

LA MORTALITÀ INFANTILE E L'IMPATTO DELLA MALNUTRIZIONE



Save the Children
**EVERY
ONE**

 **Save the Children**
Italia ONLUS

A cura di
Maria Pizzini

Con il contributo di
Francesco Aureli
Elena Avenati
Vittoria Pugliese

**Si ringraziano per i loro
suggerimenti e contributi**
Barbara Bale
Simon Wright
Delphine Valette

Editig a cura di
Alessia Borrelli
Michele Prospero
Emanuela Salvatori

Traduzione a cura di
Irene Amodei

Foto
Save the Children

Grafica
AC&P SRL

Stampa
Arti Grafiche Agostini

Pubblicato da
Save the Children Italia Onlus
Ottobre 2010



Save the Children

Italia ONLUS

Via Volturmo 58
00185 Roma
tel +39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info@savethechildren.it

www.savethechildren.it



INDICE

1.	SINTESI	4
2.	INTRODUZIONE	6
3.	MORTALITÀ MATERNA, NEONATALE ED INFANTILE	9
4.	L'ASSASSINO NASCOSTO - LA MALNUTRIZIONE	15
5.	LE SOLUZIONI: COMBATTERE LA MORTALITÀ MATERNA, NEONATALE E INFANTILE	21
6.	SI PUÒ E SI DEVE FARE: I PROGRESSI FATTI E LE INIZIATIVE PER ACCELERARE L'AZIONE IN FAVORE DELLA SOPRAVVIVENZA INFANTILE E DELLA LOTTA ALLA FAME	29
7.	CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	35
8.	NOTE	37

PREFAZIONE

La campagna Every One di Save the Children rappresenta un importante contributo per il miglioramento delle condizioni di vita dei bambini del pianeta. Essa spiega infatti, in modo chiaro ed inequivocabile, gli effetti devastanti che la malnutrizione provoca sui bambini, sulle loro madri e sulle comunità in cui vivono. Lascia però anche spazio ad un cauto ottimismo, dimostrando che attraverso interventi di provata efficacia e a basso costo è possibile evitare la morte di milioni di bambini ogni anno, garantire loro l'accesso all'istruzione e migliorarne i risultati scolastici, ridurre il peso che grava sui sistemi di assistenza sanitaria e fare in modo che sempre più bambini siano in grado di realizzare a pieno il loro potenziale.

Save the Children sta già dando il buon esempio: favorisce un approccio alla sicurezza alimentare e alla nutrizione che permetterà ai bambini e alle loro famiglie di vivere una vita attiva e sana, e allinea i propri programmi agricoli, di protezione sociale, sanitari ed educativi in modo da assicurare sempre l'accesso - fisico, sociale ed economico - ad un'alimentazione sufficiente, sana e nutriente.

La campagna Every One è un appello ad agire. Il sistema delle Nazioni Unite, incluse le agenzie con sede a Roma, stanno lavorando assiduamente con le comunità, i governi nazionali, i donatori internazionali, la società civile e il settore privato per arrivare a realizzare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Solo lavorando insieme, però, si può sperare di lottare con successo contro la malnutrizione infantile. Ognuno di noi deve assumersi questa responsabilità; ognuno di noi può fare la differenza.



David Nabarro

*Rappresentante Speciale
del Segretario Generale delle Nazioni Unite
per la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione*

LA STORIA IN NUMERI

8,1 MILIONI

Il numero di bambini morti nel 2009 prima di aver compiuto cinque anni.¹

1 OGNI 3

I bambini morti al di sotto dei cinque anni a causa della malnutrizione.²

4 OGNI 1000

La probabilità che un bambino italiano ha di morire prima di aver compiuto cinque anni.³

209 OGNI 1000

La probabilità che un bambino che vive in Chad ha di morire prima di aver compiuto cinque anni.⁴

75%

La percentuale di neonati che in Afghanistan muore prima di aver compiuto il primo anno di età, pur sopravvivendo alla morte della madre.⁵

195 MILIONI

I bambini affetti da una forma cronica di malnutrizione conosciuta come rachitismo - un terzo dei bambini al di sotto dei cinque anni nei paesi in via di sviluppo.⁶

33 MESI

Il periodo critico compreso tra il concepimento e il compimento dei due anni di vita, superato il quale non è più possibile combattere gli effetti della malnutrizione cronica.⁷

10

Il numero di volte in più che un bambino gravemente sottopeso ha di morire rispetto a quelle che avrebbe se rientrasse nel peso medio previsto per la sua età.⁸

10

I paesi con il numero più alto di bambini affetti da malnutrizione cronica e che contano il 65% della piaga globale del rachitismo - India, Cina, Nigeria, Pakistan, Indonesia, Bangladesh, Etiopia, Repubblica Democratica del Congo, Filippine, Tanzania.⁹

15

Il numero di volte in meno che un bambino ha di morire di polmonite se nei primi sei mesi di vita è stato allattato al seno in modo esclusivo.¹⁰

80%

La percentuale di reddito che le famiglie povere delle aree rurali devono dedicare all'acquisto di beni alimentari.¹¹

20%

La percentuale di reddito che una famiglia italiana dedica all'acquisto di beni alimentari.¹²



SINTESI

Nonostante gli incredibili progressi tecnologici e un livello di benessere che non ha precedenti, viviamo in un'epoca in cui si stima che oltre 8 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto i cinque anni di età. Oltre il 40% di questi bambini muore entro il primo mese di vita.¹³ E la cosa più vergognosa è che la maggior parte di questi bambini muore a causa di malattie e condizioni fisiche che sarebbe stato facile ed economico prevenire - grazie a tecnologie di base e pratiche che sono disponibili da decenni. Ogni anno, lontano dai laboratori di ricerca e dall'attenzione dei media, quasi 4 milioni di bambini in Africa, 3,7 milioni in Asia e poco meno di un quarto di milione di bambini in America Latina e nei Caraibi perde la sua battaglia per la sopravvivenza.¹⁴ Queste morti non sono casuali, ma al contrario fortemente influenzate da fattori come il luogo dove questi bambini sono nati, il benessere e la condizione sociale delle loro famiglie, lo status delle loro madri e, più importante ancora, dalla misura in cui le politiche dei governi sostengono il diritto di ogni bambino alla sopravvivenza e ad un'alimentazione adeguata.¹⁵

Queste morti sono anche fortemente influenzate dalla condizione nutrizionale dei bambini. La malnutrizione è alla base di un terzo di tutte le morti sotto i cinque anni.¹⁶ Quando un bambino soffre di malnutrizione il suo corpo si indebolisce e il suo sistema immunitario diventa ancora più vulnerabile. I bambini malnutriti oppongono meno resistenza alle malattie mortali e hanno meno probabilità di riprendersi. *Un bambino ha una probabilità 10 volte più alta di morire se è gravemente sottopeso rispetto ad un bimbo che rientra nel peso medio previsto per la sua età ed ha una probabilità due volte e mezzo più alta di morire se è moderatamente sottopeso.*¹⁷ Eppure l'attenzione prestata sinora alla correlazione tra condizione nutrizionale del bambino e la sua conseguente sopravvivenza è ancora molto bassa.

Noi sappiamo quali sono le malattie responsabili di queste morti e comprendiamo il nesso vitale che vi è tra nutrizione e sopravvivenza infantile. Sappiamo dove vivono i bambini più a rischio e sappiamo come salvarli. L'unica domanda che resta ancora senza risposta è se ci decideremo a fare qualcosa o no. La scadenza per la realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) - tra cui l'obiettivo di ridurre il tasso di mortalità infantile di due terzi e di ridurre il numero dei bambini sottopeso della metà - è vicina: mancano solo cinque anni. Non c'è più tempo da perdere!

Il 2010 è stato un anno molto importante per la riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile. Governi, organizzazioni internazionali, società civile e settore privato hanno lanciato, in maniera forte e chiara, lo stesso messaggio: questa ingiustizia deve finire ora. Dal G8, al Vertice dell'Unione Africana, al Summit delle Nazioni Unite sulla revisione degli OSM sono arrivati importanti impegni a cambiare lo status quo e a mettere a punto una strategia globale per rimettere il mondo sulla giusta carreggiata per la realizzazione dell'OSM numero 4. E c'è anche stata un'ondata di lanci e promesse per combattere la fame e la malnutrizione.

La crisi dei prezzi dei beni alimentari del 2008 ha spostato l'attenzione della Comunità Internazionale dall'autocompiacimento e l'ha spinta ad unirsi intorno ad una visione che garantisce sicurezza alimentare e nutrizione. Strategie e iniziative globali, taskforce e nuove strutture - ora più che mai è possibile invertire gli effetti devastanti della malnutrizione.

Quale sarà dunque il nostro destino nel 2015? Guarderemo indietro con orgoglio e dignità al modo in cui il mondo si è alleato per cambiare radicalmente il corso di milioni di vite o ci nasconderemo per la vergogna, perché siamo venuti meno alle nostre responsabilità e non abbiamo fatto il possibile per difendere il diritto di ogni bambino alla sopravvivenza e ad un'alimentazione adeguata?

Ognuno di noi (Every One) ha il dovere di rispondere a queste domande e ognuna (Every One) delle nostre azioni contribuirà a decidere come finirà questa storia.

Gli interventi concreti che presentiamo in questo rapporto sono a basso costo e facilmente realizzabili e possono essere attuati su larga scala. Più di ogni altra cosa è la volontà politica il più importante fattore necessario per ridurre la mortalità infantile, la mortalità materna e la fame entro il 2015, l'unico fattore che ancora realmente manca all'appello.

La *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata dal segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, nel corso del Vertice sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, lo scorso 22 settembre, potrebbe essere una grande opportunità per i restanti cinque anni che ci separano dalla scadenza degli OSM, ma la sfida più urgente per i leaders mondiali, tornati dal vertice di New York, è quella di saper attingere dalle esperienze apprese da altri e di applicare con urgenza le azioni concordate a livello internazionale all'interno dei loro stessi Paesi, per mettersi in carreggiata al fine di raggiungere gli OSM per tempo.

In questa cornice anche i Paesi Donatori hanno un'importante responsabilità ed un ruolo cruciale da svolgere: quello di non far mancare il sostegno necessario a quei Paesi che si presentano con piani d'azione realmente in grado di raggiungere questi obiettivi.

Per ridurre la mortalità infantile e materna e la malnutrizione e riuscire così a raggiungere gli OSM numero 4 e 5 entro il 2015, Save the Children raccomanda che:

- Tutti i Governi, dei paesi in via di sviluppo, dei paesi emergenti e dei paesi donatori, si impegnino pubblicamente per realizzare la *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata il 22 Settembre 2010 dal Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, contribuendo con nuovi e addizionali fondi e predisponendo propri piani d'azione per contribuire alla realizzazione della strategia stessa nei prossimi 5 anni;
- Il Governo Italiano si impegni pubblicamente con chiari stanziamenti di fondi addizionali sia per la *Muskoka Initiative*, sia per la *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite;
- Il Governo Italiano si impegni -come già hanno fatto altri paesi donatori, ad esempio la Francia e l'Inghilterra- a definire una Strategia sulla Nutrizione e a destinare risorse finanziarie appropriate per realizzarla;
- Il Governo Italiano, che ospita a Roma le più importanti Agenzie delle Nazioni Unite che si occupano di nutrizione e sicurezza alimentare, sostenga il *Framework for Action to Scale Up Nutrition (SUN)* e quindi persegua un approccio allo sviluppo che sia sensibile alla tematica della nutrizione;
- I giornalisti, i mezzi di comunicazione e gli *opinion makers* continuino a fare pressione sui leaders mondiali, ed in particolar modo sui politici italiani, per combattere la mortalità infantile e materna, nonché la malnutrizione, da oggi al 2015;
- Le organizzazioni della società civile si uniscano a noi per combattere la mortalità materno-infantile e la malnutrizione;
- Gli Istituti di ricerca e le Fondazioni internazionali diano la priorità alla ricerca medico-scientifica in modo continuativo ed approfondito, al fine di sviluppare interventi efficaci e combattere le cause dirette e indirette della mortalità materno-infantile e della malnutrizione;
- OGNI cittadino prenda posizione affinché sia rispettato il diritto di OGNI bambino a sopravvivere e a crescere. OGNUNO DI NOI (Every One) - insieme - deve comunicare ai nostri leaders che non sarà più tollerata l'ingiustizia che ogni anno colpisce milioni di mamme e bambini che muoiono per cause facilmente prevenibili.

Nel 2009 Save the Children ha lanciato Every One - la più ambiziosa Campagna dei suoi primi novant'anni di attività. Ogni bambino - non importa dove o da chi sia nato - ha gli stessi diritti e merita di avere le stesse possibilità di sopravvivere. Ognuno di noi ha la responsabilità di agire. Nel 2000 i leader mondiali si sono impegnati a realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio (OSM) numero 4, promettendo che entro il 2015 avrebbero ridotto di due terzi il tasso di mortalità infantile rispetto ai dati del 1990. L'obiettivo della campagna Every One è chiaro: concorrere a realizzare l'OSM numero 4, contribuendo ad una sostanziale riduzione di queste milioni di morti infantili, così facilmente evitabili.

Se i bambini sono la nostra priorità, è altresì vero che la salute, la condizione nutrizionale e il benessere in senso lato di un bambino sono inestricabilmente connessi a quelli della madre. Sappiamo che la sopravvivenza di un bambino dipende enormemente dalla sopravvivenza delle madri. Un esempio lampante di quest'affermazione viene dall'Afghanistan dove il 75% dei bambini che sopravvivono alla morte della madre muore entro il primo anno di vita.¹⁸ Ad Haiti è stato riscontrato che i bambini la cui madre è morta di parto hanno avuto molte meno probabilità di essere vaccinati contro la tubercolosi e il morbillo dei loro coetanei.¹⁹ Altre ricerche mostrano che i bambini che perdono la madre entro le prime sei settimane di vita hanno maggiori probabilità di morire prima di aver compiuto i due anni rispetto ai bambini la cui madre sopravvive.²⁰ Pertanto la nostra campagna cerca di prendere in considerazione anche la salute e il benessere delle madri e di accelerare i progressi verso l'OSM 5 - ridurre di tre quarti la mortalità materna entro il 2015.

Trent'anni fa il mondo si è mobilitato globalmente per salvare la vita di milioni di bambini. Di fronte al fatto che la maggior parte di questi bambini stava morendo per cause che sarebbero potute facilmente essere prevenute e trattate, prese il via una campagna mondiale per accrescere la consapevolezza dell'opinione pubblica mondiale e raccogliere fondi e sostegno politico. Lo sforzo delle Nazioni Unite, delle ONG, dei Governi, dei Donatori e della Società Civile divenne noto come "la rivoluzione della cooperazione allo sviluppo e della salute infantile".

Ora che stiamo entrando nella seconda decade del nuovo secolo, possiamo misurare i successi di questa rivoluzione. Grazie a questo sforzo straordinario, milioni di bambini sono sopravvissuti. Molti di loro sono andati a scuola, sono cresciuti sani e sono ora pronti a dare il loro contributo alle loro comunità. Sono dottori, insegnanti, infermieri, uomini d'affari e donne che stanno contribuendo a cambiare il mondo intorno a loro - un'intera generazione che ha appreso a sufficienza per prestare la dovuta attenzione al problema e ha prestato la dovuta attenzione da essere in grado di occuparsi del problema.

Eppure la sfida non è affatto vinta. Milioni di bambini continuano a morire ogni anno, per lo più per ragioni che sarebbero evitabili. Malgrado non manchino i progressi, questi non sono neanche lontanamente rapidi o equi quanto sappiamo potrebbero essere. Se, da un lato, sappiamo esattamente come salvare la vita di questi bambini, dall'altro tali interventi non vengono messi in atto con l'urgenza e nella misura necessarie per raggiungere ogni bambino. Oltre al problema del divario esistente tra la conoscenza e la realizzazione degli interventi salvavita, sistemi sanitari deboli, enorme carenza di personale, povertà, discriminazione e violenza incidono sulle possibilità che milioni di bambini hanno di sopravvivere.

Il dato più sconcertante è che la malnutrizione rappresenta la causa nascosta di oltre un terzo di tutte le morti infantili.²¹ Quando le famiglie non hanno le conoscenze o i mezzi per garantire ai loro bambini un'alimentazione corretta, i corpi di questi bambini ne risultano indeboliti e il sistema immunitario inibito. Allo stesso tempo, i bambini che si ammalano hanno più probabilità di perdere peso rispetto ai bambini che seguono una dieta corretta ed hanno meno probabilità di riacquistare peso dopo la malattia. Il che li rende ancora più vulnerabili ad altre infezioni, ne rallenta la crescita e lo sviluppo e, nel peggiore dei casi, aumenta le probabilità di morte.²² In altre parole malnutrizione infantile e malattie sono "interdipendenti e cicliche, rendendo la minaccia alla sopravvivenza del bambino ancora più grande".²³

Un bambino povero, che abbia beneficiato con successo di una campagna di vaccinazione o di prevenzione antimalarica, è comunque pericolosamente vulnerabile se malnutrito. I nostri sforzi per combattere la malnutrizione sono poi una vera e propria lotta contro il tempo, poiché esiste un periodo critico, compreso tra il concepimento e il

secondo anno di vita di un bambino, entro il quale è ancora possibile rimediare agli effetti della malnutrizione cronica. Passato questo periodo, ci sono poche probabilità che un bambino possa ristabilirsi.²⁴ Da quando abbiamo iniziato la nostra Campagna, i prezzi alti e volatili dei generi alimentari, la crisi economica e il cambiamento climatico hanno contribuito a rendere la fame, e le sue conseguenze sulla sopravvivenza infantile, una sfida ancora più ambiziosa. Non dobbiamo permettere che i leader mondiali dimentichino che quando si sono impegnati a realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 4 entro il 2015, hanno anche promesso di realizzare l'OSM numero 1, che mira ad una riduzione del 50% della malnutrizione infantile entro il 2015. Ancora una volta: una morte su tre sotto i cinque anni di età è attribuibile alla malnutrizione. Eppure l'attenzione prestata sinora dalla Comunità Internazionale alla correlazione tra condizione nutrizionale del bambino e la sua conseguente sopravvivenza è ancora insufficiente.

