



NATI PER MORIRE

L'INDICE DEL RISCHIO DI MORTALITÀ MAMMA-BAMBINO



Save the Children
Italia ONLUS

Rapporto a cura di Chiara Saturnino

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

Grafica:

Mauro Fanti - InFabrica - Gruppo Comunicazione e Marketing

Stampa:

Arti Grafiche Agostini

Pubblicato da:

*Save the Children Italia Onlus
ottobre 2014*



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.org



INDICE

PREFAZIONE	2
NUMERI	3
SINTESI	4
1. VITE MANCANTI	7
2. L'EREDITÀ DEI NUOVI NATI	11
2.1 Cause e conseguenze latenti di un fenomeno complesso	11
3. L'INDICE DEL RISCHIO DI MORTALITÀ MAMMA-BAMBINO	21
3.1 Paesi a confronto	23
3.2 Il confronto con gli Indicatori di mortalità	26
3.3 Il confronto col <i>Mothers' Index</i> di Save the Children e con l'Indice di Sviluppo Umano	27
3.4 Focus - Fattori di rischio: le due facce della stessa medaglia	28
4. LE SFIDE DA AFFRONTARE IN AMBITO GLOBALE	33
4.1 Assicurare la copertura sanitaria universale e la continuità delle cure	33
4.2 Combattere la malnutrizione e investire sul potenziale dell'agricoltura	35
4.3 La risposta politica alle vite mancanti	37
4.3.1 <i>Every Newborn Action Plan: l'ultima iniziativa globale per accelerare la corsa al 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio</i>	37
4.3.2 <i>L'Italia tra impegno e crisi. Segni di ripresa della Cooperazione Italiana</i>	37
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	41
NOTE METODOLOGICHE	43
APPENDICE	46
Appendice 1 - Fattori di rischio mamma-bambino, indicatori e Indice	46
Appendice 2 - Fattori di rischio: le due facce della stessa medaglia	51
INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE	53
BIBLIOGRAFIA	54

PREFAZIONE

Il rapporto mamma-bambino è una delle cose più misteriose e complesse che esistano. Si costruisce di messaggi invisibili, di scambi chimici, di amore. È un legame assoluto, inscindibile e di straordinaria importanza. Che vede la mamma grembo accogliente di quello che poi sarà vita. Sarà neonato, bambino, uomo. E muoverà i suoi passi nel mondo, costruendo la sua storia.

Quell'uomo, nato bambino, porterà con sé un'eredità, trasmessa dalla sua mamma.

Un'eredità che è costituita dal patrimonio genetico dei suoi genitori: caratteri indelebili che porterà con sé per sempre. Ma soprattutto da un patrimonio meno evidente, più ampio, che va oltre quello genetico, e che è il riflesso delle condizioni in cui la sua mamma ha vissuto, mentre lo portava in grembo.

È come un segno, che dà una direzione a una vita che sta per nascere.

Questo segno, questa eredità, va protetta, tutelata, seguita, affinché dia una spinta giusta alla vita che si forma in grembo. Affinchè diventi vita che cresce.

Nel mondo più di 6 milioni di bambini muoiono prima dei 5 anni, a causa di malattie prevenibili e curabili con semplici soluzioni. E la metà di questi sono neonati, ovvero bambini che muoiono nel primo mese dalla nascita. Bambini che non cresceranno, non vivranno la propria esistenza, che non saranno mai adulti. Paradossalmente sono bambini "nati per morire".

La causa di queste morti, di queste vite mancanti, è legata alle condizioni di salute della mamma, durante il periodo del concepimento, della maternità, e durante e dopo il parto. Se la mamma sta bene, in salute, è assistita e curata adeguatamente, sottoposta ai giusti controlli, l'eredità che passerà al bambino sarà quella di una salute più forte e una possibilità di sopravvivenza maggiore.

L'assistenza medica a una mamma dal concepimento al parto, che nel nostro Paese è scontata, nei Paesi più poveri è assolutamente rara. Sono 289.000 le donne che hanno perso la vita nel 2013 per cause legate alla gravidanza o al parto. Sono centinaia di migliaia le donne che partoriscono sole, in villaggi sperduti, e che sole dovranno affrontare i primi giorni di vita del bambino, sperando di farlo sopravvivere e sopravvivere esse stesse. Sono poche - troppo poche - le mamme che hanno consapevolezza dell'importanza della propria nutrizione durante il periodo della gravidanza. E, ancora, sono tantissime - oltre 7 milioni - le ragazze che affrontano la loro prima gravidanza quando il loro corpo è troppo immaturo per poter dare alla luce una nuova vita.

Per questo Save the Children, in questo report, cerca di misurare con un vero e proprio Indice quali condizioni di salute della mamma possano incidere sulla salute del piccolo. È una chiave di lettura essenziale nella lotta e nella prevenzione della mortalità materna e infantile. Sfida che Save the Children ha intrapreso nel 2009, e ancora porta avanti, sviluppando progetti di salute materno-infantile in oltre 40 Paesi.

Assicurare assistenza e buone condizioni di salute a una mamma, significa proteggere l'eredità che essa trasmetterà al bambino. Solo così milioni di bambini nasceranno per vivere.



Direttore Generale
Save the Children Italia

NUMERI

6,3 milioni i bambini al di sotto dei 5 anni morti nel 2013, circa 1 ogni 5 secondi

2,8 milioni di loro sono neonati, circa **1** milione muoiono nel primo giorno di vita

oltre **1/3** delle morti infantili avviene in India e in Nigeria

49% il tasso di riduzione delle morti infantili, da 12,7 milioni nel 1990 ai 6,3 del 2013¹

circa **2** milioni in più ancora rispetto al target previsto dal 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio²

162 milioni di bambini in tutto il mondo sono affetti da *stunting*³, una forma di malnutrizione cronica⁴. La malnutrizione è concausa di quasi la metà delle morti infantili⁵

289 mila le donne che hanno perso la vita nel 2013 per cause legate a gravidanza e parto

1/3 solo in India e in Nigeria⁶

oltre **7** milioni le ragazze al di sotto dei 18 anni che partoriscono ogni anno

il **95%** di questi parti si registra nei Paesi in via di sviluppo. In Africa subsahariana il **50%** dei parti avviene da mamme adolescenti

70 mila le adolescenti che muoiono ogni anno dando alla luce un bambino⁷

Solo il **38%** delle donne dei Paesi in via di sviluppo dal 2006 al 2013 ha avuto accesso ad almeno 4 visite nel periodo precedente al parto⁸

448 i giorni che mancano al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio previsto per il 2015⁹

¹ UNICEF, WHO, The World Bank, UN (2014) *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. UNICEF, New York.

² MDG Health Alliance 2014, fonte: http://www.mdghealthenvoy.org/wp-content/uploads/2014/01/Overview-of-a-Proposed-Roadmap-to-Reach-MDG4_Jan2014.pdf.

³ lo *stunting* è una forma di malnutrizione cronica consistente in un basso rapporto tra età e altezza del piccolo.

⁴ fonte: WHO, 2014, disponibile su: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_stunting_policybrief.pdf. (FAO, IFAD, WFP 2014)

⁵ UNICEF, WHO, The World Bank, UN (2014) *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. UNICEF, New York.

⁶ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. World Health Organization, Geneva.

⁷ UNFPA (2013) *Motherhood In Childhood, State of World Population 2013*, New York.

fonte: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/

⁸ fonte: http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/.

⁹ Si consideri dalla data di pubblicazione del presente rapporto (9 ottobre 2014) fino al 31 dicembre 2015, fonte: <http://everyone.savethechildren.net/articles/how-many-lives-can-we-save-500-days>.

SINTESI

Dal 2000, anno di adozione della Dichiarazione del Millennio¹⁰ con cui sono stati fissati gli “8 Obiettivi di Sviluppo”, le grandi sfide globali sono tornate alla ribalta. Tutti le abbiamo lette in prima pagina, tutti ne abbiamo sentito parlare, soprattutto, tutti abbiamo preso familiarità coi “grandi numeri”, quelli a sei zeri, relativi alle morti infantili.

Questi numeri si riferiscono a quelli che, in questo rapporto, chiameremo “vite mancanti”, vite mancate o vite che vengono a mancare per cause prevenibili.

È una situazione inaccettabile, che accomuna la maggior parte dei Paesi del “Sud del mondo”. Nonostante i progressi economici e tecnologici su larga scala registrati nell’ultimo secolo, ancora oggi nascere in alcuni Paesi dell’Africa o dell’Asia, piuttosto che in Nord Europa o Nord America, comporta maggiori rischi per la mamma e per il suo piccolo.

Una questione di “eredità”, così vogliamo definirla. Sappiamo bene che la prima cosa che la mamma trasmette al figlio è il patrimonio genetico dei genitori, tutti quei caratteri indelebili - manifesti e non - che il nascituro porterà con sé per tutta la vita.

Ciò che viene trasmesso però, va ben oltre la sola eredità genetica. L’eredità del bambino è riflesso delle condizioni di salute della madre, comprende inoltre il contesto socio-economico in cui la mamma vive.

Prendersi cura del piccolo e combattere le morti infantili significa da un lato curare il fenomeno laddove persistente, dall’altro prevenirlo, intervenendo sul benessere materno.

È con questo obiettivo che presentiamo l’“Indice del rischio di mortalità mamma-bambino”, uno strumento che, tenendo conto delle condizioni di vita della mamma, punta a fornire un quadro dell’incidenza, nei diversi Paesi, di quelli che definiamo essere i fattori di rischio per la salute del piccolo. L’Indice è quindi, allo stesso tempo, una chiave di lettura degli ambiti in cui è necessario intervenire per prevenire tante morti evitabili.

In linea con altre iniziative messe in campo a livello mondiale, Save the Children nel 2009 lancia Every One, la campagna globale per dire basta alla mortalità infantile e per promuovere la salute di mamme e bambini. L’Organizzazione partecipa così in prima linea al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) 4 e 5. In particolare attraverso attività sul campo. A oggi, sono oltre 40 i Paesi coinvolti dai programmi di salute e nutrizione messi in atto, per un totale di 14,4 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni beneficiari dei programmi di nutrizione, 13,2 milioni di bambini e donne coinvolte in programmi volti al miglioramento della salute materna, neonatale e infantile. Fondamentale l’apporto alla campagna da parte di Save the Children Italia che, solo nel 2013, nei 7¹¹ Paesi d’intervento, ha raggiunto quasi 1 milione di beneficiari tra mamme e piccoli¹², circa 430.000 mamme e più di 560.000 bambini con cifre da record in Malawi, dove i piccoli raggiunti dagli interventi sono stati 230.000, e in Uganda con 278.000 mamme che hanno beneficiato delle attività condotte.

¹⁰ fonte: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

¹¹ Egitto, Etiopia, India, Malawi, Mozambico, Nepal, Uganda.

¹² Save the Children (2014) *Rapporto Attività 2013*. Save the Children, Roma.

L'evidenza sul campo e l'attività di ricerca portata avanti dall'Organizzazione hanno permesso di constatare come pochi semplici interventi siano sufficienti a ridurre drasticamente i “grandi numeri” di chi non ce la fa. Manca poco più di un anno alla scadenza prevista per il raggiungimento degli OSM 4 e 5 che hanno incontrato, nel 2000, il consenso unanime di tutti i 189 Paesi allora facenti parte dell'ONU¹³.

Per accelerare la corsa a questi traguardi, è necessario che i Governi, la comunità internazionale, la società civile, riducano i fattori di rischio rilevati tramite lo studio dell'Indice impegnandosi ulteriormente nella lotta alla malnutrizione e nel garantire la copertura sanitaria universale.

Al via il conto alla rovescia. A pochi mesi dalla soglia del 2015 e dalla definizione della nuova agenda politica globale, ci auguriamo che i “grandi numeri” possano essere solo quelli delle morti evitate, quelli delle mamme e dei bambini che, anziché contare tra le cifre delle grandi statistiche, chiameremo per nome.

¹³ fonte: http://www.undg.org/content/achieving_the_mdgs/millennium_declaration_and_the_mdgs



I. VITE MANCANTI

Portare in grembo un bambino vuol dire in genere mettere al mondo una vita. In alcuni Paesi però significa perderne due, quella della mamma e quella del piccolo che deve venire alla luce.

Nonostante i progressi fatti verso gli Obiettivi 4 e 5 di Sviluppo del Millennio¹⁴- la riduzione di 2/3 delle morti infantili e di 3/4 delle morti materne¹⁵ - tanto rimane da fare. Sono infatti molti ancora le mamme e i bambini “mancanti”¹⁶, quelli che perdono la vita per cause prevenibili e curabili. Si tratta di donne e piccoli di Paesi a basso e medio reddito. Il fenomeno interessa maggiormente quelle fasce della popolazione più povere e svantaggiate, con scarso accesso ai servizi sanitari di base. Le zone rurali sono quelle più a rischio. I tassi più alti di mortalità materna e infantile si registrano in Africa subsahariana e in Asia meridionale.

È in questi posti che **ogni giorno, muoiono circa 800 donne** per complicazioni legate alla gravidanza e al parto¹⁷. Molte di loro sono giovani adolescenti. In tutto, nel 2013, le donne che hanno perso la vita dando alla luce un bambino sono state circa 289.000. 1/3 di loro solo in India e in Nigeria.

Rispetto al 1990, il dato ha subito un calo del 45% a livello globale ma, alle porte del 2015 - data prevista per il raggiungimento dei target considerati - i livelli di mortalità materna per molti Paesi sono ancora lontani dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

In calo anche i dati sulla mortalità per i bambini al di sotto del quinto anno di vita. Anche per loro però resta ancora inaccettabile il numero di morti: **circa 6,3 milioni solo nel 2013**¹⁸. Di questi, **quasi la metà sono neonati**, muoiono cioè entro il primo mese dalla nascita, con una percentuale molto alta a poche ore dal parto, durante il primo giorno di vita.

Coloro che superano questo periodo, poi, continuano quotidianamente a lottare per la propria sopravvivenza. Per loro rimangono alti i rischi di complicazioni da gravidanza e parto, di sviluppare patologie e contrarre infezioni.

Molti di questi problemi sono legati alle condizioni fisiche della madre. È per questo che intervenire sulle cause di mortalità vuol dire prima di tutto **prendersi cura della futura mamma**, fare in modo che sia preparata ad accogliere una vita. Poi, prendersi cura del bambino a partire dal momento del concepimento. Save the Children sostiene da anni la necessità di intervenire già in questa fase, riconoscendo come quei primi 1.000 giorni di vita, che arrivano ai 2 anni ma che iniziano proprio dalla presenza in grembo del bambino, rappresentino una “finestra di opportunità” per il piccolo, quello spazio necessario affinché il bambino si sviluppi in salute e possa poi affrontare bene il momento del parto e della crescita.

È all'interno di questa finestra che si definisce già una parte dell'eredità che il bambino porterà con sé per la vita: e cioè le condizioni fisiche in cui viene al mondo, le stesse responsabili delle sfide che affronterà almeno nei suoi primi anni.

¹⁴ Nel 2000, con l'approvazione della Dichiarazione del Millennio, 189 Capi di Stato e di Governo hanno sottoscritto un patto definito negli otto “Obiettivi di Sviluppo del Millennio” (OSM), impegni presi a fronte delle grandi sfide globali, da raggiungere entro il 2015.

¹⁵ In particolare l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce “tasso di mortalità materna” il numero di donne morte su 100.000 bambini nati vivi, per cause legate o aggravate dalla gravidanza (escluse cause accidentali), “tasso di mortalità infantile” il numero di bambini, ogni 1.000 nati vivi, morti prima del quinto anno di vita. Tra questi casi, si distinguono quelli di mortalità neonatale, che avvengono nel primo mese dalla nascita.

¹⁶ Così il premio Nobel Amartya Sen definisce, a cavallo tra gli anni '80 e i '90, il fenomeno del basso rapporto tra popolazione femminile rispetto quella maschile, dovuto alle ineguaglianze di genere soprattutto relative all'accesso alle cure. In questo caso vogliamo far riferimento alle mamme e ai bambini “mancanti” per cause prevenibili.

¹⁷ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. World Health Organization, Geneva.

¹⁸ UNICEF, WHO, The World Bank, UN (2014) *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. UNICEF, New York.

Intervenire in quel momento vuol dire diminuire il rischio di cadere in quel circolo vizioso fatto di problemi in fase di sviluppo, mancanza di opportunità e povertà.

Prevenire il fenomeno delle “vite mancanti” significa quindi individuare tutti quei fattori che influenzano la mortalità e intervenire precocemente su questi, offrire le condizioni affinché nessun bambino debba più nascere per morire.

Attualmente è questa la sfida globale.



