

Save the Children

EVERY
 ONE

LA NUOVA SFIDA:
DIRE BASTA ALLA
MORTALITÀ INFANTILE



Save the Children
Italia ONLUS

LA NUOVA SFIDA:
DIRE BASTA ALLA
MORTALITÀ INFANTILE.

Save the Children è la più importante organizzazione internazionale indipendente per la tutela e la promozione dei diritti dei minori, opera in più di 120 paesi con una rete di 29 organizzazioni nazionali. Save the Children lavora per migliorare le condizioni di vita di tutti i bambini nel mondo.



Publicato da:
Save the Children Italia Onlus
Via Volturmo, 58
00185 Roma

Prima edizione 2009

© International Save the Children Alliance

Registered Charity No. 1076822

Questa pubblicazione è protetta da copyright, ma può essere riprodotta per scopi didattici con qualunque mezzo e senza pagamento di diritti e richiesta di permesso. Per la riproduzione in qualsiasi altra circostanza, si richiede il permesso dell'editore e il pagamento dei diritti. È vietata la vendita.

Foto: Save the Children

Traduzione italiana a cura di:
Federica Siervo

Stampa: Artigrafiche Agostini



INDICE

Ringraziamenti	IV
Alcune cifre	VI
Sintesi	VIII
1 Introduzione	I
2 Dove muoiono i bambini	3
3 Come e perché muoiono i bambini	6
4 Sopravvivenza infantile, breve storia	14
5 Imparare dal successo	17
6 Sfatare i miti	20
7 Appello all'azione	23
Appendice 1: Differenze nella sopravvivenza infantile per quintile di ricchezza	28
Appendice 2: Riduzione della mortalità infantile per quintile di ricchezza	30
Note	32

RINGRAZIAMENTI

Questo rapporto è stato scritto da David Mepham, con il contributo di Kitty Arie, Fanwell Bokosi, Nouria Bricki, Margaret Crotty, Leslie Elder, Rica Garde, Michael Klosson, Adrian Lovett, Shireen Miller, Michael O'Donnell, David Oot, Sue Rooks, Renu Singh, Anna Taylor, Anne Tinker, Simon Wright and Delphine Vallette. Si ringraziano i colleghi di Save the Children India e Save the Children UK in Etiopia, Liberia, Sierra Leone e Nigeria.

Ringraziamo inoltre Maria Pizzini per il suo aiuto nella stesura ed editing del rapporto, Terry McKinley, Direttore del Centro per la Politica di Sviluppo e Ricerca e Hanna Bargawi, Funzionaria di Ricerca presso la Facoltà di Studi Orientali e Africani dell'Università di Londra, per il loro contributo in parte del lavoro statistico.

Si ringrazia infine Frances Ellery per l'editing del rapporto e lo staff Comunicazione di Save the Children UK.

“...SIAMO TUTTI CHIAMATI AD AGIRE SECONDO COSCIENZA MA ANCHE SECONDO IL NOSTRO INTERESSE COMUNE, POICHÉ QUANDO UN BAMBINO MUORE AD ACCRA PER UNA MALATTIA PREVENIBILE QUESTO CI UMILIA OVUNQUE NOI SIAMO.”

Barack Obama, Presidente degli Stati Uniti d'America, 11 Luglio 2009¹

“...LA NOSTRA PREOCCUPAZIONE A LUNGO TERMINE È IL FUTURO DEI NOSTRI BAMBINI. HANNO BISOGNO DI ESSERE IN BUONA SALUTE, BEN ISTRUITI, CON UNA SPERANZA PER IL FUTURO...AFFRONTEREMO UNA BATTAGLIA CONTRO LA MALNUTRIZIONE DEI BAMBINI, LA MALARIA, LA TUBERCOLOSI, HIV/AIDS E ALTRE MALATTIE.”

Manmohan Singh, Primo Ministro dell'India, Agosto 2006²

“LA SOPRAVVIVENZA DEI BAMBINI IN LIBERIA È UN PILASTRO FONDAMENTALE DELLA NOSTRA AGENDA PER LO SVILUPPO IN QUANTO ESSA DELINEA IL PROGRESSO DELLA NOSTRA NAZIONE...OCCORRE UNO SLANCIO RINNOVATO SUL TEMA DELLA LOTTA ALLA MORTALITÀ INFANTILE, E LA LIBERIA STA GUIDANDO QUESTO ACCORATO APPELLO”.

Ellen Johnson Sirleaf, Presidente della Liberia, 2008³

ALCUNE CIFRE

3

Ogni 3 secondi un bambino muore nel mondo

6

Le nazioni che da sole totalizzano più della metà dei bambini morti prima di compiere 5 anni: India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Pakistan, Cina.⁴

57

I paesi che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno scarsità di personale sanitario, 36 dei quali sono in Africa.⁵

6

Il numero dei paesi dell'Unione Africana che nel 2006 ha destinato il 15% del proprio bilancio alla salute, nonostante tutti e 53 i paesi membri nel 2001 si siano impegnati a farlo.⁶

15

Il numero di probabilità in meno che ha di ammalarsi di polmonite un bambino che è stato allattato esclusivamente al seno per i primi sei mesi, rispetto a uno che non lo è stato.⁷

28%

La percentuale di morti infantili legate alla carenza di servizi igienici e acqua potabile.⁸

22°

Il secolo nel quale, secondo il trend attuale, verrà raggiunto l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio relativo al dimezzamento delle persone che non hanno accesso all'acqua potabile.⁹

Da 200.000 a 400.000

I bambini in più che, secondo le stime della Banca Mondiale, potrebbero aggiungersi a quelli che muoiono ogni anno, a causa della crisi finanziaria.¹⁰

36–45 milioni di dollari

I fondi aggiuntivi che dovrebbero essere stanziati per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sulla mortalità infantile e materna¹¹, meno di quanto viene speso annualmente per comprare acqua imbottigliata.¹²

8,8 milioni

I bambini morti prima di compiere 5 anni nel solo 2008, di cui quasi 2 milioni lo stesso giorno della nascita.¹³

Quasi 9 milioni di bambini muoiono ogni anno prima di compiere 5 anni¹⁴ – quasi un bambino ogni tre secondi. Poco meno di 4 milioni di questi bambini muoiono nel primo mese di vita, durante il cosiddetto periodo neonatale. In particolare, quasi 3 milioni di bambini muoiono entro una settimana dalla nascita, di cui fino a 2 milioni muoiono il primo giorno di vita. Quasi tutti (il 97%) questi bambini muoiono in paesi a basso o medio reddito, soprattutto nelle comunità più povere ed emarginate di quei paesi.¹⁵ In Afghanistan un bambino su cinque muore prima dei 5 anni;¹⁶ nell'intera Africa Sub-Sahariana il dato è di uno su sette.¹⁷

Trenta anni fa Jim Grant, allora a capo dell'UNICEF, ha dato il via ad una serie di azioni globali per salvare le vite di milioni di bambini. Avendo constatato che molti bambini morivano per cause facilmente prevenibili, organizzò una campagna di sensibilizzazione, raccolta fondi e sostegno politico per cambiare questa situazione. I suoi sforzi, e quelli di molti altri, diventarono noti come la “rivoluzione per la sopravvivenza e lo sviluppo infantile”.

Oggi, all'inizio del secondo decennio di un nuovo secolo, possiamo quantificare il successo di quella rivoluzione grazie alla quale milioni di bambini sono sopravvissuti. Molti di loro sono andati a scuola, sono cresciuti sani e hanno potuto dare il proprio contributo alle rispettive comunità. Oggi sono dottori, insegnanti, infermiere e piccoli uomini d'affari e donne che stanno cambiando il mondo intorno a loro – perché una generazione sapeva abbastanza per interessarsi, e si è interessata abbastanza per agire.

Ogni bambino – a prescindere da dove o da chi sia nato – ha pari diritto e merita pari dignità di vivere. E ciascuno di noi ha la responsabilità di agire. È l'ora della seconda rivoluzione per la sopravvivenza neonatale e infantile.

Esiste un ampio consenso dal quale avviare le azioni necessarie per ridurre notevolmente i livelli di mortalità neonatale e infantile. Lo scandalo è che i governi e altri stakeholders finora hanno fallito nell'assumere la leadership, dotare delle necessarie risorse e comunicare quanto questo cambiamento fosse urgente. Nel 2000 i leader mondiali si sono impegnati a raggiungere il quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio (OSM4), che prevede la riduzione di due terzi del tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni, tra il 1990 e il 2015.

Questo rapporto è pubblicato da Save the Children in concomitanza con il lancio di una grande campagna mondiale sulla sopravvivenza neonatale e infantile. L'obiettivo della nostra campagna è molto chiaro: contribuire a riportare il mondo sulla strada giusta per raggiungere l'OSM4, introducendo una riduzione sostanziale nei decessi prevenibili dei bambini piccoli. Inoltre, in considerazione del fatto che la salute, lo stato di nutrizione ed un più ampio benessere di un bambino piccolo sono legati indissolubilmente a quelli della madre, la campagna comprenderà interventi volti a migliorare la salute e il benessere delle madri e accelerare così i progressi rispetto all'OSM5, relativo alla riduzione di tre quarti della mortalità materna entro il 2015.

Gli alti livelli di mortalità infantile sono riconducibili a tre ordini di problemi:

1. Esiste un esiguo numero di patologie e condizioni che sono responsabili di oltre il 90% dei decessi di bambini al di sotto dei 5 anni. Si tratta di polmonite, morbillo, diarrea, malaria, HIV e AIDS e di una serie di complicazioni che si verificano durante la gravidanza e durante o immediatamente dopo la nascita. Queste ultime incidono in maniera significativa rispetto ai decessi dei neonati.¹⁸ Infezioni gravi, asfissia e parti prematuri provocano l'86% dei decessi di neonati. In quasi tutti i casi, tali malattie e complicazioni sono prevenibili e curabili con interventi la cui efficacia è stata provata, ma che purtroppo sono inaccessibili per molti dei bambini più poveri del mondo.
2. Una serie di fattori di livello intermedio fanno sì che alcuni bambini siano esposti ad un maggiore rischio di contrarre queste malattie (o condizioni mediche) e influenza anche le loro possibilità di guarigione. Tali fattori comprendono: la mancanza di assistenza sanitaria essenziale o l'incapacità di molte madri e dei loro figli di accedervi; alti livelli di denutrizione materna e infantile e inadeguate pratiche di nutrimento; mancanza di accesso all'acqua potabile e di sistemi fognari sicuri; scarsa educazione materna ed un accesso limitato alla contraccezione.
3. I decessi dei bambini non sono eventi casuali al di fuori del nostro controllo. Essi sono imputabili, in gran parte, ad una strategia e a delle scelte politiche operate dai governi. Sono inoltre influenzati da fattori culturali, economici, ambientali, politici e sociali che i governi, le istituzioni internazionali, il settore privato o la società civile potrebbero contribuire a indirizzare o mitigare. Queste sono le cause implicite della mortalità infantile o neonatale.

Tra questi fattori la povertà, l'iniquinà sociale e la discriminazione sono particolarmente importanti. Le donne e le bambine affrontano una discriminazione pervasiva in molti paesi – i loro diritti e opportunità sono negati. È per questo che un impegno a favore dell'equità e alla giustizia – riduzione delle disparità,

consapevolezza dei diritti ed emancipazione delle donne più povere ed emarginate – è assolutamente cruciale nella riduzione dei tassi di mortalità.

Una cattiva governance, un conflitto violento e il peggioramento delle condizioni ambientali, come i cambiamenti climatici, sono ulteriori fattori impliciti che hanno un impatto sulle possibilità di sopravvivenza dei bambini. Otto dei dieci paesi con i più alti tassi di mortalità hanno recentemente vissuto dei conflitti, violenza o instabilità politica,¹⁹ e i cambiamenti climatici stanno già incrementando la frequenza di disastri che uccidono i bambini dei paesi più poveri.²⁰

Le possibilità di sopravvivenza infantile sono influenzate anche dalle condizioni economiche globali.

Secondo alcune stime della Banca Mondiale, da qui al 2015, a causa della crisi economica e finanziaria, ogni anno potrebbero esserci dalle 200.000 alle 400.000 morti di bambini in più.²¹ E nuove pandemie sanitarie globali, come il virus H₁N₁ (influenza suina) potrebbero diffondersi maggiormente e più velocemente nei paesi poveri, sopraffacendo i già fragili sistemi sanitari ed incrementando i tassi di mortalità neonatale e infantile.

CHE FARE?

Save the Children ritiene necessario uno sforzo reale per espandere l'utilizzo di interventi che hanno dimostrato di ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile, quali: l'assistenza di personale specializzato durante il parto; immediate cure post natali; trattamenti preventivi e terapeutici per polmonite, diarrea e malaria, supporto per la nutrizione, allattamento incluso, nutrizione complementare, risorse economiche e più ampi programmi di protezione sociale. Interventi di questo tipo dovrebbero essere parte di un più ampio sistema di assistenza sanitaria, che consenta anche alle famiglie più povere ed emarginate di ottenere cure, nutrizione e gli altri servizi di cui hanno bisogno. L'azione, troverebbe così corrispondenza nelle politiche che identificano e combattono le principali cause di mortalità infantile. Le linee guida per la riduzione della mortalità infantile e neonatali, devono essere flessibili poiché,

quando necessario, dovranno essere applicate in stati fragili e colpiti da conflitti, in condizioni di emergenza cronica, nonché in situazioni disastrose causate da contagi rapidi.

In considerazione delle difficili condizioni economiche e ambientali che il mondo sta affrontando, sarebbe facile essere pessimisti sulle prospettive di raggiungimento dell'OSM4. Tuttavia sappiamo che una notevole riduzione nel numero di decessi infantili è possibile. Perché? Perché tutti i paesi sviluppati hanno già ottenuto forti diminuzioni della mortalità infantile nel corso del ventesimo secolo. Nel 1900, il tasso di mortalità infantile nel Regno Unito era di 140 su 1.000 parti di nati vivi,²² e negli USA era di 100.²³ Questi tassi sono peggiori di quello che si registra attualmente in Liberia (93 su 1.000).²⁴ Ancor più importante, sappiamo perché molti paesi a basso e medio reddito hanno ridotto significativamente la mortalità negli ultimi decenni, e molti l'hanno fatto più rapidamente di quanto abbiano fatto nell'ultimo secolo quelli che oggi sono i paesi più sviluppati.²⁵ Malgrado occorran ulteriori progressi, dal 1990 oltre 60 paesi hanno ridotto del 50% il tasso di mortalità infantile.²⁶

Non abbiamo bisogno di importanti innovazioni tecnologiche per superare questo problema. Ma abbiamo bisogno di:

- dare più importanza alla salute e alla nutrizione di madri e figli piccoli nelle agende politiche nazionali e internazionali, costruendo una maggiore consapevolezza sul fatto che morte e malattie sono ancora diffuse in molti paesi poveri, e trasformare la rabbia e l'indignazione in azioni decisive
- svelare i falsi miti che ancora annebbiano il dibattito sulla mortalità infantile nei paesi poveri, creando un pretesto per inerzia e cinismo
- difendere i risultati che alcune comunità e paesi hanno raggiunto, le risposte politiche e gli interventi che hanno dimostrato di funzionare, e capire in che modo questo successo si può replicare altrove
- rimarcare ciò che il mondo perde a causa degli alti livelli di mortalità infantile e cosa guadagneremmo noi tutti salvando le vite dei bambini.

Individuare un metodo per comunicare l'urgenza

A differenza di quanto avviene con altre malattie come l'HIV e l'AIDS, o nuovi problemi come i cambiamenti climatici, manca un movimento che sostenga la lotta alla mortalità neonatale e infantile nei paesi poveri. Lo sforzo della nostra organizzazione, così come quello di altre realtà con lo stesso approccio, deve essere l'individuazione di metodi innovativi per parlare alla gente. Solo così questo problema diventerà più tangibile ed importante e le persone cominceranno a ritenere responsabile la classe politica della sua gestione. La campagna di Save the Children è studiata per fare esattamente questo.

Sfatare i miti

Molti sono cinici sulla possibilità di fare qualcosa per la mortalità infantile. Alcuni ritengono che costerebbe troppo; altri che ridurre la mortalità infantile accelererebbe ulteriormente la crescita della popolazione in un pianeta già sovraffollato. Molti ritengono che i tentativi di migliorare la salute e la nutrizione dei bambini saranno inevitabilmente ostacolati dalla corruzione e dal cattivo governo nei paesi più poveri e che vi siano pochi benefici nel mantenere in vita i bambini, se il futuro che li aspetta è di disperata povertà.²⁷

Tutte queste affermazioni sono false. Molti paesi poveri hanno ridotto i propri tassi di mortalità infantile. I costi per raggiungere OSM4 sono contenuti in termini globali. La riduzione dei tassi di mortalità infantile è correlata ai tassi di fertilità ed entrambe servono a rallentare e stabilizzare la crescita della popolazione. Se è vero che la corruzione e una scarsa governance sono questioni importanti, non hanno costituito una barriera insormontabile per la riduzione della mortalità infantile in molti paesi. Se da un lato è necessario mantenere in vita i bambini, dall'altro però occorre impegnarsi in politiche volte a farli crescere sani, ben istruiti, nutriti adeguatamente e protetti. Solo così si potrà creare un circolo virtuoso, in cui la sopravvivenza dei bambini contribuirà alla creazione di società con più benessere e maggiore produttività.

Imparare dal successo

Diversi paesi, compresi Bangladesh, Brasile, Egitto, Indonesia, Cina, Messico, Nepal e Filippine sono sulla strada giusta per raggiungere OSM4²⁸ e dalla loro esperienza si possono trarre preziosi insegnamenti. Alcuni di questi paesi sono riusciti ad ottenere una significativa flessione del numero di bambini morti prima dei 5 anni malgrado problemi di governance debole o corruzione e in un contesto di profonda indigenza.

Condividere i benefici

La morte dei bambini è per tutti noi una perdita, morale ma anche economica. L'influente Commissione su Macroeconomia e Salute ritiene che l'impatto globale dei decessi materni e neonatali si traduca in una perdita di produttività annuale pari a 15 miliardi di dollari.²⁹ È stato inoltre stimato che, tra il 1965 e il 1990, dal 30 al 50% della crescita economica dell'Asia è attribuibile a miglioramenti demografici e sanitari, tra cui la riduzione di mortalità infantile e minorile, un miglior accesso ai servizi sanitari per la riproduzione e la riduzione dei tassi di fertilità.³⁰ I risultati di una ricerca più recente indicano che i miglioramenti dello sviluppo umano sono correlati ai più alti livelli di crescita economica e che ad una riduzione di 5 punti percentuali dei tassi di mortalità infantile corrisponde un incremento economico pari ad 1 punto percentuale nel decennio successivo.³¹ In un'epoca in cui i governi stanno cercando di ravvivare le proprie economie, esiste una solida base per investire nei primi anni di vita dei bambini.