La triste realtà è che ci siamo assuefatti ai fatti e alle cifre relativi alla malnutrizione e alla mortalità materna, neonatale e infantile. Provate ad immaginare se lo stesso numero di madri e bambini in tutto il mondo cominciasse ad ammalarsi e morire di una qualche malattia infettiva come l'influenza suina. Il mondo si ridesterebbe e i governi cadrebbero se non fossero capaci di agire.

La realtà è che milioni di madri e di bambini stano morendo nelle parti più povere e marginali del mondo e noi, assurdamente, lo accettiamo. Il mondo si è unito per combattere tante battaglie che provocano meno vittime; perché non stiamo facendo la stessa cosa per queste donne e questi bambini?

L'anno scorso Save the Children ha lavorato con altre organizzazioni per migliorare e potenziare i programmi dedicati alla salute e alla nutrizione infantile e adesso intende fornire le prove di ciò che funziona e di ciò che occorre fare ai Governi e alle Comunità Locali, a quanti hanno il potere di prendere decisioni, ai Paesi Donatori e alla Comunità Internazionale nel suo insieme. A un anno di distanza dal lancio di Every One, intendiamo raccogliere in questo rapporto quanto abbiamo appreso, cosa è cambiato e cosa invece deve ancora essere fatto. Il nostro rapporto *La Mortalità Infantile e l'Impatto della Malnutrizione* prende le mosse dal rapporto che ha lanciato la Campagna, *La Nuova Sfida: Dire Basta alla Mortalità Infantile*, e lo amplia, canalizzando una "chiamata all'azione" che tenga conto della necessità di affrontare la malnutrizione nella lotta contro la mortalità infantile.



3.

MORTALITÀ MATERNA, NEONATALE ED INFANTILE



3.

3.1. I LIVELLI E LA DISTRIBUZIONE DELLE MORTI MATERNE, NEONATALI ED INFANTILI

Il 2009 è stato un anno di grandi invenzioni - un occhio elettronico, un berretto con elettrodi che permette di adoperare Twitter attraverso il pensiero, un cagnolino geneticamente clonato, un pinguino-robot e una macchina fotografica digitale 3-D.²⁵ Nello stesso anno, si stima che siano morti oltre 8 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni di età.²⁶ Più del 40% di questi prima di aver superato il primo mese di vita.²⁷ La cosa più vergognosa è, tuttavia, che la maggioranza di loro è morta a causa di malattie e condizioni fisiche che sarebbe stato facile e poco costoso prevenire - grazie a tecnologie di base e pratiche che sono disponibili da decenni. Eppure, malgrado il mondo celebri il ritmo inarrestabile dell'avanzamento tecnologico, l'umanità sembra incapace di tenere il passo. Ogni anno, lontano dai laboratori di ricerca e dall'attenzione dei media, quasi 4 milioni di bambini in Africa, 3,7 milioni in Asia e poco meno di un quarto di milione di bambini in America Latina e nei Caraibi perde la sua battaglia per la sopravvivenza.²⁸

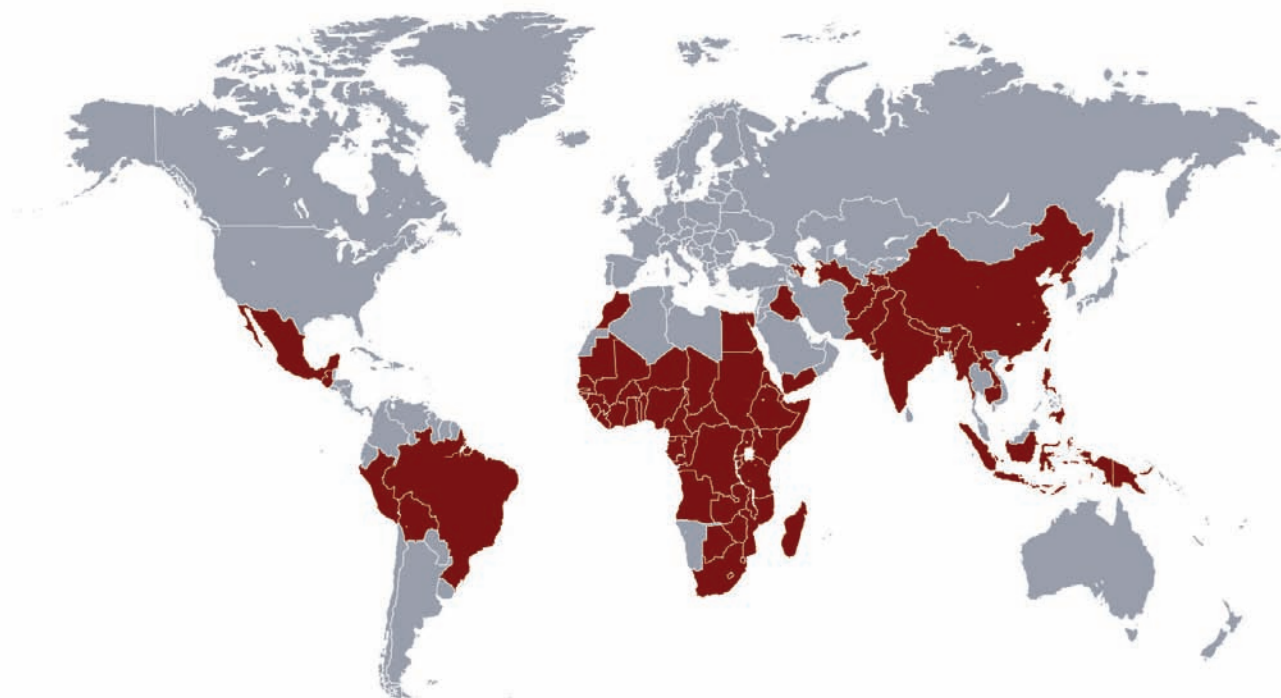
La Mortalità infantile è spesso espressa in tassi o probabilità di morte e può essere misurata considerando tre distinte fasce d'età:

Il **tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni** si riferisce alla probabilità di morire tra la nascita e il compimento del quinto anno di età, e si esprime in numero di morti ogni 1000 nascite.

Il **tasso di mortalità dell'infante** si riferisce alla probabilità di morire tra la nascita e il primo anno di vita, e si esprime in numero di morti ogni 1000 nascite.

Il **tasso di mortalità neonatale** si riferisce alla probabilità di morire durante i primi 28 giorni di vita, e si esprime in numero di morti ogni 1000 nascite.

I 68 paesi in cui si concentra il 95% di tutte le morti materne ed infantili²⁹



La distribuzione della mortalità infantile non è né fortuita né uniforme. Colpisce, anzi, la drammatica differenza che esiste nel tasso di mortalità infantile a seconda dei paesi considerati: nei paesi industrializzati come l'Italia il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni è di 4 ogni 1000 nascite, mentre nei paesi a medio reddito come il Perù arriva a 21 ogni 1000 nascite. Il tasso sale poi a circa 104 morti ogni 1000 nascite in paesi a basso reddito come l'Etiopia, raggiungendo i 199 morti ogni 1000 nascite nei paesi affetti da conflitti come l'Afghanistan.³⁰

Segue una lista dei paesi con i più alti tassi di mortalità al di sotto dei cinque anni di età e il più alto numero di morti al di sotto della stessa fascia d'età. Se confrontiamo questi dati con quelli che si registrano nei paesi che

hanno i tassi di mortalità più bassi (come San Marino, Lichtenstein, Svezia, Singapore, Lussemburgo, Islanda e Finlandia)³¹ ci renderemo conto di quanto incidano le differenze socio-economiche esistenti tra il Nord e il Sud del mondo.

Lista dei 10 Paesi con il più alto tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di età³²

Paesi e territori	Lista dei 10 Paesi con il più alto tasso di mortalità sotto i 5 anni di età	Tasso di mortalità sotto i 5 anni	
		1990	2009
Chad	1	201	209
Afghanistan	2	260	199
Repubblica Democratica del Congo	2	199	199
Guinea-Bissau	4	240	193
Sierra Leone	5	278	192
Mali	6	250	191
Somalia	7	200	180
Repubblica centroafricana	8	178	171
Burkina Faso	9	201	166
Burundi	9	189	166

Lista dei 10 Paesi con il più alto numero di bambini morti nel 2009 sotto i 5 anni di età³³

Paesi e territori	Lista dei 10 Paesi con il più alto numero di bambini morti nel 2009 sotto i 5 anni di età (in migliaia)
	2009
India	1.726
Nigeria	794
Repubblica Democratica del Congo	558
Pakistan	460
Cina	347
Etiopia	315
Afghanistan	237
Tanzania	188
Uganda	184
Bangladesh	171
Indonesia	163



In quasi tutti i paesi gli indicatori sanitari che si riferiscono ai gruppi più poveri, meno educati e geograficamente o etnicamente marginalizzati sono molto più bassi rispetto a quelli che si riferiscono alle fasce più ricche della popolazione. Questa tendenza resta valida anche per la mortalità infantile. Ad esempio un bambino nato nel quartiere boliviano più povero ha una probabilità 3 volte superiore di morire prima di aver compiuto cinque anni di età di un bambino nato in un quartiere più ricco.³⁴ In Kazakistan invece i bambini che sono nati da genitori di etnia Kasakha rischiano di morire 1 volta e mezzo di più rispetto ai loro coetanei nati da genitori di etnia russa. E ancora, in Nigeria i bambini nati da madri analfabete hanno una probabilità 2 volte e mezza superiore di morire di quelli nati da madri che hanno ricevuto un'istruzione secondaria o più. Spesso queste sperequazioni nei tassi di mortalità possono

3.

essere ricondotte ad un accesso ineguale ai servizi di base: nelle aree rurali della Tanzania, ad esempio, i bambini che vivono nei quartieri più poveri e che hanno bisogno di cure per la polmonite hanno meno della metà delle probabilità di ricevere degli antibiotici di quelli che vivono nelle zone più ricche.³⁵

La salute materna rappresenta un altro chiaro esempio delle ampie divergenze che esistono tra gli indicatori sanitari delle aree più povere e quelli delle aree a più alto reddito. Le ricerche più recenti mostrano che quasi 350.000 donne hanno perso la vita durante la gravidanza o in seguito a complicazioni durante il parto.³⁶ Secondo le stime riportate da uno studio del 2005 per ogni donna che muore di parto circa 20 contraggono infezioni e malattie di varia natura.³⁷ In concreto nessun altro indicatore sanitario registra un divario altrettanto ampio tra paesi ad alto reddito e paesi in via di sviluppo come la mortalità materna, spaziando dalle 10 morti ogni 100.000 nascite della maggior parte dei paesi Europei alle oltre 500 morti ogni 100.000 nascite di molti paesi Africani. I tassi di mortalità materna si alzano ulteriormente laddove regnano ineguaglianza e guerre. Si stima che oltre il 50% delle morti materne si concentra in 6 paesi solamente: India, Nigeria, Pakistan, Afghanistan, Etiopia e RDC.³⁸

Mentre il mondo è intento a contrastare gli effetti della recessione globale, povertà e privazione si accaniscono sui bambini più poveri e vulnerabili. Un recente rapporto della Banca Mondiale sull'impatto che la crisi economica ha avuto sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio rivela che i tassi di mortalità al di sotto dei cinque anni sarebbero molto più bassi se la crisi non fosse mai accaduta.³⁹ Il che si spiega in gran parte con il fatto che il deterioramento degli indicatori di sviluppo umano durante i momenti di depressione tende a prevalere sui miglioramenti durante i boom economici. In altre parole, durante un boom economico il tasso di mortalità infantile è 8 morti ogni 1.000 nascite più basso mentre durante i periodi di crisi economica è di 24 morti ogni 1.000 nascite più alto.⁴⁰

3.2 COME E PERCHÉ I BAMBINI STANNO MORENDO

Sappiamo come e perché i bambini stanno morendo. Un esiguo numero di malattie è responsabile del 90% delle morti infantili. Recenti stime sulla mortalità infantile mostrano che polmonite, diarrea e malaria continuano a rappresentare globalmente le cause principali di morte, e ad esse si riconducono il 41% di queste morti (Figura 1). Il 41% delle morti infantili interviene in periodo neonatale e i progressi compiuti per migliorare il tasso di mortalità infantile sono stati più lenti per quanto riguarda le morti neonatali di quanto non lo siano stati per le morti di bambini in età compresa tra 1 mese e cinque anni.⁴¹ Gravi infezioni (come la sepsi, la polmonite, il tetano e la diarrea), l'asfissia e le morti premature sono responsabili dell'86% delle morti neonatali.⁴² In quasi tutti i casi, le malattie e le condizioni mediche che stanno uccidendo i bambini sono prevenibili e curabili.⁴³

Figura 1: Cause globali di morti infantili - al di sotto dei 5 anni.⁴⁴

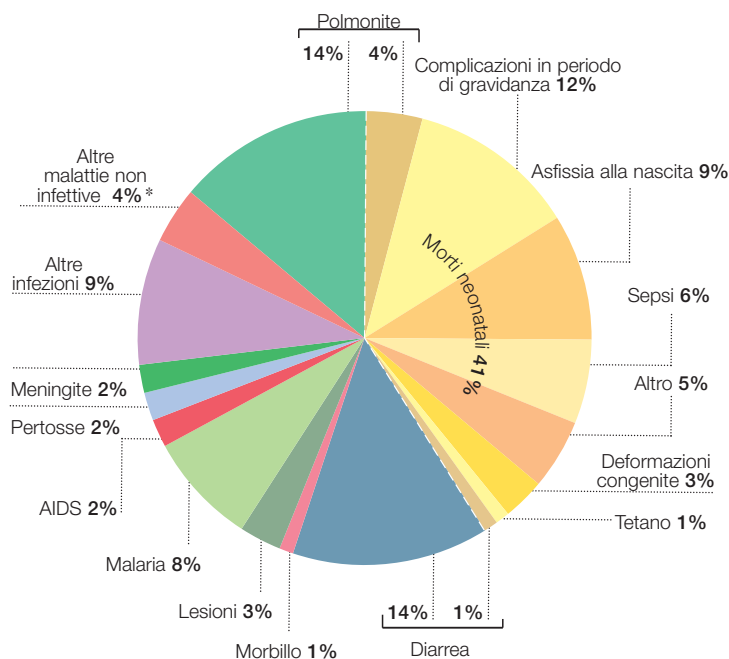
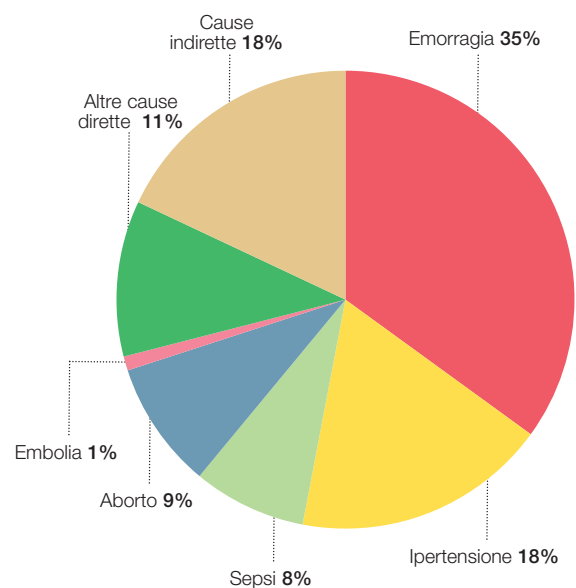


Figura 2: Cause globali di morti materne.⁴⁵



Stime globali delle cause di morti materne, 1997-2007

Le informazioni sui paesi fornite nell'ultimo rapporto *Countdown to 2015*⁴⁶ (Conto alla rovescia per il 2015) evidenziano importanti differenze nelle cause di morte sotto i cinque anni di età a seconda delle regioni e dei paesi considerati. Ad esempio mentre la mortalità neonatale rappresenta la maggior parte delle morti sotto i cinque anni nel Sudest Asiatico (dove il 54% di tutte le morti al di sotto dei cinque anni avviene dopo il primo mese di vita), oltre il 70% delle morti sotto i cinque anni in Africa avviene *dopo* primo mese di vita. E mentre i tre principali assassini - polmonite, diarrea e malaria - mietono quasi la metà di tutte le morti postnatali in Africa, hanno invece un peso assai minore nelle morti postnatali nel Sudest asiatico, ovvero il 26%.⁴⁷

Gli ultimi dati mostrano poi che l'emorragia e l'ipertensione sono di gran lunga le cause principali delle morti materne, essendo responsabili di oltre la metà di tutte le morti materne. Malaria, HIV/AIDS e problemi cardiaci associati sono responsabili di circa il 20% di tutte le morti materne.⁴⁸

BOX I

Le cause indirette di mortalità infantile

Sebbene questo rapporto si concentri in particolare sull'impatto che la malnutrizione ha sulla mortalità infantile, è tuttavia importante evidenziare gli effetti delle altre cause indirette di mortalità infantile.