2. L'EREDITÀ DEI NUOVI NATI

2.1 Cause e conseguenze latenti di un fenomeno complesso

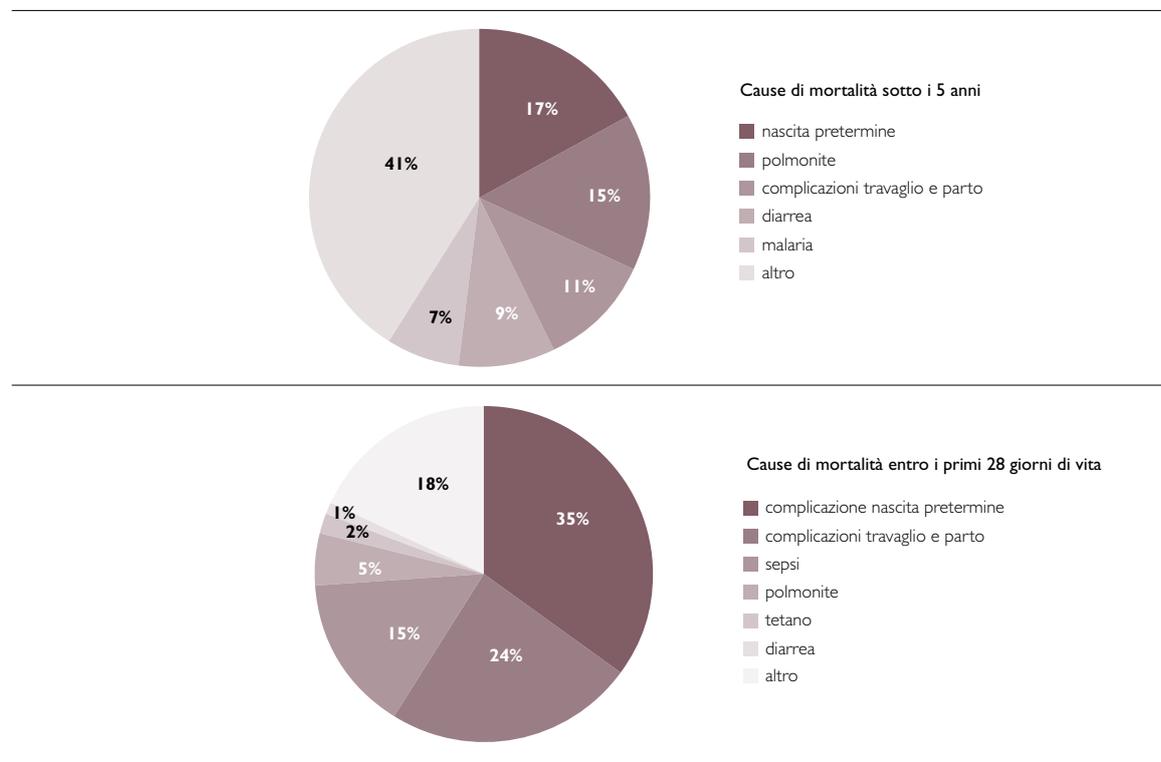
I primi 1.000 giorni. Pochi in confronto a una vita ma, si è detto, sono quelli che spesso dicono già cosa e come vivrà il bambino. Definiscono il “patrimonio” di condizioni che la mamma gli trasmetterà, le prime sfide che il piccolo affronterà nel percorso di crescita. In altre parole, “l’eredità dei nuovi nati”.

Sono ancora tanti i bambini che perdono la vita troppo precocemente. Per i piccoli sotto i 5 anni si tratta quasi sempre di morti evitabili, causate principalmente da malattie curabili, come polmonite, diarrea e malaria, (rispettivamente 15%, 9%, 7%) che però, in assenza di cure specifiche, diventano letali.

Tra le cause dirette, (si guardi figura 1) anche complicazioni dovute a nascita pretermine o derivanti dal momento del travaglio e del parto (rispettivamente 17% e 11%). La metà delle morti infantili avviene nel primo mese dalla nascita. Nell’80% di questi casi risultano fatali nascite premature, infezioni e traumi legati al parto¹⁹.

A livello globale, rispetto al 1990, oggi muoiono meno bambini e neonati. Tuttavia, tra le morti prima del quinto anno, aumenta l’incidenza dei decessi registrati proprio in età neonatale e cioè nei primi 28 giorni di vita.

Figura 1 - Cause di mortalità infantile e neonatale



Fonte: elaborazione da dati UNICEF 2014

¹⁹ Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition*; 9(Suppl2): 27-45.

Save the Children (2013) *Surviving the first day, State of the World's Mothers 2013*. Save the Children, London.

Molte volte le cause vanno ricercate anche in **fattori di rischio “trasmessi”**, seppur involontariamente, dalla mamma. Infezioni non curate durante la gravidanza, un quadro clinico sfavorevole, uno stile di vita e alimentare non adatto a una gestante, un fisico messo già duramente alla prova per poter accogliere un'altra vita, sono tutte condizioni che possono influenzare in modo non trascurabile il benessere dei piccoli²⁰. Mortalità materna e infantile sono infatti fortemente collegate tra loro da cause di matrice comune (vedi figura 2).

Il che, se da un lato rende più difficile controllare il fenomeno, dall'altro permette di intervenire sulla salute del bambino anche indirettamente, e cioè prevenendo un cattivo stato di salute alla nascita intervenendo già sul benessere fisico della mamma. Se la madre sta bene, le possibilità che la gravidanza proceda nel miglior modo possibile aumentano. Al contrario, uno stato di salute fortemente compromesso della madre, può essere all'origine di rischi per il piccolo che verrà alla luce.

Figura 2 - Fattori comuni delle cause di mortalità materna e infantile



Fonte: elaborazione dell'autore

Tra le minacce di maggiore influenza, la **malnutrizione**²¹, concausa di circa la metà delle morti infantili²². Livelli di nutrizione insufficienti o carenti nell'apporto di nutrienti e micronutrienti²³ (come vitamina A, iodio, zinco, ferro) sono alla base di gravi complicazioni sia per la mamma - durante la gravidanza e al momento del parto - che per il piccolo²⁴. Nella maggior parte dei Paesi in cui Save the Children opera, la malnutrizione è un

²⁰ Save the Children (2010) *Behind every healthy child is a healthy mother*. Save the Children, Westport.

Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition (1996) *Maternal Health: Children's First Line of Defense*. Washington, DC.

²¹ La FAO definisce la malnutrizione come una condizione fisiologica anormale causata da un consumo inadeguato e sbilanciato di macro e micronutrienti. Include denutrizione, nutrizione eccessiva e carenza di micronutrienti. In questo rapporto si farà riferimento alla malnutrizione in senso di denutrizione, eccetto il caso in cui non venga specificato diversamente (si veda focus 3.4). Fonte: FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

²² UNICEF, WHO, The World Bank, UN (2014) *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. UNICEF, New York.

²³ vitamine, minerali, sostanze nutritive necessarie all'organismo, seppur in quantità minime, immagazzinate dal corpo attraverso l'alimentazione Fonte: FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

²⁴ Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition*, 9(Suppl2):27-45.

Tomkins A. (2001) Nutrition and maternal morbidity and mortality. *British Journal of Nutrition*, 85, (Suppl. 2), 93-99.

fenomeno molto diffuso²⁵. A volte il problema è provocato dal mancato accesso geografico o economico alle risorse, altre volte dipende invece dalla scarsa qualità dell'alimentazione dovuta al non saper variare e combinare i cibi presenti sul territorio. È quel che è emerso ad esempio dai progetti che l'Organizzazione ha realizzato in India dove, in molte zone, la nutrizione basata principalmente sul consumo di pasti "poveri" è causa, ogni anno, di molte vittime. Il Paese riporta uno dei più alti tassi, a livello mondiale, di malnutrizione cronica nella popolazione infantile. Save the Children interviene in questi casi sensibilizzando le mamme sul giusto apporto nutrizionale degli alimenti, permettendo loro di risolvere in prima persona la questione a partire da ciò che portano in tavola.



COSA FACCIAMO?

GENERARE KNOW-HOW

Save the Children opera all'interno dei Paesi non solo attraverso programmi diretti volti a favorire l'accesso alle risorse ma anche e soprattutto trasmettendo *know-how*, favorendo la conoscenza di nozioni basilari che permettano il cambiamento. A volte bastano pochi, semplici interventi.

DOVE?

In **India** ad esempio, dove, tra le attività condotte all'interno dei progetti, Save the Children propone *cooking demonstration*: interviene per combattere la malnutrizione di mamme e piccoli attraverso dimostrazioni di cucina, pochi accorgimenti da mettere in pratica per consentire alle mamme di bilanciare la propria dieta e quella del proprio piccolo, in modo da sfruttare tutte le proprietà nutritive degli alimenti necessarie per il corretto sviluppo del piccolo.

Lo stato di salute e nutrizionale della madre è tra le maggiori determinanti della salute dei bambini fino al quinto anno di vita²⁶. Una nutrizione povera durante il concepimento, la gravidanza e l'allattamento, la presenza di infezioni, possono accrescere la possibilità di ritardi nella crescita fetale²⁷ già in fase uterina, provocando danni che si estendono poi per l'intero ciclo vitale. Tra questi lo *stunting*, un processo di ritardo o blocco della crescita che inizia proprio nell'utero e continua per i primi 2 anni di vita del piccolo, con gravi conseguenze sia nel breve che nel lungo periodo (come in figura 3). Nel breve periodo ne compromette la crescita fisica, le capacità motorie e cognitive. Diventa quindi causa di un sistema immunitario debole²⁸ per il bambino, da cui la maggiore facilità nel contrarre o sviluppare infezioni. L'attenzione deve essere massima soprattutto nella finestra dei 1.000 giorni di vita, periodo in cui una nutrizione povera, connessa ad altre cause spesso legate a pratiche igienico-sanitarie sbagliate e alla mancanza di cure adeguate, può provocare

²⁵ Save the Children (2010) *La mortalità Infantile e l'impatto della malnutrizione*. Save the Children, Roma.

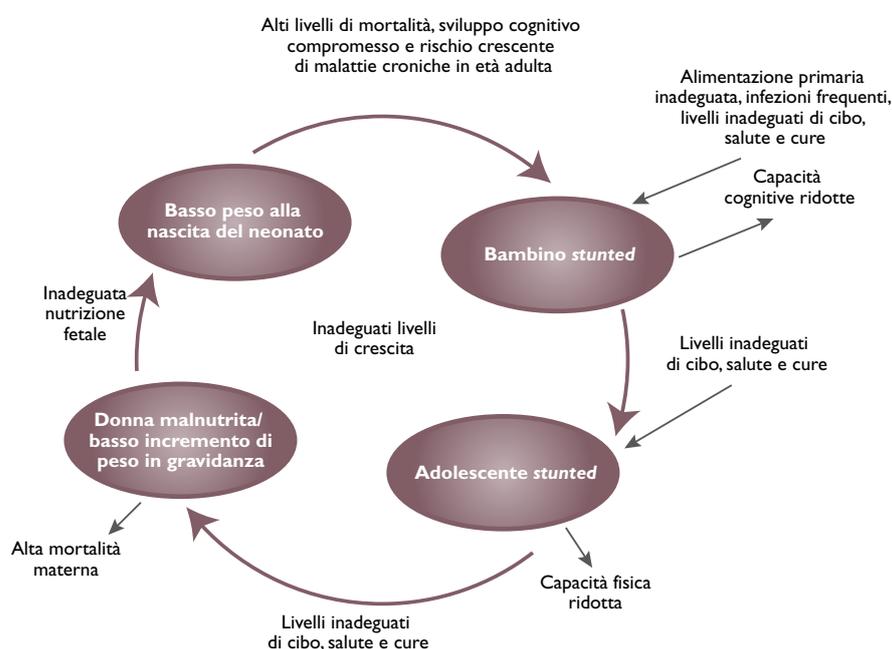
²⁶ UNICEF, WHO, The World Bank, UN (2014) *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. UNICEF, New York.

²⁷ De Onis M., Dewey K.G., Borghi E., Onyango A.W., Blössner M., Daelmans B. et al. (2013) The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Maternal & Child Nutrition* 9 (Suppl. 2), 6–26. Victora C.G., de Onis M., Hallal P.C., Blössner M. & Shrimpton R. (2010) *Worldwide 3 timing of growth faltering: revisiting implications for interventions*. *Pediatrics* 125, e473–e480. Victora C.G., Aquino E.M., do Carmo Leal M., Monteiro C.A., Barros F.C. & Szwarwald C.L. (2011) *Maternal and child health in Brazil: progress and challenges*. *Lancet*, 377 (1863–1876). Black RE, Cousens S, Johnson HL et al. (2010) *Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systemic analysis*, *Lancet*, 375 (1969–87). Victora C.G., Adair L., Fall C., Hallal P.C., Martorell R., Richter L., Sachdev H.S.; Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008) *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital*. *Lancet* 371 (9609).

²⁸ Katona P., Katona J. (2008) *The Interaction between Nutrition and Infection*, *Clin Infect Dis.*, 46 (10): 1582–158.

danni irreversibili. In Stati come lo Zambia ad esempio, dove la percentuale di malnutrizione è molto alta (si attesta attorno al 48%)²⁹ e le donne hanno poco accesso alle cure prenatali, i casi di *stunting* nei bambini sono altissimi (45%)³⁰, così come i dati relativi alla mortalità infantile. Nel Paese, solo lo scorso anno, si registrarono circa 87 morti ogni 1.000 nati vivi.

Figura 3 - Circolo vizioso della malnutrizione



Fonte: UNSSCN

Ci sono poi le conseguenze di lungo periodo, quelle inizialmente latenti ma alla base di un grave circolo vizioso. I problemi nello sviluppo cognitivo, frequenti nei bambini affetti da *stunting*, compromettono l'istruzione dei piccoli in età scolare, generano quindi una futura perdita di forza lavoro, di capacità produttiva, perpetuando uno stato di povertà in genere già molto diffuso in Paesi che vivono queste condizioni e gravando inoltre sulla crescita economica. Si stima che i costi legati alla malnutrizione ammontino, globalmente, a circa 30 miliardi di dollari l'anno. A livello nazionale il dato si traduce con una perdita, in termini di PIL, pari al 2-3% annuo³¹. I bambini con ritardo nello sviluppo saranno futuri adolescenti e adulti³² con disabilità fisiche

²⁹ FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ Save the Children (2012) *A life free from hunger. Tackling child malnutrition*. Save the Children, London.

³² Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) *Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention*. *Maternal and Child Nutrition*, 9(Suppl2):27-45. Adair L.S., Fall C.H.D., Osmond C., Stein A.D., Martorell R., Ramirez-Zea M. et al., for the COHORTS Group (2013) *Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies*. *Lancet*, 382 (525-534). Hodinott J., Alderman H., Behrman J.R., Haddad L. and Horton S. (2013) The economic rationale for investing in stunting reduction, *Maternal & Child Nutrition* 9 (Suppl. 2), 69-82.

e/o cognitive. Il ciclo provoca quindi oltre alla grave perdita di capitale umano, anche ulteriori costi sociali ed economici legati alle spese di assistenza sanitaria. Per evitare il perpetuarsi di questi effetti a catena risulta importante coinvolgere l'intera comunità nel cambiamento.



COSA FACCIAMO?

APPROCCIO INTEGRATO, LAVORO IN PARTNERSHIP ED EMANCIPAZIONE DELLE COMUNITÀ

L'intervento di Save the Children in molti contesti si caratterizza per la sua capacità di generare un cambiamento "dal basso", mantenendo centrale il ruolo attivo delle comunità locali. L'approccio partecipativo che contraddistingue tutti i progetti di Save the Children fa sì che quel cambiamento sia

identificato, voluto, perseguito e mantenuto dalle stesse comunità che beneficiano dell'intervento. Fondamentali sono in questo frangente le collaborazioni create sul posto, e il lavoro di sensibilizzazione con i membri della comunità, i quali oltre ad essere beneficiari dei progetti, sono i fautori principali di questo mutamento.

DOVE?

In **Malawi** l'Organizzazione lavora dal 2011 per migliorare la nutrizione dei bambini sotto i 5 anni. Le attività svolte hanno avuto un impatto positivo sullo stato nutrizionale di bambini e mamme, hanno promosso pratiche di agricoltura locale produttive e sostenibili, e nuove fonti di reddito sicure. La strategia d'intervento è già stata replicata in diversi distretti nel Sud del paese, tra cui Mpama, Chiradzulu, Nkalo and Likoswe. Il successo registrato³³, che ha trasformato il progetto in una *best practice*, va ricercato nel suo approccio integrato, volto a promuovere l'utilizzo delle risorse locali e basato sul trasferimento di conoscenze e competenze già esistenti nella comunità attraverso partnership con organizzazioni accademiche, private e pubbliche.

Secondo alcuni studi, tra le cause di *stunting*³⁴ nei bambini legate alla salute della mamma, oltre alla nutrizione incidono anche la presenza di infezioni, nascite pretermine, bassa statura della madre e gravidanze in adolescenza. Assume particolare rilevanza infatti proprio il **binomio malnutrizione/giovane età della gestante**³⁵.

In genere le adolescenti raggiungono la maturità sessuale nei 2 anni dal menarca, fase in cui completano il

³³ Durante i tre anni di progetto, la percentuale delle madri che allattano esclusivamente al seno è aumentata dal 57% al 75%. Nello stesso periodo, si è registrata una riduzione nella percentuale di bambini al di sotto dei 5 anni di età, con *stunting* dal 38,2% al 36,9% e sottopeso dal 14,8% al 13,5%. Cinque nuovi centri comunitari sono stati aperti per fornire servizi a sostegno di un'adeguata crescita e sviluppo dei bambini. All'interno di questi centri operano 767 volontari, i quali, dopo aver ricevuto un'adeguata preparazione tecnica, sono in grado di fornire un adeguato supporto medico e nutrizionale. La percentuale delle famiglie con una dieta equilibrata è aumentata al 29,8%, dal 11,72%. Questo è il risultato di un lavoro di educazione portato avanti con 3.014 agricoltori (569 uomini e 2.445 donne) e dei 1.133 orti familiari installati con il contributo attivo delle comunità. Infine, 6.040 membri della comunità hanno volontariamente deciso di far parte di uno dei 300 gruppi di Risparmio e Prestito comunitario (Village Savings and Loans - VSL) ed hanno accesso a servizi finanziari su base regolare. La percentuale delle famiglie che accede ai prestiti è salita dal 4% al 55%.

³⁴ Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) Contextualizing complementary feeding in a broader framework for *stunting* prevention. *Maternal and Child Nutrition*, 9(Suppl2):27-45.

