



#IONONMOLLO

VECCHIE SFIDE E NUOVI TRAGUARDI
PER COMBATTERE
LA MORTALITÀ INFANTILE

Save the Children
**EVERY
ONE**



Save the Children
Italia ONLUS

Rapporto a cura di Chiara Saturnino per Save the Children Italia

Hanno collaborato: Elena Avenati, Chiara Damen, Giusy De Loiro, Josiane El Khoury e Marco Guadagnino di Save the Children Italia

Nel 2015 la campagna Every One ha ricevuto il patrocinio di:



Foto di copertina:
The Times/Paul Rogers

Grafica:
Mauro Fanti - InFabbrica - Gruppo Comunicazione e Marketing

Stampa:
Arti Grafiche Agostini

Pubblicato da:
Save the Children Italia Onlus
ottobre 2015



Save the Children
Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus
Via Volturmo 58 - 00185 Roma
tel +39 06 4807001
fax +39 06 48070039
info.italia@savethechildren.org



INDICE

PREFAZIONE	2
NUMERI	4
SINTESI	5
1. DA IERI A OGGI. LE GRANDI SFIDE GLOBALI E LA STRADA PERCORSA VERSO GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO	6
Focus: La lotta alle morti materne e infantili nei Paesi in crisi umanitaria	12
Focus: Il sistema di raccolta dati, uno strumento fondamentale per monitorare i progressi	13
2. OGGI. UN PASSO OBBLIGATO: LA PROMOZIONE DEGLI INTERVENTI SALVA-VITA PER DIRE BASTA ALLE MORTI PREVENIBILI	14
Dalle strategie promosse in ambito internazionale...	16
...All'esperienza sul campo di Save the Children	17
Focus: Gli investimenti sulla nutrizione in Etiopia	19
Focus: Interventi a sostegno delle donne e delle adolescenti per combattere la malnutrizione	20
3. DA OGGI A DOMANI. INCREMENTARE GLI INVESTIMENTI: LA STRADA DA PERCORRERE VERSO GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE	22
Colmare il gap finanziario	28
E l'Italia? Primi segnali di ripresa nel campo della cooperazione	29
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	31
APPENDICE	32
1. Confronto dei tassi di mortalità materna e infantile relativi al 1990 e all'ultimo anno disponibile con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nei 75 Paesi più a rischio	32
2. Variazione dei dati per gli indicatori relativi al quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio	34
3. Variazione dei dati per gli indicatori relativi al quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio (target A)	35
4. Copertura media ottenibile per alcuni degli interventi salva-vita proposti da <i>Lancet</i> a seconda delle scelte di investimento	36
INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE	37
BIBLIOGRAFIA	38

PREFAZIONE

La prima volta che il nostro Responsabile Comunicazione - Filippo Ungaro - ha incontrato Assa, una giovane donna di 32 anni, in Mozambico, nel piccolo villaggio in cui vive, era l'agosto del 2014, poco più di un anno fa.

In quel momento Assa era incinta, stava vivendo le ultime settimane della sua gravidanza. Ma diversamente da tante altre donne che in quello stesso periodo, magari in altri Paesi lontani, stavano facendo la medesima esperienza con eccitazione e felicità, Assa era invece molto preoccupata ed ansiosa. Aveva paura di morire o, peggio, di vedere il suo piccolo appena nato morire.

In Paesi come il Mozambico sono ancora molte le donne che muoiono perché non adeguatamente assistite, 4.800 solo nel 2013, e circa 82.000 bambini sono morti prima di compiere 5 anni solo nel 2015. Bambini piccolissimi che non ce la fanno.

Infatti Assa, qualche tempo prima, aveva visto morire sotto i suoi occhi la sorella maggiore, incinta, per strada, mentre tentava di raggiungere la struttura sanitaria più vicina per partorire (ben 104 km di distanza dal loro villaggio). E così, mentre raccontava la sua storia a Filippo e agli Operatori Sanitari di Save the Children, seduta in terra davanti alla sua piccola casa, non voleva neanche immaginare un nome da dare al figlio che portava in grembo e che sarebbe nato nel giro di poche settimane. Aveva paura di dover partorire da sola e non sopravvivere, o ancor peggio temeva che quel bambino appena nato non sarebbe sopravvissuto oltre i primi giorni di vita per complicazioni neonatali che nessuno avrebbe potuto curare. Perché in Paesi come il Mozambico o l'Etiopia o il Malawi, nascere, sopravvivere, e poi crescere giorno dopo giorno e diventare grande, non è un fatto scontato.

Oggi sono 5,9 milioni i bambini nel mondo che muoiono prima di compiere 5 anni, per cause assolutamente prevenibili e curabili, malattie e disturbi comuni come il morbillo, la polmonite, o una semplice diarrea. Piccole vite che muoiono prima di crescere perché non hanno adeguata assistenza.

Per mesi ho ripensato ad Assa e a tutte le donne come lei che lottano per sopravvivere e far sopravvivere i loro bambini. Per anni ci siamo impegnati sul campo con i nostri progetti per fornire assistenza sanitaria, cure, protezione, informazioni per la prevenzione, cibo adeguato, acqua potabile a mamme e bambini. Come Organizzazione ci siamo battuti ogni giorno per contribuire al raggiungimento del 4° Obiettivo del Millennio e quindi a ridurre, entro il 2015, la mortalità infantile di 2/3 rispetto ai livelli del 1990 - quando i bambini che morivano erano il doppio, tantissimi.

Oggi, alla scadenza di quell'Obiettivo, il risultato sperato non è stato raggiunto, ma importanti passi avanti sono stati fatti e si è acquisita la consapevolezza che riuscire si può, si deve. E allora guardiamo avanti, ai nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile da raggiungere entro il 2030.

Come Organizzazione, ci impegneremo affinché nel 2030 nessun bambino debba morire prima di compiere 5 anni per malattie prevenibili, e nessuna mamma debba aver paura di partorire o di immaginare il futuro del figlio che sta per mettere al mondo, né tantomeno di dargli un nome.

Ma cosa è successo ad Assa?

Ebbene qualche settimana fa in Mozambico i nostri Operatori l'hanno incontrata di nuovo nelle loro periodiche visite ai villaggi in cui lavoriamo. E Assa oggi sta bene, è serena, ha partorito presso una struttura supportata da Save the Children, assistita da personale adeguato. Suo figlio oggi ha 1 anno, muove i suoi primi passi, è in salute, e - grande sorpresa! - ha anche lui un nome: si chiama Filippo. Sì, proprio come quell'uomo che Assa conobbe un anno fa e a cui confidò le sue paure. Un nome che le ricorda l'incontro,

ritenuto da lei fortunato, con il nostro Responsabile Comunicazione e i nostri Operatori Sanitari, che da allora l'hanno assistita.

Impegnarsi affinché nel 2030 i nuovi Obiettivi siano raggiunti, significa anche poter immaginare che per allora il piccolo Filippo avrà 15 anni e sarà quasi un uomo. È questa speranza che ci dà la forza per non mollare, e per credere che entro quel giorno nessun bambino verrà più escluso dalla possibilità di crescere, di essere assistito, curato, protetto, di andare a scuola in salute e di vivere la propria vita costruendo il proprio futuro.

#IONONMOLLO

Valerio Neri
Direttore Generale
Save the Children Italia Onlus



NUMERI

IERI

Erano **12,7** milioni i bambini sotto i 5 anni morti nel 1990.

Circa **500.000** le donne che nello stesso anno perdevano la vita per dare alla luce un bambino.

La maggior parte di questi decessi avveniva in contesti di povertà estrema.

OGGI

Sono **5,9** milioni i bambini morti nel mondo nel 2015 prima del compimento del quinto anno di età, circa 16.000 al giorno.

Il dato si è dimezzato rispetto al 1990, ma la variazione non è sufficiente per il raggiungimento del quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio¹.

Il **45%** di queste morti avviene nel periodo neonatale, cioè nel primo mese dalla nascita.

Di queste ben 2 milioni nella prima settimana di vita, 1 milione circa lo stesso giorno in cui il bambino viene al mondo². Per i bambini più poveri della popolazione il rischio di mortalità è di quasi 2 volte superiore rispetto ai più ricchi, di 1,7 volte maggiore per i bambini che vivono in aree rurali rispetto a quelli che vivono nei centri urbani³. La maggior parte di questi decessi avviene ancora per cause prevenibili: polmonite (17%), complicazioni per nascite pretermine (16%), complicazioni da travaglio e parto (11%), diarrea (8%), sepsi (7%), malaria (5%). La malnutrizione è concausa del 50% di queste morti⁴.

Oggi sono circa **161** milioni i bambini al di sotto dei 5 anni che ne soffrono, circa 1 su 4⁵.

La maggior parte di loro vive in Africa subsahariana e in Asia meridionale⁶.

Nel 2013 **289.000** donne hanno perso la vita per mettere al mondo un bambino, circa 800 al giorno⁷. Il tasso si è ridotto della metà dal 1990 ma ancora non è stato sufficiente, in molti casi, a raggiungere il quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio.

Il **95%** di queste morti avviene in 75 Paesi del mondo⁸.

DOMANI

Senza ulteriori accelerazioni negli attuali ritmi di riduzione delle morti infantili, circa 69 milioni di bambini rischierebbero ancora la vita entro il 2030, la metà nel periodo neonatale⁹. Eppure basterebbe un investimento aggiuntivo di 5 dollari a persona per anno in 75 Paesi per realizzare, entro il 2030, importanti risultati relativi alla salute di mamme e bambini¹⁰.

I benefici sociali ed economici che si otterrebbero risulterebbero 9 volte superiori rispetto ai costi sostenuti¹¹.

Oltre 100 milioni, secondo recenti stime, le morti infantili che si eviterebbero entro il 2035 col piano di investimenti aggiuntivi, 5 milioni le morti materne che sarebbe possibile prevenire.

¹ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

² UNICEF, WHO, WB, UNDESA Population Division (2015). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY

³ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

⁴ UNICEF, WHO, WB, UNDESA Population Division (2015). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY

⁵ Ci si riferisce in questo caso ai bambini affetti da *stunting*, una forma di malnutrizione cronica caratterizzata da un basso rapporto peso-età

⁶ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

⁷ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. UNFPA

⁸ <http://www.countdown2015mnch.org/>

⁹ UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division (2015). *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY

¹⁰ United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

¹¹ Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. *et al.*, on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

SINTESI

A 15 anni dall'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM), la comunità internazionale si è recentemente riunita¹² per verificare i progressi raggiunti e per lanciare i nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS) che guideranno i Paesi fino al 2030 per far fronte alle grandi sfide globali.

Dal 1990 a oggi¹³ rilevanti successi sono stati ottenuti nella lotta alla mortalità materna e infantile, ma per molti Paesi i risultati non sono stati sufficienti a raggiungere i traguardi sperati: la riduzione di 2/3 delle morti sotto il quinto anno di vita e di 3/4 delle morti materne¹⁴.

Nonostante il dimezzamento dei tassi registrato, sono ancora tanti i bambini che muoiono prima del compimento dei 5 anni e le donne che perdono la vita mettendo al mondo un figlio.

La maggior parte di queste morti avviene in contesti molto poveri e, quasi sempre, per cause prevenibili. Anche nei Paesi che hanno registrato le migliori performance persistono ancora forti differenze interne che escludono una parte della popolazione dai processi in corso.

Il report offre una visione del cammino intrapreso in questi 25 anni. Si sviluppa lungo un arco temporale che mette in risalto cosa succedeva ieri, cosa succede oggi e cosa può accadere domani.

In evidenza, i principali progressi registrati dal 1990 a oggi nella riduzione delle morti materne e infantili e i cambiamenti rilevati negli standard di vita. Il percorso condotto in questi anni, supportato anche dalla nostra esperienza sul campo, ha dimostrato che si sa come intervenire per migliorare le possibilità di sopravvivenza di mamme e bambini, quali sono i programmi e gli approcci risultati più efficaci nel contrasto alla mortalità; ma ha dimostrato anche che, nonostante i risultati raggiunti, permangono ancora forti differenze interne nell'accesso ai servizi di base. Risulta quindi necessario incentivare gli sforzi per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti ponendo maggiore attenzione, come ribadito recentemente anche in ambito internazionale, alla lotta alle disuguaglianze e alla capacità dei Paesi di far fronte alle crisi. I risultati non dovranno ritenersi raggiunti se non possono essere considerati tali per tutti. Resta, infine, uno scenario aperto su cosa potrebbe accadere domani. Salvare donne e bambini dalle morti prevenibili è un obiettivo ambizioso ma possibile. La strada intrapresa pone davanti a un bivio: gli scenari futuri dipenderanno dalla capacità dei Paesi di incanalare le risorse in modo efficiente e sostenibile. È dimostrato che un investimento addizionale di soli 5 dollari per persona nei Paesi che riportano i più alti livelli di mortalità può contribuire a salvare la vita di molte donne e bambini già nell'arco di una generazione. È necessario però un rinnovato impegno politico volto ad accelerare la corsa verso il 2030 e una maggiore attenzione nei confronti delle categorie più vulnerabili della popolazione.

Save the Children partecipa da anni alla battaglia contro la mortalità materna e infantile attraverso la campagna globale Every One nata per dire basta alle morti prevenibili di donne e bambini e per promuovere la salute delle mamme e dei loro piccoli.

L'Organizzazione ribadisce il suo impegno per porre fine a tante morti evitabili e per rafforzare il contrasto alle disuguaglianze affinché tutti possano essere coinvolti nei processi in atto e nessuno venga lasciato indietro.

* Le storie raccontate all'interno del report sono ispirate a quelle raccolte nell'ambito dei nostri progetti su campo. Le vicende, seppur verosimili, non corrispondono a casi specifici. Per cui ogni riferimento a fatti o a persone è da considerarsi puramente casuale.