Invito all'azione

La data fissata per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, inclusi OSM4 e OSM5, è il 2015. Con le attuali tendenze questi obiettivi non saranno raggiunti. L'anno prossimo, il 2010, è quindi assolutamente cruciale per riportare il mondo sulla strada giusta per mantenere le promesse ai bambini più poveri del mondo e alle loro madri. Questo rapporto suggerisce come fare ciò e perché si deve fare.

Save the Children, in stretta cooperazione con altri soggetti, e utilizzando dati recenti e nuove

argomentazioni, è determinata a porre fine all'ingiustizia degli alti livelli di mortalità materna, neonatale e infantile, e indurre reazioni politiche, di prassi e programmi che aiuteranno il mondo a raggiungere gli OSM4 e 5. Abbiamo bisogno che una nuova "rivoluzione per la sopravvivenza infantile" completi il lavoro intrapreso da Jim Grant e dall'UNICEF negli anni '80, e che aiuti a portare massicce riduzioni nei tassi di mortalità infantile. Miriamo a rendere i governi nazionali e i donatori molto più responsabili e impegnarsi a ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile, in particolare per i più indigenti. Ciò richiederà che le maggiori organizzazioni della società civile – a livello internazionale, nazionale e locale – siano concentrate sul problema, che facciano pressione e persuadano i governi e altri attori ad intraprendere le azioni necessarie per un reale cambiamento.

RACCOMANDAZIONI

Rendere la sopravvivenza materna, neonatale e infantile il parametro di riferimento per misurare lo sviluppo

I tassi di mortalità nelle comunità più indigenti sono un indicatore molto più importante del reddito pro capite nell'individuare l'indice di progresso dello sviluppo di un paese (o della sua assenza). I paesi dovrebbero essere incoraggiati a misurare e riferire il progresso contro la mortalità neonatale e infantile, piuttosto che per fasce di reddito e gruppo sociale, e i governi nazionali e i donatori dovrebbero essere considerati responsabili dalla società civile per il raggiungimento di migliori risultati. Stiamo inoltre lanciando una serie di appelli politici concreti ai donatori, ai paesi in via di sviluppo, alle organizzazioni internazionali e ad altri attori – un progetto in sette punti – per contribuire a salvare le vite dei bambini e delle loro madri.

La strategia di Save the Children in sette punti

I. Attuare piani nazionali credibili. I paesi in via di sviluppo devono implementare piani nazionali per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile. In alcuni casi, questi piani esistono sulla

carta ma non vengono attuati efficacemente. In altri, i piani vanno completamente sviluppati o rafforzati in maniera significativa. I programmi nazionali dovrebbero essere dotati delle adeguate risorse finanziarie e al loro interno è necessario stabilire chiari parametri di riferimento con i quali giudicare i progressi compiuti. I programmi dovrebbero focalizzarsi sulla capacità di sviluppo di interventi efficaci per ridurre la mortalità, azioni volte a rafforzare i sistemi e modalità per massimizzare la diffusione. I donatori e le istituzioni internazionali dovrebbero aiutare i paesi a sviluppare e attuare questi programmi, e dovrebbero impegnarsi affinché nessun paese, con un progetto credibile in atto ed un chiaro impegno ad attuarlo, fallisca per mancanza di risorse. Al contrario, dovrebbero impegnarsi per finanziare al più presto questi paesi.

2. **Focus sui neonati.** Sono necessari interventi che potenzino la salute, la nutrizione e il benessere delle donne e che sostengano le madri e i bambini durante e immediatamente dopo il parto (il periodo più vulnerabile per il bambino e la madre). Il sostegno viene fornito attraverso la continua assistenza nell'intero ciclo di vita - dalla donna in età riproduttiva al parto, fino alla prima infanzia - e dall'assistenza domestica attraverso le strutture ospedaliere e altre strutture sanitarie.
3. **Dare la priorità all'equità.** Ciò dovrebbe mirare a colmare le lacune esistenti relative alla copertura sanitaria, la nutrizione materna, neonatale e infantile e i relativi interventi, nonché il gap tra i tassi di mortalità di ricchi e poveri. Per ottenere questi risultati è necessario abbattere le barriere, finanziarie e non, all'assistenza (come parcelle per utenti o pagamenti informali) e affrontare le cause alla base dell'alta mortalità, come iniquità, discriminazione e violazione dei diritti.
4. **Mobilizzare ulteriori risorse.** È stato stimato che, per raggiungere gli obiettivi concordati sulla mortalità materna e infantile nei paesi più poveri del mondo, i donatori, i governi nazionali e altri attori devono aumentare più del doppio l'attuale spesa nazionale su salute e relativi interventi, passando da una cifra stimata in 31 miliardi di dollari stanziata nel 2008 a 67-76 miliardi di dollari nel 2015. Questa ulteriore cifra dovrà provenire da varie fonti. Data l'ingente somma e l'urgenza di un rapido incremento delle risorse, raccomandiamo che almeno metà dei 36-45 miliardi addizionali provenga da donatori, e che queste risorse vengano utilizzate per interventi che riducano la mortalità materna, neonatale e infantile.
5. **Formare e occupare più operatori sanitari.** Parte dell'ulteriore investimento necessario per raggiungere gli OSM4 e OSM5 dovrebbe essere utilizzata per assumere, formare, attrezzare e occupare un maggior numero di operatori sanitari. Occorre stabilire degli obiettivi per aumentare il numero di operatori sanitari formati ed attrezzati adeguatamente in ogni paese, soprattutto per rispondere alle esigenze delle comunità più povere ed emarginate.
6. **Fronteggiare l'iponutrizione.** La nutrizione dovrebbe essere una priorità molto più alta e occorrerebbe sostenere interventi efficaci, tra cui integrazioni microcostituenti, allattamento al seno, alimentazione complementare e fortificazione alimentare, nonché trasferimenti di denaro e programmi di assistenza sociale. I paesi in via di sviluppo e i donatori dovrebbero riferire i propri progressi rispetto all'indicatore sulla nutrizione concordato a livello internazionale (parte dell'OSMI), cosa che in molti non fanno attualmente.
7. **Focalizzare l'attenzione sui bambini nelle emergenze.** Laddove i paesi in via di sviluppo non sono in grado di fronteggiare da soli le emergenze, i donatori e altri attori dovrebbero fornire assistenza che salvi la vita dei bambini e delle loro famiglie, in situazioni di emergenza, d'instabilità e di conflitto. Dovrebbero aiutare i paesi poveri a ridurre i rischi e i costi di guerre e catastrofi naturali, sviluppando sistemi con adeguate capacità di recupero e programmi di riduzione dei rischi in caso di disastri o calamità.

INTRODUZIONE

I governi hanno fatto molte promesse alle popolazioni più povere del mondo, sia attraverso accordi internazionali per i diritti umani che dichiarazioni politiche. Chiari impegni per la salvaguardia delle vite di neonati e bambini piccoli sono presenti nella Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Nazioni Unite, nel Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici e nel Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali. Ad esempio, l'Articolo 6 della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza sancisce il diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo per ogni bambino, mentre l'Articolo 24 invita i governi a: "adottare le misure adeguate per ridurre la mortalità neonatale e infantile e garantire la fornitura dell'assistenza medica necessaria e la salute a tutti i bambini". Ma i governi non stanno rispettando i loro obblighi giuridici nei confronti dei bambini.

Più di recente, al Vertice del Millennio delle Nazioni Unite, i leader mondiali si sono impegnati a raggiungere otto obiettivi per la riduzione della povertà e per lo sviluppo. In uno di questi, il quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio (OSM4), stabilisce l'impegno a ridurre il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di due terzi tra il 1990 e il 2015. Ci sono stati dei progressi in tal senso. Nel 2006, per la prima volta da quando si registra l'andamento del fenomeno, il numero di bambini con meno di 5 anni che muoiono annualmente è stato inferiore ai 10 milioni. I dati attuali sono di 8,8 milioni.³² Nel 1960 erano 20 milioni, tale dato non deve essere

fuorviante, poiché il progresso globale complessivo è ancora tremendamente lento e disuguale. Vi sono ancora meno progressi in relazione all'OSM5 (ridurre la mortalità materna di tre quarti entro il 2015). Anche la parte dell'OSM1 relativa alla riduzione della fame e del numero dei bambini sottopeso al di sotto dei 5 anni, rimane molto difficile da raggiungere.

Il progresso è stato scarso anche in relazione ai decessi dei neonati (nel primo mese di vita). Questi decessi ora costituiscono il 40% delle morti di bambini al di sotto dei 5 anni ogni anno. L'Africa non ha registrato quasi nessun progresso nella riduzione della mortalità neonatale, mentre il progresso dell'Asia Meridionale è stato limitato (ad eccezione di Bangladesh e Nepal).³³ Dovremmo inoltre ricordare che 3,2 milioni di bambini muoiono ogni anno durante il parto o nelle ultime 12 settimane di gravidanza,³⁴ e che per ciascun neonato che muore altri 20 soffrono di malattie o disabilità per ferite durante il parto, infezioni e complicazioni da parto prematuro.³⁵

Eppure esiste una chiara consapevolezza a livello internazionale su cosa va fatto per affrontare la mortalità materna, neonatale e infantile. Nel Conto alla Rovescia per il 2015³⁶, sono previsti 25 interventi nei 68 paesi che registrano la quasi totalità dei casi di mortalità materna, infantile e neonatale. Attuare questi interventi preventivi e curativi ridurrebbe la mortalità infantile di due terzi in questi paesi.³⁷

Lo scopo di questo rapporto è di stimolare un impegno politico e pubblico molto maggiore rispetto al problema e un'azione molto più decisiva da parte dei governi e di altri attori per far sì che tali interventi raggiungano tutti bambini e le loro madri, non solo alcuni; e che questa non sia solo una soluzione a breve termine, ma venga attuata attraverso sistemi e strutture che siano sostenibili.

DOVE MUOIONO I BAMBINI

Sessantotto paesi a basso e medio reddito costituiscono il 97% di tutti i decessi di bambini. La metà di questi decessi – 4,7 milioni – avvengono in Africa, e circa 3,8 milioni di morti di neonati e bambini si verificano in Asia.³⁸ Gli ultimi dati

disponibili mostrano che il tasso di mortalità infantile (numero di bambini morti su 1.000 nati vivi) è pari a 148 su 1.000 nell’Africa Sub-Sahariana e a 78 su 1.000 in Asia Meridionale, fino a 25 volte i tassi dei paesi industrializzati (da 4 a 6 decessi su 1.000).³⁹

COMBATTERE L’INIQUITÀ IN INDIA

In India quasi 2 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni muoiono ogni anno – più di qualunque altro paese. Il dato sulla mortalità neonatale e infantile (72 su 1.000 nati vivi) è peggiore dei paesi limitrofi quali Bangladesh (61 su 1.000) e Sri Lanka (21 su 1.000).⁴⁰ Numericamente, rappresenta un quinto dei decessi neonatali nonché un terzo dei bambini denutriti di tutto il mondo. Questi dati sono ancora validi, malgrado quasi un decennio di crescita economica – che non si è tradotta in una migliore sanità e nutrizione per la maggioranza dei bambini.

Tuttavia, vi sono enormi differenze tra i diversi stati, e tra le diverse fasce di reddito, gruppi tribali e caste. Ad esempio, il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni in Kerala è di 16/1.000 e a Goa è di 20/1.000, in Uttar Pradesh è di 96/1.000, in Madhya Pradesh 94/1.000 e in Rajasthan 85/1.000. Nell’intero paese il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni per il quintile più povero è di 92/1.000, in confronto al 33/1.000 del quintile più ricco.⁴¹

Per molti genitori poveri e per i loro bambini la ricerca di un ausilio medico è un lusso e i servizi sanitari spesso sono troppo lontani. Le norme patriarcali, che stabiliscono forti restrizioni sulla mobilità delle donne, impediscono alle madri di cercare aiuto medico. Per raggiungere l’OSM 4 l’India dovrà fronteggiare la povertà, l’inequità, l’esclusione, la discriminazione e compiere passi decisivi per rafforzare i diritti delle donne.

Il governo federale sta già facendo dei passi importanti. L’ambiziosa Missione per la Salute Rurale Nazionale mira ad abbassare la mortalità a 30 nascite su 1.000 entro il 2012. Ha incrementato le risorse allocate alle singole amministrazioni statali per la sanità. I Servizi Integrati per lo Sviluppo del Minore – il programma supplementare del paese per i bambini al di sotto dei 5 anni – sono stati inoltre riformati per dare maggiore priorità ai bambini fino ai 3 anni d’età. La vera sfida sarà di garantire che gli impegni della politica ad alto livello vengano tradotti in migliori risultati per i bambini più poveri ed emarginati e delle loro madri.

RAFFORZARE LA CAPACITÀ E L’AFFIDABILITÀ IN NIGERIA

Ogni anno oltre un milione di bambini nigeriani muore prima del loro quinto compleanno.⁴² Il paese ha il numero più elevato di decessi di neonati in Africa e il secondo più alto al mondo. Quasi un terzo di tutti i bambini è sottopeso per la loro età e il 43% è rachitico a causa di malnutrizione cronica.⁴³

La situazione negli stati settentrionali è molto più grave rispetto alla parte meridionale del paese. Il tasso di mortalità infantile è quasi doppio, così come pure il numero dei bambini rachitici, e i tassi di immunizzazione sono una minima parte rispetto a quelli nel sud.⁴⁴ Mentre il 44,6% dei bambini nel sud-est e il 32,5% nel sud-ovest sono immunizzati, nel nord-est il dato è del 6% e nel nord-ovest appena il 3,7%.⁴⁵

Nel 2006, una rassegna sulla parità della salute dei bambini nei paesi Africani ha individuato nella Nigeria il paese con la maggiore disparità tra ricchi e poveri. Il tasso di mortalità neonatale tra il quintile più ricco era di 23 per 1.000 nati vivi rispetto a 59 nel quintile più povero. Se il tasso di mortalità fosse di 23 per 1.000 nati vivi per

l’intera popolazione, ogni anno morirebbero 133 bambini in meno.⁴⁶

La maggioranza delle morti di bambini in Nigeria si potrebbe prevenire. Appena l’1% dei bambini dorme sotto una zanzariera trattata con insetticida, un ottimo strumento di prevenzione della malaria, causa di quasi un quarto dei decessi al di sotto dei 5 anni nel paese. Solo il 28% delle donne con diarrea riceve l’adeguata terapia di reidratazione orale e appena il 33% dei casi di sospetta polmonite viene portato presso un appropriato centro sanitario. Meno di un quinto dei bambini viene allattato esclusivamente al seno.⁴⁷

La sfida è migliorare la fruibilità di assistenza sanitaria accessibile, nutrizione e servizi collegati in modo che i bambini più vulnerabili ed emarginati possano trovare l’aiuto di cui necessitano. Il governo federale ha una strategia per la sanità materna, neonatale e infantile, ma è essenziale che sia esso che le singole amministrazioni statali, diventino più affidabili nel salvare le vite dei bambini. La società civile ha un ruolo fondamentale da svolgere nel contribuire a garantire tutto questo.

A livello numerico, un esiguo numero di paesi con popolazioni numerose è responsabile della maggior parte delle morti infantili. Poco più della metà – il 51% - di tutti i decessi di bambini al di sotto dei 5 anni avviene in 6 paesi – India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo (RDC), Pakistan, Cina ed Etiopia (cfr. Tabella 1).⁴⁸ I paesi con i peggiori tassi di mortalità infantile (numero di bambini morti su 1.000 nati vivi) sono molto poveri e hanno affrontato guerre o conflitti violenti, come l’Afghanistan, l’Angola, il Chad, la RDC, Liberia e Sierra Leone.

I decessi dei neonati (entro un mese di vita) hanno una concentrazione simile, e quasi tutti – 98% - avvengono nei paesi in via di sviluppo.⁴⁹ Un rapporto del 2005 del Lancet ha stimato che oltre due terzi di

tutti i decessi di neonati (2.7 su 4 milioni ogni anno) avviene in dieci paesi appena. E solo quattro paesi con una popolazione numerosa – India, Cina, Pakistan e Nigeria – ne registrano più della metà.⁵⁰ Approssimativamente un quinto dei decessi dei neonati di tutto il mondo avviene in un solo paese – l’India.⁵¹

Come illustrano le tabelle nell’Appendice 2, spesso vi sono ampie variazioni nei livelli di mortalità tra diversi gruppi di reddito nello stesso paese, anche in quei paesi sulla strada giusta per raggiungere l’OSM4. Ad esempio, mentre il Pakistan ha ridotto il tasso medio di mortalità infantile del 23% tra il 1990 e il 2007, il dato per il quintile più povero è di appena il 3%. In Tanzania c’è stata una riduzione del 18% nel tasso medio di mortalità infantile tra il 1999

Tabella 1: Paesi con il più alto numero assoluto di bambini che muoiono (2007)

Paese	Popolazione Totale (000)	Numero annuale annuale di nascite (000) 2007	Numero annuale di decessi al di sotto dei 5 anni (000) 2007	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (morti per 1.000 nati vivi)
India	1.169.018	27.119	1.953	72
Nigeria	148.093	5.959	1.126	189
RDC Repubblica Democratica del Congo	62.636	3.118	502	161
Pakistan	163.902	4.446	400	90
Cina	1.328.630	17.374	382	22
Etiopia	83.099	3.201	381	119
Afghanistan	27.145	1.314	338	257
Bangladesh	158.665	3.998	244	61
Uganda	30.884	1.445	188	130
Tanzania	40.454	1.600	186	116

Fonte: UNICEF (2008) *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2009***Tabella 2: Paesi con in più alti tassi di mortalità infantile al di sotto dei cinque anni (2007)**

Paese	Popolazione Totale (000)	Numero annuale annuale di nascite (000) 2007	Numero annuale di decessi al di sotto dei 5 anni (000) 2007	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (morti per 1.000 nati vivi)
Sierra Leone	5.866	268	70	262
Afghanistan	27.145	1.314	338	257
Chad	10.781	492	103	209
Guinea Equatoriale	507	20	4	206
Guinea-Bissau	1.695	84	17	198
Mali	12.337	595	117	196
Burkina Faso	14.784	654	125	191
Nigeria	148.093	5.959	1.126	189
Rwanda	9.725	435	79	181
Burundi	8.508	399	72	180

Fonte: UNICEF (2008) *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2009*

e il 2004. Tuttavia, esso cala del 31% per il quintile più ricco rispetto ad appena il 14% del quintile più povero. Il tasso medio di riduzione per l'Etiopia tra il 2000 e il 2005 è stato del 30%. Tuttavia, mentre era del 37% per i più ricchi, per i poveri era soltanto del 18%. In Costa d'Avorio, i tassi di mortalità al di sotto dei cinque anni per il quintile più ricco è migliorato del 14% tra il 1994 e il 1999, mentre i tassi nel quintile più povero di fatto sono peggiorati intorno

al 21%. I dati qui presentati mostrano molto chiaramente che dobbiamo prestare molta più attenzione alle esigenze dei bambini più poveri ed emarginati e alla riduzione delle disparità tra ricchi e poveri. Mostrano inoltre che l'OSM4 sarebbe raggiunto molto più velocemente se potessimo garantire un maggiore progresso nella riduzione della mortalità tra i bambini delle comunità più povere. (Cfr Appendice 2).