³⁵ Win K.M., Van der Putten M., Vajanapoom N., Amnatsatsue K. (2013) Early Pregnancy and Maternal Malnutrition as Precursors of *Stunting* in Children under Two Years of Age among Bhutanese Refugees, in Nepal *Maternal Precursors in Stunting of Children. Thammasat International Journal of Science and Technology*, 18,1. Nove A., Matthews Z., Neal S., Camacho A.V. (2014) Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries, *Lancet Glob Health*, 2: 155-164. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tuncalp, Vogel JP, Souza JP, Mori R, on behalf of the WHO Multi-country Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014) Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *BJOG*; 121 (Suppl. 1): 40-48.

processo di crescita. Nel caso di malnutrizione, la crescita procede più lentamente, per cui è possibile che la prima mestruazione sia ritardata e che, anche in caso contrario, nei 2 anni successivi il corpo dell'adolescente sia ancora non maturo perché in fase di sviluppo.

Fino a che la crescita della madre non sia completa, una gravidanza comporta un aumento dei rischi per sé e per il piccolo dovuto alla “competizione per i nutrienti” tra mamma e bambino³⁶. Il rischio è quello di provocare un grave ritardo nella crescita del feto, che sfocia poi nel mancato sviluppo di quest'ultimo. La malnutrizione fetale è anche causa di disturbi metabolici e cardiovascolari evidenti poi in età adulta.



Saraswoti, 15 anni

Sandesh, operatrice di Save the Children, ricorda così la storia di una giovanissima mamma nepalese: “Saraswoti ha solo 15 anni ed è già alla sua seconda gravidanza. È sposata da 2 anni con Galiram che ne ha 35 e da 5 mesi è mamma di una bellissima bambina nata però prematura, con un peso di 1,9 kg. Ecco perché durante la sua seconda gravidanza, questa mamma giovanissima aveva bisogno della massima assistenza. La sua prima gravidanza, a soli 13 anni, l'aveva vista soffrire molto di dolori addominali dal 6° mese in

poi. Partorì naturalmente e precocemente il suo bambino che, dopo pochi colpi di tosse, morì immediatamente. Il corpo di Saraswoti, troppo esile e non ancora pronto ad accogliere un'altra vita, e la sua scarsa alimentazione durante la gestazione, fatta solo di riso e lenticchie, non hanno permesso al bambino di sviluppare gli organi nella pancia della mamma. Inoltre era troppo faticoso il lavoro nei campi che la ragazzina ha portato avanti fino all'ultimo giorno di entrambe le gravidanze. Sono circostanze molto comuni tra le mamme del Nepal, costrette a matrimoni precoci e combinati e a maternità premature che minacciano seriamente la salute dei nascituri. Così, con la seconda gravidanza, Saraswoti ha cambiato decisamente direzione. La ragazza ha imparato a prendersi il giusto riposo e aver cura di sé e della propria alimentazione per non rischiare più la sua vita e quella del suo bambino”.

Per le mamme che affrontano queste gravidanze a rischio, risultano frequenti i disturbi legati a complicazioni che possono insorgere nel corso dei 9 mesi, sia fisici (legati ad esempio a sviluppo di emorragie, fistula e le sue complicazioni) che psicologici (ad esempio depressione per l'eventuale perdita del neonato o per cause legate a sopravvenuti problemi di salute). Spesso in questi casi è difficile che la mamma riesca a provvedere alla nutrizione del piccolo subito dopo il parto (difficoltà di allattamento esclusivo al seno, ecc.).

Rispetto ai bambini nati da adulte giovani (20-29 anni), i bambini nati da mamme adolescenti hanno metà delle possibilità di sopravvivere al primo mese dalla nascita. Studi sulla salute delle donne in età riproduttiva dimostrano infatti che il rischio di mortalità per mamme e bambini è alto se la gravidanza avviene in un'età che va dai 10 ai 19 anni circa, scende nel periodo dai 20 ai 29, risale dopo i 30³⁷.

Il fenomeno delle gravidanze adolescenziali è piuttosto diffuso nei Paesi a basso e medio reddito dove, ogni anno, oltre 7 milioni di adolescenti danno alla luce un bambino, circa 20.000 al giorno. 2 milioni di loro

³⁶ Delisle H., Chandra-Mouli V., de Benoist B. (2001) Should adolescents be specifically targeted for nutrition in developing countries? to address which problems, and how? (disponibile su www.who.int/child-adolescent-).

UNSSCN (2000) Ending Malnutrition by 2020: An Agenda for Change in the Millennium - *Final report to the ACC/SCN by the commission on the nutrition challenges of the 21st century.*

³⁷ Nove A., Matthews Z., Neal S., Camacho A.V. (2014) Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries, *Lancet Glob Health*, 2: 155–164.

hanno meno di 15 anni³⁸. Rappresentano complessivamente l'11% delle partorienti al mondo.³⁹ 70.000 muoiono per via di complicazioni al momento del parto. Molte altre sono costrette a vivere con ansia e paura questo momento.



Pramila, 16 anni

“Avevo tanta paura e mi chiedevo se ce l'avremmo fatta a tornare a casa insieme”. Aveva paura Pramila. A soli 16 anni è già mamma della bella bambina che stringe tra le braccia. Adesso lei e la piccola stanno bene, ma la ragazza ricorda con angoscia il momento del parto. La piccola aveva ingerito liquido amniotico, rischiava l'asfissia, tra le prime cause di mortalità neonatale in Nepal. Il pronto intervento di Sarita, operatrice Save the Children, e del personale medico, è riuscito a salvarla.

9 su 10 di queste gravidanze avvengono all'interno di un matrimonio o di un'unione consensuale. Non sorprende infatti gli alti tassi di mortalità materna e infantile in molti Paesi africani o dell'Asia meridionale, dove matrimoni e gravidanze precoci sono molto frequenti, a volte dichiaratamente accettati, altre volte formalmente vietati ma tollerati all'interno della società. Si pensi ad esempio al Niger, dove circa la metà delle mamme dai 20 ai 24 anni nel 2010 avevano partorito già prima dei 18 anni. Il Paese riporta uno tra i più alti livelli di mortalità materna e infantile: perdono la vita circa 104 bambini su 1.000 nati vivi al di sotto dei 5 anni, 630 donne ogni 100.000 nati vivi. O ancora il caso dell'India dove, nel 2013, hanno perso la vita circa 190 mamme ogni 100.000 nati vivi e 53 bambini ogni 1.000. Si stima che nel Paese, nel 2010, quasi 12 milioni di madri tra i 20 e i 24 anni avevano partorito prima dei 18 anni⁴⁰. Un dato che si può spiegare in parte con l'ancora diffuso fenomeno delle spose bambine, piccole di 11 e 12 anni “date” in sposa a adolescenti o ad adulti molto più grandi di loro⁴¹.

Stessa situazione sta coinvolgendo in questi mesi le ragazze siriane rifugiate in Giordania, dove la percentuale di matrimoni contratti da adolescenti tocca quasi il 50%. È il caso di Nadia, sposa a 15 anni, madre a 16⁴². Le famiglie spingono queste giovani donne a sposarsi perché troppo povere per mantenerle e per “difenderle” da abusi sessuali. Queste ragazze, oltre a un'adolescenza interrotta, vanno incontro a gravi disagi fisici e psichici. Per loro si moltiplicano le possibilità di complicazioni legate alla gestazione, prima causa di morte per le mamme adolescenti⁴³. Aumenta anche il rischio di parti pretermine. Sebbene le cause siano piuttosto varie e molto spesso non risulta semplice stabilire il nesso causa-effetto, tra le cause spontanee dei parti pretermine si ritrovano molti dei fattori indicati in precedenza: infezioni, gravidanze in tempi non appropriatamente distanziati tra

³⁸ UNFPA (2013) *Motherhood In Childhood, State of World Population 2013*. UNFPA, New York.

³⁹ Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. (2004) *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192:342–349. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tuncalp, Vogel JP, Souza JP, Mori R, on behalf of the WHO Multi-country Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014) Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *BJOG*; 121 (Suppl. 1): 40–48. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition*; 9(Suppl2): 27–45. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

⁴⁰ UNFPA (2013) *Adolescent pregnancy: a review of the evidence*. UNFPA, New York.

⁴¹ UNFPA (2012) *Marrying too young. End Child Marriage*. UNFPA, New York.

⁴² Save the Children (2014) *Too Young to Wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan*. Save the Children, London.

⁴³ UNFPA (2013) *Motherhood In Childhood, State of World Population 2013*. UNFPA, New York.

loro, malnutrizione. Si sa inoltre che il rischio aumenta in caso di basso rapporto peso-altezza per la madre⁴⁴. Queste situazioni mostrano spesso come il problema derivi a volte anche da fattori socio-culturali. È per questo che alle attività di sensibilizzazione svolte nelle comunità, Save the Children affianca anche un'azione di pressione sulle istituzioni per promuovere cambiamenti di lungo periodo.



COSA FACCIAMO?

SENSIBILIZZAZIONE A LIVELLO ISTITUZIONALE PER IL CAMBIAMENTO DI NORME, POLITICHE E PRASSI

Save the Children svolge un'intensa attività di sensibilizzazione, anche a livello istituzionale, per il cambiamento di norme, politiche e prassi volte a incidere positivamente sulle condizioni di mamme e bambini e a creare un clima socio-culturale e politico favorevole a questo cambiamento. La presa

in carico del problema da parte delle istituzioni garantisce l'efficacia e sostenibilità degli interventi effettuati anche nel lungo periodo.

DOVE?

In **Etiopia**, nell'ambito della campagna Every One, Save the Children interviene principalmente sul fronte della nutrizione - per garantire i finanziamenti necessari al nuovo programma di Nutrizione Nazionale - e nell'ambito della salute materno-infantile - con particolare focus sulla salute neonatale. L'appoggio dell'Organizzazione è stato fondamentale per la costituzione della *Ethiopian Civil Society Coalition*, partner del movimento *Scaling Up Nutrition (SUN)*⁴⁵ e portavoce a livello nazionale dei bisogni comunitari. Il lavoro svolto a livello regionale e distrettuale risulta di particolare importanza in Etiopia dove nonostante gli ottimi risultati ottenuti a livello nazionale per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (l'Etiopia ha infatti formalmente raggiunto il 4° Obiettivo per la riduzione della mortalità infantile), rimangono ancora molte disparità su scala regionale. Per questo motivo Save the Children ha elaborato un documento di analisi successivamente condiviso con partner istituzionali etiopi, ONG e Nazioni Unite (UNICEF) al fine di attirare l'attenzione sull'accesso ai servizi di salute materna e infantile nelle aree pastorali della Somali Region. L'Organizzazione interviene inoltre nella regione di Amara, coinvolgendo associazioni locali, leader comunitari, religiosi e politici nella lotta contro alcune pratiche tradizionali - come le mutilazioni genitali o matrimoni precoci - considerate lesive dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Riepilogando, si mostra di seguito una sintesi di quanto visto (si veda tabella 1) per evidenziare come i macrofattori individuati, e cioè la malnutrizione, l'età della madre e la presenza di infezioni, possano aggravare ulteriormente la salute della gestante e del piccolo.

La tabella, considerando l'influenza di questi fattori nel periodo precedente e successivo alla nascita, mette in luce il forte legame esistente tra la salute della mamma e quella del piccolo.

⁴⁴ Behrman R.E., Butler A.S. (2007) *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*, Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes.

⁴⁵ SUN, (*Scaling Up Nutrition*) è un movimento globale, nato nel 2010, che unisce privati e istituzioni nello sforzo collettivo volto a garantire la sicurezza alimentare. Si basa sul principio che tutte le persone hanno diritto al cibo e a una buona alimentazione, fonte: <http://scalingupnutrition.org/>

Tabella I - Principali cause di mortalità infantile e fattori di rischio legati allo stato di salute della madre

Cause mortalità infantile	Fattori di rischio per il bambino legati allo stato di salute della madre	
	Prima della nascita	Dopo la nascita
Infezioni/ malattie	<p>La malnutrizione della mamma può aumentare il rischio di malattie, di <i>stunting</i> o di nascita sottopeso per il bambino. Nel caso di mamme giovani in fase di sviluppo, questo rischio aumenta, in quanto si innesca un meccanismo di competizione tra mamma e bambino per l'assorbimento dei nutrienti.</p> <p>La malnutrizione della mamma può essere alla base di un debole sistema immunitario, da cui la maggiore possibilità di contrarre infezioni pericolose per il feto.</p> <p>Lo scarso accesso alle cure si traduce nella mancata diagnosi/gestione/trattamento di eventuali infezioni e/o anomalie.</p>	<p>Mancato allattamento al seno e/o mancato apporto di nutrienti da alimentazione esterna possono causare una denutrizione e quindi provocare una scarsa difesa immunitaria del bambino.</p> <p>Mancato accesso alle cure e esposizione a ambiente malsano.</p>
Complicazioni nascita pretermine	<p>Tra le cause conosciute: infezioni, malnutrizione, età della madre, gravidanze a breve distanza l'una dall'altra, emorragie pre-parto.</p>	

Fonte: elaborazione dell'autore

Ciò che si vuole sottolineare è quindi l'importanza di intervenire sui fattori all'origine delle maggiori cause di mortalità per prevenire il fenomeno, per curare contemporaneamente mamma e bambino, prendersi cura della prima per aver cura di entrambi.

Dal momento che molti dei problemi che possono compromettere la salute del piccolo sono collegati alle condizioni in cui la mamma affronta la gravidanza e il parto, si è certi che intervenendo su questi fattori si possa intervenire quindi sull'incidenza di eventuali problemi per il piccolo. Inoltre, per migliorare la salute di mamme e bambini, risulta fondamentale creare nel contesto culturale, fisico e sociale di appartenenza un clima favorevole al cambiamento. Agire su quell'insieme di fattori determinanti per il benessere dei piccoli, vuol dire garantire ai bambini un'eredità positiva, consentire quel "sano ingresso alla vita" che, come ribadito più volte dalla *Partnership per la Salute Materna Neonatale e Infantile*⁴⁶, "è un passo essenziale verso un'infanzia sana e una vita produttiva".

⁴⁶ fonte: <http://www.who.int/pmnch/en/>



3. L'INDICE DEL RISCHIO DI MORTALITÀ MAMMA-BAMBINO

Ciò che la mamma trasmette al bambino che sta per nascere quindi, va ben oltre la sola eredità genetica. “L’eredità dei nuovi nati” comprende anche tutto un insieme di “possibilità” per il piccolo, che è, in parte, riflesso della condizione di salute della madre, in parte rappresentato dal contesto socio-economico in cui la madre vive e in cui il piccolo verrà al mondo.

L’Indice del rischio di mortalità mamma-bambino è costruito proprio per misurare l’incidenza, all’interno di ciascun Paese, di quelli che son stati definiti i **principali “fattori di rischio”** che possono influire sulla salute del bambino già nella finestra dei primi 1.000 giorni (come da figura 4). In particolare si sono considerati la malnutrizione, la giovane età della mamma al momento della gravidanza e la presenza di infezioni. L’obiettivo degli indicatori utilizzati nell’analisi è quello di fornire un quadro delle condizioni in cui il bambino nascerà e, quindi, delle possibili sfide che dovrà affrontare.

L’Indice costruito diventa pertanto uno strumento che permette di individuare i Paesi che registrano il maggior pericolo per la salute di mamma e bambino nel corso e a seguito di una gravidanza, diventa una chiave di lettura per capire quale sarà “l’eredità” del nuovo nato.

Monitorare e intervenire su questi fattori vuol dire prevenire i casi di “vite mancanti” e contribuire a garantire al bambino un’eredità positiva, in termini di diritto alla vita e alla sopravvivenza.

Dati i rischi legati alla **giovane età della madre** si è voluto considerare, nel calcolo dell’Indice, il tasso di fertilità in adolescenza⁴⁷. È facile ipotizzare, in base a quanto visto, che eventuali problemi possano insorgere dal fatto che la mamma adolescente non sia pronta fisicamente a sopportare una gravidanza.

L’Indice considera inoltre una misura relativa alla **malnutrizione**. Nei Paesi in via di sviluppo, dove si registrano i maggiori tassi di mortalità infantile, la malnutrizione è soprattutto legata a un’alimentazione povera. È stato considerato quindi un indicatore relativo alla prevalenza di denutrizione⁴⁸.

Va inoltre esaminato lo stato di salute generale della madre. Il rischio in questo caso non è solo definito dalla presenza o assenza di infezioni, quanto dalla mancata gestione di malattie prevenibili e/o curabili, eventuali responsabili di complicazioni per la mamma e per il bambino. L’Indice include quindi anche un indicatore relativo all’accesso ai servizi sanitari.