¹² <http://www.un.org/en/ga/70/meetings/>

¹³ Si tenga conto che nonostante gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio siano stati adottati nel 2000, i progressi sono valutati a partire dal 1990, considerato l'anno base

¹⁴ <http://www.un.org/millenniumgoals/>

DA IERIA OGGI

**LE GRANDI SFIDE GLOBALI E
LA STRADA PERCORSA VERSO
GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO
DEL MILLENNIO**



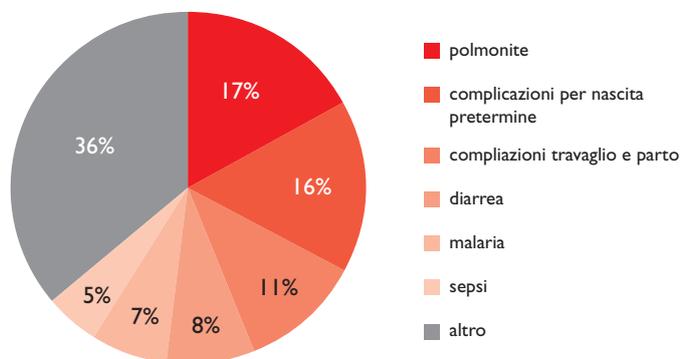
Malawi, 1990. Malaika nasce in un piccolo villaggio nei pressi di Lilongwe, una delle città più grandi del suo Paese, situata a sud-ovest, accanto al confine con Zambia e Mozambico. Proviene da una famiglia molto povera. La bambina ha perso la mamma mentre veniva al mondo a causa di una forte emorragia non gestita in tempo. Non è un caso raro là dove i parti avvengono dentro casa, senza l'aiuto di personale medico specializzato e in condizioni igienico sanitarie carenti. Il centro medico più vicino era lontano ore e la donna non era in grado di raggiungerlo in quelle condizioni. Questa gravidanza, troppo vicina alla precedente, non le aveva consentito di recuperare le forze necessarie. Quel che è successo alla piccola purtroppo è un fatto frequente nella zona in cui vive. Molte donne e bambini non sopravvivono al parto. Chi sopravvive, inoltre, va incontro a tante difficoltà per via del forte rischio di contrarre infezioni e malattie, complice un sistema immunitario molto debole anche a causa dell'alto tasso di malnutrizione. È per questo che molti bambini in questi posti non superano i 5 anni di vita. Anche la vita di Malaika è a rischio.

Italia, 1990. Mentre la piccola del Malawi lotta per sopravvivere, in Italia sta per essere accolta Bianca. E' una bambina di 3 kg, nata in perfetta salute da una famiglia che vive in condizioni agiate, in una città del Centro Italia. La bambina è nata in una clinica specializzata, assistita da personale medico qualificato. Il travaglio è stato piuttosto lungo ma la mamma era al sicuro. Dopo il parto i medici hanno subito fermato una lieve emorragia. La mamma adesso sta bene. Porta la bambina al petto e, dopo qualche minuto, inizia ad allattarla al seno. Poi, lei e la bambina vengono sottoposte a una visita di controllo. I 9 mesi precedenti sono stati un susseguirsi di visite. La donna aveva una leggera carenza di ferro ma ha subito iniziato una terapia per recuperare i parametri normali. Ha seguito una dieta bilanciata, per consentire al feto di ottenere tutti i micronutrienti necessari per un corretto sviluppo. Mamma e bambina stanno bene, staranno in osservazione un paio di giorni, poi potranno tornare a casa. La piccola non corre alcun rischio.

Nel 1990, globalmente, erano circa 12,7 milioni i bambini che perdevano la vita prima del compimento del quinto anno¹⁵. Circa 380 mamme ogni 100.000 bambini nati vivi morivano dando alla luce un figlio¹⁶. Questi decessi avvenivano quasi tutti in contesti molto poveri. Basti pensare che circa il 47% della popolazione dei Paesi in via di sviluppo, dove si registrava la maggior parte di queste morti, viveva in povertà estrema e cioè con meno di 1 dollaro al giorno. Dal 2000, con l'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nati per affrontare le grandi sfide globali, è stato possibile registrare incredibili passi avanti nella riduzione di questi tassi. Tra i diversi obiettivi che gli Stati si impegnavano a raggiungere entro il 2015, il quarto proponeva la riduzione della mortalità infantile e il quinto il miglioramento delle condizioni di salute delle madri. Oggi, a 15 anni da quella data, si tirano le somme. I progressi fatti hanno dimostrato che le morti premature e prevenibili di mamme e bambini si possono combattere, che tanti risultati sono stati raggiunti ma tanti ancora rimangono incompiuti. Nonostante i progressi, **la fine del 2015 non vedrà la riduzione prevista del 67% di morti infantili (OSM 4) e del 75% delle morti materne (OSM 5) rispetto al 1990, considerato l'anno base**¹⁷. Ancora continuano a morire nel mondo circa **5,9 milioni** di bambini di cui il 45% nei primi 28 giorni di vita.

E le cause sono tutte facilmente prevenibili: polmonite (17%), complicazioni per nascite pretermine (16%), complicazioni da travaglio e parto (11%), diarrea (8%), sepsi (7%), malaria (5%)¹⁸ (vedi figura 1). La malnutrizione è concausa di circa la metà di queste morti.

Figura 1. Principali cause di morte al di sotto del quinto anno di vita



Fonte: Unicef, 2015

I maggiori tassi si registrano in Africa subsahariana e in Asia meridionale (vedi figura 2). Le due aree sono riuscite a ridurre fortemente il numero di bambini che muoiono prima dei 5 anni ma, in entrambi i casi, i valori restano alti: 83 bambini su 1.000 in Africa subsahariana continuano a perdere la vita prima del compimento del quinto anno di età, 51 su 1.000 in Asia Meridionale. Tra i Paesi dell'area subsahariana 93 i casi in Costa d'Avorio, 96 in Niger. In Asia meridionale l'India registra ancora un tasso molto alto, contando 48 casi su 1.000 nati vivi.

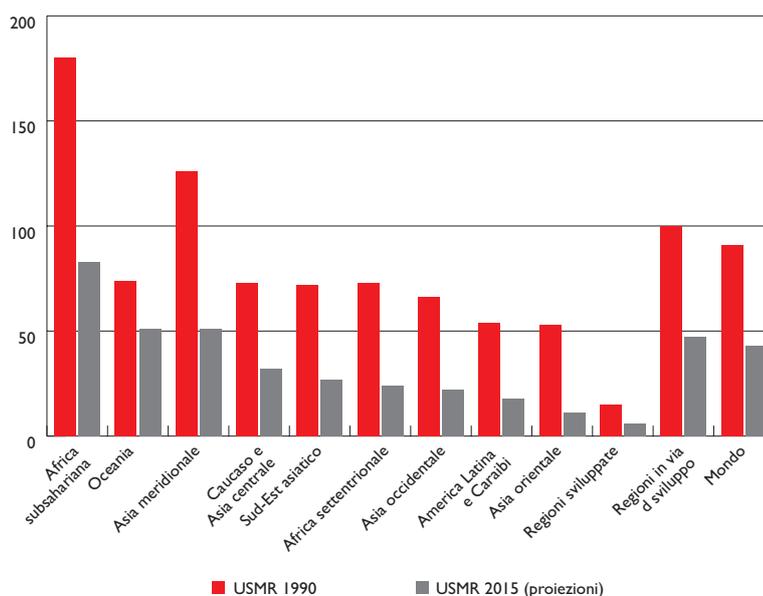
¹⁵ UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division (2015). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY

¹⁶ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. UNFPA

¹⁷ La riduzione è definita secondo quanto registrato dai tassi di mortalità materna e infantile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce "tasso di mortalità materna" il numero di donne morte su 100.000 bambini nati vivi, per cause legate alla gravidanza o aggravate da questa (con esclusione quindi delle cause accidentali). Si definisce invece "tasso di mortalità infantile" il numero di bambini, ogni 1.000 nati vivi, morti prima del quinto anno di vita. Tra questi casi si distinguono poi i casi di mortalità neonatale che avvengono invece nel primo mese dalla nascita.

¹⁸ UNICEF, WHO, WB, UNDESA Population Division (2015). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY

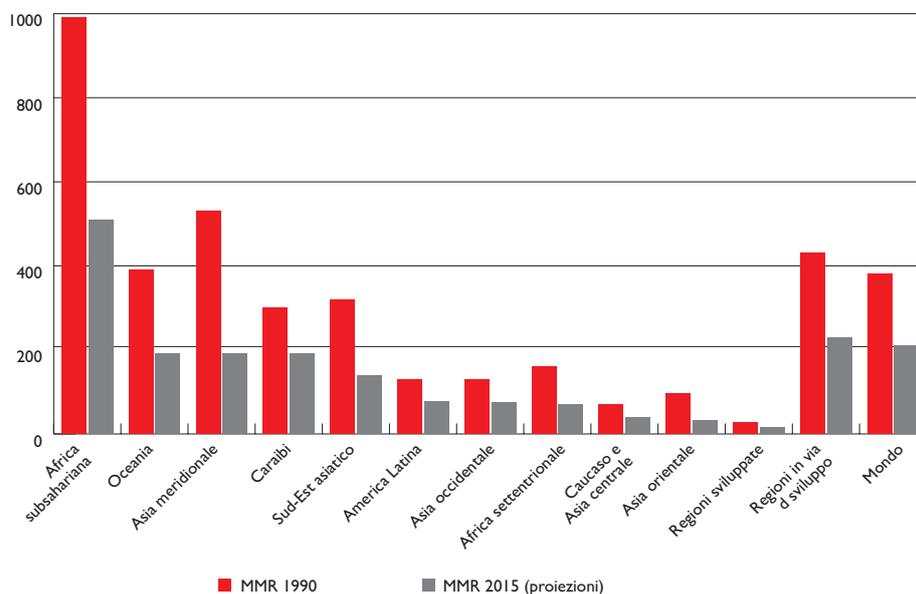
Figura 2. Confronto tra i tassi di mortalità al di sotto del quinto anno di vita (U5MR) registrati nel 1990 e nel 2015 nelle diverse aree geografiche



Fonte: UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

Ancora tante anche le donne che perdono la vita per mettere al mondo un bambino. In tutto, 289.000 solo nel 2013. I dati peggiori sono registrati nelle stesse aree che riportano anche i più alti tassi di mortalità infantile (come riportato in figura 3).

Figura 3. Confronto tra i tassi di mortalità materna (MMR) registrati nel 1990 e nel 2013 per le diverse aree geografiche



Fonte: UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

In Africa subsahariana muoiono 510 donne ogni 100.000 nati vivi con tassi ben al di sopra della media in molti Paesi: si pensi alla Repubblica Centrafricana (con un tasso pari a 880), al Ciad (990) o alla Sierra Leone (1.100). Schiacciante il confronto con i Paesi più sviluppati, dove le morti materne si attestano intorno ai 16 casi ogni 100.000 nati vivi contro le 230 nei Paesi in via di sviluppo.

A livello globale, l'11% dei parti interessa giovani adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Il 95% di queste gravidanze avviene nei Paesi a basso reddito, dove ancora si presta scarsa attenzione nei confronti della salute sessuale e riproduttiva della donna. Si tratta molto spesso di gravidanze con un alto rischio di complicazioni. Basti pensare che queste rappresentano, globalmente, la seconda causa di morte per ragazze entro questa fascia di età¹⁹. Le principali cause delle morti materne restano le gravi emorragie, l'alta pressione sanguigna e le infezioni, tutti fattori collegati allo scarso accesso alle cure mediche e alla salute riproduttiva. Si pensi che 225 milioni di donne ancora non possono usufruire di metodi di pianificazione familiare. **Nonostante l'aumento dei parti assistiti da personale medico specializzato (il 59% in più rispetto a quanto avveniva nel 1990), solo il 71% delle donne nei Paesi in via di sviluppo ne ha avuto accesso nel 2014. Circa 1 bambino su 4, quindi, è messo al mondo senza l'aiuto di operatori qualificati.** Forti le differenze regionali: il 90% in Africa settentrionale contro il 52% in Africa subsahariana, l'86% in Asia occidentale, l'82% nel Sud-Est asiatico, solo il 52% in Asia meridionale. Forti anche le differenze tra aree urbane e rurali, le maggiori in Africa centrale con l'84% di copertura nelle città contro il 32% delle zone rurali e in Africa occidentale (col 75% contro il 33%)²⁰. Circa la metà delle mamme nei Paesi più poveri non accede ancora alle 4 visite prenatali raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La mancanza di cure è causa della mancata diagnosi di problemi che possono provocare gravi conseguenze per il bambino, come la trasmissione di eventuali malattie e infezioni.

Tra i fattori che influenzano gli alti tassi di mortalità anche la malnutrizione in tutte le sue forme. Circa 795 milioni di persone nel mondo soffrono di denutrizione, la popolazione infantile risulta particolarmente colpita. Nel 2013 erano 161 milioni i bambini affetti da *stunting*, una forma di malnutrizione cronica, circa 1 su 4. La metà in Asia meridionale. Tra i Paesi più colpiti l'India e il Bangladesh dove ne soffre circa il 40% della popolazione infantile. Come sottolineato più volte da Save the Children, la malnutrizione produce i suoi effetti già in fase intrauterina provocando ritardi nello sviluppo del feto, con conseguenti ripercussioni sulle condizioni di salute del bambino e sul suo corretto sviluppo psico-fisico²¹. Dal 1990 al 2015 il numero di bambini affetti da malnutrizione è stato dimezzato ma tanti bambini ne soffrono.

Tra i Paesi in via di sviluppo, 75 in particolare riportano i dati peggiori²². È in questi Paesi, come riconosciuto dalle agenzie delle Nazioni Unite²³, che avviene circa il 95% delle morti materne e infantili e, per questo, sono quelli su cui si è maggiormente concentrata l'attenzione globale²⁴.

Solo pochi hanno già raggiunto o sono vicini al raggiungimento degli obiettivi di riduzione delle morti di mamme e bambini. Si riporta di seguito la tabella 1 che presenta, per alcuni di questi Paesi, i valori di mortalità materna e infantile riferiti al 1990 e all'ultimo anno per cui erano disponibili i dati. I valori sono confrontati con i tassi previsti dagli OSM. In verde si evidenziano poi i Paesi che hanno raggiunto o sono vicini al target previsto, in rosso quelli che sicuramente non riusciranno a raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo.