Le cause indirette: I fattori che incidono sulle aspettative di vita di un bambino

L'accessibilità e la qualità dei sistemi sanitari di base

In molti paesi e comunità povere i sistemi sanitari⁴⁹ sono spesso fragili e rallentati nel loro funzionamento. Sono di frequente troppo distanti o troppo cari per potervi accedere. In molti casi quelli esistenti soffrono di una carenza di personale endemica e mancano delle medicine e delle forniture essenziali. Il costo dell'accesso all'assistenza sanitaria può diventare un altro fattore decisivo. Numerosi studi hanno mostrato che quando vengono introdotti dei costi per accedere ai servizi, la domanda di servizi di prima assistenza da parte delle persone più vulnerabili crolla drasticamente e quando gli stessi costi vengono aboliti, la stessa domanda cresce in modo consistente.⁵⁰ Alcuni costi indiretti - come quelli relativi a trasporto, medicinali, pagamento informale degli operatori sanitari e alloggio - sono spesso maggiori dei costi diretti.

Acqua pulita e servizi igienici a disposizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che il 28% delle morti al di sotto dei cinque anni sono causate da scarsa igiene e acqua insalubre.⁵¹ Molte di queste morti si ricollegano alla diarrea che si diffonde rapidamente in ambienti non igienici o dove le pratiche igienico-sanitarie sono scarse. La carenza di acqua pulita e di servizi igienici è inoltre responsabile di un incremento delle

infezioni acute all'apparato respiratorio, un'altra delle maggiori cause di mortalità infantile. Nel 2006, 2,5 miliardi di persone non avevano accesso a servizi igienici salubri. Se si considerano le tendenze odierne, l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 7, che si riferisce all'accesso a servizi igienici degni di questo nome, non sarà realizzato nell'Africa subsahariana prima del XXII secolo.⁵²

L'accesso all'istruzione delle bambine

Il fatto che le bambine non possano accedere ad un'istruzione di qualità ha ovviamente conseguenze disastrose sulla loro educazione, ma incide anche pesantemente sulle probabilità di sopravvivenza materna, neonatale e infantile. Da alcune ricerche è risultato che i bambini nati da madri analfabete hanno una probabilità 2 volte e mezza superiore di morire o di essere malnutriti di quelli nati da madri che hanno ricevuto un'istruzione secondaria o più alta.⁵³ Le madri semi-analfabete o con scarsi studi alle spalle hanno anche minor probabilità di ricevere un'assistenza qualificata durante la gravidanza e il parto.

Accesso e uso della contraccezione e età della gravidanza

Esiste una correlazione molto forte tra alti tassi di mortalità neonatale ed infantile e incapacità della madre e del suo partner a procurarsi ed utilizzare metodi moderni di contraccezione. I bambini nati meno di due anni dopo la nascita del loro fratello o sorella hanno una probabilità di morire due volte superiore di un bambino nato a distanza di almeno tre anni.⁵⁴ I tassi di mortalità materna ed infantile sono poi influenzati dall'età della madre. Gli ultimi dati forniti dalle Nazioni Unite suggeriscono che ogni anno le gravidanze precoci sono responsabili di 70.000 morti materne tra ragazze

di età compresa tra i 15 e i 19 anni e che il rischio che un bambino muoia nel primo anno di vita è più alto del 60% quando la madre ha un'età inferiore ai 18 anni.⁵⁵ L'uso della contraccezione può aiutare la madre a controllare la propria fertilità e a distanziare le gravidanze in modo da migliorare le sue condizioni di salute e quelle dei bambini.

Infine, occorre riconoscere che le morti di questi bambini non sono degli eventi casuali e fuori dal nostro controllo. Sono il risultato delle politiche e delle scelte dei governi. Sono poi influenzate da fattori culturali, economici, ambientali, politici e sociali che i governi, le istituzioni internazionali, il settore privato e la società civile potrebbero contribuire a modificare o mitigare. Queste sono le cosiddette *cause indirette* di mortalità neonatale ed infantile.

Tra i vari fattori, la povertà, l'ineguaglianza e la discriminazione sono quelli più importanti. Le donne e le ragazze sono oggetto di un'estesa discriminazione in molti paesi, dove i loro diritti vengono semplicemente negati. Questo è il motivo per cui un impegno in favore dell'eguaglianza e della giustizia - che riduca le disparità, difenda i diritti e dia forza e potere alle donne più povere e marginalizzate - è un passo assolutamente indispensabile se si vuole ridurre il tasso di mortalità infantile.

Governi deboli, guerre e fenomeni ambientali sempre più irreversibili, come il cambiamento climatico, sono altri *fattori sottostanti*, capaci di incidere sulle aspettative di vita dei bambini. Otto dei dieci paesi che vantano i peggiori tassi di mortalità infantile hanno recentemente vissuto un conflitto, o lo scoppio di violenze o un periodo di instabilità politica.⁵⁶



4.

L'ASSASSINO NASCOSTO - LA MALNUTRIZIONE



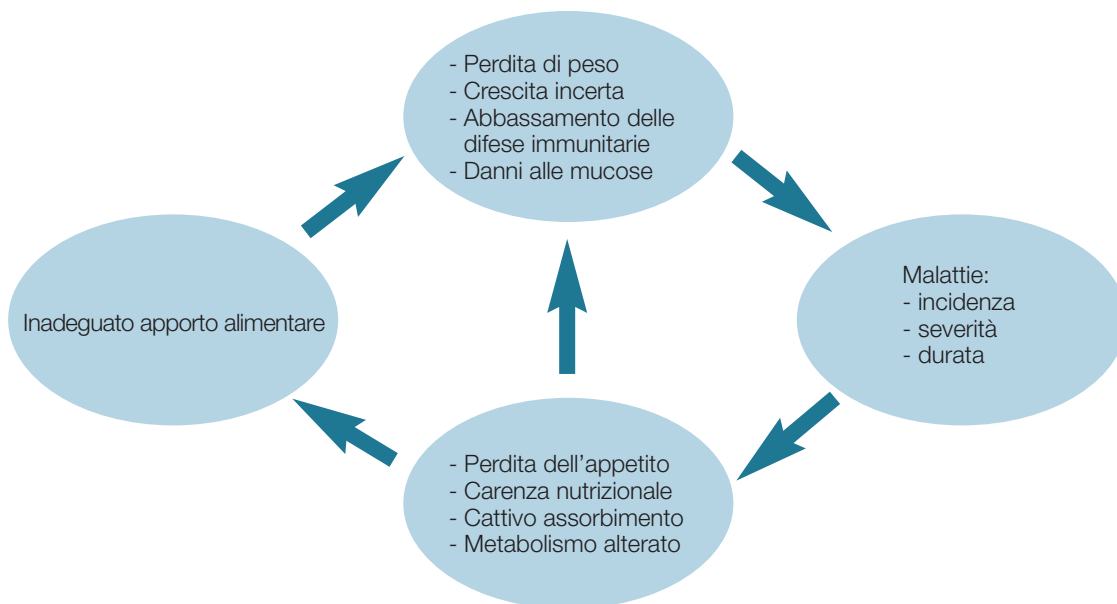


4.1 LA MALNUTRIZIONE E IL SUO IMPATTO SULLA MORTALITÀ MATERNA ED INFANTILE

Come si diceva, un esiguo numero di malattie sono responsabili della maggior parte delle morti infantili. Eppure, intrinsecamente celata tra queste minacce si trova la malnutrizione materna ed infantile. La malnutrizione è una causa trasversale ad oltre un terzo di tutte le morti al di sotto dei cinque anni di età.⁵⁷ Il 14,5% delle morti al di sotto dei cinque anni sono dovute a rachitismo, il 14,6% a debilitazione, il 6,5% ad una carenza di vitamina A e il 4,4% ad una carenza di zinco. Globalmente, ogni anno 19 milioni di bambini nascono sottopeso perché sono prematuri o perché hanno sofferto di malnutrizione quando erano ancora nel grembo materno.⁵⁸ I problemi di peso alla nascita, che sono correlati alla malnutrizione materna, contribuiscono all'asfissia e ad infezioni di varia natura, che insieme sono responsabili del 60% delle morti neonatali.⁵⁹

Nel 2000, impegnandosi a realizzare il primo Obiettivo di Sviluppo del Millennio, i Governi del mondo hanno promesso che avrebbero ridotto della metà il numero dei bambini sottopeso entro il 2015.⁶⁰ Nel 1990 circa un quarto di tutti i bambini dei paesi in via di sviluppo rientravano in questa categoria. I progressi fatti su questo fronte sono molto pochi: quasi 20 anni dopo, un quinto dei bambini che vivono in questi paesi è ancora sottopeso.⁶¹ Le conseguenze del mancato intervento sulla malnutrizione sono mortali - *un bambino ha una probabilità 10 volte più alta di morire se è gravemente sottopeso rispetto ad un bimbo che rientra nel peso medio previsto per la sua età (normopeso) ed ha una probabilità due volte e mezzo più alta di morire se è moderatamente sottopeso.*⁶²

Il circolo vizioso causato da un apporto alimentare inadeguato e dalle infezioni.⁶³



La malnutrizione infantile è il risultato degli effetti combinati di una dieta povera e di infezioni. I bambini sono particolarmente a rischio perché il loro sistema immunitario è ancora immaturo e per crescere necessitano di diverse sostanze nutritive. In generale, quando il corpo umano è denutrito, dà priorità alle funzioni essenziali e canalizza poche sostanze nutritive verso la crescita il recupero e l'aumento delle difese immunitarie, aumentando di fatto il rischio di infezioni.

Quando un bambino è malato, la perdita di appetito o la perdita di sostanze nutritive essenziali a causa della diarrea (che è una delle principali cause di morte sotto i cinque anni) può incidere ulteriormente sulla sua condizione nutrizionale. Se è colpito da una grave infezione o se la sua dieta deteriora rapidamente per un qualsiasi motivo, un bambino può soffrire di un'improvvisa perdita di peso che conduce al deperimento. Se l'infezione è meno grave o la dieta deteriora meno rapidamente, o se il bambino è nato piccolo come conseguenza di una malnutrizione materna, il risultato potrebbe essere il rachitismo. Un bambino deperito ha una probabilità di morire 9 volte superiore rispetto ad un bambino ben nutrito. Un bambino rachitico sarà più facilmente a rischio di morte prematura, mancata crescita e ridotto sviluppo cerebrale che condiziona le sue funzioni motorie, cognitive e comportamentali.⁶⁴

Gli effetti della malnutrizione intervengono con maggior impatto durante i 33 mesi che vanno dal concepimento al compimento del secondo anno di vita. Questo breve periodo è critico perché la maggior parte dei problemi di crescita e dei ritardi nello sviluppo producono gli effetti più devastanti in questo lasso di tempo. Se si interviene sul bambino prima del compimento del secondo anno di vita è ancora possibile far sì che recuperi rispetto ai danni che sta subendo perché in questo periodo lo sviluppo è ancora estremamente duttile. Dopo i due anni di età, diventa molto più difficile recuperare gli effetti della malnutrizione cronica, in particolare quelli che hanno avuto conseguenze sullo sviluppo cerebrale.⁶⁵

Gli effetti della malnutrizione materna possono dunque minacciare la vita tanto della madre quanto del bambino. La malnutrizione può influenzare negativamente la capacità della donna di allattare il suo bambino, un fattore che, come vedremo, è decisivo per la sopravvivenza del bambino. La malnutrizione che interessa i micronutrienti, e cioè che è causata dalla mancanza di vitamine e minerali, può danneggiare la salute della madre e del suo bambino e aumentare il rischio di mortalità materna ed infantile. L'anemia colpisce nel mondo il 42% delle donne incinte - spaziando dal 24% nelle Americhe al 57% in Africa - ed aumenta il rischio di parti prematuri, nascite sottopeso, emorragie e sepsi.⁶⁶ In un recente rapporto della Banca Mondiale si afferma che la malnutrizione durante la gravidanza è la causa nascosta di oltre il 20% delle morti materne.⁶⁷ Se l'intrinseco valore del diritto della madre alla vita giustifica l'indignazione che scaturisce dalla lettura di queste informazioni, l'accresciuta minaccia che grava sulla vita di un bambino che abbia perso la madre rende la situazione ancora più insostenibile.

4.2 LIVELLI E DISTRIBUZIONE DELLA MALNUTRIZIONE INFANTILE

Data l'incidenza che la malnutrizione ha sull'aspettativa di vita di un bambino e di una bambina, è importante comprendere la misura del problema dal punto di vista generale.

La malnutrizione infantile è il risultato della mortale interconnessione tra una dieta povera e il diffondersi di infezioni.

I bambini che soffrono di **malnutrizione cronica** o **rachitismo** sono più esili e debilitati dei loro coetanei - rientrano in questa categoria 195 milioni di bambini, ovvero il 33% di tutti i bambini sotto i cinque anni che vivono nei paesi in via di sviluppo.⁶⁸

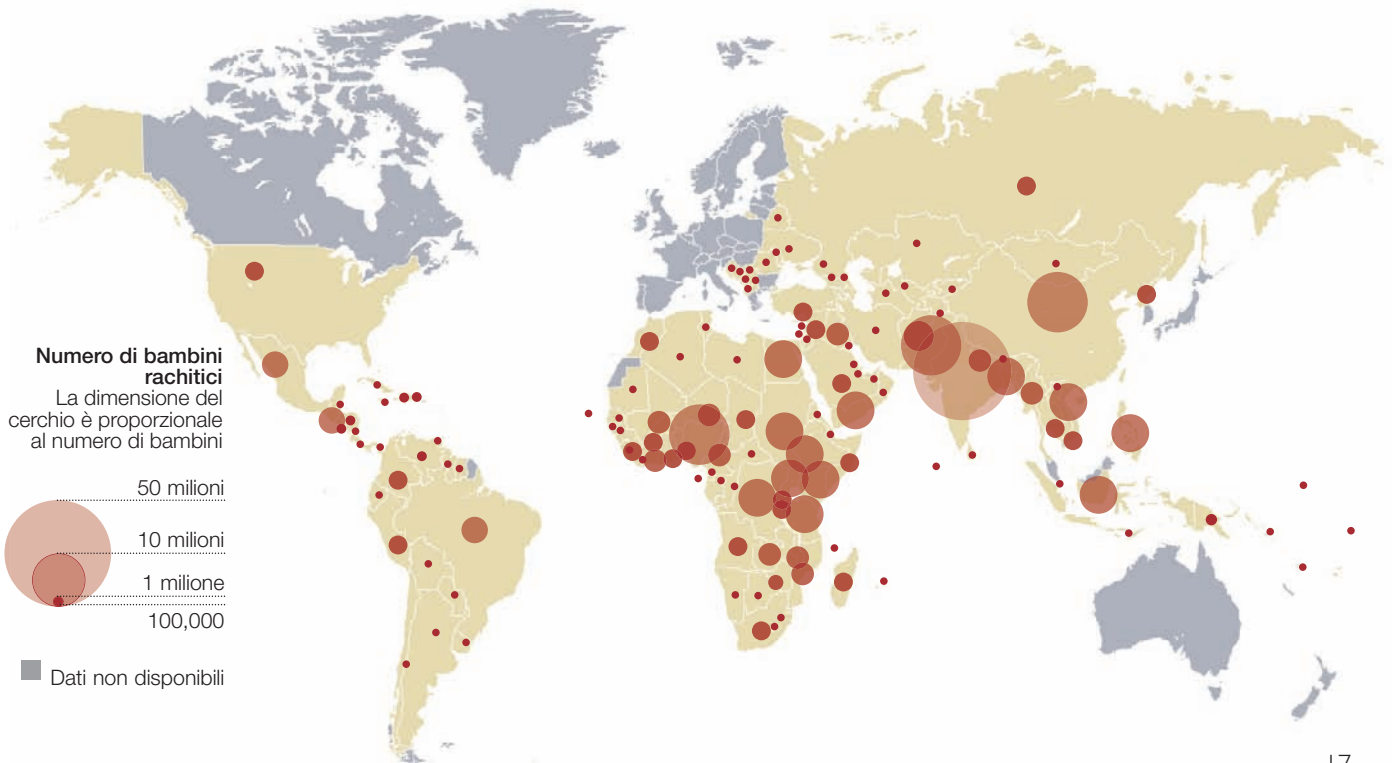
I bambini **gravemente malnutriti** o **deperiti** sono estremamente magri - il loro peso è troppo basso rispetto alla loro altezza - rientrano in questa categoria 71 milioni di bambini, ovvero il 13% di tutti i bambini del mondo.⁶⁹

Un bambino **sottopeso** ha un peso inferiore a quello che dovrebbe avere alla sua età e potrebbe essere cronicamente e/o gravemente malnutrito. L'essere sottopeso è in sostanza una combinazione di deperimento e rachitismo ed è la misura più frequentemente segnalata dai governi - rientrano in questa categoria 129 milioni di bambini, ovvero circa il 25% di tutti i bambini al di sotto dei cinque anni che vivono nei paesi in via di sviluppo.⁷⁰

La forma cronica di malnutrizione nota come rachitismo colpisce 195 milioni di bambini, ovvero un terzo di tutti i bambini al di sotto dei cinque anni che vivono nei paesi in via di sviluppo.⁷¹ Milioni di questi bambini muoiono nei primi anni di vita e quelli che sopravvivono possono riportare danni cerebrali e fisici permanenti.

195 milioni di bambini nei paesi in via di sviluppo sono rachitici.⁷²

Numero di bambini sotto i cinque anni che sono lievemente o gravemente rachitici (2008)





Analogamente alla mortalità infantile, anche la distribuzione dei bambini rachitici nel mondo (che sono troppo minuti per la loro età) è incredibilmente disomogenea. Più del 90% dei bambini rachitici vive in Asia e in Africa. L'80% di tutti i bambini rachitici del mondo si concentra in soli 24 paesi e solo 10 paesi registrano il 65% del totale dei casi. L'India da sola è la patria di oltre il 31% di tutti i bambini rachitici del mondo.⁷³ Una ricerca condotta da Save the Children racconta la stessa identica storia di disuguaglianza in ogni paese, lo studio, pubblicato nel 2008 a seguito di una ricerca condotta in un villaggio del Bangladesh, ha dimostrato che il rachitismo colpisce il 50% dei bambini che appartengono alle fasce della popolazione più povere e il 17% di quelli che appartengono alle fasce della popolazione più ricche.