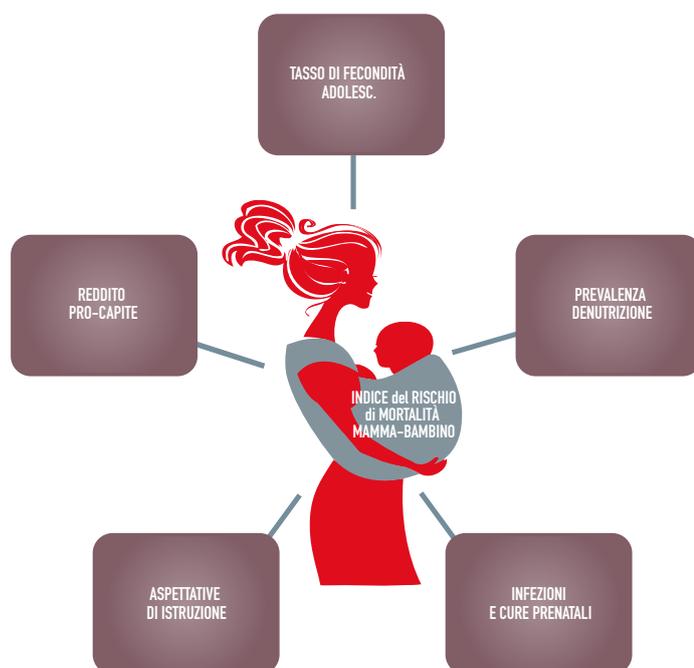
L’accesso ai servizi di salute, in particolare quelle prenatali, è sinonimo di prevenzione e di possibilità di diagnosi precoce, trattamento e cura di eventuali patologie sia per la mamma che per il feto come per esempio nella trasmissione di malattie virali (seppure, l’accesso di per sé non dà prova della qualità e dell’efficacia dell’avvenuto trattamento richiesto). Ci si riferisce quindi alla possibilità di sottoporsi ai vari controlli di routine: esami del sangue e test clinici per verificare, ad esempio, la presenza di anemia severa e altre infezioni come malaria o HIV, vaccini, controllo del peso e, più in generale, dello stato nutrizionale della madre per valutare l’eventuale carenza di micronutrienti. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito uno standard minimo di almeno quattro visite⁴⁹ cui la mamma dovrebbe sottoporsi. Però, sono ancora troppo poche, le donne che usufruiscono di cure prenatali, di assistenza durante e dopo il parto.

Dato poi, come anticipato già, il **peso di alcuni fattori sociali** sull’eredità del bambino, si è voluto considerare nel calcolo dell’Indice variabili relative al livello di **istruzione** e di **reddito procapite**, come indicatori di benessere economico, della possibilità di accesso alle informazioni e ai servizi di cura, fattori che incidono soprattutto dopo la nascita, nella fase di prevenzione, trattamento e cura del piccolo.

⁴⁷ UNDPD, *World Population Prospect, 2012 Revision, 2013*, (disponibile su: WHO, Global health observatory, online data repository)

⁴⁸ FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma

⁴⁹ fonte: http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/

Figura 4 - Fattori di rischio mamma-bambino

Fonte: elaborazione dell'autore

L'Indice⁵⁰ sarà il risultato dell'interazione tra questi fattori che definiscono, nelle loro combinazioni, i possibili rischi per il piccolo legati a fattori materni, ambientali e sociali.

In base ai risultati riportati dall'Indice è stata poi stilata una classifica tra Paesi, rappresentata attraverso il Termometro di rischio. Si tratta di una chiave di lettura grafica delle possibilità, per dirlo coi termini usati finora, di incorrere nel rischio di eredità negativa per il nuovo nato.

⁵⁰ Si rimanda alle note metodologiche per un'analisi più approfondita dell'Indice.

Si rimanda all'appendice 1 per la tabella coi risultati dell'Indice per Paese e la graduatoria finale.

3.1 Paesi a confronto

Ogni bambino dovrebbe nascere con le stesse opportunità eppure, “l’eredità” con cui il piccolo viene al mondo continua a registrare profonde differenze tra Paesi ad alto e medio reddito. I posti in cui i bambini nascono con un ventaglio di possibilità “positive” (si veda tabella 2) sono quelli dove, per esempio, l’accesso alle cure e alle informazioni sono conquiste che lo Stato garantisce da tempo attraverso un buon sistema di *welfare*, dove la mamma affronta la gravidanza assistita da personale specializzato limitando quindi, o tenendo sotto controllo, eventuali complicazioni che possono nascere durante la gestazione o al momento del parto. Queste condizioni dovrebbero essere garantite a tutti i neonati. Ma non è quello che accade. L’obiettivo che gli Stati dovrebbero proporsi è quindi che, di pari passo col raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5, tutti i bambini possano nascere con le stesse probabilità di sopravvivenza e di “ingresso alla vita” nelle migliori condizioni possibili, come i piccoli del Nord Europa.

Tabella 2 - Top ten e bottom ten del Termometro del rischio

Top 10		Bottom 10	
RANGO	PAESE	RANGO	PAESE
1	Danimarca, Norvegia	137	Madagascar
2	Paesi Bassi	138	Burkina Faso
3	Finlandia, Islanda	139	Afghanistan
4	Australia, Irlanda	140	Tanzania
5	Svezia	141	Congo, D.R.
6	Belgio	142	Niger
7	Svizzera	143	Etiopia
8	Austria, Germania	144	Repubblica Centrafricana
9	Francia	145	Chad
10	Stati Uniti	146	Somalia

Fonte: elaborazione dell'autore

Sono Stati come la Danimarca e la Norvegia quelli in vetta alla classifica. Si tratta di Paesi che riportano valori ottimali per tutti e cinque gli indicatori. Presentano in genere una bassa prevalenza di gravidanze adolescenziali; nonostante casi di malnutrizione, la denutrizione cronica risulta pressoché assente; i sistemi di *welfare* consentono, per la maggior parte dei casi, un più facile accesso ai servizi sanitari di base. Risulta più agevole anche l’accesso ai servizi di pianificazione familiare, alle informazioni su eventuali rischi che possono incorrere nel corso della gravidanza e sulle corrette misure per affrontarla in salute.

Si tratta inoltre di Paesi in cui le condizioni ambientali, sociali ed economiche risultano piuttosto favorevoli, per via della bassa incidenza di malattie infettive gravi, dei buoni livelli di istruzione e di un reddito pro capite che si stima possa consentire un diffuso livello di benessere. Non può dirsi lo stesso invece per molti altri Paesi, principalmente africani e asiatici. In particolare, negli ultimi dieci posti della classifica spiccano alcuni tra i Paesi colpiti da grandi emergenze umanitarie o che sono stati, di recente, scenario di gravi conflitti economici e sociali. Primo tra tutti, e ultimo in graduatoria, la Somalia. Il Paese si colloca nelle ultime posizioni (quasi

sempre occupa proprio l'ultimo posto) nella classifica stilata per i 5 indicatori. La Somalia è ancora oggi terra di conflitti, il che, nonostante gli interventi messi in atto, diventa un ostacolo ai tentativi di migliorare le condizioni della popolazione e al tentativo di offrire ai più piccoli un ventaglio di opportunità pari a quello dei loro coetanei europei. Bisogna controllare i fattori di rischio ma a volte, in queste circostanze, risulta difficile. Perché forti disordini politici e sociali inaspriscono ulteriormente situazioni già gravi e fanno spesso da sfondo a pesanti crisi alimentari. In queste condizioni aumenta la possibilità di contrarre infezioni, diminuisce vertiginosamente quella di accedere alle cure. Inoltre i Paesi in crisi sono spesso anche scenari di violenze e abusi nei confronti di donne e adolescenti, altra causa delle gravidanze precoci.

E purtroppo quello somalo non è un caso isolato. In coda anche Chad, Repubblica Centrafricana, Etiopia, Niger e Congo. È qui che l'eredità del bambino risulta essere la peggiore date le cattive condizioni in cui la mamma affronta la gravidanza e le condizioni sociali che il bambino vivrà dal momento della nascita. In Chad ad esempio 152 bambini ogni 1.000, nascono da mamme che affrontano la gravidanza in adolescenza. Si stima che solo il 23% delle donne abbiano accesso a un numero minimo di cure prenatali. In Niger i bambini nati da adolescenti superano addirittura quota 200 ogni 1.000. A incidere nell'eredità dei piccoli nati in questi posti è poi la malnutrizione, causa latente, si è visto, di gran parte delle morti infantili.

Molte gravidanze adolescenziali sono comunque anche il risultato di veri e propri "patti" sociali, basti pensare al fenomeno delle spose bambine in India. Si tratta di gravidanze che "interrompono" l'adolescenza. Causano gravi disagi fisici e psicologici per la mamma, ne compromettono fortemente le possibilità future e la posizione all'interno della società, oltre alle ripercussioni negative che comportano per il bambino.

Condizioni anche peggiori per le donne delle popolazioni rurali. Le comunità periferiche sono quelle maggiormente legate a pratiche tradizionali invalidanti o legate a costumi che portano le donne stesse a rifiutare le cure per via dell'immagine negativa che potrebbero assumere agli occhi dell'intera comunità. Molte donne ad esempio sono ancora costrette a partorire da sole per la vergogna che suscita la parziale nudità al momento del parto⁵¹.

Sono tutte condizioni che compromettono, si è visto, l'esito della gravidanza. Compromettono inoltre le possibilità del bambino di crescere in un ambiente positivo e incidono fortemente nella finestra dei 1.000 giorni.

Il Termometro del rischio, mostrato di seguito, è il risultato della posizione che ogni Paese occupa nella graduatoria dell'Indice costruito⁵².

L'area rossa mostra in quanti Paesi i fenomeni descritti sopra sono fatti frequenti, in genere sono quelli maggiormente coinvolti nelle iniziative internazionali a supporto della salute materna e infantile.

Save the Children è presente in molti di questi Stati. Il Termometro segnala i Paesi dove l'Organizzazione interviene attraverso programmi di salute e nutrizione.

⁵¹ fonte: archivio Save the Children, progetto Etiopia.

⁵² La classifica mostra una gradazione di colori corrispondente ai diversi fattori di rischio mamma-bambino per ciascun Paese. Le 3 aree principali sono state individuate stabilendo soglie intermedie al punteggio massimo raggiunto dall'Indice per i Paesi e delineano una forte comunanza di caratteristiche tra i Paesi che ne fanno parte come evidente anche dalla figura 5.

Tabella 3 - Il Termometro dei Paesi a rischio

1	Danimarca	37	Hong Kong	73	Sri Lanka	109	Congo, Rep.
1	Norvegia	38	Cipro	74	Indonesia	110	Nigeria
2	Paesi Bassi	39	Emirati Arabi	74	Moldova	111	Mauritania
3	Finlandia	40	Libia	75	Fiji	112	Comore
3	Islanda	41	Kazakistan	76	Giamaica	113	Benin
4	Australia	42	Oman	76	Georgia	114	Camerun
4	Irlanda	43	Bulgaria	76	Gabon	115	Gambia
5	Svezia	44	Romania	79	Ecuador	116	Djibouti
6	Belgio	45	Cuba	80	Paraguay	117	Tagikistan
7	Svizzera	46	Ucraina	81	Egitto	118	Angola
8	Austria	47	Cile	82	Kiribati	119	Zimbabwe
8	Germania	47	Serbia	83	Albania	120	Laos
9	Francia	47	Trinidad e Tobago	84	Rep. Dominicana	120	Pakistan
10	Stati Uniti	48	Costa Rica	85	Samoa	121	Haiti
11	Canada	48	Tunisia	86	Azerbaigian	122	Guinea Bissau
12	Rep. Ceca	49	Brasile	87	Capo Verde	123	Ruanda
12	N.Zelanda	50	Antigua e Barbuda	87	Seychelles	123	Burundi
13	Brunei D.	50	Bahamas	88	Kirghizistan	124	Bangladesh
14	Regno Unito	51	Grenada	89	Ghana	124	Kenia
15	Slovenia	52	Giordania	90	Botswana	125	Senegal
16	Estonia	53	Macedonia	90	Siria	125	Yemen Rep
17	Spagna	54	Turchia	91	Filippine	126	Togo
18	Lituania	55	Malesia	92	Bhutan	127	Sierra Leone
19	Italia	56	Libano	92	Uzbekistan	128	Mali
20	Grecia	57	Armenia	93	El Salvador	129	Sudan
21	Lussemburgo	58	Argentina	94	Honduras	130	Zambia
22	Corea R.	59	Messico	94	Iran	131	Costa d'Avorio
23	Lettonia	59	St Lucia	95	Guyana	131	Liberia
23	Portogallo	60	St Vincent e Grenadines	96	Marocco	132	Uganda
24	Polonia	61	Algeria	97	São Tomé e Príncipe	133	Malawi
25	Rep.Slovacca	61	Mauritius	97	Vietnam	134	Eritrea
26	Croazia	62	Perù	98	Bolivia	135	Mozambico
26	Israele	63	Maldive	99	Namibia	136	Guinea
27	Ungheria	63	Venezuela	100	Guatemala	137	Madagascar
28	Giappone	64	Cina	101	Nicaragua	138	Burkina Faso
29	Qatar	65	Thailandia	102	Lesotho	139	Afghanistan
30	Bielorussia	66	Turkmenistan	102	India	140	Tanzania
31	Arabia Saudita	67	Tonga	103	Guinea Equatoriale	141	Congo, D.R.
32	Uruguay	68	Bosnia - Erzegovina	103	Swaziland	142	Niger
33	Kuwait	69	Colombia	104	Timor-Leste	143	Etiopia
34	Fed. Russa	70	Mongolia	105	Iraq	144	Rep. Centrafricana
35	Malta	70	Panama	106	Solomon Islands	145	Chad
35	Montenegro	71	Suriname	107	Nepal	146	Somalia
36	Barbados	72	Belize	108	Cambogia		

N.B. Nonostante i Paesi considerati nell'analisi siano 175, la classifica conta 146 posizioni per via dello stesso punteggio riportato dall'Indice per alcuni Stati.

- Paesi con bassa prevalenza dei fattori di rischio
- Paesi con media prevalenza dei fattori di rischio
- Paesi con alta prevalenza dei fattori di rischio
- Paesi in cui Save the Children porta avanti programmi di salute e nutrizione

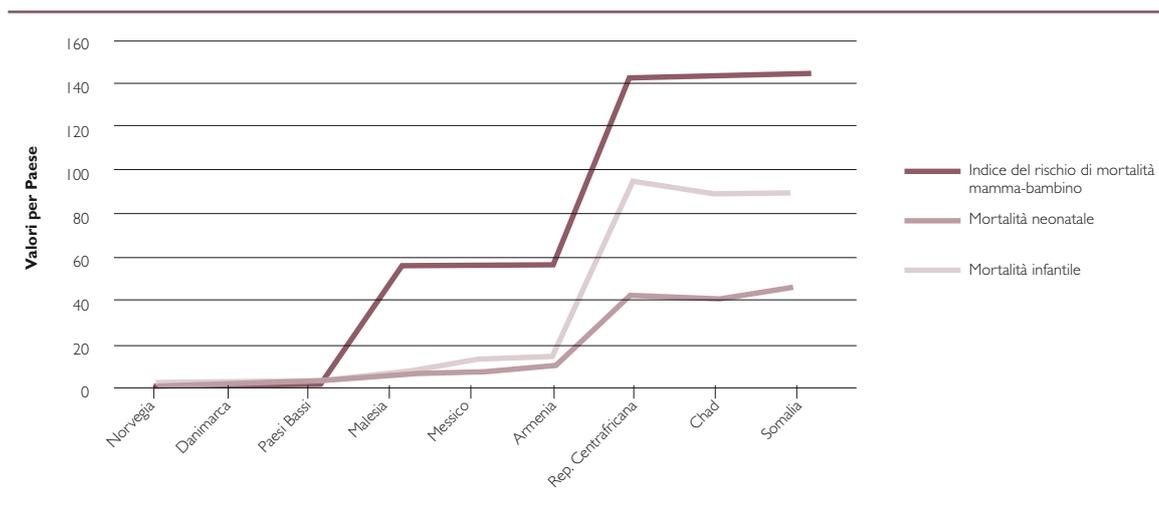
3.2 Il confronto con gli indicatori di mortalità

Restano alti i tassi di mortalità infantile nei Paesi dove i fattori di rischio individuati risultano ancora troppo diffusi. Malnutrizione, la giovanissima età della mamma al momento del parto e un mancato accesso alle cure (di conseguenza una mancata diagnosi e trattamento di eventuali disturbi) sono tutti fattori costanti nei Paesi che presentano i maggiori rischi legati alla sopravvivenza del bambino.

Confrontando l'Indice costruito coi dati relativi alla mortalità neonatale e infantile, come ci si aspettava, si può notare infatti il movimento crescente sia per l'Indice che per i due indicatori.

Il grafico (si veda figura 5) riporta i valori registrati dall'Indice per i 3 Paesi primi in classifica, i 3 a metà e i 3 in fondo al Termometro. In particolare si mettono in evidenza questi tre gruppi di Paesi per rendere chiaro il "salto" di valori registrato.

Figura 5 - Confronto tra Indice e indicatori di mortalità neonatale e infantile



Fonte: elaborazione dell'autore

Sull'asse verticale, il valore che gli indicatori assumono per i diversi Stati e cioè, quindi, l'incidenza del fenomeno. L'andamento crescente riportato dall'Indice del rischio di mortalità mamma-bambino è dovuto alla classificazione dei Paesi da quelli che registrano il minore rischio a quelli che mostrano il rischio maggiore. I tassi di mortalità seguono lo stesso trend, ciò significa che, effettivamente, la percentuale di morte è minore per i Paesi nell'area verde del Termometro, cresce nelle aree intermedie, per raggiungere i valori massimi nella sezione finale della classifica, quella che abbiamo individuato essere la zona calda. Ad esempio, se si guarda ai dati relativi alla Danimarca e alla Norvegia, si ritrovano valori molto bassi di mortalità. Si tratta di Paesi che registrano infatti in media 4 morti ogni 1.000 nati vivi. Sono casi rari quindi, incidentali. In questi Paesi i fattori di rischio per il piccolo legati alla salute della madre sono in genere piuttosto limitati perché l'attenzione e la cura delle donne nel corso della gravidanza è piuttosto alta. Sono invece quasi sempre prevenibili le morti in Paesi come la Somalia o il Chad, dovute a cause conosciute ma troppo spesso non tenute sotto controllo. Prestare attenzione ai fattori considerati nell'Indice, e intervenire già in fase di gravidanza se non prima, vuol dire quindi prevenire i casi di mortalità dei piccoli riducendo quei fattori che incidono in maniera decisiva sulle possibilità di sopravvivenza e sulle condizioni di vita del neonato.

