



MONDI DISPARI

RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE PER COMBATTERE LA MORTALITÀ INFANTILE



Save the Children
Italia ONLUS

*“A quel bambino conosciuto in Etiopia che mi ha ispirato
nella stesura del rapporto e che resterà per sempre bambino”.*

Marina Adrianopoli

Rapporto a cura di Marina Adrianopoli

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

Si ringraziano: il Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione
allo Sviluppo, per le informazioni fornite, e il Vice Direttore Generale per la Salute
della Famiglia delle Donne e dei Bambini presso l'Organizzazione Mondiale
della Sanità, Flavia Bustreo, per la prefazione al rapporto.

Grafica:

Mauro Fanti - InFabbrica - Gruppo Comunicazione e Marketing

Stampa:

Arti Grafiche Agostini

Pubblicato da:

*Save the Children Italia Onlus
settembre 2013*



Save the Children

Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus

Via Volturmo 58 - 00185 Roma

tel +39 06 4807001

fax +39 06 48070039

info@savethechildren.it

Indice

PREFAZIONE	2
NUMERI	3
SINTESI	4
1. OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO 4 e 5. DISUGUAGLIANZA E POVERTÀ	8
1.a Obiettivi di Sviluppo del Millennio: prospettiva globale e divario tra regioni	10
1.b Disuguaglianza tra paesi. Implicazioni per la salute materno-infantile	12
<i>Decessi neonatali e disuguaglianza tra paesi</i>	14
<i>Mortalità materna e disuguaglianza tra paesi</i>	16
<i>Nutrizione materno-infantile e disuguaglianze tra paesi</i>	18
<i>Copertura sanitaria universale: un obiettivo importante</i>	20
1.c Disuguaglianze all'interno dei paesi. Implicazioni per la salute materno-infantile	21
<i>Istruzione scolastica</i>	22
<i>Il reddito</i>	23
<i>Nesso tra PIL e mortalità infantile</i>	25
<i>Il contesto geografico: differenze tra zone urbane e rurali</i>	26
<i>Disuguaglianze urbane</i>	27
2. AFFRONTARE LE DISUGUAGLIANZE: NESSUNO RESTI INDIETRO	30
2.a La responsabilità e il ruolo degli Stati	31
2.b Investire sui sistemi sanitari nazionali	32
2.c Lavorare nelle e con le comunità	33
2.d Ridefinire il target per accelerare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5	37
2.e Le iniziative globali e l'impegno dell'Italia	38
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	42
INDICE DELLE TABELLE	44
INDICE DELLE FIGURE	44
BIBLIOGRAFIA	45

Prefazione

L'equità nella salute materno-infantile è oggi riconosciuta come un elemento cruciale sul quale agire per ridurre drasticamente i decessi dei bambini al di sotto dei cinque anni e delle loro madri.

Aver definito gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ha segnato l'inizio di un processo universale importantissimo e senza precedenti per contrastare la povertà, l'analfabetismo, la fame e le malattie. Molto è stato fatto, ma gravi diseguaglianze nella salute persistono.

Il rapporto di Save the Children offre un importante contributo nell'evidenziare come le disuguaglianze sociali, economiche, demografiche e geografiche incidano fortemente sulla salute materna, neonatale e infantile, provocando ogni anno milioni di morti inaccettabili.

La salute della popolazione e la tutela delle categorie più vulnerabili è una responsabilità che ricade in primis sui governi nazionali. Questi hanno il dovere di rimuovere tutte le barriere di accesso a cure, assistenza, istruzione e alimentazione e garantire universalmente a tutta la popolazione copertura sanitaria e accesso ai servizi essenziali. È pertanto necessario che i governi si adoperino per una più efficace e tempestiva pianificazione socio-sanitaria e realizzino politiche ed interventi volti a sostenere e a raggiungere i più poveri e i più vulnerabili: madri, neonati e bambini.

Attraverso la campagna Every One, Save the Children contribuisce concretamente al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio numero 4 e 5 intervenendo per combattere la mortalità materna e infantile.

Con questa pubblicazione Save the Children evidenzia il ruolo indispensabile del lavoro nelle comunità dove è quotidianamente impegnata al fianco degli operatori sanitari locali per fornire assistenza e cure a tutte le madri e a tutti i bambini, sensibilizzando sui temi della salute materno-infantile, formando personale sanitario e, soprattutto, avendo cura di raggiungere i più vulnerabili, anche nelle aree geograficamente più remote.

All'Organizzazione Mondiale della Sanità lavoriamo volentieri con Save the Children nell'impegno comune a stimolare la comunità internazionale a mantenere le promesse fatte con la formulazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e gli impegni presi a livello globale. I termini per il raggiungimento di tali obiettivi stanno per scadere ed è indispensabile agire con urgenza per accelerarne i progressi e per cogliere la grande opportunità di definire una nuova agenda internazionale di sviluppo in grado di sconfiggere finalmente la povertà estrema e di non lasciare nessuno indietro.

Affrontare i principali determinanti socio-economici della salute materno-infantile è davvero improrogabile e consentire un accesso equo e universale alle cure e all'assistenza sanitaria è per noi tutti una priorità.



Flavia Bustreo

*Vice Direttore Generale per la Salute della Famiglia delle Donne e dei Bambini
presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità*

Numeri

- **6,6** milioni di bambini muoiono ancora ogni anno nel mondo, **1** milione nel primo giorno di vita.
- **26** sono i paesi in cui si concentra l'80% delle morti infantili¹ e sono tutti in Asia Meridionale e Africa Subsahariana.
- **5** sono i paesi in cui si concentra il 50% delle morti infantili e sono tutti in Asia Meridionale e Africa Subsahariana.
- **15** volte più alto è il tasso di mortalità materna² nei paesi in via di sviluppo rispetto ai paesi sviluppati.
- **15** volte più alta è la probabilità di non sopravvivere che minaccia i bambini sotto i 5 anni in Africa Subsahariana, rispetto ad un bambino nato in un paese ad alto reddito.
- **44%** delle morti infantili avviene nel periodo neonatale³ di cui il 40% in tre paesi: India, Nigeria e Pakistan.
- Oltre **3** milioni di bambini muoiono oggi per malnutrizione, pari a oltre il 45% di tutte le morti infantili che si verificano ogni anno nel mondo.
- **162** milioni di bambini in tutto il mondo soffrono di malnutrizione cronica, il 97% vive in paesi in via di sviluppo.
- **82** sono i bambini che muoiono ogni 1.000 nati, nei paesi a basso reddito, solo 6 nei paesi ad alto reddito.
- In Norvegia c'è in media un medico ogni 53 pazienti e nel Regno Unito 1 ogni 77; in Guinea e in Niger ci sono rispettivamente **1** medico ogni **7.143** e **6.667** pazienti.
- **779.000** neonati muoiono ogni anno in India durante i primi 28 giorni di vita, mentre circa 100 ne muoiono in Finlandia.
- **287.000** morti materne si verificano ogni anno nel mondo, di cui 2.200 avvengono nei paesi sviluppati e il resto, oltre 284.000, nei paesi in via di sviluppo.
- Con il solo allattamento al seno si potrebbero salvare **600.000** bambini ogni anno.
- In alcuni dei paesi in cui lavora Save the Children Italia con progetti di salute materno-infantile (Etiopia, India, Pakistan, Nepal e Uganda), l'assistenza al parto in aree rurali viene fornita approssimativamente alla metà delle donne che vivono in zone urbane mentre solo il **40%** delle donne effettua visite prenatali.
- **161** sono le probabilità di morire (in media) sotto i 5 anni, per 1.000 bambini nati vivi da madri con un basso livello di istruzione, negli 8 paesi in cui Save the Children Italia ha portato avanti progetti di salute materno-infantile dal 2009 ad oggi⁴. Queste probabilità si riducono a 61 (in media) per i bambini nati da madri con un alto livello di istruzione.

¹ Per morti infantili si intendono quelle che riguardano i bambini sotto i 5 anni.

² L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il tasso di mortalità materna (Maternal Mortality Ratio - MMR) come il numero di donne che muoiono ogni anno, su 100.000 bambini nati vivi, per cause legate o aggravate dalla gravidanza (escluse cause accidentali). Il tasso di mortalità materna include le morti durante la gravidanza, il parto, o quelle che avvengono entro i 42 giorni dalla fine della gravidanza indipendentemente dalla durata, calcolate in uno specifico anno.

³ I primi 28 giorni di vita del bambino.

⁴ Egitto, Etiopia, Uganda, Malawi, Mozambico, Pakistan, India e Nepal.

Sintesi

Il numero di decessi infantili è diminuito in tutto il mondo dai 12,6 milioni stimati nel 1990 ai 6,6 milioni del 2012⁵. L'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 4, che prevede la riduzione della mortalità infantile di due terzi entro il 2015, verrà raggiunto in molte aree del mondo coinvolte nel processo di sviluppo come l'Asia Orientale, il Nord Africa e l'America Latina⁶. Purtroppo non è così ovunque. Ancora oggi 1 bambino su 10 in Africa Subsahariana e 1 bambino su 17 in Asia Meridionale muoiono prima di aver compiuto i 5 anni di età. Anche la mortalità materna è diminuita, da 543.000 casi nel 1990 a circa 287.000 decessi stimati nel 2010, ma tra questi, la quasi totalità (284.000) si verifica in paesi in via di sviluppo. La mortalità si è dunque dimezzata ma non ovunque e non per tutti. Il divario tra le regioni, tra i paesi e le popolazioni è aumentato e le disuguaglianze pesano enormemente sulla salute materno-infantile, mettendo a rischio la vita di milioni di bambini e donne ogni anno.

Nel 2009 Save the Children ha lanciato **Every One**, la campagna globale per dire basta alla mortalità infantile e contribuire concretamente al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) 4 e 5. *Every One*, perché *ciascuno di noi* può fare qualcosa per salvare la vita di un bambino; *Every One* perché *ciascun bambino* ha il diritto ad essere salvato, e a vivere e crescere, in qualsiasi posto sia nato.

Dal 2009 ad oggi Save the Children Italia ha realizzato progetti di salute materno-infantile in 8 paesi nel mondo: Egitto, Etiopia, India, Malawi, Mozambico, Nepal, Pakistan e Uganda⁷.

L'equità nella salute è definita come "l'assenza di ingiuste, evitabili o rimediabili disuguaglianze nella salute tra i gruppi di popolazione in base a fattori sociali, economici, demografici o geografici"⁸. E queste ingiuste disparità continuano ad esistere sia a livello globale che tra gruppi di popolazione. **La disuguaglianza nella salute materna, neonatale e infantile è in crescita**: il tasso di mortalità materna (*Maternal Mortality Ratio - MMR*) è l'indicatore che registra il livello più alto di disuguaglianza tra tutti gli indicatori di salute misurati a livello globale. Nei paesi in via di sviluppo il MMR è 15 volte più alto rispetto ai paesi sviluppati. Questi dati suggeriscono che il maggior utilizzo dei servizi sanitari per le donne e i bambini registrato negli ultimi anni non ha portato ad una riduzione proporzionale, progressiva ed equamente distribuita della mortalità materna e neonatale⁹. A conferma di ciò, si rileva che sul totale di decessi infantili (sotto i 5 anni) la proporzione di morti neonatali (nei primi 28 giorni di vita) è aumentata. Oggi oltre 3 milioni di neonati muoiono durante il loro primo mese di vita.

I livelli più alti di mortalità infantile si concentrano in due sole regioni al mondo: Africa Subsahariana e Asia Meridionale. L'80% delle morti infantili avviene in queste due regioni con picchi altissimi in India (22%) e Nigeria (13%). Il tasso più alto di mortalità infantile (numero di decessi per 1.000 nati vivi) si registra proprio nella regione dell'Africa Subsahariana (98) e in Asia Meridionale (58). In particolare, i 5 paesi con il tasso di mortalità più alto al mondo sono: Sierra Leone (182), Somalia (147), Chad (150), Repubblica Democratica

⁵ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

⁶ Regioni che hanno riportato un tasso di riduzione della mortalità di oltre il 50% nell'ultimo ventennio (in particolare l'Asia Orientale e il Nord Africa, con un calo rispettivamente del 70% e 68%, hanno già raggiunto l'OSM 4. A seguire l'America Latina con il 64% (UN-IGME; *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2012*).

⁷ Nel 2013 Save the Children Italia finanzia progetti di salute materno-infantile in 7 paesi: Etiopia, Egitto, Uganda, Malawi, Mozambico, India e Nepal.

⁸ WHO Equity Team working definition. International Society for Equity in Health (ISEqH definition).

⁹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la mortalità neonatale come il numero delle morti dei bambini durante i loro primi 28 giorni di vita, su 1000 nati vivi in un dato anno (o in un altro periodo di tempo).

del Congo (146) e Guinea Bissau (129), mentre l'India registra un tasso pari a 56 e la Nigeria a 124¹⁰. In queste stesse aree geografiche si verifica la quasi totalità delle morti materne dovute a cause direttamente legate alla gravidanza e al parto. Contemporaneamente si osserva che proprio in questi paesi risiede quasi l'80% di tutte le persone al mondo che vive al di sotto della soglia di povertà estrema (1,25 dollari al giorno) e che questi stessi paesi sono agli ultimi posti della classifica dell'Indice di Sviluppo Umano. Non sono coincidenze. La povertà incide sulla salute soprattutto dei gruppi più vulnerabili come donne e bambini. Ma **la povertà non può essere sconfitta se non si affrontano le questioni legate alle disuguaglianze socio-economiche** che hanno a loro volta un impatto devastante sulla salute delle madri, dei neonati e dei bambini di oggi, e sulle prossime generazioni.

Ci sono dei fattori che più di altri determinano lo stato di salute di una popolazione all'interno dei paesi. I livelli di istruzione materna, il reddito e l'ambiente in cui si vive sono forti determinanti della salute, incidono profondamente sulle prevalenze di mortalità infantile all'interno dei paesi e creano divari enormi tra i diversi gruppi di popolazione. In particolare nei paesi in cui Save the Children Italia lavora per migliorare le condizioni di salute materno-infantile, dove persistono profonde disuguaglianze sociali, i bambini che vivono in condizioni sociali, culturali ed economiche più svantaggiate hanno quasi sempre il doppio delle probabilità di non sopravvivere rispetto a quelli che vivono in condizioni migliori. Confrontando i tre determinanti (reddito, istruzione e ambiente), emerge che **le disuguaglianze più alte si riscontrano tra diversi livelli di istruzione**: i bambini nati da madri con un basso livello di scolarizzazione hanno ben oltre il doppio di probabilità di morte in 5 paesi su 8. Negli ultimi anni si è osservato un progressivo e costante aumento del PIL in questi 8 paesi, ma tale crescita economica non sembra essersi trasformata in un elemento di traino significativo per la riduzione della mortalità infantile, suggerendo la presenza di altri fattori che hanno maggior influenza sulla salute dei bambini.

Il contesto geografico, quando crea **barriere all'accesso ad assistenza e cure, è un'ulteriore fonte di iniquità**. Il tasso di mortalità materna è decisamente più alto nelle zone rurali dell'Africa Subsahariana, rispetto alle zone urbane, e ciò è in gran parte attribuibile all'accesso limitato all'assistenza e alle cure ostetriche, in combinazione con fattori socio-culturali. Ciò avviene anche in diversi paesi in cui Save the Children Italia lavora con i programmi di salute materno-infantile dove l'assistenza al parto in aree urbane viene fornita approssimativamente al doppio delle donne che invece vivono in zone rurali, e il divario è decisamente maggiore in Etiopia, dove si registra solo il 5% di donne assistite nelle aree rurali contro il 52% nelle aree urbane¹¹. Grandi sfide si pongono anche a livello urbano, dove i livelli di povertà, sovraffollamento, scarsa igiene e carenza di strutture, concorrono ad esacerbare le già precarie condizioni di salute dei più vulnerabili. Ad esempio in India circa il 26% della popolazione urbana vive al di sotto della soglia di povertà e ciò compromette l'accesso ai servizi di base, all'istruzione e alla sanità.

Affrontare le disuguaglianze perché nessuno resti indietro è doveroso! Gli Stati sono i principali responsabili della salute della popolazione e hanno un ruolo assolutamente centrale nel processo di sviluppo e di raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Il ruolo dei governi è quello di raccogliere la sfida e investire sui sistemi sanitari nazionali con un obiettivo chiaro: **la copertura sanitaria universale** (*Universal Health Coverage - UHC*).

Save the Children individua una combinazione di elementi strategici e principi su cui dovrebbero incentrarsi i sistemi sanitari per **garantire la copertura sanitaria universale** quali: l'assunzione di responsabilità da parte delle autorità sanitarie per governare e dare una direzione all'intero settore e gestire sfide e problemi futuri; la

¹⁰ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

¹¹ Demographic and Health Surveys (DHS). Sul web: http://www.who.int/gho/health_equity/countries/en/index.html.

definizione di solidi meccanismi di finanziamento per garantire le cure mediche; la disponibilità di personale medico adeguatamente formato e retribuito, la predisposizione di un sistema di monitoraggio per consentire scelte politiche informate e la presenza di strutture sanitarie di base per fornire assistenza medica di qualità su tutto il territorio.