COME E PERCHÈ MUOIONO I BAMBINI

Gli alti livelli di mortalità infantile si possono spiegare con tre livelli di cause, separati ma correlati: cause dirette della morte, cause intermedie e cause implicite.

CAUSE DIRETTE DELLA MORTE

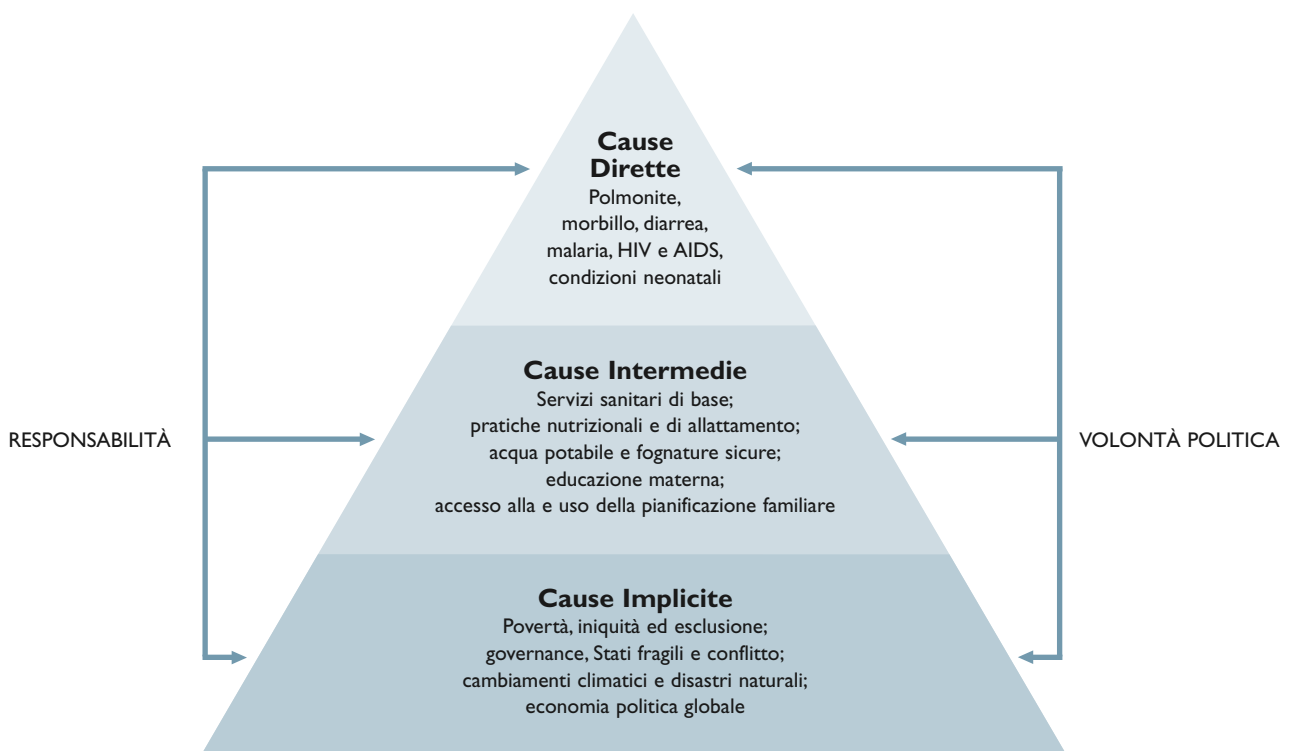
Un numero limitato di malattie e condizioni provoca oltre il 90% dei decessi infantili tra i bambini con meno di 5 anni. Si tratta di polmonite, morbillo, diarrea, malaria, HIV e AIDS, e una serie di

condizioni neonatali che si verificano durante la gravidanza, durante e subito dopo il parto.⁵²

Gravi infezioni (come setticemia, polmonite, tetano e diarrea), asfissia e parti prematuri provocano l'86% dei decessi di neonati.⁵³ In quasi tutti i casi, le malattie e le condizioni mediche che uccidono i bambini sono prevenibili e curabili.⁵⁴

La polmonite e la diarrea – che insieme provocano la morte di 3,5 milioni di bambini l'anno – sono i

Figura 1: La morte dei bambini si può spiegare a tre livelli



principali responsabili della morte dei bambini con meno di 5 anni al di fuori del periodo neonatale.⁵⁵ Un altro milione di neonati muore per gravi infezioni, polmonite inclusa, durante il periodo neonatale.⁵⁶ Ciò avviene malgrado la maggioranza delle infezioni sia prevenibile o curabile con antibiotici e nonostante una terapia a basso costo di reidratazione facilmente somministrata per via orale possa accelerare la ripresa dalla diarrea.

L'incidenza di polmonite e diarrea potrebbe essere ulteriormente ridotta se un maggior numero di bambini fosse allattato al seno e più bambini venissero vaccinati.⁵⁷

La malaria, che provoca il 18% dei decessi infantili nell'Africa Sub Sahariana, potrebbe essere notevolmente ridotta se tutti i bambini nei paesi ad alto rischio dormissero sotto zanzariere trattate con insetticidi, e se quelli che si ammalano fossero tempestivamente e adeguatamente curati.⁵⁸

Immunizzare tutti i bambini contro difterite, pertosse e tetano, epatite B, poliomielite e morbillo serve a salvare vite. Immunizzare le donne in stato interessante contro il tetano salva sia la vita delle madri che dei neonati. Infatti, le conquiste nella sopravvivenza infantile nell'ultimo decennio si possono ampiamente attribuire ad una maggiore immunizzazione, insieme ad altre misure preventive.⁵⁹

La terapia anti-retrovirale potrebbe ridurre il rischio di trasmissione del virus dell'HIV dalle madri ai neonati, un intervento essenziale considerando che oltre il 90% delle infezioni da HIV nei neonati vengono trasmesse dalla madre durante la gravidanza, il travaglio, il parto o l'allattamento al seno. La trasmissione dell'HIV da madre a figlio attualmente porta a quasi 350.000 bambini morti ogni anno.⁶⁰ La maggior parte dei bambini con HIV e AIDS muore di polmonite o diarrea, e molti di questi episodi possono essere facilmente trattati.

Le strategie di comprovata efficacia per portare molti interventi salvavita alle donne incinte e ai neonati comprendono assistenza prenatale mirata e una prima assistenza post-natale. Il rischio di morire per il neonato e per la madre potrebbe essere

ulteriormente ridotto con un rapido trasferimento presso una struttura sanitaria con il personale e l'attrezzatura adeguati, se insorgono complicazioni durante il travaglio.

L'assistenza specializzata durante il parto è cruciale, nonché un immediato allattamento al seno e assistenza post-natale. Tuttavia, nonostante il fatto che questi interventi provati possono salvare milioni di vite di bambini ogni anno, essi continuano ad essere non disponibili o inaccessibili per milioni di madri e per i loro bambini.

CAUSE INTERMEDIE

Oltre alle cause dirette della mortalità infantile esiste una serie di fattori intermedi che delinea le prospettive di sopravvivenza dei bambini. Si tratta di:

- accessibilità e qualità dei sistemi sanitari di base
- pratiche nutrizionali e di allattamento
- disponibilità di acqua potabile e fognature sicure
- istruzione delle bambine
- accesso ed uso della contraccezione, ed età della donna in gravidanza.

Sistemi sanitari deboli

Come minimo i sistemi sanitari dovrebbero essere attrezzati, avere il personale ed essere organizzati per far sì che interventi provati siano accessibili, in modo efficace ed equo, a quelle madri, a quei neonati e bambini che ne hanno bisogno, soprattutto a quelli provenienti dalle comunità più povere ed emarginate. Questi sistemi devono operare in quella che è definita "assistenza continua". Esistono due dimensioni per quest'ultima – tempo e luogo. I servizi vanno forniti alle donne in età riproduttiva, dalla gravidanza al parto fino ai primi giorni e anni di vita del bambino. Inoltre devono esserci dei legami tra l'assistenza a domicilio, quella locale nella comunità e negli ospedali e altre strutture sanitarie.⁶¹

Tuttavia in molti paesi e comunità poveri, forti sistemi sanitari – che operano nel corso dell'assistenza continua – semplicemente non

esistono. Le strutture sanitarie spesso sono troppo lontane o troppo costose per accedervi. In molti casi quelle esistenti hanno personale inadeguato e mancano di farmaci ed attrezzature essenziali. I poveri sono quindi riluttanti ad investire tempo prezioso, energie e denaro per cercare un'assistenza che potrebbe essere non disponibile o di scarsissima qualità. Altri potrebbero non riconoscere i sintomi di malattie potenzialmente gravi o potrebbero rivolgersi a guaritori tradizionali o spiritualisti. I piani e i sistemi sanitari dovrebbero, nei limiti del possibile, portare assistenza nelle comunità e nelle famiglie dove si verificano la maggioranza dei decessi materni e infantili.

Anche il costo delle cure è un problema importante. Una serie di studi ha mostrato che, con l'introduzione delle parcelle, la richiesta di assistenza primaria da parte dei poveri crolla, mentre se viene abolita la richiesta aumenta notevolmente.⁶² Ma la questione dei costi va oltre le parcelle. In molti casi, altri costi – come il trasporto, i farmaci, i pagamenti informali agli operatori sanitari, l'alloggio, il vitto e il reddito agevolati – sono maggiori dei costi diretti. Pur esistendo pareri diversi sui metodi più appropriati per finanziare la sanità, durante il G8 2009, un consenso globale è stato riscosso nell'affermare esplicitamente l'assistenza sanitaria materna e infantile dovrebbero essere “gratuite al momento dell'utilizzo laddove i paesi hanno scelto di fornirle”.⁶³

La mancanza di operatori sanitari formati ed attrezzati in molti paesi poveri è una barriera enorme per la fornitura di assistenza sanitaria efficace per madri e bambini. Ciò è ulteriormente aggravato da una distribuzione iniqua degli attuali operatori nei paesi poveri. Pochi apprezzano la prospettiva di lavorare in luoghi difficili, e conseguentemente gli operatori sono carenti soprattutto in aree urbane insicure e aree rurali lontane. Secondo le ultime stime dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), occorrono almeno altri 4 milioni di operatori sanitari – 1,5 milioni solo in Africa.⁶⁴ Nel mondo

sono stati individuati 57 paesi con “carenze critiche” – 36 dei quali sono in Africa.⁶⁵ Su questo problema incide anche la migrazione verso l'estero degli operatori sanitari per lavorare in Europa, Nord America e Australia, a volte su incoraggiamento dei governi di questi paesi ricchi.

In molti casi anche i grandi donatori hanno contribuito all'indebolimento dei sistemi sanitari nazionali. A livello globale il settore sanitario è soffocato da una proliferazione di stanziamenti e iniziative che creano confusione, molte delle quali ruotano su interventi per affrontare patologie specifiche. Se da un lato alcune di queste iniziative “verticali” hanno incoraggiato con successo i tassi di copertura per trattamenti preventivi e terapeutici per specifiche malattie, spesso sono state dannose per lo sviluppo di sistemi sanitari nazionali e comunitari equi. Esistono oltre 40 donatori bilaterali e 90 iniziative globali per la salute. Essi competono per l'attenzione e le scarse risorse nazionali, soprattutto risorse umane. Alterano le priorità del paese, incrementano i costi delle transazioni e favoriscono soluzioni parziali ai problemi di erogazione dei servizi.⁶⁶

La qualità dei sistemi sanitari nazionali e la loro capacità di fornire interventi chiave è gravemente limitata anche da una totale mancanza di risorse. I Capi di Stato Africani si sono impegnati nel 2001 ad allocare almeno il 15% dei loro bilanci di governo al settore sanitario.⁶⁷

Ma sono davvero in pochi a farlo. Il Kenya spende per la sanità il 9,7% del bilancio di governo, l'Etiopia il 9%, la Sierra Leone il 7,8%, l'Angola il 5%, il Ghana il 4,4%, l'Eritrea il 4,2%, la Nigeria il 3,5% e il Burundi appena il 2,4%.⁶⁸ Ma anche i donatori non stanno riuscendo a mantenere le promesse fatte. I paesi del G8 sono ben lungi dal portare gli aumenti degli aiuti promessi nel 2005, reiterati nei successivi vertici del G8. I bambini nei paesi poveri muoiono perché i governi e i donatori dei paesi in via di sviluppo non riescono ad onorare le loro promesse.

Denutrizione materna e infantile

La morte di 3,2 milioni di bambini l'anno – circa un terzo di tutti quelli che muoiono prima dei 5 anni – è associata alla malnutrizione.⁶⁹ Un bambino è a rischio di malnutrizione già da quando è ancora nel grembo materno, una conseguenza indiretta dello scarso apporto nutritivo della madre. Globalmente ogni anno 18 milioni di bambini nascono con un peso molto basso in quanto prematuri o malnutriti durante la gravidanza. L'Asia Meridionale ha la più alta incidenza di basso peso alla nascita – un quarto dei neonati pesa meno di 2,5 chili – nonché la più alta prevalenza di bambini sottopeso.⁷⁰ Un bambino è quasi dieci volte più soggetto a morire se gravemente sottopeso rispetto a quelli con un peso medio per la loro età, e oltre due volte e mezza più soggetti a morire se sono anche moderatamente sottopeso.⁷¹

La carenza di certi micronutrienti indispensabili può anche danneggiare la salute della madre e del figlio e incrementare il rischio di mortalità materna e infantile. Ad esempio, l'anemia interessa il 42% delle donne incinte in tutto il mondo – variando dal 24% delle Americhe al 57% dell'Africa, aumentando il rischio di parto prematuro, peso basso alla nascita, emorragia, setticemia.⁷²

La denutrizione indebolisce il sistema immunitario del bambino, rendendolo più esposto alle malattie e meno capace di combattere le infezioni. Un periodo particolarmente critico per lo sviluppo cognitivo e psichico va dalle prime settimane nel grembo fino al secondo anno di vita. Se un bambino è cronicamente malnutrito o rachitico in questo arco di tempo, gli effetti sono irreversibili.

Uno dei migliori strumenti per garantire la sopravvivenza di un bambino, rafforzandone il sistema immunitario e dando un ulteriore contributo alla sua salute è l'allattamento al seno. I neonati che vengono allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi di vita sono dieci volte meno soggetti a morire di diarrea e 15 volte meno soggetti alla morte da polmonite, rispetto ai neonati che non lo sono.⁷³ Ma molte donne non conoscono i benefici dell'allattamento al seno e potrebbero introdurre altri liquidi e alimenti che non sono necessari nei primi sei mesi di vita. Altre madri devono far fronte

da un lato al fatto che viene richiesto loro di lavorare, dall'altro alle mansioni domestiche – come prendere l'acqua e preparare il cibo – il che riduce la frequenza e la durata dell'allattamento al seno. I neonati spesso sono affidati a parenti o nonne e solo in parte allattati al seno. Quando un bambino è nutrito con tutto tranne che con latte materno nei primi sei mesi di vita, il rischio di morte è triplicato.⁷⁴ I dati indicano, inoltre, che le pratiche di allattamento al seno che non rispettano gli standard raccomandati a livello internazionale (relativi alla durata e alla frequenza dell'allattamento e all'introduzione di altri alimenti) causano la morte di 1,4 milioni di bambini l'anno.⁷⁵

La pressione delle industrie di alimenti sostitutivi del latte per bambini possono scoraggiare l'allattamento al seno ed innalzare il rischio di mortalità infantile. In molte parti del mondo in via di sviluppo le condizioni generali di preparazione del latte non sono igieniche, o le madri sono costrette ad usare acqua non potabile e contaminata per preparare il latte. Per di più, il neonato perde l'immunità trasmessa attraverso il latte materno. Esiste un codice deontologico internazionale per le compagnie che stabilisce le linee guida sulla promozione del latte in polvere per neonati, ma non sempre vengono rispettate.

Malgrado la sua importanza nella lotta alla mortalità neonatale e infantile, la nutrizione materna e infantile è stata trascurata da molti governi di paesi in via di sviluppo e da donatori internazionali. La situazione sta cominciando a cambiare, non solo in conseguenza della crisi del prezzo del cibo. Ora vi è una maggiore attenzione internazionale sulla sicurezza alimentare e sull'agricoltura. Le azioni necessarie per promuovere le produzioni agricole nei paesi più poveri devono essere legate a misure per garantire che le persone più povere possano acquistare o produrre il cibo di cui necessitano. I trasferimenti di contanti e i programmi di previdenza sociale hanno un ruolo cruciale da svolgere in tutto ciò.⁷⁶

Esattamente come avviene in ambito sanitario, il sistema internazionale che si occupa di nutrizione è molto frammentato ed è necessario agire per garantire che le varie iniziative internazionali sulla nutrizione e la sicurezza alimentare siano coordinate meglio.