3.3 Il confronto col *Mothers' Index* di Save the Children e con l'Indice di Sviluppo Umano

Data la forte relazione tra le condizioni in cui la mamma affronta la gravidanza e quelle in cui il bambino viene al mondo, l'Indice suggerisce che dove le mamme vivono peggio i fattori di rischio per il bambino aumentano e, quindi, anche il pericolo di morti precoci. La situazione si ribalta invece dove anche le mamme vivono meglio, dove le condizioni permettono loro di garantire al piccolo che viene al mondo un'eredità positiva, e cioè la possibilità di una vita più sana e più adatta a un bambino.

Lo studio riconferma quindi la graduatoria per Paesi riportata da un altro indice presentato dall'Organizzazione, il *Mothers' Index*⁵³, una misura proposta per valutare il benessere delle mamme⁵⁴. Un ulteriore confronto è stato proposto, quello con l'Indice di Sviluppo Umano (ISU)⁵⁵, recentemente aggiornato. Anche stavolta i risultati sono piuttosto simili. Per tutti e tre gli Indici i Paesi con le prestazioni migliori risultano quasi sempre essere quelli del Nord Europa, con le peggiori quelli dell'Africa subsahariana e alcuni Paesi asiatici.

Uguali anche le code della distribuzione, dove ritroviamo gli "Stati Fragili"⁵⁶ individuati dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD)⁵⁷.

Nel grafico seguente (si veda figura 6) si ripropone il confronto tra tre Paesi dell'area verde del Termometro, tre centrali e tre nell'area rossa, più il caso italiano. La comparazione mostra ancora una volta la forte disuguaglianza tra Paesi che occupano diverse aree del Termometro.

Inoltre, fa riflettere sul concetto di "sviluppo umano", che non può prescindere da quanto finora considerato. È per questo che tra gli indicatori da cui è composto, l'ISU include anche le aspettative di vita alla nascita. Qualsiasi forma di progresso sociale deve riguardare e apportare benefici a tutti i membri della comunità, deve poter garantire il diritto alla sopravvivenza e al benessere della persona, anche nelle fasi iniziali della vita. Inoltre, lo sviluppo non può lasciare indietro nessuno.

Non è tollerabile che ci siano ancora differenze tanto profonde tra Paesi nelle possibilità di sopravvivenza dei più piccoli e che, anche in casi in cui i progressi siano evidenti, sussistano ancora forti differenze a livello regionale. Basti pensare all'Etiopia dove, nonostante il raggiungimento del 4° OSM a livello nazionale, i livelli di mortalità nelle aree rurali restano ancora molto alti⁵⁸.

⁵³ L'Indice è stato proposto per la prima volta, dall'Organizzazione, nel 2000 per documentare lo stato di benessere delle mamme e i progressi registrati nel corso degli anni. Nasce dalla consapevolezza che il benessere dei bambini dipende molto dalle condizioni di vita della madre. È il risultato di cinque indicatori: il rischio di morte materna, il tasso di mortalità per i bambini al di sotto del quinto anno di vita, le aspettative di istruzione, reddito interno lordo pro capite e partecipazione delle donne nei Governi nazionali.

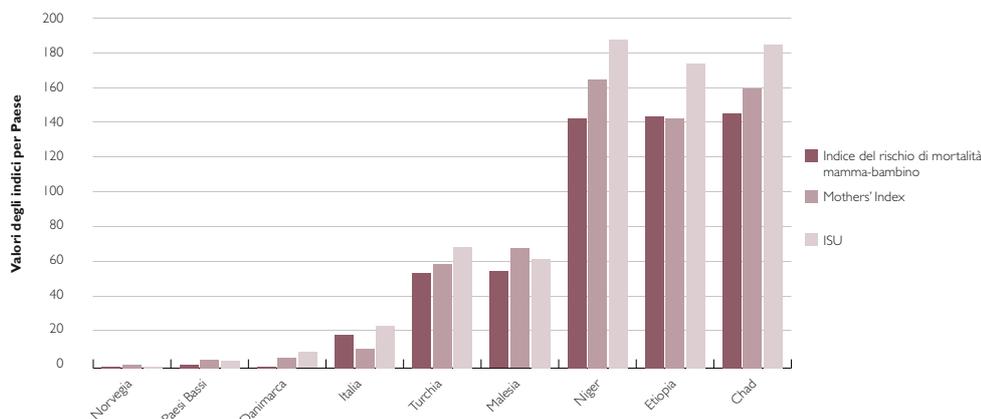
⁵⁴ Save the Children (2014) *State of the World's Mothers 2014, Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Save the Children, New York.

⁵⁵ UNDP (2014) *Human Development Report 2014. Reducing vulnerability and Building Resilience*. UN, New York.

⁵⁶ Così l'OECD denomina quei Paesi attualmente in conflitto o usciti da poco da gravi conflitti.

⁵⁷ OECD (2014) *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilization*. OECD Publishing.

⁵⁸ fonte: http://www.unicef.org/ethiopia/events_13459.html.

Figura 6 - Confronto tra Indice, Mothers' Index e ISU

Fonte: elaborazione autore

3.4 Focus - fattori di rischio: le due facce della stessa medaglia

Tra le cause di un'eredità negativa, l'età della madre e la malnutrizione. Il patrimonio che questi due fattori concorrono a costituire è inoltre lo specchio della società in cui si vive e, in particolar modo, di una società che cambia.

La malnutrizione ha tante facce. Nell'Indice proposto è stata intesa come scarsa alimentazione dovuta a un insufficiente apporto calorico o a carenza di nutrienti. È questo infatti il volto che assume più frequentemente nei Paesi in via di sviluppo, quelli che riportano il maggior numero di morti infantili.

Nelle economie più avanzate la malnutrizione è però legata soprattutto a casi di sovrappeso e obesità⁵⁹. Risulta interessante anche notare la differenza tra i dati relativi all'età media della madre alla prima gravidanza, nettamente più alta per i Paesi economicamente più sviluppati.

Anche analizzati secondo questa accezione i due fattori rappresentano potenziali rischi per il piccolo, ma con ripercussioni diverse.

Nella tabella seguente, (si guardi tabella 4), laddove possibile, si è combinato il dato relativo alla prevalenza di denutrizione⁶⁰ con dati relativi ai livelli di obesità (calcolati nella popolazione femminile⁶¹ e, entrambi, in valore percentuale) e all'età media della mamma alla prima gravidanza⁶². Si considerano qui i primi e gli ultimi Paesi in classifica di cui erano disponibili i dati. Si rimanda alla tabella in appendice 2 per i dati relativi all'intera classifica.

⁵⁹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce sovrappeso l'alta proporzione peso per età. Oltre una certa soglia si parla invece di obesità. Per una descrizione più dettagliata si guardi FAO, IFAD, WFP (2014).

⁶⁰ FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

⁶¹ fonte: WHO, Global health observatory, online data repository.

⁶² fonte: CIA, WorldFactbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

Tabella 4 - Fattori di rischio nei Paesi in cima e in coda al Termometro

TOP 5 INDICE DEL RISCHIO DI MORTALITÀ MAMMA -BAMBINO					BOTTOM 5 INDICE DEL RISCHIO DI MORTALITÀ MAMMA -BAMBINO				
Rango	Paese	Età media prima gravidanza	Prevalenza denutrizione	Obesità popolazione femminile	Rango	Paese	Età media prima gravidanza	Prevalenza denutrizione	Obesità popolazione femminile
1	Danimarca	29,1	<5	15,4	137	Madagascar	19,5	30,5	1,5
1	Norvegia	28,5	<5	17,9	138	Burkina Faso	19,6	33	3
2	Paesi Bassi	29,4	<5	16,1	139	Afghanistan	20,1	24,7	3,3
3	Finlandia	28,4	<5	18,6	140	Tanzania	19,6	34,6	6,8
4	Islanda	27	<5	20,3	141	Congo, D.R.	20,2	23,8	3
4	Australia	30,5	<5	24,9	142	Niger	18,1	11,3	3,7
4	Irlanda	29,8	<5	23,3	143	Etiopia	19,6	35	1,6
5	Svezia	28,9	<5	15	145	Chad	18,2	34,8	3,8

N.B. Si considerano qui i primi e gli ultimi Paesi in classifica di cui erano disponibili i dati.

È evidente la forte differenza tra i Paesi a economia avanzata e quelli meno sviluppati. In Chad così come in altri Paesi, l'età in cui la mamma affronta la prima gravidanza è spesso inferiore ai 20 anni. Chad, Etiopia, Niger, al pari degli altri Stati vicini in classifica, sono tutti Paesi in cui la frequenza delle gravidanze adolescenziali è molto alta. Irrisoria invece la percentuale di obesità per la popolazione femminile. Il rischio di malnutrizione è qui fortemente associato alla denutrizione.

Non sorprende che, in questi posti, risultano alti i casi di *stunting*, di nascita pretermine, si ha la maggiore incidenza di morti infantili dovute a infezioni.

Nei Paesi con un'economia più avanzata, si ha invece il fenomeno contrario. Niente casi di denutrizione cronica. Al contrario, sono più alti i casi di sovrappeso tra la popolazione femminile. La mamma in genere affronta la prima gravidanza dopo i 30 anni. Le condizioni fisiche e di contesto in cui si affrontano i 9 mesi sono certamente migliori, sarà maggiore anche la possibilità di accedere a servizi sanitari di base, sarà più facile la possibilità di accesso a istruzione e reddito. In qualche modo la finestra di quei primi 1.000 giorni, già nella fase che va dal concepimento al parto, è tenuta maggiormente sotto controllo. Tuttavia anche una gravidanza oltre i 30 anni può essere causa di rischi per il bambino, è ad esempio tra le cause di nascite pretermine⁶³. Il sovrappeso della mamma aumenta il rischio di problemi fetali per il bambino. Per questi piccoli sarà inoltre più alto il rischio di problemi cardiovascolari in età adulta⁶⁴.

⁶³ National Academy Press (2007) *Preterm birth. Causes, consequences and prevention*. National Academy Press, New York.

⁶⁴ Leddy M.A., Power M.L., J. (2008) The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. *Rev Obstet Gynecol.*, 1(4): 170-178. Hochner H., Friedlander Y., Calderon-Margalit R., Meiner V., Sagy Y., Avgil-Tsadok M., Burger A., Savitsky B., Siscovick D.S., Manor O. (2012) Associations of Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up study. *Circulation.* 125 (11).

I rischi legati alla malnutrizione della mamma per un bimbo australiano (dove il tasso di donne in sovrappeso tocca quasi il 25%) è quindi decisamente diverso dal rischio per un bambino nato in Madagascar (dove il sovrappeso nella popolazione femminile tocca percentuali minime e la denutrizione invece è altissima, si attesta attorno al 30,5%).

Le cause dirette legate a mortalità e a problemi di salute vanno sempre adattate al contesto cui sono riferite e interpretate come cartine tornasole della società di riferimento.

Queste caratteristiche, oltre a definire i fattori di un'eredità a rischio, sono infatti anche un segno dei processi che avvengono all'interno delle società di riferimento.

Ad esempio riflettono il cambiamento delle abitudini in campo alimentare, l'attenzione e le cure che la società riserva ai piccoli che vengono al mondo. Riflettono anche il livello di presenza della donna nei processi decisionali.

Dove la disuguaglianza di genere è ancora profonda, la donna non ha pieno accesso alle risorse o pieno potere decisionale su scelte legate ad esempio all'istruzione o alla sua salute riproduttiva. Dove invece il *gender gap* è meno rilevante, è più alta l'attenzione nei confronti della scolarizzazione della popolazione femminile, è più facile l'accesso ai servizi di salute riproduttiva e la possibilità di scelta in ambito lavorativo⁶⁵.

Molti dei Paesi in cui la donna sta sempre più affermando la sua presenza come attore principale nel tessuto socio-economico riflettono in parte i segni di questa transizione. L'età media della prima gravidanza tende ad alzarsi⁶⁶, i casi di malnutrizione cronica calano anche per il maggior controllo delle risorse da parte della popolazione femminile, l'accesso ai servizi di cura diventa un diritto garantito e promosso dall'intero sistema. Risulta fondamentale comunque, anche in questi casi, guardare ai possibili fattori di rischio capaci di influenzare la vita dei più piccoli.

⁶⁵ UN (2013) *The Millennium Development Goals Report 2013*. UN, New York.

⁶⁶ UNDP (2013) *Motherhood in Childhood. The State of World Population 2013*. UNDP, New York.



4. LE SFIDE DA AFFRONTARE IN AMBITO GLOBALE

Tutti i bambini dovrebbero nascere nelle migliori condizioni possibili e aver diritto all'eredità "positiva" di cui si è già parlato in precedenza, cioè essere accolti in un ambiente in grado di garantire diritti fondamentali come quello alla salute e ad una sana alimentazione, e capace inoltre di fornirgli gli strumenti necessari per trovare il proprio posto all'interno della società. Sono già trascorsi 14 anni dagli impegni che i Capi di Stato e di Governo hanno assunto nei confronti delle sfide globali e ad un anno dalla loro scadenza molti di questi non sono ancora stati raggiunti. Si sa, la gran parte delle morti infantili sono prevedibili e prevenibili. Le cause sono ormai ben note. In questo momento storico, in cui l'intera comunità globale rivolge gli occhi ai risultati raggiunti, è necessario un ulteriore sforzo per il raggiungimento degli obiettivi previsti, perché ogni successo potrebbe rappresentare tante morti evitate. Bisogna poi non solo guardare con favore al raggiungimento di questi traguardi ma anche, in una prospettiva post-2015, mirare all'*obiettivo zero*⁶⁷ - e quindi ad eliminare il rischio di morti prevenibili per mamme e bambini entro il 2030.

Lo studio dell'Indice ha evidenziato alcuni dei fattori chiave nella lotta contro le morti evitabili. Save the Children invita quindi tutti gli *stakeholder* coinvolti - Organizzazioni Internazionali, Governi, società civile - a mettere in campo tutti gli interventi necessari ed esistenti per contrastare i possibili fattori di rischio che incidono negativamente sulla salute delle mamme e dei bambini e ad accelerare i progressi per far sì che gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio possano tradursi in realtà.

4.1 Assicurare la copertura sanitaria universale e la continuità delle cure

I progressi fatti finora in campo sanitario dimostrano che investire sul rafforzamento dei servizi di salute funziona ma non è sufficiente: bisogna che sia rispettato il diritto di tutti a vivere una vita sana e attiva. Garantire la copertura sanitaria universale vuol dire assicurare che ogni persona possa accedere ai servizi di prevenzione e cura cui ha diritto, a servizi di qualità, senza doverne subire il peso finanziario⁶⁸. Significa raggiungere ogni mamma e ogni bambino. È un obiettivo che chiama in causa, prima di tutto, i Governi locali che devono dar seguito alla necessità di investire maggiormente nei sistemi sanitari nazionali. Affinché si possa assicurare la copertura sanitaria universale, Save the Children ritiene che siano necessari interventi e politiche mirate tra cui:

- Definire **piani e strategie** che, in accordo con quanto definito dal sistema sanitario, guidino l'azione del Governo nazionale e locale. Gli Stati sono perciò chiamati a garantire solidi meccanismi di finanziamento per mettere in atto questo processo e per ridurre il rischio di eventuali crisi finanziarie che graverebbero ulteriormente sulle fasce più povere della popolazione, già in difficoltà nel sostenere il peso economico delle cure sanitarie⁶⁹.
- Garantire **strutture sanitarie adeguate**, distribuite in modo capillare su tutto il territorio, anche nelle aree più disagiate. Queste dovrebbero poter disporre di tutte le strumentazioni necessarie per rispondere alla domanda di cure e garantire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini. In quest'ottica, risulterebbe fondamentale rafforzare il dialogo con altri macrosettori economici, come quello farmaceutico, tra i principali responsabili dell'accesso ai farmaci essenziali e all'immunizzazione. Bisognerebbe favorire investimenti per correggere alcune distorsioni di mercato: aumentare ad esempio gli incentivi per la produzione di quei farmaci in genere esclusi dalla produzione perché poco remunerativi per l'industria farmaceutica⁷⁰.

⁶⁷ Save the Children (2013) *Getting to zero. How we can be the generation that ends poverty*. Save the Children, London.

⁶⁸ WHO (2010) *The World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization, Geneva.

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

⁶⁹ Save the Children (2013) *Mondi Dispari. Ridurre le disuguaglianze per combattere la mortalità infantile*. Save the Children, Roma.

⁷⁰ UN Commission on Life-Saving commodities for women and children (2012) *Commissioners' Report*, New York.

- Assicurare la disponibilità di **operatori sanitari adeguatamente preparati e specializzati**. Save the Children ha più volte fatto presente il profondo divario esistente tra domanda di servizi sanitari e la disponibilità di personale sanitario specializzato. Questo *gap* andrebbe colmato reclutando personale, formandolo e convogliando le diverse professionalità a seconda delle necessità.