Lavorare nelle comunità, anche le più remote, raggiungere tutti, in particolare chi vive in zone isolate e non ha accesso a cure e assistenza è una delle strategie più efficaci per abbattere le disuguaglianze e migliorare le condizioni di salute soprattutto delle popolazioni più povere. Coinvolgere le comunità adottando approcci partecipativi, sensibilizzarle sui temi della salute materno-infantile, sulla salute riproduttiva e sul ruolo della donna facilita inoltre l'abbattimento di barriere di genere.

Oggi come ieri, i più colpiti dal fenomeno della mortalità materno-infantile sono i gruppi di popolazione più vulnerabili e i più poveri. È su di loro che si devono esplicitamente concentrare gli sforzi per accelerare i progressi fino al 2015 e oltre. La lotta alla povertà e alle disuguaglianze sociali, economiche, di genere e culturali, deve essere al cuore del processo di sviluppo.

Con l'adozione della Dichiarazione del Millennio, la comunità internazionale ha assunto dei chiari impegni per combattere la povertà e promuovere lo sviluppo. Dal 2000 in avanti numerose sono state le iniziative adottate a sostegno della salute materno-infantile, tra queste: la *Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health*, durante il summit G8 in Canada nel 2010, la *Every Woman Every Child* lanciata nello stesso anno dal Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon, la strategia *A Promise Renewed* proposta nel 2012 e la *New Alliance for Food Security and Nutrition* adottata durante il G8 di Camp David nel 2012. Anche l'Italia ha aderito a queste iniziative, impegnandosi quindi a sostenere gli sforzi della comunità internazionale per migliorare la salute materno-infantile.



1. OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO 4 E 5. DISUGUAGLIANZA E POVERTÀ

Negli ultimi venti anni sono stati compiuti enormi progressi su scala mondiale verso il miglioramento della salute materno-infantile e la lotta alla mortalità. Nel 1990, 12,6 milioni di bambini sotto i 5 anni morivano ogni anno per cause prevenibili e curabili, ma da allora questi numeri sono quasi dimezzati. Eppure, nonostante i successi ottenuti, ancora oggi **6,6 milioni di bambini muoiono ogni anno**. L'80% di queste morti si concentra in soli 26 paesi, tutti in Asia Meridionale e Africa Subsahariana.

Nel quadro complessivo delle cause della mortalità materno-infantile, lo spettro della povertà e delle disuguaglianze è costantemente presente, contribuisce a peggiorare le condizioni di salute e genera forti iniquità nell'accesso ai servizi sanitari con impatti molto negativi sulla salute di madri e bambini. Si stima che circa **1 miliardo e 215 mila** persone vivano con poco più di un dollaro al giorno. Tra loro il 48% vive in Africa Subsahariana, il 31% in Asia Meridionale e appena lo 0,07% in Europa.

L'equità nella salute è definita come **"l'assenza di ingiuste, evitabili o rimediabili disuguaglianze nella salute tra i gruppi di popolazione definiti in base a fattori sociali, economici, demografici o geografici"**¹². Ma oggi oltre un miliardo di persone in tutto il mondo non ha accesso all'assistenza sanitaria di cui ha bisogno e le disuguaglianze relative alla salute stanno crescendo sia tra paesi sia all'interno di essi.

Anche la mortalità materna si concentra in pochissimi paesi. Ogni anno muoiono circa **287.000 donne per cause riconducibili alla gravidanza e al parto**; 2.200 di queste morti avvengono nei paesi sviluppati e le restanti 284.000 nei paesi in via di sviluppo. Se durante la gravidanza e il parto, una donna non può permettersi un'adeguata assistenza, ha un accesso limitato alle cure e alle informazioni più corrette su come curarsi, non è assistita da operatori sanitari specializzati e presenti nella sua comunità, va incontro a rischi altissimi per la sua salute e quella del nascituro.

Nel 2009 Save the Children ha lanciato **Every One**, la campagna globale per dire basta alla mortalità infantile e contribuire concretamente al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) 4 e 5. *Every One*, perché *ciascuno di noi* può fare qualcosa per salvare la vita di un bambino; *Every One* perché *ciascun bambino* ha il diritto ad essere salvato, e a vivere e crescere, in qualsiasi posto sia nato.

Save the Children realizza programmi di salute e nutrizione materno-infantile in 47 paesi nel mondo con l'obiettivo di raggiungere ogni anno 50 milioni di bambini e donne in età riproduttiva entro il 2015 e mette in atto azioni di *advocacy* e pressione sui governi, affinché mantengano gli impegni presi e intensifichino gli sforzi a sostegno della salute materno-infantile, anche assicurando lo stanziamento di risorse finanziarie adeguate.

Dal 2009 ad oggi Save the Children Italia ha finanziato progetti in 8 paesi (Egitto, Etiopia, India, Malawi, Mozambico, Nepal, Pakistan e Uganda) portando avanti interventi per migliorare la salute di mamme e bambini.

In questo capitolo vengono presentati i progressi più significativi compiuti verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio numero 4 e 5 e il divario che invece aumenta tra le regioni, all'interno dei paesi e tra le popolazioni. Il capitolo intende anche proporre un'analisi sull'impatto delle disuguaglianze sociali ed economiche sulla salute materno-infantile, sia in una prospettiva tra paesi, in cui giocano un ruolo determinante la povertà e la scarsa copertura offerta dai sistemi sanitari nazionali, sia in una prospettiva interna ai paesi e alle aree urbane, in cui il livello di istruzione e di reddito e il contesto ambientale determinano in maniera decisiva lo stato di salute e le probabilità di sopravvivenza di madri e figli.

¹² WHO Equity Team working definition. ISEqH definition.

1.a Obiettivi di Sviluppo del Millennio: prospettiva globale e divario tra regioni

Nel 1990 circa 12,6 milioni di bambini sotto i 5 anni morivano per cause prevenibili e curabili. A fronte di questi dati impressionanti, la riduzione di due terzi della mortalità infantile e di tre quarti di quella materna furono posti come traguardi prioritari insieme alla lotta contro la fame, la povertà, le malattie e l'analfabetismo, e furono quindi inclusi tra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio che gli Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere entro il 2015.

A livello globale, i progressi compiuti da allora verso il raggiungimento degli OSM 4 e 5¹³ sono stati notevoli. L'aver riconosciuto la mortalità materna e infantile come una delle sfide prioritarie del millennio, ha permesso di raggiungere risultati molto incoraggianti verso questo traguardo. I numeri però restano drammatici.

Sebbene in calo, ancora oggi 6,6 milioni di bambini muoiono ogni anno per cause prevenibili o curabili.

Negli ultimi due decenni, complessivamente, il tasso globale di **mortalità infantile** è diminuito del 47%¹⁴, e il numero di decessi è sceso dai 12,6 milioni annuali stimati nel 1990 ai **6,6 milioni del 2012**¹⁵.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore chiave per definire lo stato di salute della popolazione e offre nel contempo elementi interpretativi rilevanti sia sullo sviluppo sociale ed economico di un paese sia sulle disuguaglianze che intercorrono tra paesi e all'interno di essi.

L'OSM 4 verrà raggiunto entro il 2015 in molte aree del mondo coinvolte nel processo di sviluppo. In particolare, l'Asia Orientale e il Nord Africa hanno riportato un tasso di riduzione del 74 e 69%, rispettivamente, raggiungendo così l'OSM 4. Anche in America Latina si sono ottenuti grandi risultati: in questa regione la mortalità infantile ha subito un declino del 65%¹⁶.

Non è così ovunque. **La mortalità infantile non è diminuita uniformemente ed equamente** in tutti i paesi e per tutte le popolazioni. Circa **l'80% delle morti infantili si concentra in 26 paesi**, tutti localizzati in **Africa Subsahariana e Asia Meridionale**. Concentrazione che svela la criticità del divario sociale ed economico di queste aree rispetto al resto del mondo. È proprio in queste due regioni che si registra il livello **di povertà assoluta più alto al mondo con un numero enorme di persone che vivono con meno di 1,25 dollari al giorno** (vedi tabella 1).

Anche la **mortalità materna** è diminuita negli ultimi due decenni, da 543.000 casi nel 1990 a **circa 287.000 decessi stimati nel 2010**, sebbene il tasso di declino sia appena la metà di quello che sarebbe necessario per raggiungere l'obiettivo di ridurre la mortalità materna di tre quarti entro il 2015¹⁷.

Oltre la metà di queste morti premature sono causate da **condizioni che potrebbero essere prevenute o curate assicurando a tutti l'accesso a cure mediche a basso costo e semplici terapie**¹⁸. A livello globale, le cause principali di morte tra i bambini sotto i 5 anni sono: polmonite (17%), complicazioni legate al parto prematuro (15%) e complicazioni durante il parto (10%), diarrea (9%) e malaria (7%)¹⁹. In più esistono fattori che concorrono a indebolire le difese immunitarie e aumentare il rischio di morte: la malnutrizione è la più

¹³ Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 4: Ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni; Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 5: 5a) ridurre di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna, 5b) rendere possibile, entro il 2015, l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva.

¹⁴ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

¹⁵ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report* 2013.

¹⁶ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ WHO (2012) Children: reducing mortality. Fact sheet N°178 September 2012 - Sul web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>

¹⁹ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

subdola e pericolosa tra questi e il suo impatto è devastante. La malnutrizione, in ogni sua forma, è concausa della morte di oltre 3 milioni di bambini, ossia almeno il 45% di tutte le morti infantili che si verificano ogni anno nel mondo (oltre 3 milioni sui 6,6 milioni di morti nel 2012)²⁰.



Lotta alla malaria

Ogni giorno la malaria uccide un bambino al minuto. La malaria è una malattia infettiva prevenibile e curabile, trasmessa dalle zanzare, che uccide 219 milioni di persone ogni anno, la maggior parte delle quali in Africa Subsahariana, dove è la principale causa di morte per i bambini sotto i 5 anni²¹. Per Save the Children la lotta alla malaria costituisce una delle priorità nei progetti di salute materno-infantile, per questo oltre alla distribuzione delle zanzariere nelle strutture sanitarie, come metodo di prevenzione efficace, gli operatori sanitari sono formati da Save the Children per riconoscere i sintomi della malattia e curarli.

Alcune semplici soluzioni adottate da Save the Children:

- Formazione degli operatori sanitari per gestire casi di malaria che colpiscono i bambini in età pediatrica e donne incinte.
- Campagne di informazione nelle comunità per insegnare e riconoscere i sintomi della malaria.
- Distribuzione di zanzariere trattate con insetticida nelle abitazioni per proteggere in particolar modo le mamme che allattano, i bambini in età pediatrica e le donne incinte.
- Fornitura ai centri e agli operatori sanitari di test rapidi per la diagnosi e medicine per curare la malaria.
- Supervisione dei centri sanitari nel monitoraggio e controllo dei casi di malaria.

Le cause principali di mortalità materna sono riconducibili alla mancanza di assistenza sanitaria adeguata prima e durante la gravidanza e nel delicato momento del parto alla cui base vi è l'incapacità dei sistemi sanitari di garantire la presenza - su tutto il territorio - di medici, ostetriche e infermieri specializzati e di assicurare l'operatività di strutture funzionanti anche nelle comunità più isolate. A ciò si aggiunge la concreta difficoltà da parte di molte donne ad accedere ad informazioni corrette su come curare la propria salute specialmente nelle fasi più delicate: dal concepimento ai primi mesi di vita dei loro bambini. Come viene mostrato nel modello concettuale (figura 1) le cause della mortalità infantile sono molteplici e di varia natura: vanno da quelle dirette, come le malattie, a quelle implicite, come la malnutrizione e la mancanza di istruzione, fino ai determinanti socio-economici compresa la povertà. Queste ultime si trovano al livello più esterno del modello non perché abbiano minore influenza sulla mortalità ma perché, al contrario, gravano su tutti gli altri livelli contribuendo ad appesantire l'impatto delle cause dirette e implicite. Le cause della mortalità infantile e materna, ai vari livelli, sono profondamente collegate tra loro e agiscono in pericolosa sinergia.

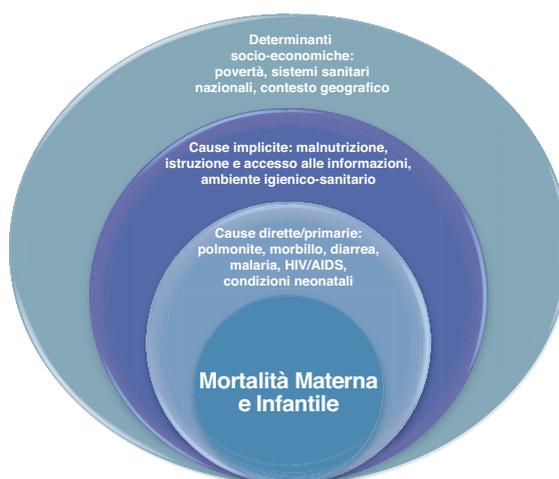
I progressi compiuti negli ultimi anni forniscono una ricca evidenza sugli approcci più efficaci per arginare il fenomeno della mortalità infantile e materna. Il potenziamento dei sistemi sanitari e una più ampia offerta di prestazioni mediche e interventi a basso costo forniti su vasta scala (immunizzazione contro il morbillo, l'accesso a terapie antibiotiche contro la polmonite, la promozione di semplici regole d'igiene per prevenire la diarrea, la distribuzione di zanzariere trattate con insetticidi per prevenire la malaria) hanno avuto un impatto ampiamente positivo sulla salute e sulla sopravvivenza di milioni di bambini in tutto il mondo. Ma a dispetto

²⁰ Le più aggiornate stime sulla malnutrizione attribuiscono al fenomeno un peso che va dal 45% (fonte UN-IGME 2013, p. 1) a circa 50% (fonte UNICEF 2013, p. 19) del totale annuale di morti infantili.

²¹ Fonte: http://www.unicef.org/health/index_malaria.html; settembre, 2013.

dei progressi compiuti, un fenomeno è invece cresciuto in maniera inversamente proporzionale: quello della **disuguaglianza nella salute**. Non si può sconfiggere la mortalità infantile e materna senza ridurre questa disparità.

Figura 1 - Modello concettuale delle cause della mortalità infantile e materna



Fonte: Elaborazione di Marina Adrianopoli per Save the Children Italia, luglio 2013.

1.b Disuguaglianza tra paesi. Implicazioni per la salute materno-infantile

Tra mortalità materno-infantile e povertà vi è una forte interdipendenza nella quale la povertà gioca il doppio ruolo di causa e di effetto. Una popolazione che non gode di buona salute può solo debolmente affrontare le sfide poste dal progresso ed affrancarsi dalla povertà. Ne consegue che **la mortalità materna e infantile non può essere combattuta** efficacemente, né sconfitta, **se non si affrontano** le questioni legate alle **disuguaglianze sociali, economiche e culturali che minacciano la salute**.

La tabella 1 illustra il tasso di povertà per regione, ossia la percentuale di popolazione che vive con meno di 1,25 dollari al giorno, mettendo a confronto prevalenze e numeri dal 1990 al 2010 e proponendo un possibile scenario per il 2015. Dalla tabella si nota che, nel 2010, il numero più alto di poveri (e le prevalenze) si concentravano in particolare in due regioni, Africa Subsahariana ed Asia Meridionale, in cui vivevano in totale 920,6 milioni di poveri, seguite dall'Asia Orientale (250,9 milioni). Non è un caso che in queste aree del pianeta si concentrino le prevalenze più allarmanti di mortalità infantile. Circa il 50% delle morti infantili si verificano in soli cinque paesi al mondo: India (22%), Nigeria (13%), Repubblica Democratica del Congo (6%), Pakistan (6%) e Cina (4%)²². Non è una coincidenza che questi cinque paesi occupino posizioni molto basse nella graduatoria mondiale dell'Indice di Sviluppo Umano (su 187 paesi, la Cina è al 101° posto, l'India al 136°, la Nigeria al 153°, Repubblica Democratica del Congo penultima al 186° e Pakistan al 146°)²³.

²² UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

²³ *Human Development Index* (HDI); fonte: UNDP Ranking 2013 (stime 2012), sul web: <http://hdr.undp.org/en/data/profiles/>

Ciò conferma la **stretta relazione tra mortalità infantile, povertà e sviluppo**²⁴ con riferimento non solo allo sviluppo dei sistemi economici, ma anche di quelli scolastici e sanitari di ciascuno Stato.

Tabella 1 - Incidenza della povertà per regione

Regione	Tasso di povertà ²⁵ % 1990	N. di poveri 1990 (in milioni)	Tasso di povertà % 2010	N. di poveri 2010 (in milioni)	Tasso di povertà % previsioni 2015	N. di poveri previsioni 2015 (in milioni)
Asia Orientale e Pacifico	56.2	926.4	12.5	250.9	5.5	114.5
Europa e Asia Centrale	1.9	8.9	0.07	3.1	0.4	1.9
America Latina	12.2	53.4	5.5	32.3	4.9	33.0
Medio Oriente e Nord Africa	5.8	13.0	2.4	8.0	2.6	9.3
Asia Meridionale	53.8	617.3	31.0	506.8	23.2	406.5
Africa Subsahariana	56.5	289.7	48.5	413.8	42.3	408.0
Totale	43.1	1908.6	20.6	1214.9	15.5	970.2

Fonte: UNDP; MDG Report 2013 *Assessing Progress in Africa Toward the Millennium Development Goals*.