Lista dei 24 paesi in cui si concentra l'80% del rachitismo infantile.⁷⁴

Classifica	Paese	Percentuale di rachitismo (%)	Numero di bambini rachitici (espressi in migliaia, 2008)	Percentuale rispetto al totale dei paesi in via di sviluppo (195.1 milioni)
1	India	48	60,788	31.2%
2	Cina	15	12,685	6.5%
3	Nigeria	41	10,158	5.2%
4	Pakistan	42	9,868	5.1%
5	Indonesia	37	7,688	3.9%
6	Bangladesh	43	7,219	3.7%
7	Etiopia	51	6,768	3.5%
8	Repubblica Democratica del Congo	46	5,382	2.8%
9	Filippine	34	3,617	1.9%
10	Tanzania	44	3,359	1.7%
11	Afghanistan	59	2,910	1.5%
12	Egitto	29	2,730	1.4%
13	Viet Nam	36	2,619	1.3%
14	Uganda	38	2,355	1.2%
15	Sudan	40	2,305	1.2%
16	Kenya	35	2,269	1.2%
17	Yemen	58	2,154	1.1%
18	Myanmar	41	1,880	1.0%
19	Nepal	49	1,743	<1%
20	Mozambico	44	1,670	<1%
21	Madagascar	53	1,622	<1%
22	Messico	16	1,594	<1%
23	Niger	47	1,473	<1%
24	Sud Africa	27	1,425	<1%
				Totale 80%

Anche se meno comune, la malnutrizione grave o il deperimento colpisce il 13% dei bambini sotto i cinque anni.⁷⁵ In 10 paesi soltanto si concentra il 60% dei casi di grave malnutrizione infantile (India, Nigeria, Pakistan, Bangladesh, Indonesia, Etiopia, RDC, Egitto e Filippine). I primi 8 presentano percentuali talmente alte da poter considerare la malnutrizione un'emergenza grave di salute pubblica (sopra il 10%). Ancora una volta l'India è patria di oltre un terzo di tutti i bambini deperiti.⁷⁶

129 milioni di bambini nel mondo sono sottopeso, una condizione che corrisponde ad una combinazione di rachitismo e deperimento.⁷⁸ I bambini che provengono dalle famiglie più povere sono spesso anche i più vulnerabili. In India, Kenia e Vietnam, per esempio, i bambini più poveri hanno una probabilità tre volte superiore di essere sottopeso dei loro coetanei che provengono da famiglie a più alto reddito.⁷⁹

I 10 paesi in cui si concentra il 60% dei casi di grave malnutrizione infantile (India, Nigeria Pakistan, Bangladesh, Indonesia, Etiopia, RDC, Sudan, Egitto e Filippine.⁷⁷

Paese	Condizione di deperimento			
	Moderata e grave		Gravissima	
	Numeri (migliaia)	Percentuale (%)	Numeri (migliaia)	Percentuale (%)
India	25.075	20	8.105	6
Nigeria	3.478	14	1.751	7
Pakistan	3.376	14	1.403	6
Bangladesh	2.908	17	485	3
Indonesia	2.841	14	1.295	6
Etiopia	1.625	12	573	4
Repubblica Democratica del Congo	1.183	10	509	4
Sudan	945	16	403	7
Egitto	680	7	302	3
Filippine	642	6	171	2

Considerando questi dati, c'è la forte probabilità che la diffusione della malnutrizione peggiori a causa della 'tripla minaccia' rappresentata dai prezzi alti e volatili del cibo, dalla crisi economica e dal cambiamento climatico. Questi fattori stanno avendo gravi conseguenze sulle comunità più povere, sommandosi alle preesistenti barriere economiche che già impedivano a queste famiglie l'accesso ad un'alimentazione equilibrata. Ora più che mai occorre un'azione urgente per far sì che i bambini più poveri e vulnerabili siano protetti dagli effetti devastanti della malnutrizione (si veda BOX 2).

BOX 2

La tripla minaccia: prezzi del cibo alti, recessione economica e cambiamento climatico

Dal 2005 i prezzi del cibo sono cresciuti stabilmente, raggiungendo un picco nel 2008. Mentre il prezzo internazionale dei generi alimentari è sceso fino al 2008, quello delle materie prime nei mercati locali non ha subito la stessa parabola decrescente e ciò ha fatto sì che in molti paesi in via di sviluppo i prezzi degli alimenti restassero alti. Nel giugno 2009 le materie prime locali costavano in media il 22% in più di due anni prima.⁸⁰ Anche i prezzi del petrolio sono via via aumentati. Ci sono dunque buone ragioni per credere che i prezzi dei generi alimentari rimarranno alti e fluttuanti negli anni a venire.⁸¹

I prezzi dei generi alimentari gravano di più su coloro che devono, per sopravvivere, acquistare il cibo di cui hanno bisogno, spendendo per farlo la maggior parte del reddito familiare - i poveri tanto delle zone rurali che urbane. In Italia le famiglie stanziavano fino al 20% dei loro redditi

mensili nell'acquisto di generi alimentari, ma le famiglie contadine povere che vivono in paesi in cui si registrano alti tassi di malnutrizione sono costrette a spendere almeno la metà e, alle volte - a seconda della stagione - fino all'80% del loro reddito in cibo.⁸² Anche piccole oscillazioni nel prezzo dei generi alimentari possono pertanto avere serie ripercussioni sulle possibilità di una famiglia di accedere a cibo nutriente - in particolare nel caso di coppie con reddito ed opportunità lavorative ridotte. Dopo il picco raggiunto dal prezzo del cibo nel 2008, il mondo è

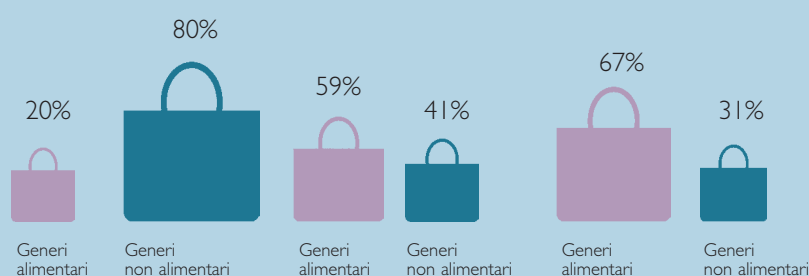
precipitato nella recessione. Gli effetti di questa congiuntura non sono ancora noti, ma è probabile si rivelino devastanti, dato che tanto i redditi quanto le opportunità lavorative stanno diminuendo. Secondo le stime della Banca Mondiale la crisi economica lascerà altre 64 milioni di persone in una condizione di estrema povertà entro la fine del 2010.⁸⁴ Secondo la Food and Agricultural Organisation (FAO) oltre 1 miliardo di persone nel mondo soffre la fame. Gli effetti della crisi economica del 1997 in Indonesia forniscono una lezione di cui sarebbe bene tener

Le spese familiari in tre paesi

ITALIA⁸³

ETIOPIA

KENYA





BOX 2

conto. In quel periodo le donne ridussero il loro apporto energetico in favore di quello dei loro bambini, e ciò si tradusse in un aumento del 20% del deperimento materno. Tutti i membri del nucleo familiare soffrirono a causa di questa dieta più povera: i livelli di anemia da carenza di ferro crebbero significativamente. I bambini concepiti durante il periodo di crisi e i neonati con un'età inferiore a 18 mesi furono i più colpiti.⁸⁵

Come abbiamo già spiegato, l'esperienza insegna che gli indici di sviluppo umano si deteriorano velocemente quando la crescita economica rallenta e, viceversa, non migliorano altrettanto velocemente nei periodi di ripresa. Il che suggerisce che le conseguenze a lungo termine della crisi economica sulla nutrizione e sulla mortalità infantile potrebbero essere assai profonde.

In aggiunta agli effetti legati all'alto prezzo dei generi alimentari e alla recessione economica, le famiglie più povere sono soggette alle minacce rappresentate dal cambiamento climatico. Quanti vivono nelle aree più marginalizzate stanno già facendo i conti con tali effetti. I pastori in Etiopia, ad esempio, stanno gradualmente scoprendo che il loro ambiente naturale non è più in grado di assicurare la sopravvivenza delle loro greggi, e così molti di loro si stanno trasferendo in città - uno dei risultati di questo processo di urbanizzazione è una ridotta disponibilità di latte per i bambini poveri, fattore che ha un impatto diretto sulla loro condizione nutrizionale. Temperatura e livello dei mari si stanno alzando e ciò si ripercuote sulla produzione agricola e sulla scarsità d'acqua, aumentando il rischio di malattie trasmesse dall'acqua come la diarrea e l'insicurezza alimentare.⁸⁶ Oggi si

stima che 45 milioni di persone soffrano la fame a causa del cambiamento climatico,⁸⁷ e si prevede che questa cifra aumenterà tra gli 80 e i 210 milioni nei prossimi decenni.⁸⁸ Lo scenario più catastrofico prevede che nel 2080 potrebbero esserci 1,3 miliardi di persone affamate nel mondo, 550 milioni di queste potrebbero soffrire la fame a causa del cambiamento climatico, 480 milioni delle quali vivranno in Africa.⁸⁹

È facile prevedere che l'impatto di questa tripla minaccia, rappresentata da alti prezzi del cibo, recessione e cambiamento climatico, inasprirà la già critica situazione in cui vivono i bambini e le bambine povere. I progressi fatti sinora per combattere la malnutrizione infantile rischiano di arrestarsi o, peggio, addirittura di regredire e le conseguenze che ciò avrà sulla riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile saranno ancora più gravi.

La storia di Halima

Halima ha 7 figli. Suo figlio di 3 anni, Albashir, è stato accettato al Programma Terapeutico per Pazienti Ambulatoriali di Save the Children, riservato ai bambini gravemente malnutriti. Quando è stato ammesso, era moribondo. Parecchie settimane dopo, quando è stata condotta quest'intervista, era nuovamente in buona salute e sembrava aver acquistato peso grazie alle medicine e alla pasta di arachidi, ricca di sostanze nutritive, che gli erano state somministrate. Halima fa parte di una comunità di pastori, ma l'attuale carestia, che ha colpito la parte del paese in cui la sua famiglia risiede, ha già provocato la morte di intere greggi e

ha gravemente ridotto la produzione di latte di quelle rimaste, rendendo difficile per lei nutrire i suoi bambini. *"... stiamo affrontando molte difficoltà. Nella nostra famiglia manca cibo perché la carestia è durata così a lungo che le nostre bestie sono morte. Prima avevo 6 mucche e 8 capre. Ma adesso non c'è più erba e due mucche e due capre sono morte. Delle 4 mucche sopravvissute solo una produce ancora latte, ma molto poco. In passato contavamo su queste mucche e su queste capre per il latte e la carne, ma ora non possiamo più. C'è poco cibo. La mattina non mangiamo e il resto del giorno mangiamo i semi che ci arrivano con gli aiuti umanitari. Mio figlio Albashir, che ha 3 anni, si è ammalato perché non aveva abbastanza cibo da mangiare. È diventato molto magro ed è quasi morto."*

Halima Hassan, madre di 7 bambini, Fincharo Village, Northeastern Kenya.

5.

LE SOLUZIONI: COMBATTERE LA MORTALITÀ MATERNA, NEONATALE E INFANTILE

Un focus sulla malnutrizione e la nostra strategia in 8 fasi per combattere la fame



5.

5.1 GLI INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA, LA CONTINUITÀ NELLA CURA E L'ACCESSO EQUO

Il mondo sa perfettamente come salvare le vite di queste donne e dei loro figli. C'è un ampio consenso internazionale circa ciò che occorre fare per combattere la mortalità materna, neonatale ed infantile. Il rapporto *Countdown to 2015* ha valutato oltre 20 interventi in 68 paesi nei quali si concentra la quasi totalità della mortalità materna, neonatale ed infantile. Realizzare questi interventi preventivi e curativi, incluso il miglioramento della condizione nutrizionale dei bambini, abbatterebbe la mortalità infantile dei due terzi in questi paesi.⁹⁰ Un rapporto del 2009 ha dimostrato che se gli interventi sanitari essenziali per la salute materna, neonatale ed infantile fossero estesi a tutte le famiglie dell'Africa sub-sahariana e ogni individuo potesse avere accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità, quasi 4 milioni di madri, neonati e bambini potrebbero essere salvati ogni anno - evitando, secondo le stime, l'85% dei decessi.⁹¹

Affrontare le cause principali di morti sotto i cinque anni di età - Si può fare

Causa di morte	Interventi diretti preventivi e curativi	Lo sapevate che...
Polmonite	Prevenire con vaccini, diagnosi precoce e trattamento con antibiotici.	La ricerca ha dimostrato che la prevenzione e un adeguato trattamento della polmonite potrebbero evitare ogni anno la morte di 1 milione di bambini. Solo con un trattamento adeguato, potrebbero essere evitate 600.000 morti. ⁹²
Diarrea	Prevenire assicurando l'accesso ad acqua potabile e migliori servizi igienici; allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita; vaccinazione da rotavirus, trattamento con Soluzioni Orali per la Reidratazione (SOR) e Cibi ricchi di zinco e sali minerali.	Le vite di oltre 50 milioni di bambini sono state salvate negli ultimi 25 anni con l'utilizzo di Soluzioni Orali per la Reidratazione. ⁹³
Malaria	Prevenire con zanzariere trattate con insetticida, trattamento con diagnosi precoce e terapia combinata a base di artemisinina (ACT).	Se queste misure fossero adottate su larga scala, si stima che 4,2 milioni di vite potrebbero essere salvate entro il 2015 nei paesi africani dove il tasso di mortalità è più alto. Considerando che l'85% di tutte le morti per malaria riguarda i bambini al di sotto dei cinque anni, si potrebbero potenzialmente salvare 3,6 milioni di bambini in questi paesi semplicemente migliorando i sistemi di prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento. ⁹⁴

La storia di Salimatu

Salimatu ha vissuto nello slum di Kroo Bay tutta la vita. Suo figlio è morto di malaria a quattro anni nel 1997 perché Salimatu non aveva i soldi per pagare la trasfusione di sangue all'ospedale. Salimatu ha dovuto comprare delle medicine anche per curare gli altri suoi bambini, ma trovare i soldi è sempre un problema. Dopo la nascita dei suoi due gemelli Salimatu ha ricevuto una zanzariera dalla clinica. Ha scoperto che da quando la usa si prendono la malaria meno spesso.

"Sono nata qui, in questa casa. Siamo in 27, in quattro stanze, compresi i miei quattro bambini - Abraham, 18 anni, Hawanatu, 6, e i miei due gemelli, Alusine e Hussan, che

hanno un anno e cinque mesi. Avevo un altro bambino, Abdu, che era nato tra Abraham e Hawanatu. È morto nel 1997 quando aveva 4 anni. Aveva la malaria. Mentre era malato sono stata a casa tre giorni cercando di recuperare i soldi per portarlo all'ospedale. Mi sarebbe costato 70.000 Leone (13,89 euro). Ero riuscita a farmene prestare 30.000 (5,95 euro) e sono andata all'ospedale con ciò che avevo. Gli hanno messo una flebo e gli hanno dato delle altre medicine ma i dottori dissero che avrebbe avuto bisogno di una trasfusione e io non potevo permettermela. Nel tempo necessario per recuperare i soldi, il mio bambino è morto.

Da quando sono nati i miei due gemelli ho una zanzariera. Me l'ha data la clinica. Non l'ho mai avuta prima. Sotto la zanzariera fa caldo ma va bene. I bambini si ammalano meno spesso."

Salimatu, 35 anni, Kroo Bay, Sierra Leone



Foto di Anna Kari

Se affrontare la mortalità neonatale può a volte essere molto complesso e caro, esistono però semplici interventi in grado di salvare milioni di vite che altrimenti sarebbero perse. La somministrazione di steroidi prenatali durante i parti prematuri si è dimostrata molto efficace e si stima che possa ridurre del 53% le morti neonatali dovute a complicazioni durante parti prematuri.⁹⁵ L'Assistenza Essenziale per i Neonati (Essential Newborn Care, ENC) è un approccio che si basa su 4 semplici misure ed è in grado di ridurre drasticamente il rischio di morti neonatali: asciugare immediatamente e scrupolosamente il neonato per stimolare la respirazione; stabilire subito un contatto pelle-a-pelle tra madre e neonato; tamponare e tagliare il cordone ombelicale a tempo debito; non separare il neonato dalla madre per iniziare l'allattamento al seno il prima possibile.⁹⁶ Più specificatamente una tecnica chiamata Mamma-Canguro (Kangaroo Mother Care) in Malawi prevede che il neonato venga tenuto a contatto con il corpo della madre sul davanti: fornire calore, migliorare l'alimentazione, ridurre le infezioni ed essere in grado di riconoscere rapidamente l'arrivo di una malattia, può ridurre il numero di morti di neonati al di sotto dei 200 grammi del 51%.⁹⁷

La tecnica Mamma-Canguro in Malawi

Probabilmente molte donne in Malawi ne hanno riso, almeno all'inizio. Fino a che Save the Children ha iniziato a promuovere una nuova tecnica chiamata Mamma-Canguro (Kangaroo Mother Care, KMC), un modo semplice che le mamme hanno di aiutare il neonato a sopravvivere ai primi critici giorni di vita.