LA CRISI DEL PREZZO DEL CIBO

Gli alti prezzi del cibo stanno avendo un grave impatto sulle popolazioni più povere del mondo, inclusi i bambini poveri. I prezzi del cibo sono aumentati a livelli esponenziali tra il 2005 e il 2008. Anche se globalmente si sono abbassati, rimangono in media più alti del 35-60% rispetto all'ultimo decennio.⁷⁷

Nell'aprile 2009 la FAO ha analizzato i prezzi di alimenti prodotti in 58 paesi in via di sviluppo. È stato rilevato che i prezzi del cibo continuavano ad essere alti e in alcuni casi avevano toccato livelli record. Nell'80% dei paesi analizzati, i prezzi del cibo erano più alti dell'anno precedente e in circa il 40% dei paesi i prezzi di fatto erano aumentati da gennaio 2009.⁷⁸

Una serie di fattori a lungo termine inoltre spingerà al rialzo i prezzi negli anni a venire, come i cambiamenti climatici e i relativi impatti

sulle produzioni agricole, la carenza di acqua, il crescente costo dell'energia, la concorrenza per la terra, e la crescente richiesta di cibo come conseguenza della crescita della popolazione. Ad esempio, la Banca Mondiale ha stimato che entro il 2030 la richiesta mondiale di cibo sarà aumentata del 50%.⁷⁹

Cosa significa questo per i bambini? Le famiglie rurali povere in paesi con alti livelli di malnutrizione necessitano di spendere almeno la metà, a volte anche l'80%, del proprio reddito per il cibo, a seconda della stagione.⁸⁰ Lievissime fluttuazioni nei prezzi del cibo possono quindi avere un grave impatto. Utilizzando i dati della Banca Mondiale, Save the Children stima che solo nel 2008 almeno altri 4,3 milioni (e potenzialmente anche 10,4 milioni) di bambini potrebbero essere malnutriti nei paesi in via di sviluppo a causa degli aumenti globali del prezzo del cibo.⁸¹

Accesso limitato all'acqua pulita e fognature sicure

L'OMS stima che il 28% delle morti al di sotto dei 5 anni sono legate alla mancanza di fognature e acqua potabile.⁸² Una delle cause più diffuse è la diarrea, che si diffonde rapidamente in ambienti non igienici o dove le pratiche igieniche sono scarse. Anche la mancanza di acqua pulita e fognature sicure aumenta l'incidenza di gravi infezioni respiratorie, altra causa importante della mortalità infantile.

I bambini più poveri tendono ad avere accesso limitato all'acqua pulita e a strutture fognarie sicure. Nelle aree ricche delle città in Asia, America Latina e Africa Sub-Sahariana, molte famiglie hanno i bagni e condutture di acqua potabile saranno introdotte nelle loro case a prezzi contenuti dalle compagnie

pubbliche. Di contro, gli abitanti delle periferie e le famiglie rurali povere negli stessi paesi praticamente non hanno strutture igieniche ed hanno accesso a molta meno acqua dei 20 litri di cui ogni persona ha bisogno quotidianamente. Di fatto, la maggioranza dell'1,1 miliardi di persone che non ha accesso all'acqua pulita, ne usa solo circa 5 litri al giorno.⁸³ Le donne e le bambine portano un doppio fardello poiché, dovendo impiegare diverse ore del giorno per prendere l'acqua, non hanno accesso all'istruzione e ad altre opportunità.

Mentre vi sono stati notevoli progressi rispetto alla fornitura di acqua pulita, l'investimento in fognature sicure e il progresso verso gli obiettivi internazionali sui sistemi fognari sono gravemente deficitari. Nel 2006, 2,5 miliardi di persone non avevano ancora accesso a fognature sicure. Con le tendenze attuali, l'OSM 7 relativo alla fornitura di sistemi fognari

sicuri non sarà raggiunto nell’Africa Sub Sahariana fino al XXII secolo.⁸⁴

Carenza di istruzione per le bambine

L’impossibilità delle bambine di accedere ad una scolarizzazione di buona qualità ha chiaramente conseguenze educative disastrose, ma ha anche un cattivo impatto sulla sopravvivenza materna, neonatale e infantile. I risultati di una ricerca su 35 rapporti nazionali di analisi sulla demografia e sulla sanità indicano che i bambini di madri senza istruzione sono soggetti a morire o essere malnutriti più del doppio rispetto ai figli di madri con un’istruzione secondaria o altri titoli.⁸⁵

Le madri con alfabetizzazione e competenze istruttive limitate tendono a ricevere meno un’assistenza specializzata durante la gravidanza e il parto. In Nigeria, ad esempio, appena il 15% dei parti di donne senza istruzione viene assistito da personale medico specializzato, rispetto al 56% delle nascite tra donne che hanno completato la scuola primaria, e l’88% di quelle donne che hanno completato un’istruzione superiore.⁸⁶

Ampliando il discorso, esistono vari modi in cui le limitate opportunità di istruzione delle bambine hanno un impatto negativo sul loro futuro e su quello dei loro figli. Per esempio non essere in grado di leggere le informazioni sulle buone prassi sanitarie, la mancanza di sicurezza in se stesse e l’autorità per prendere decisioni, ed un’incapacità di negoziare la burocrazia governativa per l’accesso ai servizi.

Accesso limitato alla pianificazione familiare e gravidanza precoce

Vi è un legame molto forte tra gli alti livelli di mortalità neonatale e infantile e l’incapacità delle madri e dei loro partner di ottenere e utilizzare la moderna contraccezione. La probabilità di morire per i bambini nati meno di due anni dopo il primogenito è più del doppio di quella di un bambino nato dopo tre anni.⁸⁷ L’uso efficace della contraccezione può aiutare le madri a controllare la

fertilità e distanziare le gravidanze, in modo da rafforzare la propria salute e quella dei loro bambini. L’accesso alla contraccezione è incrementato negli ultimi decenni, ma milioni di donne che dicono di voler ritardare la gravidanza non utilizzano contraccettivi moderni. Mentre a livello globale l’uso della contraccezione moderna è del 55%, nell’Africa Sub Sahariana è in media del 16%, e in 17 paesi dell’Africa Sub Sahariana si riporta un tasso di utilizzo inferiore al 10%.⁸⁸

I tassi di mortalità infantile e materna sono inoltre influenzati dall’età della madre. Gli ultimi dati prodotti dall’ONU indicano che la gravidanza precoce contribuisce annualmente a circa 70.000 decessi materni tra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni, e che il rischio che un neonato muoia nel primo anno di vita è maggiore del 60% quando la madre è minorenni.⁸⁹

Il matrimonio precoce – in genere tra una ragazzina e un uomo più grande – contribuisce ad un gran numero di gravidanze adolescenziali mettendo in grave pericolo le vite di queste giovani madri e dei loro bambini.

CAUSE IMPLICITE

Al di là delle cause dirette della mortalità neonatale e infantile e dei fattori intermedi che incrementano il rischio di morte precoce di un bambino, vi sono una serie di cause implicite.

Povertà, disparità ed esclusione

Sono i bambini indigenti nelle comunità emarginate dei paesi più poveri ad essere esposti al maggior rischio di morire prima dei cinque anni. La loro povertà riflette la mancanza di mezzi di sussistenza o di beni dei genitori, o la loro maggiore vulnerabilità alle crisi economiche ed ambientali.

La povertà può essere provocata o concausata da disuguaglianza ed esclusione. In molti paesi – inclusi Brasile, Nigeria e India – i tassi di mortalità dei bambini nel 20% più povero delle famiglie può

essere due o tre volte superiore di quello del 20% più ricco (Cfr. Appendice 1). In Perù il tasso è cinque volte più alto.⁹⁰

In alcuni paesi – ad esempio la Costa d’Avorio e il Senegal – i tassi di mortalità infantile stanno peggiorando per le famiglie più povere e parallelamente stanno migliorando per le famiglie più abbienti (Cfr. Appendice 2).

L’iniquità non riguarda solo a disparità dei redditi. La discriminazione di genere, casta, etnia e religione può anche portare a tassi di mortalità infantile e neonatale più elevati. In molti paesi, lo stato di sudditanza di donne e bambine impedisce loro di accedere ai servizi senza il consenso dei mariti o dei parenti uomini. Ottenere maggiori diritti per donne e bambine e potenziare il loro status, il potere e le opportunità, è cruciale per il progresso della sopravvivenza neonatale, infantile e materna.

Governance, stati fragili e conflitti

La natura e la qualità della governance possono avere un impatto significativo sulle prospettive di sopravvivenza di neonati, bambini e delle loro madri. Gli stati governati male o corrotti o i paesi con sistemi di pubblica amministrazione molto deboli tendono ad essere meno capaci o non hanno la volontà per portare la sanità e altri servizi alla loro gente.⁹¹ Queste tendenze sono anche più accentuate quando si tratta di stati colpiti da conflitti. Otto dei paesi con i più alti tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni hanno vissuto conflitti recenti o violenza e insicurezza politica.⁹² Ad esempio, in Sierra Leone, paese che si sta ancora riprendendo da un decennio di guerra civile, il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni è di 262 su 1.000 nati vivi. In Afghanistan è di 257 per 1.000 e in Chad è di 209 per 1.000.

Cambiamenti climatici e disastri naturali

I disastri legati al clima riguardano già 250 milioni di persone – circa metà delle quali sono bambini – in un anno medio.⁹³ È stato stimato che, nei prossimi 20 anni, i cambiamenti climatici e altri fattori faranno

aumentare il numero di persone colpite da disastri di oltre il 300%.⁹⁴ I cambiamenti climatici stanno già gravemente colpendo la salute e l’accesso all’acqua da parte dei bambini. Inoltre stanno aumentando l’estensione delle aree colpite, la frequenza e la gravità dei disastri, con un impatto notevole sui bambini.⁹⁵

Alcune delle principali malattie che uccidono i bambini – incluse malaria e diarrea – risentono delle condizioni climatiche che provocano inondazioni e temperature più elevate. Ogni anno, la malaria uccide già 800.000 bambini al di sotto dei 5 anni.⁹⁶ Le temperature in aumento incrementeranno il raggio d’azione geografico e la stagionalità della malattia.⁹⁷ In alcune aree dove le temperature erano precedentemente abbastanza basse da tenere lontana la malaria – come gli altipiani del Kenya – la temperatura media ora è salita ad un livello che aumenta il rischio di trasmissione.⁹⁸ Nell’insieme, tra i 260 e i 320 milioni di persone in più saranno colpiti da malaria entro il 2080 a causa della sua diffusione in nuove aree.⁹⁹

La maggioranza dei casi di diarrea tra i bambini dipende da strutture fognarie inadeguate, scarsa igiene e acqua potabile non sicura.¹⁰⁰ L’accesso all’acqua pulita costituisce già una sfida quotidiana per oltre un miliardo di persone in tutto il mondo.¹⁰¹ Se le temperature globali aumentano di 2°C, da 1 a 3 miliardi di persone in più dovranno far fronte a tale carenza idrica. Che a sua volta contribuirà alla crescente incidenza di diarrea e malattie derivate dall’accesso all’acqua.¹⁰²

I cambiamenti climatici hanno implicazioni molto serie anche per la disponibilità alimentare e la nutrizione.¹⁰³ Entro il 2020, i raccolti in alcune parti dell’Africa potrebbero diminuire fino al 50%¹⁰⁴ e, nelle regioni tropicali e subtropicali, le coltivazioni di riso e mais potrebbero diminuire fino al 40%.¹⁰⁵ A causa di questa situazione, molti paesi in via di sviluppo diventeranno ancora più dipendenti dalle importazioni alimentari e saranno ulteriormente esposti ai capricci dei mercati internazionali, con una maggiore insicurezza alimentare per i bambini più poveri e per le loro famiglie.¹⁰⁶

Economia politica globale

Le prospettive di sopravvivenza dei bambini sono influenzate dagli sviluppi economici globali, incluse le condizioni internazionali di commercio, l'instabilità finanziaria globale e il rallentamento economico, e i costi di cibo e carburante. La Banca Mondiale ha stimato che i bambini morti potrebbero essere dai 200.000 ai 400.000 in più ogni anno tra il 2009 e il 2015 come conseguenza della crisi economica e finanziaria globale.¹⁰⁷

Questo rapporto fornisce un'ampia dimostrazione del fatto che i decessi dei bambini non sono eventi casuali al di fuori del nostro controllo. Essi sono, in misura notevole, il risultato di una politica e di scelte politiche operate dai governi. Sono inoltre influenzati da fattori culturali, economici, ambientali, politici e sociali che i governi e altri attori potrebbero contribuire ad indirizzare o mitigare.

I paesi in via di sviluppo con tassi o livelli elevati di mortalità infantile e neonatale dovrebbero sviluppare e portare avanti le loro strategie per fronteggiare il problema, ma le cause implicite della mortalità evidenziano anche le particolari responsabilità dei paesi più ricchi del mondo. Innanzitutto questi paesi dovrebbero utilizzare le loro notevoli risorse, la conoscenza e altri strumenti politici in maniera più efficace per garantire le cure di base, la nutrizione e i relativi servizi volti ad impedire la morte di tanti bambini.

I paesi ricchi, inoltre, devono modificare le politiche che danneggiano le prospettive di sviluppo dei paesi più poveri. Ad esempio, dovrebbero porre fine agli ingenti sussidi per il commercio agricolo, che distorcono i mercati alimentari globali. Dovrebbero smettere di attirare gli operatori sanitari dai paesi in via di sviluppo con attive politiche di assunzione e abbandonare gli approcci dannosi alla riforma economica che restringono gli investimenti nei settori sociali quali sanità, igiene ed istruzione. Inoltre dovrebbero ridurre su vasta scala le emissioni di carbonio che accelerano i cambiamenti climatici.

VOLONTÀ POLITICA E RESPONSABILITÀ

Esistono altri due importanti fattori che influenzano i tassi di mortalità infantile. Sono la volontà politica e la responsabilità. Se non vengono forniti interventi efficaci, acqua pulita e fognature sicure non sono disponibili, se alle bambine è negato l'accesso all'istruzione e vi sono discriminazioni e pregiudizi contro certe comunità, questo avviene principalmente perché chi ha influenza e potere, non ha la volontà di combattere queste iniquità e non sente affatto la responsabilità di dover fornire maggiori servizi sanitari e nutrizione alle madri povere e ai loro bambini. La società civile deve svolgere un ruolo cruciale nel mobilitare la volontà politica necessaria e far sentire la responsabilità delle loro azioni ai governi e a tutti coloro che potrebbero avere un ruolo attivo nel cambiamento. La campagna di Save the Children è nata con questo obiettivo.

SOPRAVVIVENZA INFANTILE, BREVE STORIA

La mortalità infantile non è una questione nuova. Per oltre un secolo i governi, le fondazioni private, i professionisti sanitari e altri hanno cercato di ridurre il numero di bambini e neonati morti. Infatti, il forte calo dei decessi di bambini in molte parti del mondo – soprattutto nei paesi attualmente sviluppati – è oggi una delle grandi storie di successo nella sanità pubblica internazionale. All'inizio del ventesimo secolo molti di questi paesi avevano livelli di mortalità infantile che erano addirittura peggiori di quelli dei paesi più poveri oggi. Ad esempio, nel 1900 il tasso di mortalità infantile nel Regno Unito era di 140 su 1.000 nati vivi, e negli Stati Uniti era di 100. I dati attuali sono di 5 e 7.¹⁰⁸

Come hanno fatto questi paesi a ridurre i rispettivi tassi di mortalità infantile? Hanno investito nella sanità, nelle fognature e nell'erogazione di acqua pulita. I redditi crescenti hanno portato a migliori regimi alimentari, e l'istruzione universale e un maggiore accesso alla pianificazione familiare hanno portato a famiglie più piccole, ma in miglior salute.

Negli ultimi decenni, l'attenzione internazionale relativa a tale problema si è focalizzata sui paesi in via di sviluppo, proprio perché i tassi di mortalità infantile restano alti in molti di questi paesi. Nel 1978 si è tenuta una conferenza internazionale importantissima ad Alma Ata, che ha riunito i rappresentanti di 134 paesi e 67 organizzazioni non governative (ONG), oltre alle principali agenzie ONU. Primo nel suo genere, questo evento ha cercato di costruire un consenso internazionale più forte circa l'importanza delle cure sanitarie primarie, rifacendosi alle esperienze di Nigeria, India, Guatemala, Cuba, Indonesia e Cina. La Dichiarazione

di Alma Ata¹⁰⁹ ha sottolineato l'importanza dell'equità, del coinvolgimento e della partecipazione della comunità, di un approccio alla sanità pienamente integrato, dell'uso della tecnologia appropriata, della disponibilità e dell'educazione sanitaria.

Malgrado nell'approccio di Alma Ata vi fossero molti elementi lungimiranti e innovativi, in molti paesi poveri, l'assunzione e la piena applicazione di questi principi erano annullate dal più ampio contesto economico. In grandi parti del mondo in via di sviluppo – soprattutto in America Latina e Africa Sub-Sahariana – gli anni '80 sono stati un decennio sprecato per lo sviluppo, a causa della profonda crisi finanziaria e aumento del debito, di adeguamento strutturale e crescenti livelli di povertà.

Ma nonostante il contesto non promettente, alcuni elementi dell'approccio di Alma Ata sono stati portati avanti dall'UNICEF, nel contesto della “rivoluzione per la sopravvivenza e lo sviluppo infantile”. Questa iniziativa fu ideata dal Direttore generale dell'UNICEF, Jim Grant. Con la sua leadership carismatica, l'UNICEF ha sperimentato e promosso quattro interventi a basso costo, che insieme rispondono al nome di GOBI: monitoraggio della crescita e promozione di una migliore nutrizione; terapia di reidratazione orale, per curare la diarrea infantile; allattamento al seno, per garantire che i bambini fossero nutriti adeguatamente; immunizzazione contro sei malattie mortali dell'infanzia. In una fase successiva, sono stati aggiunti altri tre interventi: integrazione alimentare, rallentamento nella crescita della famiglia attraverso il supporto alla pianificazione familiare, ed istruzione femminile. Il pacchetto completo era stato rinominato GOBI-FFF.¹¹⁰

Questa serie di interventi ebbe un gran successo, facendo entrare in azione i governi nazionali e i donatori internazionali e provocando un forte calo dei livelli di mortalità infantile. All'inizio degli anni '90, si stimava che 15 milioni di bambini morissero prima del quinto anno di vita. Alla fine del decennio scorso, la cifra è scesa intorno ai 12 milioni.¹¹¹

Tuttavia, il successo di questo approccio non dipendeva solo dagli interventi tecnici. La cosa più impressionante dell'iniziativa, e della leadership di Jim Grant nel condurla, è stato il modo in cui si è riuscito a mobilitare così tanti governi e comunità. La visione era articolata in modo che fosse chiara e convincente. A questo corrispondevano azioni pratiche – passi concreti con i quali si poteva misurare e giudicare il progresso – ad esempio, gli aumenti della copertura di immunizzazioni o l'utilizzo della terapia di reidratazione orale per curare la diarrea.