Le disuguaglianze condizionano profondamente lo stato di salute di donne e bambini, e hanno un impatto negativo molto pesante sui livelli di mortalità. Le iniquità nella salute sono in continuo aumento. Mentre nei paesi sviluppati il livello di mortalità infantile è nettamente calato negli ultimi decenni, nei paesi in via di sviluppo non si tiene il passo e la disuguaglianza tra le aree geografiche cresce. Nel 1990, un bambino nato in Africa Subsahariana aveva una probabilità superiore di circa 12 volte di non sopravvivere dopo i 5 anni rispetto ad un bambino nato in un paese sviluppato. Oggi questo divario si è ampliato e tale probabilità è circa **15 volte più alta**²⁶.

Tali differenze sono particolarmente evidenti nell'ambito della salute materno-infantile specialmente quando si contrappongono i risultati raggiunti dai paesi sviluppati ai livelli di mortalità registrati nei paesi in via di sviluppo.

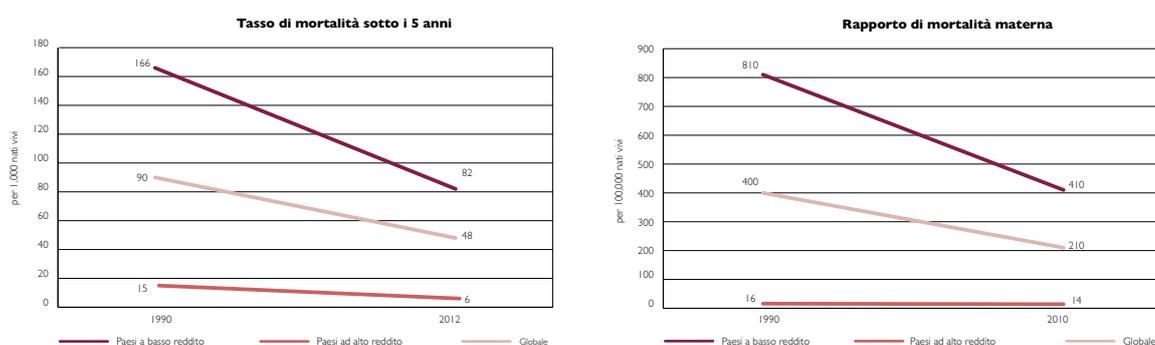
La figura 2 offre un paragone tra il tasso di mortalità infantile e il rapporto di mortalità materna dal 1990 ad oggi e illustra come questi due indicatori siano decresciuti nel corso degli anni. Dalla figura si evince che i paesi a basso reddito sono molto lontani dall'eguagliare i valori riportati nei paesi ad alto reddito e, nonostante i progressi compiuti, il divario non si potrà colmare entro il 2015.

²⁴ UNDP (2013) *Human Development Report 2013 The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*.

²⁵ Percentuale della popolazione che vive con meno di 1,25 \$ al giorno.

²⁶ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

Figura 2 - Confronto tra i paesi ad alto e basso reddito rispetto al tasso di mortalità infantile e al rapporto di mortalità materna



Fonte: Figura sinistra: UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

Figura destra: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (2012) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*.

Decessi neonatali e disuguaglianza tra paesi

A causa delle disuguaglianze nella salute, le probabilità che ha un bambino in un paese a basso reddito di arrivare a compiere 5 anni e crescere sano risultano essere drasticamente limitate. La mortalità infantile continua a colpire ogni giorno 18.000 bambini: 1 bambino su 10 in Africa Subsahariana e 1 bambino su 17 in Asia Meridionale muoiono prima di aver compiuto i 5 anni, ancora oggi²⁷.

Il momento del parto, e i giorni immediatamente successivi, sono tra i più delicati nella vita di un neonato e di sua madre. Dovrebbero essere adeguatamente tutelati invece, a causa della mancanza di cure e assistenza, **ogni anno 40 milioni di donne partoriscono in casa senza cure ostetriche e ogni anno circa 2,9 milioni di neonati muoiono durante i primi 28 giorni di vita**. Tra loro, oltre **1 milione muore nel primo giorno di vita** per complicazioni al momento della nascita, ossia il 15% di tutte le morti infantili stimate a livello globale²⁸. Sul totale di decessi infantili la proporzione di morti neonatali (nei primi 28 giorni di vita) è aumentata. I rischi associati alla nascita sono altissimi per milioni di bambini e di donne nel mondo. Il numero di decessi neonatali sta assumendo dimensioni sempre più preoccupanti e, mentre il dato aggregato riferito a tutti i bambini sotto i 5 anni decresce a livello globale, la proporzione di morti neonatali, in esso compreso, è aumentata dal 37% del 1990 a circa il 44% stimato nel 2012, e le proiezioni per il futuro non lasciano intravedere una diminuzione di questi trend²⁹. **La quasi totalità delle morti neonatali si verifica nei paesi in via di sviluppo**, come risulta dai dati mostrati in tabella 2. La problematica della disuguaglianza nella salute materno-infantile emerge prepotentemente dal confronto tra paesi; basti riflettere sul fatto che nei due paesi in cui si registrano i numeri più alti al mondo per **mortalità neonatale (India 779.000 e Nigeria 267.000, con un tasso di mortalità neonatale³⁰ pari a 31% in India e 39% in Nigeria)** ogni anno³¹ **si verifica anche un terzo del totale globale di tutte le morti materne**: in India il 19% (56.000 donne, con un MMR pari a 200) e in Nigeria il 14% (40.000 donne con un MMR pari a 630)³².

²⁷ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2013.

²⁸ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

²⁹ *Ibidem*.

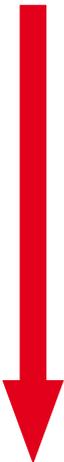
³⁰ Tasso di mortalità neonatale: numero di decessi neonatali (primi 28 giorni di vita) per 1.000 nati vivi.

³¹ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

³² WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (2012) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Sul web: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf

Gli ultimi dati sulla mortalità neonatale sembrano confermare lo scenario rilevato da Save the Children nel *Mothers' Index 2013* (su elaborazione dati dell'anno 2011) che ha analizzato le condizioni di mamme e bambini in 176 paesi nel mondo in base a 5 indicatori: salute materna e rischio di morte per parto, benessere dei bambini e tasso di mortalità entro i 5 anni, grado di istruzione, condizioni economiche e PIL procapite, partecipazione politica delle donne al governo.

Tabella 2 - I dieci paesi con il numero più alto di decessi neonatali



10 paesi con il numero più alto di decessi neonatali (anno 2012)	Posizione nella classifica del Mothers' Index (su 176 Paesi, dati mortalità infantile 2011)	N. di decessi neonatali (anno 2012)	Proporzione di decessi neonatali sul totale dei decessi sotto i 5 anni (anno 2012)
India	142	779.000	55%
Nigeria	169	267.000	32%
Pakistan	139	202.000	49%
Cina	68	157.000	61%
Repubblica Democratica del Congo	176	118.000	30%
Etiopia	141	88.000	43%
Bangladesh	136	76.000	60%
Indonesia	106	72.000	47%
Angola	123	41.000	28%
Kenya	156	40.000	37%

Fonte: Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*; rielaborazione in base ai dati UNICEF 2013.

La tabella 3 illustra invece la situazione della mortalità neonatale nei 10 paesi in cima alla classifica del *Mothers' Index*, (più l'Italia che viene al 17° posto). Come si può notare, in 7 paesi su 11 il numero di decessi è inferiore a 500.

Tabella 3 - Mortalità neonatale nei paesi con le migliori condizioni per mamme e bambini



Paesi in posizioni alte nella classifica del Mothers' Index	Posizione nella classifica del Mothers' Index (su 176 Paesi, dati mortalità infantile 2011)	N. di decessi neonatali	Proporzione di decessi neonatali sul totale dei decessi sotto i 5 anni
Finlandia	1	100	55%
Svezia	2	170	53%
Norvegia	3	110	54%
Islanda	4	5	42%
Paesi Bassi	5	480	69%
Danimarca	6	150	63%
Spagna	7	1.300	59%
Belgio	8	290	54%
Germania	9	1.600	55%
Australia	10	800	57%
Italia	17	1.300	59%

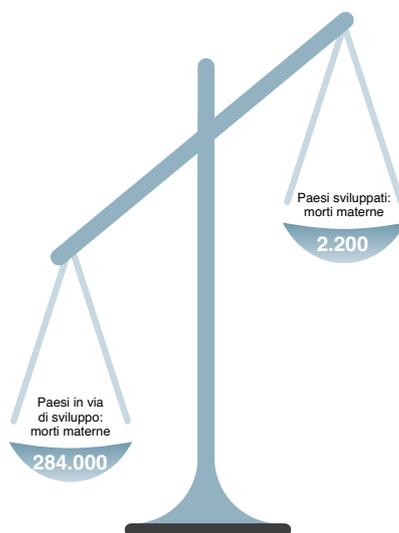
Fonte: Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.

Il confronto tra questi paesi e i 10 che occupano i posti più bassi nella graduatoria del *Mothers' Index*, in cui i decessi vanno dai 40.000 del Kenya ai 779.000 dell'India, è inaccettabile.

Mortalità materna e disuguaglianza tra paesi

Oggi, la mortalità materna e le gravi complicanze associate al parto colpiscono sempre più raramente le donne nei paesi economicamente e socialmente avanzati, sia a seguito della riduzione del numero di figli (meno di 2 figli per donna in Europa)³³ sia grazie al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Ma cosa avviene nel resto del mondo? Ogni anno si stimano circa **287.000 morti materne nel mondo, di cui 2.200 avvengono nei paesi sviluppati e il resto, oltre 284.000, nei paesi in via di sviluppo**³⁴.

Figura 3 - Confronto tra numero di decessi materni nei paesi sviluppati e nei paesi in via di sviluppo



Fonte: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (2012) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*.

Si stima che ogni giorno circa 800 donne muoiano per cause legate alla gravidanza o al parto, e il 99% di loro vive in **paesi in via di sviluppo**, dove **il rapporto di mortalità materna è 15 volte più alto rispetto ai paesi ad alto reddito**. L'Africa Subsahariana con 500 morti materne ogni 100.000 nati vivi è la regione del mondo con il più alto rapporto di mortalità materna. In particolare i paesi in cui si registrano i più alti livelli di MMR sono: Chad (1100), Somalia (1000), Sierra Leone (890), Repubblica Centrafricana (890), Burundi (800), Guinea-Bissau (790), Liberia (770), Sudan (730), Cameroon (690) e Nigeria (630)³⁵.

La mancanza di servizi sanitari di base e dell'assistenza durante la gravidanza e il parto determina l'aumento dei decessi³⁶. Ad aggravare la situazione contribuiscono le gravidanze precoci e una diffusa disinformazione sui sistemi contraccettivi e sul loro uso che riflette l'inadeguatezza, in termini di competenza, degli operatori sanitari di base e, in termini di copertura, dei servizi sanitari nazionali.

³³ Høj L, da Silva D, Hedegaard K, Sandström A, Aaby P (2003) *Maternal mortality: only 42 days?* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 110, Issue 11, pages 995-1000, November 2003.

³⁴ WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (2012) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.



Box 2: Lotta alla mortalità materno-infantile

Per ridurre la mortalità neonatale è necessario migliorare la salute materna durante la gravidanza, fornire assistenza adeguata sia alle madri che ai neonati durante e subito dopo il parto, e prendersi cura dei bambini durante le prime settimane di vita. Save the Children ritiene che sia cruciale lavorare nelle comunità, e con le comunità, per raggiungere tutti, soprattutto chi vive in zone isolate e non ha accesso a cure e assistenza.

Alcune semplici soluzioni adottate da Save the Children:

Prima della nascita

- Somministrazione di micronutrienti durante la gravidanza (ferro e acido folico).
- Vaccinazione contro il tetano.
- Test per infezioni dovute a trasmissioni sessuali.
- Trattamento preventivo intermittente contro la malaria.

Intrapartum (alla nascita)

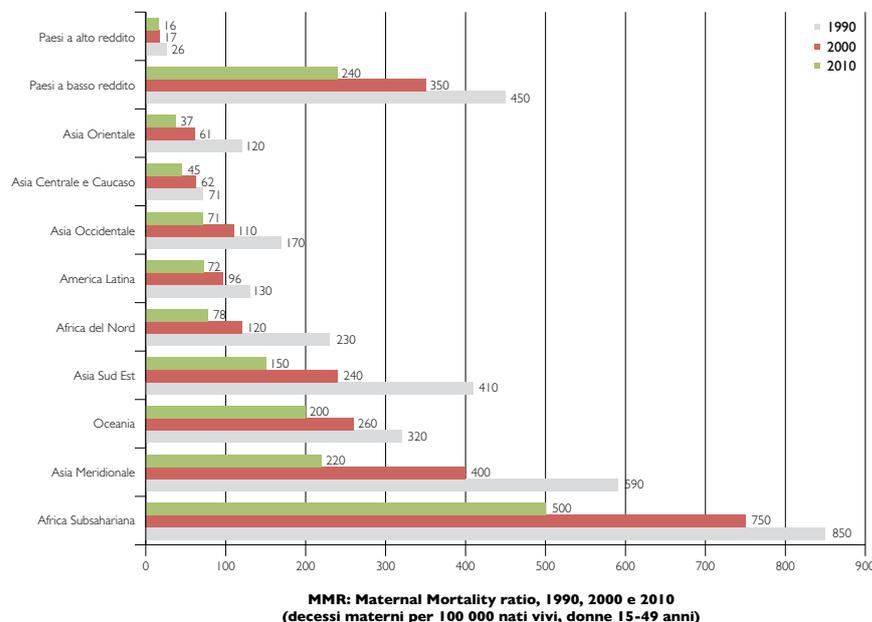
- Rilevamento e gestione del parto podalico.
- Sorveglianza del travaglio per una diagnosi precoce di eventuali complicazioni.
- Pratiche di parto igieniche.

Dopo la nascita

- Tecniche per marsupio-terapia (per i bambini nati sottopeso) nelle strutture sanitarie.
- Tecniche per la rianimazione del neonato.
- Sensibilizzazione per le madri all'allattamento al seno immediato entro un'ora dalla nascita e per i primi 6 mesi stimolandole a continuare l'allattamento anche per i successivi 2 anni.
- Prevenzione e gestione dell'ipotermia.
- Gestione dei casi di polmonite a livello comunitario.
- Prevenzione e trattamento della malaria.
- Distribuzione di vitamina A per i bambini.

La figura 4 illustra i progressi compiuti verso la riduzione della mortalità materna in tutte le regioni del mondo. Dalla figura si osserva che, sebbene la mortalità materna si sia quasi dimezzata dal 1990, i livelli sono molto lontani dal target auspicato per il 2015. Il tasso di mortalità materna è l'indicatore principale per misurare i progressi fatti verso l'OSM 5. È un indicatore molto significativo poiché riflette anche le disuguaglianze sociali, economiche e culturali che hanno impatti negativi a livello individuale - su donne e ragazze - e a livello globale, rappresentando un ostacolo al raggiungimento degli OSM.³⁷

³⁷ Mabel Bianco, MD, MPH, Epidemiologist Susanna Moore, M.A. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM- (2012). *Maternal Mortality: An Indicator of Intersecting Inequalities*. Addressing Inequalities. The Heart of the Post-2015 Development Agenda and the Future We Want for All - Global Thematic Consultation.

Figura 4 - La mortalità materna dal 1990 al 2010

Fonte: United Nations (2012) *The Millennium Development Goals Report 2012*.

Nutrizione materno-infantile e disuguaglianze tra paesi

La disuguaglianza si manifesta anche come accesso o meno al cibo e la possibilità di avere una dieta equilibrata, elementi che hanno una forte ricaduta sulla mortalità infantile e materna. La malnutrizione è infatti causa della morte di oltre 3 milioni di bambini ogni anno (su 6,6 milioni di morti infantili nel 2012)³⁸, rappresentando il 45% di tutte le morti infantili nel mondo. La malnutrizione ha prevalenze estremamente diverse tra i paesi. Circa 51 milioni di bambini sotto i 5 anni sono affetti da malnutrizione acuta (*wasting*: visibile perdita di peso)³⁹. L'80% di questi vive in Asia Meridionale, dove ne soffre circa il 15% dei bambini sotto i 5 anni (28 milioni)⁴⁰, e in Africa Subsahariana dove si riscontra anche un tasso di malnutrizione materna che varia dal 10 al 20%⁴¹.

La malnutrizione cronica (*stunting*: arresto dello sviluppo) ritarda la crescita fisica e mentale e causa danni permanenti. Lo sviluppo cognitivo, i risultati scolastici, la produttività economica e lavorativa in età adulta ne sono compromesse per sempre e in modo irreversibile⁴². Tre quarti dei bambini affetti da malnutrizione cronica (*stunted children*) vivono in Asia Meridionale e Africa Subsahariana. Le più recenti stime mostrano però tendenze al miglioramento ed il numero di bambini colpiti da malnutrizione grave o cronica è diminuito del 38%, passando dai 257 milioni del 1990 ai circa 162 milioni del 2012⁴³. Si stima tuttavia che nei paesi dell'Africa Orientale circa il 45,3% dei bambini sia affetto da malnutrizione cronica⁴⁴. Quando questi bambini cresceranno saranno chiamati a sostenere il progresso a cui ambiscono i loro paesi, ma come potranno farlo se la loro generazione è stata colpita per oltre il 45% dai danni causati dalla malnutrizione? È evidente dunque che l'impatto della malnutrizione sullo sviluppo economico e sociale di un paese è enorme.