In Malawi - dove pochissime donne ricevono un'assistenza medica professionale durante la gravidanza e il parto, dove il 20% dei neonati nasce sottopeso e oltre 20.000 donne ogni anno vivono la tragedia di perdere il loro bambino - la situazione è davvero critica.

Incoraggiando le nuove mamme a praticare il contatto pelle-a-pelle con i loro bambini - come nel caso della tecnica delle femmine del canguro che tengono il loro piccolo nel marsupio - la tecnica della Mamma-Canguro ha già aiutato a salvare molte vite in Malawi, specie quelle di bambini nati sottopeso o prematuramente.

La tecnica della Mamma-Canguro è stata ideata per ridurre il rischio di ipotermia - un calo della temperatura corporea che può creare seri problemi nei neonati anche nei paesi più caldi. Quando il bambino nasce, la sua temperatura scende perché è bagnato e l'aria esterna raffredda la pelle. L'ipotermia può intervenire molto rapidamente se non si prendono tutte le debite misure per scaldare il bambino.

Il programma Mamme-Canguro mostra alle madri come tenere i propri piccoli al caldo con un contatto continuativo pelle-a-pelle. Tenendo la madre e il bambino insieme, questa tecnica incoraggia anche la creazione di un legame emotivo e facilita l'allattamento a richiesta, che fornisce al bambino l'energia per produrre calore e scaldarsi. In molti casi questa tecnica riduce anche il bisogno di incubatrici, che sono troppo costose per i paesi in via di sviluppo.

Save the Children ha introdotto con successo il metodo della Mamma Canguro in molti paesi africani come il Malawi, il Ruanda, la Tanzania, l'Etiopia e il Mali.

Uno dei modi migliori per assicurare la sopravvivenza di un bambino, rafforzare il suo sistema immunitario e favorire un sano sviluppo è allattarlo. L'allattamento può ridurre la mortalità nei bambini al di sotto dei cinque anni almeno del 12% e a volte anche del 20%.⁹⁸ L'allattamento incide soprattutto sul tasso di mortalità dei primi sei mesi di vita - *i bambini che sono allattati in modo esclusivo nei primi sei mesi di vita hanno una probabilità 10 volte inferiore di morire di diarrea e 15 volte inferiore di morire di polmonite, rispetto ai bambini che non vengono allattati.*⁹⁹ Considerando che la diarrea e la polmonite sono tra le principali cause dirette di morte infantile è chiaro che aumentare la percentuale di bambini allattati in modo esclusivo per i primi mesi di vita potrebbe avere notevoli ripercussioni sul tasso di mortalità infantile. Tenendo conto degli incredibili benefici che ne derivano in termini di salute e del suo basso costo, la promozione dell'allattamento rappresenta uno degli interventi più efficaci oggi disponibili.

La storia di Mariam

Mariam ha avuto diversi problemi per riuscire a produrre latte e allattare suo figlio Maman. Gli operatori di Save the Children che lavoravano nella sua comunità per aiutare le donne a prendersi cura dei figli malnutriti l'hanno portata a Tessaoua, nella sede del Supplementary Feeding Programme, un programma di sostegno alimentare, dove Mariam ha ricevuto cibo a sufficienza per iniziare a produrre latte. Da allora è stata in grado di allattare il suo bambino.

“Quando è nato il mio bambino non potevo allattarlo perché non avevo latte e non riuscivo ad averne. Ho provato a dargli il latte delle mie capre, ma gli ha fatto venire la diarrea. Avevo paura di perderlo. La mia vicina mi ha suggerito di parlare con gli operatori (di Save the Children) che erano venuti al villaggio per identificare i bambini malati. Mi dissero che il mio bambino era troppo piccolo per mangiare il porridge, così mi portarono nel centro di Tessaoua per vedere cosa fare. Mi diedero da mangiare e dopo pochi giorni i miei seni hanno iniziato a produrre latte. Mi hanno dato da mangiare per 4 settimane e da allora ho abbastanza latte per nutrire il mio bambino. Ora è guarito e sta bene. Sono molto felice perché temevo potesse morire e non sarei stata in grado di salvarlo”.

Mariam, 40 anni, e suo figlio Maman, 6 mesi, vivono a Massachi, un villaggio nel distretto di Tessaoua, nella regione di Maradi, in Niger.



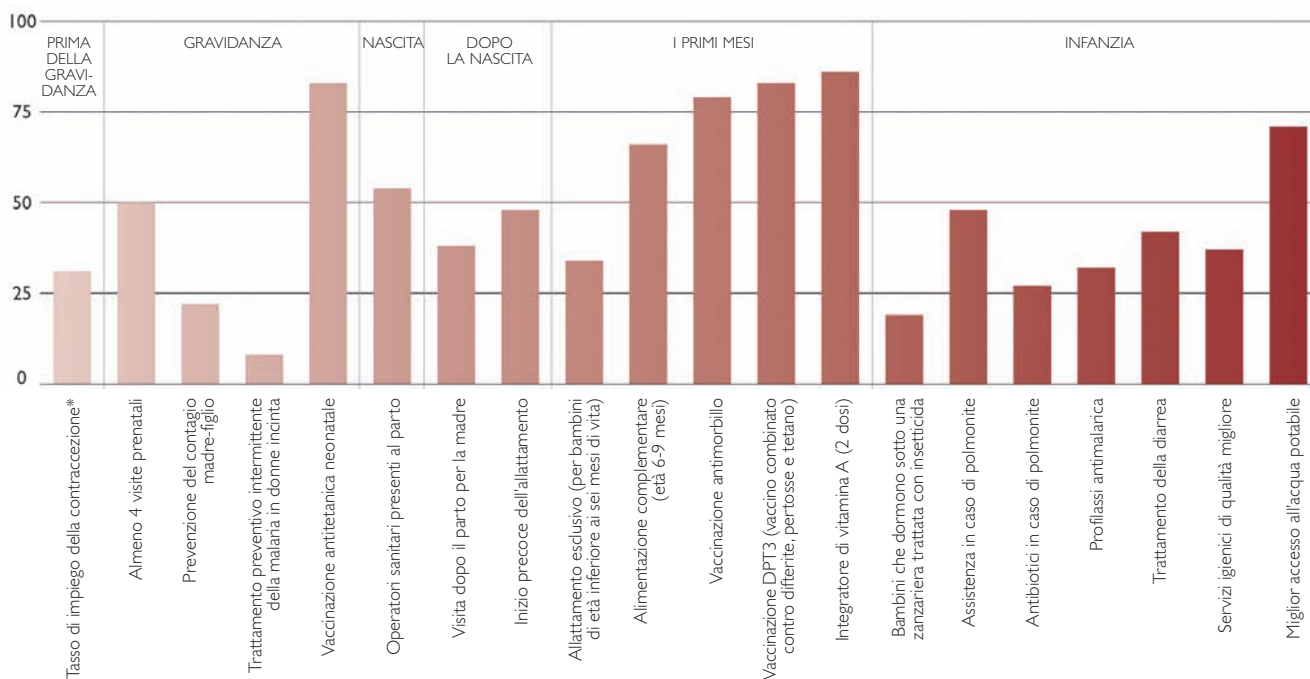
Foto di Amadou Mbodj

C'è ampio consenso sul fatto che i singoli interventi diretti devono integrarsi all'interno di un sistema sanitario funzionante. I servizi essenziali sono infatti “più efficaci quando fanno parte di pacchetti integrati destinati ad intervenire nei momenti cruciali del ciclo di vita delle madri e dei bambini, all'interno di un sistema sanitario dinamico che considera i momenti ed i luoghi chiave, sorretto da un ambiente che difende i diritti delle donne e dei bambini.”¹⁰⁰ Questo concetto è noto come “continuum of care”, ovvero “continuità nella cura” dall'assistenza materna, a quella neonatale e poi infantile. Per assicurare che tale concetto si traduca in realtà, occorrono sistemi sanitari adeguatamente forniti in termini di attrezzature, medicine e personale, nonché accessibili a donne e bambini, indipendentemente da dove questi abitano e dalle loro possibilità economiche.

Sappiamo dunque come salvare la vita di donne e bambini, eppure il tasso di copertura d'interventi chiave come quelli appena citati sono ancora inaccettabilmente insufficienti. Nel mondo, ad esempio, meno del 40% dei bambini vengono allattati al seno in modo esclusivo per i primi sei mesi di vita.¹⁰¹ Nei paesi con il tasso di mortalità infantile più alto, solo il 20% dei bambini dorme sotto una zanzariera trattata con insetticida, meno di un quarto dei bambini malati di polmonite riceve assistenza e solo il 40% viene curato in caso di diarrea.¹⁰² A seconda dei paesi, come pure al loro interno, esistono poi ampie e vergognose sperequazioni nel tasso di copertura degli interventi esistenti in materia di nutrizione materna, neonatale ed infantile, sperequazioni che si riflettono nei tassi di sopravvivenza. Nei paesi più problematici, gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio numero 1, 4 e 5 non potranno essere raggiunti senza un'attenzione maggiore agli svantaggi strutturali con cui devono combattere le popolazioni più povere, ivi comprese le donne e le ragazze delle comunità rurali. Se la povertà genera ineguaglianza, anche la discriminazione su base etnica, di casta, di genere o nei confronti delle persone malate di HIV/AIDS impedisce alle madri e ai loro bambini di ricevere i trattamenti salvavita necessari. Ogni sforzo che intenda migliorare la salute e la nutrizione materna, neonatale ed infantile deve tener conto di tutto ciò che riduce l'accesso alla salute e alla nutrizione materna, neonatale ed infantile.

Copertura dei vari interventi nel corso del 'continuum of care'¹⁰³

Copertura nazionale media degli interventi nel corso del 'continuum of care' per i 20 interventi suggeriti nel rapporto Countdown to 2015.



* Il valore della copertura non è 100%.

Per fare in modo che i progressi nel campo della mortalità materna, neonatale ed infantile siano equi, occorre pertanto concentrarsi sui diritti dei più vulnerabili e contribuire ad educare le popolazioni circa l'importanza delle misure e, più in generale dell'assistenza sanitaria e nutrizionale. In molti paesi l'assoluta mancanza di potere delle donne e delle ragazze si traduce nel fatto che queste non possono accedere ai servizi senza il consenso del marito, padre o parente maschio. Inoltre, le donne spesso non hanno controllo sulla propria fertilità e non hanno la possibilità di scegliere quanti figli avere o quanto aspettare tra una gravidanza e l'altra. Pratiche tradizionali controproducenti, come quella di isolare la madre durante il parto o rimandare l'allattamento possono avere conseguenze devastanti. Assicurare che i diritti di donne e ragazze siano rispettati, accrescere le loro conoscenze e la loro consapevolezza in materia di assistenza sanitaria e rinforzare il loro status, il loro potere e le loro opportunità è un passo decisivo per fare dei progressi in materia di sopravvivenza neonatale, infantile e materna.

Pianificazione familiare su base comunitaria nel Nord dell'Uganda

L'Uganda combatte da anni con alti tassi di fertilità, alti tassi di mortalità materna, alti tassi di mortalità infantile al di sotto dei cinque anni e un bisogno insoddisfatto di servizi di pianificazione familiare. Save the Children è una delle organizzazioni più attive nel campo della salute materno-infantile in Uganda, e ha lavorato per incrementare l'uso di servizi di pianificazione familiare tra donne e uomini in età fertile nelle due province centrali e a Pader, una provincia del Nord dell'Uganda.

Numerosi studi hanno dimostrato la stretta correlazione esistente tra l'intervallo di tempo che passa tra una gravidanza e l'altra e le condizioni di salute della madre e del bambino, fornendo un buon motivo per migliorare la pianificazione delle nascite in Uganda, dove il tasso di mortalità neonatale è di 152 morti ogni 1000 nascite.¹⁰⁴ Attualmente si raccomanda di far passare non meno di due anni tra una gravidanza e l'altra e di attendere almeno sei mesi per il concepimento dopo un aborto spontaneo o terapeutico. L'uso di metodi contraccettivi nel periodo successivo al parto potrebbe aiutare le donne a "spaziare" le gravidanze.

Save the Children ha messo in opera un programma di pianificazione familiare nell'Uganda Centrale, lavorando con le autorità sanitarie del distretto, con gli operatori sanitari e con i operatori comunitari per dare informazioni sulla pianificazione familiare a donne e uomini in età fertile. Il programma includeva anche la formazione di operatori sanitari comunitari affinché fossero in grado di somministrare alle donne delle zone rurali contraccettivi - il metodo scelto in genere dalla maggior parte delle donne in Uganda.

5.

Pader è un distretto relativamente nuovo nel Nord dell'Uganda, pesantemente colpito dai 21 anni di conflitto armato che hanno opposto il governo ugandese alla Lords Resistance Army. Ampie fasce della popolazione vivono ancora in campi per sfollati e non hanno un accesso stabile a servizi, in particolare a quelli sanitari. Secondo le statistiche dell'Ufficio distrettuale della Salute, il tasso di fertilità totale è pari a 7 bambini per donna e la percentuale di diffusione dell'HIV/AIDS è dell' 8,5% mentre quella della diffusione della contraccezione è 8,8%.

Nel distretto di Pader le donne che desiderano ricevere informazioni sulla pianificazione familiare e sui relativi servizi si trovano a dover combattere con tutta una serie di ostacoli, come l'accessibilità di tali servizi per ragioni di sicurezza, per la mancanza di trasporti, informazioni contraddittorie, l'esistenza di un forte pregiudizio nei confronti della pianificazione familiare, un potere decisionale all'interno della famiglia spesso in mano agli uomini e la scarsità di contraccettivi disponibili nei punti di distribuzione.

Infine, per migliorare la mortalità infantile occorre intervenire sulle barriere economiche che le famiglie incontrano quando cercano di accedere all'assistenza sanitaria e ai servizi di aiuto alimentare. Malgrado si discuta ancora molto su quale sia il modo più appropriato per finanziare l'assistenza sanitaria, nel 2009 i paesi de G8 hanno esplicitamente sostenuto lo sviluppo di un consenso globale sulla salute materno-infantile al fine di "garantire la rimozione delle barriere che impediscono l'accesso ai servizi alle donne e ai bambini e dunque garantire l'accesso gratuito laddove i paesi scelgono di fornirlo".¹⁰⁵ Rispettare questo impegno è essenziale per assicurare che le madri e i bambini di tutto il mondo possano ricevere l'assistenza e i trattamenti di cui hanno bisogno.

La storia di Ciatta

Ciatta ha 5 bambini. I due più piccoli sono gemelli. Uno di loro si è ammalato e Ciatta l'ha portato alla clinica comunitaria a Kingsville dove le hanno dato le medicine gratuitamente. Lavorando insieme al Ministero della Salute e del Welfare, Save the Children sostiene le cliniche di 21 comunità, contribuendo a rendere l'accesso all'assistenza sanitaria gratuita 5 giorni a settimana.

"Vivo a Kingsville e ho 5 bambini. Il più grande ha 17 anni e i due più giovani sono gemelli di 17 mesi. Sono nati a Kingsville. Quando ero incinta, alla clinica mi hanno dato gratuitamente tutte le medicine che mi servivano e poi ho partorito gratuitamente. I miei bambini sono stati vaccinati - le informazioni che mi hanno dato alla clinica mi hanno fatto capire quanto fosse importante vaccinarli e l'ostetrica della comunità mi ha aiutato a ricordare quando dovevo far fare loro le iniezioni. Abitualmente lei fa visita alle madri per ricordare loro le vaccinazioni e aiutarle a proteggere



Foto di Amadou Mbodj

i bambini con le zanzariere per evitare la malaria. Il suo aiuto è molto prezioso. Per una madre non c'è niente di meglio che avere dei bambini in salute".

Ciatta Sherman, 40 anni, Kingsville, Contea di Bong, Uganda.

5.2 MASSIMIZZARE L'IMPATTO: COMBATTERE LA MALNUTRIZIONE E ACCELERARE I PROGRESSI IN FAVORE DELLA SOPRAVVIVENZA MATERNA, NEONATALE E INFANTILE - LA NOSTRA STRATEGIA IN 8 PUNTI

Al fine di rendere **completo e sostenibile** il beneficio che si ricava dagli interventi diretti (come l'immunizzazione, le zanzariere ecc.) e dal continuum of care di cui abbiamo parlato poco fa, è indispensabile unire le energie e accelerare il ritmo di quanto si sta facendo per combattere la malnutrizione infantile. La malnutrizione, quando non porta ad un danno cognitivo permanente, causa la morte di milioni di bambini. Dato che fino ad oggi è stato necessario tanto tempo per ridurre non di molto l'incidenza della malnutrizione, è probabile che questa diventerà una causa sempre più rilevante di mortalità infantile. Accanto ad interventi necessari, come le campagne di vaccinazione, la distribuzione di zanzariere per proteggere dalla malaria e la somministrazione di antibiotici in caso di bisogno, dobbiamo fare il possibile perché i bambini siano adeguatamente nutriti e i loro corpi forti a sufficienza per poter trarre il massimo beneficio da questi trattamenti preventivi e curativi.