Una lezione che questi 14 anni hanno insegnato è che evitare le morti di mamme e bambini non è solo combattere il fenomeno, ma anche prevenirlo. La relazione, messa in evidenza dall'Indice, tra salute materna e infantile si traduce infatti anche nell'**educare** adolescenti e mamme **alla salute sessuale e riproduttiva** e prepararle, per evitare eventuali problemi, nel periodo precedente, contestuale e successivo alla gravidanza; garantire in altre parole, il *continuum of care*, e cioè **l'assistenza di base continuativa**. Si tratta di un "percorso sanitario" che si articola nelle diverse fasi di vita della donna per poi snodarsi in interventi mirati alla salute della mamma e a quella del piccolo quando viene al mondo. Prevede:

- **Cure prenatali e accesso a servizi di pianificazione familiare.** È utile per preparare le future mamme alla gravidanza, per affrontarla nel miglior modo possibile. Nel caso di giovani adolescenti significa anche sensibilizzare sui rischi legati alle gravidanze precoci, spesso causa, come si è visto, di gravi complicazioni per mamma e bambino quali ad esempio la lotta per i nutrienti. A volte, anche accorgimenti come quello di spaziare le gravidanze (prevedendo intervalli adeguati tra una e l'altra) possono essere utili per dare alla mamma il tempo di riprendersi da una gravidanza prima di doverne affrontare un'altra. In questa fase è importante anche l'attenzione alla nutrizione e ai benefici che mamma e bambino possono trarre dall'apporto di nutrienti necessari.
- **Cure durante la gravidanza o al momento del parto.** La mamma può avere bisogno di cure e trattamenti per ridurre il rischio di complicazioni. Risulta di particolare importanza quindi che, sia durante la gravidanza che al momento del parto, sia assistita da personale medico specializzato.
- **Cure post-parto.** Tutte le mamme dovrebbero sapere che alcune semplici pratiche possono essere fondamentali per salvare la vita del loro piccolo. Tra queste, l'allattamento esclusivo al seno, necessario per dare al bambino tutti i nutrienti di cui ha bisogno o la marsupioterapia, il contatto corpo-a-corpo tra mamma e bambino, per mantenere costante la temperatura del piccolo nato prematuro. Inoltre è di fondamentale importanza il rispetto di basilari pratiche igieniche per mantenere sempre sano l'ambiente in cui il piccolo nasce e vive.

Migliorare la salute di mamme e piccoli significa inoltre anche contrastare fenomeni, come quello delle spose bambine, che influiscono negativamente sulla salute infantile, o che compromettono la vita sessuale e riproduttiva della donna, come le mutilazioni genitali femminili, ancora molto diffuse in diversi Paesi in via di sviluppo.

Tutti questi elementi possono ridurre fortemente il rischio di vite mancanti. È per questo che Save the Children ritiene necessario che la nuova agenda di sviluppo post-2015 includa specifici target per il raggiungimento della copertura sanitaria universale, per la protezione da rischi finanziari legati alle spese sanitarie e per la promozione di un approccio *multi-stakeholder* per la tutela del diritto alla salute⁷¹.

⁷¹ Save the Children (2014) *Framework for the Future. Ending poverty in a generation*. Save the Children, London.

4.2 Combattere la malnutrizione e investire sul potenziale dell'agricoltura

La malnutrizione è un killer invisibile. Non appare nei certificati di morte, eppure, come si è più volte ribadito, è concausa di quasi la metà delle morti infantili. La sicurezza alimentare e una nutrizione quantitativamente e qualitativamente sufficiente dovrebbero essere garantite a tutti ed in ogni momento, di diritto. Prevenzione e cura continuano a essere i principi guida. Se da un lato si punta ad arginare il fenomeno, dall'altro bisogna intervenire dove è presente.

- Il primo passo è **rendere evidente il costo della malnutrizione**, in particolare della malnutrizione cronica, attraverso target specifici che prestino maggiore attenzione a fenomeni come lo *stunting*⁷², causa ancora oggi di tante vittime soprattutto tra i piccoli al di sotto dei cinque anni.
- È poi necessario investire su quegli interventi che si sono rivelati funzionali nel contrasto alle morti premature dovute alla malnutrizione. Il *Lancet* propone ad esempio un pacchetto di 13 interventi⁷³ che includono, tra gli altri, la fortificazione dei cibi per i piccoli e per le mamme che aspettano un bimbo o che allattano (attraverso vitamine, sali iodati, zinco, ferro ecc.), l'allattamento esclusivo al seno per i bambini fino ai sei mesi, e una sana alimentazione complementare per i bambini svezzati. Sicuramente è una sfida onerosa, gli interventi proposti dal *Lancet* si stima costino tra i 10 e i 12 miliardi di dollari l'anno, un costo però che, diviso tra i diversi donatori, è facilmente sostenibile e potrebbe salvare circa 2 milioni di vite⁷⁴.
- La promozione di questi interventi a livello nazionale necessita però l'adozione, da parte dei Governi, di specifici **piani nazionali di nutrizione**. Save the Children, partner del movimento globale SUN, affianca i Paesi del Sud in questa fase⁷⁵. Come si è visto nel caso dell'Etiopia ad esempio, l'intervento dell'Organizzazione è stato essenziale per la creazione di una coalizione della società civile che ha supportato il Governo nella definizione del Piano Nazionale di Nutrizione.

La chiave di volta per far in modo che questo avvenga è il **coinvolgimento e la partecipazione delle comunità**. È questo uno dei principi del concetto di *food and nutrition security*⁷⁶. La sicurezza alimentare è garantita quando le risorse sono disponibili, tutti possono accedervi e decidere come farne uso. Garantire la disponibilità di cibo non è inoltre solo una questione di produzione ma anche di distribuzione. Per contrastare questa tendenza sarebbe necessario far dialogare il settore alimentare con quello agricolo. È infatti importante **sfruttare il potenziale dell'agricoltura**, come veicolo per migliorare la nutrizione, non solo attraverso un aumento della produzione, ma soprattutto garantendo una migliore varietà e qualità dei cibi consumati, inserendo nella scala di produzione tutti quei nutrienti di cui l'organismo ha bisogno. L'agricoltura può essere inoltre un ottimo veicolo di promozione sociale poiché, spesso, gli interventi nel settore agricolo comportano anche la diffusione di un'educazione alimentare e rafforzano la figura della donna. La malnutrizione infatti si combatte anche attraverso la formazione sulla preparazione dei cibi e sull'importanza di una dieta variata, basti pensare al successo del progetto di Save the Children in Malawi. Questi progetti coinvolgono molto spesso le donne, generalmente responsabili dell'alimentazione all'interno del contesto familiare, coinvolgendole come attrici principali all'interno dei programmi. I risvolti nel campo dell'educazione hanno effetti anche su larga scala. Possono infatti stimolare innovazione e ricerca, avere quindi un impatto positivo anche sull'orientamento del-

⁷² Save the Children (2012) *A life free from hunger. Tackling child malnutrition*. Save the Children, London.

⁷³ fonte: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2961693-6/abstract>.

⁷⁴ Save the Children (2012) *A life free from hunger. Tackling child malnutrition*. Save the Children, London.

Darmstadt G.L., Bhutta Z.A., Cousens S., Adam T., Walker N., de Bernis L. (2005) Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 365(9463).

⁷⁵ Save the Children (2014) *Nutrition Sensitivity: how agriculture can improve child nutrition*. Save the Children, London.

⁷⁶ Save the Children (2012) *A life free from hunger. Tackling child malnutrition*. Save the Children, London.

le politiche volte a garantire il miglioramento dei servizi. L'impatto positivo dell'investimento sull'agricoltura ha importanti conseguenze anche per la crescita economica. Consente infatti alle famiglie, attraverso ad esempio la soluzione degli orti familiari, di crearsi una fonte di reddito propria e integrarsi nel mercato attraverso meccanismi di produzione e scambio. In Paesi come il Malawi e il Nepal, dove i programmi *nutrition-sensitive* di Save the Children sono ormai una realtà consolidata, l'orto è lo strumento che permette ad esempio alle famiglie di uscire dallo stato di estrema povertà in cui versano e di regalare un futuro migliore ai propri figli, partendo proprio dal cibo che gli possono garantire. Le Nazioni Unite hanno dichiarato il 2014 l'anno dell'agricoltura familiare⁷⁷. Più volte in questi mesi è stata ribadita l'importanza della promozione agricola su piccola scala ma risulta ancora necessario una maggiore attenzione nei confronti del potenziale agricolo a livello globale, da parte dell'ambiente politico e sociale. Bisogna poi fare in modo che questi interventi raggiungano tutti, che nessuno resti indietro. Questo è un anno importante per cambiare rotta. Uno degli appuntamenti principali per rinnovare l'impegno nella lotta alla malnutrizione sarà la prossima Conferenza Internazionale sulla Nutrizione (ICN2) che si terrà a Roma questo novembre. La sede mondiale dell'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) ospita così, dopo 22 anni, e in un momento storico in cui è sempre maggiore la consapevolezza dell'interconnessione tra nutrizione e salute, il secondo appuntamento che pone attorno a un tavolo FAO e Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme a tutti gli altri principali attori a livello internazionale. Si tratta di un'opportunità di confronto per la definizione di indirizzi e strategie da inserire nella prossima agenda. Da questa ci si aspetta un decisivo consenso politico globale sugli interventi da rendere prioritari, l'adozione di un piano di azione che possa efficacemente contribuire alla riduzione dei tassi di malnutrizione e un solido meccanismo di *accountability* condiviso a livello globale.

Save the Children sta facendo pressione affinché la nuova agenda di sviluppo post-2015 possa includere target specifici volti a sradicare la fame, migliorare l'alimentazione e dimezzare la malnutrizione cronica; garantire la sostenibilità dei sistemi alimentari (dalla produzione alla distribuzione, dall'accesso al consumo di cibo di qualità per tutti); nonché assicurare l'accesso all'acqua potabile, ai servizi sanitari e all'igiene⁷⁸. La sicurezza alimentare è un fondamento importante per garantire uno sviluppo umano sostenibile. I bambini nutriti adeguatamente non solo sono più sani ma raggiungeranno migliori risultati anche nella loro vita adulta.

Entrambe le sfide, sanitarie e alimentari, richiedono inoltre una maggiore attenzione verso interventi trasversali: come **ridurre le disuguaglianze**⁷⁹ all'interno della popolazione per facilitare l'accesso ai servizi di salute, al cibo, a meccanismi di finanziamento per le piccole imprese familiari. È **inoltre importante concentrarsi sull'armonizzazione degli interventi e investire su un sistema di *accountability* che faciliti il monitoraggio e la valutazione delle azioni intraprese**, che renda il processo chiaro e trasparente.

⁷⁷ fonte: <http://www.fao.org/family-farming-2014/en/>

⁷⁸ Save the Children (2014) *Framework for the Future. Ending poverty in a generation*. Save the Children, London.

⁷⁹ Save the Children (2013) *Mondi dispari. Ridurre le disuguaglianze per combattere la mortalità infantile*. Save the Children, Roma

4.3 La risposta politica alle vite mancanti

4.3.1 *Every Newborn Action Plan*: l'ultima iniziativa globale per accelerare la corsa al 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio

Dalla definizione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5, la comunità internazionale ha dimostrato la volontà politica di intervenire per ridurre le morti di mamme e bambini attraverso diverse iniziative. Già nel 2005 la *Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile* (PMNCH)⁸⁰ poneva l'accento sull'importanza dell'assistenza continuativa. Solo 5 anni dopo, il Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki Moon lanciava, nel corso del Summit sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, il movimento *Every Woman Every Child*⁸¹ chiedendo un ulteriore sforzo ai Governi per implementare la *Strategia Globale per la Salute di Mamme e Bambini*. In questi ultimi quattro anni l'impegno viene poi riconfermato in diversi momenti ad esempio: nel 2012, con *A Promise Renewed*⁸², e nel giugno di quest'anno, a Johannesburg, quando nel corso del Forum PMNCH viene lanciato l'*Every Newborn Action Plan* (ENAP)⁸³. Il Piano mira a ridurre le morti infantili, in particolare quelle neonatali, e a migliorare le condizioni di mamme e piccoli attraverso l'approccio del *continuum of care*. La società globale si fa quindi carico, con quest'ultima iniziativa, di lottare contro la mortalità nel primo mese di vita, attualmente principale ostacolo per il raggiungimento dell'OSM 4 considerato che, tra i decessi entro il quinto anno di vita, il tasso di morti neonatali ha subito negli ultimi anni un incremento. L'ENAP pone tra i suoi obiettivi principali quei mezzi che servono a contrastare i fattori di rischio messi in risalto dall'Indice, e cioè la copertura sanitaria universale, l'accesso ai servizi di salute riproduttiva per tutte le donne e la lotta alla malnutrizione. Al centro dell'attenzione, la presa in carico di responsabilità da parte dei Governi, attraverso precise strategie e un'integrazione degli interventi che tenga conto dei diversi *stakeholders* responsabili. Il piano inoltre deve essere equo, non deve lasciare indietro nessuno. Deve quindi garantire l'accesso universale ai servizi e prestare maggiore attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione. Infine, dovrebbe garantire una maggiore trasparenza dei processi e nell'uso delle risorse e ottimizzare l'applicazione delle conoscenze per favorire l'innovazione degli strumenti volti a facilitare la lotta alle morti evitabili. Il Piano adotta una prospettiva di lungo periodo con lo scopo di ridurre drasticamente, per il 2030, le morti neonatali (non oltre 12 ogni 1.000 nati vivi).

Save the Children ha giocato un ruolo essenziale sia in fase di sviluppo dei contenuti del piano che nella promozione dello stesso davanti ai singoli governi. L'adozione dell'ENAP a livello nazionale è appena il primo passo per intensificare gli sforzi di ciascun Paese nella lotta alle morti neonatali. Ci si aspetta adesso che venga garantito l'impegno politico e finanziario da parte dei governi.

4.3.2 L'Italia tra impegno e crisi. Segni di ripresa della Cooperazione Italiana

Impegni e promesse si muovono verso l'obiettivo zero. Ma le sfide globali, negli ultimi anni, hanno fatto i conti con la crisi. Solo nell'ultimo biennio si registrano i primi segnali di ripresa. Secondo il Comitato per gli Aiuti allo Sviluppo dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE/DAC), la recessione ha infatti determinato, dal 2008 al 2012, un crollo dell'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) per tutti i Paesi

⁸⁰ fonte: <http://www.who.int/pmnch/en/>

⁸¹ fonte: <http://www.everywomaneverychild.org/>

⁸² fonte: <http://www.apromiserenewed.org/>

⁸³ fonte: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft.pdf

DAC⁸⁴. Se, in rapporto al PIL, per questi Stati la quota degli aiuti è passata dallo 0,27% del 2008, allo 0,25% del 2012, l'APS italiano è passato dallo 0,22% allo 0,14%⁸⁵, collocando il Bel Paese agli ultimi posti tra i Paesi OCSE. Dopo l'Italia solo la Grecia. E la riduzione degli aiuti ha interessato anche la salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede ai Governi nazionali di stanziare, a favore della salute globale, lo 0,1% del PIL, consentendo a ogni Paese di contribuire in base alle proprie risorse. I contributi italiani sono passati dallo 0,029% del 2008 allo 0,019% del 2011⁸⁶, una percentuale nettamente inferiore a quanto stabilito dall'OMS. E la riduzione dei fondi ha fatto venir meno anche il finanziamento italiano al Fondo Globale, partnership internazionale per la lotta contro AIDS, malaria e tubercolosi. Un insuccesso nonostante gli impegni presi a livello internazionale, che è costato all'Italia un'ammonizione da parte dell'OCSE/DAC⁸⁷. Il Paese infatti, negli scorsi anni, non ha ottemperato agli impegni assunti: in particolare quelli presi al G8 in Canada nel 2010, con la *Muskoka Initiative*⁸⁸, iniziativa internazionale che prevedeva, tra i vari punti programmatici, un aumento degli investimenti destinati alla salute materno-infantile.

Nel 2014 però l'Italia ha ripreso a contribuire al Fondo Globale e, nonostante la forte instabilità politica, oltre che economica, che ha caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni, l'OCSE/DAC quest'anno, nel corso della *Peer Review*, ha riconosciuto al Paese il rinnovato sforzo nel campo della cooperazione e, in particolare, l'impegno in ambito sanitario. Tra i segnali più recenti di questa ripresa, le novità normative apportate dalla nuova legge 125/2014⁸⁹ che riforma la Cooperazione Italiana allo sviluppo fino ad allora regolata dalla legge 49/1987. In attesa di verificare i risultati di questo cambio di rotta, si guarda intanto con favore a questa nuova opportunità di riaffermare la volontà politica del Paese a supporto della cooperazione internazionale. Ciò è ancor più rilevante in un momento in cui all'Italia spetta un ruolo di rilievo a livello europeo. La Presidenza Italiana al Consiglio dell'Unione Europea costituisce infatti un'importante occasione per tessere una visione comune sugli indirizzi della cooperazione e dello sviluppo - soprattutto nell'ambito della definizione della futura agenda post-2015 - e quindi risollevarne l'attenzione a livello europeo e internazionale sui temi della salute e della nutrizione.

⁸⁴ Action for Global Health (2013) *Chi paga per la salute. Le tendenze dell'APS per la salute*. Action for Global Health..

⁸⁵ OCSE/DAC (2014) *Peer Review 2014*.

⁸⁶ Action for Global Health (2013) *Chi paga per la salute. Le tendenze dell'APS per la salute*. Action for Global Health.

⁸⁷ OCSE/DAC (2014) *Peer Review 2014*.

⁸⁸ fonte: <http://iif.un.org/content/maternal-newborn-and-child-health-muskoka-initiative>.

⁸⁹ Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.199 del 28-8-2014.



CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Negli ultimi 14 anni, i progressi fatti per ridurre le morti al di sotto del quinto anno di vita sono stati significativi ma è necessario un ulteriore sforzo per raggiungere il 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio. Sono ancora tante infatti, come si è visto dal rapporto, le “vite mancanti” per cause prevenibili e curabili. Queste cause, in molti casi, sono fortemente collegate alle condizioni in cui la mamma affronta la gravidanza e il parto. La malnutrizione, la presenza di infezioni e malattie non trattate, l’età molto giovane della mamma alla prima gravidanza, sono possibili fattori di rischio responsabili delle condizioni dei bambini al momento della nascita, dell’eredità con cui i piccoli vengono al mondo e delle sfide che dovranno affrontare. Combattere il fenomeno delle morti infantili significa perciò contrastare il problema laddove esistente ma anche prevenirlo, intervenendo proprio su questi elementi.

