

**Salute materna
e neonatale**

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
Dicembre 2008

Per riprodurre qualsiasi parte di questa pubblicazione è necessario chiedere l'autorizzazione. Si prega di contattare:
Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Direzione Comunicazione
Via Palestro, 68 - 00185 Roma
Tel. 06 478091
Fax 06 47809270
pubblicazioni@unicef.it

Le opinioni espresse rappresentano il punto di vista personale degli autori e non necessariamente riflettono le posizioni dell'UNICEF.

Per aggiornamenti dei dati successivi alla stampa, visitare
www.childinfo.org

ISBN 978-88-89285-17-6

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68
00185 Roma

pubblicazioni@unicef.it
www.unicef.it

Stampato su carta certificata Ecolabel Cyclusprint, riciclata 100%
Per la stampa di questa pubblicazione non è stato abbattuto
nessun albero.

Edizione italiana a cura di
Michele Mazzone

Finito di stampare il 22 dicembre 2008
presso Primegraf, Roma

Foto di copertina: ©UNICEF/HQ04-1216/Ami Vitale

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2009

Ringraziamenti

Questo rapporto non sarebbe stato possibile senza le raccomandazioni e le collaborazioni di molte persone interne ed esterne all'UNICEF. Importanti contributi sono arrivati dai seguenti uffici sul campo dell'UNICEF: Afghanistan, Bangladesh, Benin, Brasile, Burundi, Ciad, Costa d'Avorio, Ghana, Guatemala, Haiti, India, Indonesia, Kenya, Laos-Repubblica Democratica Popolare, Liberia, Madagascar, Marocco, Messico, Mozambico, Nepal, Niger, Nigeria, Pakistan, Perù, Repubblica Centrafricana, Ruanda, Sierra Leone, Sri Lanka, Sudan, Territorio Palestinese Occupato, Togo, Tunisia e Uganda. Sono stati ricevuti suggerimenti anche dagli Uffici regionali dell'UNICEF e dal Centro di Ricerca Innocenti.

Un ringraziamento particolare a Sua Maestà la Regina Rania Al Abdullah di Giordania, l'Onorevole Vabah Gayflor, Zulfiqar A. Bhutta, Sarah Brown, Jennifer Harris Requejo, Joy Lawn, Mario Merialdi, Rosa Maria Nuñez-Urquiza e Cesar G. Victora.

ATTIVITÀ REDAZIONALE E RICERCA

Patricia Moccia, *Capo Redattore*; David Anthony, *Editor*; Chris Brazier; Marilia Di Noia; Hirut Gebre-Egziabher; Emily Goodman; Yasmine Hage; Nelly Ingraham; Pamela Knight; Amy Lai; Charlotte Maitre; Meedan Mekonnen; Gabrielle Mitchell-Marell; Kristin Moehlmann; Michelle Risley; Catherine Rutgers; Karin Shankar; Shobana Shankar; Judith Yemane

TAVOLE STATISTICHE

Tessa Wardlaw, *Direttore*, Strategic Information, Division of Policy and Practice; Priscilla Akwara; Danielle Burke; Xiaodong Cai; Claudia Cappa; Ngagne Diakhate; Archana Dwivedi; Friedrich Huebler; Rouslan Karimov; Julia Krasevec; Edilberto Loaiza; Rolf Luyendijk; Nyein Nyein Lwin; Maryanne Neill; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Emily White Johansson; Danzhen You

PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE

Jaelyn Tierney, *Direttore*, Production and Translation; Edward Ying, Jr.; Germain Ake; Fanuel Endalew; Eki Kairupan; Farid Rashid; Elias Salem

TRADUZIONE

Edizione francese: Marc Chalamet
Edizione italiana: Giampiero Cara e Maria Vittoria Ieranò
Edizione spagnola: Carlos Perellón

SUPERVISIONE SCIENTIFICA E DEI PROGRAMMI

UNICEF Programme Division, la Division of Policy and Practice e l'Istituto di Ricerca Innocenti, con un particolare ringraziamento a Nicholas Alipui, *Direttore*, Programme Division; Dan Rohrmann, *Vice Direttore*, Programme Division; Maniza Zaman, *Vice Direttore*, Programme Division; Peter Salama, *Direttore Associato*, Health; Jimmy Kolker, *Direttore Associato*, HIV e AIDS; Clarissa Brocklehurst, *Direttore Associato*, Water, Sanitation and Hygiene; Werner Shultink, *Direttore Associato*, Nutrition; Touria Barakat; Linda Bartlett; Wivina Belmonte; Robert Cohen; Robert Grass; Asha George; Christine Jaulmes; Grace Kariwiga; Noreen Khan; Patience Kuruneru; Nuné Mangasaryan; Mariana Muzzi; Robin Nandy; Shirin Nayernouri; Kayode Oyegbite; David Parker; Luwei Pearson; Ian Pett; Bolor Purevdorj; Melanie Renshaw; Daniel Seymour; Fouzia Shafique; Judith Standley; David Stewart; Abdelmajid Tibouti; Mark Young; Alex Yuster

GRAFICA

Prographics, Inc.

STAMPA

Primegraf – Roma

DEDICA

La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 è dedicata ad Allan Rosenfield, MD, Dean Emeritus, Mailman School of Public Health, Columbia University, venuto a mancare il 12 ottobre 2008.

Un pioniere nel campo della salute pubblica, il Dottor Rosenfield ha lavorato instancabilmente per prevenire le morti materne e portare assistenza e cura alle donne e ai bambini di insediamenti poveri colpiti da HIV e AIDS. Ha prestato la sua energia e il suo intelletto a numerosi programmi e istituzioni innovativi; la sua passione, la sua dedizione, il suo coraggio e il suo impegno per portare la salute delle donne e i diritti umani in primo piano nello sviluppo rimangono una fonte di ispirazione.

Introduzione

Il Niger è il paese con il più alto rischio di mortalità materna al mondo, 1 donna nigerina su 7 lo corre nel corso della vita. Lo stesso rischio nel mondo industrializzato corrisponde a 1 donna su 8.000. Dal 1990, l'anno di partenza per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, 10 milioni di donne sono morte per complicazioni legate alla gravidanza e al parto, e circa 4 milioni di neonati sono morti ogni anno nei primi 28 giorni di vita. I progressi nella salute materna e neonatale non sono andati di pari passo con quelli della sopravvivenza infantile, che hanno registrato una riduzione del 27% nel tasso globale di mortalità sotto i 5 anni tra il 1990 e il 2007.

La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 è dedicata alla salute materna e neonatale e identifica gli interventi e le azioni da applicare su larga scala per salvare molte vite. La maggior parte delle morti materne e neonatali possono essere evitate attraverso interventi provati – nutrizione adeguata, pratiche igieniche migliorate, cure antenatali, personale qualificato durante il parto, assistenza ostetrica e neonatale d'emergenza e visite post-natali per madri e neonati – forniti attraverso un continuum di assistenza che collega le famiglie e le comunità al sistema sanitario. La ricerca indica che circa l'80% delle morti materne sarebbero prevenibili se le donne avessero accesso ai servizi essenziali di maternità e assistenza sanitaria di base.

Per accelerare il progresso nella salute materna e infantile è imperativo porre un accento più forte sull'Africa e l'Asia. Questi due continenti presentano le sfide più grandi per la sopravvivenza e la salute di donne e bambini, contando il 95% delle morti materne e circa il 90% di quelle infantili.

Due terzi di tutte le morti materne si verificano solamente in 10 paesi; l'India e la Nigeria da sole contano un terzo delle morti materne di tutto il mondo. Nel 2008, l'UNICEF, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e la Banca Mondiale si sono accordate per lavorare insieme al fine di

aiutare ad accelerare il progresso nella salute materna e neonatale nei 25 paesi con i tassi più alti di mortalità.

La gravidanza e la maternità precoci mettono a serio rischio la salute delle bambine. Più una ragazza è giovane quando rimane incinta, maggiori sono i rischi sanitari per lei e per suo figlio. Le morti materne legate alla gravidanza e al parto sono una importante causa di mortalità per le ragazze tra i 15 e i 19 anni nel mondo, contando quasi 70.000 morti ogni anno.



© UNICEF/H005-0653/Nicole Tautoujji

I matrimoni e le gravidanze precoci, l'HIV e l'AIDS, la violenza sessuale e altri abusi legati al genere aumentano anche il rischio che le ragazze abbandonino la scuola. Questo, a sua volta, stabilisce il circolo vizioso della discriminazione di genere, la povertà, e gli alti tassi di mortalità materna e infantile.

L'istruzione delle bambine e delle ragazze è uno dei mezzi più potenti per evitare la trappola della povertà e creare un ambiente di sostegno per la salute materna e neonatale. Mettendo insieme le forze per espandere la

copertura dei servizi essenziali e rafforzando i sistemi sanitari con azioni per proteggere le ragazze e le donne si può realmente accelerare il progresso.

Mentre si avvicina la data limite del 2015 per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, la sfida per migliorare la salute materna e infantile va al di là del raggiungimento degli obiettivi; si tratterà di prevenire le tragedie umanitarie evitabili. Il successo sarà misurato in termini di vite salvate e vite migliorate.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ann M. Veneman', written over a horizontal line.

Ann M. Veneman
Direttore Generale
Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia

INDICE

Ringraziamenti	ii
Dedica	ii
Introduzione	
<i>Ann M. Veneman</i>	
<i>Direttore Generale, UNICEF</i>	iii

1 Salute materna e neonatale: a che punto siamo 1

Schede

Difficoltà nella valutazione dei decessi materni	7
Creare un ambiente di sostegno per le madri e i neonati <i>di Sua Maestà la Regina Rania Al Abdullah di Giordania,</i> <i>difensore emerito dell'UNICEF per i bambini</i>	11
Salute materna e neonatale in Nigeria: sviluppare strategie per accelerare i progressi.....	19
Estendere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015	20
Dare la priorità alla salute materna in Sri Lanka	21
La centralità di Africa e Asia nelle sfide globali per bambini e donne	22
La crisi alimentare globale e i suoi effetti potenziali sulla salute materna e neonatale	24

Grafici

1.1 Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute materna e infantile	3
1.2 Distribuzione regionale dei decessi materni.....	6
1.3 Tendenze, livelli e rischio di mortalità materna nel corso della vita	8
1.4 Tassi regionali di mortalità neonatale.....	10
1.5 Cause dirette dei decessi materni, 1997-2002	14
1.6 Cause dirette dei decessi neonatali, 2000	15
1.7 Schema concettuale della mortalità e della morbilità materna e neonatale	17
1.8 I prezzi dei prodotti alimentari hanno subito un forte aumento indiscriminato.....	24

2 Creare un ambiente di sostegno per la salute delle madri e dei neonati 25

Schede

Promuovere comportamenti sani per madri, neonati e bambini: la guida <i>La salute è vita</i>	29
Assistenza sanitaria di base: trent'anni da Alma-Ata	31
Affrontare la carenza di operatori sanitari: un'azione essenziale per migliorare la salute delle madri e dei neonati	35

Verso una maggiore equità in campo sanitario per le madri e i neonati <i>di Cesar G. Victora, Professore di Epidemiologia,</i> <i>Universidade Federal de Pelotas, Brasile</i>	38
Adattare i servizi per la maternità alle culture del Perù rurale....	42
Sud Sudan: dopo la pace, una nuova battaglia contro la mortalità materna	43

Grafici

2.1 Il continuum di assistenza	27
2.2 Anche se sta migliorando, il grado di istruzione delle giovani donne è ancora basso in diverse regioni in via di sviluppo	30
2.3 La parità di genere nella frequenza scolastica è nettamente aumentata, ma sono ancora leggermente di più le ragazze che non frequentano la scuola primaria rispetto ai ragazzi	33
2.4 Il matrimonio precoce è molto diffuso nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana	34
2.5 La mutilazione genitale femminile/escissione, anche se in diminuzione, è ancora diffusa in diversi paesi in via di sviluppo	37
2.6 Madri che hanno ricevuto assistenza qualificata al parto, per quintile di reddito e per regione	38
2.7 Donne del Mali che ricevono tre o più visite prenatali, prima e dopo l'attuazione della Strategia accelerata per lo sviluppo e la sopravvivenza dell'infanzia (ACSD)	39
2.8 Molte donne nei paesi in via di sviluppo non hanno voce in capitolo riguardo ai loro bisogni di assistenza sanitaria	40

3 Il continuum di assistenza nel tempo e nello spazio: rischi e opportunità 45

Schede

Eliminare il tetano materno e neonatale	49
Disturbi ipertensivi: comuni ma complessi	53
I primi 28 giorni di vita <i>di Zulfiqar A. Bhutta, Professore</i> <i>e Preside, Dipartimento Pediatria e Salute dell'infanzia,</i> <i>Aga Khan University, Karachi, Pakistan</i>	57
L'ostetricia in Afghanistan	60
La marsupioterapia in Ghana	62
Coinfezione da HIV e malaria in gravidanza	63
Le sfide sostenute dalle adolescenti in Liberia <i>dell'Onorevole Vabah Gayflor, Ministro di Pari</i> <i>opportunità e Sviluppo, Liberia</i>	64

Grafici

3.1 Protezione contro il tetano neonatale.....	48
3.2 Profilassi antiretrovirale per madri sieropositive per prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV	50

Salute materna e neonatale

3.3	Copertura dell'assistenza prenatale	51
3.4	Copertura dell'assistenza al parto.....	52
3.5	Assistenza ostetrica d'emergenza: il parto cesareo nelle zone rurali	54
3.6	Allattamento al seno esclusivo e dalla nascita	59

4 Rafforzare i sistemi sanitari per migliorare la salute delle madri e dei neonati..... 67

Schede

Usare la metodologia del punto di collegamento critico nei sistemi di assistenza sanitaria per prevenire i decessi materni di Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Istituto Nazionale di Salute Pubblica, Messico	73
Nuove direzioni nella salute materna di Mario Merajdi, Organizzazione Mondiale della Sanità, e Jennifer Harris Requejo, Partnership per la Salute delle madri, dei neonati e dei bambini	75
Rafforzare il sistema sanitario nella Repubblica Democratica Popolare del Laos	76
Salvare vite di madri e neonati – i primi giorni cruciali dopo la nascita di Joy Lawn, Consigliere Senior Ricerca e Programmi, Saving Newborn Lives/Save the Children-US, Sudafrica	80
Burundi: l'impegno del governo nei confronti dell'assistenza sanitaria per le madri e i bambini	83
Integrare la salute materna e neonatale in India	85

Grafici

4.1 Assistenza ostetrica d'emergenza (AOE): Indicatori di processo e livelli raccomandati dall'ONU	70
4.2 Distribuzione delle fonti di dati essenziali usate per ricavare le stime sulla mortalità materna relative al 2005.....	71
4.3 Gli operatori sanitari qualificati scarseggiano soprattutto in Africa e nell'Asia sud-orientale	74
4.4 Adozione di politiche fondamentali per la salute materna, neonatale e infantile da parte dei 68 paesi prioritari per l'iniziativa Countdown to 2015	78
4.5 L'Asia ha i livelli più bassi di spese statali per l'assistenza sanitaria come percentuale della spesa pubblica complessiva.....	79
4.6 Strategie di assistenza postnatale: sfide da affrontare per la fattibilità e l'attuazione	81
4.7 I paesi più poveri pagano di tasca propria la maggior parte delle spese sanitarie.....	82
4.8 I paesi a basso reddito hanno solo 10 letti d'ospedale per 10.000 persone.....	84

5 Lavorare insieme per la salute delle madri e dei neonati 91

Schede

Lavorare insieme per la salute delle madri e dei neonati di Sarah Brown, sostenitrice della White Ribbon Alliance for Safe Motherhood e moglie di Gordon Brown, Primo Ministro del Governo del Regno Unito	94
Partnership sanitarie fondamentali a livello globale per la salute delle madri e dei neonati	96
Diventare partner per le madri e i neonati nella Repubblica Centrafricana.....	99
Le agenzie dell'ONU rafforzano la loro collaborazione a sostegno della salute materna e neonatale	102
Migliorare i sistemi d'informazione sanitaria: l'Health Metrics Network	105

Grafici

5.1 Iniziative globali fondamentali per la salute che mirano a rafforzare i sistemi sanitari e ad aumentare gli interventi essenziali	97
5.2 Gli aiuti ufficiali allo sviluppo (AUS) per la salute materna e neonatale sono aumentati rapidamente dal 2004	98
5.3 I finanziamenti per l'alimentazione, la PMTCT e la salute infantile hanno fatto registrare sostanziali aumenti	100
5.4 I finanziamenti per la salute materna, neonatale e infantile provenienti da iniziative sanitarie globali sono aumentati nettamente negli ultimi anni	101
5.5 Agenzie di riferimento e partner per ogni componente del continuum di assistenza materna e neonatale e relative funzioni	103

Note	106
------------	-----

Tavole statistiche	113
Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni	117
Tavola 1: Indicatori di base	118
Tavola 2: Nutrizione	122
Tavola 3: Salute	126
Tavola 4: HIV/AIDS	130
Tavola 5: Istruzione	134
Tavola 6: Indicatori demografici	138
Tavola 7: Indicatori economici	142
Tavola 8: Donne	146
Tavola 9: Protezione dell'infanzia	150
Tavola 10: Tasso di progresso	154

Acronimi	158
----------------	-----

1 Salute materna e neonatale: a che punto siamo



Ogni anno, più di mezzo milione di donne muore per cause associate alla gravidanza e al parto e circa 4 milioni di neonati muoiono entro 28 giorni dalla nascita. Altri milioni di donne sono colpite da disabilità, malattie, infezioni e lesioni. Sebbene esistano soluzioni efficaci in termini di costi in grado di apportare rapidi miglioramenti, per attuarli e per conseguire gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute materna e infantile sono necessarie misure urgenti. Il primo capitolo de La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esamina le tendenze e i livelli di salute materno-infantile nelle principali regioni del mondo, usando i tassi di mortalità come indicatori principali. Inoltre, analizza brevemente le cause principali che stanno alla base della mortalità e della morbidità materna e infantile, delineando un sistema per accelerare i progressi.