³⁸ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013*

³⁹ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

⁴⁰ The Lancet (2013) *Maternal and Child Nutrition. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. 2013*.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Dewey KG, Begum K (2011) Department of Nutrition and Program in International and Community Nutrition, University of California. Abstract da Pub Med. *Long-term consequences of stunting in early life*. Sul web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929633>

⁴³ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

⁴⁴ Mercedes de Onis, Monika Blossner and Elaine Borghi Growth Assessment and Surveillance Unit, Department of Nutrition for Health and Development WHO (2011) *Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020*. Sul web: http://www.who.int/nutgrowthdb/publications/Stunting1990_2011.pdf

La malnutrizione cronica è la forma che si registra oggi su più vasta scala. Ne soffrono oltre 162 milioni di bambini sotto i 5 anni in tutto il mondo⁴⁵ e anche in questo caso, **le prevalenze più allarmanti si riscontrano nei paesi a medio e basso reddito, in cui il 26%** dei bambini sotto i 5 anni ne è affetto con picchi più alti in Africa Orientale e Occidentale e Asia Centro-meridionale; in quest'ultima regione si osserva una concentrazione altissima in termini numerici (69 milioni di bambini)⁴⁶.

La povertà e le disuguaglianze socio-economiche gravano sullo stato nutrizionale dei bambini sotto i 5 anni. Le famiglie con redditi più bassi sono molto più esposte all'insicurezza nutrizionale che colpisce soprattutto i membri più vulnerabili della famiglia. Come conseguenza, le prevalenze più alte di *stunting* si rilevano nei nuclei familiari del quintile⁴⁷ di reddito più povero sia a livello regionale sia a livello globale.

L'apporto di micronutrienti (vitamine e minerali) attraverso l'alimentazione gioca un ruolo di primo piano nell'ambito della salute della madre e del bambino. La carenza di vitamine e minerali è anche definita "fame invisibile" poiché le sue conseguenze sul corpo sono meno evidenti rispetto alla mancanza di proteine, carboidrati e lipidi (i macronutrienti), ma non meno pericolose. Colpisce soprattutto le donne in età fertile, in gravidanza e allattamento e i bambini sotto i 5 anni, con una vulnerabilità particolare riscontrata soprattutto nei bambini fino a due anni di età. Le conseguenze per la salute sono molteplici, per esempio la **mancanza di vitamina A provoca la cecità notturna e comporta aumento del rischio di morte per diarrea, morbillo e malaria. Ne soffre circa un terzo dei bambini che vive nei paesi in via di sviluppo.** Anche la carenza di ferro è diffusissima nel mondo, ha effetti negativi sulla produttività e sullo sviluppo cognitivo individuale. L'anemia da mancanza di ferro durante la gravidanza è associata a circa 115.000 morti materne ogni anno, cioè un quinto delle morti materne totali⁴⁸.



Box 3: Lotta alla malnutrizione

La malnutrizione causa ogni anno la morte ad oltre 3 milioni di bambini, pari al 45% dei decessi tra i minori di 5 anni. Sono stati evidenziati alcuni progressi registrati negli ultimi anni, ma si stima comunque in oltre 162 milioni di bambini colpiti da arresto della crescita nel 2012 e in 50 milioni di quelli deperiti⁴⁹. Save the Children si concentra fortemente sulla formazione degli operatori sanitari nella prevenzione, diagnosi e cura della malnutrizione. È soprattutto grazie agli operatori che Save the Children raggiunge molte zone rurali, somministrando vitamine ed integratori alimentari per la cura di ogni forma di malnutrizione infantile. Inoltre, gli operatori sanitari coinvolgono l'intera comunità nell'educazione alle corrette pratiche igienico-sanitarie informando sull'importanza dell'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino.

Alcune semplici soluzioni adottate da Save the Children:

- Somministrazione di ferro a donne, bambini e mamme in allattamento, per ridurre il rischio di anemia materna e nascite sottopeso.
- Programmi educativi di sensibilizzazione per le madri sull'importanza dell'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino.
- Somministrazione di integratori di vitamina A ai bambini in età pediatrica e donne incinte in quanto, in forma grave, la carenza di vitamina A può provocare cecità ed aumentare il rischio di mortalità infantile poiché riduce la resistenza a malattie infettive come morbillo, diarrea e infezioni respiratorie acute.
- Distribuzione di alimenti terapeutici, come il Plumpy Nut e il latte terapeutico in polvere (F75 o F100), ai bambini affetti da malnutrizione, i quali permettono di recuperare peso in poche settimane.
- Costruzione e riabilitazione di ambulatori (centri di stabilizzazione nutrizionale) per la cura delle forme più gravi di malnutrizione.
- Campagne di sensibilizzazione per le comunità. Ad esempio, attraverso le cooking demonstrations, viene mostrato l'utilizzo di prodotti locali altamente nutritivi che, seppur disponibili sul territorio, non vengono utilizzati per integrare la dieta di mamme e bambini.

⁴⁵ UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.

⁴⁶ The Lancet (2013) *Maternal and Child Nutrition*. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. 2013.

⁴⁷ Il quintile divide la popolazione in 5 parti uguali, ciascun quintile rappresenta perciò il 20% della popolazione.

⁴⁸ UNICEF, GAIN, World Bank, USAID, Four Fortification Initiative, Micronutrient Initiative (2009) *Investing in the Future. A United Call to Action on Vitamin and Mineral Deficiencies. Global Report 2009*.

⁴⁹ UNICEF (2012) *La Malnutrizione dei Bambini - L'impegno dell'UNICEF contro la mortalità infantile*.

Nella tabella 4 si osserva che un'ampia proporzione di donne in stato di gravidanza soffre di anemia, condizione che mette a rischio la sopravvivenza di un numero molto alto di donne nei paesi in cui Save the Children Italia lavora con programmi di salute materno-infantile. Al contrario, nei paesi ad alto reddito, come Stati Uniti, Norvegia, Lussemburgo e Italia, vengono rilevate proporzioni nettamente inferiori di donne in gravidanza che sono affette da questo fattore di rischio.

Tabella 4 - Confronto per proporzione di donne anemiche in gravidanza in 13 paesi

Paesi	Proporzione di donne in gravidanza con anemia
Gambia	75.1
Nepal	74.6
Etiopia	62.7
Mozambico	52.4
India	49.7
Malawi	47.3
Egitto	45.5
Uganda	41.2
Pakistan	39.1
Italia	15.5
USA	5.7
Norvegia	9.3
Lussemburgo	10.3

Fonte: UNICEF, GAIN, World Bank, USAID, Four Fortification Initiative, Micronutrient Initiative (2009) *Investing in the Future. A United Call to Action on Vitamin and Mineral Deficiencies. Global Report 2009.*

Copertura sanitaria universale: un obiettivo importante

La **copertura sanitaria universale** implica che tutte le persone abbiano accesso senza discriminazioni all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti, particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili, a problemi economici⁵⁰.

Oggi si calcola che quasi **un miliardo di persone al mondo**, concentrate tra la popolazione che vive in condizioni di povertà, **non riceva le cure e i servizi di cui necessita**, e in questo ambito si registrano miglioramenti molto lenti. La **copertura sanitaria** che comprende molti dei servizi necessari per prevenire o curare le malattie non trasmissibili si stima essere a **livelli bassi in molte parti del mondo**. Un esempio su tutti può essere quello dell'assistenza durante il parto. In Africa Subsahariana nell'arco di un decennio, dal 2000 al 2010, la percentuale di parti assistiti da operatori sanitari qualificati è aumentato di un solo punto (dal 44 al 45%)⁵¹. Da un'analisi svolta nei 75 paesi in cui si concentra il 95% di tutti i decessi di madri e bambini e comprende i 49 paesi con reddito più basso⁵², si delinea il quadro della **copertura sanitaria, cioè la proporzione di indi-**

⁵⁰ United Nations. General Assembly (2012) *Adopting Consensus Text, General Assembly Encourages Member States to Plan, Pursue Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage*, 12 December 2012. Sul web: <http://www.un.org/News/Press/docs/2012/ga11326.doc.htm>.

⁵¹ WHO (2013) *Universal health coverage*. Report by the Secretariat A66/24.

⁵² Fonte: <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown>

vidui che vengono assistiti dal servizio sanitario rispetto a quelli che ne necessitano, attraverso indicatori rilevanti per il *continuum of care*⁵³ e significativi per la salute materno-infantile.

La panoramica offerta dalla tabella 5 mette in luce gli ostacoli che i paesi oggi affrontano nel garantire una copertura universale soprattutto dei servizi salva-vita per madri, neonati e bambini. Quattro degli indicatori osservati non raggiungono il 50% in termini di copertura, tra questi vi è l'assistenza nei primi due giorni dopo la nascita per madri (42%) e neonati (26%) che invece è parte fondamentale di quel *continuum of care* che garantisce la sopravvivenza del neonato. Anche la percentuale mediana dei parti assistiti (62%), rilevata in 57 paesi, è ben lontana dal rappresentare una copertura su vasta scala.

Inoltre dai dati si evince che **il monitoraggio di indicatori** così significativi **per la salute materno-infantile è ancora insufficiente** in molti paesi, e ciò rappresenta un limite enorme sia a livello nazionale per la formulazione di politiche sanitarie specifiche e la pianificazione di efficaci risposte operative a livello territoriale, sia a livello globale per identificare i punti critici sui quali si arenano i progressi verso gli OSM 4 e 5.

Tabella 5 - Livelli di copertura per indicatori relativi a servizi sanitari selezionati in paesi con dati disponibili (2007 - 2012)

Servizi sanitari prima e durante la gravidanza, durante il parto e nella prima infanzia	N. di paesi con dati disponibili	% (mediana)	% In Italia ⁵⁴
Richiesta per servizi di family planning soddisfatta	37	61	-
Assistenza pre-natale (4 o più visite)	44	57	84,2 (2009)
Parti assistiti	57	62	99,8 (2009)
Assistenza dopo la nascita (primi 2 giorni) per madri	31	42	-
Assistenza dopo la nascita (primi 2 giorni) per bambini	11	26	-
Allattamento esclusivo al seno (primi 6 mesi)	49	44	5,0
DTP 3 (vaccino)	75	84	96,0 (2011)
Assistenza richiesta per casi di polmonite	51	55	-
Trattamenti antibiotici per polmonite	36	42	-

Fonte: Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival (2013) *Accountability for Maternal, Newborn & Child Survival: The 2013 Update*; WHO -Global Health Observatory Data Repository⁵⁵.

1.c Disuguaglianze all'interno dei paesi. Implicazioni per la salute materno-infantile

La disuguaglianza implica la presenza di **“ingiuste, evitabili o rimediabili disuguaglianze”** nello stato di salute tra gruppi di popolazione; come avviene tra i paesi del Nord e del Sud del mondo, tali disuguaglianze si manifestano anche **tra individui e gruppi che vivono in differenti condizioni socio-economiche all'interno di uno stesso paese e sempre più spesso nella stessa città.**

Le disuguaglianze generate in ambito sociale, economico, culturale e geografico hanno conseguenze dirette e gravi sullo stato di salute delle donne ed in particolare delle madri. La prevalenza più alta di mortalità materna si osserva nelle fasce più svantaggiate della popolazione, interessando tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (istruzione, reddito, tipo di abitazione, opportunità di lavoro, ambiente) e non riguarda solo le cause di morte ma incide anche sulle malattie e le disabilità.

⁵³ Il *continuum of care* è un sistema che comprende la fornitura di servizi integrati per mamme e bambini dalla fase pre-gravidanza, al parto, al periodo postnatale, fino alla prima infanzia. Tale assistenza è fornita a famiglie e comunità, attraverso servizi ambulatoriali, cliniche e altre strutture sanitarie. L'assistenza sanitaria continua garantisce un parto sicuro, fondamentale per la salute della donna e del neonato e mira ad assicurare un sano inizio della vita come primo passo verso un'infanzia sana e una vita produttiva e in salute.

⁵⁴ Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2012) 5° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2011-12. Sul web: http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/5o_Rapporto_di_aggiornamento_Gruppo_CRC.pdf

⁵⁵ Fonte: <http://apps.who.int/gho/data/view.country.11000>

All'origine del fenomeno della mortalità materno-infantile vi è senz'altro il grado di esposizione a fattori di rischio tra cui il basso livello di istruzione e reddito e le difficili condizioni ambientali in cui si vive, aggravati da una scarsa protezione sociale in ambito sanitario.

La tabella 6 illustra i livelli di mortalità infantile in base al grado di istruzione materna, quintile di reddito e ambiente, negli 8 paesi in cui Save the Children Italia ha portato avanti progetti di salute materno-infantile. Sulla base degli ultimi dati pubblicati nelle World Health Statistics 2011, e qui riportati, i bambini che vivono in condizioni sociali, culturali ed economiche più svantaggiate, vanno sempre incontro a maggiori probabilità di morire prima dei 5 anni, ed in molti casi le probabilità sono pari (o di poco inferiori) al doppio. In più, mettendo a confronto le tre determinanti (reddito, istruzione e ambiente), affiora che **le disuguaglianze più alte si riscontrano tra diversi livelli di istruzione**, in cui le probabilità di morte superano nettamente il doppio in 5 paesi su 8.

Tabella 6 - Mortalità infantile⁵⁶ secondo il livello di istruzione materna, il quintile di reddito e il contesto geografico, nei paesi in cui Save the Children Italia lavora con progetti di salute materno-infantile

	Egitto (2008)	Etiopia (2005)	India (2005-06)	Malawi (2004)	Mozambico (2003)	Nepal (2006)	Pakistan (2006-07)	Uganda (2006)
Alto livello di istruzione	26	54	49	86	86	32	62	91
Basso livello di istruzione	44	139	106	183	201	93	102	164
Quintile Reddito Alto	19	92	39	111	108	47	60	108
Quintile Reddito Basso	49	130	118	183	196	98	121	172
Rurale	36	135	94	164	192	84	100	147
Urbano	29	98	61	116	143	47	78	115

Fonte: WHO (2011) *World Health Statistics*.

Istruzione scolastica

L'**istruzione scolastica** delle donne è un potente fattore determinante di iniquità sociale ed è strettamente associato alla malnutrizione e alla mortalità infantile e materna. L'istruzione di base è un diritto umano fondamentale⁵⁷ ed è un presupposto indispensabile per esercitare i propri diritti, migliorare la qualità della vita e ambire ad una maggiore equità sociale. Quando **una donna è istruita e adeguatamente informata**, ad esempio in materia di **salute riproduttiva** o di nutrizione nelle varie fasi della crescita di suo figlio e per se stessa durante la gravidanza e l'allattamento, compie tendenzialmente scelte migliori per la sua salute e per la salute dei suoi figli che avranno a loro volta maggiori possibilità di sopravvivere, crescere sani e di studiare⁵⁸.

In India si osserva la più alta percentuale di morti materne al mondo (19% sul totale), un MMR pari a 200 e 56.000 morti materne annue. Prevalenze così alte non si verificano per caso poiché nel paese **persistono forti disuguaglianze** tra Stati e distretti, dovuti a livelli disuguali di sviluppo che si traducono in accesso disuguale all'istruzione, all'assistenza specializzata al parto e alle cure ostetriche di emergenza, incidendo così sullo **stato di salute della donna**⁵⁹. In più in India solo il 60,3% delle donne che vivono in aree urbane e il 41,5% in aree

⁵⁶ Probabilità di morire prima di aver compiuto 5 anni per 1.000 nati vivi.

⁵⁷ Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR) delle Nazioni Unite, 1948.

⁵⁸ Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.

⁵⁹ Chatterjee, P. (2007) *India addresses maternal deaths in rural areas*. The Lancet, 370(9592), 1023-1024. doi:10.1016/S0140-6736(07)61460-3.

rurali hanno il permesso di recarsi da sole al centro sanitario, sebbene la situazione migliore in base al livello di istruzione e stato occupazionale (soprattutto se si ha un lavoro per poter pagare la prestazione medica)⁶⁰. In Pakistan, terzo paese al mondo per numero di decessi neonatali (202.000 annui - vedi tabella 2), nel 2010 si sono registrate circa 12.000 morte materne (MMR pari a 260). In questo paese i lenti progressi nel campo dell'educazione sono considerati tra le primissime ragioni per cui non si sono ottenuti i successi e i miglioramenti sperati nell'ambito della salute materna, neonatale e infantile. Oltre il 30% della popolazione e 55% delle donne sono analfabeti. L'abbandono scolastico femminile della scuola primaria resta alto. Il mancato avanzamento dei livelli d'istruzione scolastica in Pakistan ha dirette ripercussioni sull'insufficiente rafforzamento sociale ed economico delle donne e l'alto tasso di crescita della popolazione. In vista del ruolo cruciale che hanno le donne nella salute e la sopravvivenza dei loro figli è necessario che in un contesto come quello del Pakistan si investa nello sviluppo umano e nell'istruzione femminile come strategia per migliorare la salute riproduttiva, materna e infantile e ridurre il numero di decessi⁶¹.