L’Indice del rischio di mortalità mamma-bambino, contenuto in questo rapporto, nasce per misurare, all’interno di ciascun Paese, l’incidenza dei fattori su cui gli Stati dovrebbero concentrare gli sforzi in vista della soglia del 2015. La lotta alla malnutrizione, la copertura sanitaria universale e la continuità delle cure diventano quindi pilastri fondamentali per contrastare tante morti prevenibili. L’analisi presentata lo dimostra: Paesi come quelli del Nord Europa, capaci di tenere sotto controllo i fattori sopra citati, sono quelli che registrano bassissimi livelli di morti infantili e dove i piccoli vengono al mondo con un patrimonio di possibilità “positive”. Lo stesso non si può dire per molti Paesi dell’Africa subsahariana e dell’Asia meridionale, dove questi fattori convivono con alti tassi di mortalità prima del quinto anno di vita.

Nei prossimi mesi, numerosi saranno gli incontri internazionali nei quali gli Stati, le Organizzazioni della società civile e gli altri attori interessati devono far sentire la propria voce su questi temi. Si tratta di appuntamenti importanti che possono orientare le politiche dei Paesi e alimentare le discussioni in corso che guideranno le prossime negoziazioni per porre fine a queste morti evitabili e per definire la nuova agenda post-2015. In questo scenario uno spirito positivo anima il dibattito internazionale. Lo si legge nella sostituzione di obiettivi relativi a “riduzione” o “dimezzamento” di tassi globali con “eliminazione”, “sradicamento”, “fine”.

Muoversi verso l’obiettivo zero è possibile e doveroso. Tutti - Governi, Organizzazioni Internazionali, società civile - devono contribuire per garantire un’eredità positiva ai nuovi nati mettendo in campo gli interventi necessari per contrastare le sfide che ancora oggi mettono alla prova la vita di milioni di bambini e bambine nel mondo.

Save the Children raccomanda pertanto che:

L’intera comunità globale

- acceleri i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5 pianificando gli interventi specifici necessari e destinando risorse adeguate affinché non vi siano più “vite mancanti” per cause prevenibili e curabili;
- si impegni per la definizione di un’agenda post-2015 fortemente radicata sull’equità; in grado di assicurare la copertura sanitaria universale per porre fine a tutte le morti materne, neonatali e infantili prevenibili; di garantire la sicurezza alimentare e la nutrizione a tutti; e dotata di un robusto meccanismo di *accountability*.

I Governi dei Paesi ad alto tasso di mortalità

- si impegnino nel **rafforzamento dei sistemi sanitari** attraverso l’adozione di chiare strategie nazionali e piani a livello comunitario, garantendo a tutti la copertura sanitaria, in particolare alle fasce più svantaggiate della popolazione, assicurando che ogni bambino abbia accesso alle vaccinazioni necessarie e che tutte le mamme e i piccoli possano accedere ai servizi di prevenzione e cura;
- assicurino l’efficienza delle strutture e la presenza di **operatori sanitari** specializzati;

- **garantiscono la sensibilizzazione e l'educazione delle donne** affinché possano intraprendere le scelte migliori per la salute propria e dei propri bambini. Devono inoltre impegnarsi a contrastare le pratiche contro la salute sessuale e riproduttiva delle donne;
- promuovano **piani nazionali di nutrizione** sinergici ed integrati a quelli di salute, favorendo inoltre il dialogo col settore agricolo per l'adozione di interventi rispondenti alle esigenze nutritive della popolazione.

Il Governo Italiano

- in linea con l'inversione di tendenza registrata nell'APS, garantisca un adeguato **incremento delle risorse destinate specificamente alla salute materno-infantile** per far fronte agli impegni presi, contribuendo con un peso sempre maggiore alla lotta contro la mortalità infantile;
- contribuisca in modo attivo agli sforzi globali nella **lotta alla malnutrizione** affrontandone le profonde cause sociali economiche e politiche
- continui ad esercitare un ruolo di primo piano nell'ambito della Presidenza Italiana del Consiglio dell'Unione Europea per **promuovere l'adozione di una posizione comune europea sulla futura agenda post-2015** che accolga le sfide globali - in particolare quella della mortalità materna, neonatale e infantile - includendo precisi target affinché la copertura sanitaria universale e l'accesso ad un'adeguata nutrizione siano un diritto riconosciuto a tutti.

Ognuno di noi può dare il proprio contributo per orientare il cambiamento, facendosi portavoce delle sfide che accomunano le storie di Pramila e di Saraswati affinché tutti i bambini nascano per vivere.

NOTE METODOLOGICHE

L'Indice del rischio di mortalità mamma-bambino e il Termometro di rischio

L'Indice del rischio di mortalità mamma-bambino è stato costruito per mettere in luce l'incidenza, all'interno dei Paesi, di quelle cause di mortalità infantile direttamente collegate alle condizioni di vita della madre.

In particolare, in seguito alle cause evidenziate in letteratura si sono identificati come fattori principali di rischio la giovane età della madre al momento della gravidanza, il livello di malnutrizione inteso in senso di denutrizione, la presenza di infezioni. In più sono stati individuati due fattori socio-economici: istruzione e reddito, come indicatori di accesso alle informazioni e ai servizi.

Gli indicatori usati sono stati scelti in base alla loro affidabilità, validità e disponibilità.

Note generali sui dati

I dati utilizzati per il calcolo dell'Indice sono quelli forniti dalle principali agenzie internazionali, secondo le più recenti statistiche disponibili. Una possibile discrepanza tra dati provenienti da classifiche nazionali e dati utilizzati nelle comparazioni internazionali può esser dovuta all'armonizzazione dei dati a volte operata dalle stesse agenzie per permettere la comparazione tra Stati.

I Paesi considerati per il calcolo dell'Indice sono in tutto 175. Sono stati esclusi dall'analisi i Paesi per cui i dati analizzati non erano disponibili. Maggiori dettagli sugli indicatori usati, sulle fonti e sul metodo di costruzione sono fornite di seguito.

Indicatori, definizioni e fonti dei dati

Tasso fecondità adolescenziale (*Adolescent Fertility Rate*): misura il numero di nascite ogni 1.000 donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni. *Fonte: UNPD, World Population Prospect, 2012 Revision, 2013*⁹⁰.

Prevalenza di denutrizione (*Prevalence of Undernourishment*): esprime la probabilità (in valore percentuale) per un individuo in una popolazione di consumare un ammontare di calorie insufficiente a coprire la sua richiesta di energia giornaliera per condurre una vita attiva e in salute. È l'indicatore considerato per misurare i progressi dei Paesi per l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 1. *Fonte: FAO, IFAD, WFP, The State of Food Insecurity in the World 2014, Report 2014*⁹¹.

Copertura cure prenatali (almeno 4 visite) (*Antenatal care*): La copertura di cure prenatali è indicatore di accesso e fruizione di cure sanitarie nel corso della gravidanza. Per cure prenatali si intendono esami clinici, esami di sangue per verificare la presenza di anemia severa e altre infezioni, controllo peso e stato nutrizionale della madre e eventuali carenze di micronutrienti. È calcolata come percentuale di donne gravide di età compresa tra i 15-49 anni che ricevono cure prenatali (4 o più volte nel corso della gravidanza). In questo caso si è dovuto far fronte alla mancanza di dati per alcuni Stati. Si è proceduto con l'imputazione del valore mancante,

⁹⁰ UNPD, *World Population Prospect, 2012 Revision, 2013*. UNPD, New York.

⁹¹ FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

calcolando la media della distribuzione all'interno della ripartizione geografica considerata secondo la classificazione UNICEF. *Fonte: WHO, 2011/2012*⁹².

Aspettative di scolarizzazione (*School Life Expectancy - SLE*): è il numero di anni che un bambino in età scolare può aspettarsi di trascorrere a scuola e all'università (si considera quindi grado di istruzione primaria, secondaria e terziaria). Si è considerato solamente il dato relativo alle aspettative femminili. *Fonte: UNESCO Institute for Statistics, 2014*⁹³. In caso di dati mancanti, si è fatto riferimento ai valori *UNDP*⁹⁴. *Expected Years of Schooling (2013)*.

Reddito Nazionale Lordo pro capite (*Gross National Income - GNI*): reddito interno pro capite, convertito in US dollari, diviso per il totale della popolazione. *Fonte: World Bank, 2014*⁹⁵.

In caso di valori mancanti, sono stati considerati i dati *UN SNA Main Aggregates database 2013*⁹⁶.

Metodo di calcolo

1. Tutti i Paesi coi dati disponibili per i 5 indicatori sono stati inclusi nel calcolo dell'Indice. Per alcuni paesi, al fine di includerli nell'Indice, si è proceduto invece con imputazione dei valori mancanti.
2. Imputazione dei valori mancanti. Nel caso di dati mancanti, la tecnica di imputazione del valore permette di non perdere l'informazione per il Paese considerato per cui il dato non è disponibile. Significa quindi assegnare un valore al Paese, per l'indicatore *x*, corrispondente in genere - se consentito dalle caratteristiche dei Paesi considerati - al valore medio registrato tra Stati della stessa area geografica. Nel caso di valori mancanti relativi alle cure prenatali, si è ad esempio assegnato al Paese il valore medio per ripartizione geografica secondo classificazione UNICEF.

Nel caso invece dell'indicatore relativo alla prevalenza di denutrizione, si è fatto riferimento al valore medio per ripartizione geografica secondo criteri di raggruppamento OSM.

3. Per ogni indicatore, è stata stilata una classifica dei Paesi, ordinati in una graduatoria da 1 a 175⁹⁷ a seconda del valore riportato per ogni indicatore, (in particolare è stato attribuito valore 1 al Paese con la performance migliore e 175 al peggiore⁹⁸).
4. L'Indice composto è stato poi calcolato come media aritmetica dei ranghi ottenuti dal Paese per i 5 indicatori.
5. I Paesi sono stati poi ordinati a seconda del valore ottenuto col calcolo della media, stabilendo quindi una graduatoria che attribuisce valore 1 al Paese col minore rischio per i nuovi nati (e di conseguenza capace di garantire un'eredità positiva al/la bambino/a), valore 146⁹⁹ al Paese per cui i rischi di mortalità infantile risultano più elevati (quelli per cui, in base a quanto detto in precedenza, riservano al nuovo nato un'eredità non positiva).

La classifica finale risulta da un ordinamento crescente dei valori dell'Indice in modo da ottenere una graduatoria a seconda della migliore/peggiore eredità per il nuovo nato.

⁹² fonte: WHO, Global health observatory, online data repository.

⁹³ fonte: UNESCO Institute for Statistics, 2014, online dataset.

⁹⁴ fonte: UNPD, (2013). Expected Years of Schooling, online dataset.

⁹⁵ fonte: World Bank, Official Statistics, online data.

⁹⁶ fonte: UN SNA (2013) Main Aggregates database, online dataset.

⁹⁷ L'attribuzione del rango (e cioè la posizione in graduatoria) è stata stabilita in accordo con la direzione dell'indicatore nei confronti dell'Indice - tecnicamente, la sua capacità di influire in modo positivo o negativo sull'Indice.

⁹⁸ Nel caso di valori uguali per alcuni Paesi, il rank massimo raggiunto è stato inferiore a 175.

⁹⁹ Come si è detto in precedenza, nonostante i Paesi siano 175, il rank massimo è 146 per via dello stesso posizionamento di alcuni Stati in graduatoria.

La graduatoria così presentata ha permesso di affiancare alla lettura del dato il Termometro di rischio. In verde i Paesi primi in classifica, capaci di garantire, secondo i dati raccolti, un'eredità positiva per il bambino e quindi una minore probabilità di morte in seguito alla nascita (come effettivamente dimostrato confrontando i dati con gli indicatori di mortalità neonatale e infantile). In rosso gli ultimi Paesi in classifica, quelli col valore più alto dell'Indice, segno di un maggiore rischio di mortalità per il bambino e quindi previsione di un'eredità negativa (come corroborato dal confronto con i dati relativi alla mortalità infantile, decisamente più alti che per i Paesi occupanti i primi posti in graduatoria).

Note critiche e osservazioni

L'analisi presentata e lo stesso calcolo dell'Indice, come frequente in questi studi, sono parzialmente viziati dalla carenza di dati per alcuni Paesi.

La scelta e/o l'esclusione di alcuni indicatori è stata spesso motivata infatti dalla grande quantità di *missing values* per diversi Paesi. Ad esempio, sarebbe stato interessante includere dati sulla fruizione di servizi di pianificazione familiare, ma solo pochi Paesi fornivano statistiche utili.

O, nel caso della malnutrizione, nonostante esistano indicatori molto più sensibili (BMI o altri indicatori antropometrici più adatti a donne gravide), i dati disponibili sono davvero pochi.

Purtroppo non tutti i *dataset* sono sempre completi. Capita spesso, anche in fase di studio preliminare, di dover rinunciare a un indicatore più preciso per via di carenza di dati statistici e optare quindi per un indicatore diverso.

Il che comporta una riduzione del campo di osservazioni e delle possibilità di ricerca, richiede maggiore cautela nell'analisi. Anche in caso di imputazione dei valori si mantiene l'aderenza alla realtà considerata ma si perde il rapporto col dato specifico, compromettendo in parte lo sforzo di ricerca.

Come più volte affermato in sede internazionale, si ribadisce quindi l'invito a un incremento e un miglioramento di convergenza tra le informazioni raccolte, in modo da favorire comparazioni internazionali e consentire alla ricerca di misurare e trattare, con uno stesso linguaggio, fenomeni che necessitano di interventi e della valutazione degli effetti di questi ultimi in modo tale da provocare un cambiamento nella direzione desiderata.

APPENDICE

Appendice I - Fattori di rischio mamma-bambino, indicatori e Indice

PAESE	Tasso Fecond. Adolesc.	Preval. Denutrizione	Cure Prenatali	SLE	GNI	INDICE
	Unpd (Wpp), 2012 (nascite/ 1000)	Fao, 2014 (%)	WHO, 2011/ 2012	Unesco, 2013	WB, 2013	
Afghanistan	87	24,7	14,6	7,20	700	107
Albania	15	<5	66,8	10,34	4,700	60,2
Algeria	10	<5	63,37	14,19	5,290	45,4
Angola	170	18	47,1	8,69	5,010	91,8
Antigua e Barbuda	49	20,1	100	14,57	12,910	39
Argentina	54	<5	24,7	17,82	11,363	43,6
Armenia	27	5,7	92,8	13,64	3,790	43,4
Australia	12	<5	90,4	20,72	65,520	8,2
Austria	4	<5	98,1	16,06	48,590	11
Azerbaijan	40	<5	45,2	11,83	7,350	61,4
Bahamas	28	6,1	86	12,6	21,102	39
Bangladesh	81	16,7	25,5	10,25	900	96,4
Barbados	48	<5	81,3	17,17	14,739	28
Bielorussia	21	<5	99,7	16,31	6,720	25,6
Belgio	7	<5	98,1	16,66	45,210	9,8
Belize	71	6,5	83,1	14,11	4,660	52
Benin	90	9,7	60,5	9,42	790	87,8
Buthan	41	15,8	77,3	12,83	2,460	66,8
Bolivia	72	19,5	72,1	12,89	2,550	72,6
Bosnia - Erzegovina	15	<5	84,2	12	4,740	49,4
Bostwana	44	26,6	73,3	11,74	7,730	65,8
Brasile	71	<5	89	14,2	11,690	38
Brunei D.	23	<5	100	16,33	41,326	14,2
Bulgaria	36	<5	94,1	15,54	7,030	32,6
Burkina Faso	115	20,7	33,7	7,05	670	106,8
Burundi	30	23,8	33,4	9,56	280	96
Capo Verde	71	9,9	72,3	13,62	3,630	62
Cambogia	44	16,1	59,4	10,27	950	84,4
Camerun	116	10,5	62,2	9,55	1,270	88
Canada	14	<5	98,9	16,23	52,200	12,2
Repubblica Centrafricana	98	37,6	38,1	5,89	320	113,6
Chad	152	34,8	23,1	5,86	1,020	114
Cile	55	<5	75,7	15,45	15,230	35,8
Cina	9	10,6	73,5	13,21	6,560	48,2