La gravidanza e il parto generalmente sono vissuti con gioia dai genitori e dalle famiglie. La gravidanza, il parto e la maternità, in un ambiente che rispetta le donne, possono consolidare i loro diritti e la loro condizione sociale senza mettere a repentaglio la loro salute.

Un ambiente sicuro per la maternità e il parto dipende dalle cure e dalle attenzioni che le comunità e le famiglie prestano alle donne e ai neonati, dalla prontezza del personale sanitario qualificato e dalla disponibilità di strutture sanitarie adeguate, di attrezzature, farmaci e di assistenza di emergenza, in caso di necessità. Molte donne nel mondo in via di sviluppo e la maggior parte delle donne nei paesi meno sviluppati partoriscono a casa senza l'assistenza di personale qualificato, eppure i loro neonati sono generalmente sani e sopravvivono alle prime settimane, fino a cinque anni e oltre. Sebbene i rischi associati alla gravidanza e al parto siano molti, anche la maggior parte delle madri riesce a sopravvivere. Tuttavia, il numero di questi rischi è di gran lunga più alto nei paesi in via di sviluppo che in

quelli industrializzati, con una netta prevalenza nei paesi meno sviluppati e a basso reddito e tra le famiglie e le comunità meno abbienti e più emarginate. A livello globale, l'impegno per ridurre la mortalità dovuta a complicazioni della gravidanza e del parto ha avuto meno successo che in altre sfere dello sviluppo umano, con il risultato che quello di avere un figlio continua ad essere uno dei rischi più seri per la salute delle donne. In media, ogni giorno muoiono circa 1.500 donne per complicazioni legate alla gravidanza e al parto, la maggior parte nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale.

Il divario nei tassi di mortalità materna che esiste tra paesi industrializzati e regioni in via di sviluppo è più ampio di qualsiasi altro divario. In base ai dati del 2005, una donna di un paese meno sviluppato è 300 volte più esposta al rischio di morire nel corso della vita a causa di complicazioni dovute alla gravidanza o al parto di una donna che vive in un paese industrializzato. Nessun altro tasso di mortalità presenta una disuguaglianza simile.

Milioni di donne che sopravvivono al

parto subiscono lesioni, infezioni, malattie e disabilità legate alla gravidanza, spesso con conseguenze che durano tutta la vita. La verità è che la maggior parte di questi decessi e conseguenze sono prevenibili; infatti, la ricerca ha dimostrato che circa l'80% delle morti materne si potrebbero evitare se le donne avessero accesso ai servizi essenziali di maternità e assistenza sanitaria di base¹.

Anche alla mortalità neonatale nei paesi in via di sviluppo è stata dedicata troppo poca attenzione. Quasi il 40% dei decessi di bambini sotto i cinque anni, l'equivalente di 3,7 milioni nel 2004, secondo le ultime stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, avviene nei primi 28 giorni di vita. Tre quarti dei decessi di neonati si verificano nei primi sette giorni di vita e anche la maggior parte di questi sono prevenibili².

Il divario nel rischio di mortalità materna tra il mondo industrializzato e molti paesi in via di sviluppo, soprattutto quelli meno sviluppati, è spesso definito "il più ampio divario del mondo in ambito sanitario".

Il divario nel rischio di mortalità materna tra il mondo industrializzato e molti paesi in via di sviluppo, soprattutto quelli meno sviluppati, è spesso definito “il più ampio divario del mondo in ambito sanitario”.

Il divario nella mortalità neonatale tra i paesi industrializzati e le regioni in via di sviluppo è altrettanto ampio. Secondo i dati del 2004, un bambino nato in un paese meno sviluppato ha 14 volte più probabilità di morire durante i primi 28 giorni di vita di un bambino nato in un paese industrializzato.

Esiste una stretta correlazione tra la salute delle madri e dei neonati. Pertanto, in molti casi, per prevenire i decessi bisogna attuare gli stessi interventi. Questi comprendono misure essenziali quali l'assistenza prenatale, l'assistenza qualificata al parto, l'accesso alle cure ostetriche di emergenza, ove necessario, l'alimentazione adeguata, l'assistenza post parto, l'assistenza neonatale e l'educazione per migliorare la salute, la nutrizione e le cure dell'infanzia, oltre ai comportamenti igienici. Tuttavia, perché tali interventi siano realmente efficaci e sostenibili, devono essere attuati in un contesto di sviluppo che miri al potenziamento e all'integrazione dei programmi nei sistemi sanitari e in un ambiente che sostenga i diritti delle donne.

Un approccio basato sui diritti umani per migliorare la salute materna e neonatale deve incentrarsi sul miglioramento della fornitura dei servizi sanitari, deve affrontare la discriminazione di genere e le disuguaglianze ed essere mirato sui paesi e le comunità maggiormente a rischio.

La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esamina la salute materna e neonatale in tutto il mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, integrando

il rapporto dell'anno scorso sulla sopravvivenza infantile. Sebbene il rapporto ponga decisamente l'enfasi sulla salute e la nutrizione, i tassi di mortalità sono utilizzati come indicatori di riferimento. L'attenzione principale si concentrerà sull'Africa subsahariana e l'Asia meridionale, le regioni con le cifre ed i tassi più alti di mortalità materna ed infantile. Gli aspetti principali del rapporto sono l'imperativo di creare un ambiente di sostegno per la salute materna e infantile basato sul rispetto dei diritti delle donne e la

necessità di istituire un'assistenza continuativa per le madri, i neonati ed i bambini, associandoli a programmi per la salute riproduttiva, la maternità sicura, l'assistenza neonatale e la sopravvivenza, la crescita e lo sviluppo infantili. Il rapporto prende in esame i modelli, le politiche ed i programmi più recenti e descrive le iniziative principali e le partnership che si stanno impegnando ad accelerare i progressi. Una serie di schede, molte delle quali sono state scritte da eminenti consulenti, affrontano alcuni dei problemi cruciali dei

Grafico 1.1

Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute materna e infantile

Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4: Ridurre la mortalità infantile	
Traguardi	Indicatori
4.A: Ridurre di due terzi il tasso di mortalità sotto i cinque anni tra il 1990 e il 2015	4.1 Tasso di mortalità sotto i cinque anni
	4.2 Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)
	4.3 Percentuale di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo
Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: Migliorare la salute materna*	
Traguardi	Indicatori
5.A: Ridurre di tre quarti, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna	5.1 Tasso di mortalità materna
	5.2 Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato
5.B: Ottenere entro il 2015 l'accesso universale alla salute riproduttiva	5.3 Tasso di diffusione dei contraccettivi
	5.4 Tasso di natalità tra adolescenti
	5.5 Tasso di assistenza prenatale (almeno 1 visita e almeno 4 visite)
	5.6 Necessità insoddisfatta di pianificazione familiare

* La revisione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite al Vertice Mondiale del 2005, con il nuovo elenco ufficiale degli indicatori in vigore dal 15 gennaio 2008, ha aggiunto un nuovo traguardo (5.B) e quattro nuovi indicatori per monitorare l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5.

Fonte: Nazioni Unite, Indicatori degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: il sito ufficiale delle Nazioni Unite per gli indicatori degli OSM, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, visitato il 1° agosto 2008.

nostri giorni nel campo della salute materna e infantile e della nutrizione.

La situazione attuale della salute materna e neonatale

Dal 1990 a oggi, le stime del numero annuale di decessi materni nel mondo hanno superato i 500.000 casi. Sebbene il numero dei decessi di bambini sotto i cinque anni si sia ridotto significativamente in tutto il mondo, da circa 13 milioni nel 1990 a 9,2 milioni nel 2007, i decessi materni rimangono un problema irrisolto. A livello mondiale, sono stati compiuti pochi progressi verso il conseguimento del primo traguardo dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio (OSM) 5, che si propone di ridurre di tre quarti il tasso annuo di mortalità materna del 1990 entro il 2015; ed i progressi nella riduzione dei tassi di mortalità materna sono stati praticamente inesistenti nell'Africa subsahariana³.

I tassi di mortalità materna riflettono l'efficacia globale dei sistemi sanitari che, in molti paesi in via di sviluppo a basso reddito, risentono di scarse capacità amministrative, tecniche e logistiche, di investimenti inadeguati e di carenza di personale sanitario qualificato. L'aumento progressivo degli interventi chiave come, per esempio, i test prenatali per l'HIV, l'aumento del numero di parti assistiti da personale sanitario qualificato, l'accesso alle cure ostetriche di emergenza, ove necessario, e l'assistenza post parto alle madri e ai neonati, potrebbe ridurre drasticamente i decessi delle madri e dei neonati. Aumentando l'accesso delle donne alla

pianificazione familiare, a un'alimentazione adeguata e rendendo più accessibile l'assistenza sanitaria di base, si potrebbero ridurre ulteriormente i tassi di mortalità.

Tuttavia, la salute materna va oltre la sopravvivenza delle donne in gravidanza e delle madri. Per ogni donna che muore per cause associate alla gravidanza o al parto, si stima che ci siano altre 20 donne colpite da malattie legate alla gravidanza o che subiscono altre gravi conseguenze. Le cifre sono allarmanti: si stima che ogni anno 10 milioni di donne che sopravvivono alla gravidanza subiscano questi effetti negativi⁴.

Il fatto che per decenni la salute materna, caratterizzata dal rischio di morte o disabilità per cause associate alla gravidanza e al parto, abbia registrato scarsi progressi, dipende da una serie di cause. La causa di fondo potrebbe derivare dalla condizione svantaggiata delle donne in molti paesi e culture e dalla mancanza di attenzione e di responsabilità nei confronti dei diritti delle donne.

La Convenzione del 1979 sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna (CEDAW), attualmente ratificata da 185 paesi, chiede ai firmatari di "eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizioni di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare" (articolo 12.1). Stabilisce inoltre che essi "forniranno alle donne,

durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, i servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, ed una alimentazione adeguata sia durante la gravidanza che durante l'allattamento" (articolo 12.2). Inoltre, la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza impegna gli Stati parti a "garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali" e a "sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare" (articolo 24). I dati disponibili indicano che molti paesi non rispettano questi impegni.

Migliorare la salute delle donne è fondamentale per adempiere i diritti delle bambine e delle donne ai sensi della CEDAW e della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e per realizzare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Oltre alla realizzazione dell'OSM 5, anche il miglioramento della salute riproduttiva e materna e dei servizi contribuirà direttamente al raggiungimento dell'OSM 4, che ha lo scopo di ridurre di due terzi il tasso di mortalità sotto i cinque anni tra il 1990 e il 2015.

Il miglioramento dell'alimentazione materna contribuirà anche alla realizzazione dell'OSM 1, che si prefigge di eliminare la povertà estrema e la fame entro il 2015. La malnutrizione è un processo che spesso ha inizio nell'utero e può protrarsi, soprattutto per le bambine e le donne, per tutta la vita. È probabile che una bambina che abbia subito un arresto dello sviluppo, continui a soffrire di questo disturbo nell'adolescenza e nell'età adulta. Oltre a rappresentare una minaccia per la salute e la

Una donna di un paese meno sviluppato è 300 volte più esposta al rischio di morire nel corso della vita a causa di complicazioni dovute alla gravidanza o al parto di una donna che vive in un paese industrializzato.



© UNICEF/HQ06-2015/Pablic Bartholomew

Un buon sistema di riferimento a uno specialista, operatori sanitari qualificati e strutture adeguatamente attrezzate sono fondamentali per ridurre la mortalità materna e infantile dovuta a complicazioni del parto. Operatori sanitari curano dei neonati presso il Reparto di Assistenza ai Neonati Malati sostenuto dall'UNICEF, India.

fertilità della donna, un'alimentazione inadeguata che contribuisce all'arresto dello sviluppo e al sottopeso, aumenta anche il rischio di gravidanze e parti difficili. Le madri malnutrite sono anche più esposte al rischio di partorire bambini sottopeso, una condizione che aumenta notevolmente il rischio di morte del bambino⁵.

La riduzione del rischio di mortalità e di morbidità di una madre migliora le prospettive di sopravvivenza del suo bambino. La ricerca ha mostrato che nei paesi in via di sviluppo, i bambini le cui madri muoiono durante le loro prime settimane di vita, hanno maggiori probabilità di morire nei primi due anni di vita rispetto ai bambini le cui madri sopravvivono. In uno studio condotto in Afghanistan, il 74% dei nati vivi di madri morte per cause legate alla gravidanza o al parto, successivamente sono

morti⁶. Inoltre, le complicazioni che insorgono durante il parto aumentano il rischio dei decessi neonatali, che attualmente sono al centro dell'impegno per la sopravvivenza infantile visto che i tassi globali di mortalità sotto i cinque anni stanno diminuendo nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo.

Tendenze nella salute materna e neonatale

Mortalità materna

Secondo le stime più recenti interagenzie delle Nazioni Unite, nel 2005, 536.000 donne sono morte per cause associate alla gravidanza e al parto. Tuttavia, è probabile che questa cifra non sia affatto precisa, dal momento che è difficile misurare la mortalità materna e che in molti paesi in via di sviluppo i dati necessari non sono registrati regolar-

mente. A parte la stima della mortalità materna, registrare e determinare le cause dei decessi è un processo alquanto complesso. Affinché si possa dimostrare con prove definitive la correlazione di un decesso con la gravidanza o il parto, bisogna che la causa del decesso, lo stato di gravidanza ed il mese di gestazione in cui è avvenuto il decesso siano indicati con precisione. Talvolta, queste informazioni dettagliate mancano nei sistemi statistici dei paesi industrializzati e la loro assenza è un fatto comune in molti paesi in via di sviluppo, soprattutto in quelli più poveri⁷.