Per l'intera durata l'appello era rivolto alla miglior coscienza del pubblico e dei politici. Nel caso di questi ultimi, la riduzione della mortalità infantile era presentata come qualcosa che potevano fare facilmente e a basso costo, che avrebbe portato effetti concreti e misurabili in un breve arco di tempo, e per i quali avrebbero avuto credito. Come spesso diceva Jim Grant: "La buona salute è buona politica".

Vi sono insegnamenti più ampi da trarre da questa prima rivoluzione per la sopravvivenza e lo sviluppo infantile. Perché l'episodio non è stato sostenuto? Cosa non è riuscito ad ottenere? Perché si rende ora necessaria una seconda rivoluzione? E in che modo dovrebbe differenziarsi dalla prima?

INSEGNAMENTI PER UNA SECONDA RIVOLUZIONE

Molti elementi della prima rivoluzione per la sopravvivenza infantile sono ancora molto vicini alla situazione attuale. È necessario riaccendere quel senso di idealismo, generare e sostenere la

leadership politica a tutti i livelli e collegare il tutto ad un'agenda politica concreta e fattibile. Il nostro compito collettivo è di riportare ancora una volta la sopravvivenza infantile al centro della scena.

Tuttavia oggi la sfida è più difficile poiché in molti luoghi il lavoro "facile" è stato fatto – i livelli di immunizzazione sono più elevati, l'utilizzo di sali per la reidratazione orale ora è diffuso in alcuni paesi e molte famiglie hanno meno figli e a distanza maggiore l'uno dall'altro. Inoltre, molti neonati e bambini che stanno morendo vivono in ambienti molto più difficili ed è molto più complicato raggiungerli. Come afferma l'UNICEF nello Stato dei Bambini del Mondo di quest'anno: "La maggioranza degli sforzi [per ridurre la mortalità neonatale e infantile] deve essere incentrata sulle situazioni e circostanze più difficili: nei paesi più poveri, nei luoghi e tra le comunità più impoverite, isolate, non istruite ed emarginate, in nazioni colpite da AIDS, conflitti, scarsa governance e sottoinvestimenti cronici nei sistemi sanitari pubblici e nelle infrastrutture fisiche."¹¹² Per progredire occorreranno nuove risposte politiche innovative, come quelle indicate nel Capitolo 7 di questo rapporto.

Mentre la prima rivoluzione per la sopravvivenza infantile ha contribuito a registrare buoni progressi nella riduzione della mortalità tra bambini leggermente più grandi, essa ha avuto meno successo nel ridurre la mortalità neonatale e materna. Si stima che 500.000 donne muoiano ancora ogni anno per complicazioni da gravidanza e parto. La mortalità neonatale è calata negli ultimi decenni, ma più lentamente del tasso complessivo della mortalità al di sotto dei 5 anni. Il risultato è che una parte maggiore (40%) dei decessi di bambini ora avviene entro il primo mese di vita.¹¹³ Le azioni per promuovere la sopravvivenza materna, neonatale e infantile devono essere completamente integrate, con interventi che prevedano un'assistenza continua.

Il prossimo aumento di interesse concertato sulla sopravvivenza materna, neonatale e infantile deve focalizzarsi non solo sul raggiungere più madri e

bambini, ma anche sul contribuire a costruire sistemi e strutture in grado di portare miglioramenti sostenibili nelle loro vite. Se una critica si può fare alla prima rivoluzione per la sopravvivenza infantile è che essa ha prestato un'attenzione insufficiente alla creazione di un cambiamento duraturo. La sostenibilità deve essere un punto cruciale degli sforzi futuri. In termini di politica, ciò significa assicurare che: ci siano numeri adeguati di operatori sanitari laddove sono più necessari, attrezzature e scorte siano sempre disponibili e programmi siano dotati di adeguate risorse che consentano la loro sopravvivenza. Occorre inoltre affrontare le cause strutturali più ampie dell'elevata mortalità materna, infantile e neonatale, come le condizioni economiche ed ambientali avverse.

Il progresso globale nella riduzione della mortalità neonatale e infantile dall'inizio degli anni '90 è stato meno importante di quello degli anni '80. Al contrario, ci sono stati degli sviluppi importanti nell'ultimo decennio, soprattutto relativi alla creazione di un più chiaro consenso tecnico e scientifico sulle misure necessarie per ridurre la mortalità.¹¹⁴

Nel complesso la storia della sopravvivenza infantile dovrebbe essere fonte di motivazione e ispirazione. L'esperienza dell'ultimo secolo – e della prima “rivoluzione per la sopravvivenza e lo sviluppo infantile” in particolare – dimostra quali risultati si possono ottenere. Si può e si deve imparare molto da questa esperienza.

IMPARARE DAL SUCCESSO

La Tabella 3 è una sorta di Conto alla Rovescia verso il 2015. La cattiva notizia è che dei 68 paesi che registrano la quasi totalità della mortalità neonatale e infantile, 26 (38%) stanno facendo progressi insufficienti sulla mortalità infantile e 26 (38%) non stanno facendo alcun progresso o hanno tassi di mortalità infantile che di fatto stanno peggiorando. Solo 16 paesi (24%) sono sulla strada giusta per raggiungere l'OSM 4, ma è importante sottolineare come e perché ciò è avvenuto. La loro esperienza dimostra tutto ciò che gli altri possono ottenere.

STORIE DI SUCCESSO

Il **Bangladesh** – sulla strada giusta per raggiungere l'OSM 4 – ha concentrato i suoi interventi aumentando la copertura delle immunizzazioni, soprattutto la protezione neonatale per il tetano, la fornitura di integratori di vitamina A e la terapia di reidratazione orale, e attraverso la pianificazione familiare. Si tratta di un esempio unico di collaborazione governativa e ONG – soprattutto mediante la Commissione per l'Avanzamento Rurale del Bangladesh (BRAC), che ha contribuito a portare sanità e interventi di nutrizione salvavita ad alcune delle comunità più povere del paese. Gli sforzi della BRAC e di altri attori hanno contribuito ad assicurare che più bambine siano istruite, vi sia un più ampio uso di pianificazione familiare moderna e un migliore accesso all'assistenza ostetrica d'emergenza.

Il Bangladesh ha inoltre introdotto programmi di riduzione della povertà in molti distretti, ponendo l'accento sulla creazione di redditi e promuovendo l'autostima delle donne, soprattutto delle parti più povere della popolazione.¹¹⁵ Come mostrato nell'Appendice 2, negli ultimi anni, il Bangladesh ha raggiunto un progresso più rapido nella mortalità

infantile del quintile più povero rispetto alla media nazionale del progresso. Ciononostante, esistono ancora disparità inaccettabili nei tassi di mortalità e nella copertura di interventi chiave tra i gruppi di reddito più abbienti e quelli più poveri. Ridurre queste disparità aiuterà il Bangladesh a raggiungere più rapidamente l'OSM 4.

Quella del **Nepal** – sulla strada giusta per raggiungere l'OSM 4 – è una storia esemplare. Nonostante il diffuso malcontento politico e l'estrema povertà, la mortalità al di sotto dei 5 anni è calata del 50% dal 1990. Tra il 1996 e il 2006, la copertura di immunizzazioni e trattamenti per la diarrea e la polmonite sono più che raddoppiati, l'uso di contracccezione moderna è aumentato dal 26% ad oltre il 40%, e la copertura di vitamina A ha superato il 90%. Un ambiente politico cooperativo – soprattutto nel permettere agli operatori sanitari che non sono dottori a portare interventi – e il consolidamento dei sistemi, soprattutto di formazione e logistica, insieme all'importante supporto dei donatori – sono stati fondamentali per questo successo. Forse ancor più importante, un gruppo nazionale di Donne Volontarie Sanitarie Comunitarie ha svolto un ruolo vitale nel portare interventi come il trattamento per la polmonite, che ha aumentato la richiesta di assistenza e creato un legame tra il sistema sanitario formale e le comunità locali.¹¹⁶

Lo **Sri Lanka** ha fatto talmente tanti progressi nel ridurre la mortalità infantile negli ultimi quarant'anni da non far parte della lista del Conto alla Rovescia. Ma la sua esperienza è ancora rilevante. Lo Sri Lanka ha ottenuto bassi livelli di mortalità infantile fronteggiando le cause sociali del cattivo stato di salute. L'accento sull'emancipazione femminile e l'alfabetismo ha assicurato che la popolazione si attrezzasse per far valere i propri diritti ai servizi di

base. L'assistenza sanitaria di qualità, gratuita e fruibile, ha comportato il fatto che la maggioranza dei parti avviene in strutture sanitarie locali, gestite da personale formato, con un buon seguito per monitorare i progressi dei neonati e prevenire le malattie. Anche gli investimenti nella formazione e nello sviluppo della forza lavoro sanitaria hanno svolto un ruolo importante nei notevoli tassi di sopravvivenza infantile in Sri Lanka.¹¹⁷ In termini di sfide attuali, è chiaramente necessario agire per ridurre le disparità, sia nell'accesso all'assistenza

sanitaria che nei risultati, tra la maggioranza della popolazione Cingalese e la minoranza della comunità Tamil, incluse assistenza e protezione per quei bambini e le loro famiglie sfollate a causa di violenze e del perdurare del conflitto.

Pur non essendo ancora sulla strada giusta per raggiungere l'OSM4, la **Tanzania** sta facendo progressi e incomincia a vedere i risultati, in termini di flessione del tasso di mortalità infantile, della propria politica e degli interventi programmatici. Ha un sistema politico progressivo, che comprende

Tabella 3: Progressi verso l'OSM4

OSM4 (ridurre di due terzi, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità dei bambini con meno di 5 anni)						
Paese o territorio	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni		Obiettivo di Sviluppo del Millennio nel 2015	Tasso annuale medio di riduzione (%)		Progresso verso OSM target
	1990	2007		Osservato 1990-2007	Richiesto 2007-2015	
Afghanistan	260	257	87	0,1	12,1	Nessun progresso
Angola	260	158	87	2,9	12,2	Insufficiente
Azerbaijan	105	39	35	5,4	10,2	In regola
Bangladesh	149	61	50	5,3	3,6	In regola
Benin	185	123	62	2,4	9,7	Insufficiente
Bolivia	125	57	42	4,6	4,2	In regola
Botswana	58	40	19	2,1	20,7	Insufficiente
Brasile	57	22	19	5,7	0,6	In regola
Burkina Faso	206	191	69	0,4	12,1	Nessun progresso
Burundi	190	180	63	0,3	11,7	Nessun progresso
Cambogia	116	91	39	1,6	8,3	Insufficiente
Camerun	139	148	46	-0,4	13	Nessun progresso
Repubblica Centro Africana	173	172	58	0	12,3	Nessun progresso
Ciad	201	209	67	-0,2	12,6	Nessun progresso
Cina	45	22	15	4,3	5,2	In regola
Congo Brazzaville	103	125	34	-1,1	14,5	Nessun progresso
Congo, Repubblica Democratica del	205	161	68	1,3	12,2	Insufficiente
Costa d'Avorio	153	127	51	1	10,1	Insufficiente
Gibuti	175	127	58	1,9	8,9	Insufficiente
Egitto	91	36	30	5,6	1,6	In regola
Guinea Equatoriale	170	206	57	-1,1	14,3	Nessun progresso
Eritrea	147	70	49	4,4	4,6	In regola
Etiopia	204	119	68	3,2	6,6	Insufficiente
Gabon	92	91	31	0,1	12,1	Nessun progresso
Gambia	153	109	51	2	8,8	Insufficiente
Ghana	120	115	40	0,3	12,2	Nessun progresso
Guatemala	82	39	27	4,4	4,5	In regola
Guinea	235	150	78	2,5	8	Insufficiente
Guinea-Bissau	240	198	80	1,1	10,2	Insufficiente
Haiti	152	76	51	4,1	5,1	In regola
India	115	72	38	2,9	7,6	Insufficiente
Indonesia	91	31	30	6,3	1,3	In regola
Iraq	53	44	18	1,1	10,6	Insufficiente
Kenya	97	121	32	-1,3	14,7	Nessun progresso
Corea, Repubblica Popolare Democratica di	55	55	18	0	12,2	Nessun progresso
Lao Repubblica Popolare Democratica di	163	70	54	5	3,6	In regola
Lesotho	101	84	34	1,1	15,2	Insufficiente
Liberia	235	133	78	2,5	12,2	Insufficiente

servizi gratuiti offerti a tutte le donne durante la gravidanza, il parto e il periodo post-natale, e ai bambini con meno di 5 anni. Inoltre il governo ha dato maggiore importanza alle azioni per fronteggiare la malnutrizione infantile.

Mentre vi sono fattori contestuali specifici relativi a ciascuna di queste cause, esistono anche alcuni temi comuni che emergono da esse. L'attribuzione di priorità politiche si dimostra importante, così come la fornitura di servizi mediante strategie a base

comunitaria e un focus sull'espansione dell'accesso a interventi preventivi. L'emancipazione femminile e l'accesso alla pianificazione familiare fanno davvero la differenza.¹¹⁸ In alcuni paesi, il progresso è più rapido laddove i governi si concentrano sul consolidamento di sistemi, sia a livello nazionale che a livello comunitario. Anche la società civile sembra ricoprire un ruolo importante, soprattutto in Bangladesh. Questi case studies sono coerenti con parte della miglior letteratura sulle cause dello sviluppo sociale, ad esempio il lavoro di Amartya Sen sulle opportunità, l'emancipazione e la partecipazione.¹¹⁹

Tabella 3 *continua*

Paese o territorio	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni		Obiettivo di Sviluppo del Millennio nel 2015	Tasso annuale medio di riduzione (%)		Progresso verso OSM target
	1990	2007		Osservato 1990-2007	Richiesto 2007-2015	
Madagascar	168	112	56	2,4	8	Insufficiente
Malawi	221	111	74	3,7	5,4	Insufficiente
Mali	250	196	83	1,4	10,6	Insufficiente
Mauritania	133	119	44	0,5	11,5	Nessun progresso
Messico	53	35	18	2,3	7,6	In regola
Marocco	89	34	30	5,7	20,4	In regola
Mozambico	235	168	78	1,1	6,3	Insufficiente
Myanmar (Birmania)	130	103	43	1,4	9,7	Insufficiente
Nepal	142	55	47	5,6	2,5	In regola
Niger	320	176	107	3,2	9,6	Insufficiente
Nigeria	230	189	77	1,2	10,1	Insufficiente
Pakistan	130	90	43	2,3	9	Insufficiente
Papua Nuova Guinea	94	65	31	2,2	9,4	Insufficiente
Perù	78	20	26	8	-0,4	In regola
Filippine	62	28	21	4,7	4,8	In regola
Ruanda	176	181	59	0,4	11,1	Nessun progresso
Senegal	149	114	50	1,6	9,4	Insufficiente
Sierra Leone	290	262	97	0,6	11,4	Nessun progresso
Somalia	203	142	68	2,1	8,5	Insufficiente
Sud Africa	60	59	20	0,5	13,8	Nessun progresso
Sudan	120	109	40	0,8	8,9	Nessun progresso
Swaziland	110	91	37	0,3	16,6	Nessun progresso
Tagikistan	115	67	38	3,3	6,4	Insufficiente
Tanzania	161	116	54	1,8	8,7	Insufficiente
Togo	149	100	50	2,4	8,6	Insufficiente
Turkmenistan	99	50	33	4	4,8	In regola
Uganda	160	130	53	1,7	10,2	Insufficiente
Yemen	139	73	46	3,2	8,6	Insufficiente
Zambia	180	170	60	-0,2	12,3	Nessun progresso
Zimbabwe	76	90	25	0,3	15,8	Nessun progresso

Nota: questa tabella evidenzia i progressi per il raggiungimento dell'OSM4, classificando i vari paesi come segue:

- in regola: con un tasso di mortalità infantile inferiore a 40, oppure se il tasso di mortalità è uguale o maggiore di 40, in presenza di un tasso di riduzione dal 1990 al 2007 uguale o maggiore al 4%;
- insufficiente: con un tasso di mortalità infantile di 40 o più e con un tasso di riduzione tra il 1990 e il 2007 tra l'1 e il 3,9%;
- nessun progresso: tasso di mortalità infantile maggiore di 40 e con un tasso di riduzione tra il 1990 e il 2007 inferiore all'1%.

SFATARE I MITI

Esiste una serie di concezioni sbagliate sulla sopravvivenza infantile. Sfatare questi miti è fondamentale per innescare un'azione concertata e urgente da parte dei governi e altri attori che occupano una posizione di influenza e potere.

Si pensa che: molti bambini poveri muoiono, è sempre stato così. Non possiamo farci molto.

Questo è falso. Si può fare e si sta facendo molto per ridurre la mortalità infantile. Anche i paesi molto poveri come l'Eritrea, il Bangladesh, la Bolivia, il Guatemala, Haiti, RDP di Laos e il Perù sono sulla strada giusta per raggiungere l'OSM4. In anni recenti sono state raggiunte ampie riduzioni di mortalità infantile e neonatale attraverso interventi a basso costo come l'immunizzazione, la reidratazione orale, zanzariere trattate con insetticidi, e integratori di vitamina A, insieme a misure per rafforzare i diritti e le opportunità delle donne e migliorare l'accesso all'istruzione. Quello che hanno ottenuto questi paesi si può replicare altrove.

Si pensa che: i costi della riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile sono elevati.

Il costo della riduzione della morte dei bambini è contenuto in termini globali. Entro il 2015, il mondo dovrà spendere annualmente dai 36 ai 45 milioni di dollari in più per assicurare gli OSM4 e 5 nei paesi più poveri, oltre ai 31 milioni di dollari spesi attualmente. Sembra tanto, ma è meno della metà della spesa annua globale dei consumatori di acqua imbottigliata.¹²⁰

Si pensa che: il progresso nella riduzione della mortalità infantile accelererà ulteriormente la crescita della popolazione su un pianeta già sovraffollato.

È vero il contrario. La riduzione della mortalità infantile aiuta a ridurre i tassi di fertilità e rallentare e stabilizzare la crescita della popolazione. Mentre con le tendenze attuali la popolazione mondiale è destinata a raggiungere circa 9 miliardi di persone entro il 2050, c'è stato un rallentamento nel tasso di crescita, perché le donne in molte parti del mondo scelgono di avere meno figli dei loro genitori.¹²¹ Una ragione importante di questo fenomeno è la minore mortalità infantile.¹²² Laddove le madri e i loro partner sono sicuri che i figli vivranno, e laddove hanno la capacità di controllare la loro fertilità, scelgono di avere famiglie più piccole.