Si rimanda, infine, alla tabella riportata in appendice per una lista completa dei 75 Paesi.

¹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

²⁰ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

²¹ Save the Children (2014). *Nati per morire. L'indice del rischio di mortalità mamma-bambino*. Save the Children, Roma

²² UNICEF, WHO (2014). *Countdown to 2015. Fulfilling the health Agenda for women and children. The 2014 report*. WHO, Geneva

²³ UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO, and the World Bank (2014). *The H4+ partnership Joint support to improve women's and children's health*. UN

²⁴ <http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles>

Tabella I. **Confronto dei tassi di mortalità materna (MMR) e infantile (U5MR) relativi al 1990 e all'ultimo anno disponibile coi target degli OSM in alcuni dei Paesi a maggiore rischio**

	U5MR 1990	U5MR 2015	OSM4	MMR 1990	MMR 2013	OSM5
Afghanistan	181	91	60	1.200	400	300
Bangladesh	144	38	48	550	170	138
Repubblica Centrafricana	177	130	59	1.200	880	300
Etiopia	205	59	68	1.400	420	350
Malawi	242	64	81	1.100	510	275
Nepal	141	36	47	790	190	198
Sierra Leone	264	120	88	2.300	1.100	575
Somalia	180	137	60	1.300	850	325
Tanzania	165	49	55	910	410	228
Yemen	126	42	42	460	270	115

Fonte: elaborazione autore su dati UNICEF (2015) e WHO, UNICEF, UNFPA, WB and UNPD (2014).

Tra i Paesi che hanno già raggiunto i target previsti Etiopia e Malawi, dove Save the Children opera portando avanti piani integrati per la salute e la nutrizione di donne e bambini, focalizzando l'attenzione sulla cura delle mamme e sui piani di sicurezza alimentare. Nei due Paesi in particolare si è assistito a una forte riduzione delle morti al di sotto del quinto anno di vita. Se nel 1990 in Etiopia il tasso di mortalità infantile contava 205 morti ogni 1.000 nati vivi, oggi è sceso a 59 casi, raggiungendo il target di sviluppo. Stessa cosa in Malawi dove dai 242 casi del 1990 si è passati ai 64 del 2015. I dati sono ancora ben lontani da quanto succedeva già nel 1990 nei Paesi più sviluppati. Si pensi alla Finlandia dove si è passati da un tasso di mortalità infantile pari a 7 nel 1990 all'attuale di 2 morti su 1.000 nati vivi e a un tasso di mortalità materna attuale di 4 decessi per 100.000 nati vivi, 6 nel 1990. O ancora al nostro Paese: in Italia i tassi di mortalità materna e infantile contavano entrambi, in media, 10 casi nel 1990 poi ridotti, nel 2015, a 4 casi.

I fattori socio-economici che influenzano i tassi di mortalità

Per i Paesi ad alto rischio di mortalità i fattori da tenere sotto controllo rimangono **la povertà e le condizioni socio-economiche e ambientali** come l'accesso alle risorse, alle fonti di acqua potabile, ai servizi igienico-sanitari, **l'istruzione e le possibilità di accesso al mondo del lavoro**. Il contesto in cui avvenivano e avvengono tutt'oggi la gran parte delle morti materne e infantili parla chiaro: in Africa subsahariana ad esempio, dove il 41% della popolazione vive ancora con meno di un dollaro al giorno, si registra uno dei più alti tassi. In questi posti l'accesso alle risorse di prima necessità diventa spesso un problema. A livello globale circa 1 miliardo di persone, dal 1990 a oggi, sono uscite dallo stato di povertà estrema. Ma tanta gente, ancora, non ha accesso ai servizi di base. Se oggi il 90% della popolazione mondiale può usufruire di fonti d'acqua potabile – 2 miliardi e mezzo in più rispetto a 25 anni fa – ancora 663 milioni di persone non possono farne uso, 8 su 10 vivono nelle aree rurali. Se si considerano i dati riportati nel 1990, 2 miliardi di persone in più hanno accesso ai servizi igienico-sanitari, ma ammontano a 2,4 miliardi gli individui che tutt'oggi non possono accedervi; oltre la metà vive fuori dai centri urbani²⁵.

Sono importanti, come detto, anche fattori quali l'accesso all'istruzione e al mondo del lavoro, diritti che dovrebbero essere garantiti indistintamente alla popolazione femminile e maschile. Per quanto riguarda l'istru-

²⁵ Unicef, WHO (2015). *25 Years Progress on sanitation and drinking water. 2015 update and MDG assessment*. WHO, Geneva

zione, nei Paesi in via di sviluppo il tasso di iscrizione alla scuola primaria ha raggiunto, nel 2015, il 91% ed è cresciuta la proporzione di minori che completano il ciclo di istruzione primaria ma il rischio di abbandono scolastico è 4 volte più alto per i bambini provenienti dalle famiglie più povere rispetto a quelli provenienti dalle famiglie più ricche. 2/3 dei Paesi nelle regioni in via di sviluppo hanno raggiunto la parità di genere nell'educazione primaria ma ancora non è abbastanza. In più, nonostante i progressi nell'istruzione, le donne devono far fronte a maggiori difficoltà nell'accesso al lavoro retribuito, spesso con forti disparità salariali rispetto ai colleghi di sesso maschile. Migliorare l'accesso all'istruzione e al lavoro e favorire l'uguaglianza di genere nella sfera economica è prima di tutto una questione di diritto. Inoltre, per molti Paesi, è un importante veicolo per ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale.

Tutti i Paesi sono potenzialmente in grado di interrompere il circolo della povertà. I Governi che hanno ottenuto, in questi anni, i migliori risultati nella lotta alla mortalità e nel percorso di sviluppo sono quelli che hanno potuto contare su un buon tasso di **crescita economica** ma anche su **stabili condizioni socio-politiche**. Non sorprende che, tra i Paesi che hanno riportato maggiori difficoltà nel raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, spiccano i teatri di crisi.

FOCUS - La lotta alle morti materne e infantili nei Paesi in crisi umanitaria

Circa il 60% delle morti materne, il 53% delle morti infantili e il 45% dei decessi nel periodo neonatale avviene in Stati fragili e in contesti di crisi umanitarie. Circa il 60% del miliardo e mezzo di persone che vivono nei contesti più fragili ha meno di 25 anni²⁶.

Donne e bambini si stima siano esposti al rischio di perdere la vita in questi casi in misura ben 14 volte superiore rispetto a quanto può accadere a un uomo.

In **Afghanistan** la forte instabilità rischia di ostacolare i progressi verso gli Obiettivi del Millennio, peraltro ancora lontani dall'essere raggiunti²⁷. Stessa paura per la **Siria** dove, a 4 anni dall'inizio del conflitto, l'80% della popolazione è caduta in povertà. In questi contesti donne e bambini risultano essere tra le categorie più a rischio²⁸. A riportare dati migliori è il **Nepal** dove, dopo il terribile terremoto che lo scorso aprile ha sconvolto il Paese, grandi sforzi sono stati fatti dalle autorità nazionali e locali per rispondere alle necessità delle 126.000 donne incinte sopravvissute e dei 2 milioni di donne e ragazze bisognose di assistenza²⁹.

Tra i Paesi che hanno raggiunto i target del millennio ma che invece rischiano di subire gli effetti delle recenti crisi, lo **Yemen**, attualmente teatro di gravi conflitti. La drammatica crisi yemenita è stata aggravata dagli attacchi al porto di Hodeida che hanno bloccato gli accessi agli aiuti umanitari lasciando ben l'80% della popolazione in grave difficoltà e bisognosa d'assistenza. Come già denunciato dalla nostra Organizzazione, dall'inizio del conflitto a oggi sono stati uccisi 398 bambini, 5,9 milioni soffrono la fame, 7,3 milioni non hanno accesso alle cure mediche di cui hanno bisogno³⁰. Uno sguardo, infine, ai Paesi dell'Africa occidentale recentemente colpiti dal virus di Ebola. Solo in **Guinea, Liberia e Sierra Leone** la febbre emorragica ha causato, dall'inizio dell'epidemia a oggi, oltre 11.000 vittime tra gli oltre 27.000 casi registrati³¹. Il virus, già conosciuto dalla fine degli anni '70, ha evidenziato la necessità non solo di migliorare i sistemi sanitari, ma anche di rafforzarne le capacità di risposta in emergenza.

²⁶ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

²⁷ Save the Children, Centre for American Progress (2015). *Fragile Progress The Record of the Millennium Development Goals in States Affected by Conflict, Fragility, and Crisis*

²⁸ Syrian Centre for Policy Research (SCPR), (2015). *Syria. Alienation and violence. Impact of Syria crisis report 2014*. SCPR, UNDP, UNRWA

²⁹ United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

³⁰ http://www.savethechildren.it/IT/Tool/Press/All/IT/Tool/Press/Single?id_press=935&year=2015

³¹ <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-8-july-2015>

Risulta quindi necessario rafforzare gli investimenti indirizzati alla lotta alla povertà, alla promozione dei programmi di salute e di nutrizione, ma bisogna anche prestare **maggiore attenzione ai meccanismi di protezione sociale**³².

Si tratta di un set integrato di politiche pubbliche e di programmi volto a fornire strumenti utili per proteggere la popolazione dalle pesanti conseguenze di eventuali shock negativi capaci di incidere in modo sostanziale nella vita delle persone. Questi meccanismi pongono al centro le categorie della popolazione bisognose d'assistenza e generalmente marginalizzate; permettono di muovere risorse e promuovere misure volte a intervenire sulla povertà, sulla vulnerabilità e l'esclusione. La strategia però, per funzionare bene, necessita di una serie di riforme politiche promosse in parallelo, volte a indirizzare le cause della povertà, incentivare la qualità dei servizi di cura, istruzione e altri servizi di base, promuovere equità e inclusione sociale.

Il concetto di protezione sociale non riguarda esclusivamente i contesti fragili dove le condizioni delle categorie più deboli sono solo ulteriormente acuitizzate, ma tutti quelli con forti disuguaglianze interne.

Ancora oggi, all'interno di uno stesso Paese permangono forti disparità nell'accesso ai servizi di salute e al cibo. Se una fetta della popolazione è stata raggiunta dai servizi di base, un'altra fetta – piuttosto consistente – registra ancora dati non lontani da quelli riportati 25 anni fa. L'accesso alle cure mediche, ad esempio, varia fortemente dalle aree urbane alle aree rurali, i bambini che vivono in condizioni più disagiate hanno oltre il doppio delle possibilità di incorrere in problemi di malnutrizione rispetto ai coetanei più ricchi.

Oggi più che mai gli sforzi dei Governi devono concentrarsi per finire il lavoro iniziato con gli OSM ma superando i limiti di questi ultimi: **i risultati non dovranno ritenersi raggiunti finché non potranno considerarsi tali per tutti i gruppi della popolazione, senza distinzioni sociali e di reddito.**

L'Agenda 2030, adottata a settembre dalle Nazioni Unite³³, fa propri questi insegnamenti. L'approccio che orienterà i processi di sviluppo nei prossimi 15 anni fa perno sul principio di equità sociale e sul coinvolgimento delle categorie più vulnerabili nei processi in atto (*"leave no one behind"*). I Paesi dovranno quindi non solo raggiungere il risultato stabilito a livello aggregato ma anche a livello disaggregato, arrivare nelle comunità marginalizzate, raggiungere le categorie più deboli come i disabili, le minoranze, le fasce meno abbienti, le popolazioni rurali oltre che quelle urbane. Purtroppo, spesso, questi gruppi di popolazione sono esclusi dalle statistiche ufficiali per cui non si ha né una chiara visione della diffusione e dell'intensità di determinati fenomeni, né gli strumenti necessari per valutarne i cambiamenti.

I Governi dovrebbero quindi investire urgentemente in un efficace sistema di raccolta dati per assicurare che i progressi possano essere monitorati per tutti i gruppi e che nessuno possa essere più escluso. Dare priorità alla lotta contro le disuguaglianze è fondamentale affinché si realizzino effettivi progressi per l'intera popolazione.

FOCUS: Il sistema di raccolta dati, uno strumento fondamentale per monitorare i progressi

Ciò che permette di monitorare e valutare i progressi raggiunti è un'attenta raccolta di dati omogenei e attendibili che si dimostrino valido strumento di lettura di uno stesso fenomeno o dei cambiamenti in atto nei diversi Paesi. Molte delle aree più povere del pianeta non possono contare ancora su una piena copertura dei dati. Si pensi che in molti Paesi sono scarsi i dati relativi alle nascite, alle morti ed ai livelli di salute della popolazione. Circa 230 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni non sono mai stati registrati ufficialmente. La proporzione è di 1 su 3³⁴. Solo il 51% dei Paesi registra dati sulle cause di mortalità materna³⁵. La necessità di migliorare il processo di raccolta dati si fa oggi sempre più urgente. **Punto di forza dell'Agenda 2030 sarà la crescita inclusiva e la lotta alle disuguaglianze. Un simile obiettivo necessita di dati attendibili e dettagliati per un corretto monitoraggio dei fenomeni considerati** (ad esempio specifici per età, genere, fascia di reddito, etnia).