Negli ultimi vent'anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'UNICEF e il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) inizialmente, e successivamente con la collaborazione della Banca Mondiale, si stanno impegnando per migliorare la raccolta di dati sulla mortalità materna. Questa collaborazione interagenzie mette insieme le risorse e riesamina le metodologie adottate per realizzare stime globali più precise ed esaurienti. Le cifre riferite al 2005 sono attualmente le più precise e le prime a stimare le tendenze della mortalità materna mediante un processo interagenzie. (Per maggiori dettagli sulla stima dei tassi di mortalità materna, vedere la Scheda a pagina 7).

Negli ultimi anni, la ricerca ha sviluppato nuovi metodi per calcolare lo stato di salute materno e infantile, la necessità di servizi e la mortalità. Questo impegno attualmente in corso ha l'obiettivo di consentire una maggiore precisione delle stime e delle

L’Africa e l’Asia registrano il 97% dei decessi materni di tutto il mondo, con proporzioni particolarmente elevate nell’Africa subsahariana (50% del totale globale) e nell’Asia meridionale (35%).

cause di mortalità e morbilità. Allo stesso tempo, i dati e le analisi più complete sullo stato di salute e sui servizi sanitari aiutano a migliorare le strategie, i programmi, le politiche e le alleanze per migliorare la salute materna e infantile.

Un fatto riguardante la stima della mortalità materna è incontrovertibile: la stragrande maggioranza dei decessi materni – oltre il 99%, secondo le stime interagenzie delle Nazioni Unite del 2005 – si è verificata nei paesi in via di sviluppo. Metà di questi (265.000) sono avvenuti nell’Africa subsahariana e un altro terzo (187.000) nell’Asia meridionale. Queste due regioni insieme hanno rappresentato l’85% dei decessi associati alla gravidanza nel 2005. La sola India incide per il 22% del totale generale.

Le stime disponibili relative alle tendenze della mortalità materna indicano una mancanza di progressi sufficienti verso il raggiungimento del Traguardo A dell’OSM 5, che mira a ridurre il tasso di mortalità materna del 75% tra il 1990 e il 2015. Visto che nel 1990 il tasso globale di mortalità materna era di 430 decessi su 100.000 nati vivi e di 400 decessi su 100.000 nati vivi nel 2005, per realizzare il traguardo bisognerà ridurre il tasso di oltre il 70% tra il 2005 e il 2015.

Le tendenze globali possono celare le ampie variazioni tra regioni, molte delle quali hanno compiuto progressi apprezzabili nel ridurre la mortalità materna aumentando l’accesso ai servizi di assistenza materna di base. Nei paesi indu-

strializzati, il tasso di mortalità materna è rimasto più o meno costante tra il 1990 e il 2005 (8 su 100.000 nati vivi). L’accesso quasi universale all’assistenza qualificata al parto e le cure ostetriche di emergenza, in caso di necessità, hanno contribuito a ridurre i livelli di mortalità materna; nessun paese industrializzato con dati disponibili presenta tassi di assistenza qualificata al parto inferiori al 98% e la maggior parte ha una copertura universale.

In tutte le regioni in via di sviluppo, eccetto l’Africa subsahariana, i decessi materni sono diminuiti tra il 1990 e il 2005, sia come numero assoluto che relativo. Nell’Africa subsahariana, nello stesso periodo, i tassi di mortalità materna sono rimasti pressoché invariati. Visti gli alti tassi di fertilità della regione, questo ha comportato un numero più alto di decessi materni nel periodo di 15 anni. Questa mancanza di

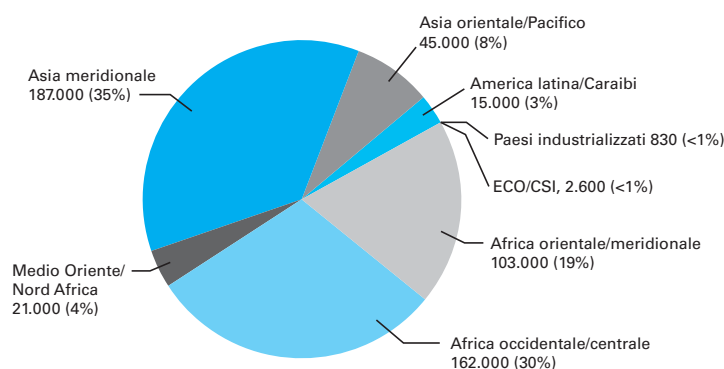
progressi è particolarmente preoccupante dato che la regione presenta sia i tassi più alti ed il rischio più alto di mortalità materna nel corso della vita, sia il numero più alto di decessi materni. Nell’Africa occidentale e centrale, il tasso regionale di mortalità materna raggiunge la cifra impressionante di 1.100 su 100.000 nati vivi, in confronto alla media di 450 su 100.000 nati vivi dei paesi e dei territori in via di sviluppo. Questa regione comprende la Sierra Leone, il paese con il tasso più alto di decessi materni del mondo, con 2.100 decessi materni su 100.000 nati vivi.

La regione dell’Africa occidentale e centrale presenta anche il più alto tasso totale di fertilità, pari a 5,5 bambini nel 2007. (Il tasso totale di fertilità misura il numero di bambini che ogni donna avrebbe se visse per tutti i suoi anni fertili e partorisce a ogni età secondo i tassi di fertilità prevalenti per il suo

Grafico 1.2

Distribuzione regionale dei decessi materni*

Decessi materni, 2005



*Le percentuali potrebbero non totalizzare il 100% a causa dell’arrotondamento.

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, Fondo delle Nazioni Unite per l’Infanzia, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e Banca Mondiale, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p. 35.

Difficoltà nella valutazione dei decessi materni

La definizione di mortalità materna è: la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza, indipendentemente dal sito o dalla durata della gravidanza, per qualsiasi causa associata a o aggravata dalla gravidanza o dalla sua gestione. Le cause di morte si possono suddividere in cause dirette, associate a complicazioni di natura ostetrica durante la gravidanza, al parto o al periodo post parto, e in cause indirette. Le cause dirette sono cinque: emorragia (che solitamente si verifica dopo il parto), sepsi, eclampsia, parto chiuso e complicazioni dell'aborto. I decessi per cause ostetriche indirette si verificano sia in seguito a patologie preesistenti o che insorgono durante la gravidanza che non sono di natura ostetrica, ma che possono essere aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza. Tra queste sono comprese malattie quali l'HIV e l'AIDS, la malaria, l'anemia e le malattie cardiovascolari. Il semplice fatto che una donna abbia una complicazione non vuol dire che la sua morte sia inevitabile; le cure inadeguate o sbagliate o la mancanza di interventi adeguati e tempestivi sono alla base della maggior parte dei decessi materni.

Ma è difficile stilare una classifica attendibile delle cause dei decessi materni, che siano dirette o indirette, accidentali o secondarie. Per poter catalogare con esattezza un decesso come "materno", è necessario essere in possesso di informazioni sulla causa di morte, sullo stato della gravidanza e quando tale decesso è avvenuto in relazione allo stadio della gravidanza. Queste informazioni possono non essere disponibili, non classificate correttamente o non sempre riportate, persino nei paesi industrializzati dove i sistemi di registrazione delle nascite sono funzionanti, per non parlare dei paesi in via di sviluppo con tassi elevati di mortalità materna. Ciò accade per motivi diversi. Innanzitutto, molte donne partoriscono a casa, soprattutto nei paesi meno sviluppati e nelle zone rurali, e questo rende più difficile stabilire la causa del decesso. In secondo luogo, è possibile che i sistemi anagrafici siano carenti o, anche se ritenuti efficienti, l'attribuzione delle cause di morte può essere inesatta. In terzo luogo, la medicina moderna può ritardare la morte di una donna oltre il periodo post parto di 42 giorni. Per questi motivi, in alcuni casi si adottano definizioni alternative per la mortalità materna. Una di queste fa riferimento a qualsiasi causa di morte durante la gravidanza o il periodo post parto. Un'altra tiene conto dei decessi per cause dirette o indirette che avvengono dopo il periodo post parto fino a un anno dalla gravidanza.

Il principale criterio di valutazione del rischio di mortalità è il tasso di mortalità materna, rappresentato dal numero di decessi materni in un determinato periodo di tempo su 100.000 nati vivi durante lo stesso periodo, solitamente un anno. Un altro criterio di valutazione è il rischio di mortalità materna nel corso della vita, che tiene conto sia della probabilità di rimanere incinta e della probabilità di morire per cause legate alla maternità durante tutto il periodo fecondo. In altre parole, il rischio di mortalità materna è legato a due fattori principali: il rischio di mortalità associato a un'unica gravidanza o al parto di un bambino vivo e il numero di gravidanze di una donna durante tutto il suo periodo fecondo.

Lavorare insieme per migliorare le stime dei decessi materni

Diverse agenzie stanno collaborando per individuare dei criteri più adeguati di valutazione dei tassi e dei livelli di mortalità materna su scala mondiale e per valutare i progressi verso il raggiungimento del Traguardo A dell'Obiettivo di Sviluppo del

Millennio 5 di ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna tra il 1990 e il 2015. Il Gruppo di Lavoro sulla Mortalità Materna, inizialmente costituito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF ed il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, ha sviluppato delle stime globali della mortalità materna comparabili a livello internazionale per il 1990, il 1995 e il 2000.

Nel 2006, la Banca Mondiale, la Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione e diversi esperti esterni si sono uniti al gruppo che, successivamente, ha sviluppato una nuova serie di stime della mortalità materna per il 2006, basandosi sulle metodiche precedenti e su nuovi dati. Il processo ha prodotto stime per paesi che non avevano dati nazionali disponibili ed ha adeguato i dati disponibili per tenere conto delle segnalazioni non pervenute e delle classificazioni errate. Dei 171 paesi esaminati dal Gruppo di Lavoro sulla Mortalità Materna per le stime del 2005, dati adeguati a livello nazionale erano disponibili soltanto per 61 paesi, che rappresentano un quarto delle nascite globali. Per questi paesi sono stati usati dei modelli per stimare la mortalità materna.

I dati per le stime del 2005 sono stati ricavati da otto categorie di fonti: sistemi anagrafici efficienti con attribuzione precisa dei dati, sistemi anagrafici efficienti con attribuzione incerta o carente dei dati, "sisterhood method" (metodo della sorellanza), studi sulla mortalità in età feconda, sorveglianza sulle malattie o registrazione campione, censimenti, studi speciali e assenza di dati nazionali. Le stime per ciascuna fonte sono state effettuate con una formula diversa, tenendo conto di fattori quali la correzione per deviazioni note e la determinazione di limiti di incertezza realistici.

Le misurazioni della mortalità materna prevedono un margine di incertezza per evidenziare il fatto che, pur essendo le migliori stime disponibili, i tassi effettivi potrebbero essere superiori o inferiori alla media. Sebbene questo valga per qualsiasi statistica, l'alto grado di incertezza dei tassi di mortalità materna indica che tutti i dati vanno interpretati con cautela.

Nonostante le difficoltà di raccolta e misurazione dei dati, le stime del Gruppo di lavoro interagenzie del 2005 sulla mortalità materna sono abbastanza rigorose da produrre un'analisi delle tendenze e valutare i progressi dell'OSM 5 dal 1990 al 2005. La mancata riduzione della mortalità materna in molti paesi in via di sviluppo ha portato maggiore attenzione sul raggiungimento dell'OSM 5.

Le stime della mortalità materna del 2005 sono lungi dall'essere perfette e c'è ancora molto da fare per migliorare la raccolta dati e le stime. Tuttavia, esse riflettono il forte impegno della comunità internazionale a perseguire con costanza una maggiore accuratezza e precisione. Questo impegno sosterrà ed indirizzerà le azioni volte a migliorare la salute materna e a far sì che le donne continuo davvero.

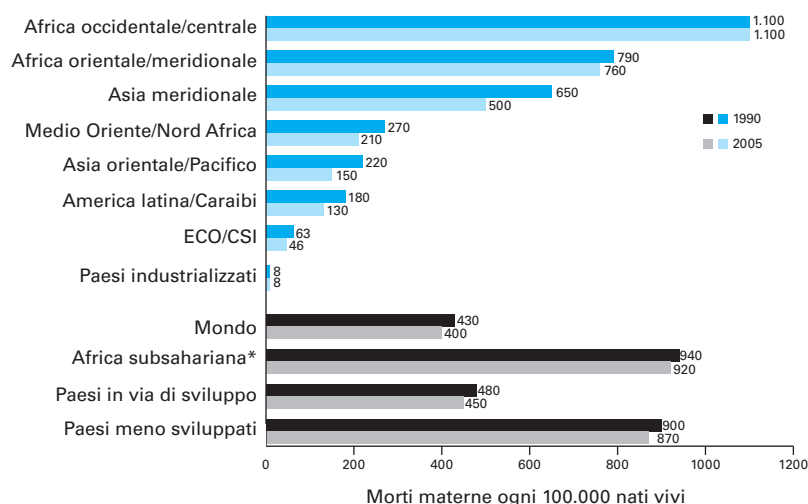
Vedi Note, pagina 107.

Sebbene il numero dei decessi sotto i cinque anni sia diminuito notevolmente in tutto il mondo, da circa 13 milioni nel 1990 a 9,2 milioni nel 2007, il bilancio della mortalità materna è rimasto ostinatamente sopra i 500.000 casi.

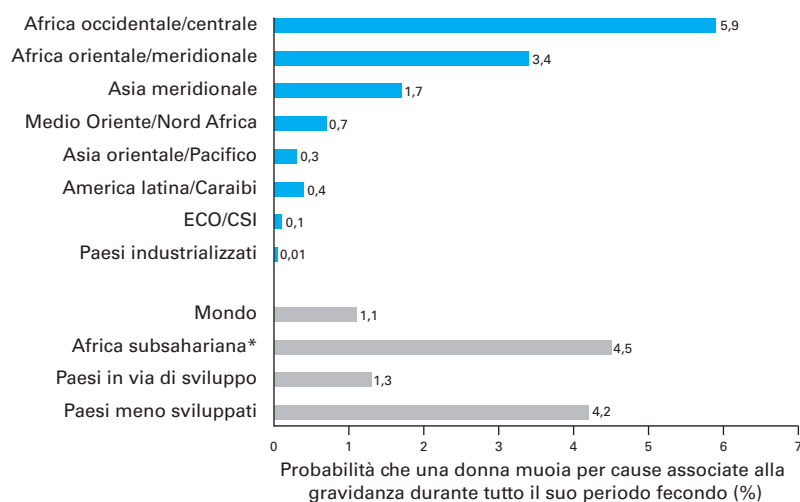
Grafico 1.3

Tendenze, livelli e rischio di mortalità materna nel corso della vita

Tassi di mortalità materna, 1990 e 2005



Rischio di mortalità materna nel corso della vita, 2005



*L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa centrale/occidentale.

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e Banca Mondiale, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p. 35.

gruppo di età). Gli alti livelli di fertilità comportano per le donne una percentuale di rischio più elevata di morire per cause legate alla gravidanza e al parto. Mentre il rischio di mortalità è associato a tutte le gravidanze, questi rischi aumentano in proporzione ai parti.

Gli alti livelli di fertilità, uniti all'accesso limitato ai servizi sanitari di base e ai servizi di assistenza materna, possono avere conseguenze per la sopravvivenza delle donne che durano tutta la vita. In tutto il mondo in via di sviluppo, il rischio di mortalità materna nel corso della vita è di 1 su 76, in confronto alla probabilità di appena 1 decesso su 8.000 per le donne dei paesi industrializzati. Per fare un paragone, il rischio di mortalità materna nel corso della vita oscilla da 1 su 47.600 per una madre in Irlanda, a 1 su 7 in Niger, il paese con il rischio più alto di mortalità materna nel corso della vita⁸.