Ridurre la mortalità infantile ed incrementare il controllo delle donne sulla loro fertilità è fondamentale affinché le famiglie molto povere superino l'indigenza. Lo stesso vale per le comunità e i paesi che non possono permettersi di ospitare una popolazione che raddoppia ad ogni generazione.¹²³ Gli alti tassi di fertilità, inoltre, fanno aumentare le pressioni ambientali, soprattutto in zone dell'Africa in cui la dimensione degli appezzamenti agricoli per famiglia è già molto limitata. Ma – legata al sostegno per la pianificazione familiare e all'emancipazione femminile – una riduzione della mortalità infantile incide sulla flessione dei tassi di fertilità e la crescita della popolazione, rendendo più semplice la riduzione della povertà.

Si pensa che: i tentativi di migliorare la salute e la nutrizione dei bambini saranno inevitabilmente ostacolati dalla corruzione e dal cattivo governo nei paesi più poveri.

La corruzione e una cattiva governance costituiscono sfide importanti per lo sviluppo e per la sopravvivenza infantile. Ciononostante, queste difficoltà non sembrano essere insormontabili. Ogni anno, Transparency International compila un Indice di Percezione della Corruzione che misura i livelli percepiti di corruzione del settore pubblico in un determinato paese, avvalendosi di varie ricerche di esperti. Tutti e 16 i paesi della priorità del Conto alla Rovescia che sono sulla strada giusta per raggiungere l'OSM4 sono in fondo a questo indice – ovvero, sono visti come paesi con significativi livelli di corruzione (Cfr. Tabella 4). Questo, naturalmente non significa che la corruzione non sia un problema, bensì che esistono altri modi per fare progressi nella riduzione della mortalità infantile nonostante la corruzione.

Si pensa che: non vi è alcun beneficio nel tenere in vita i bambini se il loro futuro è di estrema povertà.

Oltre al chiaro imperativo morale, vi sono forti basi di interesse da parte delle persone più abbienti nei paesi in via di sviluppo e nei paesi sviluppati per fare molto di più al fine di ridurre i tassi di mortalità infantile nelle comunità più povere.

È una sconfitta per tutti quando i bambini sono denutriti e vulnerabili a malattie e morte precoce, così come tutti traiamo dei benefici quando i bambini sono in migliori condizioni di salute, meglio nutriti ed istruiti. È stato stimato che, globalmente, il costo diretto della malnutrizione infantile è compreso tra i 20 e i 30 milioni di dollari l'anno.¹²⁴ L'impatto economico dell'iponutrizione è significativo anche a livello di paese, e porta a perdite di PIL che, in alcuni casi, arrivano fino al 6% in conseguenza della produttività e del reddito persi.¹²⁵

Tabella 4: Corruzione nei paesi “sulla strada giusta” per raggiungere l'OSM4 in countries ‘on track’ to meet MDG 4

Attestazione del paese (su 180 paesi)	Paese	Percezione della corruzione nel 2008 Punteggio (1 =completamente corrotto, 10 =completamente pulito)
72	Cina	3.6
72	Messico	3.6
72	Perù	3.6
80	Brasile	3.5
80	Marocco	3.5
96	Guatemala	3.1
102	Bolivia	3.0
115	Egitto	2.8
121	Nepal	2.7
126	Indonesia	2.6
126	Eritrea	2.6
141	Filippine	2.3
147	Bangladesh	2.1
151	RPD Lao	2.0
166	Turkmenistan	1.8
177	Haiti	1.4

Fonte: Conto alla rovescia verso il 2015. Rapporto e Indice di Percezione della Corruzione del 2008 di Transparency International

Inoltre, ci sono una serie di vantaggi economici significativi derivanti dall'abbattimento della mortalità infantile. La prestigiosa Commissione sulla Macroeconomia e sulla Salute ha stimato l'impatto globale dei decessi neonatali e materni in 15 milioni di dollari l'anno, in termini di produttività persa.¹²⁶ Inoltre, hanno considerato i benefici economici più a lungo termine di una salute migliore. Secondo lo studio, migliori risultati sanitari dovrebbero aumentare l'aspettativa di vita dei paesi a basso reddito, riducendo di circa la metà l'attuale divario di 19 anni rispetto ai paesi ad alto reddito – ad esempio, da 59 a 68 anni. Tutto questo darebbe un impulso ai tassi di crescita economica, con un aumento stimato del 10% del reddito pro capite dei paesi a basso reddito, dopo 20 anni.¹²⁷

Un'altra ricerca ha stimato che, tra il 1965 e il 1990, dal 30 al 50% della crescita economica dell'Asia è attribuibile a miglioramenti demografici e sanitari, tra cui la riduzione di mortalità infantile e neonatale, un miglior accesso ai servizi sanitari per la riproduzione e riduzioni dei tassi di fertilità.¹²⁸ I dati di una ricerca più recente mostrano che i miglioramenti nello sviluppo umano sono collegati a livelli più alti di crescita economica, con una riduzione di 5 punti percentuali dei tassi di mortalità infantile associata all'aumento di un punto percentuale della crescita economica nel decennio successivo.¹²⁹ In un momento in cui i governi cercano di ravvivare le proprie economie, esiste una solida base per investire nei primi anni di vita dei bambini.

APPELLO ALL'AZIONE

La data stabilita per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio – inclusi OSM4 e 5 – è il 2015. In base agli attuali trend, questi obiettivi non saranno raggiunti. L'anno prossimo, il 2010, è un anno critico per riportare il mondo sulla strada giusta per mantenere le promesse ai bambini più poveri del mondo e alle loro madri. Questo rapporto ha suggerito in che modo si può fare e perché si deve fare.

Save the Children – lavorando in stretta collaborazione con altri attori, e utilizzando dati recenti e nuove argomentazioni – è determinata a porre fine all'enorme ingiustizia legata agli alti livelli di mortalità materna, neonatale e infantile, e a raccogliere risposte politiche, le linee guida e i programmi che aiuteranno il mondo a raggiungere gli OSM4 e 5.

È necessario però avviare una nuova “rivoluzione per la sopravvivenza infantile” – che completi il lavoro avviato da Jim Grant e dall'UNICEF negli anni '80. Il nostro obiettivo è che i donatori e i governi nazionali si assumano maggiormente le responsabilità delle loro azioni e il loro impatto nella riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile, soprattutto nei contesti più poveri. Affinché ciò possa avvenire, è necessario un rafforzamento delle organizzazioni della società civile – a livello internazionale, nazionale e locale – che si occupano del problema, affinché facciano pressione e persuadano i governi a compiere le azioni necessarie.

RACCOMANDAZIONI

Rendere la sopravvivenza materna, neonatale e infantile il parametro di riferimento per misurare lo sviluppo

Il tasso di mortalità infantile nelle comunità più indigenti è un migliore indicatore del reddito pro capite per verificare il maggiore o minore sviluppo. Sappiamo, ad esempio, che nei paesi dove si è registrata una notevole crescita economica, non sempre ad essa è corrisposta una riduzione proporzionale della mortalità o un miglioramento dell'indice di sviluppo umano. Per i paesi in via di sviluppo, nel complesso, si stima che ad un aumento dell'1% del reddito pro capite è associato una diminuzione dello 0,3% (0,1% nell'Africa Sub Sahariana) del tasso di mortalità infantile.¹³⁰ Questa valutazione è coerente con l'esperienza di paesi. Colpisce il fatto che le economie mondiali che sono cresciute più velocemente negli ultimi cinque anni (2005 -2009)¹³¹ totalizzano il 40% di tutte le morti infantili del mondo. Questi paesi potenzialmente potrebbero compiere progressi molto più rapidi nella riduzione della mortalità infantile, ma non sono ancora riusciti ad usare le proprie risorse in maniera efficace per questo scopo.

I paesi dovrebbero essere incoraggiati a misurare e riferire i passi avanti compiuti rispetto agli indicatori di mortalità materna, neonatale e infantile (per quintile di ricchezza e altri gruppi sociali), così come

i governi nazionali e i grandi donatori dovrebbero essere tenuti a rendere conto alla società civile sull'impatto delle loro azioni.

Segue una serie di appelli all'attuazione di politiche concrete rivolti ai donatori, ai paesi in via di sviluppo e alle organizzazioni internazionali – un programma in sette punti – per ottenere una drastica riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile.

La strategia di Save the Children in sette punti

I. Attuare piani nazionali credibili

Ciascun paese dovrebbe avere un piano nazionale credibile per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile. È necessario focalizzarsi su interventi efficaci, quali controlli prenatali, assistenza specializzata durante il parto, prime cure post natali, integratori di vitamina A. Al contempo, bisogna portare avanti azioni su base comunitaria per combattere alcune cause primarie di morte, come diarrea, polmonite e malaria, oltre ad una politica di maggior accesso a immunizzazione e vaccini. Questi interventi dovrebbero essere accessibili alle persone più povere, fornendo un'assistenza continua in contesti di emergenza, fragilità e in via di sviluppo. Tale piano dovrebbe rientrare in una coerente strategia di sviluppo per il paese, ed essere integrata adeguatamente con azioni per fronteggiare le cause intermedie e implicite della mortalità materna, neonatale e infantile.

Molti paesi hanno buone strategie sulla carta, che però spesso non vengono attuate in modo adeguato. Un piano credibile dovrebbe contenere chiari indici per la misurazione dei progressi, livelli di precisa responsabilità politica, adeguate risorse e criteri di attuazione per assicurare che tutti i bambini e le loro madri, soprattutto ai più poveri, abbiano benefici reali. I governi donatori e le istituzioni internazionali dovrebbero essere preparati a finanziare in tempi rapidi quei paesi che hanno un piano credibile in atto. Infatti, i donatori dovrebbero impegnarsi affinché nessun paese con un progetto credibile per la riduzione della

mortalità materna, infantile e neonatale e un impegno ad attuarlo, fallisca per mancanza di risorse.

2. Focus sui neonati

I decessi di neonati (entro il primo mese di vita) attualmente costituiscono il 40% dei decessi di bambini al di sotto dei 5 anni, pari a 4 milioni di morti nel mondo. Se da un lato alcuni paesi sono riusciti a ridurre i decessi dei bambini leggermente più grandi, la mortalità dei neonati è invece aumentata in proporzione alla mortalità infantile complessiva. Raggiungere l'OSM4 richiederà quindi una maggiore attenzione per promuovere la sopravvivenza dei neonati e le relative azioni.

Ciò richiede interventi che rafforzino la salute, la nutrizione, il benessere e il supporto alle madri e ai figli durante e subito dopo il parto (quest'ultimo è il periodo più pericoloso per la loro sopravvivenza). Il supporto sanitario deve essere continuo e riguardare l'intero ciclo di vita - dalle donne in età riproduttiva, al parto e alla prima infanzia, e dall'assistenza a domicilio agli ospedali e altre strutture sanitarie specializzate. Tra gli esempi vi sono servizi di contraccezione, visite prenatali, assistenza specializzata durante il parto, prime cure post-natali e supporto per l'allattamento al seno.

3. Dare priorità alla parità

Esistono ampie disparità nei tassi e nei livelli di mortalità neonatale e infantile tra paesi e al loro interno. Nell'Africa Sub Sahariana un bambino su sette morirà prima dei 5 anni. Nei paesi industrializzati il dato è di 1 su 167.¹³² Vi sono inoltre notevoli differenze nella possibilità di accedere agli interventi efficaci, come visite prenatali, assistenza specializzata durante il parto e immunizzazione. In quasi tutti i paesi prioritari del Conto alla Rovescia verso il 2015, le famiglie più ricche stanno ottenendo accesso a interventi chiave più velocemente delle famiglie più povere. Per raggiungere gli OSM4 e 5, occorre intervenire e compiere ogni sforzo per ridurre tali disparità globali e nazionali.

Nello specifico, chiediamo che i donatori, le istituzioni internazionali e i governi dei paesi in via di sviluppo stabiliscano degli obiettivi per ridurre le disparità tra i ricchi e i poveri nell'accesso agli interventi efficaci, oltre ad obiettivi per ridurre i tassi di mortalità in tutte le fasce di reddito e gruppi sociali.

Ridurre i tassi di mortalità tra i bambini più poveri richiede inoltre un'azione concertata per fronteggiare le cause implicite – quei fattori che limitano la capacità dei bambini poveri e delle loro famiglie di avere un'assistenza sanitaria dignitosa, nutrizione adeguata, acqua pulita e fognature sicure, opportunità di istruzione. Ciò significa riconoscere il fatto che i bambini spesso sono discriminati sulla base di etnia, genere, casta, contagio o meno da HIV e altri fattori sociali. In termini di linee guida e programmi, occorrerà un approccio volto ad abbattere le barriere e le molteplici forme di discriminazione e pregiudizio, e per garantire che i diritti dei bambini e delle donne vengano rispettati.

4. Mobilitare le risorse

Il progresso verso gli OSM4 e 5 è gravemente ostacolato dai livelli inadeguati di finanziamenti, dall'uso inefficiente di fondi, nonché da molteplici – spesso mal coordinate – iniziative sanitarie globali e meccanismi di finanziamento. Questa è stata la conclusione di una recente task force di alto livello sui finanziamenti sanitari, presieduta dal Primo Ministro del Regno Unito, Gordon Brown, e dal Presidente della Banca Mondiale, Robert Zoellick.¹³³

Coerentemente con le raccomandazioni principali della task force, Save the Children esorta i donatori, i governi nazionali e altri attori ad aumentare di più del doppio la spesa sulla sanità e i relativi interventi, da una stima di 31 miliardi di dollari nel 2008, a 67-76 milioni di dollari nel 2015.¹³⁴ Questi ulteriori 36-46 milioni di dollari dovranno provenire da varie fonti, possibilmente anche meccanismi di finanziamento innovativi come la International Finance Facility for Immunisation. Tuttavia, tali meccanismi non devono costituire degli alibi per i governi o i grandi donatori per non investire abbastanza in salute di qualità e relativi servizi. In

considerazione dell'enorme bisogno, l'urgenza di un rapido aumento delle risorse e l'onere sproporzionato che oggi viene sostenuto dai poveri del mondo, raccomandiamo che almeno metà di questi ulteriori investimenti venga dai donatori.

Se è vero che maggiori risorse sono estremamente importanti, è altrettanto vitale che esse vengano impiegate in modo efficiente e per interventi realmente utili. In molti paesi poveri, i fondi sanitari, già di per sé limitati, sono destinati per la maggior parte agli ospedali per i ceti più abbienti delle grandi città, mentre gli interventi che vanno incontro alle esigenze dei poveri in aree urbane e rurali sono sottofinanziati. E il volto di un paese cambia radicalmente nella misura in cui riesce a trasformare gli investimenti in materia di sanità in migliori risultati per la salute di tutta la popolazione.¹³⁵

5. Formare e dislocare più operatori sanitari

Nell'ambito degli sforzi per incrementare i servizi sanitari di base, i donatori, le istituzioni internazionali e i paesi in via di sviluppo hanno bisogno di reclutare, formare, dotare di attrezzature ed assumere molti più operatori sanitari. È stato stimato che, nei paesi in via di sviluppo, è necessario assumere altri 4,2 milioni di operatori sanitari in più per raggiungere gli OSM legati alla salute,¹³⁶ e che questi operatori dovrebbero essere al lavoro non oltre il 2012.

In particolare gli operatori sanitari sono urgentemente necessari nelle strutture di primo livello, e soprattutto a livello comunitario. In ogni paese andrebbero stabiliti dei target di formazione e impiego per gli operatori sanitari. Per attirare e trattenere operatori sanitari di alta qualità – in particolare nelle aree rurali più remote – sarà necessario offrire pacchetti di supporto, tra cui stipendi adeguati, formazione, alloggi decenti, supervisione adeguata e supporto alla pari, nonché opportunità per lo sviluppo della carriera. Dunque per non mettere a rischio questi sforzi, i paesi industrializzati dovrebbero adottare codici di condotta che impediscano l'assunzione di professionisti sanitari di paesi in via di sviluppo o che fissino compensi adeguati a questi paesi.

Accogliamo favorevolmente l'incoraggiamento dei paesi G8 all'OMS, affinché venga sviluppato entro il 2010 il Codice di Prassi sull'Assunzione Internazionale di Personale Sanitario.

6. Fronteggiare l'iponutrizione

I paesi in via di sviluppo e i donatori dovrebbero aumentare i fondi per gli interventi per ridurre la fame dei bambini, come il supporto per l'allattamento al seno, l'integrazione di micronutrienti e la fortificazione, i benefici per bambini e mamme, l'educazione alla nutrizione, i trattamenti per la malnutrizione grave ed acuta, i sistemi di allerta e il sostegno all'agricoltura. L'erogazione di fondi e la protezione sociale sono interventi importanti per aiutare le famiglie povere ad acquistare quantità adeguate di cibo e consentire loro l'accesso alla sanità.

I dati di alcune ricerche di Sud Africa e il Messico, mostrano che i programmi di trasferimento di contanti hanno portato miglioramenti significativi nello status nutrizionale dei bambini. Più in generale, questi programmi possono aiutare a fronteggiare la mortalità infantile. I programmi di trasferimento di risorse in alcuni paesi – ad esempio Messico, Colombia e Malawi – hanno portato a riduzioni dei tassi di malattia tra i bambini piccoli, mentre in Nicaragua, Honduras e Perù hanno portato ad una maggiore presenza di madri povere e dei loro bambini nelle strutture sanitarie e tassi di immunizzazione più elevati.¹³⁷

È inoltre necessario agire per razionalizzare gli interventi globali sulla nutrizione, con l'introduzione di un nuovo meccanismo internazionale per coordinare l'aiuto per la riduzione della fame, assicurare un miglior coordinamento nel paese e fare in modo che i governi rendano conto del proprio operato. I governi dei paesi in via di sviluppo e i donatori dovrebbero riferire l'andamento del proprio indicatore della nutrizione, in rispetto dei parametri concordati a livello internazionale (OSM I), cosa che molti di loro al momento non fanno.

7. Aumentare l'attenzione sui bambini nelle emergenze

I bambini sono più a rischio di malattie e morte in una situazione di conflitto o emergenza e necessitano di interventi immediati che salvino loro la vita. I governi, le ONG e le organizzazioni internazionali devono impiegare altre risorse per sostenere le esigenze dei bambini durante questi momenti critici. Inoltre è necessario che essi coordinino le azioni per assicurare una risposta rapida ed equa all'emergenza che raggiunga tutte le comunità interessate.