³² Save the Children (2015) *Malnutrition in Bangladesh. Harnessing social protection for the most vulnerable*. Save the Children, London

³³ <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit>

³⁴ UNICEF (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*, UNICEF, New York

³⁵ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

OGGI

**UN PASSO OBBLIGATO:
LA PROMOZIONE DEGLI
INTERVENTI SALVA-VITA PER
DIRE BASTA ALLE MORTI
PREVENIBILI**



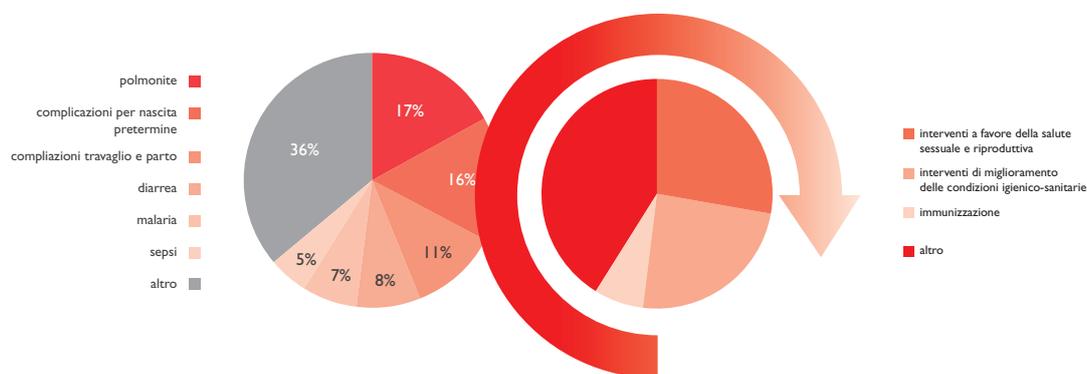
CREDITS: HANNAH MAULE-FFINCH/SAVE THE CHILDREN

Malawi, 2015. Oggi Malaika affronta la sua seconda gravidanza. Ha paura perché il suo primo bambino non ha superato i 28 giorni di vita. Nonostante nel villaggio dove vive la situazione sia migliorata rispetto a una ventina di anni fa, mamma e neonato rischiano ancora la vita. Malaika ha affrontato un percorso non facile in questi anni. Da bambina era affetta da una forma molto grave di malnutrizione che le ha causato problemi anche in età adolescenziale. Solo dopo un lungo periodo di cure, sostenute grazie a un'Organizzazione che opera nel villaggio, è riuscita a superare definitivamente il problema. Durante la seconda gravidanza, con l'aiuto degli operatori, Malaika è riuscita a sottoporsi a un paio di visite nel corso dei 9 mesi anche se, lo sa bene, avrebbe dovuto effettuare almeno 4 controlli. Per fortuna la strada costruita recentemente permetterà al medico del villaggio vicino di raggiungerla in tempo. L'Organizzazione la aiuterà inoltre a prendersi cura del suo piccolo. Intanto il medico è appena arrivato. Malaika adesso è tranquilla.

Italia, 2015. Alessandro potrebbe nascere nel giro di pochi giorni. Bianca è dal medico per l'ultima visita. E' la sua prima gravidanza. I parametri sembra vadano tutti bene. Ormai bisogna aspettare che il piccolo sia pronto. Bianca partorirà nella stessa clinica dove ha partorito sua madre. Rispetto a 25 anni fa la struttura si è dotata dei più moderni macchinari di monitoraggio dei parametri. Bianca ha avuto una grave infezione nel corso dei 9 mesi. Questa la diagnosi a seguito di una delle visite effettuate. Ma l'intervento tempestivo da parte del personale altamente qualificato della clinica ha risolto il problema senza conseguenze per la salute di mamma e bambino. Semplice routine per il centro specialistico. La futura mamma ha potuto affrontare gli ultimi mesi della gravidanza in modo sereno, senza alcun rischio per lei e per il piccolo.

Se nei Paesi più ricchi le morti prevenibili di mamme e bambini sono solo uno spettro lontano, nei Paesi a basso e medio reddito la riduzione dei pesanti tassi, si è visto, è solo una conquista recente. Ciò che ha reso possibile questo processo è stato un forte impegno politico nella lotta contro i principali fattori di rischio e il miglioramento dell'accesso ai servizi di base. Gli ultimi 15 anni hanno dimostrato che, ad esempio, il miglioramento delle condizioni di salute e nutrizionali, una maggiore attenzione alle condizioni igienico-sanitarie, l'incremento degli interventi di immunizzazione e di contrasto alle infezioni possono evitare tante morti prevenibili. Le complicazioni durante il travaglio e il parto, che rappresentano ben l'11% delle cause di mortalità infantile e risultano essere tra le principali cause di mortalità materna, possono essere evitate investendo maggiormente sul rafforzamento del sistema sanitario, sulla formazione di personale qualificato, sull'accesso universale ai servizi di salute. Sono tutte azioni da portare avanti oggi.

Figura 4. Alcuni interventi salva-vita per il contrasto alle principali cause di mortalità infantile



Fonte: elaborazione dell'autore

DALLE STRATEGIE PROMOSSE IN AMBITO INTERNAZIONALE...

Tra gli approcci risultati più efficaci nella lotta alle morti prevenibili, che racchiudono le conoscenze acquisite nel corso di questi anni, il *continuum of care* (vedi figura 5). Si tratta di un percorso continuo di cure, basato sulla promozione di buone abitudini e di semplici pratiche, che coinvolge mamme e bambini fornendo loro l'assistenza di cui hanno bisogno nelle diverse fasi della vita. Il *continuum of care* si protrae nel corso dell'intera esistenza della donna con particolare attenzione alla fase precedente al parto, al momento del travaglio e alle fasi direttamente successive, quelle in cui la salute della mamma è fortemente legata a quella del bambino. Una donna che affronta la gravidanza in salute offre già al bambino maggiori possibilità di sopravvivenza e di ingresso alla vita.

Il percorso inizia già in fase adolescenziale con la salute sessuale e riproduttiva. Causa delle nascite precoci e di complicazioni è a volte proprio la giovane età della madre combinata alle precarie condizioni di salute e nutrizionali. Sono circa 7,3 milioni le nascite che avvengono da madri adolescenti ogni anno, circa 20.000 al giorno. 2 milioni di loro hanno meno di 15 anni³⁶. Per queste ragazze la gravidanza rappresenta la seconda causa di morte. Posticipare l'età della prima gestazione è spesso una chiave essenziale per ridurre il numero di morti prevenibili.

³⁶ UNFPA (2013). Adolescent pregnancy: a review of the evidence. UNFPA, New York

Figura 5. Fasi essenziali del *continuum of care*

Fonte: WHO, <http://www.who.int/pmnch>

Il *continuum of care* si estende poi, come accennato, alle fasi del parto, a quella precedente e alla fase post-natale. Grande attenzione è rivolta soprattutto alla finestra dei **1.000 giorni**, quelli che vanno dal momento del concepimento ai primi due anni di vita del bambino. Questo periodo rappresenta una vera e propria finestra di opportunità, descrive il modo in cui il bambino verrà al mondo e le sfide che dovrà affrontare, mostrando l'incredibile legame esistente tra la salute della mamma e del figlio. In questa fase infatti il mancato accesso alle cure da parte della madre può incidere negativamente sulla salute del piccolo, così come una scarsa nutrizione in gravidanza può risultare tra le cause principali di *stunting* nel neonato. Si tratta di una forma molto grave di malnutrizione che altera il corretto sviluppo psico-fisico del bambino con rilevanti conseguenze sia in età infantile che in età adulta. È per questo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia alle future mamme di sottoporsi ad almeno 4 visite prenatali³⁷, il minimo necessario per garantire un corretto check-up nelle fasi più critiche, eventuali interventi di prevenzione e somministrazione delle terapie necessarie³⁸.

Il *continuum of care* si snoda poi in un percorso parallelo per la mamma e per il bambino, per garantire anche nelle fasi successive alla gestazione e al parto, livelli ottimali di salute. Si tratta di pratiche essenziali nel contrasto alla mortalità, attorno alle quali ruotano oggi i programmi per la salute proposti in seno ai grandi movimenti globali³⁹. **Anche se realizzato attraverso interventi diretti volti a incidere sulle principali cause di mortalità, l'approccio presuppone una serie di misure integrate che mirano a creare le condizioni per garantire il percorso di cura.** La strategia si muove quindi in parallelo con interventi volti a promuovere l'*empowerment* della donna e il suo accesso alle risorse e ai servizi, il miglioramento del sistema sanitario nel suo complesso e anche di altri settori chiave e di fattori di contesto a esso collegati.

...ALL'ESPERIENZA SUL CAMPO DI SAVE THE CHILDREN

In linea con gli sforzi condotti a livello internazionale, **Save the Children partecipa da anni alla battaglia contro le morti di mamme e bambini attraverso Every One, la campagna globale per dire basta alla mortalità infantile.** L'Organizzazione ha raggiunto, dal 2009 - anno di lancio di Every One - a oggi, ben 39 milioni di bambini con i programmi di nutrizione e 95 milioni di mamme e bambini con interventi di salute. Solo nel 2014 sono stati formati oltre 116.000 operatori sanitari, per un totale di quasi mezzo milione a partire dal lancio della campagna. In particolare **Save the Children Italia è attiva in 8 Paesi⁴⁰ dove lavora per promuovere l'adozione di interventi salva-vita soprattutto nelle aree dove le lacune dei deboli sistemi sanitari si fanno più evidenti.**

³⁷ http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/

³⁸ WHO, http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf, <http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/5-5-Antenatal-care-coverage-at-least-one-visit-and-at-least-four-visits.ashx>

³⁹ <http://www.everywomaneverychild.org/>

⁴⁰ Egitto, Etiopia, India, Malawi, Mozambico, Nepal, Pakistan e Uganda.

L'Organizzazione agisce da un lato supportando i Governi nella promozione di programmi e piani di investimento volti a garantire la copertura dei servizi necessari (in termini di disponibilità e di possibilità di utilizzo), dall'altro a fianco delle piccole comunità promuovendo un cambiamento dal basso e coinvolgendo tutti nei processi in atto. Molti dei progetti condotti da Save the Children nei Paesi più poveri mirano quindi a colmare i gap esistenti rafforzando i servizi disponibili, migliorando i meccanismi di risposta alle esigenze e riducendo le barriere d'accesso ai servizi per i gruppi più vulnerabili. È quanto succede ad esempio in **Egitto** dove l'Organizzazione interviene predisponendo unità sanitarie mobili per migliorare i servizi di assistenza medica anche nelle aree più lontane dai centri urbani o ancora in **Nepal** dove molti sforzi sono stati concentrati a favore delle comunità marginalizzate e più vulnerabili, spesso escluse dagli interventi. Dal 2012 al 2013, Save the Children ha identificato e curato nel Paese, attraverso i programmi globali, oltre 46.000 casi di malaria, diarrea e polmonite, tra le principali cause di mortalità sotto i 5 anni⁴¹.

L'assistenza da parte di personale qualificato, si è visto nel capitolo 1, è una delle chiavi essenziali per ridurre notevolmente la percentuale dei decessi, ma solo il 71% delle donne nei Paesi in via di sviluppo ne ha avuto accesso nel 2014, solo metà delle donne si sottopone alle 4 visite minime raccomandate nel periodo prenatale⁴². Per questi motivi, attraverso la campagna Every One, Save the Children interviene sul campo con personale specializzato per **formare operatori locali e informare le comunità in modo da garantire sempre alcune semplici cure capaci di evitare morti prevenibili**: attraverso, ad esempio, vaccinazioni nel periodo prenatale, somministrazione di micronutrienti, trattamenti preventivi antimalarici e test per infezioni dovuti a trasmissione sessuale. Gli operatori intervengono anche supportando le mamme al momento della nascita, attraverso la gestione del travaglio e del parto podalico. Poi, nella fase postnatale, **formando le mamme sui rimedi per prendersi cura dei loro neonati, dalle più basilari pratiche igieniche, sanitarie e alimentari** alle tecniche di assistenza a neonati sottopeso. L'assistenza da parte di personale medico specializzato è fondamentale infatti anche per introdurre la donna a **semplici pratiche salvavita che, a costo zero, si rivelano capaci di salvare la vita del piccolo**. Si tratta di piccoli accorgimenti come la **marsupio-terapia**, utile per prevenire l'ipotermia. Consiste nell'avvicinare il piccolo al proprio corpo al momento della nascita per ristabilire la temperatura corporea del bambino e permettere un primo contatto tra madre e figlio. O, ancora, la pratica di **allattamento al seno**. Soprattutto nei contesti più poveri, l'allattamento esclusivo al seno consente al bambino di ottenere tutte le sostanze nutritive di cui ha bisogno e di rafforzare il sistema immunitario del piccolo riducendo la possibilità di contrazione di malattie. Nei Paesi meno sviluppati solo il 46% delle mamme nutre il bambino col solo latte materno. Eppure aumenterebbe, si stima, di ben 14 volte le possibilità di sopravvivenza del bambino⁴³. **Save the Children interviene in molti di questi Paesi anche attraverso mirate azioni di advocacy volte a sensibilizzare le comunità** e le istituzioni sull'importanza di una corretta nutrizione. Tra i principali successi recentemente ottenuti su questo fronte, l'adozione di una legge da parte di alcune amministrazioni nelle province del **Pakistan** per la promozione dell'allattamento al seno, risultato di una lunga campagna di sensibilizzazione e di informazione condotta sul posto. Una buona nutrizione è necessaria in tutte le fasi del *continuum of care*. È inoltre necessaria, si è visto, per garantire al bambino un corretto sviluppo. Se alla nascita è indispensabile la pratica di allattamento al seno, risulta fondamentale nel periodo dello svezzamento un'introduzione bilanciata di alimenti solidi e semisolidi capaci di fornire al bambino tutte le sostanze di cui ha bisogno nel periodo della crescita. Eppure in alcune Regioni solo il 60% della popolazione infantile riceve un'alimentazione combinata tra i 6 e gli 8 mesi. Ancora una volta le peggiori

⁴¹ Save the Children (2015). *Save the children's lives. Campaigning works! Global Campaign Report 2015*. Save the Children

⁴² UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

⁴³ http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html

performance si registrano in Africa e in Asia. Tra i Paesi asiatici l'India col 56%, il Nepal col 66%⁴⁴. Tra gli africani la Somalia col 16%, Sierra Leone e Sud Sudan col 21%, il 49% in Etiopia dove però recentemente l'adozione dei programmi di nutrizione nazionale ha creato un clima favorevole per invertire la rotta⁴⁵.