Mortalità neonatale

La mortalità neonatale è la probabilità di un neonato di morire nei primi 28 giorni di vita. Le stime più recenti dell'OMS, che risalgono al 2004, indicano che in quello stesso anno sono morti circa 3,7 milioni di bambini entro i primi 28 giorni di vita. Tuttavia, il rischio di mortalità è soggetto ad ampie variazioni nel periodo neonatale. Il bambino corre il rischio maggiore di morire nel suo primo giorno di vita quando, secondo le stime, si verificano dal 25 al 45% dei decessi. Circa tre quarti dei decessi neonatali, pari a 2,8 milioni nel 2004, avvengono entro la prima settimana, il primo periodo neonatale. Come per i decessi materni,



© UNICEF Mozambique/Emidio Máchiana

L'ampliamento della distribuzione di zanzariere trattate con insetticida per prevenire la malaria e il rapido incremento dei programmi di prevenzione e cura dell'infezione da HIV aiutano a salvare le vite di madri e neonati. Una madre sieropositiva e il suo neonato al riparo di una zanzariera trattata con insetticida sono assistiti da un'infermiera presso un centro di assistenza sanitaria, Mozambico.

quasi tutti (il 98% nel 2004) i decessi neonatali si verificano nei paesi a basso e medio reddito. Nel 2004, il numero totale di decessi perinatali, che raggruppano i parti di feti morti insieme ai decessi neonatali precoci perché hanno cause ostetriche simili, è stato pari a 5,9 milioni. I parti di feti morti durante lo stesso anno hanno rappresentato circa 3 milioni di decessi perinatali⁹.

Fino alla fine degli anni Novanta, i tassi di mortalità neonatale erano stimati basandosi su dati storici approssimativi. Ma quando sono emersi dati più affidabili dalle indagini a domicilio è diventato chiaro che le stime precedenti avevano notevolmente sottostimato l'incidenza dei decessi neonatali. Tra il 1980 e il 2000, il tasso globale di mortalità neonatale è diminuito di un quarto, ma a un ritmo molto più lento rispetto al tasso globale di mortalità sotto i cinque anni, che era diminuito di un terzo. Di conseguenza, i decessi neonatali attualmente rappresentano una percentuale più alta dei decessi sotto i cinque anni

rispetto agli anni precedenti. In particolare, i decessi durante la prima settimana di vita sono aumentati dal 23% dei decessi sotto i cinque anni nel 1980 al 28% nel 2000¹⁰.

In parte, l'aumento della percentuale dei decessi neonatali si può attribuire a due fattori principali: la difficoltà di fornire interventi efficaci e tempestivi a molti neonati partoriti in casa ed al successo di molti paesi nell'attuare interventi come la vaccinazione che hanno ridotto sensibilmente i decessi post-neonatali in tutto il mondo in via di sviluppo. In parte, ciò ha portato a trascurare gli interventi semplici ed efficaci in termini di costi per la sopravvivenza neonatale. Pertanto, la riduzione della mortalità neonatale è diventato un elemento importante dei modelli e delle strategie per la riduzione della mortalità infantile ed il raggiungimento dell'OSM 4.

I modelli regionali dei decessi neonatali sono strettamente correlati con quel-

li dei decessi materni. Non sorprende che i tassi più bassi si riscontrino nei paesi industrializzati, dove il tasso di mortalità neonatale nel 2004 è stato di appena 3 su 1.000 nati vivi. Il numero più alto di decessi neonatali nel 2004 è stato registrato nell'Asia meridionale (41 su 100.000 nati vivi) e nell'Africa occidentale e centrale (44 su 100.000 nati vivi). A causa del maggior numero di nascite, l'Asia meridionale ha il numero più alto di decessi neonatali al mondo¹¹.

Le cause principali della mortalità e della morbidità materna e neonatale

Mortalità materna

Cause dirette

I tempi e le cause dei decessi materni e neonatali sono ben noti. I decessi materni si verificano principalmente dal terzo trimestre di gravidanza alla prima settimana dopo il parto (fatta eccezione per i decessi dovuti a compli-

Secondo le stime più recenti delle Nazioni Unite, nel 2005, 536.000 donne sono morte per cause associate alla gravidanza e al parto.

cazioni dell'aborto). Gli studi indicano che i rischi di morte delle madri sono particolarmente elevati nei due giorni successivi al parto. La maggior parte dei decessi materni sono legati a complicazioni ostetriche, quali emorragia post parto, infezioni, eclampsia, travaglio prolungato con difficoltà di espulsione e a complicazioni dell'aborto. La maggior parte di queste cause dirette della mortalità materna si possono affrontare facilmente se il personale sanitario qualificato è a portata di mano e se i farmaci, le attrezzature e le strutture specialistiche sono disponibili¹². (Per maggiori dettagli sulle complicazioni del parto e l'assistenza ostetrica di emergenza, vedere il Capitolo 3).

Cause indirette

Molti dei fattori che contribuiscono al rischio di morte di una madre non sono peculiari della gravidanza, ma possono essere aggravati dalla gravidanza e dal parto.

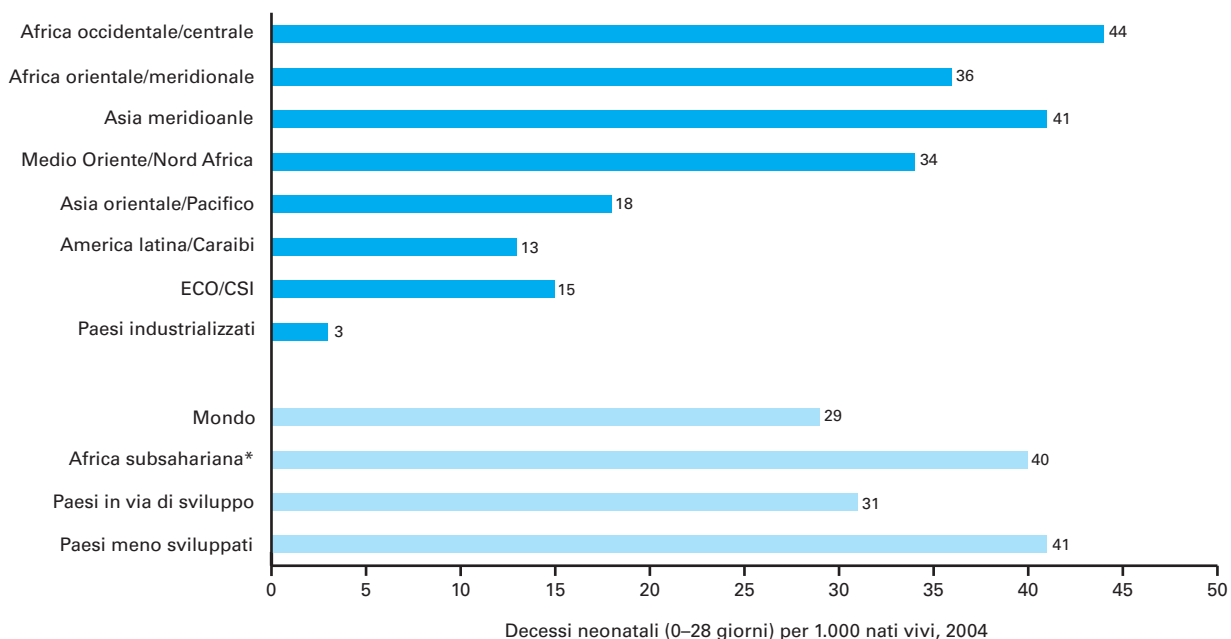
È difficile attribuire queste cause alla gravidanza in quanto i sistemi di informazioni sanitarie di molti paesi hanno scarse capacità diagnostiche. Ciononostante, valutare le cause indirette dei decessi materni aiuta a stabilire le strategie più appropriate per la salute materna e infantile. La collaborazione tra programmi che si occupano di patologie specifiche, come quelli per la malaria e l'AIDS, e le iniziative per la salute materna, spesso si rivelano i metodi più

efficaci per affrontare alcune di queste cause indirette, comprese le malattie evitabili o curabili come l'anemia¹³.

L'anemia materna colpisce circa metà di tutte le donne in gravidanza. Le adolescenti in gravidanza sono più predisposte a soffrire di anemia delle donne più grandi e spesso ricevono meno assistenza. Le malattie infettive come la malaria, che ogni anno colpisce circa 50 milioni di donne in gravidanza che vivono in zone endemiche per malaria, ed i parassiti intestinali, possono aggravare l'anemia, così come i regimi dietetici di scarsa qualità, aumentando la vulnerabilità delle madri. L'anemia grave contribuisce al rischio di morte nei casi di emorragia¹⁴.

Grafico 1.4

Tassi regionali di mortalità neonatale



*L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa centrale/occidentale.

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, con l'impiego dei sistemi di registrazione delle nascite e le indagini a domicilio.

Creare un ambiente di sostegno per le madri e i neonati

*di Sua Maestà la Regina Rania Al Abdullah di Giordania, difensore emerito dell'UNICEF per i bambini**

Nel 1631, Mumtaz Mahal, una bellissima imperatrice, morì nel dare alla luce il suo quattordicesimo figlio. Affranto dal dolore, il marito fece costruire un monumento in suo onore, il Taj Mahal, oggi uno degli edifici più famosi del mondo.

Tuttavia, mentre le sue cupole e le sue guglie si riconoscono immediatamente, si è molto meno consapevoli della tragedia che ha ispirato la sua creazione.

Quasi 400 anni dopo la morte per parto di Mumtaz Mahal, ogni minuto di ogni giorno una donna continua a morire a causa della gravidanza o del parto – più di 500.000 donne all'anno, pari a 10 milioni per ogni generazione. Com'è possibile che in un'epoca in cui si fanno grandi progressi e addirittura miracoli in campo medico, non riusciamo a proteggere le donne nell'atto di perpetuare la razza umana?

La risposta, naturalmente, è che sebbene la salute pubblica abbia compiuto progressi straordinari, i vantaggi non sono equamente divisi né tra i paesi o le aree geografiche, né tra i gruppi sociali che li popolano. Anche se le cause delle complicazioni della gravidanza e del parto sono identiche in tutto il mondo, le loro conseguenze sono molto diverse da paese a paese e da regione a regione. Oggi, per una giovane donna in Svezia, il rischio di morire per cause associate al parto nel corso della vita è pari a 1 su 17.400. In Sierra Leone, questo rischio è pari a 1 su 8.

Per ogni donna che muore, altre 20 sono colpite da infezioni o lesioni gravi. Si stima che, ogni anno, 75.000 donne siano vittime di fistola ostetrica, una patologia devastante dal punto di vista fisico e psicologico che può portare all'esclusione sociale.

Il bilancio di vittime è sconcertante. Ma non sono solo le donne a soffrire. Come ha sostenuto un gruppo di esperti durante una conferenza internazionale sulla salute delle donne nel 2007: "Nel fiore del loro periodo fecondo, le donne contribuiscono alle loro società in modi diversi: partoriscono e allevano la nuova generazione e svolgono un ruolo cruciale per il progresso come lavoratrici, leader e attiviste." Quando la vita di una donna è interrotta o inabilitata a causa della gravidanza o del parto, i bambini perdono un genitore, i mariti perdono il partner e le società perdono un membro produttivo.

Il nostro mondo non può permettersi di continuare a sacrificare tante persone e tanto potenziale. Sappiamo come prevenire e trattare la maggior parte dei problemi associati alla gravidanza, dall'eclampsia e l'emorragia alla sepsi, il parto chiuso e l'anemia. In effetti, secondo le stime della Banca Mondiale, con interventi di base come l'assistenza prenatale, l'assistenza specializzata al parto e le cure di emergenza accessibili per le donne ed i neonati si potrebbero evitare quasi tre quarti dei decessi materni.

Ma l'ampliamento degli interventi medici è soltanto uno degli elementi per migliorare la salute materna e infantile. Quello di gran lunga più importante è aumentare l'empowerment delle donne in tutto il mondo. Tenendo conto che viviamo in un secolo caratterizzato dall'informazione, com'è possibile che non abbiamo ancora dati precisi sul numero di donne che ogni anno muoiono di parto? Perché i decessi materni sono calcolati solo parzialmente? Forse perché in troppe parti del mondo, la vita delle donne non conta quanto dovrebbe.

Finché le donne continueranno ad essere svantaggiate nelle loro società, lo sarà anche la salute materna e infantile. Ma se riusciamo fornire alle donne gli strumenti per assumere il controllo delle proprie vite, potremo creare un ambiente che dia più sostegno alle donne e anche ai bambini.

L'empowerment comincia con l'istruzione, il miglior modo di investire nello sviluppo, garantendo alle bambine e ai bambini di frequentare la scuola elementare, insegnando alle donne a leggere e a scrivere e fornendo educazione sulla salute pubblica. Anche se c'è ancora molto da fare, molti paesi stanno compiendo progressi. In Giordania, per esempio, degli studenti di infermieristica dell'Università della Giordania si sono offerti volontari per educare le bambine delle scuole pubbliche sui problemi riguardanti la salute delle donne.

Tutti gli studi dimostrano che le donne istruite hanno maggiori probabilità di avere un reddito di lavoro per mantenere le proprie famiglie, di investire nell'assistenza sanitaria, nell'alimentazione e nell'istruzione dei propri figli e sono più propense a partecipare alla vita pubblica e a sostenere i miglioramenti nella comunità.

Le madri istruite sono anche più propense a ottenere un'assistenza sanitaria adeguata per se stesse. Secondo il Millennium Development Goals Report 2007, "l'84% delle donne che hanno completato l'istruzione secondaria o universitaria sono assistite da personale qualificato durante il parto, più del doppio delle madri senza istruzione formale."

I figli di madri istruite hanno il 50% in più di probabilità di sopravvivere fino ai cinque anni e oltre di quelli di madri che non hanno ricevuto o non hanno completato la loro istruzione. Per le bambine, in particolare, l'istruzione può fare la differenza tra la speranza e la disperazione. La ricerca dimostra che i giovani che completano l'istruzione primaria hanno meno probabilità di contrarre l'HIV di quelli che non sono riusciti a finire la scuola elementare.

Le bambine istruite hanno anche maggiori probabilità di sposarsi più tardi e minori probabilità di rimanere incinta in età molto giovane e, di conseguenza, corrono meno rischi di morire di parto quando sono ancora bambine. La loro capacità di reddito aumenta proporzionalmente al loro livello di istruzione, consentendo loro di spezzare il vincolo della povertà, che troppo spesso viene tramandato da una generazione all'altra.

In altre parole, cambiare il percorso delle bambine significa cambiare il futuro. E se queste bambine diventeranno donne che scelgono di diventare madri, considereranno la gravidanza ed il parto un evento da celebrare, non da temere.

Vedi Note, pagina 107.

**Sua Maestà, la Regina Rania Al Abdullah di Giordania è il primo difensore emerito dell'UNICEF per i bambini e un instancabile difensore per la protezione dei bambini, lo sviluppo della prima infanzia, la parità di genere nell'istruzione e l'empowerment delle donne.*

L'anemia è una malattia perfettamente curabile con gli integratori di ferro forniti dai programmi di salute materna. Tuttavia, questo intervento è limitato sia in termini di copertura che di efficacia in alcuni paesi in via di sviluppo, soprattutto a causa dell'accesso limitato ai servizi sanitari di base e, in particolare, all'assistenza prenatale di qualità. L'aspetto confortante è che, in alcuni paesi in via di sviluppo, si sta accelerando l'impegno per integrare gli alimenti base quali la farina¹⁵.

La carenza di iodio durante la gravidanza aumenta l'incidenza dei parti di feti morti, dell'aborto spontaneo e dei difetti congeniti. Questi rischi si possono ridurre e prevenire assicurandosi che le donne abbiano livelli ottimali di iodio prima o dopo la gravidanza. La iodurazione universale del sale e, in alcuni casi, l'integrazione di iodio sono essenziali per garantire un apporto ottimale di iodio durante la gravidanza e l'infanzia¹⁶.