Il reddito

Il reddito è tra i determinanti strutturali che maggiormente incidono sulle disuguaglianze nella salute⁶². I bambini poveri vanno incontro a pericoli maggiori per la loro salute rispetto ai coetanei che nascono in famiglie più agiate nello stesso paese, poiché spesso vivono in abitazioni caratterizzate da livelli igienico-sanitari precari, il loro stato nutrizionale è fragile, le loro condizioni sono aggravate dalla frequente impossibilità di essere curati o di non essere inseriti in programmi di prevenzione e beneficiare di sussidi pubblici⁶³. I bambini nati in famiglie indigenti (appartenenti al quintile di reddito più povero) nei paesi a basso reddito corrono un rischio due volte superiore di morire prima del loro quinto anno di età rispetto ai bambini nati da famiglie più ricche⁶⁴. A causa della povertà, molti non sono in grado di fruire dei servizi sanitari e difficilmente consultano medici o assistenza specializzata quando sono malati. Come si evince dalla figura 5, i bambini che appartengono al quintile più povero, corrono rischi maggiori di non sopravvivere fino al compimento del quinto anno di età. In particolare nella regione dell'Asia Meridionale, già colpita da un tasso di mortalità altissimo, i bambini più poveri vanno incontro a più del doppio delle probabilità di morire rispetto ai loro coetanei nati in famiglie più benestanti.

⁶⁰ Jyotsana Shukla, Amity University, India (2010) *Social Determinants of Urban Indian Women's Health Status*. Sul web: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/27216/1/10.1_shukla.pdf

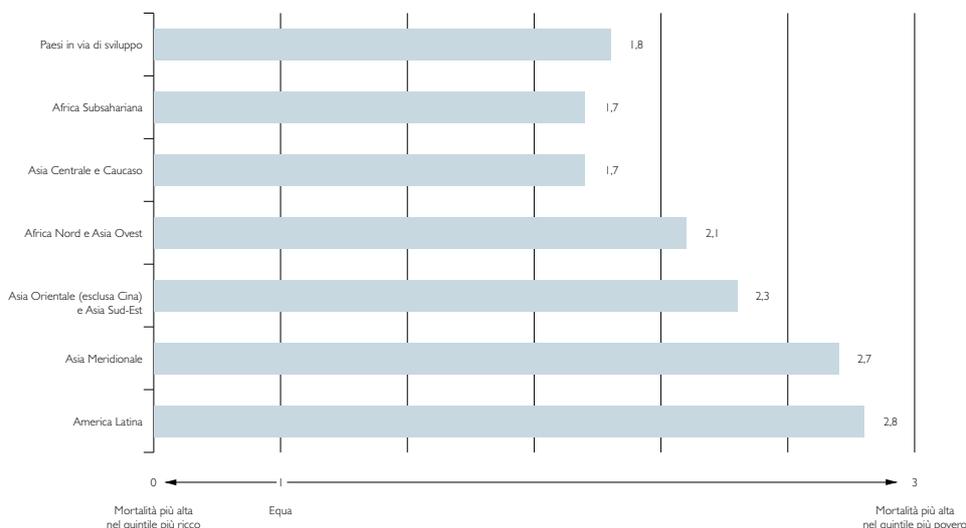
⁶¹ Zulfi qar A Bhutta, Assad Hafeez, Arjumand Rizvi, Nabeela Ali, Amanullah Khan, Faatehuddin Ahmad, Shereen Bhutta, Tabish Hazir, Anita Zaidi, Sadequa N Jafarey (2013) *Health Transitions in Pakistan 2. Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan: challenges and opportunities*. The Lancet 2013; 381: 2207–18.

⁶² Commission on Social Determinants of Health (2007) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft April 2007.

⁶³ Cesar G Victora, et al. (2003) *Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough*. The Lancet - Vol 362 - July 19, 2003.

⁶⁴ Fonte: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>

Figura 5 - Rapporto di mortalità tra i bambini sotto i 5 anni nel quintile più povero e i bambini sotto i 5 anni nel quintile più ricco



Fonte: United Nations (2012) *The Millennium Development Goals Report 2012*⁶⁵.

Almeno due fattori sono alla base di questa disparità. Il primo è il **divario nella fornitura di prestazioni sanitarie di qualità**. Un sistema sanitario nazionale solido che fornisca cure ospedaliere di alto livello e che non soffra della carenza di personale medico specializzato nell'assistenza al parto, è certamente un elemento necessario per ridurre la mortalità neonatale.

Il secondo motivo è il **divario crescente tra i gruppi sociali più ricchi e quelli più poveri**. Per affrontare la mortalità neonatale in maniera efficace bisogna abbattere le barriere della disuguaglianza e ciò significa poter offrire servizi accessibili per tutti, che tutti possano permettersi ovunque ne abbiano bisogno. Interventi efficaci e a basso costo forniti da personale specializzato durante il parto potrebbero ridurre la mortalità neonatale del 75%, se fossero realizzati su larga scala. Ciò equivarrebbe a salvare circa 2 milioni di neonati (su oltre 3 milioni di decessi neonatali) ogni anno⁶⁶.

Secondo alcune stime (si veda la tabella 7), semplici interventi a basso costo permetterebbero di salvare milioni di vite. Ad esempio con il solo allattamento al seno si salverebbero 600.000 bambini, con la marsupio-terapia altri 500.000 e ancora, somministrando antibiotici per prevenire polmonite e sepsi se ne strapperebbe alla morte un altro mezzo milione.

⁶⁵ Analisi basata su 73 paesi in via di sviluppo con dati sulla mortalità infantile per nucleo familiare secondo il quintile di reddito, e che coprono il 71% delle nascite totali nei paesi in via di sviluppo nel 2010.

⁶⁶ Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.

Tabella 7 - Interventi “salva-vita”, costi e potenziale impatto sulla sopravvivenza della popolazione infantile

Interventi , costi e potenziale impatto		
Intervento	costo	N. di vite che possono essere salvate
Somministrazione di corticosteroidi a donne a rischio di parto prematuro	0,51 \$	340.000
Stimolare la respirazione per prevenire l'asfissia neonatale (equipaggiamento)	0,50 - 6,00 \$	229.000
Somministrazione di antibiotici per prevenire polmonite e sepsi	0,13 - 2,03 \$	509.000
Trattamento sicuro e idoneo del cordone ombelicale (clorexidina)	0,23 \$	500.000
Marsupio-terapia per la sopravvivenza dei bambini nati sotto peso	0 \$	500.000
Allattamento al seno sin dalla prima ora	0 \$	600.000

Fonte: Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.

È stato stimato che la realizzazione di questi interventi con una copertura del 90% della popolazione potrebbe essere ottenuta con un costo aggiuntivo di meno di 1 dollaro pro capite, nei 75 paesi con la più alta incidenza di mortalità neonatale. Il 30% di questo costo aggiuntivo finanzierebbe interventi specifici per il neonato e il resto supporterebbe servizi per le madri e per i bambini anche oltre il primo mese di vita⁶⁷.

Nesso tra PIL e mortalità infantile

Osservare il rapporto tra mortalità materno-infantile e crescita economica è interessante non solo per verificare il paradigma secondo cui ad un alto livello di benessere economico corrisponde un migliore stato di salute della popolazione, ma anche perché consente di fare ulteriormente luce sull'ipotesi, ampiamente sostenuta in letteratura, che una popolazione sana può a sua volta contribuire ad una crescita economica più sostenibile.

Focalizzando l'attenzione esclusivamente sui paesi in cui Save the Children Italia ha portato avanti progetti di salute materno-infantile (vedi tabella 8), si nota che nella maggioranza dei casi, dal 2004 al 2012, ad un aumento del PIL è effettivamente corrisposta una diminuzione del tasso di mortalità infantile, sebbene i due indicatori abbiano registrato miglioramenti a ritmi molto diversi. Infatti, mentre il livello di crescita del PIL è raddoppiato in tutti i paesi (con una crescita leggermente inferiore al doppio solo nel Malawi) la stessa cosa non si può affermare per la riduzione della mortalità infantile.

In più, dalla tabella 8 si può rilevare che non in tutti gli 8 paesi analizzati al crescere del PIL è corrisposto un declino della mortalità infantile. È il caso dell'India, dove ad un sensibile aumento del PIL, che dal 2004 al 2012 è più che raddoppiato, non segue una pari riduzione del tasso di mortalità infantile che si abbassa solo da 58 a 46 decessi su 1.000 nati vivi nell'arco di 8 anni, e anzi aumenta nel 2010 nonostante un netto aumento del PIL registrato nello stesso periodo. Ciò suggerisce che la mortalità infantile in India può essere maggiormente influenzata da altri determinanti. Si può quindi dedurre che altri fattori oltre al PIL, hanno potuto contribuire a tali variazioni. Come già osservato (vedi tabella 6), in questo paese il livello di reddito influisce molto sulla mortalità infantile, infatti le probabilità di morire per un bambino nato nel quintile più povero sono circa tre volte maggiori rispetto a quelle di un coetaneo nato in una famiglia nel quintile più ricco. Anche in Pakistan dal 2004 al 2010 il PIL è raddoppiato (da 98 milioni di dollari a 176) raggiungendo i 231 milioni nel 2012; tuttavia il ritmo osservato nella crescita del PIL non è lo stesso di quello mantenuto dal declino della mortalità infantile, che si è ridotta da 74,3 nel 2004 ad appena 61 nel 2012. Ciò suggerisce che il vero motore della salute infantile non possa meramente ricondursi alla crescita economica, misurata con il PIL. Infatti in Pakistan, i bassi livelli di istruzione femminile (55% di donne sono analfabete) hanno un impatto estremamente negativo sui tassi di mortalità infantile; è quindi agendo sul fronte dell'educazione scolastica femminile che si otterrebbero risultati più concreti.

⁶⁷ *Ibidem*.

Tabella 8 - PIL (milioni di dollari) e mortalità nel primo anno di vita (decessi/1.000 nati vivi): trend a confronto

paese	Indicatore	2004	2006	2008	2010	2012
Egitto	PIL	78.0	107.0	162.0	218.0	257.0
	Tasso mortalità sotto 1 anno	34.0	31.3	28.3	26.2	24.2
Etiopia	PIL	10.0	15.0	26.0	29.0	43.0
	Tasso mortalità sotto 1 anno	102.0	93.6	82.6	79.0	75.0
India	PIL	721.0	949.0	1224.0	1710.0	1841.0
	Tasso mortalità sotto 1 anno	58.0	54.6	32.3	49.1	46.0
Malawi	PIL	2.6	3.1	4.3	5.4	4.6
	Tasso mortalità sotto 1 anno	104.2	94.3	90.5	83.5	79.0
Mozambico	PIL	5.7	7.1	9.8	12.8	14.5
	Tasso mortalità sotto 1 anno	137.0	129.0	107.9	103.8	76.8
Nepal	PIL	7.3	9.1	12.6	16	18.9
	Tasso mortalità sotto 1 anno	68.7	65.3	62.0	46.0	43.0
Pakistan	PIL	98.0	128.0	164.0	176.0	231.0
	Tasso mortalità sotto 1 anno	74.3	70.5	67.0	65.0	61.0
Uganda	PIL	7.8	10.0	14.4	17.2	19.8
	Tasso mortalità sotto 1 anno	86.0	66.0	67.0	64.0	61.0

Fonte: PIL: <http://www.tradingeconomics.com>; tasso di mortalità sotto un anno di età: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=29&c=in&l=it>

Il contesto geografico: differenze tra zone urbane e rurali

Il contesto geografico, quando implica barriere all'accesso ad assistenza e cure, è un'ulteriore fonte di iniquità. Le famiglie che vivono in comunità isolate, prive di adeguate strutture sanitarie e lontane dagli ospedali, incontrano difficoltà, a volte insormontabili, a rivolgersi a centri sanitari e ricevere assistenza da personale specializzato. Al contrario chi vive in contesti urbani ha maggiori possibilità di essere assistito. Ciò si traduce in un disuguale accesso ai servizi sanitari tra popolazioni urbane e rurali, spesso a scapito di queste ultime. Non beneficiare degli interventi sanitari più indispensabili rende le popolazioni rurali ancora più vulnerabili. È stato ampiamente dimostrato che il tasso di mortalità materna è decisamente più alto nelle zone rurali dell'Africa Subsahariana, rispetto alle zone urbane nella stessa regione, e ciò è largamente attribuibile al diverso accesso (determinato da barriere geografiche) a cure ostetriche e fattori socio-culturali⁶⁸.

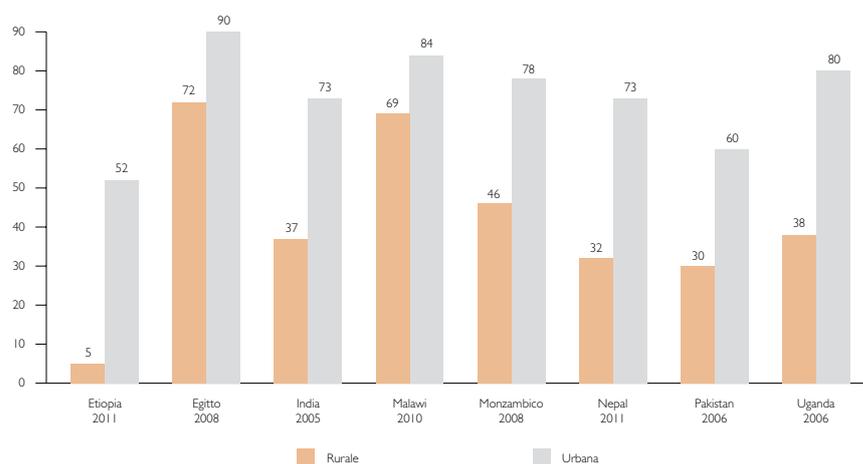
Un parto gestito da personale medico qualificato riduce drasticamente il rischio di decesso al nascita, previene malattie, lesioni e infezioni causate da complicanze al momento del parto, che a volte provocano infermità per tutta la vita. La percentuale dei parti assistiti da operatori sanitari specializzati è un indicatore importante per rilevare differenze nell'assistenza medica tra due gruppi di popolazione definiti geograficamente.

La figura 6 mette a confronto le donne che vivono in zone rurali con quelle che vivono in zone urbane nei paesi in cui Save the Children Italia ha lavorato con progetti di salute materno-infantile dal 2009 ad oggi, e mostra chiaramente che **vi è la presenza di disuguaglianze evitabili, rimediabili e soprattutto ingiuste, nell'accesso ad un'adeguata assistenza sanitaria durante il parto.**

Sebbene a livelli differenti, in nessuno degli 8 paesi analizzati vi è un equo accesso al parto assistito. In particolare, in cinque di questi (Etiopia, India, Pakistan, Nepal e Uganda) l'assistenza al parto in aree urbane viene fornita approssimativamente al doppio delle donne che vivono in zone rurali. Il divario è decisamente maggiore in Etiopia, dove si registra solo il 5% di donne assistite in zona rurale contro il 52% in zona urbana.

⁶⁸ Ronsmans, C. & Graham, W. J. (2006) *Maternal mortality: who, when, where, and why*. The Lancet, 368(9542), 1189 -1200.

Figura 6 - Percentuale di donne che hanno avuto parti assistiti da operatori sanitari specializzati, disaggregati per zone urbane e rurali



Fonti: Demographic Health Surveys (DHS) e Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)⁶⁹.

L'accesso limitato all'assistenza al parto continua ad avere un impatto insostenibile sulla salute di donne e neonati. Eppure la soluzione è a portata di mano. I decessi neonatali sono fortemente associati alla mancanza di **assistenza sanitaria prestata su base continuativa** (*continuum of care*) che comprende assistenza prenatale, le visite durante la gravidanza, il parto assistito e le cure post-natali per madre e figlio. Se è vero che negli ultimi anni un numero sempre crescente di donne ha utilizzato i servizi sanitari a loro dedicati, è vero anche che questo miglioramento non ha portato ad una riduzione proporzionale, progressiva ed equamente distribuita della mortalità materna e neonatale.

Disuguaglianze urbane

Il mondo sta vivendo la più grande ondata di crescita urbana nella storia. Nel 2008, per la prima volta, più della metà della popolazione mondiale viveva nelle città. Entro il 2030 si stima che questo numero crescerà fino a raggiungere quasi i 5 miliardi persone, con una crescita concentrata particolarmente in Africa e in Asia⁷⁰. Se da un lato le città offrono maggiori opportunità sociali ed economiche, dall'altro la salute della popolazione urbana, soprattutto dei gruppi più poveri, è minacciata dalle precarie condizioni igieniche in cui si vive nei quartieri più disagiati, dal sovraffollamento e dagli alloggi improvvisati. Le infrastrutture, che sono indispensabili per fornire acqua potabile o sistemi di smaltimento dei rifiuti, sono carenti nelle aree più degradate delle città. Le baraccopoli, aree della città in cui si concentra la popolazione più povera, soffrono spesso dell'assenza di adeguate strutture sanitarie e generalmente si registrano i più alti livelli di malattie e infezioni, i livelli più bassi di immunizzazione e i più alti livelli di mortalità infantile.

Le sfide maggiori che si affrontano nell'ambito della salute materno-infantile e nutrizione provengono dal vivere in questo ambiente insalubre, dall'inadeguatezza dell'assistenza sanitaria e delle pratiche alimentari.

⁶⁹ Fonte: http://www.who.int/gho/health_equity/countries/en/index.html

⁷⁰ Fonte: <http://www.unfpa.org/pds/urbanization.htm>

Ad esempio, le donne in aree urbane smettono di allattare due o tre mesi prima delle donne in zone rurali⁷¹, privando i bambini dei nutrienti necessari e riducendo le loro difese immunitarie.