Sappiamo bene come intervenire sulla malnutrizione. L'allattamento da solo basta a ridurre drasticamente il rischio di malattia e morte, in particolare nei primi mesi di vita. Sappiamo anche che l'assunzione di integratori terapeutici a base di zinco nei bambini colpiti da diarrea può ridurre il rischio di rachitismo del 17% e il rischio di morte del 50%. Se combinati con Soluzioni Orali per la Reidratazione (SOR) possono prevenire i tre-quarti di tutte le morti per diarrea.¹⁰⁶ Sappiamo che l'assunzione di integratori di ferro può ridurre la mortalità infantile del 23%.¹⁰⁷ e che le politiche agricole che riducono il costo dei generi alimentari particolarmente nutrienti possono migliorare di molto la condizione nutrizionale dei bambini. In Mali ad esempio i bambini che vivono nei villaggi che praticano ortofrutticoltura o irrigazione hanno meno probabilità di diventare rachitici di quanti vivono in villaggi che producono solo prodotti di base come il miglio.¹⁰⁸ Analogamente, è risaputo che in aree dedite alla pastorizia, migliorare la disponibilità e la qualità di alimenti nutrienti, compresi la carne e il latte, ha immediate conseguenze sul miglioramento delle condizioni nutrizionali dei bambini.¹⁰⁹ Inoltre, l'esperienza dimostra che meccanismi come il trasferimento di contante a scopi sociali (*social cash transfer*) e le reti di sicurezza (*safety nets*) possono migliorare l'accesso a generi alimentari nutrienti, ridurre il rachitismo e aumentare il peso alla nascita.¹¹⁰

5.2.1 IL NOSTRO PACCHETTO CONTRO LA FAME INFANTILE

Basandosi su simili esperienze, Save the Children propone un pacchetto in 8 punti¹¹¹ che è in grado di migliorare la dieta delle donne incinta e dei bambini durante il periodo critico dei primi 33 mesi, e quindi di ridurre fame e malnutrizione. Crediamo che questo pacchetto possa aiutare i governi a prendere i giusti provvedimenti anche in considerazione della "triplice minaccia" rappresentata dall'alto prezzo del cibo, dalla recessione e dal cambiamento climatico. Riteniamo che solo un impegno finalizzato a mettere in atto questo insieme di interventi, migliorando al contempo i servizi sanitari destinati alle madri, ai neonati ed ai bambini, sarà in grado di garantire che i progressi fatti nel campo della sopravvivenza materna, neonatale ed infantile siano raggiunti in modo equo e sostenibile.

Prima di spiegare più nel dettaglio in cosa consiste il pacchetto, è importante considerare esattamente come realizzare miglioramenti nella dieta dei bambini. Se da un lato il rispetto dei diritti e l'auto-organizzazione (*empowerment*) delle donne sono essenziali per assicurare l'accesso ai servizi sanitari indispensabili, si deve riconoscere che le madri sono per la maggior parte "responsabili" di ciò che entra nella bocca dei loro bambini. Spesso contribuiscono alla produzione del cibo o assicurano il reddito necessario per il suo acquisto e, quasi sempre sono loro a preparare il pranzo o la cena per i loro bambini e a nutrirli. In contesti in cui la percentuale di diffusione di HIV/AIDS è molto alta, i bambini che hanno perso la madre sono però nutriti da altre persone che si occupano di loro, nella maggior parte dei casi sempre donne. Pertanto, una strategia che voglia migliorare lo stato nutrizionale dei bambini deve prendere in considerazione la discriminazione di genere e l'*empowerment* delle donne.¹¹² In caso contrario l'impatto e l'efficacia delle misure attuate ne risulterebbero compromessi.

Gli 8 interventi nel breve e nel lungo periodo sono:

1. **Promozione dell'allattamento esclusivo** attraverso un sostegno diretto e un ambiente favorevole;
2. **Assunzione di micronutrienti**, il 10% delle morti nei bambini al di sotto dei cinque anni è attribuibile a carenze di micronutrienti, in particolare vitamina A e zinco;
3. **Politiche agricole e di allevamento orientate all'alimentazione**, messe a punto per aumentare l'offerta di generi alimentari nutrienti e ridurre i costi. Tali politiche devono essere sensibili alle problematiche di genere e devono in particolar modo tener conto del fatto che la maggior parte dei piccoli agricoltori sono donne che spesso si dividono tra la cura dei figli e il lavoro agricolo.
4. **Trasferimento di contanti a scopi sociali** (*social cash transfer*) e **reti di sicurezza** (*safety nets programs*) per consentire alle famiglie povere di comprare cibo nutriente ed esprimere il proprio potenziale. Il trasferimento di contanti dovrebbe essere sufficientemente sostanzioso da avere un impatto sulla loro condizione nutrizionale. Inoltre, dovrebbe essere regolare e collegato al prezzo corrente di un cesto di cibo;
5. **Cibi fortificati** per garantire che donne e bambini assumano il più vasto spettro possibile di elementi nutritivi a lungo termine;
6. **Educazione alimentare e prassi d'igiene**, l'informazione deve essere semplice, mirata e collegata al contesto locale, deve servirsi di più canali di diffusione ed in particolare impiegare degli operatori sanitari dove possibile;
7. **Sistemi di early warning o allarme precoce e risposta immediata** attraverso sistemi d'informazione che permettano di valutare il livello di vulnerabilità, di fare una mappa del rischio cui sono esposte le diverse comunità e di predire quando scoppierà un'eventuale crisi, stimolando le risposte appropriate;
8. **Gestione su base comunitaria dei casi di malnutrizione grave e acuta** integrando soluzioni orali per la reidratazione ai pacchetti base dei servizi sanitari e standardizzando i protocolli.





6.

**SI PUÒ E SI DEVE FARE:
I PROGRESSI FATTI
E LE INIZIATIVE PER
ACCELERARE L'AZIONE
IN FAVORE DELLA
SOPRAVVIVENZA
INFANTILE E DELLA
LOTTA ALLA FAME**



6.1 2010: UN PUNTO DI SVOLTA PER LA SALUTE MATERNA, NEONATALE ED INFANTILE

Il numero di bambini che muoiono ogni anno prima di aver festeggiato il quinto compleanno è fortemente crollato negli ultimi vent'anni, passando dagli oltre 12 milioni del 1990 agli 8,1 milioni del 2009.¹¹³ Uno studio recente dedicato alla mortalità materna suggerisce che progressi significativi riguardano anche questo indicatore, registrando un calo da oltre 500.000 a circa 350.000 morti l'anno.¹¹⁴ Se i vari paesi stanno cercando di aggiornare le proprie statistiche per confermare questi dati, ci sono comunque segni evidenti che gli investimenti fatti sulla salute materna, in particolare sull'assistenza specializzata durante il parto, stanno avendo buoni risultati.

Non mancano le prove che gli sforzi fatti per migliorare il tasso di sopravvivenza materna, neonatale ed infantile stiano facendo presa. Dei 68 paesi in cui si concentra oltre il 95% di tutte le morti sotto i cinque anni, 19 sono sulla buona strada per realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 4, e 17 hanno ridotto la mortalità della metà. In 47 di questi paesi i progressi fatti in questo campo hanno avuto un'accelerazione, rispetto agli anni Novanta.¹¹⁵ Uno studio recente pubblicato su "The Lancet" ha confermato risultati incoraggianti, registrando un'accelerazione nella riduzione della mortalità sotto i cinque anni a livello globale tra il 2000 e il 2010, rispetto ai decenni precedenti.¹¹⁶

Eppure non ci sono solo buone notizie. In 12 di questi 68 paesi i progressi in materia di riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile stanno invece rallentando dall'inizio del nuovo millennio e, come conseguenza, alcuni di essi, potrebbero perdersi per strada e non riuscire a raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio entro il 2015, se non si interviene in modo urgente e deciso. Se siamo stati in grado di aumentare il numero dei bambini che sopravvivono dopo il primo mese di vita, stiamo decisamente perdendo la sfida rappresentata dalla morte dei neonati.¹¹⁷

E dato che i progressi sono spesso registrati a livello nazionale, dobbiamo comunque prestare la massima attenzione alle disparità che possono celarsi dietro medie e percentuali, restare vigili e fare pressione per un miglioramento equo delle prospettive di vita delle madri e dei bambini. Una recente analisi compiuta da Save the Children suggerisce che portando il tasso di riduzione della mortalità infantile per le fasce della popolazione più povere ai livelli delle fasce di popolazione che miglioravano più rapidamente - procedimento che è stato descritto come un "approccio egualitario alla sopravvivenza infantile"¹¹⁸ - **in 10 anni in 42 paesi è stata evitata la morte di 4 milioni di bambini.**

Le sfide sono molte, ma ancora di più sono le possibilità di miglioramento. Alcuni recenti sviluppi avvenuti nelle politiche e nei vertici internazionali giustificano un certo ottimismo e rappresentano idealmente un'opportunità affinché i leader mondiali si decidano a porre fine all'ingiusta sofferenza di milioni di donne e bambini. Al tempo stesso, occorre continuare a far pressione per assicurare che i leader mondiali agiscano.

Il recente impegno preso ad alti livelli da importanti attori mondiali per rimuovere il costo dell'accesso ai servizi sanitari è incoraggiante. Il governo inglese si è battuto per rimuovere tali costi globalmente, mentre la Banca Mondiale, l'UNICEF e l'OMS si sono impegnati a sostenere i paesi che desiderano rimuovere tali costi. Inoltre, i capi di Stato di cinque paesi a basso reddito (Ghana, Liberia, Malawi, Nepal e Sierra Leone) hanno annunciato che adotteranno nei loro paesi la politica di accesso gratuito ai servizi pubblici.¹¹⁹

Un giorno molto importante: finalmente l'assistenza sanitaria gratuita

Il 27 Aprile 2010 sarà sempre ricordato come un giorno speciale in Sierra Leone. Non solo perché ricorreva l'anniversario dell'indipendenza, ma anche - ed ancora più importante - perché è il giorno in cui **per i bambini al di sotto dei cinque anni di età, per le donne incinta e per le nuove madri è diventato possibile andare dal dottore gratuitamente.**

In un paese che ha uno dei peggiori tassi di mortalità infantile del mondo, la gioia era palpabile. Al Princess Christian Maternity Hospital della capitale Freetown, le donne gridavano "Grazie, grazie!" mentre il presidente visitava i reparti. I cartelli che riportavano il listino delle consultazioni pediatriche o ostetriche vennero ridipinti di fresco.

La Sierra Leone è uno dei peggiori paesi in cui nascere se si guarda agli indicatori sanitari e, sino a quel giorno, tutti dovevano pagare l'assistenza sanitaria, dal più povero al più ricco. Naturalmente molti non potevano permetterselo, in particolare i poveri, ovvero la grande maggioranza della popolazione. Le madri raccontano storie terribili. Una ha raccontato a Save the Children che il suo bambino era morto a causa della diarrea - un disturbo facilmente trattabile, ma uno dei più micidiali assassini di bambini al di

sotto dei cinque anni. Ci ha raccontato: "Il dottore mi ha detto che dovevo pagare 15 sterline, ma io ne avevo solo 4. Non ha visitato il mio bambino. È rientrato in macchina ed è ripartito."

Testimonianze commuoventi come questa hanno alimentato il movimento che si è battuto per l'eliminazione dei costi sanitari - non solo in Sierra Leone, ma in tutta l'Africa. Una coalizione di organizzazioni della società civile e di organizzazioni internazionali per l'aiuto allo sviluppo, come Save the Children, hanno fatto pressione senza tregua per promuovere questo cambiamento. Rendere l'assistenza sanitaria gratuita per questi gruppi di persone rappresenta un miglioramento sostanziale delle chance di sopravvivenza di bambini e delle loro mamme e un grande passo avanti verso la realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5.

Ciò che il governo della Sierra Leone ha fatto per fare in modo che questa politica funzionasse è straordinario. Per tutto il 2010, vari ministri hanno lavorato in collaborazione con organizzazioni che si occupano di sanità, inclusa Save the Children, su molte aree di intervento. Hanno programmato la quantità di medicine che sarebbe stato necessario far arrivare nel paese e la loro distribuzione e hanno pianificato un aumento di salario del personale sanitario in vista del carico di lavoro supplementare che avrebbero affrontato. Sono stati fatti piani per recuperare fondi aggiuntivi a sostegno del cambiamento, per finanziare monitoraggio e valutazione, per seguire successi e fallimenti e per mettere in piedi una strategia di comunicazione in modo da assicurare che tutti comprendessero la nuova politica e fossero in grado di richiedere ciò che spettava loro di diritto. Ciò che abbiamo visto in Sierra Leone è stato un impegno unico in favore della salute di madri e bambini.¹²⁰



Foto di Aubrey Wade

Donne incinte in attesa dell'infermiera alla clinica Kroo Bay, a Freetown in Sierra Leone. Freetown ha i peggiori tassi di mortalità materno-infantile del mondo. Un bambino ogni 4 muore prima di aver raggiunto i cinque anni di età e una madre ogni 6 muore di parto. Il centro di salute comunitario di Kroo Bay copre un'area di 8.000 persone ma mancano le strutture adeguate per fornire l'assistenza basilare. Save the Children sta lavorando in quest'area formando degli operatori sanitari volontari per fornire cure supplementari alla comunità.

Il 2010 è stato riconosciuto come un momento decisivo nella lotta per riportare il mondo sulla buona strada in vista della realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5. Basti vedere, a conferma di ciò, come i nuovi impegni e le nuove iniziative per accelerare i progressi nel campo della salute materna, neonatale ed infantile siano diventati una priorità ricorrente di alcuni dei più influenti eventi internazionali.

Nel giugno 2010 i leader del mondo si sono incontrati in Canada per il Vertice del G8. Alcuni mesi prima il presidente canadese Stephen Harper aveva dichiarato che la salute materna, neonatale ed infantile sarebbe stata una delle maggiori priorità del vertice. Il vertice del G8 si è concluso con l'annuncio da parte di Harper dell'Iniziativa Muskoka sulla salute materno-infantile e la promessa di 5 miliardi di dollari in più da versare entro il 2015, con un sostegno



supplementare di 2,3 miliardi di dollari da parte di paesi non appartenenti al G8 e di alcune fondazioni e partnership come la Bill and Melinda Gates Foundation e la UN Foundation.

Se anche quest'anno il G8 ha dunque dato un importante contributo per riportare la salute materno-infantile sull'agenda politica internazionale, molti dubbi rimangono sulla natura davvero 'addizionale' di questi aiuti, sul fatto che verranno effettivamente destinati alla salute materna, neonatale ed infantile e, sulla questione ancor più generale, se i donatori sborseranno alla fine davvero ciò che hanno così entusiasticamente annunciato. Quand'anche i soldi si dovessero materializzare, anche l'Iniziativa Muskoka è lontana dal mobilitare la totalità delle risorse che sarebbero necessarie per agire seriamente. Il modo e il momento in cui i leaders mondiali decideranno di concretizzare le astratte dichiarazioni dell'Iniziativa Muskoka rappresenteranno il banco di prova decisivo per testare la credibilità di questi vertici.

Un mese dopo il vertice del G8, il Summit dell'Unione Africana si è a sua volta riunito per discutere di "Salute materna ed Infantile e Sviluppo in Africa". La dichiarazione finale del Summit ribadiva la necessità di rispettare le promesse fatte ad Abuja, in Nigeria, nel 2001, di devolvere il 15% del PIL alla salute. Secondo le stime dell'OMS, soltanto tre nazioni africane hanno sinora onorato l'impegno nel budget dell'ultimo anno. Tre di meno rispetto a quanto era accaduto l'anno prima.

La dichiarazione finale includeva anche un impegno a rafforzare i sistemi sanitari per fornire servizi sanitari di assistenza materna, neonatale ed infantile, omnicomprensivi ed integrati, e riconosceva il problema della carenza di personale sanitario qualificato e la necessità di intervenire. Si stima che manchino nel continente 800.000 operatori sanitari.¹²¹

I leader africani hanno inoltre dichiarato che si impegneranno a formare operatori sanitari comunitari per "mitigare la crisi di risorse umane che colpisce il settore sanitario". Si sono anche impegnati a ridurre le spese sanitarie vive tramite iniziative come l'abolizione dei costi per le donne incinta e i bambini al di sotto dei cinque anni. Sono impegni importanti che possono potenzialmente salvare milioni di vite - se saranno rispettati.¹²²

Tutte queste discussioni hanno avuto il loro momento culminante nel Vertice di Revisione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio di settembre durante il quale il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha messo in evidenza l'ambiziosa Strategia Globale per la Salute Materna ed Infantile (Global Strategy for Women and Child Health). In questa strategia, il Segretario Generale fa appello ai governi nazionali, ai donatori, alle fondazioni, al settore privato e ad altri attori affinché diano il loro contributo per costruire "una risposta collettiva che, mentre noi lavoriamo per rafforzare i sistemi sanitari, sia in grado di assicurare l'accesso globale ai servizi sanitari essenziali e finanzi interventi salva-vita di provata efficacia". Questo piano prende le mosse da una serie di impegni internazionali precedenti, in particolare dal Global Consensus for Maternal Newborn and Child Health, che aveva ottenuto l'appoggio dei leader mondiali al Vertice del G8 dell'Aquila nel 2009 e dall'Iniziativa Muskoka. In particolare la strategia si concentra sui seguenti punti:

- Sostegno a piani sanitari elaborati e gestiti dai paesi protagonisti e sostenuti da un investimento più consistente, prevedibile e sostenibile.
- Erogazione integrata di servizi sanitari ed interventi salva-vita - in modo che donne e bambini abbiano accesso a prevenzione, trattamento e cura quando e se necessario.
- Sistemi sanitari più forti, retti da un numero sufficiente di operatori sanitari qualificati.
- Approcci innovativi ai finanziamenti, allo sviluppo di prodotti ed erogazione efficiente dei servizi sanitari.
- Miglior monitoraggio e valutazione per assicurare l'aderenza agli impegni da parte di tutti gli attori coinvolti.