FOCUS - Gli investimenti sulla nutrizione in Etiopia

In Etiopia la malnutrizione si stima sia concausa del 28% delle morti infantili. Nonostante i successi registrati negli anni nel contrasto alla mortalità, ancora oggi 2 bambini su 5 soffrono di *stunting*. Grandi le differenze tra gruppi della popolazione, col 46% di prevalenza del fenomeno nelle aree rurali contro il 32% nelle aree urbane. Causa della malnutrizione è in questi casi la dieta inadeguata dei bambini e delle mamme in gravidanza e la mancata disponibilità di cibo. Eppure quella etiopica è una società prevalentemente agricola, in cui la terra copre il fabbisogno di circa l'85% della popolazione. Nel Paese sono stati registrati grandi progressi nella corsa agli Obiettivi del Millennio. Il supporto di Save the Children è stato fondamentale per l'adozione, l'implementazione e la revisione della *National Nutrition Strategy (NNS)*. L'Organizzazione è intervenuta nel Paese rafforzando i meccanismi di lotta alla malnutrizione intervenendo già attraverso la "finestra di opportunità" dei primi 1.000 giorni, con grande attenzione nei confronti della salute materna e aiutando l'intera comunità a sfruttare il potenziale agricolo del Paese per rispondere ai bisogni nutrizionali di mamme e bambini.

La questione della malnutrizione è piuttosto articolata e riguarda non solo la disponibilità e l'accesso alle risorse, ma anche la capacità di saper sfruttare le proprietà degli alimenti. In molti Paesi asiatici, per esempio, è spesso provocata dallo scarso apporto nutritivo dei pasti, principalmente basati sul consumo di cereali⁴⁶. E' per questo che la lotta alla malnutrizione è uno degli interventi maggiormente supportati dall'Organizzazione in **India**, negli *slums* di Mumbai e nel Bengala Occidentale dove tante mamme vengono coinvolte nelle sessioni informative sulla preparazione di cibi altamente nutrienti e su corrette pratiche alimentari. La malnutrizione è tra le cause del circolo vizioso che alimenta la povertà per cui il contrasto a ogni sua forma, attraverso adeguati investimenti, risulta essenziale all'interno dei processi di sviluppo. Un'alimentazione povera ha non solo pesanti ripercussioni sullo sviluppo del bambino ma si ripercuote anche sulla vita sociale ed economica futura del piccolo per via delle possibili conseguenze sul rendimento scolastico e, di conseguenza, sulle prospettive lavorative. Save the Children ha da sempre condotto una forte azione di *advocacy* di fronte ai Governi dei Paesi in via di sviluppo per ribadire questi concetti, ottenendo spesso importanti successi. In **Nigeria**⁴⁷ ad esempio, il Governo ha stanziato lo scorso anno oltre 1 miliardo di dollari da investire in progetti a favore della nutrizione in seguito alle campagne promosse dalla nostra Organizzazione.

In ogni caso si tratta di investimenti che presuppongono il coinvolgimento dell'intera comunità nel processo di cambiamento e che, per funzionare, devono proporsi come sistemi integrati e multi-settoriali di sviluppo. Save the Children promuove da anni, in molti Paesi, piani integrati di sicurezza alimentare. Qui la cura alle forme di malnutrizione è affiancata alla promozione della capacità economica delle donne e alla gestione delle attività imprenditoriali. Grande successo è stato riscosso in Malawi e in Etiopia dove particolare attenzione è stata rivolta soprattutto alle adolescenti⁴⁸.

⁴⁴ UNICEF (2014), *The State of the World's Children 2015*. UNICEF, NY, <http://sowc2015.unicef.org/>

⁴⁵ Save the Children (2015). *Insight into nutrition in Ethiopia*. Save the Children (Ethiopia country office)

⁴⁶ FAO, IFAD and WFP. (2015). *The State of Food Insecurity in the World 2015. Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. FAO, Rome

⁴⁷ Save the Children (2014). *Every One. Quinto rapporto di aggiornamento*. Save the Children, Roma

⁴⁸ Save the Children (2015). *Starting from girls: they are the source to trigger a change!* Save the Children, Roma
Save the Children (2015). *Insight into nutrition in Ethiopia*. Save the Children (Ethiopia country office)

Coinvolgere le donne nei processi produttivi vuol dire anche posticipare l'età della prima gravidanza garantendo la salute sessuale e riproduttiva della donna, aumentandone le opportunità di istruzione e migliorando infine la salute materna e infantile.

FOCUS - Interventi a sostegno delle donne e delle adolescenti per combattere la malnutrizione

Nei Paesi in via di sviluppo sono tante le ragazze che contribuiscono alla vita familiare attraverso il lavoro nel settore agricolo, peraltro fondamentale strumento di lotta alla malnutrizione in questi Paesi⁴⁹.

Save the Children promuove in Malawi l'accesso delle adolescenti alle risorse economiche per rafforzare il loro ruolo, spesso invisibile, nel settore agricolo. Il coinvolgimento delle donne in età riproduttiva nel lavoro nei campi crea le condizioni per la riduzione della povertà e per l'*empowerment* della donna, con rilevanti conseguenze sullo stato nutrizionale dei figli e dell'intera comunità.

Stessa cosa in Etiopia. Tra i successi che Save the Children ha realizzato nel Paese, *Empowering New Generations to Improve Nutrition and Economic Opportunities (ENGINE)*, un progetto di sicurezza alimentare condotto in 4 regioni, che ha coinvolto in tutto oltre 3 milioni di bambini, milioni di donne in età riproduttiva e in gravidanza. L'obiettivo è stato quello di puntare sul potenziale agricolo del Paese coinvolgendo maggiormente le donne, tra le categorie spesso più escluse dai processi di produzione e, al tempo stesso, principali responsabili della nutrizione dei più piccoli. Il piano così pensato ha rafforzato fortemente il ruolo delle adolescenti nella comunità e le loro opportunità economiche. Il ruolo dell'Organizzazione è stato fondamentale per portare i successi dei piani di nutrizione in circa 100 distretti promuovendo quindi, in linea con l'obiettivo di non escludere nessuno dai cambiamenti in atto, l'integrazione anche delle comunità più povere ed emarginate nei processi di sviluppo. Sono risultate fondamentali, a questo scopo, le azioni di *advocacy* condotte per creare un clima politico, legale e sociale favorevole al cambiamento.

L'esperienza di questi anni ha mostrato come, anche in presenza di bassi livelli di reddito, può essere possibile comunque accelerare la corsa alla riduzione della mortalità al di sotto del quinto anno di vita attraverso scelte di investimento mirate e l'utilizzo di interventi dimostratisi particolarmente efficienti nel contrasto alla mortalità. Lo dimostrano i progressi registrati, come visto, in **Etiopia, Malawi** o anche in **Nepal**⁵⁰. In questi casi le scelte di investimento focalizzate su precisi obiettivi, l'utilizzo di strategie efficaci e la promozione di una crescita inclusiva hanno prodotto cambiamenti positivi permettendo il raggiungimento dei risultati citati.

Gli interventi salva-vita al centro della nuova Strategia Globale

Il potenziale degli interventi integrati di salute e nutrizione è stato fortemente promosso anche di recente in seno alle Nazioni Unite. Il Segretario Generale Ban-Ki-moon ha da poco lanciato la nuova Strategia Globale per la salute di donne, bambini e adolescenti (*Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' health*)⁵¹ che conferma l'importanza di investire in un sistema integrato di interventi salva-vita dimostratisi efficaci

⁴⁹ <http://www.fao.org/docrep/003/y6265e/y6265e03.htm>

⁵⁰ UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

⁵¹ United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

nel contrasto alla mortalità. Rispetto al documento adottato nel 2010⁵², il nuovo programma presta grande attenzione alle adolescenti e alle giovani mamme. La nuova Strategia guiderà la comunità internazionale nel conseguimento degli ambiziosi obiettivi che gli Stati hanno fissato per il 2030. Lo scenario rimane aperto. Questi ultimi 15 anni hanno insegnato che tante morti si possono prevenire. Oggi si sa come intervenire, ma la capacità di contrasto alla mortalità e di risposta alle esigenze della popolazione dipenderà molto dall'impegno concreto dei Governi nel raggiungimento di questi risultati e, di conseguenza, dalla loro capacità di investire in modo efficace nei settori citati e con un approccio inclusivo, senza che qualcuno resti escluso dal processo.

⁵² <http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/en/>

**DA OGGI
A DOMANI**

**INCREMENTARE GLI
INVESTIMENTI: LA STRADA
DA PERCORRERE VERSO
GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO
SOSTENIBILE**

Malawi, 2020... verso il 2030. Malaika tiene tra le braccia la sua piccola. Ha 5 anni e gode di buona salute. Subito dopo il parto l'Organizzazione che opera nel villaggio l'ha assistita nella cura della sua neonata. La piccola è stata allattata al seno e, nel periodo dello svezzamento, la mamma ha iniziato a introdurre il giusto apporto di nutrienti per il corretto sviluppo psico-fisico della bambina. Inoltre, gli operatori dell'Organizzazione hanno inserito Malaika in un progetto di sicurezza alimentare recentemente promosso. La donna ha potuto coltivare un pezzo di terra, raggiungendo quell'indipendenza necessaria per poter provvedere al fabbisogno suo e della sua bambina. Sa bene che la vita della piccola dipenderà domani dalle scelte che il suo Paese farà oggi. Se il Paese non effettuerà gli investimenti necessari, il suo villaggio rischierà ancora di contare le vittime. Se la situazione migliorerà la bambina potrà invece studiare, potrà scegliere che vita condurre. Se vorrà avere una famiglia, lei e i suoi figli non dovranno più rischiare la vita per cause prevenibili.

Italia, 2020... verso il 2030. I 5 anni di Alessandro sono diversi dai 5 della piccola nata in Malawi. Il bambino gode di ottima salute. I suoi genitori lavorano entrambi per garantirgli un futuro. Dal prossimo anno il piccolo inizierà già ad andare a scuola. Per i Paesi ad alto reddito queste condizioni rappresentano una garanzia per la maggior parte della popolazione. Sono il risultato non solo di investimenti produttivi fatti a beneficio della popolazione, ma anche di una certa stabilità politica ed economica. Il diritto alla sopravvivenza non dovrebbe però dipendere dal posto in cui si nasce. Il domani di Alessandro dovrebbe essere una certezza anche per la piccola del Malawi. Si tratta di una sfida collettiva. I risultati non sono facili ma raggiungibili. Anche il nostro Paese, insieme all'intera comunità globale, deve impegnarsi concretamente per far sì che questo accada.

L'esperienza acquisita nel corso degli ultimi 15 anni con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ha mostrato, si è visto, come semplici interventi siano capaci di cambiare in modo sostanziale le sorti di tante donne e bambini. Nell'Agenda 2030, quella che guiderà i Paesi nei prossimi 15 anni, gli obiettivi sulla salute materna e infantile confluiscono in un'unica grande sfida: realizzare le condizioni per una vita sana per tutti e a tutte le età. L'obiettivo è, una volta per tutte, quello di dire basta alle morti prevenibili, ma i target sono decisamente più ambiziosi dei precedenti: mantenere un tasso di mortalità materna al di sotto delle 70 morti per 100.000 bambini nati vivi, quello infantile al di sotto dei 25 casi per 1.000 nati vivi. Il nuovo obiettivo presta **maggiore attenzione anche alle morti entro il primo mese dalla nascita** che non dovrebbero superare 12 casi su 1.000 nati vivi. L'Agenda 2030 pone inoltre, tra gli obiettivi, l'accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e lo sradicamento definitivo di tutte le forme di malnutrizione⁵³. Questi risultati richiedono prima di tutto di incrementare gli sforzi rispetto a quanto fatto in passato mettendo ancora una volta al centro dei piani di sviluppo donne e bambini. Necessitano inoltre un ulteriore impegno nei confronti del contrasto alle disuguaglianze, uno sforzo nel garantire l'accesso ai diritti fondamentali e a un clima di pari opportunità da parte di tutte le donne, dove poter affermare la loro partecipazione nella sfera sociale, economica e politica, elementi fondamentali per realizzare cambiamenti sostenibili e di lunga durata. Si tratta di un percorso che richiede l'impegno e la collaborazione dei diversi attori coinvolti su più livelli: all'interno delle comunità, in ambito nazionale e internazionale.

I nuovi traguardi risultano ambiziosi, ma recenti studi⁵⁴ hanno dimostrato come questi risultati siano effettivamente raggiungibili. Save the Children è da anni impegnata in un dialogo attivo coi Governi, il caso etiope è un esempio, dimostrando come l'adozione effettiva di pacchetti di interventi integrati può realmente accelerare il raggiungimento dei progressi sperati.

È necessario, come già detto, concentrare gli sforzi sulle tipologie di interventi che hanno funzionato, favorire quei fattori di contesto necessari (attraverso ad esempio l'adozione di politiche mirate o in un contesto di stabilità politica), infine, garantire un piano di investimenti capace di supportare realmente e in modo sostenibile questa battaglia.

Recenti studi hanno quantificato i costi di questi interventi e i benefici che se ne otterrebbero, dimostrando che la strada è attualmente in salita ma si tratta di un percorso realizzabile⁵⁵. Si prendano ad esempio in considerazione i 75 Paesi più a rischio⁵⁶, quelli che ad oggi, nonostante i progressi realizzati, riportano i maggiori tassi di morti materne e infantili (circa il 95% delle morti di mamme e bambini avviene proprio in queste aree).

⁵³ UN (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. UN, New York

⁵⁴ United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. *et al.*, on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

The World Health Organization, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health and the University of Washington (2013). *A Global Investment Framework for Women's and Children's Health*. Geneva

UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

⁵⁵ Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. *et al.*, on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

⁵⁶ <http://www.countdown2015mnch.org/>

In questi Paesi si stima **basterebbe, in media, un investimento addizionale di circa 5 dollari a persona per anno - poco più di 4 euro - rispetto ai livelli di spesa attuale per realizzare rilevanti risultati entro il 2030 e per ottenere entro il 2035, e cioè nell'arco di una generazione, ulteriori risultati positivi sia in termini di vite salvate che di progresso economico e sociale per l'intera società**⁵⁷. Si tratta quindi di un investimento supplementare di poco più di 30 miliardi di dollari per anno, equivalenti a un incremento di circa il 2% sulla spesa corrente (considerati i livelli di spesa pro capite attuali per la salute).

Di seguito si riporta uno schema esemplificativo volto a mettere in luce i punti cardine del piano di investimenti necessari, dei possibili costi da affrontare e dei benefici previsti.