In India circa il 26% della popolazione urbana vive al di sotto della soglia di povertà e quindi con limitato accesso ai servizi di base, all'istruzione e alla sanità. È interessante notare che il rapporto di povertà urbana in alcuni degli Stati più grandi dell'India è più alto di quello della povertà rurale in alcuni degli Stati più piccoli⁷².

In uno studio condotto nel 2009 in India sono stati esaminati alcuni aspetti dei check-up durante la gravidanza. L'analisi ha mostrato che il 20% più ricco della popolazione ha ricevuto circa il 25% della spesa effettiva in salute del governo, mentre il 20% più povero ha ricevuto solo il 15%.⁷³ L'accessibilità alla salute è influenzata non solo dalla ricchezza, ma anche da altri fattori socio-economici, quali sesso, etnia, lingua, livello di istruzione, professione e residenza. Le donne povere vivono in ambienti malsani e ciò comporta gravi implicazioni per la loro salute. Inoltre, hanno bisogno di più soldi da spendere per l'assistenza sanitaria⁷⁴.

Il peso della disuguaglianza e della povertà alimenta il divario tra regioni, tra paesi ad alto e basso reddito e tra gruppi di popolazione che vivono nello stesso paese o addirittura nella stessa città, creando una sorta di circolo vizioso in cui senza benessere aumentano i rischi per la salute e senza salute sono compromesse le opportunità di progresso sostenibile. È essenziale interrompere questo ciclo.

⁷¹ IFPRI (2002) *Not just where we live, but how we live: addressing urban food and nutrition security*. Sul web: http://www.ifpri.org/sites/default/files/pubs/pressrel/2002/pressrel_053102.pdf

⁷² Jyotsana Shukla, Amity University, India (2010) *Social Determinants of Urban Indian Women's Health Status*.

⁷³ UNDP (2009) *India: Urban Poverty Report*.

⁷⁴ Jyotsana Shukla, Amity University, India (2010) *Social Determinants of Urban Indian Women's Health Status*.



2. AFFRONTARE LE DISUGUAGLIANZE: NESSUNO RESTI INDIETRO

I progressi compiuti negli ultimi due decenni forniscono una ricca evidenza sugli approcci più efficaci per migliorare l'accesso geografico ai servizi sanitari di base, per raggiungere le popolazioni povere o che vivono in aree remote, ma soprattutto per assicurare l'accesso economico alle cure attraverso prestazioni sanitarie gratuite per gruppi vulnerabili, come madri e bambini, così da garantire una copertura universale pianificata a livello nazionale.

La salute è un obiettivo sociale che interessa trasversalmente tutti noi ma la responsabilità di tutelare la salute pubblica e promuoverla equamente resta responsabilità primaria degli Stati. Questi hanno il compito di investire sui sistemi sanitari nazionali e di puntare esplicitamente verso la copertura sanitaria universale. L'equità deve essere una priorità in fase di pianificazione sanitaria strategica pubblica, a livello nazionale e internazionale, e deve costituire un obiettivo dichiarato in un quadro più ampio di riduzione della povertà e di rilancio dei diritti umani.

Oggi circa 150 milioni di persone vanno incontro a catastrofi finanziarie per pagarsi le cure di cui necessitano; ciò ha un peso enorme sui più vulnerabili in quanto intensifica la loro povertà con ricadute sull'economia e sullo sviluppo a livello nazionale. È importante perciò prevedere meccanismi di finanziamento per garantire a tutti l'accesso economico alle cure e ridurre così le disuguaglianze.

Investire sui sistemi sanitari vuol dire anche rafforzare il ruolo dei medici e degli operatori sanitari, migliorare la loro formazione e garantire le loro prestazioni ovunque ce ne sia bisogno. Per questo motivo è essenziale lavorare nelle comunità per poter raggiungere tutti, ovunque e al momento giusto. Agire tempestivamente con assistenza adeguata è una priorità cruciale nell'ambito della salute materno-infantile.

Questo secondo capitolo illustra inoltre i principi fondamentali identificati da Save the Children, per istituire sistemi sanitari nazionali che abbiano successo nel garantire a tutti un'assistenza adeguata attraverso la copertura sanitaria universale, e attraverso l'adozione di politiche ed interventi che mirino esplicitamente a sostenere e a raggiungere i più poveri e i più vulnerabili, tra cui madri, neonati e bambini.

Infine, la comunità internazionale è parte di questo sforzo collettivo verso il benessere dell'umanità intera. I paesi in via di sviluppo, instabili o in difficoltà devono essere sostenuti attraverso iniziative internazionali e sostegni finanziari affinché la mortalità materna e infantile sia combattuta su tutti i fronti e dunque eliminata. Nei fora internazionali più rilevanti come il G8 e nel contesto delle Nazioni Unite, i paesi membri, compresa l'Italia, hanno riconosciuto che la riduzione della mortalità materno-infantile è un obiettivo che deve essere sostenuto più incisivamente. A partire dal 2010, importanti iniziative globali sono state inaugurate per rinnovare le promesse fatte e stimolare ulteriori impegni finanziari verso gli OSM 4 e 5 che, alle soglie del 2015, sono ancora un miraggio per i più poveri ed emarginati del pianeta.

La sfida ora è quella di accelerare i progressi fatti finora e muoverci verso la definizione di una nuova agenda di sviluppo post-2015.

2.a La responsabilità e il ruolo degli Stati

La disuguaglianza che si riscontra oggi nell'ambito della salute pone grandi sfide in ciascun paese. Ad alti livelli di disuguaglianza, corrispondono grandi numeri in termini di popolazione, ossia moltissime persone direttamente colpite dal disagio. Ne consegue che maggiori dovranno essere gli sforzi finanziari, programmatici e operativi da affrontare per raggiungere un livello minimo di assistenza sanitaria per tutti. **Gli Stati sono i principali responsabili della salute della popolazione e su i loro governi ricade l'onere principale di progredire verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.**

Il **legame tra le disuguaglianze nella salute e l'ambiente in cui si vive è forte** ed indiscutibile. Le disuguaglianze non danneggiano solo chi ha scarsi mezzi ma **si infiltrano trasversalmente in tutta la struttura sociale con impatti negativi anche sulle generazioni future**. Dove esistono profonde iniquità si rischia di andare incontro a dinamiche sociali di carattere conflittuale e i progressi economici e sociali diventano fragili e meno sostenibili dal momento che un'ampia percentuale di popolazione non ha pari accesso alla salute, all'istruzione, al lavoro e a più eque opportunità.

La salute è un obiettivo sociale e una responsabilità che interessa trasversalmente tutta la struttura sociale. Ma la responsabilità di proteggere la salute pubblica e promuoverne un equo livello, resta responsabilità primaria dei governi nazionali. Il ruolo dei governi è quello di raccogliere la sfida di investire sui sistemi sanitari nazionali e muoversi verso **la copertura sanitaria universale** (*Universal Health Coverage* - UHC) particolarmente per i paesi a basso reddito che diventeranno a medio reddito entro il 2030⁷⁵.

2.b Investire sui sistemi sanitari nazionali

Un sistema sanitario nazionale efficiente **garantisce a tutta la popolazione una buona salute** attraverso la predisposizione di **servizi di qualità per tutti i cittadini**, a cui **tutti hanno accesso** in condizioni di uguaglianza, **nel posto e nel momento in cui ciascuno ne ha bisogno**, in una prospettiva esplicitamente basata sul **diritto alla salute per tutti**. La **copertura sanitaria universale** è l'obiettivo cruciale e imprescindibile a cui puntare.

Save the Children riconosce che ogni paese ha un proprio approccio per assicurare la UHC in base al contesto nazionale e individua una **combinazione di elementi strategici e principi**⁷⁶ su cui dovrebbero incentrarsi i sistemi sanitari che mirano a **garantire la copertura sanitaria universale**:

- Assunzione di responsabilità. Assicurare che le autorità sanitarie si assumano la **responsabilità per governare e dare una direzione all'intero settore salute** e che siano responsabili della gestione di **sfide e problemi presenti e futuri**. Ciò include: assicurare che tutti i cittadini abbiano accesso ad un pacchetto di servizi essenziali per la salute e la **definizione di politiche sanitarie nazionali**, piani e strategie che stabiliscano una chiara direzione per il settore sanitario e che siano improntate sui principi della trasparenza e partecipazione.
- Solidi meccanismi di finanziamento. Le disuguaglianze non consentono un'equa fruizione dei servizi all'interno dei paesi. Si stima che **circa 150 milioni di persone vadano incontro a gravi disagi finanziari per affrontare le cure** poiché non coperti da alcuna forma di protezione dai rischi finanziari, e per questo motivo, oltre 100 milioni di persone cadono al di sotto della soglia di povertà⁷⁷. I meccanismi di finanziamento possono essere uno strumento politico determinante nel ridurre le disuguaglianze nella salute, eliminando le barriere finanziarie, prevenendo danni economici alle famiglie (soprattutto le più vulnerabili) attraverso livelli di protezione dei rischi finanziari associati alla salute e garantendo accesso ai servizi e alle cure per tutti.
- Operatori sanitari e personale medico adeguatamente formato e retribuito. Medici e operatori sanitari sono indispensabili per assicurare buona salute alla popolazione; **sono in prima linea per rispondere alle esigenze dei cittadini**. Il personale medico è efficiente quando ottiene i migliori risultati possibili in base alle risorse disponibili e alle circostanze. Perché ciò si realizzi è necessario che il personale sia: **in numero sufficiente, com-**

⁷⁵ United Nations. General Assembly (2012) *Adopting Consensus Text, General Assembly Encourages Member States to Plan, Pursue Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage*, 12 December 2012. Sul web: <http://www.un.org/News/Press/docs/2012/ga11326.doc.htm>

⁷⁶ Save the Children (2013) *Position: Universal Health Coverage*. Agreed by the Every One Task Group, June 2013; e http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf

⁷⁷ WHO (2013) *Universal health coverage*. Report by the Secretariat A66/24.

petente, specializzato e adeguatamente formato, giustamente retribuito e incentivato, operativo su tutto il territorio e coordinato con tutti gli altri soggetti che operano nel settore della salute.

- Strutture sanitarie per fornire assistenza medica di qualità su tutto il territorio. Perché un sistema sanitario sia efficiente è necessaria la presenza di **strutture sanitarie di base operative in maniera capillare su tutto il territorio a livello comunitario e di riferimento per un gruppo di popolazione definita**. È importante che queste siano ben mantenute ed equipaggiate con strumentazioni adeguate e farmaci, e che vi operi personale specializzato in grado di rispondere alle esigenze della popolazione. Ciò è **essenziale** quando si fa riferimento alla **salute materno-infantile**, poiché è **attraverso queste strutture che si garantisce il continuum of care**, ossia l'**assistenza sanitaria prestata su base continuativa** in tutte le fasi della gravidanza, durante il parto (incluse complicanze) e assistenza nei primi mesi di vita del bambino.
- Sistema di monitoraggio per consentire scelte politiche informate. Questo è indispensabile per avere **dati aggiornati e affidabili** sugli aspetti legati alla salute pubblica e alla performance del sistema sanitario. In particolare è fondamentale per monitorare i **progressi compiuti rispetto alle principali sfide in tema di salute, agli obiettivi sociali - soprattutto l'equità in salute** (attraverso indagini su famiglie, registrazioni, sorveglianze epidemiologiche e altro) - alle **barriere economiche** che incontrano le famiglie povere e vulnerabili **nell'accesso ai servizi sanitari**, all'andamento del **consumo dei farmaci, alla fruizione e qualità dei servizi e all'adeguatezza delle infrastrutture**.

Partendo da questo scenario, è evidente come gli orientamenti politico-programmatici adottati nell'ambito della salute pubblica possono ridurre concretamente le disuguaglianze nella salute agendo a diversi livelli. Il sistema sanitario nazionale determina il grado di esposizione al rischio e alla vulnerabilità, definendo così lo stato di salute di ciascun individuo. La **copertura sanitaria universale come presupposto per sistemi sanitari avanzati** è un obiettivo a cui si guarda con crescente interesse politico ed è ormai riconosciuto a livello internazionale come un **imprescindibile obiettivo di salute**.

Nel 2012, il tema della copertura sanitaria universale è stato al centro di dibattiti internazionali che hanno prodotto quattro importanti dichiarazioni (*The Bangkok Statement; The Kigali Ministerial Statement; The Mexico City Political Declaration e The Tunis Declaration*)⁷⁸ allo scopo di sancire la **copertura sanitaria universale come uno dei principi guida per l'assistenza medica di base**⁷⁹, e per porre le basi per adattare i **meccanismi di finanziamento nazionali per raggiungere la copertura sanitaria universale**⁸⁰.

Le politiche di sviluppo rispecchiano quello che sta accadendo a livello nazionale. Paesi a basso e medio reddito come **Brasile, Cina, Ecuador, Ghana, Indonesia, Marocco, Ruanda, Sierra Leone, Tailandia e Turchia** hanno provveduto a **modificare i loro sistemi sanitari orientandoli verso la copertura sanitaria universale**. Ma, per contro, diversi paesi ad alto reddito che affrontano gli effetti della crisi economica e finanziaria stanno cercando di mantenere i livelli di copertura già raggiunti.

2.c Lavorare nelle e con le comunità

Fornire assistenza sanitaria di base a livello territoriale è tra le strategie più efficaci per abbattere le disuguaglianze dovute a barriere geografiche, economiche, sociali e culturali e migliorare così la salute delle popolazioni più povere. Lavorare nelle comunità vuol dire agevolare l'accesso ai servizi di base (compresi i servizi sanitari materno-infantili) a tutti, ovunque ne abbiano bisogno, anche in comunità svantaggiate e isolate o quartieri urbani degradati, e nel momento in cui ne hanno bisogno.

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ WHO (2008) *The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever*.

⁸⁰ WHO (2010) *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*.

In tema di salute materno-infantile, le sfide principali che si affrontano a livello comunitario e che contribuiscono a creare disuguaglianza sono multifattoriali. Innanzitutto possono essere attribuite allo scarso accesso ai centri di assistenza sia in termini economici che geografici e all'assenza (o al numero limitato) sul territorio di operatori sanitari specializzati. A questo si aggiunge, nella quasi totalità dei casi, un vuoto di conoscenza e una mancanza di informazioni su temi cruciali per la salute materno-infantile, quali i rischi delle malattie e il riconoscimento dei sintomi, i principi di base dell'alimentazione infantile e l'importanza dell'allattamento al seno, le pratiche igieniche e le scelte relative alla salute riproduttiva delle donne e delle adolescenti.

Lavorare nella comunità equivale ad affrontare queste sfide molteplici in maniera integrata. Il concetto di assistenza sanitaria fornita su base comunitaria (*community-based approach*), in particolare per la salute materno-infantile, non si limita alla sola fornitura di servizi medici e ostetrici ma si estende all'interno del sistema-comunità, coinvolgendo i legami sociali e familiari, facendo leva su una accresciuta consapevolezza e responsabilità dell'intera comunità, sulle questioni legate alla salute della madre e del bambino.

Le figure coinvolte **in prima linea a livello comunitario**, devono essere in grado di operare sui vari fronti da cui dipende la salute materno-infantile. Tra loro ci sono **medici e operatori sanitari** (infermieri e ostetriche) ma anche tutti gli operatori sanitari non professionali reclutati all'interno della stessa comunità a supporto delle attività di promozione della salute. Gli **operatori sanitari di comunità** coadiuvano la fornitura di assistenza di base e di orientamento, si occupano di assistenza prenatale, dei servizi sanitari preventivi e terapeutici e sono di forte supporto per l'educazione sanitaria. Il ruolo degli **operatori sanitari di comunità** è determinante nella sensibilizzazione della comunità sui temi della salute e per incoraggiare una corretta fruizione dei servizi creando così un collegamento tra le famiglie e il sistema di assistenza sanitaria⁸¹.



Box 4: Accesso alle cure mediche, Every One e il lavoro con le comunità

In molti paesi in via di sviluppo, l'accesso all'assistenza sanitaria di qualità è estremamente limitato. Attraverso approcci partecipativi, **Save the Children lavora nelle comunità e con le comunità**, in particolare nelle zone isolate segnate da povertà ed esclusione, per realizzare attività di prevenzione e assicurare le cure mediche ai gruppi più vulnerabili.

