Card 11, 2013

Il benessere dei bambini nei paesi ricchi:

Un quadro comparativo

Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

Piazza SS. Annunziata, 12

50122 Firenze, Italia

Tel: +39 055 2033 0

Fax: +30 055 2033220

florence@unicef.org

www.unicef-irc.org

ISSN: 1605-7317

©United Nations Children's Fund (UNICEF)

aprile 2013

ISBN: 978-88-6522-020-7

Numero di stock 680U