Lo schema, già proposto nell'ambito della Strategia Globale 2010-2015 e oggetto di studio da parte della *Lancet Commission on Investing in Health*, è stato recentemente riproposto nella nuova Strategia 2016-2030 con maggiore attenzione nei confronti delle adolescenti.

Figura 6. Ipotesi di investimenti chiave e benefici ottenibili in una generazione derivanti dall'attuazione della Strategia Globale

INVESTIMENTI		BENEFICI	
Investimenti in fattori chiave	<ul style="list-style-type: none"> • fattori politici (leggi, politiche e impegno a favore dell'accesso equo alle risorse) • fattori legati al sistema sanitario (servizi, gestione del personale) • impegno comunità (sensibilizzazione comunità) • innovazione (ricerca e sviluppo) 	Investimenti in interventi	<ul style="list-style-type: none"> • interventi rivolti a donne e adolescenti (salute sessuale e riproduttiva) • interventi rivolti a mamme e neonati (cure nel periodo prenatale, al momento del parto e nella fase direttamente successiva) • interventi rivolti ai bambini (salute, nutrizione e sviluppo)
Benefici in termini di salute e nutrizione	<ul style="list-style-type: none"> • vite salvate (morti materne, neonatali e infantili evitate) • salute acquisita (riduzione di malattie, disabilità e <i>stunting</i>) 	Benefici socio-economici	<ul style="list-style-type: none"> • maggiore sviluppo socio-economico (aumento del capitale umano, aumento produttività, impiego e reddito pro capite, riduzione costi legati alla salute) • capitale sociale e politico (per rafforzamento ruolo di donne e adolescenti) • benefici ambientali (attraverso riduzione della pressione della popolazione sulle risorse)

Fonte: elaborazione autore su studi proposti da Stenberg K., et al, (2014) e sulla base di quanto stabilito dalla Strategia Globale per la salute di donne, bambini e adolescenti

Gli investimenti, come si vede in figura 6, dovrebbero concentrarsi sull'insieme di interventi salva-vita risultati fondamentali nel contrasto alla mortalità e garantire inoltre l'attenzione ai fattori di contesto necessari per implementare gli interventi.

Uno studio proposto in concomitanza col lancio della prima Strategia Globale del 2010 e con la campagna per accelerare la riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile in Africa⁵⁸, ha raggruppato questi interventi in "pacchetti" rivolti alla salute delle adolescenti, delle mamme e dei bambini, offrendo una stima dei successi che gli investimenti aggiuntivi riuscirebbero a produrre.

Si tratta di sei pacchetti chiave. Il primo è legato all'accesso ai metodi di pianificazione familiare, il secondo alla salute materna e neonatale, il terzo, il quarto e il quinto sono invece legati alla prevenzione di malaria, alla trasmissione di HIV, all'immunizzazione. L'ultimo pacchetto infine, è pensato per la salute del bambino e quindi include, per esempio, pratiche di supporto all'allattamento al seno, alla somministrazione di vitamine, ai trattamenti contro la polmonite. Si tratta in tutto di 50 interventi capaci di salvare la vita a tante donne e

⁵⁷ The World Health Organization, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health and the University of Washington (2013). *A Global Investment Framework for Women's and Children's Health*. Geneva

⁵⁸ Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. et al., on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

bambini, alcuni dei quali possono essere realizzati a costo zero per il sistema sanitario: si pensi ad esempio alla marsupioterapia o ancora all'allattamento materno (si rimanda all'appendice 4 per una lista più dettagliata). Queste misure sono poi inserite in un piano di investimento che considera, oltre ai costi specifici dei diversi interventi (ad esempio dei vaccini, dei farmaci, dei test di laboratorio, la formazione e il supporto degli operatori), le stime dei costi per la fornitura di questi servizi a diversi livelli (e cioè i costi relativi all'assistenza sanitaria ambulatoriale e ospedaliera nelle strutture di primo intervento e negli ospedali) e per il rafforzamento del sistema sanitario (attraverso, ad esempio, la spesa per il miglioramento delle infrastrutture e dei meccanismi di *governance*).

Si stima che, **entro il 2035, la copertura di questi interventi potrebbe potenzialmente salvare la vita a 5 milioni di mamme, a oltre 100 milioni di bambini e prevenire circa 30 milioni di morti perinatali nei 74⁵⁹ Paesi considerati⁶⁰**. Circa 110 milioni in meno i casi di *stunting* tra la popolazione infantile. Inoltre, maggiore attenzione nel percorso individuato dal *continuum of care*, che migliora l'assistenza alle donne in età fertile (si veda cap.2), produrrebbe poi un calo degli aborti non sicuri da 20 a 5 milioni circa e una diminuzione nella trasmissione di HIV da mamma a bambino del 90% circa.

Ma, per raggiungere questi risultati, è necessario un ulteriore impegno finanziario. Un piano di investimenti mantenuto ai livelli attuali risulterebbe infatti insufficiente per raggiungere i traguardi sperati. È quanto rilevato dallo studio *Lancet* secondo cui le scelte di investimento possono produrre **tre scenari possibili** a seconda dell'entità degli stanziamenti destinati ai diversi interventi.

Nel primo caso, ipotizzando un piano di investimenti mantenuto ai livelli attuali, la copertura degli interventi non risulterebbe sufficiente. Se inoltre si ipotizzasse costante il ritmo di riduzione dei livelli di mortalità, sarebbero ancora 69 milioni circa i bambini che perderebbero la vita entro il 2030⁶¹.

Il **secondo scenario**, basato sull'ipotesi di un investimento aggiuntivo di circa 2,5 dollari US a persona per anno rispetto alla spesa attuale - circa 2 euro in più - genererebbe un miglioramento dei risultati, una copertura di circa il 60% degli interventi necessari, utile per prevenire 4 milioni di morti materne e oltre 100 milioni di morti infantili.

L'aumento delle morti evitate sarebbe conseguenza dell'accelerazione nella riduzione dei livelli di mortalità, del miglioramento delle condizioni di vita e dell'accesso ai servizi.

Infine, un **ultimo scenario**, ipotizzato in accordo ai trend migliori ottenuti in questi anni da alcuni Paesi, corrispondente a un investimento aggiuntivo di 5 dollari US circa rispetto ai livelli attuali di spesa, produrrebbe, entro il 2035, la copertura di quasi il 90% degli interventi. Si propone di seguito una tabella riassuntiva relativa al secondo e terzo scenario che riassume i costi aggiuntivi rispetto ai livelli di investimento attuale e i principali benefici che se ne otterrebbero, in termini di morti prevenute.

Solo il piano di investimenti aggiuntivi previsto dal terzo scenario permetterebbe la copertura di tutti i costi stimati per migliorare il sistema sanitario nel suo complesso.

⁵⁹ Si fa qui riferimento a 74 Paesi e non più a 75 perché il Sud Sudan è stato escluso dall'analisi per via della mancanza di dati

⁶⁰ Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. *et al.*, on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

⁶¹ UNICEF, WHO, WB, UNDESA Population Division (2015). Levels and Trends in child mortality. Report 2015. UNICEF, NY Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. *et al.*, on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)

Tabella 2. Possibili scenari futuri nei 74 Paesi ad alto rischio di mortalità materna e infantile in base alle scelte di investimento⁶²

Anno 2035 - Cosa succederebbe nei 74 Paesi ...		
	...nel secondo scenario...	...nel terzo scenario...
Stima costi	Se l'investimento aggiuntivo corrispondesse a 2,50 dollari US (circa 2 euro) a persona in più per anno	Se l'investimento aggiuntivo corrispondesse a 5 dollari US (circa 4 euro) a persona in più per anno
Utilizzati per sostenere:		
- costi specifici (ad esempio per farmaci, vaccini, trattamenti medici e test di laboratorio, training operatori)	6 miliardi US\$	12 miliardi US\$
- costi di fornitura dei servizi (ad esempio costi per l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, salari e attrezzature mediche)	3 miliardi US\$	10 miliardi US\$
- costi del sistema sanitario (ad esempio per la realizzazione o il miglioramento di infrastrutture, governance e gestione risorse)	8 miliardi US\$	8 miliardi US\$
Per un totale per anno di circa:	17 miliardi US\$	30 miliardi di US\$
Stima costi complessivi al 2035	428 miliardi US\$	678 miliardi US\$
Percentuale di copertura degli interventi di base	60%	88%
Stima delle morti prevenute al 2035:		
Infantili	85 milioni (38%)	147 milioni (65%)
Materne	2,8 milioni (33%)	5,4 milioni (62%)
Perinatali	17,8 milioni (25%)	32 milioni (46%)

Fonte: Stenberg K., et al., on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2014 (383)*.

Puntare sulla salute di donne e bambini ha un potenziale effetto positivo di lungo periodo legato all'aumento di capitale sociale e di capacità produttiva. Il miglioramento dei livelli di salute è responsabile per il 25% della crescita economica che molti Paesi hanno realizzato tra il 2000 e il 2011 perché legato al migliore sviluppo psico-fisico della popolazione, al miglioramento delle condizioni di vita e, di conseguenza, all'accesso a migliori opportunità. Diventa quindi vettore di importanti rendimenti economici che possono realizzarsi già nell'arco di una sola generazione. Si stima infatti che, **entro il 2035, ogni dollaro investito produrrebbe benefici circa 9 volte superiori come risultato della minore incidenza di malattie, della riduzione della mortalità e dell'incremento della capacità produttiva⁶³.**

⁶² I dati propongono la variazione nell'arco di una generazione, considerata dal 2013 al 2035

⁶³ Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. et al., on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2014 (383)*

I passi da fare sono essenzialmente due: puntare verso la convergenza⁶⁴ e poi spingere verso un miglioramento ulteriore dei trend⁶⁵. **La nuova Strategia Globale, centrata sul principio di lotta alle disuguaglianze che anima gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, prende le mosse dai risultati positivi ottenibili attraverso il piano di investimenti incrementali ma chiede uno sforzo aggiuntivo ad alcuni di questi Paesi. Si tratta di un potenziamento degli investimenti necessario per raggiungere la convergenza rispetto ai tassi riportati dai Paesi a medio reddito che registrano le migliori performance e finalizzato al raggiungimento dei target previsti per il 2030. Tra i 75 Paesi, ai 63 più poveri è richiesto di colmare un gap pari a circa 9,42 dollari per persona⁶⁶.**

Risulta quindi necessario promuovere l'impegno politico per accelerare gli attuali tassi di riduzione delle morti materne e infantili e garantire l'accesso universale ai servizi.

Sicuramente un piano così pensato si scontra in parte con un **gap finanziario** di base che però può essere colmato.

COLMARE IL GAP FINANZIARIO

Gli studi presentati mostrano che tutti i Paesi sono potenzialmente in grado di sostenere gli sforzi richiesti per incrementare il piano di investimenti, anche attraverso il supporto del canale pubblico e privato, a livello nazionale e internazionale. Inoltre, per far fronte al gap finanziario, recentemente sono stati proposti, in sede internazionale, nuovi meccanismi di finanziamento a supporto delle iniziative per la salute di adolescenti, mamme e bambini. Altro passo da compiere per colmare il gap resta poi la lotta alle frodi fiscali che, ogni anno, sottraggono ingenti somme alle sfide globali. Di seguito un focus dedicato a questi due strumenti.

Meccanismi di finanziamento a supporto della nuova Strategia Globale

La nuova Strategia Globale, che già negli anni passati poggiava sull'adozione di un quadro di investimenti globali ben specifico⁶⁷, trova oggi supporto nella *Global Financing Facility* (GFF)⁶⁸, la struttura dei Finanziamenti Globali legati alla salute riproduttiva materna neonatale infantile e delle adolescenti. Il piano è stato recentemente proposto a sostegno del movimento globale *Every Woman Every Child* - promotore della nuova Strategia - nell'ambito della recente *Financing for Development Conference* di Addis Abeba⁶⁹. La GFF nasce per identificare tempestivamente le risorse necessarie per gli interventi richiesti e mobilitare fondi pubblici e privati interni e internazionali attraverso il canale bilaterale e multilaterale, per sfruttare i canali di finanziamento disponibili e incentivare gli sforzi interni per dare nuovo stimolo ai cambiamenti in atto. Si tratta ancora di uno strumento in fase di definizione per cui alcuni punti vanno sicuramente chiariti. Ad esempio un punto critico riguarda il rischio che, attraverso i prestiti, i Paesi poveri possano ulteriormente indebitarsi o che la creazione di un nuovo meccanismo di finanziamento frammenti ulteriormente l'architettura degli aiuti in ambito sanitario. Nuovi sforzi dovranno essere compiuti affinché sia certa l'armonizzazione coi piani sanitari nazionali e affinché sia rispettato il principio di trasparenza. A questo proposito risulta importante investire maggiormente sui

⁶⁴ Boyle C.F., Levin C., Hatefi A., Madriz S., Santos N., (2014). *Achieving a Grand Convergence in Global Health: Modeling the Technical Inputs, Costs, and Impacts from 2016 to 2030*. Global Health 2035

⁶⁵ United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft

⁶⁶ World Bank (2015). *Global financing facility in support of every woman every child. Business Plan*. WB

World Bank (2014). *Global financing facility in support of every woman every child [Concept Note]*. WB

⁶⁷ The World Health Organization, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health and the University of Washington (2013). *A Global Investment Framework for Women's and Children's Health*. Geneva

⁶⁸ UN (2015). *Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child*. UN

⁶⁹ <http://www.un.org/esa/ffd/>

meccanismi di *accountability* dei Governi. Un'ultima riflessione riguarda i Paesi coinvolti in conflitti o in crisi umanitaria. Bisognerebbe pensare a un maggiore supporto per questi Paesi, alla concessione di donazioni più che di prestiti, a un rafforzamento dell'intero sistema guardando alle cause della crisi. Save the Children ha più volte ribadito come coinvolgere i Paesi più a rischio sia un passo fondamentale per la prevenzione delle morti evitabili e affinché tutti, indistintamente, siano coinvolti dai processi di cambiamento. Seppur non esente da critiche⁷⁰, la nuova struttura di finanziamento globale rappresenta comunque un ulteriore passo volto a realizzare il cambiamento in modo concreto e sostenibile.