Sia che la causa che impedisce ai bambini e alle loro famiglie di accedere ai servizi sanitari possa essere la diffusione mortale del colera, piuttosto che una crisi politica, la comunità mondiale ha il dovere di lavorare per assicurare che i gruppi più vulnerabili siano supportati, non solo durante la fase iniziale acuta dell'emergenza, ma che i bambini e le famiglie continuino a ricevere servizi sostenibili e supporto in quella post- emergenza.

Un modo per aiutare i paesi a ridurre l'impatto di conflitti e disastri è investire sulla capacità di recupero dei sistemi nazionali e locali, investendo in salute e istruzione, e supportare i programmi di riduzione del rischio di disastri (RRD). Questi ultimi comprendono la pianificazione e preparazione avanzata, in modo che le comunità siano più forti e in grado di sopravvivere quando sono colpite da un disastro. Le agenzie internazionali e i governi nazionali devono lavorare insieme per includere i programmi di riduzione del rischio nei piani e nei sistemi locali, in modo da aiutare a proteggere le loro popolazioni e ridurre l'impatto di qualunque emergenza.

La riduzione dei tassi di mortalità infantile e neonatale negli stati fragili e mal governati, che da soli contano gran parte dei decessi dei bambini ogni anno, è un obiettivo particolarmente sfidante. Ovunque sia possibile, i donatori e le istituzioni internazionali dovrebbero cercare di operare

attraverso gli attuali sistemi nazionali o locali, per rafforzarli e potenziarne l'affidabilità nei confronti dei cittadini.

Tuttavia, in alcune circostanze davvero difficili, potrebbe essere necessario da parte delle agenzie esterne creare dei canali per il trasferimento delle risorse tramite ONG o altre organizzazioni della società civile.

CONCLUSIONI

Le crisi finanziaria ed ecologica hanno dimostrato quanto siano diventate interconnesse e reciprocamente dipendenti le vite dei 6,6 miliardi di persone del mondo. Ma evidenziano anche il grado di ingiustizia globale. L'aspetto in cui questa iniquità è più evidente è senza dubbio la morte di milioni di neonati e bambini innocenti ogni anno.

Questo rapporto ha mostrato dove e perché muoiono i bambini e cosa si può fare per salvare la vita dei bambini. I paesi industrializzati hanno ridotto notevolmente i propri tassi di mortalità nel corso del secolo precedente. Molti paesi in via di sviluppo hanno fatto enormi progressi, spesso in circostanze difficili. Non ci servono grandi scoperte tecnologiche per porre fine a questa ingiustizia. Dobbiamo solo trarre insegnamenti dal successo di alcuni paesi e applicare rimedi efficaci in modo più sistematico e con maggiore urgenza.

La morte di milioni di bambini piccoli ogni anno nel ventunesimo secolo è un oltraggio morale, paragonabile ai peggiori abusi e mali sociali del passato. Ciascuno di noi ha un ruolo da svolgere nell'arginare questo problema. Ulteriori ritardi o il perdurare di questo stato d'inerzia sono ingiustificabili.

DIFFERENZE NELLA SOPRAVVIVENZA INFANTILE PER QUINTILE DI RICCHEZZA

Per calcolare i progressi dei Paesi nel raggiungimento dell'OSM4, ci si basa su un dato che deriva da una media nazionale. Nella tabella che segue, vengono messi in evidenza alcuni dati che possono indicare alti livelli di disparità tra diversi gruppi nello stesso paese. La prima mostra il divario assoluto della mortalità infantile al di sotto dei 5 anni tra il 20% più ricco e quello più povero della popolazione di un paese – ad esempio la differenza del numero di bambini che muoiono su 1.000 nati vivi (l'unità o la misurazione standard per il tasso di mortalità). La seconda colonna indica quella disparità

come proporzione. Ad esempio, il rischio di morire prima dei 5 anni per un bambino di una tra le famiglie più povere in Nigeria, è triplo rispetto a quello di un bambino delle famiglie più abbienti.

I dati sulla mortalità infantile per quintile di ricchezza non sono direttamente paragonabili poiché le ricerche Demografiche e Sanitarie sono state svolte in periodi diversi. Tuttavia ciascun dato del paese è stato utilizzato nello stesso modo per permettere il paragone all'interno di un paese.

Paese	Divario assoluto nei tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni tra il 20% più ricco e il 20% più povero	Rapporto tra i tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni tra il 20% più ricco e quello più povero della popolazione del paese
Zambia 2007	13,6	1,12
Swaziland 2006/2007	16,9	1,17
Liberia 2007	21,3	1,18
Mauritania 2000/01	19,8	1,25
Zimbabwe 2005/06	15,2	1,27
Niger 2006	49,4	1,32
Lesotho 2004	31,4	1,38
Etiopia 2005	38,0	1,41
Burkina Faso 2003	62,2	1,43
Ghana 2003	39,1	1,44
Tanzania 2004	44,0	1,47
Turkmenistan 2000	35,7	1,51
Eritrea 2002	34,6	1,53

Paese	Divario assoluto nei tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni tra il 20% più ricco e il 20% più povero	Rapporto tra i tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni tra il 20% più ricco e quello più povero della popolazione del paese
Azerbaijan 2006	22,3	1,55
Congo (Brazzaville) 2005	50,8	1,60
Kenya 2003	57,8	1,63
Malawi 2004	71,8	1,65
Gabon 2000	37,7	1,68
Togo 1998	70,7	1,73
Ruanda 2005	89,4	1,73
Mozambico 2003	88,1	1,81
Mali 2006	109,7	1,89
Congo, Repubblica Democratica del 2007	86,9	1,90
Guinea 2005	103,9	1,92
Repubblica Centro Africana 1994/95	94,6	1,96
Guatemala 1998/99	38,3	1,97
Bangladesh 2007	43,0	1,99
Pakistan 2006/07	60,8	2,01
Nepal 2006	51,4	2,10
Camerun 2004	101,1	2,15
Yemen 1997	90,1	2,23
Haiti 2005/06	70,1	2,28
Indonesia 2007	45,5	2,43
Costa d'Avorio 1998/99	146,2	2,76
Senegal 2005	118,6	2,84
Madagascar 2003/04	92,4	2,87
Cambogia 2005	84,1	2,96
Brasile 1996	65,6	2,97
Egitto 2005	49,5	2,97
Marocco 2003-04	51,5	2,97
India 2005/06	78,2	2,98
Bolivia 2003	82,1	3,21
Filippine 2003	45,7	3,22
Nigeria 2003	177,7	3,24
Sud Africa 1998	65,5	3,99
Perù 2000	75,0	5,26

Nota: le famiglie vengono divise in quintili utilizzando più variabili che concorrono a determinarne il benessere, secondo il cosiddetto "DHS Wealth Index", e che includono da beni come mezzi di trasporto o televisioni ai materiali utilizzati per la costruzione della casa, o ancora l'accesso e la qualità dei servizi sanitari.

Fonte: Macro International Inc (2009). *Measure DHS STAT compiler table*. Accesso effettuato su <http://www.measuredhs.com> il 21 luglio 2009

RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ INFANTILE PER QUINTILE DI RICCHEZZA

Le seguenti tabelle analizzano il cambiamento dei tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni nel 20% più basso e nel 20% più alto dei gruppi di reddito in un particolare arco di tempo. **Il segno meno indica una riduzione nella mortalità al di sotto dei 5 anni.** Le famiglie sono divise per quintili utilizzando una misura composita di benessere familiare, chiamata “Indice di Benessere DHS” (DHS Wealth Index).

Questa prima tabella analizza i paesi sulla strada giusta per raggiungere l’OSM4 secondo il Conto alla Rovescia per il 2015. La seconda tabella analizza alcuni paesi che non sono sulla strada giusta. Entrambe le tabelle mostrano anche il progresso medio nella riduzione della mortalità infantile dell’intero paese.

Paesi sulla strada giusta per raggiungere l’OSM 4

Paese	Primo anno	Ultimo anno	Cambiamenti nei tassi di mortalità infantile		
			Redditi più bassi 20%	Redditi più alti 20%	Media nazionale
Eritrea	1995	2002	-35%	-37%	-30%
Egitto	2000	2005	-24%	-26%	-28%
Marocco	1992	2003/04	-30%	-33%	-36%
Bangladesh	2000	2007	-29%	-39%	-23%
Indonesia	1997	2007	-29%	9%	-28%
Nepal	2001	2006	-24%	-31%	-27%
Bolivia	1994	2003	-32%	-30%	-30%
Perù	1996	2000	-16%	-20%	-12%

Nota: le famiglie vengono divise in quintili utilizzando più variabili che concorrono a determinarne il benessere, secondo il cosiddetto “DHS Wealth Index”.

Paesi non in linea per raggiungere l'OSM 4

Paese	Primo anno	Ultimo anno	Cambiamenti nei tassi di mortalità infantile		
			Redditi più bassi 20%	Redditi più alti 20%	Media nazionale
Benin	1996	2001	-5%	-15%	-12%
Costa d'Avorio	1994	1998/99	21%	-14%	16%
Etiopia	2000	2005	-18%	-37%	-30%
Madagascar	1997	2003/04	-27%	-51%	-32%
Malawi	2000	2004	-23%	-31%	-22%
Mali	2001	2006	-6%	-17%	-10%
Ruanda	2000	2005	-14%	-21%	-12%
Senegal	1997	2005	1%	-7%	-3%
Tanzania	1999	2004	-14%	-31%	-18%
Cambogia	2000	2005	-18%	-32%	-13%
Pakistan	1990/91	2006/07	-3%	-19%	-23%

Nota: le famiglie vengono divise in quintili utilizzando più variabili che concorrono a determinarne il benessere, secondo il cosiddetto "DHS Wealth Index".

Fonte: Macro International Inc (2009). *Measure DHS STAT compiler table*. Accesso effettuato su <http://www.measuredhs.com> il 21 luglio 2009

- ¹ Discorso del Presidente degli Stati Uniti, Barack Obama, al Parlamento del Ghana, Accra International Conference Centre, Accra, Ghana, Ufficio Stampa, Casa Bianca, Luglio 2009. Accesso effettuato il 21 Agosto 2009 su http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Remarks-by-the-President-to-the-Ghanaian-Parliament/
- ² Discorso del Primo Ministro Indiano Manmohan Singh nel Giorno dell'Indipendenza, 15 Agosto 2006. Accesso effettuato il 24 Agosto 2009 su <http://www.india-defence.com/reports-2347>
- ³ UNICEF (2007) *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2008*: pagina 24
- ⁴ UNICEF, *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2008*
- ⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (2006), *Rapporto sulla salute mondiale 2006: lavoriamo insieme per la salute*, pag. xvii, <http://www.who.int/whr/2006/en/> 3 Agosto 2009
- ⁶ Organizzazione Mondiale della Sanità (2009) *Statistiche sulla salute mondiale*
- ⁷ R. Black et al, *Malnutrizione materna e infantile. Esposizione mondiale e nazionale e conseguenze per la salute*, Paper 1, Lancet, Malnutrizione Materna e infantile, Lancet, 2008, p 5
- ⁸ Water Aid (2009) *Irrmediabilmente negletto: Come i sistemi sanitari stanno fallendo nella lotta alla mortalità infantile*.
- ⁹ Ibid.
- ¹⁰ Banca Mondiale (2009), *Nuotare controcorrente: come i paesi in via di sviluppo stanno affrontando la crisi globale*.
- ¹¹ Taskforce di alto livello sul Finanziamento Innovativo per i Sistemi Sanitari, Gruppo di Lavoro 2 (2009). Constraints to Scaling Up and Costs, Gruppo di Lavoro 2 Rapporto Tecnico: Versione inedita, pag. 10.
- ¹² E. Arnold e J. Larsen (2006), *Acqua in bottiglia: come sprecare risorse*, Eco-Economy Updates, Earth Policy Institute. Secondo il rapporto, la cifra spesa annualmente per comprare acqua in bottiglia è di 100 milioni di dollari. <http://www.earth-policy.org/Updates/2006/Update51.htm>
- ¹³ UNICEF (2008) *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2009*: pagine 8–9
- ¹⁴ D. You, T. Wardlow, P. Salama e G. Jones, "Tassi e trend nella mortalità infantile", 1990–2008', *The Lancet*, published online 10 September 2009. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61601-9
- ¹⁵ UNICEF (2008) *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2009*: pagine 8–9
- ¹⁶ UNICEF, *Lo Stato dei Bambini del Mondo 2009*, UNICEF, 2008, pagina 118
- ¹⁷ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2009) *Statistiche Organizzazione Mondiale per la Sanità 2009*
- ¹⁸ UNICEF (2008) *op cit*: pagina 13
- ¹⁹ UNICEF (2008); Uppsala Conflict Database and Crisis Group, Uppsala Universitet. Accesso effettuato il 3 Agosto 2009 su www.pcr.uu.se/database.index.php
- ²⁰ Dipartimento del Regno Unito per lo Sviluppo Internazionale (2009) *Eliminare la Povertà Mondiale: Costruire il Nostro Futuro Comune*
- ²¹ Banca Mondiale (2009) *Nuotare contro corrente: In che modo i paesi in via di sviluppo stanno affrontando la crisi globale*, Background, Documento preparato dallo Staff della Banca Mondiale per la Riunione dei Ministri delle Finanze del G20 e i Governatori delle Banche Centrali, Marzo 2009
- ²² J. Hicks e G. Allen (1999) *Un secolo di cambiamenti: Tendenze nelle statistiche del Regno Unito dal 1900*, Documento di Ricerca della Camera dei Comuni 99/111
- ²³ Centri per il Controllo e la Prevenzione (1999) *Traguardi raggiunti nella sanità pubblica, 1900-1999: Madri e bambini più sani*, Rapporto settimanale su Morbilità e mortalità 48(38): pagine 849–58
- ²⁴ UNICEF (2008) *op cit*: pagina 119
- ²⁵ H. Rosling (2008) *Ridurre la Mortalità Infantile*, Gapminder. Accesso effettuato il 21 Agosto 2009 su <http://www.gapminder.org/videos/gapcasts/gapcast-11-reducing-child-mortality/>
- ²⁶ UNICEF (2007) *op cit*: pagina 9
- ²⁷ Dipartimento del Regno Unito per lo Sviluppo Internazionale (2009) *Atteggiamenti pubblici verso lo sviluppo*
- ²⁸ *Conto alla rovescia verso il 2015 (2008) Tracciare il Progresso della Sopravvivenza Materna, Neonatale e Infantile Rapporto 2008*. pagine 18-19
- ²⁹ UN Millennium Project (2005) *Investire nello Sviluppo: Un Piano Pratico per Raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio*. Panoramica
- ³⁰ D. E. Bloom e J. G. Williamson (1998) *'Transizioni Demografiche e Miracoli Economici nell'Asia Emergente' Analisi Economica Banca Mondiale 12(3): pagine 419–55*
- ³¹ E. Anderson e S. Hague (2007) *L'impatto dell'investimento per i bambini: valutare i dati econometrici dei paesi*, ODI Working Paper 280, Overseas Development Institute
- ³² D. You, T. Wardlow, P. Salama e G. Jones, *op. cit*
- ³³ *Conto alla rovescia verso il 2015 (2008) op. cit* : pagina 19