La malaria è un altro rischio mortale per le madri ed i bambini. Nelle zone endemiche per malaria, questa malattia è responsabile di circa un quarto dei casi di anemia materna grave, aumenta il rischio di parto di feto morto e di aborto spontaneo e contribuisce al basso peso alla nascita e alla morte neonatale. Pertanto, la prevenzione della malaria con zanzariere trattate con insetticida è fondamentale per ridurre l'impatto sulle donne in gravidanza e sui neonati. Inoltre, nell'Africa subsahariana si sta diffondendo sempre più il trattamento preventivo intermittente della malaria durante il secondo e

terzo trimestre di gravidanza per prevenire l'anemia e la malaria placentare¹⁷.

È difficile valutare esattamente quanto contribuiscano alla mortalità materna l'HIV e l'AIDS visto che, nonostante l'ampliamento dei programmi di prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, lo stato dell'HIV di molte donne in gravidanza è tuttora sconosciuto. L'HIV e la gravidanza possono interagire in modi diversi. Il virus può aumentare il rischio di complicazioni ostetriche quali l'emorragia, la sepsi e le complicazioni legate al parto cesareo.

La gravidanza, a sua volta, può aumentare il rischio delle patologie correlate all'HIV come l'anemia e la tubercolosi, o accelerare la progressione dell'HIV. I risultati delle ricerche sono più indicativi che conclusivi e sono necessari altri studi per stabilire il rapporto di causa ed effetto di entrambi. Si ritiene che, nei paesi ad alta prevalenza di HIV, l'epidemia dell'AIDS possa aver annullato i precedenti progressi nel campo della mortalità materna. Ciò che è possibile valutare con maggiore certezza, almeno parzialmente, è il numero di donne con infezione da HIV che hanno partorito: circa 1,5 milioni in 108 paesi a basso e medio reddito nel 2006.

L'impegno per far fronte all'epidemia dell'AIDS e ai suoi effetti sulla salute materna e neonatale si sta intensificando in quattro settori chiave: la prevenzione dell'infezione negli adolescenti e nei giovani; la terapia antiretrovirale per le donne sieropositive e le madri che necessitano di terapia antiretrovirale; la prevenzione della trasmissione madre-figlio e il trattamento pediatrico

dell'HIV. Si stanno compiendo progressi in tutti questi quattro settori ed i risultati sono incoraggianti. Per esempio, la copertura della profilassi antiretrovirale per le madri sieropositive per prevenire la trasmissione madre-figlio è aumentata dal 10% nei paesi a basso e medio reddito nel 2004 al 33% nel 2007. Malgrado questi progressi notevoli, bisogna fare ancora molto per fornire alle donne interventi per la prevenzione, la cura e la terapia dell'HIV, compresi i test, la consulenza ed i servizi per la salute riproduttiva e sessuale di qualità, oltre ai farmaci¹⁸.

Malgrado non via sia una piena comprensione delle conseguenze della coinfezione HIV e parassiti della malaria, i dati disponibili indicano che le infezioni agiscono sinergicamente ed hanno esiti negativi. Secondo studi recenti, le donne sieropositive con malaria placentare hanno maggiori probabilità di partorire bambini sottopeso. Le ricerche indicano inoltre che i bambini sottopeso sono maggiormente predisposti a contrarre l'infezione da HIV attraverso la trasmissione madre-figlio di quanto non lo siano i neonati di peso normale. La terapia antiretrovirale per le donne e i bambini sieropositivi e l'uso di zanzariere trattate con insetticida possono ulteriormente ridurre il rischio di contrarre la malaria¹⁹. *(Per maggiori dettagli su coinfezione da HIV e malaria, vedere la Scheda nel Capitolo 3, pagina 63).*

Per ogni donna che muore a causa di complicazioni della gravidanza, altre 20 subiscono lesioni, infezioni e invalidità – circa 10 milioni di donne ogni anno. Una delle patologie più dolorose è la



L'allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita aiuta a proteggere i neonati dalle malattie, riduce il rischio di mortalità e contribuisce allo sviluppo sano del bambino. Una donna allatta al seno il proprio bambino presso la Uskudar Ana ve Cocuk Sagligi Klinigi, una clinica gestita dal Ministero della Salute a Istanbul, Turchia.

fistola ostetrica, che si forma in seguito alla pressione esercitata dalla testa del bambino durante un travaglio prolungato e problematico che provoca lacerazione dei tessuti nel canale del parto. Nel periodo successivo al parto si formano dei fori e vi sono delle perdite dalla vescica e/o dal retto nella vagina. La fistola può essere facilmente curata da operatori sanitari con competenze chirurgiche adeguate, ma molte delle 75.000 donne che, secondo le stime, ogni anno sono colpite da questa patologia, non ricevono alcun trattamento. Al contrario, oltre a dover affrontare il disagio fisico e lo stress

emozionale, rischiano anche di essere rifiutate dai mariti e dalle famiglie.

Un'altra patologia debilitante è il prolasso uterino che si verifica quando i muscoli, i legamenti ed i tessuti che sostengono la struttura pelvica cedono, provocando il prolasso dell'utero nel canale vaginale. Mobilità limitata, mal di schiena cronico e incontinenza urinaria sono tre delle conseguenze del prolasso che, se grave, può anche impedire alle donne di accudire alle faccende domestiche e ad altri compiti routinari. Il prolasso uterino può dipendere da diversi fattori, tra cui il travaglio pro-

lungato, un parto difficile, gravidanze frequenti, cure ostetriche inadeguate e lavori manuali pesanti.

Altre forme di morbilità materna sono l'anemia, l'infertilità, le infezioni croniche, la depressione e l'incontinenza e tutte possono essere causa di problemi domestici, come gli abusi fisici e psicologici, la fine del matrimonio e l'esclusione sociale²⁰.

Mortalità neonatale

Circa l'86% dei decessi di neonati sono la conseguenza diretta di tre cause principali: infezioni gravi, come sepsi/polmonite, tetano e diarrea, asfissia e parto pretermine. Si stima che le infezioni gravi rappresentino il 36% di tutti i decessi neonatali. Si possono contrarre in qualsiasi momento durante il primo mese di vita, ma sono la causa principale di morte neonatale dopo la prima settimana. L'adozione di pratiche igieniche durante il parto è fondamentale per prevenire le infezioni, ma le infezioni materne devono essere riconosciute e trattate durante la gravidanza. Le infezioni dei neonati devono essere riconosciute e trattate subito dopo il parto.

L'asfissia (difficoltà di respirazione dopo il parto) è responsabile del 23% dei decessi neonatali e può essere prevenuta con un'assistenza migliore durante il travaglio e il parto. Questa condizione può essere alleviata da un operatore sanitario qualificato in grado di riconoscere i segni e rianimare il paziente. Il parto pretermine (parto che ha luogo prima della 37esima settimana completa di gestazione) è una causa diretta del

Le complicazioni legate alla gravidanza e al parto sono la causa principale di morte delle ragazze dai 15 ai 19 anni in tutto il mondo e sono responsabili di 70.000 decessi l'anno.

27% dei decessi neonatali. I bambini nati prematuramente hanno maggiori difficoltà a mantenere la normale temperatura corporea e a combattere le infezioni. La prevenzione della malaria nelle donne in gravidanza può avere effetti positivi sull'incidenza dei parti prematuri nelle zone endemiche per malaria²¹.

Secondo le più recenti stime internazionali che coprono il periodo 2000-2007, il 15% di tutti i neonati sono nati sottopeso (bambini di peso inferiore a 2.500 grammi alla nascita). Il sottopeso, che è dovuto al parto pretermine o a un ritardo di crescita intrauterino, è un fattore determinante nel 60-80% dei decessi neonatali. La maggior parte di questi casi si verificano nell'Asia meridionale in particolare, ma anche nell'Africa subsahariana, la regione con i tassi più alti di malnutrizione tra le

donne e le bambine. La malnutrizione materna è correlata a un'aumentata incidenza di bambini sottopeso²².

Il ritardo di crescita intrauterino, vale a dire il ritardo di crescita del feto durante la gravidanza, è uno dei principali fattori di rischio per la morte prenatale. Analogamente il sottopeso è associato, tra l'altro, alla malnutrizione e al cattivo stato di salute della madre. Se correttamente diagnosticata e gestita, anche con il trattamento precoce delle malattie materne e una buona nutrizione, questa malattia può essere controllata evitando che le sue conseguenze si ripercuotano per tutta la vita²³.

La natura intergenerazionale della soluzione al ritardo di crescita intrauterino sottolinea il fatto che migliorare la salute materna e neonatale non vuol dire semplicemente mettere a disposi-

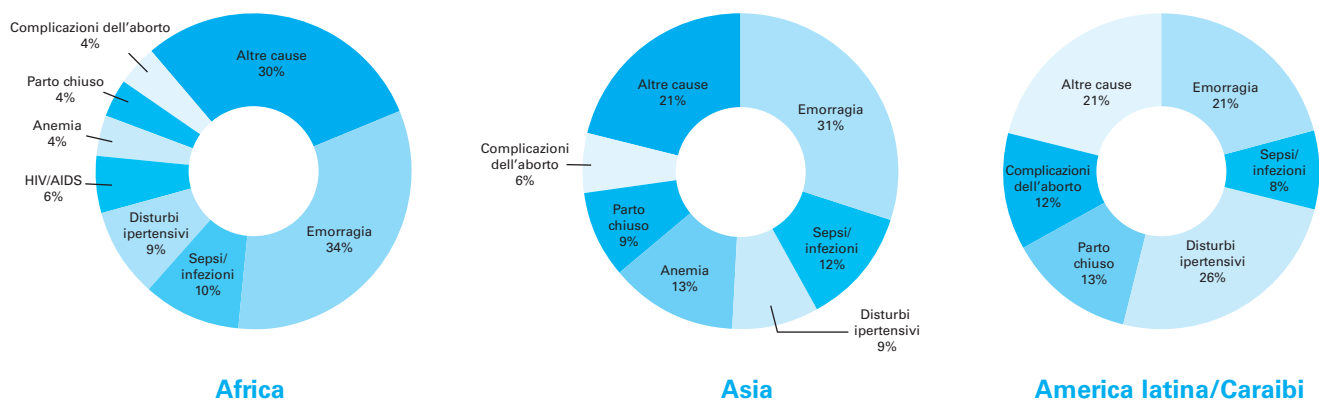
zione servizi migliori e più estesi per la salute materna. Ma significa anche affrontare il fatto che i diritti fondamentali delle donne sono trascurati in molte società.

Oltre a una nutrizione adeguata per le donne, anche il distanziamento tra le gravidanze è fondamentale per evitare i parti pretermine, le nascite sottopeso ed i decessi neonatali; gli studi dimostrano che un intervallo tra una gravidanza e la successiva inferiore a 24 mesi aumenta sensibilmente questi rischi. È anche essenziale fornire alle bambine accesso a una nutrizione adeguata e all'assistenza sanitaria a partire dalla nascita, durante l'infanzia, l'adolescenza, nell'età adulta e nell'età feconda²⁴.

Per ogni neonato che muore, altri 20 subiscono lesioni alla nascita, complicazioni dovute al parto prematuro o

Grafico 1.5

Cause dirette dei decessi materni, 1997-2002*



*Le cifre si riferiscono ai dati disponibili per l'anno più recente del periodo indicato. Le percentuali potrebbero non totalizzare il 100% a causa dell'arrotondamento.

Fonte: Khan, Khalid S., et al.; 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', The Lancet, vol. 367, no. 9516, 1 April 2006, p. 1069.

Per ogni donna che muore per una causa legata alla gravidanza, altre 20 subiscono lesioni o infezioni e rimangono invalide – circa 10 milioni di donne ogni anno.

altre malattie neonatali. Oltre 1 milione di bambini che ogni anno sopravvivono all'asfissia dopo il parto, per esempio, sono soggetti a disabilità quali paralisi cerebrale o a difficoltà di apprendimento²⁵.

Le cause principali della mortalità e della morbidità materna e neonatale

Oltre alle cause dirette della mortalità e della morbidità materna e neonatale, vi sono diversi fattori di base a livello delle famiglie, delle comunità e dei distretti che compromettono la salute e la sopravvivenza delle madri e dei neonati. Alcuni di questi sono la mancanza di istruzione e di informazioni, le pratiche sanitarie inadeguate, l'accesso limitato ad alimenti nutrienti e a micronutrienti essenziali, le strutture inadeguate di salute ambientale, i servizi inefficienti

di assistenza sanitaria e l'accesso limitato ai servizi di assistenza alla maternità, come l'assistenza ostetrica e neonatale d'emergenza. Vi sono anche fattori basilari come la povertà, l'esclusione sociale e la discriminazione di genere che aggravano sia le cause dirette che quelle indirette della mortalità e della morbidità materna e neonatale. (Per una descrizione più completa dell'interazione di questi fattori, vedere il Grafico 1.7 a pagina 17).

Particolarmente importante è l'accesso limitato di molte donne ai servizi di assistenza sanitaria di qualità. La salute materna e l'accesso ai servizi per la contraccezione e la salute riproduttiva di qualità salvano la vita di molte donne stanno alla base della salute e della sopravvivenza dei neonati. Gli studi dimostrano che la salute delle donne nel corso della vita è fondata

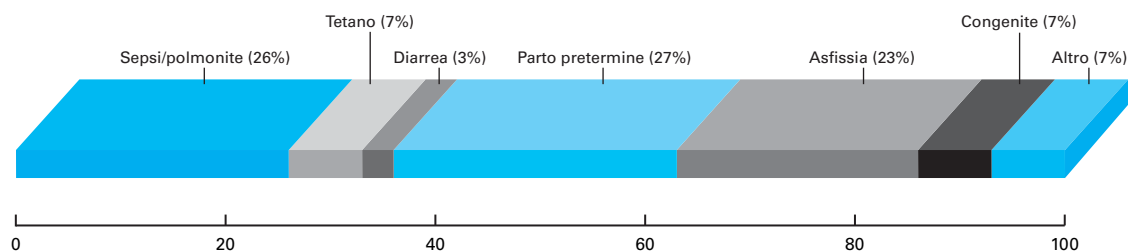
per determinare i risultati della salute materna e neonatale. Anche l'accesso alle strutture ospedaliere e gli assistenti qualificati al parto sono fattori importanti; non dovrebbe sorprendere che i paesi con i tassi più alti di mortalità neonatale hanno i livelli più bassi di assistenti qualificati al parto e di parti in strutture ospedaliere²⁶.

La povertà compromette la salute materna e neonatale in diversi modi. Può aumentare l'incidenza delle cause dirette di mortalità, come le infezioni e la malnutrizione materna, e scoraggiare la richiesta di assistenza sanitaria o ridurre l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria. Può anche compromettere la qualità dei servizi anche quando sono disponibili. I dati di 50 Ricerche Demografiche e Sanitarie relativi al periodo 1995-2002 indicano che all'interno delle regioni, i tassi di mortalità

Grafico 1.6

Cause dirette dei decessi neonatali, 2000*

Il basso peso alla nascita, che è legato alla malnutrizione materna, è una causa determinante nel 60-80% dei decessi neonatali.



* Le percentuali potrebbero non totalizzare il 100% a causa degli arrotondamenti.

Fonte: Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', The Lancet, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, p. 895.

neonatale relativi al 20% delle famiglie più povere sono più alti del 20-50% di quelli del quintile più ricco. Disuguaglianze simili sono anche molto frequenti nei tassi di mortalità materna²⁷.

Un contesto sociale che dia sostegno ai diritti delle donne e delle bambine è altresì vitale per ridurre la mortalità e la morbidità materna e neonatale.

L'impegno per incrementare gli interventi per far fronte alle cause prossime dei decessi e del cattivo stato di salute delle madri e dei neonati e per migliorare la malnutrizione materna, contenere le malattie infettive e migliorare le strutture e le pratiche igieniche avrà successo soltanto in parte se i diritti delle donne e delle bambine non saranno rispettati nel contesto sociale in cui vivono. Come dimostra il Capitolo 2, l'estensione dell'erogazione dei servizi potrebbe dimostrarsi insufficiente se alle donne e alle bambine è negato l'accesso ai beni e ai servizi essenziali a causa di impedimenti culturali, sociali o familiari.