Tra gli interventi che Save the Children conduce per sostenere i servizi sanitari locali vi sono la costruzione, la riabilitazione e l'equipaggiamento delle strutture sanitarie e la realizzazione di estesi programmi di formazione del personale sanitario. **Save the Children lavora per rafforzare la rete degli operatori sanitari di comunità, il personale che rappresenta il ponte tra il sistema sanitario e le comunità locali.**

Nella maggior parte dei casi si tratta di personale sanitario volontario, impiegato dal Ministero della Sanità locale, **individuato all'interno delle comunità che, formato da Save the Children, si sposta sul territorio raggiungendo anche le aree più remote offrendo servizi immediati e gratuiti per le famiglie più vulnerabili e isolate.**

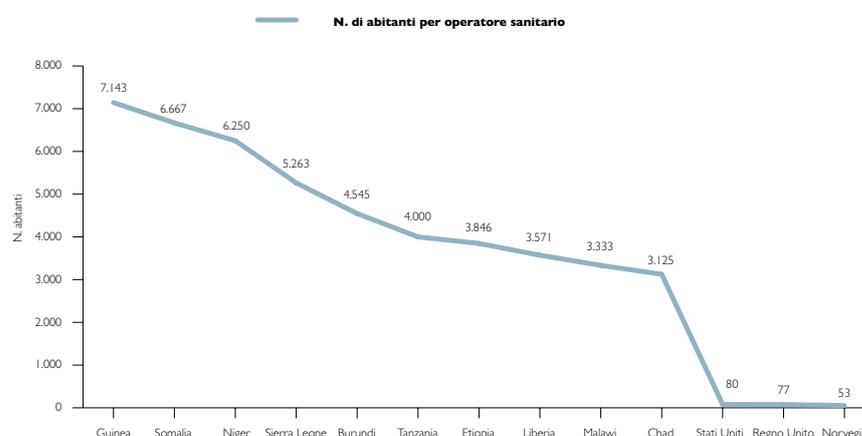
Nei programmi di intervento all'interno della campagna Every One Save the Children garantisce, tra l'altro, agli operatori sanitari di comunità:

- programmi di formazione e di *capacity building* per riconoscere, diagnosticare, curare e se necessario, deferire, i casi di malnutrizione o di malattie materno-infantili.
- Kit di primo soccorso contenenti strumenti e medicine di base per trattare già a livello comunitario i casi di salute e nutrizione materno-infantile meno gravi (test e trattamenti antimalaria, zinco, vitamina A e sali reidratanti per i casi di diarrea, bilance, termometri e strumenti per la respirazione, micronutrienti e integratori di ferro per donne in gravidanza, registri per le diagnosi, materiali di comunicazione, metodi di pianificazione familiare, etc.).
- Biciclette e motociclette per facilitare gli spostamenti sul territorio e per consentire di raggiungere il maggior numero di famiglie possibile.

⁸¹ Save the Children (2011) *Accesso Vietato. Perché la grave carenza di operatori sanitari ostacola il diritto alla salute dei bambini.*

Dalla figura 7 emerge che il numero di operatori sanitari presenti in molti dei paesi a basso reddito è assolutamente insufficiente per coprire i bisogni della popolazione. Ad esempio, in Etiopia e in Malawi, due paesi in cui Save the Children Italia lavora con progetti di salute materno-infantile, il rapporto tra operatori sanitari e numero di abitanti è di appena 1 su 3.500-4.000. Se in Norvegia si ha in media un medico ogni 53 pazienti e nel Regno Unito 1 ogni 77, in Guinea e in Niger, ci sono rispettivamente un medico ogni 7.143 e 6.667 pazienti.

Figura 7 - Numero di abitanti per operatore sanitario nei 10 paesi con più bassa densità di operatori sanitari e nei 3 paesi con più alta densità



Fonte: World Health Statistics (2011).

La partecipazione dell'intera comunità è fondamentale per favorire una maggiore consapevolezza sulla salute, la cura del neonato e del bambino. A livello familiare è importante coinvolgere le madri così come i padri, i fratelli e le sorelle e i nonni anche **per superare le disuguaglianze di genere** e le differenze che si creano in ambito domestico; mentre a livello comunitario tutti i gruppi devono essere interessati, soprattutto i più vulnerabili (famiglie povere e/o numerose, giovani, orfani, vedove) **per colmare il divario economico, sociale e culturale che si genera tra gruppi di popolazione, anche all'interno della stessa comunità**. La sostenibilità degli interventi è così assicurata e la comunità è rafforzata perché non solo beneficia delle soluzioni, ma vi contribuisce e ne è parte.

L'esperienza nei paesi conferma che la combinazione di interventi e strategie giuste portano a risultati concreti. Il Nepal, ad esempio, ha raggiunto obiettivi importanti essendo riuscito a ridurre la mortalità infantile del 50% tra il 1990 e il 2006. Tra gli interventi chiave che hanno portato a questi risultati ci sono le campagne di vaccinazione, i trattamenti per la diarrea e la polmonite e la distribuzione di supplementi di vitamina A, implementati su ampia scala. Ma soprattutto due elementi hanno contribuito in maniera decisiva a questo miglioramento. Il primo è una **chiara ed esplicita volontà politica nell'investire sul sistema sanitario e sulla formazione del personale** e nel dare nuove e più ampie funzioni agli operatori sanitari. Il secondo elemento chiave è stato **il sostegno di organizzazioni attive nelle comunità** che hanno fatto da ponte tra il governo e le persone, non solo in termini logistici (e.g. distribuzione di farmaci) ma soprattutto stimolando le comunità locali verso comportamenti più salutari.⁸²

⁸² Save the Children (2009) *La Nuova Sfida: Dire Basta alla mortalità infantile*.

Box 5: Every One nei primi 1.000 giorni

Il momento di maggiore vulnerabilità per madri e bambini, ma anche di maggiori opportunità, è quello dei 1.000 giorni che trascorrono dal concepimento al secondo anno di vita. Politiche e interventi mirati a tutelare la salute e la nutrizione di madre e figlio durante i primi 1.000 giorni risultano essere estremamente efficaci non solo per curare le malattie ma soprattutto per prevenirle.

L'approccio di Save the Children è basato su:

- supportare i sistemi sanitari attraverso la fornitura di medicine, registri, strumenti sanitari, mobilia, attività di supervisione e formazione nell'ottica di una maggiore efficienza e migliore offerta di servizi sanitari per la salute materno-infantile.
- Sviluppare capacità e competenze all'interno della comunità affinché la gestione dei casi meno gravi di malattie materno-infantili avvenga già a livello comunitario.

Il coinvolgimento della comunità è indispensabile per abbattere le barriere innalzate dalle disuguaglianze e dalla povertà. La rete di operatori sanitari comunitari, personale medico e membri volontari della comunità formati da Save the Children rappresentano un solido collegamento tra il sistema sanitario e la comunità. Muovendosi sul territorio raggiungono anche i villaggi più isolati offrendo servizi immediati e gratuiti per le famiglie più vulnerabili e isolate.

A supporto dei programmi, Save the Children ha creato un pacchetto di 6 interventi a basso costo che possono salvare la vita ai bambini nei primi 1.000 giorni, i *lifesaving six*:

- 1) somministrazione di ferro;
- 2) allattamento al seno;
- 3) somministrazione di alimenti integrativi per una dieta bilanciata e di qualità;
- 4) somministrazione di vitamina A;
- 5) somministrazione di zinco;
- 6) adeguata attenzione all'igiene.

L'intero "pacchetto" dei 6 interventi costa poco più di 15€, ma più della metà dei bambini al mondo non può usufruirne. L'acquisto di ferro, vitamina A e zinco costa dai 0,70€ ad 1,50€ all'anno⁸³, e solo grazie all'allattamento al seno si potrebbero salvare circa 1 milione di vite.

Grazie al suo approccio, Save the Children con la campagna Every One ha garantito visite domiciliari, promozione dell'allattamento al seno e rafforzamento dell'erogazione dei servizi sanitari.

Gli operatori sanitari comunitari sono equipaggiati con strumenti sanitari (bilance, termometri, strumenti di rianimazione, test antimalarici, dosi supplementari di cibo e vitamina A, materiale informativo e divulgativo, registri) per visitare le mamme prima e dopo il parto, i neonati e i bambini, diagnosticare le malattie più comuni, informare le madri sui rimedi necessari e le strutture sanitarie disponibili, diffondere le corrette pratiche igieniche, sanitarie e alimentari, deferire verso le strutture sanitarie presenti i pazienti più gravi che non possono essere curati a livello comunitario.

Attraverso la rete degli operatori sanitari comunitari molte madri che partoriscono a casa e senza l'assistenza medica possono ricevere i primi accertamenti sul loro stato di salute e nutrizione e su quello dei loro neonati. Inoltre, usufruendo della stessa rete, molte donne in gravidanza possono essere visitate per la prima volta e ricevere indicazioni sulle loro condizioni e su come comportarsi al momento e subito dopo il parto.

⁸³ Save the Children (2012) *Nutrition in the first 1.000 days. State of the World's Mothers 2012.*

2.d Ridefinire il target per accelerare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5

Se da un lato mirare alla copertura sanitaria universale è un obiettivo cruciale per azzerare le disuguaglianze, dall'altro si deve considerare quali siano **i gruppi più colpiti dalle disuguaglianze nella salute**. Raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5, cioè ridurre il tasso di mortalità materno-infantile, implica un **impegno focalizzato esplicitamente sui gruppi di popolazione più vulnerabili: i più poveri**.

La vulnerabilità di donne, madri, neonati e bambini deve essere chiaramente ed esplicitamente affrontata. La vulnerabilità di questi gruppi si amplifica sotto il peso delle disuguaglianze; se appartengono a famiglie a basso reddito, o abitano in zone isolate, lontane da ospedali, o hanno un basso livello di istruzione, o vivono in quartieri disagiati, ciò contribuisce ad esporli a rischi enormi per la loro salute. **È necessario che i gruppi vulnerabili siano esplicitamente indicati quali beneficiari di politiche e programmi di protezione sociale** per far sì che i progressi raggiunti in campo medico siano fruibili per tutti, non solo per chi può permetterselo e si delinea quindi uno sviluppo umano equo e sostenibile.

La lotta alla disuguaglianza è pertanto un elemento fondamentale per accelerare i progressi verso gli OSM 4 e 5.

In questi 900 giorni che ci separano dal 2015 è inoltre fondamentale cogliere l'opportunità offerta dal processo di definizione del nuovo quadro di sviluppo - avviato dalle Nazioni Unite - per andare oltre i limiti riscontrati negli OSM e influenzare la nuova agenda di sviluppo internazionale. Questa dovrà infatti riflettere in modo trasversale la necessità e l'urgenza di affrontare le disuguaglianze e garantire così che nessuno venga lasciato indietro.

Accendere i riflettori sulla centralità della disuguaglianza è perciò una nuova e potente sfida, solo riducendo le disuguaglianze la nostra generazione sarà in grado di mettere fine alla povertà estrema⁸⁴. La visione di Save the Children per il post-2015 pone pertanto una forte enfasi sulla definizione degli "Zero Goals"⁸⁵ e quindi sullo sradicamento della povertà estrema a favore del raggiungimento di una copertura totale dei servizi per tutti. Declinato in ambito sanitario, "l'obiettivo zero" verrà raggiunto solo quando si metterà fine alle morti infantili e materne dovute a cause prevenibili e curabili e si garantirà la copertura sanitaria universale che implica la necessità di affrontare le determinanti sociali della salute.

La lotta alla disuguaglianza non può però prescindere dalla necessità di garantire una *governance* aperta, inclusiva e trasparente. In questo senso l'*accountability* dei governi è un elemento cruciale per lo sviluppo che dovrà essere contemplato nella futura agenda politica internazionale. Nel quadro degli OSM manca infatti un meccanismo di *accountability* solido ed efficace e ciò ha reso difficile accertare in modo trasparente l'effettiva realizzazione degli impegni presi da parte dei governi.

La definizione della nuova agenda di sviluppo costituisce quindi un'opportunità enorme da sfruttare appieno per creare e realizzare le precondizioni necessarie ad uno sviluppo umano sostenibile per tutti, migliorando così la qualità della vita delle popolazioni più povere e marginalizzate e facendo la differenza per milioni di bambini e bambine nel mondo.

⁸⁴ Ravallion, M (2013) *How Long Will It Take to Lift One Billion People Out of Poverty?* World Bank Policy Research Working Paper 6235.

⁸⁵ Save the Children (2013) *Mettere Fine Alla Povertà In Questa Generazione. La visione di Save the Children per il post-2015*.



Box 6: Educazione e accesso all'igiene

Ogni giorno nel mondo muoiono 2.000 bambini a causa di infezioni legate alla scarsità di acqua pulita e alla mancanza di un'igiene corretta. Nei paesi occidentali acqua, gabinetti e fognature funzionanti sono elementi quasi banali nella vita di tutti; eppure, è stimato che su una popolazione mondiale di 7 miliardi, 900 milioni di persone non hanno ancora accesso a fonti di acqua salubre e 2,6 miliardi vivono in pessime condizioni igieniche⁸⁶. Un forte miglioramento dei servizi igienici e un accesso all'acqua sono necessari per ridurre la mortalità infantile nei bambini al di sotto dei cinque anni e la diffusione di malattie infettive.

Alcune delle semplici soluzioni adottate da Save the Children:

- Campagne di sensibilizzazione alle **corrette pratiche igienico-sanitarie** nelle comunità.
- Miglioramento dell'accesso all'**acqua potabile** e ai **servizi igienico-sanitari**.
- **Promozione del lavaggio frequente delle mani con sapone** (che da solo può ridurre la probabilità di contrarre la polmonite fino al 23%)⁸⁷.
- **Riabilitazione di gabinetti e sistemi di fognature nelle strutture sanitarie.**
- **Educazione per le mamme alle pratiche igieniche personali e dei propri figli.**
- Attività di educazione per le comunità **all'utilizzo e alla pulizia delle latrine.**
- Formazione delle mamme sulla **corretta pulizia del cordone ombelicale dei neonati** per evitare gravi infezioni.
- Mantenimento, attraverso gli operatori sanitari, di sale parto asettiche.
- **Divulgazione di materiale illustrativo** per informare le comunità sulle **corrette regole igienico-sanitarie.**
- **Costruzione di sistemi per depurare l'acqua.**
- **Distribuzione** agli operatori sanitari di **attrezzature per lavare** e disinfettare.
- **Realizzazione di sistemi di tubazioni per garantire un accesso all'acqua pulita nei centri sanitari.**

2.e Le iniziative globali e l'impegno dell'Italia

Il conto alla rovescia per la scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è iniziato. Mancano meno di 900 giorni al 2015 ma i progressi compiuti finora, sebbene notevoli, devono essere sostenuti e il ritmo a cui si procede è ancora insufficiente per raggiungere gli ambiti traguardi. Il tasso di declino della mortalità infantile dovrebbe essere di 15,6% all'anno e la mortalità materna dovrebbe subire un calo del 24,3% fino al 2015 per poter raggiungere i target globali.

Investire nella salute globale è un'esplicita priorità del G8. Durante il summit svoltosi in Canada nel 2010, i capi di Stato e di governo dei paesi membri hanno rinnovato il loro impegno verso gli OSM, lanciando una proposta senza precedenti, la *Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health*. Gli obiettivi dell'iniziativa sono tesi a promuovere la salute materno-infantile e ridurre significativamente il numero di morti infantili attraverso il sostegno ai sistemi sanitari nazionali nei paesi in cui si incontrano maggiori difficoltà. Fino al 2010 i paesi G8 già contribuivano annualmente con oltre 4,1 miliardi di dollari per l'assistenza alla salute materna, del neonato del bambino. Ma è nel corso del summit 2010 che i leader G8 hanno stabilito di mobilitare, a sostegno di questa iniziativa, fondi aggiuntivi pari a 5 miliardi di dollari fino al 2015, in collaborazione con governi terzi, fondazioni e altri partner.

⁸⁶ Fonte: http://www.unicef.org/media/media_68359.html; <http://www.unicef.it/doc/263/acqua-e-igiene.html>

⁸⁷ Fonte: <http://www.unicef.it/doc/4284/polmonite-e-infanzia-scheda-informativa.htm>

La *Muskoka Initiative* ha aperto il varco a nuove idee. A distanza di pochissimi mesi (settembre 2010) le Nazioni Unite hanno inaugurato *Every Woman Every Child* (EWEC) un movimento globale che finora ha mobilitato l'impegno collettivo di oltre 250 partner per catalizzare azioni e risorse finanziarie (40 miliardi di dollari nei quali confluiscono finanziamenti provenienti da canali di collaborazione fra più soggetti⁸⁸) sulla salute materno-infantile con l'obiettivo di salvare la vita a 16 milioni di donne e bambini, prevenire 33 milioni di gravidanze indesiderate, eliminare la malnutrizione cronica per 88 milioni di bambini e proteggere 120 milioni di bambini dalla polmonite, entro il 2015. Almeno 10 miliardi di dollari sono stati erogati dal 2012. Fondi ulteriori sono stati impegnati fino al 2015 e saranno utilizzati per sostenere i meccanismi di finanziamento alla cure e alla sanità a livello nazionale, e per garantire l'accesso e l'assistenza sanitaria di qualità alle donne e ai bambini più vulnerabili in tutto il mondo.

Gli impegni presi nel 2000 con gli OSM miravano ad offrire, a ciascun bambino, il miglior inizio possibile nella vita. Ecco perché l'UNICEF decise di rinnovare questa promessa, inaugurando nel 2012 *"A Promise Renewed"* un movimento globale per rafforzare gli impegni assunti nell'ambito della EWEC. Sotto la guida dei governi, *A Promise Renewed* agisce su tre fronti: la formulazione di piani nazionali basati sull'evidenza e la definizione di parametri misurabili; il rafforzamento delle responsabilità nella salute e sopravvivenza dei bambini, dei neonati e delle madri, e la promozione di un'ampia mobilitazione sociale.