PAESE	Tasso Fecond. Adolesc.	Preval. Denutrizione	Cure Prenatali	SLE	GNI	INDICE
	Unpd (Wpp), 2012 (nascite/ 1000)	Fao, 2014 (%)	WHO, 2011/ 2012	Unesco, 2013	WB, 2013	
Colombia	69	11,4	88,6	13,49	7,560	49,8
Comore	51	23,8	41,8	12,25	880	87
Congo, DR	135	23,8	43,8	8,44	400	109,2
Congo, Rep.	127	31,5	78,9	10,91	2,660	85,2
Costa Rica	61	5,9	96,9	14,10	9,550	37,8
Costa d'Avorio	130	14,7	44,2	5,41	1,380	102,4
Croazia	13	<5	95	15,44	13,330	23
Cuba	43	<5	100	15,11	5,890	34
Cipro	5	<5	73,4	14,18	26,390	29,4
Rep. Ceca	5	<5	95,2	16,86	18,060	14
Danimarca	5	<5	97,4	19,32	61,110	4,6
Djibouti	19	18,9	41,8	5,88	1,690	89,2
Repubblica Dominicana	100	14,7	94,5	12,3	5,620	60,4
Ecuador	77	11,2	75,7	13,7	5,510	58,2
Egitto	43	<5	66	13,28	3,160	58,8
El Salvador	76	13,5	78,3	12,13	3,720	68
Guinea Equatoriale	113	23,8	67	6,93	14,320	79
Eritrea	65	23,8	41,8	3,67	490	105,2
Estonia	7	<5	97,4	17,42	17,370	15
Etiopia	78	35	19	5,65	470	112,4
Fiji	43	<5	59,3	14,12	4,430	54,8
Finlandia	9	<5	97,4	17,67	47,110	7,8
Francia	6	<5	98,9	16,37	42,250	11,4
Gabon	103	<5	77,6	12,01	10,650	57,2
Gambia	116	6	72	8,69	510	88,6
Georgia	47	9,8	81,6	12,83	3,750	56,8
Germania	4	<5	98,1	16,31	46,100	11
Ghana	58	<5	86,6	10,87	1,760	63,6
Grecia	12	<5	86,4	17,58	22,530	17,4
Grenada	35	20,1	90,5	16,29	7,460	40
Guatemala	97	14,3	87	10,25	3,340	74,2
Guinea	131	18,1	50,3	7,31	460	105,8
Guinea Bissau	99	17,7	67,6	9	520	94,4
Guyana	88	10	78,5	11,25	3,750	69,8
Haiti	42	51,8	67,3	7,6	810	94
Honduras	84	12,1	88,9	11,94	2,180	68,2
Hong Kong	3	10,3	73,5	15,33	38,420	28,8
Ungheria	12	<5	94,1	15,66	11,819	24
Islanda	11	<5	97,4	19,86	43,930	7,8

PAESE	Tasso Fecond. Adolesc.	Preval. Denutrizione	Cure Prenatali	SLE	GNI	INDICE
	Unpd (Wpp), 2012 (nascite/ 1000)	Fao, 2014 (%)	WHO, 2011/ 2012	Unesco, 2013	WB, 2013	
India	33	15,2	49,7	11,33	1.570	78,8
Indonesia	48	8,7	87,8	13,09	3.580	53,6
Iran	32	<5	94	14,96	5.780	68,2
Iraq	69	23,5	49,6	8,69	6.710	82,2
Irlanda	8	<5	97,4	18,50	39.110	8,2
Israele	8	<5	73,4	16,44	34.120	23
Italia	4	<5	84,6	16,78	34.400	16,6
Giamaica	70	7,9	87	12,45	5.220	55,2
Giappone	5	<5	73,5	15,18	46.140	24,4
Giordania	26	<5	94,1	13,69	4.950	40,2
Kazakistan	30	<5	87	15,40	11.380	31
Kenia	94	24,3	47,1	10,65	930	96,4
Kiribati	17	<5	59,3	12,73	2.620	59,8
Corea Rep.	2	<5	73,5	17,2	25.920	20,2
Kuwait	14	<5	73,4	15,19	44.940	26,8
Kirghizistan	29	6	69,75	12,69	1.200	63,4
Lao PDR	65	21,8	36,9	9,81	1.460	92,8
Lettonia	14	<5	97,4	15,88	14.060	20,6
Libano	12	<5	73,4	13	9.870	42,4
Lesotho	89	11,5	70,4	11,69	1.550	78,6
Liberia	117	29,6	66	8,88	410	102,4
Libia	3	6	63,37	16,38	12.930	30,8
Lituania	11	<5	97,4	16,92	13.820	16,4
Lussemburgo	8	<5	97,3	13,99	71.810	17,6
Macedonia	18	<5	93,9	13,52	4.800	40,4
Madagascar	123	30,5	49,3	10,18	440	106
Malawi	145	21,8	45,5	10,79	270	104,2
Malesia	6	<5	74,2	12,74	10.400	41,2
Maldive	4	6,2	85,1	12,79	5.600	47
Mali	176	<5	35,4	7,47	670	99,6
Malta	18	<5	86,4	14,79	19.730	27,6
Mauritania	73	6,5	55,98	8,09	1.060	86
Mauritius	31	<5	41,8	15,97	9.300	45,4
Messico	63	<5	87	13,21	9.940	43,8
Moldova	29	<5	88,8	12,14	2.460	53,6
Mongolia	19	22,4	81,0	15,63	3.770	50,6
Montenegro	15	<5	86,4	16,65	7.260	27,6
Marocco	36	<5	55,3	10,61	3.030	70
Mozambico	138	27,9	50,6	8,88	590	105,6
Namibia	55	37,2	70,4	11,44	5.840	74
Nepal	74	13	50,1	12,50	730	83,2

PAESE	Tasso Fecond. Adolesc.	Preval. Denutrizione	Cure Prenatali	SLE	GNI	INDICE
	Unpd (Wpp), 2012 (nascite/ 1000)	Fao, 2014 (%)	WHO, 2011/ 2012	Unesco, 2013	WB, 2013	
Paesi Bassi	6	<5	98,1	17,97	47.440	6,2
Nuova Zelanda	25	<5	90,4	20,03	35.520	14
Nicaragua	101	16,8	87,8	10,76	1.780	77,4
Niger	205	11,3	14,9	4,77	410	111,2
Nigeria	120	6,4	56,6	8,17	2.760	85,8
Norvegia	8	<5	97,4	18,19	102.610	4,6
Oman	11	8,7	83,2	13,90	25.250	32
Pakistan	27	21,7	28,4	6,95	1.380	92,8
Panama	79	10,6	87	12,93	10.700	50,6
Paraguay	67	11	90,5	12,17	4.040	58,6
Perù	51	8,7	94,4	13,17	6.390	45,6
Filippine	47	11,5	78,1	11,48	3.270	66,2
Polonia	12	<5	94,1	16,27	12.960	21,6
Portogallo	13	<5	86,4	16,54	20.670	20,6
Qatar	10	8,7	85	14,04	85.550	25
Romania	31	<5	94,1	14,48	9.060	33,2
Fed. Russa	26	<5	94,1	15,06	13.860	27
Ruanda	34	33,8	35,4	10,31	620	96
Samoa	28	<5	58,4	12,38	3.430	61
São Tomé e Principe	65	6,8	72,4	11,36	1.470	72
Arabia Saudita	10	<5	73,4	15,91	26.200	26
Senegal	94	16,7	50	7,80	1.070	96,6
Serbia	17	<5	94,2	14,07	5.730	35,8
Seychelles	56	8,3	41,8	12,06	12.530	62
Sierra Leone	101	25,5	74,7	6,07	680	98,2
Repubblica Slovacca	16	<5	94,1	15,66	17.200	21,8
Slovenia	1	<5	86,4	17,65	22.830	14,8
Solomon Islands	65	12,5	64,6	8,78	1.610	82,8
Somalia	110	23,8	6,3	2,4	123	115,4
Spagna	11	<5	86,4	17,73	29.180	15,4
Sri Lanka	17	24,6	92,5	14,15	3.170	52,2
St Lucia	56	6,1	99	12,50	7.090	43,8
St Vincent & Grenadines	55	5,7	90,5	13,43	6.580	44,4
Sudan	84	24,3	47,1	6,60	1.130	100,8
Suriname	35	8,4	66,8	12,90	9.260	51,8
Swaziland	72	26,1	76,6	10,86	3.080	79
Svezia	7	<5	97,4	16,59	59.130	9,2
Svizzera	2	<5	98,1	15,70	80.950	10
Siria	42	8,7	73,4	11,97	2.084	65,8

PAESE	Tasso Fecond. Adolesc.	Preval. Denutrizione	Cure Prenatali	SLE	GNI	INDICE
	Unpd (Wpp), 2012 (nascite/ 1000)	Fao, 2014 (%)	WHO, 2011/ 2012	Unesco, 2013	WB, 2013	
Tagikistan	43	32,3	52,5	10,50	990	90,6
Tanzania	123	34,6	42,8	9,04	630	107,8
Thailandia	41	6,8	79,6	13,88	5.370	48,8
Timor-Leste	52	28,8	55,1	11,29	3.580	81,4
Togo	92	15,3	54,9	8,53	530	97,4
Tonga	18	14	85,6	13,99	4.490	49,2
Trinidad e Tobago	35	9	100	12,47	15.760	35,8
Tunisia	5	<5	85,1	14,99	4.360	37,8
Turchia	31	<5	73,7	14,03	10.950	41
Turkmenistan	18	<5	69,75	12,6	6.880	49
Uganda	127	25,7	47,6	10,58	510	103,4
Ucraina	26	<5	98,5	15,29	3.960	35,2
Emirati Arabi	28	<5	100	12	38.620	30
Regno Unito	26	<5	97,4	16,62	39.110	14,6
Stati Uniti	31	<5	96,6	17,22	53.670	12
Uruguay	58	<5	92,3	16,62	15.180	26,4
Uzbekistan	39	5,8	69,75	11,27	1.900	66,8
Venezuela	83	<5	61	15,31	12.550	47
Vietnam	29	12,9	59,6	11,9	1.730	72
Yemen Rep	47	25,7	28,8	7,71	1.330	96,6
Zambia	125	48,3	60,3	8,5	1.480	101
Zimbabwe	60	31,8	64,8	9,07	820	92,4

N.B. La tabella riporta, per ogni Paese, un valore per ogni indicatore, così come riportato dalle agenzie internazionali. L'indice è il risultato della media aritmetica tra i ranghi.

I valori riportati si riferiscono all'anno indicato o, in caso di valori mancanti, all'ultimo anno per cui il dato era disponibile.

Appendice 2 - Fattori di rischio: le due facce della stessa medaglia

Paese	Età media 1 ^a gravid.	Denutrizione	Obesità
Danimarca	29,1	<5	15,4
Norvegia	28,5	<5	17,9
Paesi Bassi	29,4	<5	16,1
Finlandia	28,4	<5	18,6
Islanda	27	<5	20,3
Australia	30,5	<5	24,9
Irlanda	29,8	<5	23,3
Svezia	28,9	<5	15
Belgio	28	<5	16,9
Svizzera	30,2	<5	11,6
Austria	28,5	<5	17,1
Germania	29,2	<5	19,2
Francia	28,1	<5	14,6
Stati Uniti	25,4	<5	33,2
Canada	28,1	<5	23,9
Rep. Ceca	27,8	<5	26,5
N. Zelanda	27,8	<5	27,7
Regno Unito	27,8	<5	25,2
Slovenia	28,8	<5	25,9
Estonia	26,4	<5	17,6
Spagna	29,8	<5	23
Lituania	26,7	<5	24,7
Italia	30,3	<5	14,9
Grecia	31,2	<5	16,1
Lussemburgo	30,2	<5	22,2
Lettonia	26,4	<5	21,8
Portogallo	29,2	<5	22,3
Polonia	26,9	<5	22,9
Rep. Slovacca	27,8	<5	24,3
Croazia	27,9	<5	19,4
Israele	27,3	<5	27,6
Ungheria	28,3	<5	49,4
Giappone	30,3	<5	3,5
Bielorussia	25,1	<5	26,4
Fed. Russa	24,6	<5	29,8
Malta	26,9	<5	26,8
Montenegro	26,3	<5	20,7
Cipro	28,5	<5	21,9
Kazakistan	25	<5	27,4
Romania	26	<5	19

Paese	Età media 1 ^a gravid.	Denutrizione	Obesità
Ucraina	25,8	<5	23,6
Cile	23,7	<5	33,6
Serbia	27,5	<5	20,3
Giordania	24,7	<5	41,7
Macedonia	26,2	<5	18,9
Turchia	22,3	<5	35,6
Armenia	23,5	5,7	30,2
Messico	21,3	<5	28,4
Perù	22,2	8,7	21,7
Maldive	23,9	6,2	26,1
Thailandia	23,3	6,8	11,8
Turkmenistan	24,6	<5	14,5
Bosnia-Erzegovina	26,3	<5	25,3
Colombia	21,4	11,4	23,7
Mongolia	21,9	22,4	20,7
Sri Lanka	25,4	24,6	7,3
Indonesia	22,8	8,7	6,9
Moldova	23,7	<5	28,8
Giamaica	21,2	7,9	38,2
Georgia	24	9,8	25,7
Gabon	20,3	<5	21,5
Egitto	22,9	<5	46,3
Kiribati	23,1	<5	53,6
Albania	23,4	<5	20,5
Rep. Dominicana	20,3	14,7	29,3
Samoa	23,6	<5	26,7
Azerbaigian	23,4	<5	32,1
Capo Verde	19,5	9,9	15,3
Ecuador	21,1	11,2	28,2
Kirghizistan	22,6	6	21,6
Ghana	21,8	<5	19,2
Filippine	23,1	11,5	8,3
Uzbekistan	23,8	5,8	19,8
El Salvador	20,8	13,5	32,9
Honduras	20,4	12,1	26,3
Guyana	20,8	10	27,1
Marocco	26,3	<5	20,7
Bolivia	21,2	19,5	27,1
Namibia	21,4	37,2	16,8
Guatemala	20,3	14,3	26,7
Nicaragua	19,7	16,8	31,3

Paese	Età media 1 ^a gravid.	Denutrizione	Obesità
Lesotho	21,2	11,5	26,6
India	19,9	15,2	2,5
Swaziland	19,5	26,1	37,1
Timor-Leste	22,1	28,8	4,3
Solomon Island	21,6	12,5	39,3
Nepal	20,1	13	1,6
Cambogia	22,8	16,1	2,8
Congo, Rep.	19,8	31,5	7,5
Nigeria	20,3	6,4	9
Mauritania	21,9	6,5	23,3
Comore	24,6	23,8	5,3
Benin	20,3	9,7	9,5
Camerun	19,7	10,5	15,1
Tagikistan	22,8	32,3	11,6
Angola	18	18	10,2
Zimbabwe	20,5	31,8	13,8
Pakistan	23,4	21,7	8,4
Haiti	22,7	51,8	8,4
Ruanda	22,9	33,8	4
Burundi	21,3	23,8	3

Paese	Età media 1 ^a gravid.	Denutrizione	Obesità
Bangladesh	18,1	16,7	1,3
Kenia	19,8	24,3	6,8
Senegal	21,4	16,7	12,5
Sierra Leone	19	25,5	10,1
Mali	18,6	<5	6,8
Zambia	19,2	28,3	7
Costa d'Avorio	19,8	14,7	9,7
Uganda	18,9	25,7	4,9
Malawi	18,9	21,8	6,2
Eritrea	20,6	23,8	2,3
Mozambico	18,9	27,9	7,8
Guinea	18,9	18,1	5,1
Madagascar	19,5	30,5	1,5
Burkina Faso	19,4	20,7	3
Afghanistan	20,1	24,7	3,3
Tanzania	19,6	34,6	6,8
Congo, D.R.	20,2	23,8	3
Niger	18,1	11,3	3,7
Etiopia	19,6	35	1,6
Chad	18,2	34,8	3,8

INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE

TABELLE

Tabella 1 - Principali cause di mortalità infantile e fattori di rischio legati allo stato di salute della madre	19
Tabella 2 - Top ten e bottom ten del Termometro del rischio	23
Tabella 3 - Il Termometro dei Paesi a rischio	25
Tabella 4 - Fattori di rischio nei Paesi in cima e in coda al Termometro	29

FIGURE

Figura 1 - Cause di mortalità infantile e neonatale	11
Figura 2 - Fattori comuni delle cause di mortalità materna e infantile	12
Figura 3 - Circolo vizioso della malnutrizione	14
Figura 4 - Fattori di rischio mamma-bambino	22
Figura 5 - Confronto tra Indice e indicatori di mortalità neonatale e infantile	26
Figura 6 - Confronto tra Indice, <i>Mothers' Index</i> e ISU	28

BIBLIOGRAFIA

FAO, IFAD, WFP (2014) *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*, FAO, Roma.

Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tuncalp, Vogel JP, Souza JP, Mori R, on behalf of the WHO Multi-country Survey on Maternal Newborn Health Research Network (2014) Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *BJOG*; 121 (Suppl. 1): 40-48.

Katona P, Katona J. (2008) The Interaction between Nutrition and Infection. *Clin Infect Dis.*, 46 (10): 1582-158.

National Academy Press (2007) *Preterm birth. Causes, consequences and prevention*. National Academy Press, USA.

Nove A., Matthews Z., Neal S., Camacho A.V. (2014) Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health*; 2: 155–164.

Save the Children (2010) *Behind every healthy child is a healthy mother*. Save the Children, Westport.

Save the Children (2012) *A life free from hunger. Tackling child malnutrition*. Save the Children, London.

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

Save the Children (2013) *Getting to zero. How we can be the generation that ends poverty*. Save the Children, London.

Save the Children (2013) *Mondi Dispari. Ridurre le disuguaglianze per combattere la mortalità infantile*. Save The Children, Roma.

Save the Children (2014) *Nutrition Sensitivity: how agriculture can improve child nutrition*. Save the Children, London.

Save the Children (2014) *State of the World's Mothers 2014, Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Save the Children, New York.

Save the Children (2014) *Framework for the Future. Ending poverty in a generation*. Save the Children, London.

Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. (2013) Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition*; 9(Suppl2):27-45.

UNDP (2014) *Human Development Report 2014. Reducing vulnerability and Building Resilience*. UN, New York.

UNFPA (2013) *Motherhood In Childhood, State of World Population 2013*. UNFPA, New York.

UNICEF, WHO, *The World Bank, UN (2014) Levels & Trends in Child Mortality*, Report 2014. UNICEF, New York.

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

Win K.M., Van der Putten M., Vajanapoom N., Amnatsatsue K. (2013) *Early Pregnancy and Maternal Malnutrition as Precursors of Stunting in Children under Two Years of Age among Bhutanese Refugees, in Nepal Maternal Precursors in Stunting of Children*. *Thammasat International Journal of Science and Technology*, 18,1.

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

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

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



Save the Children

Italia ONLUS

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

www.savethechildren.it

www.everyone.it