Accelerare i progressi nella salute materna e neonatale

Molti dei fattori responsabili della mortalità e della morbidità materna e neonatale sono ben noti e correlati, come illustrato dal modello concettuale del Grafico 1.7. Malgrado esistano ancora molte lacune nella nostra conoscenza dell'entità e delle cause dei decessi materni e neonatali, sicuramente sappiamo quanto basta per attuare interventi che potrebbero salvare milioni di vite. I metodi principali per ridurre la mortalità e la morbidità materna e neonatale sono ben noti. Alcuni di questi sono:



Migliorare i servizi di assistenza materna è fondamentale per migliorare la salute e la sopravvivenza materna e neonatale. Un'infermiera visita un bambino di sei settimane durante un esame di controllo presso un centro sanitario, Giamaica.

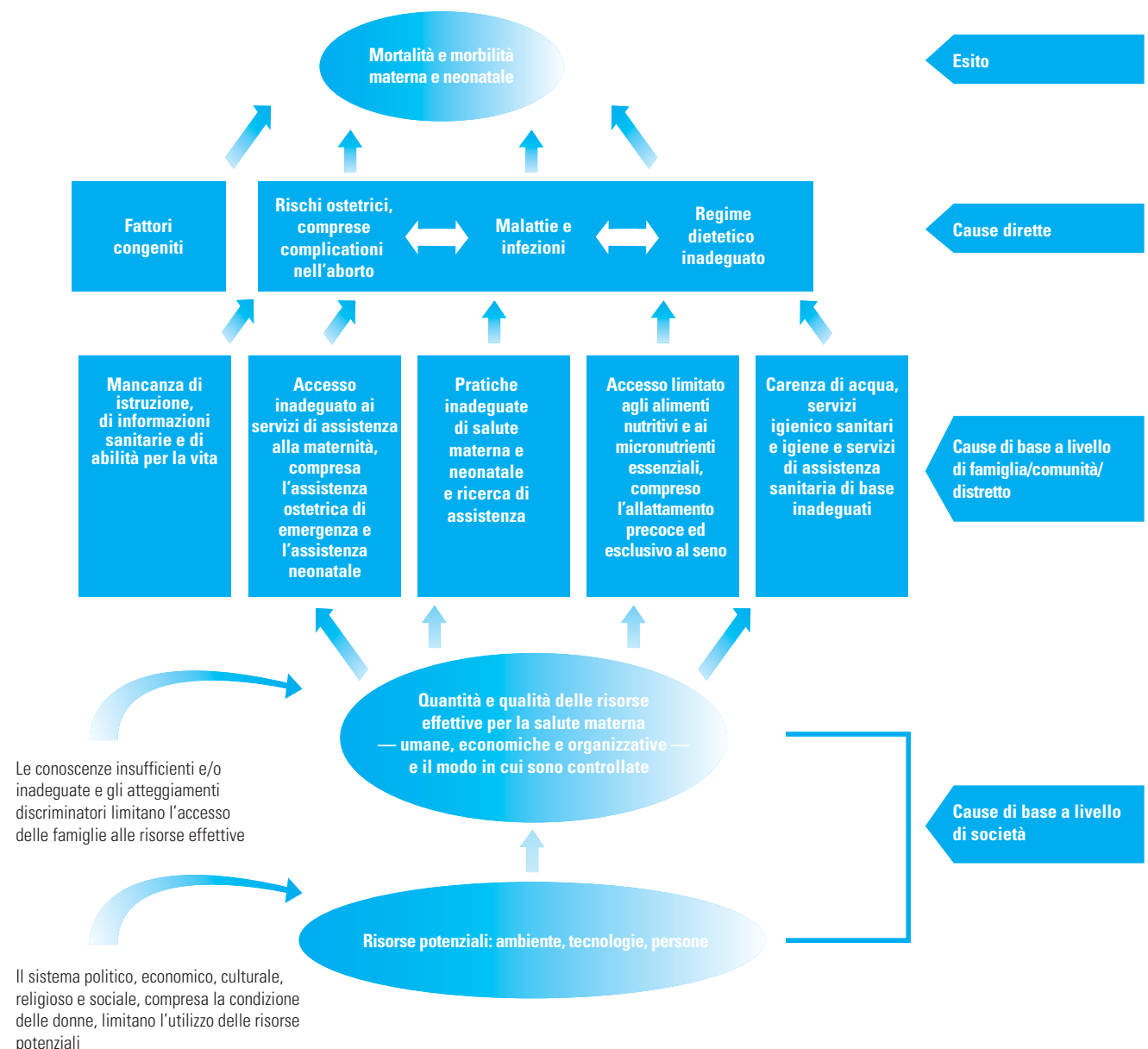
- Promozione dell'accesso ai servizi di pianificazione familiare, basato su politiche nazionali individuali. 500.000 abitanti, adeguata alle situazioni dei singoli paesi, per le donne con complicazioni.
- Assistenza prenatale di qualità mediante la fornitura di un pacchetto completo di servizi sanitari e nutrizionali.
- Assistenza ostetrica di emergenza completa almeno in una struttura di ciascun distretto o per 500.000 abitanti.
- Prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV e terapia antiretrovirale alle donne che ne hanno bisogno.
- Una visita post parto per ogni madre e neonato subito dopo il parto, preferibilmente entro le 24 ore, e visite aggiuntive verso la fine della prima settimana e dopo 4-6 settimane dal parto.
- Interventi di prevenzione e cura di base, compresa la vaccinazione contro il tetano neonatale per le donne in gravidanza, la vaccinazione di routine, la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida e di Sali di reidratazione orale, tra le altre cose.
- Informazioni e competenze pratiche per le donne in gravidanza e le famiglie per riconoscere i segnali di pericolo per la salute materna e neonatale e sui sistemi di riferimento a uno specialista.
- Aumento dell'accesso all'acqua e ai servizi igienico-sanitari e adozione di pratiche igieniche migliori. La dotazione di acqua potabile e per l'igiene è fondamentale per un parto sicuro.
- Consulenza sulla nutrizione materna e fornitura di integratori, secondo le necessità, come parte dell'assistenza prenatale, postnatale e neonatale di routine.
- Accesso al personale sanitario – un medico, un'infermiera o un'ostetrica – durante il parto.
- Assistenza di base per tutti i neonati, compreso l'inizio dell'allattamento al seno entro la prima ora di vita, l'al-

I tassi di mortalità neonatale sono altrettanto alti, visto che ogni anno 4 milioni di neonati muoiono entro i primi 28 giorni di vita.

Grafico 1.7

Schema concettuale della mortalità e della morbidità materna e neonatale

Questo schema concettuale delle cause dei decessi materni e neonatali indica che lo stato di salute è determinato da fattori correlati che comprendono la nutrizione, l'acqua, i servizi igienico-sanitari e l'igiene, i servizi di assistenza sanitaria ed i comportamenti sani e la sorveglianza delle malattie, tra le altre cose. Queste cause vengono definite come prossime (individuali), di fondo (famiglia, comunità e distretto) e di base (società). I fattori di un livello influiscono sugli altri livelli. Lo schema ha lo scopo di aiutare a valutare e analizzare le cause della mortalità e della morbidità materna e neonatale e a pianificare azioni efficaci per migliorare la salute materna e neonatale.



Fonte: UNICEF

Un bambino nato in un paese meno sviluppato ha quasi 14 volte più probabilità di morire nei primi 28 giorni di vita di un bambino nato in un paese industrializzato.

lattamento esclusivo al seno, il controllo delle infezioni, il bagno solo dopo le prime 24 ore.

- Assistenza supplementare per i bambini piccoli, i parti multipli e i bambini nati con gravi difetti congeniti.
- Gestione Integrata delle Malattie Neonatali e dell'Infanzia, o un equivalente, presso le strutture sanitarie che forniscono assistenza alle donne e ai bambini²⁸.

Perché questi interventi funzionino, tuttavia, i servizi di base devono essere erogati durante le fasi principali del ciclo vitale, mediante sistemi sanitari dinamici che realizzino un'assistenza continuativa integrando l'assistenza erogata dalle strutture sanitarie con quella fornita dalla famiglia e dalla comunità. Questo concetto di assistenza continuativa per la salute materna, neonatale ed infantile è nato, in questi ultimi anni, dalla consapevolezza che un approccio integrato è più vantaggioso di una miriade di iniziative separate. Tuttavia, alla base di questa continuità deve esserci un ambiente di sostegno che protegga i diritti delle donne e dia la priorità alla salute materna e neonatale. Il Capitolo 2 illustra gli elementi necessari a creare e a sostenere questo ambiente.

Uno degli elementi essenziali del continuum di assistenza è la presenza di personale sanitario qualificato durante la gravidanza, il parto e il periodo post parto, che possa fare riferimento a strutture adeguate a gestire le emergenze. Anche il ruolo emergente delle infer-

miere e delle ostetriche nell'aumentare l'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza sta dimostrando di avere un potenziale promettente nel mondo in via di sviluppo.

In particolare, visto che i rischi di morte materna e neonatale sono maggiori nelle prime 24-48 ore dal parto, è imperativo incrementare l'assistenza postnatale durante questo periodo e porre maggiore enfasi sulle visite di controllo per i neonati e le madri. Le visite post parto sono vitali per le neo madri, il cui rischio di morire o di ammalarsi può rimanere elevato fino a un anno dopo il parto. Tuttavia, questo risulta spesso impossibile, dato che i servizi di assistenza materna e neonatale sono generalmente carenti nei paesi e nelle comunità più povere dove si verificano la maggior parte dei decessi. Soprattutto nell'Africa subsahariana, fattori come la distanza, le migrazioni, l'urbanizzazione, i conflitti armati, le malattie e la mancanza di investimenti nella salute pubblica hanno comportato gravi carenze di personale sanitario qualificato.

Le donne ed i neonati nelle nazioni fragili, quelli con politiche istituzionali deboli, scarsa governance, instabilità politica e scarso stato di diritto, necessitano di particolare attenzione. Spesso a questi Stati mancano le capacità istituzionali e le risorse adeguate a fornire i servizi sociali e le infrastrutture di base. Negli Stati fragili vive circa l'8% della popolazione mondiale, ma questi stati incidono per il 35% dei decessi materni globali e rappresentano 8 dei 10 paesi con i tassi più alti di morta-

lità materna, e incidono anche per il 21% dei decessi neonatali globali e rappresentano 9 dei 10 paesi con i tassi più elevati di mortalità neonatale²⁹.

Rafforzare la governance e lo stato di diritto e ristabilire la pace e la sicurezza sono requisiti necessari per accelerare i progressi per migliorare la salute materna e neonatale. Anche i donatori e le agenzie internazionali stanno affrontando la sfida di andare oltre la risposta umanitaria a breve termine e muoversi verso l'assistenza allo sviluppo a lungo termine, garantendo che la salute materna, infantile e neonatale e i diritti delle donne siano al centro dei negoziati e dei programmi volti a migliorare la governance, a risolvere i conflitti e a rafforzare le istituzioni³⁰.

Nei paesi meno sviluppati, risorse limitate sono state destinate alla salute materna e neonatale, con il risultato che ai poveri è stato di fatto negato l'accesso alle cliniche e agli ospedali, soprattutto nelle zone rurali. Questo può dipendere dall'assenza di queste strutture, dalla scarsa qualità e dalle condizioni dei centri sanitari e degli ospedali, dalla carenza di personale sanitario qualificato o con bassi livelli di specializzazione, o dall'esistenza di costi di uso e altri costi che i poveri non possono permettersi. Il concetto di assistenza continuativa non si riferisce soltanto ai bisogni delle madri e dei bambini nel tempo, ma prevede anche l'aumento dell'accesso ai servizi sanitari collegando le famiglie e le comunità, le cliniche e gli ospedali. Il Capitolo 3 spiega con maggiori dettagli come inte-

Salute materna e neonatale in Nigeria: sviluppare strategie per accelerare i progressi

La Nigeria è il paese più popoloso dell'Africa, con 148 milioni di abitanti nel 2007, di cui 25 milioni sotto i cinque anni di età. Con quasi 6 milioni di nascite nel 2007 - al terzo posto nel mondo dopo l'India e la Cina - e un tasso totale di fertilità pari a 5,4, la crescita demografica nigeriana continua ad essere rapida in termini assoluti.

Oltre che per la sua densità di popolazione, la Nigeria è nota per la sua ricchezza di petrolio. Ciononostante, la povertà nel paese è molto diffusa: secondo i più recenti *Indicatori dello Sviluppo Mondiale 2007*, pubblicati dalla Banca Mondiale, oltre il 70% dei nigeriani vive con meno di un dollaro USA al giorno, che non consente loro di sostenere i costi dell'assistenza sanitaria.

La povertà, le pressioni demografiche e gli investimenti insufficienti nell'assistenza sanitaria pubblica, per menzionare solo tre fattori, fanno salire i livelli ed i tassi di mortalità materna e neonatale. Secondo le stime interagenzie più recenti delle Nazioni Unite, il tasso medio di mortalità nazionale è pari a 1.100 decessi su 100.000 nati vivi ed il rischio di morte materna nel corso della vita è di 1 su 18. Se considerato in termini globali, il tasso di mortalità materna spicca ancora di più: nella sola Nigeria, si verifica circa 1 decesso materno su 9.

Le donne che sopravvivono alla gravidanza e al parto, spesso subiscono danni alla salute; gli studi indicano che tra 100.000 e un milione di donne in Nigeria potrebbero soffrire di fistola ostetrica. I decessi neonatali nel 2004 sono stati 249.000, secondo le cifre più recenti riferite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, e il 76% di questi è avvenuto durante la prima settimana di vita. Le strutture sanitarie inadeguate, la mancanza di mezzi per il trasporto agli ospedali, l'incapacità di pagare per i servizi e la resistenza di alcune popolazioni all'assistenza sanitaria moderna, sono le cause principali che stanno alla radice degli alti tassi di mortalità e morbilità materna e neonatale del paese.

Le disparità nella povertà e nella salute tra i numerosi gruppi etno-linguistici della Nigeria e tra i suoi Stati sono marcate. I tassi di povertà nelle zone rurali, stimati al 64% nel 2004, sono circa 1,5 volte più alti rispetto al tasso del 43% delle aree urbane. Inoltre, il tasso di povertà nella regione nord orientale, che raggiunge il 67%, è quasi il doppio del tasso del 34% della regione sud orientale più prospera.

I bassi livelli di istruzione, soprattutto tra le donne, e gli atteggiamenti e le pratiche culturali discriminatorie ostacolano la riduzione dei tassi di mortalità materna. Uno studio condotto al Jos University Teaching Hospital nella regione centro-settentrionale, mostra che quasi tre quarti delle morti materne nel 2005 si sono verificate tra donne analfabete. Il tasso di mortalità tra le donne che non hanno ricevuto assistenza prenatale era di circa 20 volte superiore a quello relativo alle donne che l'avevano ricevuta. Dei diversi gruppi etnici di cui facevano parte le pazienti, le donne Hausa-Fulani rappresentavano il 22% di tutti i parti ed il 44% di tutti i decessi. Quello dell'Hausa-Fulani è il principale gruppo etnico della Nigeria settentrionale e, pertanto, subisce gli effetti nefasti degli alti tassi di povertà della regione.

Gli atteggiamenti e le pratiche culturali che discriminano le donne e le bambine contribuiscono alla mortalità e alla morbilità materna. I matrimoni precoci ed i tassi elevati di parti tra le adolescenti sono comuni in tutta la Nigeria e questo mette a grave rischio la salute di ragazze e donne in età feconda.

Tenuto conto di queste realtà complesse, lo sviluppo di strategie per accelerare i progressi nel campo della salute materna e neonatale continua a rappresentare una sfida considerevole. Ma il governo della Nigeria, insieme ai partner internazionali, sta tentando di sostenere questa sfida. Nel 2007, ha cominciato ad attuare una Strategia integrata della salute materna, neonatale e infantile (IMNCH nel suo acronimo inglese) a livello nazionale allo scopo di dare la priorità ai pacchetti di interventi ad alto impatto che includono gli integratori alimentari, la vaccinazione, le zanzariere trattate con insetticida e la prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV.