Recuperare i fondi sottratti alle sfide globali attraverso la lotta all'evasione fiscale

Anche la lotta alle frodi fiscali può essere uno strumento importante per il recupero di ingenti somme di denaro che possono essere investite in modo produttivo. Si stima che globalmente circa 435 miliardi di dollari all'anno sono persi a causa di truffe ai danni dello Stato. Save the Children ha ribadito in un recente rapporto⁷¹ il grave danno che questi raggiri causano all'intero sistema. Basti pensare che in Africa circa 15 miliardi ogni anno vanno persi, l'equivalente del costo di quasi 2 milioni di operatori sanitari.

Si stima che in Mozambico la perdita di tasse per persona ammonti a circa 8,5 dollari, a 8 dollari in Uganda, ben oltre l'investimento necessario per migliorare i risultati di lotta alla mortalità. I circa 187 milioni di dollari persi in totale potrebbero salvare la vita a circa 30.000 bambini e a 2.000 mamme ogni anno⁷².

Nei Paesi in via di sviluppo queste cifre corrispondono a una perdita di circa l'1% del PIL ogni anno. Un prezzo che non possiamo permetterci se pensiamo che un investimento di appena lo 0,3% del PIL mondiale per anno (circa 267 miliardi di dollari, equivalenti a 239 miliardi di euro) sarebbe sufficiente a eliminare la fame nel mondo entro il 2030⁷³.

E L'ITALIA? PRIMI SEGNALI DI RIPRESA NEL CAMPO DELLA COOPERAZIONE

Il nostro Paese, in linea con gli sforzi globali, conferma il proprio impegno internazionale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'ultimo triennio ha segnato un'inversione di tendenza rispetto quanto successo tra il 2008 e il 2012, quando la drastica riduzione dei fondi italiani destinati all'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) aveva relegato l'Italia al penultimo posto tra i Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) per fondi erogati. Dal 2008 al 2012 l'APS è passato dallo 0,22% del RNL allo 0,14%, una soglia ben lontana dallo 0,51% raccomandato dall'UE. L'inadempienza rispetto agli impegni assunti in ambito internazionale era costata all'Italia anche un'ammonizione da parte del Comitato per gli Aiuti allo Sviluppo dell'OCSE. Il Governo Italiano ha però aumentato dal 2013 il livello di APS ed è tornato a contribuire al Fondo Globale per la lotta all'Aids, la tubercolosi e la malaria con uno stanziamento di 100 milioni di euro per il triennio 2014-2016. Il nostro Paese si è impegnato ad accrescere stabilmente il rapporto APS/RNL fino a raggiungere lo 0,28-0,31% nei prossimi due anni. Sebbene l'obiettivo dello 0,7% che doveva essere raggiunto nel 2015 risulti ancora lontano, i segnali di ripresa sono incoraggianti. A confermarlo è l'ultima *Peer review*⁷⁴, che guarda con favore ai primi cenni di recupero e anche alle recenti riforme condotte dal nostro Paese, a

⁷⁰ Usher A.D., (2015). *Nordic countries divided over Global Financing Facility*, *Lancet* (385)

⁷¹ Save the Children (2015). *Making a killing. How tax scams are robbing poor countries of life-saving healthcare*, Save the Children, London

⁷² Save the Children (2015). *Making a killing. How tax scams are robbing poor countries of life-saving healthcare*, Save the Children, London

⁷³ FAO, IFAD and WFP. (2015). *Achieving Zero Hunger: the critical role of investments in social protection and agriculture*. FAO, Roma

⁷⁴ OECD (2015). *Rapporto Peer Review dell'OCSE-DAC sulla Cooperazione allo Sviluppo dell'Italia*. OECD

cominciare dai lavori sulla Disciplina Generale per la Cooperazione allo Sviluppo⁷⁵. L'architettura base della cooperazione, rimasta in piedi per 27 anni, è stata da poco oggetto di una dovuta riforma che ha ridefinito ruoli e incarichi. Tra le maggiori novità, la creazione di un organo tecnico-operativo dotato di autonomia patrimoniale, l'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo, nuova responsabile del finanziamento, della gestione e del controllo delle iniziative di cooperazione. L'Agenzia dovrebbe alleggerire il carico di lavoro della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, fino a poco tempo fa figura preponderante dell'intera struttura. Dopo la ridefinizione dei ruoli, si è proceduto con l'adozione delle nuove linee guida⁷⁶ che hanno confermato, come obiettivo principale della politica di cooperazione, il contrasto alla povertà. In linea con gli impegni assunti con la *Muskoka Initiative* proposta nel 2010 per portare avanti la campagna per l'accesso universale alla salute e per il rafforzamento degli investimenti a favore della salute materno-infantile, l'Italia ha riconfermato la salute tra gli obiettivi dichiarati prioritari. La tematica è stata inoltre recentemente riportata al centro della politica di cooperazione italiana attraverso il riferimento più specifico proposto dai principi guida 2014-2016 per la salute globale⁷⁷, aggiornate a ottobre dello scorso anno. Nel documento è chiaro il riferimento alla protezione sociale e al contrasto alla disuguaglianza socio-economica e di genere. Altro segnale concreto dell'impegno in ambito sanitario è giunto dalla conferenza dell'Alleanza Globale per i Vaccini, GAVI, tenutasi a Berlino agli inizi del 2015. Il nostro Paese si è confermato fra i donatori della coalizione, importante strumento di contrasto alla mortalità infantile e per la riduzione della diffusione di malattie in una determinata area. In occasione della conferenza l'Italia ha rinnovato la promessa di destinare alla GAVI il 6% del totale dei fondi impegnandosi a stanziare, per i prossimi 5 anni, 100 milioni di euro aggiuntivi. Un passo importante considerando che si tratta di uno degli investimenti in salute maggiormente produttivi per via delle conseguenze positive in campo sociale ed economico. Grazie al pieno finanziamento della GAVI si stima che, entro il 2020, 6 milioni di bambini potrebbero essere salvati da morti prevenibili. Grande attenzione è stata rivolta anche nei confronti dell'attività svolta dal polo delle Nazioni Unite a Roma. Tra gli obiettivi prioritari dell'Italia, infatti, anche la lotta alla malnutrizione e la promozione della sicurezza alimentare, in linea coi dettati della *New Alliance to increase Food Security and Nutrition* del G8 di Camp David del 2012 e in continuità con quanto stabilito per l'Aquila *Food Security Initiative*. L'Italia quest'anno ha inoltre ospitato Expo 2015, la grande esposizione universale nata per affrontare il problema alimentare ed energetico a livello globale. Il nostro Paese è stato promotore della Carta di Milano, con cui si afferma con forza la responsabilità della generazione presente nel mettere in atto condotte e scelte che garantiscano la tutela del diritto al cibo anche per le generazioni future e nella promozione di misure volte a favorire l'accesso equo al cibo per tutti. Gli impegni nei confronti delle sfide globali sono stati rinnovati nel corso della terza conferenza internazionale di Addis Abeba sui finanziamenti allo sviluppo dove, durante uno degli incontri, il presidente del Consiglio Matteo Renzi ha lanciato una nuova e ambiziosa sfida per l'Italia: l'obiettivo del Governo sarà quello di arrivare, nei prossimi due anni, alla terza o quarta posizione nel mondo per la cooperazione⁷⁸. Un segnale importante che conferma l'impegno italiano di fronte ai grandi temi dello sviluppo. Tale impegno è stato recentemente riconfermato nel corso del Summit ONU sullo Sviluppo Sostenibile.⁷⁹

⁷⁵ <http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/Documentazione/NormativaItaliana/legge%2011%20agosto%202014%20n.%20125%20-.pdf>

⁷⁶ [http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/Documentazione/DocumentiNew/UN%20MONDO%20IN%20COMUNE%207%20agosto%20\(senza%20nota%20pag.3\).pdf](http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/Documentazione/DocumentiNew/UN%20MONDO%20IN%20COMUNE%207%20agosto%20(senza%20nota%20pag.3).pdf)

⁷⁷ http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/Documentazione/NormativaItaliana/2014-10-17_LG-salute%20globale.pdf

⁷⁸ <http://www.onuitalia.com/2015/07/15/renzi-al-g7-in-italia-nel-2017-terzi-o-quarti-nel-mondo-per-cooperazione/>

⁷⁹ <http://www.onuitalia.com/2015/09/27/renzi-allonu-italia-aumenta-fondi-a-cooperazione/>

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

La comunità internazionale ha recentemente adottato l'agenda di sviluppo che guiderà i Paesi nella lotta alle sfide globali per i prossimi 15 anni.

La strada fatta finora attraverso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ha permesso di individuare quali sono gli interventi che funzionano e quali quelli che vanno migliorati. Sono stati individuati priorità e bisogni; anni di esperienza hanno inoltre permesso di identificare precisi piani di azione dotati di grande efficacia. Il percorso fatto finora ha dimostrato anche che ulteriori sforzi sono necessari per garantire la salute e la nutrizione di donne e bambini e per dire basta a tante morti prevenibili. Sarà centrale in questo senso assicurare maggiore attenzione ai contesti fragili, quelli coinvolti da conflitti o dalle gravi crisi umanitarie e quindi ai soggetti più vulnerabili e marginalizzati.

L'obiettivo è quello di contare, domani, solo le morti evitate e non più quelle che potevano non avvenire. La volontà politica e gli investimenti economici in questi prossimi 15 anni saranno dunque responsabili delle sorti di tante donne, adolescenti e bambini. Sembra incredibile eppure, secondo recenti studi, basterebbero semplicemente 5 dollari in più a persona per anno - poco più di 4 euro - da qui al 2035 per coprire il costo degli investimenti necessari per dire basta a tante morti prevenibili.

È ormai evidente che investire sulle donne, i bambini e le adolescenti porti benefici sia in termini di salute che economici. È necessario però che tutti - Governi, donatori pubblici, settore privato, organizzazioni della società civile - siano coinvolti nel cambiamento e che tutte le fasce della popolazione, specie le più vulnerabili, siano incluse nei processi di sviluppo affinché nessuno venga lasciato indietro.

Save the Children invita pertanto tutti i soggetti responsabili a prendere parte al cambiamento in atto e, per questo, raccomanda che:

- la **comunità internazionale** realizzi gli impegni presi nel quadro dell'Agenda 2030, promuovendo e sostenendo l'impegno politico verso l'ambizioso target di porre fine alle morti neonatali e infantili prevenibili entro il 2030;
- i **Governi nazionali, in particolare quelli dei Paesi ad alto tasso di mortalità infantile**, perseguano tali obiettivi impegnandosi a sostenere e a implementare la nuova *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health* adottando un piano integrato di politiche e interventi per bambini, donne e adolescenti, volti a rafforzare i sistemi sanitari e a garantire a tutti l'accesso equo alle risorse. Migliorando i sistemi di *accountability* e dando adeguata attenzione alle regioni più marginalizzate, alle aree in conflitto o ai contesti più fragili attraverso investimenti ed iniziative specifiche;
- il **Governo Italiano** rilanci il proprio impegno in ambito internazionale, rispettando le promesse prese, ed in particolare il sostegno ai programmi di finanziamento globale e ai nuovi Obiettivi dell'Agenda 2030. Supporti la *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health* impegnandosi per la sua implementazione. Nel quadro del rinnovato interesse per i temi della salute e della nutrizione a livello globale dimostrato quest'anno anche nella cornice dell'Expo, l'impegno dell'Italia deve guardare sin da ora ai prossimi appuntamenti internazionali chiave in questo ambito tra cui il *Nutrition for Growth Summit* di Rio nel 2016 e al ruolo di leadership che avrà nel 2017 come guida del G7.

APPENDICE

I. Confronto dei tassi di mortalità materna e infantile relativi al 1990 e all'ultimo anno disponibile con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nei 75 Paesi più a rischio.

La tabella riporta, per i 75 Paesi più a rischio, i tassi di mortalità infantile e materna registrati tra il 1990 e l'ultimo anno per cui erano disponibili i dati. I valori sono poi confrontati coi target previsti dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Si evidenziano in verde i target raggiunti, in rosso quelli che i Paesi non hanno ancora raggiunto.

	USMR 1990	USMR 2015	OSM4	MMR 1990	MMR 2013	OSM5
Afghanistan	181	91	60	1.200	400	300
Angola	226	157	75	1.400	460	350
Azerbaijan	95	32	32	60	26	15
Bangladesh	144	38	48	550	170	138
Benin	180	100	60	600	340	150
Bolivia	124	38	41	510	200	128
Botswana	54	44	18	360	170	90
Brasile	61	16	20	120	69	30
Burkina Faso	202	89	67	770	400	193
Burundi	172	82	57	1.300	740	325
Cambogia	117	29	39	1.200	170	300
Camerun	138	88	46	720	590	180
Repubblica Centrafricana	177	130	59	1.200	880	300
Ciad	215	139	72	1.700	980	425
Cina	54	11	18	97	32	25
Comore	125	74	42	630	350	158
Congo, Rep.	94	45	31	670	410	168
Costa d'Avorio	153	93	51	740	720	185
Corea Rep.	43	25	14	85	87	21
Congo DR	187	98	62	1.000	730	250
Gibuti	119	65	40	400	230	100
Egitto	86	24	29	120	45	30
Guinea Equatoriale	190	94	63	1.600	290	400
Eritrea	151	47	50	1.700	380	425
Etiopia	205	59	68	1.400	420	350
Gabon	93	51	31	380	240	95
Gambia	170	69	57	710	430	178
Ghana	127	62	42	760	380	190
Guatemala	81	29	27	270	140	68
Guinea	238	94	79	1.100	650	275
Guinea-Bissau	229	93	76	930	560	233
Haiti	146	69	49	670	380	168
India	126	48	42	560	190	140

	U5MR 1990	U5MR 2015	OSM4	MMR 1990	MMR 2013	OSM5
Indonesia	85	27	28	430	190	108
Iraq	54	32	18	1.100	67	275
Kenia	102	49	34	490	400	123
Kirghizistan	65	21	22	85	75	21
Lao PDR	162	67	54	1.100	220	275
Lesotho	88	90	29	720	490	180
Liberia	255	70	85	1.200	640	300
Madagascar	161	50	54	740	440	185
Malawi	242	64	81	1.100	510	275
Mali	254	115	85	1.100	550	275
Mauritania	118	85	39	630	320	158
Messico	47	13	16	88	49	22
Marocco	88	28	27	310	120	78
Mozambico	240	79	80	1.300	480	325
Birmania	110	50	37	580	200	145
Nepal	141	36	47	790	190	198
Niger	328	96	109	1.000	630	250
Nigeria	213	109	71	1.200	560	300
Pakistan	139	81	46	400	170	100
Papua Nuova Guinea	89	57	30	470	220	118
Perù	80	17	27	250	89	63
Filippine	58	28	19	110	120	28
Ruanda	152	42	51	1.400	320	350
Sao Tome e Principe	111	47	37	410	210	103
Senegal	140	47	47	530	320	133
Sierra Leone	264	120	88	2.300	1.100	575
Isole Salomone	40	28	13	320	130	80
Somalia	180	137	60	1.300	850	325
Sudafrica	60	41	20	150	140	38
Sud Sudan	253	93	84	1.800	730	450
Sudan	128	70	43	720	360	180
Swaziland	75	61	25	550	310	138
Tagikistan	108	45	36	68	44	17
Togo	146	78	49	660	450	165
Turkmenistan	91	51	30	66	61	17
Uganda	187	55	62	780	360	195
Tanzania	165	49	55	910	410	228
Uzbekistan	72	39	24	66	36	17
Vietnam	51	22	17	140	49	35
Yemen	126	42	42	460	270	115
Zambia	191	64	64	580	280	145
Zimbabwe	76	71	25	520	470	130

Fonte: elaborazione autore su dati UNICEF (2015) e WHO, UNICEF, UNFPA, WB and UNPD (2014)

2. Variazione dei dati per gli indicatori relativi al quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio

La tabella riporta, per le diverse aree geografiche, la variazione dei valori relativi ai tre indicatori del quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio, registrata dal 1990 a oggi.