Se messa in pratica, questa strategia cambierà drasticamente il panorama della salute e della nutrizione materna, neonatale ed infantile. Tra il 2011 e il 2015 potremmo impedire la morte di 15 milioni di bambini sotto i cinque anni, compresi 3 milioni di neonati; potremmo prevenire 33 milioni di gravidanze indesiderate ed evitare la morte di 740.000 donne a causa di complicazioni durante la gravidanza o la nascita, compresi gli aborti non sicuri. Altri 88 milioni di bambini sotto i cinque anni sarebbero protetti dal rachitismo e 120 milioni dalla polmonite.¹²³

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, il 22 settembre ha annunciato lo stanziamento di 40 miliardi di dollari da parte di molteplici attori della comunità internazionale per la realizzazione della *Strategia Globale per la Salute delle Mamme e dei Bambini*, lanciata a New York nello stesso giorno. Ma, come per la "Muskoka Initiative", quando e in che modo i diversi attori stanzieranno ed erogheranno le somme di denaro promesse determinerà la credibilità ed il successo del Summit e della strategia stessa.

Occorre comunque sottolineare che il processo per realizzare la *Strategia Globale per la Salute delle Mamme e dei Bambini* è stato una grande opportunità per costruire una nuova partnership internazionale tra attori molto diversi tra di loro e questo è un primo ed importante risultato del Vertice sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio che si tenuto a settembre, a conferma che il 2010 è stato una pietra miliare per la riduzione della mortalità infantile e

materna. Possiamo contare quindi ora su un sforzo globale collettivo per salvare la vita a più di 16 milioni di donne e bambini entro il 2015, con il coinvolgimento e l'impegno dei Capi di Stato e di Governo, insieme al settore privato, a agenzie internazionali, organizzazioni della società civile, istituti di ricerca e numerose fondazioni.

6.2 UN NUOVO MOMENTUM PER AFFRONTARE LA MALNUTRIZIONE INFANTILE

Per realizzare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in tempo, parallelamente al crescente impegno in favore della sopravvivenza infantile, si dovrebbero intensificare anche gli sforzi per combattere la malnutrizione infantile. 63 paesi (su 117 di cui sono a disposizione i dati) sono sulla buona strada per realizzare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 1 che prevede che tra il 1990 e il 2015 la percentuale dei bambini sottopeso al di sotto dei cinque anni venga ridotta del 50%. 34 paesi stanno progredendo troppo lentamente e 20 paesi non hanno fatto alcun progresso in questo senso.¹²⁴

Dal 1990 la percentuale di rachitismo nei paesi in via di sviluppo è diminuita dal 40 al 29%, una riduzione relativa del 28%. Grazie ad alcuni importanti progressi fatti in Cina, questa riduzione è stata particolarmente significativa in Asia - dove si è passati dal 44% del 1990 al 30% del 2008. In Africa invece i progressi nella lotta contro il rachitismo sono stati vergognosamente lenti - e si è passati dal 38% del 1990 al 34% del 2008.¹²⁵

La comunità internazionale riconosce sempre di più l'importanza di investire nella nutrizione. Nel 2008, il Consensus di Copenaghen - il lavoro di otto dei più celebri economisti del mondo, inclusi cinque premi Nobel - ha qualificato la lotta contro la malnutrizione come la miglior forma d'investimento per lo sviluppo. Sono arrivati a questa conclusione dopo aver valutato investimenti in dieci diverse aree, come il riscaldamento globale, l'educazione, le malattie e il commercio. Nello specifico, in base alle analisi, l'assunzione terapeutica di vitamina A e di zinco da parte dell'80% dei 140 milioni di bambini al di sotto dei 2 anni che vivono nei paesi in via di sviluppo costerebbe solo 60 milioni di dollari l'anno, ma produrrebbe un beneficio annuale di oltre 1 miliardo di dollari. Il che significa che "ogni dollaro speso in questo programma per micronutrienti creerebbe benefici (ovvero, miglioramento delle condizioni di salute, riduzione del numero di morti, incremento dei redditi futuri ecc.) che valgono più di 17 dollari".¹²⁶

Questo è il momento giusto per affrontare il problema della malnutrizione. Nel 2008 delle sommosse sono esplose in molte città del mondo perché i prezzi dei generi alimentari di base erano troppo alti e nessuno riusciva a permettersi di pagarli. Queste manifestazioni furono un segnale forte del fallimento dei governi, che erano stati incapaci di fare il necessario per prevenire una crisi di cui l'uomo era il responsabile principale. Come risultato di quegli scontri, ora la sicurezza alimentare ha guadagnato una stabile posizione all'interno delle agende internazionali. Adesso esiste un vibrante dibattito politico su quali siano i modi migliori per aumentare la produzione agricola e sfamare una popolazione sempre crescente in un contesto in cui le riserve di petrolio sono sempre più scarse, e le terre coltivabili subiscono gli assalti del cambiamento climatico. Se questo nuovo dialogo vuole avere un impatto sostenibile sui bambini della terra, esso deve essere accompagnato da una costante riflessione su come garantire a donne e bambini una miglior alimentazione.

Se la mancanza di leadership è spesso stata additata come una delle cause principali della mancanza di un'azione determinata in favore della nutrizione, la speranza sta oggi nelle nuove strategie ed iniziative sulla nutrizione promosse da vari paesi donatori e da organizzazioni come l'Economic Community of West African States; il New Economic Programme for African Development; la Commissione Europea; la Bill and Melinda Gates Foundation; la Banca Mondiale; le agenzie delle Nazioni Unite; le agenzie di sviluppo bilaterale, come quella inglese, canadese, danese, francese, irlandese, olandese, norvegese e spagnola. Questi sforzi sono stati sostenuti dalle più grandi organizzazioni internazionali della società civile, tra le quali, Bread for the World, Helen Keller International, Médecins sans Frontières e Save the Children.¹²⁷

Nell'aprile 2008 il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha creato una Task Force di alto livello per affrontare la crisi globale per la sicurezza alimentare (High-Level Task Force on Global Food Security Crisis). La Task Force riunisce i capi delle agenzie, dei fondi e dei programmi dell'ONU, alcuni dipartimenti del Segretariato delle Nazioni Unite, la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, l'OCSE e l'Organizzazione Mondiale per il Commercio. Presieduta dal Segretario Generale dell'ONU e coordinata dal Rappresentante Speciale per la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione, David Nabarro. La Task Force ha per obiettivo di "assicurare che tutti gli abitanti della terra, in ogni momento, abbiano accesso fisico, sociale ed economico a generi alimentari sufficienti, sani e nutrienti che corrispondano ai loro bisogni dietetici e ai loro gusti per una vita attiva ed in salute".¹²⁸

Nel luglio 2009 al vertice G8 dell'Aquila, 26 nazioni e 14 organizzazioni internazionali hanno lanciato l'Iniziativa dell'Aquila sulla Sicurezza Alimentare l'Aquila Food Security Initiative (AFSI). In essa, veniva promesso lo stanziamento di 20 miliardi di dollari in 3 anni e i leader mondiali si accordavano su un approccio comprensivo e coordinato, che sostenesse i paesi in via di sviluppo nella realizzazione delle loro strategie di sicurezza alimentare.¹²⁹



Da allora i paesi donatori e la Banca Mondiale hanno lavorato insieme per sviluppare il Programma Globale per la Sicurezza Alimentare ed Agricola (Global Agriculture and Food Security Programme), un fondo fiduciario a sostegno dell'Iniziativa dell'Aquila alimentato da più donatori. Sino ad oggi, gli Stati Uniti, il Canada, la Spagna, la Corea e la Bill and Melinda Gates Foundation hanno promesso 900 milioni di dollari al fondo.¹³⁰

Purtroppo la nutrizione appare citata solo tre volte nella dichiarazione finale del vertice del G8 del 2010 - davvero un'occasione mancata per evidenziare l'importanza di lottare contro la malnutrizione, in particolare come parte di uno sforzo generale volto a migliorare la salute materna, neonatale ed infantile tramite l'Iniziativa Muskoka. Il vertice del G8 del 2010 ha comunque annunciato che l'Iniziativa ha già ottenuto 22 miliardi di dollari e ha dichiarato che, ad Aprile 2010, 6,5 miliardi di essi erano già stati erogati o allocati. I leader mondiali hanno inoltre ribadito il loro impegno a versare il resto dei fondi promessi entro il 2012. Gli stessi leader hanno anche promesso di riferire dei progressi fatti con l'Iniziativa dell'Aquila al prossimo vertice, che si svolgerà in Francia nel 2011.

Esiste tuttavia un movimento crescente che si batte perché la parola 'nutrizione' circoli sulle bocche dei leader e dei legislatori sempre più spesso, con sempre più significato e, cosa ancora più importante, in armonia con le altre discussioni relative ai temi dello sviluppo. L'anno scorso i leader di governi nazionali, ONG, Commissione Europea, organizzazioni di aiuto bilaterale, agenzie delle Nazioni Unite e la Banca Mondiale si sono uniti per sostenere insieme un piano d'azione che affronti il problema della malnutrizione e cerchi i fondi necessari per finanziarlo. Questo ampio impegno si è tradotto in una politica globale detta Framework for Action to Scale Up Nutrition (SUN). Essa rappresenta un'importante estensione di altri movimenti guidati da leader mondiali come l'Iniziativa dell'Aquila e la Partnership Internazionale sulla Salute (International Health Partnership) che hanno l'obiettivo di migliorare la salute materna ed infantile.

Il movimento SUN intende convogliare il crescente interesse che vari attori, - governi, settore privato, società civile e comunità di ricercatori - hanno espresso nella lotta alla malnutrizione, in un approccio coordinato twin-track. Questo approccio include non solo una moltiplicazione degli interventi ad alto impatto, di provata efficacia e specificatamente rivolti alla nutrizione, ma anche un rafforzamento degli sforzi in favore di iniziative di sviluppo multi-settoriali, in particolare di protezione sociale, agricoltura, sicurezza alimentare, servizi sanitari orientati alla nutrizione. L'approccio multi-settoriale alla nutrizione sollecita tutte le politiche settoriali a darsi degli obiettivi nutrizionali in modo che - quando tali politiche saranno realizzate - le eventuali conseguenze negative sulla nutrizione possano essere facilmente identificate e risolte.¹³¹

Questo particolare momentum politico e sociale, insieme all'emergere di alcune leadership e al coordinamento e alla disponibilità di approcci pratici e comprensivi come il nostro pacchetto contro la fame infantile forniscono gli ingredienti chiave per risolvere una volta per tutta la malnutrizione infantile, uno dei fattori nascosti all'origine della mortalità infantile. Adesso occorre che tutti coloro che si sono impegnati teoricamente traducano la loro buona volontà in azioni concrete in favore della nutrizione infantile.

7.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI



Ready-to-use therapeutic food
1 sachet = 500 kcal
Made by  Hilma Enriched Foods
Member of the network



Questo rapporto evidenzia lo stato di mortalità infantile e materna un anno dopo il lancio della Campagna Every One di Save the Children, nell'ottobre 2009, e si sofferma in particolar modo sull'impatto causato dalla malnutrizione. Dieci anni dopo la firma della Dichiarazione del Millennio, il mondo ha fatto progressi concreti verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) ma questi sono ancora lontani dal poter essere raggiunti entro la scadenza del 2015 ed è inoltre ampiamente riconosciuto che gli OSM n. 4 e 5 sono quelli rimasti più indietro tra tutti gli otto obiettivi.

Abbiamo bisogno di assistere ad un'urgente accelerazione degli sforzi se vogliamo rispettare le promesse entro il 2015. E perché questo accada, abbiamo bisogno di apprendere dai Paesi che hanno ridotto la mortalità infantile e realizzato reali progressi nella lotta contro la povertà.

Come sottolineato in questo rapporto, e come dichiarato dal segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, nel corso del Vertice sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, lo scorso settembre a New York, *“Sappiamo quello che serve per salvare le vite di milioni di donne e dei bambini e sappiamo che le donne e i bambini sono fondamentali per il raggiungimento di tutti gli OSM”*.

Gli interventi concreti che presentiamo in questo rapporto sono a basso costo e facilmente realizzabili e possono essere attuati su larga scala. Più di ogni altra cosa è la volontà politica il più importante fattore necessario per ridurre la mortalità infantile di due terzi, la mortalità materna di tre quarti e la fame della metà entro il 2015, l'unico fattore che ancora realmente manca all'appello. Nonostante il quadro generale indichi che i progressi sono ancora insufficienti, ci sono abbastanza esempi di Paesi che son riusciti a ridurre rapidamente ed in forma equa la mortalità infantile e materna da poter indirizzare la comunità internazionale verso efficaci politiche. In questo primo decennio del nuovo secolo il mondo ha fatto non più del 50% dei necessari progressi verso la riduzione della mortalità infantile, per questo è necessario un radicale cambiamento di approccio a livello internazionale.

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio devono essere affrontati su più livelli, a livello comunitario, locale e nazionale. La *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata dal segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, nel corso del Vertice sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, lo scorso 22 settembre, potrebbe essere una grande opportunità per i restanti cinque anni che ci separano dalla scadenza degli OSM, ma la sfida più urgente per i leaders mondiali, tornati dal vertice di New York, è quella di saper attingere dalle esperienze apprese da altri e di applicare con urgenza le azioni concordate a livello internazionale all'interno dei loro stessi Paesi, per mettersi in carreggiata al fine di raggiungere gli OSM per tempo.

In questa cornice anche i Paesi Donatori hanno un'importante responsabilità ed un ruolo cruciale da svolgere: quello di non far mancare il sostegno necessario a quei Paesi che si presentano con piani d'azione realmente in grado di raggiungere questi obiettivi.

Sappiamo che per avere un significativo e duraturo impatto, questi piani d'azione devono favorire il cambiamento e l'attuazione di politiche efficaci sia a livello comunitario che nazionale, in particolare in quei 68 paesi identificati dal *Countdown 2015* come quelli con i più alti tassi di mortalità infantile e materna. Essi devono essere sostenuti da nuove risorse, sia da parte dei paesi in via di sviluppo che da parte dei paesi donatori, e devono essere monitorati attraverso dei solidi meccanismi che garantiscano l'aderenza agli impegni presi.

Per ridurre la mortalità infantile e materna e la malnutrizione e riuscire così a raggiungere gli OSM numero 4 e 5 entro il 2015, Save the Children raccomanda che:

- Tutti i Governi, dei paesi in via di sviluppo, dei paesi emergenti e dei paesi donatori, si impegnino pubblicamente per realizzare la *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata il 22 Settembre 2010 dal Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, contribuendo con nuovi e addizionali fondi e predisponendo propri piani d'azione per contribuire alla realizzazione della strategia stessa nei prossimi 5 anni;
- Il Governo Italiano si impegni pubblicamente con chiari stanziamenti di fondi addizionali sia per la *Muskoka Initiative*, sia per la *Strategia Globale per la Salute delle Donne e dei Bambini*, lanciata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite;
- Il Governo Italiano si impegni -come già hanno fatto altri paesi donatori, ad esempio la Francia e l'Inghilterra- a definire una Strategia sulla Nutrizione e a destinare risorse finanziarie appropriate per realizzarla;
- Il Governo Italiano, che ospita a Roma le più importanti Agenzie delle Nazioni Unite che si occupano di nutrizione e sicurezza alimentare, sostenga il *Framework for Action to Scale Up Nutrition (SUN)* e quindi persegua un approccio allo sviluppo che sia sensibile alla tematica della nutrizione;
- I giornalisti, i mezzi di comunicazione e gli *opinion makers* continuino a fare pressione sui leaders mondiali, ed in particolar modo sui politici italiani, per combattere la mortalità infantile e materna, nonché la malnutrizione, da oggi al 2015;
- Le organizzazioni della società civile si uniscano a noi per combattere la mortalità materno-infantile e la malnutrizione;
- Gli Istituti di ricerca e le Fondazioni internazionali diano la priorità alla ricerca medico-scientifica in modo continuativo ed approfondito, al fine di sviluppare interventi efficaci e combattere le cause dirette e indirette della mortalità materno-infantile e della malnutrizione;
- OGNI cittadino prenda posizione affinché sia rispettato il diritto di OGNI bambino a sopravvivere e a crescere. OGNUNO DI NOI (Every One) – insieme – deve comunicare ai nostri leaders che non sarà più tollerata l'ingiustizia che ogni anno colpisce milioni di mamme e bambini che muoiono per cause facilmente prevenibili.