La strategia sarà attuata in tre fasi, ciascuna della durata di tre anni, ed è stata progettata sul modello dell'assistenza continuativa per potenziare il sistema sanitario nigeriano decentralizzato, che opera al livello federale, statale e locale. Nella fase iniziale, che copre il periodo 2007-2009, l'attenzione si concentrerà sull'identificazione e la rimozione delle strozzature e, allo stesso tempo, sarà fornito un pacchetto base di servizi utilizzando le strategie di assistenza basata sulla famiglia e la comunità. Una parte significativa della spesa sarà destinata a una terapia combinata a base di artemisinina per combattere la malaria nelle donne, nei bambini e negli operatori sanitari neo assunti e addestrati, soprattutto nelle zone rurali. Con il miglioramento dell'assistenza di base, si prevede un incremento della domanda di servizi clinici.

La seconda e terza fase della IMNCH porrà maggiore enfasi sulla costruzione di infrastrutture sanitarie. In un periodo di nove anni, la strategia prevede di rivitalizzare le strutture esistenti, di costruire cliniche e ospedali e di creare incentivi, come salari sicuri, sussidi per le avversità e bonus basati sulle prestazioni, che aiuteranno ad assicurarsi i servizi di operatori sanitari qualificati nel sistema sanitario nigeriano.

La strategia IMNCH, se attuata pienamente e nei tempi previsti, può migliorare sensibilmente la salute materna e neonatale. Insieme a questo pacchetto, il paese ha recentemente approvato il Piano nazionale di assicurazione contro le malattie, che si integra con il settore sanitario pubblico e privato per rendere l'assistenza sanitaria più accessibile per i nigeriani. Se il governo approverà il progetto di legge nazionale sulla sanità, che è attualmente all'esame del potere legislativo, sarà disponibile una linea diretta di finanziamenti per l'assistenza sanitaria di base. Questi miglioramenti del sistema sanitario hanno il potenziale di tracciare una nuova rotta per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5 nel paese più grande dell'Africa.

Vedi Note, pagina 107.

Per ogni bambino che muore, altri 20 subiscono lesioni durante il parto, complicazioni dovute al parto pretermine o altre patologie neonatali.

grare e potenziare i servizi disponibili per le madri e i neonati, ed erogarli durante le fasi principali del ciclo vitale e nelle località principali.

L'attuazione e l'estensione dell'assistenza continuativa alle madri, ai neonati e ai bambini prevede l'integrazione e l'aumento progressivo di una serie di azioni. Il Capitolo 4 esamina i modelli, le politiche e i programmi principali che stanno portando avanti il processo.

L'ultimo capitolo de *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009*, fa appello alla concertazione e a partnership forti e compatte per migliorare la sopravvivenza e la salute materna e neonatale. Gli obiettivi sono chiari ed è anche evidente che il mondo è in ritardo sull'OSM 4 di ridurre la mortalità infantile ed è ancora più indietro nel raggiungimento dell'obiettivo di migliorare la salute materna (OSM 5).

Bisogna accelerare notevolmente i progressi. Le esperienze di diversi paesi in

via di sviluppo, esaminate in dettaglio nei capitoli seguenti, hanno dimostrato che i progressi rapidi sono possibili quando si applicano strategie solide, impegno politico, risorse adeguate e impegno collaborativo a sostegno della salute delle madri e dei neonati.

Estendere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015

Nel 2005, i Capi di Stato che si sono riuniti alle Nazioni Unite per riesaminare gli impegni assunti al Vertice del Millennio del 2000, oltre a riaffermare lo sviluppo degli obiettivi elaborati nel 2000 e da quel momento noti come gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM), hanno anche aggiunto quattro nuovi traguardi.

Uno dei principali cambiamenti alla configurazione degli OSM è l'inclusione di un traguardo specifico sulla salute riproduttiva: l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5, Traguardo B, che si propone di "raggiungere, entro il 2015, l'accesso universale alla salute riproduttiva". Questo nuovo traguardo rientra nell'obiettivo generale di migliorare la salute materna e fa da complemento al traguardo originale e agli indicatori ad esso correlati. Gli indicatori scelti per monitorare i progressi verso l'OSM 5/B sono riportati qui di seguito:

Tasso di prevalenza contraccettiva – percentuale di donne sposate o conviventi di età tra 15 e 49 anni che utilizzano un metodo di contraccezione.

Tasso di natalità fra le adolescenti – numero annuale di parti tra ragazze di età tra 15 e 19 anni su 1.000 ragazze della stessa fascia di età. In alternativa, fa riferimento al tasso di fertilità delle ragazze di età tra 15 e 19 anni specifico per il gruppo di età.

Copertura dell'assistenza prenatale – percentuale di donne di età tra 15 e 49 anni assistite almeno una volta durante la gravidanza da personale sanitario specializzato (medici, infermieri o ostetriche) e percentuale di donne che abbia ricevuto assistenza da un operatore sanitario almeno quattro volte.

Necessità non soddisfatte di pianificazione familiare – fa riferimento alle donne fertili e sessualmente attive che non usano alcun metodo di contraccezione e riferiscono di non desiderare altri figli o di voler posticipare la prossima gravidanza.

L'aggiunta del traguardo relativo alla salute riproduttiva agli OSM è il risultato del lungo processo di collegamento della salute riproduttiva allo sviluppo e dei diritti umani alla parità di genere, il cui evento chiave è stata la Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo (ICPD) tenutasi al Cairo nel 1994. Da allora, altri eventi importanti, quali la Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne (Pechino, 1995) e il ICPD+5, la Sessione Speciale dell'Assemblea Generale dell'ONU sulla Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo del 1999, hanno confermato ed esteso le raccomandazioni della prima ICPD, compreso l'obiettivo dell'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva entro il 2015.

Vedi Note, pagina 107.

Lo Sri Lanka è una storia di successo inaspettato. Un paese a basso-medio reddito – nel 2006, il reddito annuale nazionale lordo pro capite dello Sri Lanka era inferiore a 1.500 dollari USA – che ha anche attraversato una lunga guerra civile e ha subito la devastazione dello tsunami dell'Oceano Indiano del 2004. Eppure, i progressi del paese nel campo dello sviluppo umano, soprattutto nella salute e l'istruzione materna e infantile, sono stati una delle più grandi storie di successo dei paesi in via di sviluppo degli ultimi decenni. Il tasso di mortalità materna dello Sri Lanka è diminuito da 340 su 100.000 nati vivi nel 1960, a 43 su 100.000 nati vivi nel 2005 e, oggi, il 98% dei parti avvengono negli ospedali. I tassi di assistenza prenatale (almeno una visita) e di assistenza qualificata al parto raggiungono il 99%. Nel 2007, il paese ha registrato un tasso totale di fertilità di 1,9, in confronto al 3,0 della regione dell'Asia meridionale. Questi risultati hanno avuto effetti positivi anche sulla sopravvivenza infantile: il tasso di mortalità sotto i cinque anni è diminuito da 32 su 1.000 nati vivi nel 1990, a 21 su 1.000 nati vivi nel 2007. Gli ultimi dati disponibili indicano che anche il tasso di mortalità neonatale si è ridotto a circa 8 su 100.000 nati vivi nel 2004.

Anche nel settore dell'istruzione di base, le prestazioni dello Sri Lanka sono state straordinarie. Secondo le più recenti stime internazionali, il tasso netto di iscrizione elementare è pari a oltre il 97% sia per i maschi che per le femmine, mentre i tassi di alfabetismo tra i giovani di età tra 15 e 24 anni raggiungono il 97% tra i maschi ed il 98% tra le femmine. I dati amministrativi indicano che il tasso di completamento della scuola primaria è del 100%. Tenuto conto della correlazione positiva tra istruzione e sopravvivenza materna e infantile, questi sono i risultati di investimenti sostenuti in tutti e tre i settori.

La chiave degli straordinari miglioramenti nella salute materna compiuti dallo Sri Lanka è stata l'estensione di un pacchetto sinergico di servizi sanitari e sociali ai poveri. Il sistema sanitario del paese, che risale alla fine del 19° secolo, ha posto come obiettivo innanzitutto la fornitura universale di un'assistenza sanitaria migliorata, i servizi igienico-sanitari e la gestione delle malattie. Successivamente, ha aggiunto interventi specifici per migliorare la salute delle donne e dei bambini. Nel corso degli anni, i governi successivi hanno adottato un approccio prudente che dava la priorità ai servizi di assistenza sanitari per le madri ed i poveri, utilizzando le risorse economiche e umane in maniera giudiziosa. I miglioramenti ottenuti nella salute delle donne sono sostenuti e rafforzati da misure volte all'*empowerment* sociale e politico delle donne mediante l'istruzione, l'occupazione e l'impegno sociale.

I primi documenti scritti ed il passato coloniale dello Sri Lanka forniscono una prospettiva unica sull'evoluzione della salute materna nel paese, a partire dai testi medici dei secoli IX e X. La professione di ostetrica fu istituita dal governo coloniale britannico nel 1879 e l'Ufficiale di stato civile ha registrato i decessi materni a partire dal 1902. Questa ricchezza di informazioni e di conoscenze consente di valutare i risultati di approcci diversi alla salute materna

nel corso del tempo. Precise competenze obbligatorie hanno contribuito a professionalizzare le ostetriche e una politica non colpevolizzante ha aiutato a svolgere inchieste sulle morti materne.

I risultati sono stati sensazionali: la mortalità materna si è dimezzata tra il 1947 e il 1950. Tredici anni dopo, i tassi di mortalità materna si sono ulteriormente dimezzati. Una volta che le strutture e le reti sanitarie sono state messe a punto, la migliore organizzazione e gestione clinica hanno consentito allo Sri Lanka di ridurre il tasso di mortalità materna del 50% ogni 6-11 anni. Inoltre, il livello di alfabetismo delle donne è aumentato dal 44 al 71% tra il 1946 e il 1971. Anche i tassi di assistenza qualificata al parto e dei parti presso strutture ospedaliere sono aumentati. Le ostetriche nella sanità pubblica hanno assunto il ruolo di assistenti ai parti ospedalieri, dal momento che l'assistenza al parto domiciliare è diminuita dal 9% nel 1970 ad appena il 2% nel 1995. A partire dal 1965, le ostetriche hanno anche contribuito all'ampliamento dei servizi pubblici di pianificazione familiare.

Lo sviluppo del sistema sanitario realizzato dallo Sri Lanka è stato preso a modello da altri paesi in via di sviluppo e questo dimostra i risultati che si possono conseguire nella salute materna e infantile quando strategie solide, risorse adeguate e impegno politico vengono applicati con giudizio. Malgrado i progressi significativi nella salute materna e infantile, rimangono ancora problemi da risolvere. Negli ultimi anni, il paese registra una carenza di operatori sanitari; secondo le *World Health Statistics 2008*, nel periodo 2000-2008, il paese ha avuto appena 6 medici e 17 infermiere o ostetriche per 10.000 abitanti. Inoltre, i servizi si sono deteriorati a causa del giro di vite alle risorse finanziarie, con una spesa sanitaria di circa il 4% del PIL nel 2005. La spesa privata per la salute, principalmente spesa viva, rappresenta più della metà della spesa sanitaria totale.

Un'altra sfida che dovrà affrontare lo Sri Lanka, sarà garantire la sicurezza alimentare, soprattutto se i prezzi internazionali degli alimenti rimarranno elevati. Il paese presenta ancora livelli marcati di malnutrizione tra i neonati ed i bambini sotto i cinque anni. Secondo le stime internazionali più recenti, più di 1 neonato su 5 nasce sottopeso ed il 23% dei bambini sotto i cinque anni sono moderatamente o gravemente sottopeso. Il miglioramento dei livelli di allattamento esclusivo al seno per i bambini di età inferiore a sei mesi, rispetto al livello attuale del 53%, sarà vitale per mantenere i risultati ottenuti dallo Sri Lanka nella mortalità neonatale ed infantile.

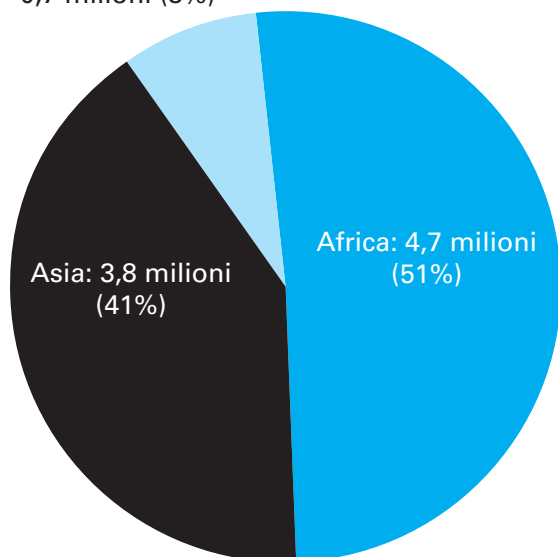
Vedi Note, pagina 107.

La centralità di Africa e Asia nelle sfide globali per bambini e donne

I continenti Africa e Asia* presentano le più grandi sfide globali per la sopravvivenza dei bambini e delle donne. I loro progressi in settori cruciali quali la salute materna e infantile, la nutrizione e l'istruzione, tre le altre cose, sono fondamentali per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Decessi di bambini sotto i cinque anni, 2007

Resto del mondo:
0,7 milioni (8%)



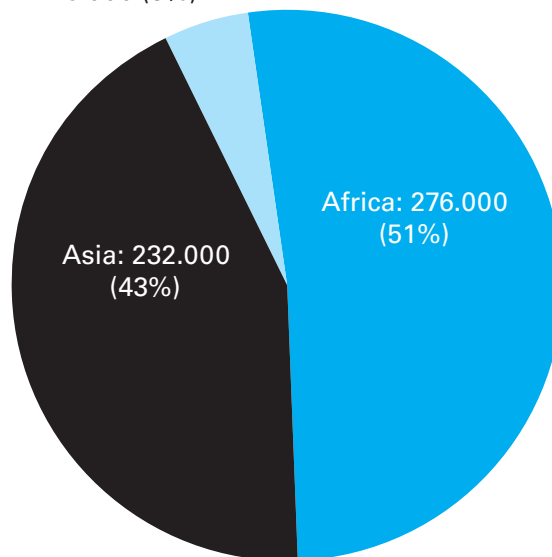
Fonte: Database globali dell'UNICEF

Decessi tra i bambini sotto cinque anni

- Nel 2007, 9,2 milioni di bambini sono morti prima dei cinque anni. L'Africa e l'Asia insieme rappresentano il 92% di questi decessi.
- Metà dei decessi di bambini sotto i cinque anni ha avuto luogo in Africa, tuttora il luogo in cui è più difficile per un bambino sopravvivere oltre i cinque anni di età.
- Sebbene dal 1970 l'Africa abbia registrato una notevole riduzione del numero annuale di decessi infantili, nel 2007 rappresentava ancora il 41% dei decessi globali di bambini sotto i cinque anni.