- ³⁴ *ibid*
- ³⁵ Task force di alto livello sul Finanziamento Innovativo per i Sistemi Sanitari, Gruppo di Lavoro I (2009). *Constraints to Scaling Up and Costs*, Gruppo di Lavoro I RApporto Tecnico:Versione inedita. Accesso effettuato il 20 Agosto su http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce/taskforce_reports
- ³⁶ Il Conto alla Rovescia per il 2015 è un'iniziativa di importanti agenzie internazionali – tra le quali UNICEF, OMS, il Fondo per le Popolazioni delle Nazioni Unite (UNFPA), la Banca Mondiale, la Fondazione Gates, Save the Children e altri – per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile.
- ³⁷ G. Jones et al (2003) *Quante morti di bambini possiamo prevenire quest'anno? The Lancet* 362:9377 pagine 65–71
- ³⁸ UNICEF (2008) *op cit*
- ³⁹ UNICEF (2008) *op cit*
- ⁴⁰ *ibid*
- ⁴¹ Istituto Internazionale per le Scienze della Popolazione (IIPS) e Macro International Inc, Analisi Nazionale Demografica e Sanitaria dell'India 2005-06, Rapporto Finale. Accesso effettuato il 26 Agosto su http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=723&ctry_id=57&srchTp=ctry&flag=sur&cn=India
- ⁴² UNICEF (2008) *op cit*: pagina 120
- ⁴³ Conto alla rovescia verso il 2015 (2008) *op cit*
- ⁴⁴ Istituto Internazionale per le Scienze della Popolazione (IIPS) e Macro International Inc, Analisi Nazionale Demografica e Sanitaria della Nigeria 2003: pagina 164. Accesso effettuato il 26 Agosto su <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR148/11Chapter11.pdf>
- ⁴⁵ *Ibid*: page 130
- ⁴⁶ La Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (2006) *Opportunità per i Neonati dell'Africa*: pagina 15
- ⁴⁷ Conto alla rovescia verso il 2015 (2008) *op cit*
- ⁴⁸ UNICEF (2008) *op cit*
- ⁴⁹ UNICEF (2008) *op cit*: pagina 9
- ⁵⁰ J. E. Lawn, S. Cousens e J. Zupan (2005) *Quattro milioni di morti neonatali: Quando? Dove? Perché?*, *The Lancet* 365:9462: pagine 1147–5
- ⁵¹ *ibid*
- ⁵² R. Black, S. Morris e J. Bryce (2003) *Dove e perché 10 milioni di bambini muoiono ogni anno?*, *The Lancet*, 361:9376: pagina 2230
- ⁵³ UNICEF (2008) *op cit*: pagina 13
- ⁵⁴ Conto alla rovescia verso il 2015 (2008) *op cit*
- ⁵⁵ UNICEF (2007) *Progresso per i Bambini: Un Mondo a misura di bambino*, Rassegna Statistica
- ⁵⁶ UNICEF (2007) *ibid*
- ⁵⁷ S.A. Madhi et al (2008) *Vaccini per prevenire la polmonite e migliorare la sopravvivenza infantile* *Bollettino dell' Organizzazione Mondiale per la Sanità* 86: pagine 365–72 e Organizzazione Mondiale per la Sanità, Iniziativa per la Ricerca sul Vaccino. Accesso effettuato il 19 Agosto su http://www.who.int/vaccine_research/diseases/diarrhoeal/en/index5.html
- ⁵⁸ Consiglio Mondiale per la Sanità, *Mortalità Infantile: Cause di morte*. Accesso effettuato il 3 August 2009 su http://www.globalhealth.org/child_health/child_mortality/
- ⁵⁹ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2009) *op cit*
- ⁶⁰ UNICEF (2007a) *Progresso per i Bambini: Un Mondo a misura di bambino*, Rassegna Statistica
- ⁶¹ UNICEF (2008) *op cit*: pagina 27
- ⁶² K. Deininger e P. Mpuga (2005) *Impatto Economico e Welfare dell'abolizione delle Parcelle per gli Utenti della Sanità: Dati dall'Uganda*, *Rivista delle Economie Africane* 14 (1): pagine 55–91; L. Gilson (1997) *Lezioni dell'esperienza della parcella per gli utenti in Africa*, *Politica Sanitaria e Pianificazione* 12 (4): pagine 273–285; B. McPake (1993) *Addebiti all'utente per i servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo: rassegna della letteratura economica*, *Medicina delle Scienze Sociali* 36 (11): pagine 1397–1405; Save the Children UK; (2005) *Il costo del fronteggiare la malattia*, Briefing su Sudan, Etiopia, Burundi, Tanzania, Ruanda e Uganda; R. Yates (2007) *l'Impatto dell'Abolizione dell'addebito per gli utenti in Africa – Sviluppi recenti in sei paesi Africani*, Dipartimento per lo Sviluppo Umano del Regno Unito, Sviluppo Umano; R. Yates (2009) *'Assistenza Sanitaria Universale ed Eliminazione dell'addebito per gli utenti'*, *The Lancet* 373:9680: pagina 2078-81
- ⁶³ Comunicato G8 (2009) L'Aquila, Italy
- ⁶⁴ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2006) *Rapporto Mondiale sulla Sanità 2006 – lavorare insieme per la salute*
- ⁶⁵ *ibid*: page xvii
- ⁶⁶ Taskforce di alto livello sul Finanziamento Internazionale Innovativo per i Sistemi Sanitari (2009) Gruppo di Lavoro I *op cit*: page 11
- ⁶⁷ Unione Africana, Finanziamenti Sanitari in Africa (2009) *Accesso Universale ai Servizi Sanitari di Qualità: Migliorare la Salute Materna, Neonatale e Infantile*, Quarta Sessione della Conferenza dell'Unione Africana dei Ministri della Salute, Addis Abeba, Etiopia, Maggio 2009. Accesso effettuato il 19 August su [http://www.africaunion.org/root/ua/Conferences/2009/mai/SA/04-08mai/CAMH-EXPI3b\(IV\)%20Health%20Financing%20and%20Development.doc](http://www.africaunion.org/root/ua/Conferences/2009/mai/SA/04-08mai/CAMH-EXPI3b(IV)%20Health%20Financing%20and%20Development.doc)
- ⁶⁸ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2009) *op cit*
- ⁶⁹ Esistono tre livelli di malnutrizione infantile: 1. i bambini cronicamente malnutriti o rachitici sono troppo bassi per la loro età; 2. i bambini esageratamente malnutriti sono troppo magri (il loro peso è troppo basso per la loro età) e 3. un bambino sottopeso che è troppo leggero per la sua età potrebbe essere sia cronicamente che gravemente malnutrito. Tutti e tre i tipi variano per gravità e sono classificati come media, moderata o grave. Esiste inoltre un lato nascosto della malnutrizione: le deficienze di micronutrienti colpiscono miliardi di persone nel mondo con una stima di un terzo dei bambini nei paesi in via di sviluppo che non ha la sola vitamina A.
- ⁷⁰ Nazioni Unite (2009) *The Millennium Development Goals Report 2009*: pagina 12
- ⁷¹ R. Black et al (2008) *l'iponutrizione Materna e Infantile: Esposizione globale e regionale e conseguenze sanitarie*, Documento 1, Serie Iponutrizione Materna e Infantile, *The Lancet*: pagina 5
- ⁷² B. de Benoist, E. McLean, I. Egli e M. Cogswell (a cura di) (2008) *Prevalenza di anemia nel mondo 1993–2005*: OMS I database globale sull'anemia, Organizzazione Mondiale per la Sanità e Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie. Accesso effettuato il 24 Agosto su http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf
- ⁷³ R. Black et al (2008) *op cit*: pagina 5
- ⁷⁴ *ibid*: page 12
- ⁷⁵ *ibid*: page 5

- ⁷⁶ Save the Children UK (2009) *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*
- ⁷⁷ Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (2008) *I prezzi crescenti dell'agricoltura: Cause, conseguenze, Risposte, Policy Brief, Osservatore OSCE*
- ⁷⁸ Nazioni Unite, *The Millennium Development Goals report 2009*, pag 28
- ⁷⁹ A. Evans (2009) *L'alimentazione del Miliardo Nove: Sicurezza Alimentare Globale per il ventunesimo secolo*, Chatham House Report, London
- ⁸⁰ J. Bernard (2008) *L'impatto dei prezzi sulla vita delle famiglie in Burkina Faso*, ricerca inedita, Save the Children UK
- ⁸¹ Save the Children UK (2009) *Quanti altri bambini malnutriti ci sono come conseguenza della crisi del prezzo del cibo? Inedito*
- ⁸² WaterAid (2009) *Negligenza Fatale: in che modo i sistemi sanitari non riescono ad affrontare la mortalità infantile nel suo complesso*
- ⁸³ Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (2006) *Oltre La Scarsità: potere, povertà e la crisi mondiale dell'acqua*, Rapporto sullo sviluppo umano
- ⁸⁴ Water Aid (2009) *op cit*
- ⁸⁵ Save the Children US (2006) *Stato delle Madri nel Mondo 2006, Salvare la Vita di Madri e Neonati*
- ⁸⁶ *ibid*
- ⁸⁷ *ibid*
- ⁸⁸ Population Reference Bureau (2008) *World Population Data Sheet*. Accesso effettuato il 21 Agosto su http://www.prb.org/pdf08/08WVPSD_Eng.pdf
- ⁸⁹ Nazioni Unite (2009) *Rapporto sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 2009*: pagina 28
- ⁹⁰ Macro International Inc (2009) *MEASURE DHS STAT compiler*. Accesso effettuato il 21 Luglio 2009 su <http://www.measuredhs.com>
- ⁹¹ Save the Children UK (2009), *La Salute negli Stati Fragili*, Policy Brief
- ⁹² UNICEF (2008) *op cit*: pagina 117 e Uppsala Universitet, Uppsala Conflict Database. Accesso effettuato il 3 Agosto 2009 su www.pcr.uu.se/database.index.php
- ⁹³ Federazione Internazionale della Croce Rossa e Società del Crescente Rosso (2009) *Rapporto sui Disastri Mondiali: Focus sul Pre Allarme, Prime Azioni*
- ⁹⁴ M. Webster et al (2008) *I costi umanitari dei cambiamenti climatici*, Feinstein International Center
- ⁹⁵ A. Costello et al (2009) 'Gestire gli effetti sanitari dei cambiamenti climatici', *The Lancet*, 373: 9682: pagine 1693–1733. Cfr. Anche Save the Children, *I bambini in un clima mutevole* (di prossima diffusione)
- ⁹⁶ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2003) *Cambiamenti Climatici e Salute Umana*
- ⁹⁷ Gruppo Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici (2007) *Quarto Rapporto di Valutazione: Cambiamenti Climatici 2007: Impatti, Adattamento e Vulnerabilità*
- ⁹⁸ A. Githeko e W. Ndegwa (2001) 'Predire l'epidemia di malaria negli Altipiani del Kenya usando i dati climatici: strumento per chi prende le decisioni' *Global Change Human Health Vol 2:1*, pagine 54–63
- ⁹⁹ B. Obama (2007) *Un impegno a porre fine alle morti da malaria entro il 2015*. Accesso effettuato il 20 Agosto 2009 su http://obama.3cdn.net/c66c9bcf20c49ee2ce_h6ynmvjq8.pdf
- ¹⁰⁰ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2007) *Combattere le malattie derivate dall'acqua a livello familiare*
- ¹⁰¹ Gruppo Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici (IPCC), *Quarto Rapporto di Valutazione Cambiamenti Climatici 2007: Impatti, Adattamento e Vulnerabilità*
- ¹⁰² *ibid*
- ¹⁰³ *ibid*
- ¹⁰⁴ *ibid*
- ¹⁰⁵ A. Costello et al (2009) *op cit*: pagine 1693–1733
- ¹⁰⁶ IPPC, *Cambiamenti Climatici 2001 Rapporto di Sintesi: Riassunto per Decisionisti*, Wembley UK
- ¹⁰⁷ Banca Mondiale (2009) *Nuotare contro corrente: In che modo i paesi in via di sviluppo stanno affrontando la crisi globale*
- ¹⁰⁸ J. Hicks e G. Allen (1999) *un secolo di cambiamenti: Tendenze nelle statistiche del Regno Unito dal 1900, Documento di Ricerca della Camera dei Comuni 99/1111; Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (1999) Risultati raggiunti nella Sanità Pubblica, 1900-1999: Madri e Bambini più Sani, Morbilità e Mortalità Rapporto Settimanale 48(38); pagine 849-58; UNICEF (2008) op cit: pagina 121*
- ¹⁰⁹ *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978* Accessed 27 August 2009 at http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- ¹¹⁰ R. Jolly (ed) (2001) *Jim Grant: UNICEF visionary*, UNICEF Innocenti Research Centre
- ¹¹¹ UNICEF(2008) *op cit*: p pagina 32
- ¹¹² UNICEF(2007) *op cit*: pagina 1
- ¹¹³ UNICEF (2008) *op cit*: pagine 4 and 9
- ¹¹⁴ Questi comprendono i seguenti documenti e le serie specializzate di Lancet: Serie Sopravvivenza Infantile *Bellagio Child Survival Series* (2003), *Mortalità Neonatale Newborn Mortality* (2005), *Sopravvivenza Materna e Salute Sessuale Riproduttiva Maternal Survival and Sexual Reproductive Health* (2006), *Questioni più Ampie dello Sviluppo Infantile nei Paesi in Via di Sviluppo Broader Issues of Child Development in Developing Countries* (2007); *Sistemi Sanitari ed "Erogazione per le Donne" Health Systems and "Women Deliver"* (2009); *Salute e Nutrizione Materna e Infantile Maternal and Child Health and Nutrition* (2008).
- ¹¹⁵ La Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (2008) *Leadership di Successo: Azione del Paese per la Salute Materna Neonatale e Infantile*
- ¹¹⁶ BASICS II, The MOST Project, e USAID (2004) *Studio della Casistica di Sopravvivenza Infantile in Nepal: Rapporto Tecnico*, Pubblicato dal Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) per l'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale. Arlington, Virginia; The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (2008) *op cit*
- ¹¹⁷ K. McNay, R. Keith e A. Penrose (2004) *Bucking the Trend: How Sri Lanka has achieved good health at low cost – challenges and policy lessons for the 21st century*, Save the Children UK
- ¹¹⁸ J. Sachs (2008) *Ricchezza Comune: Economia per un Pianeta Affollato*, London: Allen Lane
- ¹¹⁹ J. Dreze e A. Sen (2002) *India: Sviluppo e Partecipazione*, Oxford: Oxford University Press

¹²⁰ E. Arnold e J. Larsen (2006) *Acqua imbottigliata: Versare risorse nello Scarico*, Aggiornamenti Ecologici-Economici, Istituto per la Polirica della Terra. Secondo questo rapporto vengono spesi 100 dollari l'anno per l'acqua in bottiglia. Accesso effettuato il 21 Agosto su <http://www.earth-policy.org/Updates/2006/Update51.htm>

¹²¹ Dipartimento delle Nazioni Unite per gli Affari Sociali ed Economici (2009) *Prospettive della Popolazione Mondiale*, Revisione 2008

¹²² J. Sachs (2008) *op cit*: pagina 174

¹²³ *ibid*

¹²⁴ Programma Alimentare Mondiale e UNICEF (2006) *Quadro Globale di Azione, iniziativa per porre fine alla Fame tra i Bambini e all'Iponutrizione*, Dicembre 2006

¹²⁵ Uno studio del Programma Alimentare Mondiale/Commissione per l'America Latina e i Caraibi ha rilevato che, soltanto nel 2004, il costo medio dell'iponutrizione infantile per la regione era l'equivalente del 6,4% del PIL.

¹²⁶ UN Millennium Project (2005) *op cit*

¹²⁷ Taskforce di Alto Livello sui Finanziamenti Internazionali Innovativi per I Sistemi Sanitari, Gruppo di Lavoro I (2009) *op cit*: pagina 59

¹²⁸ D. E. Bloom e J. G. Williamson (1998) *Transizioni Demografiche e Miracoli nell'Asia Emergente*, Rassegna Economica Banca Mondiale 12(3): pagine 419–55

¹²⁹ E. Anderson e S. Hague (2007) *op cit*

¹³⁰ R. Gottschalk, P. Martins e S. Hague (2008) *Crescita Pro-Poveri: La realtà al di là del reddito*, documento presentato alla Conferenza del Consiglio Economico e di Ricerca Sociale per lo Sviluppo dell'Economia, 17-18 Settembre 2008

¹³¹ Le stime sulla mortalità infantile sono tratte dallo "Stato dei bambini del mondo 2009" dell'UNICEF. I tassi di crescita economica sono una stima relativa al periodo 2005-2009 e sono stati forniti Development Economic Prospect Group della Banca Mondiale. I 20 paesi presi in considerazione sono Angola, Egitto, Azerbaijan, Bangladesh, Capo Verde, Cina, Etiopia, Gambia, Guyana, India, Lao PDR, Malawi, Panama, Perù, Ruanda, Repubblica Slovacca, Sudan, Tanzania, Uganda e Uzbekistan.

¹³² UNICEF (2008) *op cit*

¹³³ La Taskforce ha condotto una valutazione dettagliata del livello di finanziamento richiesto per raggiungere questi traguardi e ha fatto altre raccomandazioni. Mentre hanno affrontato il divario dei 49 paesi a basso reddito, in quanto opposti ai 68 paesi del Conto alla rovescia, il lavoro della Taskforce costituisce attualmente la fonte più autorevole disponibile rispetto alle esigenze di risorse per gli OSM 4 e 5 e gli interventi necessari per portare questi risultati nei paesi poveri. Tuttavia, poiché l'India e la Cina sono escluse da questi calcoli, le raccomandazioni principali certamente danno una stima inferiore delle ulteriori risorse necessarie per raggiungere gli OSM 4 e 5 a livello globale. Inoltre i calcoli della Taskforce fanno un'ipotesi su quante delle risorse addizionali per la salute e gli interventi collegati verranno dai singoli (spese non rimborsabili) in contrapposizione a donatori, governi locali o nazionali o altre fonti. Rilevano che, in totale, i paesi a basso reddito spendono attualmente appena 25 dollari a persona per la salute. Il crollo di questa spesa totale pro capite segue questa tendenza generale: i donatori e i governi nazionali contribuiscono con 12 dollari a persona e i restanti 13 vengono dati privatamente. Sappiamo inoltre che oltre il 75% della spesa privata non è rimborsabile e il restante 25% è coperto dall'assicurazione medica. La Taskforce afferma che i singoli individui continueranno a

portare grandi contributi alla salute e ai relativi costi, e rileva che la spesa non rimborsabile è "il modo più iniquo di finanziare i sistemi sanitari perché colpisce i poveri, vulnerabili ed emarginati in modo sbilanciato. Impedisce a molti di cercare o proseguire le cure e porta a gravi problemi finanziari e addirittura all'impoverimento per quelli che usano questi servizi. Per questo i sistemi sanitari necessitano di meccanismi di finanziamento strutturati, prevedibili, sostenibili che contengano i rischi e forniscano protezione sociale."

¹³⁴ Taskforce di Alto Livello sui Finanziamenti Internazionali Innovativi per I Sistemi Sanitari (2009) Gruppo di Lavoro 2: *Constraints to Scaling Up and Costs*, Gruppo di Lavoro 2 Rapporto Tecnico: pagina 10

¹³⁵ *ibid*: pagina 57

¹³⁶ Organizzazione Mondiale per la Sanità (2006) *op cit*

¹³⁷ Ricerca sintetizzata da Save the Children UK (2009) *Benefici Duraturi: Il ruolo del trasferimento di denaro nel fronteggiare la mortalità infantile*

LA NUOVA SFIDA: DIRE BASTA ALLA MORTALITÀ INFANTILE.

“Questo rapporto di Save the Children mette in luce i traguardi raggiunti e le sfide per assicurare la vita dei bambini al di sotto dei 5 anni. Questa pubblicazione coincide con il lancio della campagna mondiale dell'Organizzazione volta a ridurre la mortalità infantile e neonatale e vuole ricordare ai leader mondiali che devono tener fede ai loro impegni relativi al conseguimento del quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio. La morte di bambini così piccoli per cause facilmente prevenibili è una triste realtà, specie nei paesi in via di sviluppo, mentre i governi continuano a spendere somme enormi in armi di distruzione di massa. Dobbiamo agire ora per il bene dei nostri bambini, sono il nostro futuro. Ogni bambino ha il diritto a vivere”.

Arcivescovo Desmond Tutu, *Premio Nobel per la pace 1984*

“È scioccante e vergognoso che quasi 9 milioni di bambini all'anno nel mondo muoiano prima di aver compiuto 5 anni, quando ci sono soluzioni efficaci ed economiche che consentirebbero loro di vivere e crescere.

Il mondo intero è in cammino per raggiungere il quarto e quinto Obiettivo del Millennio volto a ridurre la mortalità materna ed infantile, e questo rapporto dovrebbe servire a scuotere i governi e tutti gli altri stakeholders ed indurli ad un intervento immediato.”

Dott. Gro Harlem Brundtland, *ex Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ex primo Ministro della Norvegia e membro degli Elders*

“Save the Children è in prima linea nello sforzo di mobilitazione per fermare questi livelli terribili ed inaccettabili di mortalità infantile e neonatale nei paesi più poveri del mondo. Questo rapporto sarà un strumento concreto nella lotta per migliorare la salute di donne, neonati e bambini, poiché spiega chiaramente i bisogni, supportandoli con dati, identifica lucidamente le priorità, propone argomentazioni esaustive per capire come agire immediatamente sia essenziale”

Ann M. Starrs, *Co-Presidente della Partnership Globale per la Salute Materno-Infantile*

“Questo lavoro di Save the Children è veramente eccellente. Evidenzia la dimensione globale della mortalità infantile e le linee guida per salvare le vite dei bambini, ma mette in evidenza anche problemi come la disuguaglianza sociale e la necessità di dare maggiore potere alle donne. Tutti dovrebbero leggerlo.”

Rageh Omaar, *giornalista e scrittore*