- ¹ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ² R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, Maternal and Child Undernutrition Series, in "The Lancet", 2008, vol. 371, pp. 243-60.
- ³ UNICEF (2009), *State of the World's Children Special Edition*.
- ⁴ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ⁵ L.A. Bartlett, S. Mawji et al., *Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal Mortality in Four Districts of Afghanistan, 1999-2002*, in "The Lancet", 2005, pp. 365, 9462.
- ⁶ UNICEF, *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition*, 2009.
- ⁷ Save the Children UK, *Hungry For Change: An eight-step, costed plan of action for tackling global child hunger*, 2009.
- ⁸ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, Maternal and Child Undernutrition Series, in "The Lancet", 2008, vol. 371, pp. 243-60.
- ⁹ UNICEF, *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition*, 2009.
- ¹⁰ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, Maternal and Child Undernutrition Series, in "The Lancet", 2008, vol. 371, pp. 243-60.
- ¹¹ Save the Children UK, *Hungry for Change (2009)*.
- ¹² Istat - www.istat.it.
- ¹³ *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010), Taking stock of maternal, newborn and child survival*.
- ¹⁴ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ¹⁵ Come sancito in vari accordi internazionali sui diritti umani ed impegni politici, incluse le Convenzioni delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (the United Nations Conventions on the Rights of the Child, UNCRC), la Convenzione Internazionale sui Diritti Civili e Politici (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR), the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) e the Millenium Development Goals.
- ¹⁶ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.
- ¹⁷ *Ibidem*.
- ¹⁸ L.A. Bartlett, S. Mawji et al., *Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal Mortality in Four Districts of Afghanistan*, in "The Lancet", 1999-2002, pp. 365, 9462, 2005.
- ¹⁹ F.W.J. Anderson et al., *Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti*, in "Maternal and Child Health Journal", n. 11, vol. 4, pp. 395-401. Epub, 31 gennaio 2007.
- ²⁰ UNICEF, *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality*, n. 7, Settembre 2008.
- ²¹ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.
- ²² Save the Children UK, *Hungry for Change: An eight-step, costed plan of action to tackle global child hunger* (2009).
- ²³ *Countdown to 2015 Decade Report...*, op. cit.
- ²⁴ Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.
- ²⁵ *Time's Best Inventions of 2009*, in "Time Magazine", 2009. <http://www.time.com/time/specials/packages/completerlist/0,29569,1934027,00.html>.
- ²⁶ UNICEF, *State of the World's...*, 2009, op. cit.
- ²⁷ *Countdown to 2015 Decade Report...*, op. cit.
- ²⁸ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ²⁹ *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)*, p. 5.
- ³⁰ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ³¹ Nel 2009, San Marino e il Lichtenstein hanno entrambi registrato un tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni pari a 2 morti ogni 1000 nascite. La Svezia, Singapore, il Lussemburgo, l'Islanda e la Finlandia hanno registrato tassi di mortalità sotto i cinque anni pari a 3 morti ogni 1000 nascite. Fonte: UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ³² UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ³³ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ³⁴ Analisi presentata in: Save the Children, *The Next Revolution: Giving Every Child the Chance to Survive*, 2009; Fonte per i dati: Macro International Inc. (2009).
- ³⁵ OMS, *Make Every Mother and Child Count*, 2005.
- ³⁶ *Ibidem*.
- ³⁷ M. Hogan et al., *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis of Progress Towards Millenium Development Goal 5*, in "The Lancet", vol. 375, serie 9726, pp. 1609-23, 8 maggio 2010, doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1.
- ³⁸ G. Nanda, K. Switlick ed E. Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banca Mondiale, Washington, D.C., Aprile 2005, p. 4.
- ³⁹ H.R. Yusuf, H.K. Atrash, *Parent's death and the survival of their children*, in "The Lancet", vol. 375, serie 9730, pp. 1944-46, 5 giugno 2010.
- ⁴⁰ Banca Mondiale, *Global Monitoring Report 2010. The MDGs after the Crisis*, 2010.
- ⁴¹ *Ibid.*, p. 29.
- ⁴² R.E. Black, S. Cousens, H.L. Johnson et al., *Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis*, in "The Lancet", 2010, vol. 375, pp. 1969-87.
- ⁴³ UNICEF, *The State of the World's Children 2008*, 2008, p. 24.
- ⁴⁴ *Countdown to 2015. Tracking*

progress in Maternal, Newborn and Child Survival. The 2008 Report, 2008, pp. 18-19.

⁴⁵ R.E. Black, S. Cousens, H.L. Johnson et al., *Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis*, *The Lancet*, 2010, vol. 375, pp. 1969-87.

⁴⁶ *Countdown to 2015* è un'iniziativa promossa da alcune grandi agenzie internazionali come l'UNICEF, l'OMS, the United Nations Population Fund (UNFPA), la Banca Mondiale, la Bill and Melinda Gates Foundation, Save the Children e altri per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile.

⁴⁷ R.E. Black, S. Cousens, H.L. Johnson et al., *Global, regional, and national causes...*, op. cit., pp. 1969-87. ("The Lancet" è il più importante giornale scientifico mondiale in ambito medico generico e per ciò che riguarda oncologia, neurologia e Malattie infettive).

⁴⁸ *Countdown to 2015 Decade Report...*, op. cit.

⁴⁹ Per una spiegazione della 'continuità nella cura' si veda p. 22.

⁵⁰ K. Deininger e P. Mpuga, *Economic and Welfare Impact of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, in "Journal of African Economies", 2005, n. 14, vol. 1, pp. 55-91; L. Gilson, *The lessons of user fee experience in Africa*, in "Health Policy and Planning", 1997, n. 12, vol. 4, pp. 273-285; B. McPake, *User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature*, in "Social Science Medicine", 1993, n. 36, vol. 11, pp. 1397-1405; Save the Children UK, *The Cost of Coping with Illness*, Briefings on Sudan, Ethiopia, Burundi, Tanzania, Rwanda and Uganda, 2005; R. Yates, *The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries*, UK Department for International Development, Human Development, 2007; R. Yates,

Universal Health Care and the Removal of User Fees, in "The Lancet", 2009, vol. 373, 9680, pp. 2078-81.

⁵¹ WaterAid, *Fatal Neglect: how health systems are failing to comprehensively address child mortality*, 2009.

⁵² Ibidem.

⁵³ Save the Children US, *State of the World's Mothers 2006, Saving the Lives of Mothers and Newborns*, 2006.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2009*, p. 28, 2009.

⁵⁶ UNICEF, *The State of the World's Children 2008...*, op. cit., p. 117 and Uppsala Universitet, Uppsala Conflict Database. Consultato il 3 Agosto 2009 su www.pcr.uu.se/database.index.php.

⁵⁷ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.

⁵⁸ UNICEF, *Tracking Progress on Child...*, op. cit.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ L'essere sottopeso è una forma differente di malnutrizione rispetto al rachitismo; è infatti la combinazione di rachitismo e debilitazione.

⁶¹ Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.

⁶² R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., 243-60.

⁶³ Save the Children UK, *Hungry for Change*.

⁶⁴ Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ B. de Benoist, E. McLean, I. Egli e M. Cogswell (a cura di), *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005*, WHO global database on anaemia, World Health Organization and the Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

⁶⁷ Banca Mondiale, *Global Monitoring Report 2010...*, op. cit., p. 18

⁶⁸ UNICEF, *Tracking Progress on Child...*, op. cit.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Ibidem.

⁷² Ibidem.

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ R. Black et al, *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.

⁷⁶ UNICEF, *Tracking Progress on Child...*, op. cit.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ Le analisi sull'equità sono state compiute su un campione di 8 paesi nel rapporto a cura di Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.. Per tutti i paesi considerati, ad eccezione dell'Afghanistan, si avevano a disposizione dati recenti sulla distribuzione della malnutrizione.

⁸⁰ FAO, *Hunger in the Face of Crisis: Global Economic Slowdown Underscores Urgency of Addressing Long-Term Challenges*, Policy Brief n. 6, 2009.

⁸¹ A. Evans, *The Feeding of the Nine Billion: Global Food Security for the 21st century*, Chatham House Report, 2009.

⁸² Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.

⁸³ Istat - www.istat.it.

⁸⁴ Banca Mondiale, *Global Monitoring Report...*, op. cit, p. 6.

⁸⁵ S. Black et al., *Macro shocks and micro outcomes: child nutrition during Indonesia's crisis*, in "Economics and Human Biology", 2004, n. 2, pp. 21-44.

⁸⁶ Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.

⁸⁷ Global Humanitarian Forum, *The Anatomy of a Silent Crisis*, 2009.

⁸⁸ IPCC, *Climate Change 2001 Synthesis Report: Summary for policymakers*, 2001.

⁸⁹ Ibidem e R. Warren et al., *Understanding the Regional Impacts of Climate Change*, Tyndall Centre for Climate Change Research, 2006.

⁹⁰ G. Jones et al., *How many child deaths can we prevent this year?*, in "The Lancet", 2003, vol. 362, serie 9377, pp. 65-71.

- ⁹¹ Science in Action, *Save the lives of Africa's mothers, newborns and children*.
- ⁹² OMS, 10 Facts on Child Health, 2007, Fact n. 4, www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html.
- ⁹³ Id., *Roll Back Malaria Partnership*, Key Facts, www.rollbackmalaria.org/keyfacts.html.
- ⁹⁴ Id., *Roll Back Malaria Partnership*, Key Facts, www.rollbackmalaria.org/keyfacts.html.
- ⁹⁵ J. Mwansa-Kambafwile et al., *Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth*, in "International Journal of Epidemiology", 2010, n. 39, pp. i122-i133.
- ⁹⁶ OMS, UNICEF e Department of Health, Republic of the Philippines, *Newborn Care until the First Week of Life: clinical practice pocket guide*, 2009. www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/D812025B-E91E-4212-9861-4848674CC605/0/newborncare_final.pdf.
- ⁹⁷ Lawn et al., citato in *Countdown to 2015 Decade Report...*, op. cit., p. 22.
- ⁹⁸ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.
- ⁹⁹ R. Black et al., *Maternal and Child Undernutrition...*, op. cit., pp. 243-60.
- ¹⁰⁰ UNICEF, *State of the World's...*, op. cit.
- ¹⁰¹ OMS, 10 Facts on Breastfeeding, www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html.
- ¹⁰² *Countdown to 2015...*, op. cit.
- ¹⁰³ *Countdown to 2015...*, op. cit., p. 15.
- ¹⁰⁴ 2000/2001 Uganda Demographic and Health Survey (UDHS 2001).
- ¹⁰⁵ G8 Communiqué. L'Aquila, Italia, 2009.
- ¹⁰⁶ G. Jones et al., *How many child deaths can we prevent this year?*, in "The Lancet", 2003, vol. 362, n. 65/71.
- ¹⁰⁷ Z. A. Bhutta et al., *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*, in "The Lancet", 2008, vol. 371, pp. 417-440.
- ¹⁰⁸ D. Mariko e C. Hughes, *An exploratory analysis of child nutritional status in the Sabel, the Goundam Circle case study, Timbuktu Region, Mali*, West African Regional Food for Peace Office, USAID/WEST AFRICA, Professional Paper.
- ¹⁰⁹ K. Sadler et al., *Milk Matters: A Literature review of pastoralist nutrition and programming responses*, Save the Children, USAID, Feinstein International Centre and Tufts University, 2009.
- ¹¹⁰ Save the Children UK, *Hungry for Change...*, op. cit.
- ¹¹¹ Il nostro pacchetto contro la fame infantile si basa su dati di fatto. Nel 2008 la rivista medica "The Lancet" ha pubblicato un numero comprensivo in cui radunava tutti gli interventi per combattere la malnutrizione materna ed infantile (Bhutta et al., *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*, in "The Lancet", 2008, vol. 371, pp. 417-440. Noi ci siamo basati sugli interventi segnalati da "The Lancet" come quelli che avevano dirette conseguenze sulla dieta dei bambini e sulla loro condizione nutrizionale all'interno dell'utero. Ci siamo poi spinti oltre le raccomandazioni presenti sulla rivista per includere anche gli interventi che prendono di mira i fattori economici sottostanti la malnutrizione (comprese le donazioni). Il nostro pacchetto si basa su quello proposto dall'iniziativa delle Nazioni Unite e di un gruppo di ONG 'REACH', che lavora con i governi per estendere gli interventi a cinque aree prioritarie: allattamento e alimentazione integrativa, somministrazione di micronutrienti, diarrea e controllo dei parassiti, trattamento della malnutrizione acuta e sicurezza alimentare dei nuclei famigliari (www.reach-partnership.org).
- ¹¹² Food Policy Research Institute, *The Importance of Women's Status on Child Nutrition in Developing Countries*, 2003.
- ¹¹³ UNICEF (2010), *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2010.
- ¹¹⁴ M. Hogan et al., *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis of Progress Towards Millennium Development Goal 5*, in "The Lancet", vol. 375, serie 9726, pp. 1609-23, 8 maggio 2010, doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1.
- ¹¹⁵ *The Countdown to 2015...* op. cit., p. 7.
- ¹¹⁶ "The Lancet", *Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4*, 24 maggio 2010.
- ¹¹⁷ *The Countdown to 2015...* op. cit., p. 7.
- ¹¹⁸ Minujin e Delamonica (2003) hanno fatto un'analisi simile e hanno notato che visto che si applica un tasso di riduzione, è difficile dedurre che il tasso di progresso è impossibile a causa di limiti tecnologici o legati a qualche congiuntura locale.
- ¹¹⁹ R. Yates, *Women and children first: an appropriate first step towards universal coverage*, in "Bulletin of the World Health Organisation", 2010, vol. 88, n. 6, giugno 2010, pp. 401-480.
- ¹²⁰ N. Briki e I. Matheson, *Impact in "Save the Children Africa Magazine"*, Edizione Speciale, giugno 2010.
- ¹²¹ OMS, *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Available, 2006, su: www.who.int/whr/2006/en/index.html.
- ¹²² African Union, *Action on Maternal Newborn and Child Health and Development in Africa by 2010*, 2010, [www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2010/juillet/Summit_2010_b/doc/DECISIONS/Assembly%20AU%20Dec%20289-330%20\(XV\)%20_E.pdf](http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2010/juillet/Summit_2010_b/doc/DECISIONS/Assembly%20AU%20Dec%20289-330%20(XV)%20_E.pdf).
- ¹²³ Basato sull'analisi del gruppo di



REFERENCES AND NOTES

lavoro Joint Plan of Action Finance, derivato dalle stime della Task Force che prendono in considerazione una media tra l'approccio Normativo dell'OMSC, sviluppato dall'OMS in collaborazione con UNAIDS e UNFPA, e l'approccio detto Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) sviluppato dalla Banca Mondiale e dall'UNICEF in collaborazione con l'UNFPA e il PMNCH.

¹²⁴ UNICEF, *Tracking Progress on Maternal and Child...*, op. cit.

¹²⁵ Ibidem.

¹²⁶ <http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=953>.

¹²⁷ Scaling Up Nutrition: A Framework for Action Policy Briefing, http://www.unscn.org/files/Announcements/Scaling_Up_Nutrition-A_Framework_for_Action.pdf.

¹²⁸ <http://un-foodsecurity.org/structure>.

¹²⁹ <http://un-foodsecurity.org/background>.

¹³⁰ Banca Mondiale, *Bank, Donors Take Long-Term View on Food Security*, 22 aprile 2010, consultato il 9 giugno 2010 su <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22552081~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>.

¹³¹ David Nabarro, Rappresentante Speciale del Segretario generale delle Nazioni Unite per la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione, *Introducing the Policy Brief 'Scaling Up Nutrition: A Framework for Action'*, Revised April 2010 <http://un-foodsecurity.org/sites/default/files/April%2024%20David%20Nabarro%20Introducing%20the%20SUN%20April%202010.pdf> e *Scaling Up Nutrition...*, op. cit., http://www.unscn.org/files/Announcements/Scaling_Up_Nutrition-A_Framework_for_Action.pdf.



Save the Children è la più grande organizzazione internazionale indipendente che lavora per migliorare concretamente la vita dei bambini in Italia e nel mondo. Esiste dal 1919 e opera in oltre 120 paesi con una rete di 29 organizzazioni nazionali e un ufficio di coordinamento internazionale.

Save the Children è stata costituita in Italia alla fine del 1998 come Onlus ed ha iniziato le sue attività nel 1999. Oggi è una Ong riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri.

LA CAMPAGNA EVERY ONE

Save the Children in azione per combattere la mortalità infantile, attaccando anche la malnutrizione.

Nell'ottobre 2009 Save the Children ha lanciato in tutto il mondo la Campagna Every One, perché ognuno può e deve fare qualcosa per impedire la morte - per cause banali e curabili - di milioni di bambini, sotto i 5 anni. La Campagna, in particolare, si propone di salvare ogni anno 500.000 bambini, entro il 2015, contribuendo così al raggiungimento del 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio, cioè alla riduzione di 2/3 delle morti infantili entro il quinto anno di età. Inoltre la Campagna mira a raggiungere e supportare 50 milioni di donne in età riproduttiva.

36 i paesi in cui si sta dispiegando Every One (Egitto, Malawi, Etiopia, Mozambico, Nepal - finanziati da Save the Children Italia -, Cina, India, Nigeria, Pakistan, Sierra Leone,

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Burkina Faso, Repubblica Democratica del Congo, Indonesia, Kenya, Malawi, Mali, Mozambico, Niger, Tanzania, Uganda, Zambia, Bolivia, Brasile, Cambogia, Guatemala, Guinea, Haiti, Liberia, Birmania, Sud Africa, Sud Sudan, Tajikistan, Vietnam, Yemen, Zimbabwe). Ampio il raggio di attività che Save the Children sta portando avanti per garantire l'accesso a cure e servizi di base per la salute di madri e bambini, prima, durante e dopo la nascita, prevenendo o evitando così morti inutili e insensate e riducendo l'impatto della malnutrizione: rafforzamento dei servizi relativi alla salute materno-infantile a livello comunitario e distrettuale attraverso la formazione di personale medico e di ostetriche; formazione di operatori sanitari di comunità (Community Health Workers), in grado di assistere mamme e bambini anche nelle aree più remote e sguarnite di strutture sanitarie; approvvigionamento di kit sanitari - di base per gli operatori sanitari, comprendenti

un trattamento per polmonite, malaria e altre due possibili infezioni; terapia a base di zinco e sali reidratanti per la diarrea; vitamina A e vaccinazioni per prevenire infezioni varie; fornitura e approvvigionamento di reintegratori e alimenti ad alto contenuto nutritivo per curare i bambini seriamente malnutriti; fornitura di equipaggiamento per la rianimazione dei neonati, di bilance, stufe elettriche, ecc. per i centri sanitari e le cliniche; counseling in materia di family planning per giovani coppie, con fornitura anche di anticoncezionali; promozione dell'allattamento al seno e di interventi per i bambini pre-termine e sotto peso come la kangaroo therapy. Sono diverse anche le attività di sensibilizzazione e *advocacy* che Save the Children sta portando avanti in tutto il mondo, al fine di informare l'opinione pubblica e le istituzioni del nord e del sud del mondo, allo scopo di canalizzare fondi e risorse verso gli interventi ritenuti più efficaci e già ben internazionalmente riconosciuti.