Paesi	Tasso mortalità al di sotto dei 5 anni (per 1.000 nati vivi)		Mortalità Infantile (entro il primo anno su 1.000 nati vivi)		% bambini (12-23 mesi) immunizzati contro il morbillo	
	1990	2015	1990	2015	1990	2013
Paesi sviluppati	15	6	12	5	84	93
Paesi in via di sviluppo	100	47	69	35	72	83
Africa settentrionale	73	24	56	21	84	96
Africa subsahariana	180	83	108	56	56	74
America Latina e Caraibi	54	18	43	15	-	-
Caucaso e Asia centrale	73	32	59	28	-	-
Asia orientale	53	11	42	9	98	99
(Asia orientale esclusa Cina)	27	14	21	11	-	-
Asia meridionale	126	51	89	41	57	76
(Asia meridionale esclusa India)	126	59	92	47	-	-
Sud-Est asiatico	72	27	52	22	70	89
Asia occidentale	66	22	50	19	79	83
Oceania	74	51	55	40	70	73
Mondo	91	43	63	32	73	84

Fonte: UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

Si propone di seguito una tabella più specifica che affianca ai valori di mortalità infantile il target previsto dall'Obiettivo di Sviluppo e il tasso di riduzione registrato. Si specifica poi, tra le morti al di sotto del quinto anno di vita, quelle avvenute entro il primo anno di vita (mortalità infantile) e entro il primo mese dalla nascita (mortalità neonatale).

Paesi/Indicatori	Tasso mortalità al di sotto dei 5 anni		OSM	Tasso riduz. %	Tasso Mortalità Infantile		Tasso Mortalità neonatale	
	1990	2015			1990	2015	1990	2015
Paesi sviluppati	15	6	5	3,7	12	5	8	3
Paesi in via di sviluppo	100	47	33	3,1	69	35	40	21
Africa settentrionale	73	24	24	4,4	56	21	31	14
Africa subsahariana	180	83	60	3,1	108	56	46	29
America Latina e Caraibi	54	18	18	4,4	43	15	22	9
Caucaso e Asia centrale	73	32	24	3,3	59	28	29	16
Asia orientale	53	11	18	6,3	42	9	29	6
(Asia orientale esclusa Cina)	27	14	9	2,7	21	11	12	7
Asia meridionale	126	51	42	3,6	89	41	57	29
(Asia meridionale esclusa India)	126	59	42	3,0	92	47	56	32
Sud-Est asiatico	72	27	24	3,9	52	22	28	13
Asia occidentale	66	22	22	4,3	50	19	29	12
Oceania	74	51	25	1,5	55	40	28	22
Mondo	91	43	30	3,0	63	32	36	19

Fonte: UNICEF (2015)

3. Variazione dei dati per gli indicatori relativi al quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio (target A)

La tabella mostra la variazione, registrata nel corso di tre anni, dei due indicatori relativi al target A del quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio.

Paesi/OSM	Riduzione di 3/4, dal 1990 al 2015, del MMR (morti su 100.000 nati vivi)			% nascite assistite da personale qualificato		
	1990	2000	2013	1990	2000	2014
Paesi sviluppati	26	17	16	-	-	-
Paesi in via di sviluppo	430	370	230	57	60	70
Africa settentrionale	160	110	69	47	69	90
Africa subsahariana	990	830	510	43	45	52
America Latina e Caraibi	140	110	85	81	88	92
Caucaso e Asia centrale	70	65	39	97	89	96
Asia orientale	95	63	33	94	97	100
(Asia orientale esclusa Cina)	47	66	54	-	-	-
Asia meridionale	530	360	190	32	38	52
(Asia meridionale esclusa India)	450	350	170	26	25	52
Sud-Est asiatico	320	220	140	49	66	82
Asia occidentale	130	97	74	62	72	86
Oceania	390	290	190	-	-	-
Mondo	380	330	210	59	61	71

Fonte: UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY

4. Copertura media ottenibile per alcuni degli interventi salva-vita proposti da *Lancet* a seconda delle scelte di investimento

La tabella elenca i 6 pacchetti proposti dallo studio *Lancet* per accelerare la riduzione dei tassi di mortalità e propone, a seconda delle scelte di investimento, la copertura media dei servizi ottenibile entro il 2035. Mantenendo basso il livello di investimenti (scenario 1) la disponibilità dei servizi risulterebbe ancora insufficiente. Un livello medio di investimenti (scenario 2), corrispondente a uno stanziamento aggiuntivo di circa 2,5 dollari, permetterebbe di registrare netti miglioramenti. La copertura dei servizi toccherebbe invece quasi il 90% nell'ultimo scenario, con un investimento aggiuntivo per anno di circa 5 dollari per persona.

	Copertura media ottenibile (%) entro il 2035		
	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Pacchetto 1: family planning			
Metodi di family planning	30,4	41,9	49,9
Pacchetto 2: salute materna e neonatale			
Integrazione micronutrienti		39,6	94,8
Assistenza qualificata durante travaglio	65	88,2	99
Rianimazione prenatale	27,9	53,3	84,3
Marsupioterapia	4,3	9,7	94,9
Cure neonatali essenziali	52,9	78,9	93,8
Antibiotici per la rottura pretermine delle membrane	43,6	74	93,5
Cure infezioni neonatali	22,7	56,3	86,5
Cure preventive postnatali	17,9	35,9	96
Gestione casi post-aborto	42,7	76,1	99,7
Pacchetto 3: malaria			
Materiali trattati insetticida	28	62,4	98,6
Zanzariere letto per donne incinte trattate con insetticida	26,2	100	100
Trattamento preventivo per donne incinte	36,1	100	100
Trattamento malarico bambini 0-4 anni	5,7	13	98,6
Trattamento malaria donne incinte	54,7	80,4	99,9
Pacchetto 4: HIV			
Prevenzione trasmissione mamma-bambino	36,9	82	82
Terapia per donne incinte	38,9	73,8	73,8
Terapia pediatrica	18,4	63	96
Pacchetto 5: immunizzazione			
Vaccino morbillo	79,5	89,8	99,9
Vaccino polio	81,2	81,6	81,6
Vaccino meningite	100	100	100
Pacchetto 6: salute infantile			
Vaccino tetano (donne incinte)	74,3	85,9	93
Terapia di reidratazione orale	39,7	51,7	98,6
Zinco per trattamento diarrea	1,2	51,7	98,6
Antibiotici trattamento dissenteria	31,9	52,8	98,4
Trattamento polmonite bambini 0-4 anni	45,5	74,5	99,5
Vitamina A trattamento morbillo 0-4 anni	66,5	75,8	98,8
Allattamento esclusivo al seno	30	54	90
Supporto alimentazione complementare	40,6	61,2	99,4
Gestione malnutrizione severa 0-4 anni	4,3	9,6	94,9
Integrazione vitamina A 6-59 mesi	66,2	78,1	98,8
Tutti gli interventi			
Copertura media sui 50 interventi	38,8	60,1	88,1

Fonte: Stenberg K., et al., on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2014 (383)*

INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE

Tabella 1 - Confronto dei tassi di mortalità materna e infantile relativi al 1990 e all'ultimo anno disponibile coi target degli OSM in alcuni dei Paesi a maggiore rischio

Tabella 2 - Possibili scenari futuri nei 74 Paesi ad alto rischio di mortalità materna e infantile in base alle scelte di investimento

Figura 1 - Principali cause di morte al di sotto del quinto anno di vita

Figura 2 - Confronto tra i tassi di mortalità al di sotto del quinto anno di vita (U5MR) registrati nel 1990 e nel 2015 nelle diverse aree geografiche

Figura 3 - Confronto tra i tassi di mortalità materna (MMR) registrati nel 1990 e nel 2013 per le diverse aree geografiche

Figura 4 - Alcuni interventi salva-vita per il contrasto alle principali cause di mortalità infantile

Figura 5 - Fasi essenziali del *continuum of care*

Figura 6 - Ipotesi di investimenti chiave e benefici ottenuti in una generazione derivanti dall'attuazione della Strategia Globale

BIBLIOGRAFIA

- Boyle C.F., Levin C., Hatefi A., Madriz S., Santos N., (2014). *Achieving a Grand Convergence in Global Health: Modeling the Technical Inputs, Costs, and Impacts from 2016 to 2030*. Global Health 2035
- FAO, IFAD and WFP. (2015). *The State of Food Insecurity in the World 2015. Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. FAO, Rome
- FAO, IFAD and WFP. (2015). *Achieving Zero Hunger: the critical role of investments in social protection and agriculture*. FAO, Roma
- Jamison D.T., Summers L.H., Alleyne G., et al. (2013). *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet*
- OECD (2015). *Rapporto Peer Review dell'OCSE-DAC sulla Cooperazione allo Sviluppo dell'Italia*. OECD
- PMNCH, WHO, World Bank and AHPSR. (2014). *Success Factors for Women's and Children's Health: Policy and programme highlights from 10 fast-track countries*. WHO, Geneva
- Save the Children (2014). *Every One. Quinto rapporto di aggiornamento*. Save the Children, Roma
- Save the Children (2014). *Nati per morire. L'indice del rischio di mortalità mamma-bambino*. Save the Children, Roma
- Save the Children (2015). *Making a killing. How tax scams are robbing poor countries of life-saving healthcare*, Save the Children, London
- Save the Children (2015) *Malnutrition in Bangladesh. Harnessing social protection for the most vulnerable*. Save the Children, London
- Save the Children (2015). *Starting from girls: they are the source to trigger a change!* Save the Children, Roma
- Save the Children (2015). *Insight into nutrition in Ethiopia*. Save the Children (Ethiopia country office)
- Save the Children (2015). *Save the children's lives. Campaigning works! Global Campaign Report 2015*
- Save the Children, Centre for American Progress (2015). *Fragile Progress The Record of the Millennium Development Goals in States Affected by Conflict, Fragility, and Crisis*
- Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I. et al., on behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's and Children's Health (2014). *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*. *Lancet* 2014 (383)
- The World Health Organization, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health and the University of Washington (2013). *A Global Investment Framework for Women's and Children's Health*. Geneva
- UN (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. UN, NY
- UN (2015). *Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child*. UN
- UN (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. UN, New York
- UNDP (2014). *Gender equality strategy 2014-2017. The future we want: rights and empowerment*. UNDP, NY
- UNFPA (2013). *Adolescent pregnancy: a review of the evidence*. UNFPA, New York
- UNFPA, (2013). *The State of the World Population: Motherhood in Childhood*. UN, NY

- UNICEF, (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*. UNICEF, New York
- UNICEF (2014), *The State of the World's Children 2015*. UNICEF, NY
- UNICEF, WHO (2014). *Countdown to 2015. Fulfilling the health Agenda for women and children. The 2014 report*. WHO, Geneva
- UNICEF, WHO (2015). *25 Years Progress on sanitation and drinking water. 2015 update and MDG assessment*. WHO, Geneva
- UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division (2015). *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015*. UNICEF, NY
- United Nations Secretary-General, (2015). *Survive, Thrive, Change. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, Final Draft
- Usher A.D., (2015). *Nordic countries divided over Global Financing Facility*, *Lancet* (385)
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. UNFPA
- You D., Hug I., Ejdemyr S. et al. for the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2015). *Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. *Lancet*

Save the Children è la più importante organizzazione internazionale indipendente dedicata dal 1919 a salvare i bambini in pericolo e a promuovere i loro diritti, subito e ovunque, con coraggio, passione, efficacia e competenza.

Esiste dal 1919 ed opera in 119 Paesi per garantire a tutti i bambini salute, protezione, educazione, sviluppo economico, sicurezza alimentare e promuovere la partecipazione di tutti i minori. Inoltre risponde alle emergenze causate da conflitti o catastrofi naturali.

Nell'ottobre 2009 ha lanciato **Every One**, una grande campagna internazionale per dire basta alla mortalità infantile e raggiungere, entro il 2015, milioni di bambini e donne in età riproduttiva attraverso progetti di salute e nutrizione, realizzati in oltre 40 Paesi del mondo.



Save the Children

Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus
Via Volturmo 58 - 00185 Roma
tel +39 06 4807001
fax +39 06 48070039
info.italia@savethechildren.org

www.savethechildren.it