Nel 2012, durante la presidenza USA del G8 e in continuità con i principi elaborati per *L'Aquila Food Security Initiative*⁸⁹, è stata presentata la *New Alliance for Food Security and Nutrition*, una partnership tra governi africani, il settore privato e i partner dello sviluppo, per stimolare investimenti responsabili nel settore agricolo africano allo scopo di affrancare 50 milioni di persone dalla povertà entro il 2022 ed apportare un contributo durevole alla riduzione della malnutrizione e della vulnerabilità alimentare in tutta l'Africa. La *New Alliance* mira a promuovere la trasformazione agricola attraverso investimenti responsabili e sostegno agli agricoltori e piccoli proprietari in Africa, creando nuove opportunità di lavoro e di mercato nel contesto dell'agricoltura in Africa⁹⁰.

Oggi è quanto mai necessario che l'erogazione degli aiuti economici promessi sia garantita e che gli impegni presi dai governi di tutto il mondo siano rispettati. È urgente lavorare affinché le promesse si trasformino finalmente in realtà tangibili. Progressi concreti sono ancora possibili sul fronte della mortalità materno-infantile ma bisogna agire subito per accelerare il ritmo di ogni azione possibile che conduca al miglioramento della salute materno-infantile. Questo è il momento!

In ambito internazionale l'Italia si è impegnata nelle principali iniziative multilaterali lanciate negli ultimi anni per migliorare la salute materno-infantile in due settori in particolare che sono prioritari per la Cooperazione Italiana: agricoltura e sicurezza alimentare, e sviluppo umano (salute e istruzione).⁹¹

Nella sfera dell'**agricoltura e sicurezza alimentare**, la Cooperazione Italiana si è impegnata attraverso l'attiva partecipazione alla *New Alliance for Food Security and Nutrition* che ambisce ad avere impatti positivi sulla mortalità materno-infantile. In base al *New Alliance for Food Security and Nutrition Progress Report 2013*, l'Italia ha assunto impegni finanziari pari a **40 milioni di euro verso l'Etiopia** nel triennio 2013-2015, ma nessun esborso è avvenuto fino a Maggio 2013. L'accordo finale sul programma nazionale deve essere firmato entro la metà del 2013 ed il primo esborso è previsto entro la fine del 2013. Il nostro paese si è impegnato

⁸⁸ Come ad esempio la *Muskoka Initiative*, o agenzie tra cui UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO e UNDP.

⁸⁹ Durante il G8 de l'Aquila 2009 lo sviluppo agricolo viene riconosciuto come cardine nella lotta alla malnutrizione. Nel corso del vertice de l'Aquila è stato inaugurato il primo strumento concreto di cooperazione globale in tema di sicurezza alimentare, l'Aquila Food Security Initiative (AFSI "L'Aquila" Joint Statement on Global Food Security. L'Aquila Food Security Initiative (AFSI). http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/LAquila_Joint_Statement_on_Global_Food_Security%5B1%5D,0.pdf

⁹⁰ Fonte: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/208284/New-Alliance-Progress-Report-May2013.pdf

⁹¹ La Cooperazione Italiana allo sviluppo nel triennio 2013-2015. Linee Guida e Indirizzi di programmazione. Aggiornamento marzo 2013. Ministero degli Affari Esteri.

anche nei confronti del Mozambico per un finanziamento complessivo pari a 10 milioni di euro ma l'accordo prevede una condizionalità amministrativa che ad oggi non è soddisfatta dal Ministero dell'Agricoltura dello stesso paese.

Nel campo dello **sviluppo umano, salute e istruzione**, con particolare attenzione alla salute materno-infantile e la formazione del personale sanitario, l'Italia sostiene la *Muskoka Initiative* a partire dal 2011, attraverso la quale si è anche impegnata a finanziare l'attuazione della campagna *Every Woman Every Child* con un impegno economico pari a 75 milioni di dollari. Tuttavia, in base agli Accountability Report del G8 (Camp David 2012 e Lough Erne 2013) l'Italia non ha fatto fronte ai suoi impegni presi nel 2011 e le erogazioni, che risultavano essere pari a zero nel 2012⁹², purtroppo restano tali anche nel 2013⁹³, facendo emergere negativamente l'Italia come l'unico stato membro del G8 che non ha mantenuto le promesse fatte per ridurre la mortalità materna, neonatale e infantile.

Nonostante questo primato negativo, è importante evidenziare che il sistema di tracciabilità dei fondi in ambito G8 risente di imperfezioni metodologiche che non consentono un monitoraggio armonizzato fra i paesi. Infatti, se da un lato si evidenzia il primato negativo italiano, dall'altro l'Accountability Report del G8 2012 documenta l'impegno della Cooperazione Italiana nell'ambito della *Muskoka Initiative* attraverso iniziative promosse in Africa Subsahariana, dove in alcune comunità del Sudan e Sud Sudan, Uganda, Kenya e Repubblica Democratica del Congo, la Cooperazione ha lanciato un programma pilota sull'utilizzo di macchinari portatili ad ultrasuoni per le visite in gravidanza ottenendo risultati molto positivi: il numero di donne in gravidanza che si sono recate alle visite è aumentato e la mortalità materna decresciuta in quelle comunità. Il programma ha dimostrato di essere un buon esempio di "task-shifting"⁹⁴ per gli infermieri nelle aree rurali rendendo disponibile uno strumento per la diagnosi specialistica, in assenza di personale specializzato.

La tendenza negativa osservata nell'ambito della Cooperazione Italiana sulla salute materno-infantile nei paesi a basso reddito, si adegua ad un contesto dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) non soddisfacente che risente del forte declino subito negli ultimi anni. Lo stanziamento ordinario di cui dispone la Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Esteri, è infatti passato dai 732 milioni di euro nel 2008 ai 179 milioni del 2011. Tuttavia, nel 2013 si è registrata una leggera inversione di tendenza.

Il Documento di Economia e Finanza (DEF) approvato nell'aprile 2012 ha delineato, per il triennio 2013-15, un possibile scenario di progressivo riallineamento della Cooperazione allo Sviluppo Italiana agli standard internazionali, che prevederebbe un incremento delle risorse del 10% per ciascun anno del triennio (2011 anno di riferimento). La legge di stabilità per il triennio ha disposto (per ora limitatamente al 2013) un aumento dello stanziamento ordinario di circa 103 milioni di euro per la DGCS, che ammonta a circa **277 milioni di euro, di cui il 90% è destinato ad interventi attraverso vari canali (multilaterale, bilaterale, ONG ed emergenze)**, a cui si aggiungono 8,9 milioni di euro di residui di stanziamento del 2012 di cui circa il 18% è destinato alla cooperazione in ambito sanitario.

Nonostante questo cambio di rotta, il nostro APS si è attestato nel 2012 a meno dello **0,13%** (OCSE 2012)⁹⁵ del Reddito Nazionale Lordo (RNL), collocandosi così agli ultimi posti, insieme alla Grecia, tra i paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) membri del Comitato di Aiuto allo Sviluppo (DAC) - per rapporto tra ricchezza nazionale e aiuti⁹⁶. Ciò vuol dire che il lieve incremento non risulta

⁹² Camp David 2012. G8 Accountability Report.

⁹³ Lough Erne 2013. G8 Accountability Report.

⁹⁴ Il processo di delegare dei compiti a personale meno specializzato, in maniera appropriata. Spesso è necessario in caso di carenza di personale medico http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/task_shifting/en/

⁹⁵ Fonte: <http://www.oecd.org/newsroom/aidtopoorcountrieslipsfurtherasgovernmentstightenbudgets.htm>

⁹⁶ Tra i paesi OCSE, non membri del DAC, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Israele, Polonia e Slovacchia hanno registrato un rapporto APS/RNL inferiore a quello dell'Italia.

affatto sufficiente per raggiungere la media europea del 0,29% (OCSE-DAC 2012)⁹⁷ ed è ancora ben lontano dagli obiettivi dell'OCSE e dell'Unione Europea (UN Target) dello 0,7%. Tuttavia, grazie allo stanziamento di risorse aggiuntive sul bilancio 2013, stabilite dal Governo Monti, l'OCSE-DAC ha constatato che l'aiuto pubblico allo sviluppo nel 2013 raggiungerà lo 0,15%-0,16% del RNL⁹⁸.

La realizzazione delle iniziative di sviluppo nei paesi partner continuerà comunque a collocarsi nel contesto degli OSM che hanno ispirato l'azione italiana fin dal 2000. **L'Italia riafferma la riduzione della povertà come obiettivo primario poiché il raggiungimento della pace, della stabilità e della prosperità equa, condivisa e sostenibile è per il nostro paese un imperativo etico di solidarietà e un obiettivo strategico.**

⁹⁷ La media europea, che include anche i paesi non membri del DAC, è 0,39%.

⁹⁸ Fonte: <http://www.oecd.org/newsroom/aidtopoorcountriesslipsfurtherrasgovernmentstightenbudgets.htm>



CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Il rapporto evidenzia chiaramente che nonostante la forte riduzione registrata dal 1990 ad oggi, la mortalità infantile e materna è un problema che persiste ancora in forma drammatica evidenziando l'esistenza di "mondi dispari" e quindi di disuguaglianze che attraversano i paesi e le società.

In questi 900 giorni che ci separano dalla scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio la comunità internazionale dovrebbe muovere rapidamente dei passi avanti per non disattendere completamente le promesse fatte finora e per guardare oltre il 2015.

Per garantire uno sviluppo equo e sostenibile è necessario che la povertà estrema venga sradicata in ogni sua forma e che le disuguaglianze di genere, culturali, geografiche e ambientali, economiche e sociali, vengano azzerate in modo che tutti possano godere dei propri diritti e a tutti siano offerte uguali opportunità.

Per poter garantire il diritto alla salute infantile e materna e quindi accelerare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio numero 4 e 5 entro il 2015, Save the Children raccomanda quindi che:

- **Tutti i Governi dei paesi in via di sviluppo, dei paesi emergenti e dei paesi donatori** operino per mantenere fede agli impegni presi in ambito internazionale dando seguito alle promesse fatte attraverso gli OSM e definiscano un nuovo quadro di sviluppo post-2015 che affondi le radici su di un criterio fondamentale: nessuno deve restare escluso.
- **Il Governo Italiano** si impegni a garantire un adeguato stanziamento di risorse finanziarie a sostegno delle diverse iniziative internazionali a favore della salute materno-infantile ed avvii un progressivo riallineamento dei fondi per l'aiuto pubblico allo sviluppo. L'Italia dovrà inoltre svolgere un ruolo protagonista nello scenario internazionale soprattutto nell'ambito del processo di definizione del futuro quadro di sviluppo post-2015.
- **I governi nazionali finanzino in modo adeguato la copertura sanitaria universale** garantendo allo stesso tempo la copertura dei servizi sanitari necessari per abbattere le disuguaglianze nell'accesso alle cure e ai servizi all'interno dei paesi, tra i gruppi socio-economici, etnici e di genere; e la copertura con protezione del rischio finanziario per tutti,⁹⁹ attraverso la predisposizione di sistemi di finanziamento e di sistemi di distribuzione del rischio¹⁰⁰.
- **I paesi con alti tassi di mortalità infantile adottino, finanzino e realizzino su ampia scala piani nazionali efficaci ed equi.** Rafforzino i sistemi sanitari superando i limiti dal lato dell'offerta, inclusa la necessità di investire nel reclutamento, nella formazione e nel mantenimento degli operatori sanitari.
- **Si affrontino le disuguaglianze** attraverso un approccio integrato tra settori, in cui i principali stakeholders coinvolti (a livello globale, nazionale e locale) agiscano in modo coordinato in base alle esigenze della popolazione.

Ogni bambino ha diritto a vivere e crescere in salute, indipendentemente da dove sia nato.

⁹⁹ Fonte: http://www.who.int/social_determinants/implementation/en/

¹⁰⁰ United Nations. General Assembly (2012) *Adopting Consensus Text, General Assembly Encourages Member States to Plan, Pursue Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage*, 12 December 2012. Sul web: <http://www.un.org/News/Press/docs/2012/ga11326.doc.htm>

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Incidenza della povertà per regione	13
Tabella 2 - I dieci paesi con il numero più alto di decessi neonatali	15
Tabella 3 - Mortalità neonatale nei paesi con le migliori condizioni per mamme e bambini	15
Tabella 4 - Confronto per proporzione di donne anemiche in gravidanza in 13 paesi	20
Tabella 5 - Livelli di copertura per indicatori relativi a servizi sanitari selezionati in paesi con dati disponibili (2007-2012)	21
Tabella 6 - Mortalità infantile secondo il livello di istruzione materna, il quintile di reddito e il contesto geografico, nei paesi in cui Save the Children Italia lavora con progetti di salute materno-infantile	22
Tabella 7 - Interventi “salva-vita”, costi e potenziale impatto sulla sopravvivenza della popolazione infantile	25
Tabella 8 - PIL (milioni di dollari) e mortalità nel primo anno di vita (decessi/1.000 nati vivi): trend a confronto	26

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Modello concettuale delle cause della mortalità infantile e materna	12
Figura 2 - Confronto tra i paesi ad alto e basso reddito rispetto al tasso di mortalità infantile e al rapporto di mortalità materna	14
Figura 3 - Confronto tra numero di decessi materni nei paesi sviluppati e nei paesi in via di sviluppo	16
Figura 4 - La mortalità materna dal 1990 al 2010	18
Figura 5 - Rapporto di mortalità tra i bambini sotto i 5 anni nel quintile più povero e i bambini sotto i 5 anni nel quintile più ricco	24
Figura 6 - Percentuale di donne che hanno avuto parti assistiti da operatori sanitari specializzati, disaggregati per zone urbane e rurali	27
Figura 7 - Numero di abitanti per operatore sanitario nei 10 paesi con più bassa densità di operatori sanitari e nei 3 paesi con più alta densità	35

BIBLIOGRAFIA

- Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival (2013) *Accountability for Maternal, Newborn & Child Survival: The 2013 Update*.
- G8 USA (2012) *Camp David Accountability Report. Actions Approach and Results*.
- G8 UK (2013) *Logh Erne Accountability Report. Keeping our promises*.
- Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2012) *5°Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2011-12*.
- Healthy Newborn Network *A Decade of Change for Newborn Survival, Policy and Programmes - 2000-2010. A multi-country evaluation of progress towards scale*.
- Høj L, da Silva D, Hedegaard K, Sandström A, Aaby P (2003) *Maternal mortality: only 42 days?* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 110, Issue 11, pages 995–1000, November 2003
- Jyotsana Shukla, Amity University, India (2010) *Social Determinants of Urban Indian Women's Health Status*.
- Mabel Bianco, MD, MPH, Epidemiologist Susanna Moore, M.A. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) (2012) *Maternal Mortality: An Indicator of Intersecting Inequalities*. Addressing Inequalities. The Heart of the Post-2015 Development Agenda and the Future We Want for All - Global Thematic Consultation.
- Mercedes de Onis, Monika Blossner and Elaine Borghi; Growth Assessment and Surveillance Unit, Department of Nutrition for Health and Development WHO (2011) *Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020*.
- New Alliance for Food Security and Nutrition (2013) *Progress Report Summary*.
- Ravallion, M (2013) *How Long Will It Take to Lift One Billion People Out of Poverty?* World Bank Policy Research Working Paper 6235.
- Save the Children (2009) *La Nuova Sfida: Dire Basta alla mortalità infantile*.
- Save the Children (2011) *Accesso Vietato. Perché la grave carenza di operatori sanitari ostacola il diritto alla salute dei bambini*.
- Save the Children (2012) *Nutrition in the first 1.000 days. State of the World's Mothers 2012*.
- Save the Children (2013) *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*.
- Save the Children (2013) *Mettere Fine Alla Povertà In Questa Generazione. La visione di Save the Children per il post-2015*.
- The Lancet (2013) *Maternal and Child Nutrition*. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. 2013.
- UNDP (2013) *Human Development Report 2013 The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*.
- UNDP (2009) *India: Urban Poverty Report*.
- UNDP (2013) MDG Report 2013 *Assessing Progress in Africa Toward the Millennium Development Goals*.
- UNICEF, GAIN, World Bank, USAID, Four Fortification Initiative, Micronutrient Initiative (2009) *Investing in the Future. A United Call to Action on Vitamin and Mineral Deficiencies. Global Report 2009*.
- UNICEF (2012) *La Malnutrizione dei Bambini. L'impegno dell'UNICEF contro la mortalità infantile*.
- UNICEF (2013) *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013*.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2011) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2011.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2012) *Levels and Trends in Child Mortality*. Report 2012.

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME) (2013) *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013*.

United Nations (2012) *The Millennium Development Goals Report 2012*.

United Nations. General Assembly (2012) *Adopting Consensus Text, General Assembly Encourages Member States to Plan, Pursue Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage*, 12 December 2012.

WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (2012) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*.

WHO (2013) *Universal health coverage*. Report by the Secretariat A66/24.

WHO (2008) *The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever*.

WHO (2010) *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*.

Zulfi qar A Bhutta, Assad Hafeez, Arjumand Rizvi, Nabeela Ali, Amanullah Khan, Faatehuddin Ahmad, Shereen Bhutta, Tabish Hazir, Anita Zaidi, Sadequa N Jafarey (2013) *Health Transitions in Pakistan 2. Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan: challenges and opportunities*. The Lancet 2013; 381: 2207-18.

Save the Children è la più grande organizzazione internazionale indipendente che lavora per migliorare concretamente la vita dei bambini in Italia e nel mondo.

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

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



Save the Children

Italia ONLUS

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

www.savethechildren.it

www.everyone.it