Decessi materni, 2005

Resto del mondo:
28.000 (5%)



Fonte: Database globali dell'UNICEF

Decessi materni

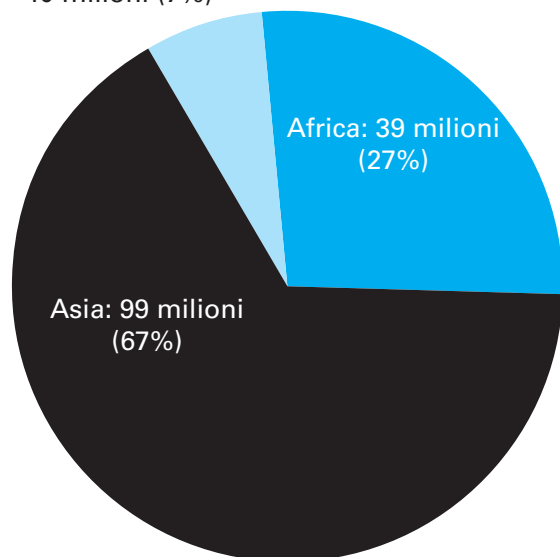
- Nel 2005, l'anno più recente in cui sono disponibili dati precisi, si stima che 536.000 donne siano morte per cause legate alla gravidanza e al parto. Quasi tutti questi decessi materni (il 95%) si sono verificati in Africa e in Asia.
- L'Africa è il continente con il tasso più elevato di mortalità materna, con un numero stimato di 820 decessi materni per 100.000 nati vivi nel 2005. Il tasso di mortalità materna dell'Asia è pari a 350 per 100.000 nati vivi.
- In Africa, il rischio di mortalità materna nel corso della vita è di 1 su 26, quattro volte più alto di quello dell'Asia e 300 volte più alto di quello dei paesi industrializzati.

L'onere complessivo dei decessi materni e infantili – per ciascun continente e per i due mesi insieme – è spesso sottovalutato a causa della mancanza di stime relative all'intero continente per gli indicatori chiave degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Questa scheda presenta un'istantanea degli indicatori chiave materni e infantili per l'Africa e l'Asia e, nella sua globalità, fornisce una prospettiva complementare all'analisi regionale presentata nelle Tavole Statistiche, pp. 113-157 del presente rapporto.

L'aggregazione dei dati sui bambini di questi due vasti continenti ci fa ricordare quanto sia importante compiere progressi rapidi in tutta l'Africa e l'Asia se si vogliono raggiungere gli obiettivi di sviluppo globale. Tuttavia, mentre ci si impegna per accelerare i progressi a livello continentale, non bisogna dimenticare le allarmanti disparità della condizione di donne e bambini e degli indici di progresso all'interno dei paesi e dei continenti. Il problema delle disparità e delle disuguaglianze che affliggono i bambini saranno esaminati più dettagliatamente nelle future edizioni de *La Condizione dell'infanzia nel mondo*.

Bambini sottopeso sotto i cinque anni, 2007

Resto del mondo:
10 milioni (7%)



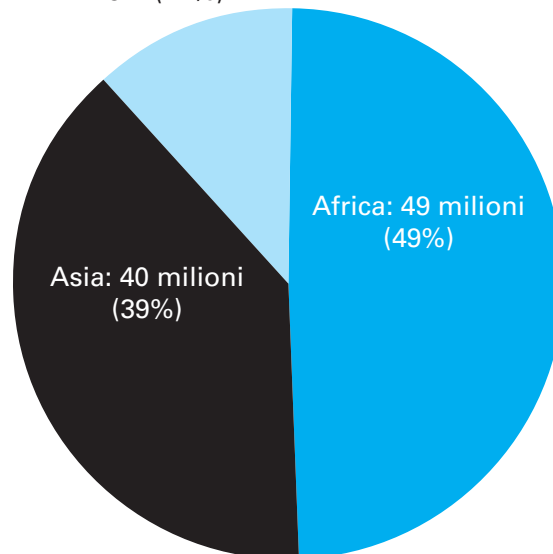
Fonte: Database globali dell'UNICEF

Stato nutrizionale dei bambini piccoli

- Nel 2007, 148 milioni di bambini sotto i cinque anni nel mondo in via di sviluppo erano sottopeso per la loro età.
- Due terzi di questi bambini vivono in Africa e appena più di un quarto vive in Africa.
- Insieme, l'Africa e l'Asia rappresentano il 93% di tutti i bambini sottopeso sotto i cinque anni nel mondo in via di sviluppo.

Bambini in età scolare che non frequentano la scuola, 2007

Resto del mondo:
12 milioni (12%)



Fonte: Database globali dell'UNICEF

Istruzione primaria

- Nel 2007, 101 milioni di bambini in età scolare non frequentavano la scuola.
- Quasi la metà di questi bambini vive in Africa ed il 39% vive in Asia.
- Nelle due regioni, circa il 20% delle bambine ed il 16% dei bambini in età scolare non sono iscritti a scuola o non frequentano la scuola elementare.

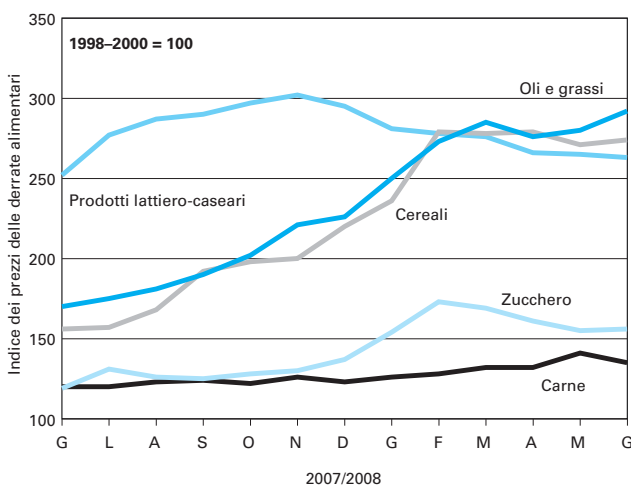
* L'Africa comprende tutti gli Stati membri dell'Unione Africana. L'Asia comprende i paesi nelle regioni UNICEF dell'Asia orientale e del Pacifico e dell'Asia meridionale. Le cifre potrebbero non totalizzare il 100% a causa dell'arrotondamento.

La crisi alimentare globale e i suoi effetti potenziali sulla salute materna e neonatale

Il recente e improvviso aumento dei prezzi internazionali che ha avuto inizio nel 2006 e si è protratto nel 2007-2008, ha mostrato la vulnerabilità di milioni di persone alla fame e alla malnutrizione, soprattutto nei paesi in cui la sicurezza alimentare continua a rappresentare un problema grave. Questi forti aumenti hanno riguardato alimenti di base come gli oli vegetali, il frumento, i prodotti lattiero-caseari ed il riso. Sebbene le fluttuazioni nei prezzi dei beni siano comuni, ciò che ha contraddistinto la situazione nel 2008 è stato il fatto che l'aumento dei prezzi internazionali non abbia interessato soltanto poche categorie di prodotti, ma quasi tutti i prodotti alimentari principali ed i mangimi.

Grafico 1.8

I prezzi dei prodotti alimentari hanno subito un forte aumento indiscriminato*



* Gli indici dei prezzi delle derrate alimentari riportati sopra rappresentano le medie ponderate per un elemento base dei prodotti base di ciascun gruppo di prodotti. I pesi sono le quote medie di commercio di esportazione per il periodo 1998-2000. Per esempio, l'Indice dei prezzi degli oli e dei grassi è composto dagli indici dei prezzi di 11 oli diversi (compresi gli oli animali e di pesce) ponderati con la quota media del commercio di esportazione di ciascun olio per il periodo 1998-2000. Per una spiegazione più esauriente della composizione di ciascun indice di gruppo di derrate alimentari, vedere la Fonte.

Fonte: Food and Agriculture Organization of the United Nations, Food Price Indices, <http://fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en>, visitato il 1° agosto 2008.

A giugno del 2008, l'Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura delle Nazioni Unite (FAO) aveva identificato 22 paesi in via di sviluppo particolarmente vulnerabili alla crisi alimentare. La sua valutazione si è basata sulla combinazione di tre fattori di rischio:

- Un tasso di prevalenza di bambini sottopeso pari al 30% o più nella popolazione.
- Un alto grado di dipendenza dall'esportazione di alimenti basi quali il riso, il frumento e il mais.
- Un alto grado di dipendenza da prodotti petroliferi importati.

Le Comore, l'Eritrea, la Liberia e il Niger sono tra i paesi che mostrano livelli preoccupanti di tutti e tre i fattori di rischio identificati. Non sorprende affatto che la maggior parte di queste nazioni faccia parte dei paesi meno sviluppati e a più basso reddito. Tuttavia, anche all'interno di questi paesi, sono gli strati più

poveri della società, che spendono la maggior parte del loro reddito disponibile per i prodotti alimentari, a subire le conseguenze più nefaste della crisi alimentare.

Far fronte ai fabbisogni nutrizionali speciali delle madri e dei neonati

Durante un'emergenza come la crisi alimentare, le donne in gravidanza e in allattamento, insieme ai loro neonati, sono le categorie considerate più a rischio di malnutrizione a causa del loro aumentato fabbisogno nutrizionale. Per esempio, le donne in gravidanza hanno bisogno di assumere quasi 285 calorie in più al giorno e quelle in allattamento 500 calorie in più. Inoltre, il loro fabbisogno di micronutrienti è più elevato e, per garantire la loro salute e quella dei loro neonati, necessitano di un apporto adeguato di ferro, folato, vitamina A e iodio.

Di fronte alla crisi alimentare, la FAO ha sollecitato una rapida fornitura di scorte per ristabilire l'equilibrio tra l'offerta e la domanda di generi alimentari, soprattutto nei paesi maggiormente colpiti. Inoltre, nel fornire aiuti alimentari ai paesi, è importante applicare delle politiche che compensino i modelli di distribuzione del cibo tra i membri della famiglia, consentendo alle donne in gravidanza e in allattamento di assumere il fabbisogno minimo. Laddove vengano forniti aiuti alimentari ai soggetti più a rischio di penuria di cibo e di malnutrizione, bisogna prevedere alimenti aggiuntivi per le donne in gravidanza, generalmente sotto forma di razioni da portare a casa, sia mediante la distribuzione generale delle razioni o tramite programmi di alimentazione supplementare. Le donne in gravidanza e in allattamento possono anche avere bisogno di altri interventi nutrizionali, compresa l'integrazione alimentare e con micronutrienti, la fornitura aggiuntiva di acqua potabile, la gestione della malaria durante la gravidanza, la profilassi contro i parassiti interni e la consulenza sull'educazione alla nutrizione.

Le campagne di comunicazione e di *advocacy* riguardanti gli aiuti alimentari dovrebbero evidenziare il fabbisogno nutrizionale speciale delle donne in gravidanza e in allattamento, includendo messaggi per spiegare alle famiglie e alle comunità il motivo per cui queste donne ricevono alimenti supplementari. Le informazioni dovrebbero porre l'enfasi sull'importanza dell'allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita del bambino e dell'alimentazione complementare per quelli più grandi. Le pratiche di allattamento al seno potrebbero essere diverse per le donne sieropositive, dal momento che il virus si può trasmettere con il latte materno, a seconda della disponibilità e della sicurezza dell'alimentazione sostitutiva.

L'informazione e l'allarme rapido continuano ad essere cruciali per garantire l'adozione di interventi tempestivi e appropriati per evitare le sofferenze. Il Sistema di Informazione Globale e Allarme Rapido della FAO sta dimostrando la sua capacità di allertare il mondo sui deficit alimentari emergenti. Tuttavia, c'è ancora molto da fare per creare dei forti meccanismi di risposta alle crisi alimentari e per sviluppare politiche nazionali ed internazionali che diano la priorità alla sicurezza alimentare e nutrizionale, e tengano conto dei fabbisogni nutrizionali speciali delle donne e dei bambini.

Vedi Note, pagina 107.

2 Creare un ambiente di sostegno per la salute delle madri e dei neonati



Per migliorare la salute delle madri e dei neonati è necessario fornire servizi essenziali nei momenti critici e nei luoghi chiave a cui donne e bambini possano accedere facilmente. E per stabilire e consolidare questi continuum di assistenza ci vuole qualcosa di più che un semplice aumento degli interventi di assistenza sanitaria di base; è necessario anche un ambiente di sostegno per le madri e i bambini, che ne salvaguardi e ne promuova i diritti. Il secondo capitolo de La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esplora i fondamenti di questo ambiente di sostegno, nonché i modi in cui può potenziare l'impegno per migliorare l'assistenza sanitaria di base.

Nell'ottobre 2008, più di 500 leader in ambito sanitario, provenienti da 65 paesi, si sono riuniti ad Almaty, Kazakistan, per una conferenza internazionale in occasione del trentesimo anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria di base. I partecipanti si sono scambiati esperienze acquisite nelle ultime tre decadi e hanno rinnovato il loro impegno verso i principi dell'assistenza sanitaria di base come un modo per rafforzare i sistemi della salute.

Alla vigilia della conferenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato il *World Health Report 2008*, anch'esso rivolto al tema dell'assistenza sanitaria di base.

La Dichiarazione di Alma-Ata, che emerse da una conferenza simile convocata dall'UNICEF e dall'OMS nel 1978 nella stessa città, in effetti delineò un corso nuovo per la salute pubblica. Incoraggiò i paesi ad allargare il loro mandato al di là degli interventi medici, per affrontare i limiti sociali, culturali e infrastrutturali nella fornitura di servizi sanitari per tutti i loro cittadini.

Uno dei punti centrali dell'approccio all'assistenza sanitaria di base emerso da Alma-Ata è lo stesso che costituisce il tema di questo rapporto: l'assistenza alle madri e ai bambini. Altre priorità fondamentali comprendevano il controllo delle malattie, nonché l'accesso alla pianificazione familiare, alle forniture idriche e a ai servizi igienico-sanitari sicuri. I cittadini dovevano venire incoraggiati a partecipare alla propria assistenza sanitaria, soprattutto nella fornitura di assistenza preventiva e nell'adozione di pratiche e comportamenti salutari¹ (*vedere Scheda a pagina 29*).

Nei trent'anni successivi, si sono compiuti dei progressi considerevoli in tutto il mondo in via di sviluppo, sia nel controllo di diverse malattie importanti, come la poliomielite e il morbillo, sia nella riduzione della mortalità infantile, soprattutto nel periodo post-neonatale (ossia tra i 29 giorni e i cinque anni di età). Tuttavia, considerate le crescenti disuguaglianze, tra uno stato e l'altro e all'interno dello stesso stato, nella fornitura di assistenza sanitaria in tutto il mondo in via di sviluppo, il programma di Alma-Ata per

un'assistenza sanitaria di base ad ampio raggio, che sottolinei l'importanza di un ambiente di sostegno e di interventi preventivi e curativi nella determinazione dei risultati sanitari, è forse attuale ancora oggi come nel 1978.

Sia i governanti sia i professionisti sanitari riconoscono sempre di più che i bisogni sanitari collegati tra loro di donne, neonati e bambini richiedono proprio quel tipo di soluzioni integrate proposto nella Dichiarazione di Alma-Ata. Questo riconoscimento ha determinato un interesse e un sostegno rinnovati per le strutture integrate di fornitura di servizi sanitari. Il regolare perfezionamento di strutture come la Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia, introdotta dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1992, nonché la collaborazione tra partner nazionali e internazionali degli ultimi due decenni, si sono recentemente consolidati in un paradigma completo che integra i disparati programmi per la salute delle madri e dei bambini: *il continuum di assistenza per le madri, i neonati e i bambini*.

I bisogni collegati tra loro delle donne e dei neonati richiedono soluzioni integrate di assistenza sanitaria di base.

Il continuum di assistenza

Il continuum di assistenza mira a integrare l'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini. La sua premessa può essere riassunta come segue: i servizi essenziali per madri, neonati e bambini sono più efficaci quando vengono offerti in pacchetti integrati in momenti critici del ciclo vitale di madri e bambini, all'interno di un sistema sanitario dinamico, capace di raggiungere luoghi chiave e sostenuto da un ambiente basato dei diritti delle donne e dei bambini.

I *punti critici* per la fornitura del servizio sono rappresentati da adolescenza, pre-gravidanza, gravidanza, nascita, periodo post-partum, età neonatale, prima infanzia e infanzia.

I *servizi essenziali per madri, neonati e bambini* comprendono l'assistenza sanitaria di base, un'assistenza sanitaria di qualità per le madri, i neonati e i bambini, un'alimentazione adeguata, un accesso migliorato all'acqua e a alle strutture igienico-sanitarie, nonché migliori pratiche igieniche.

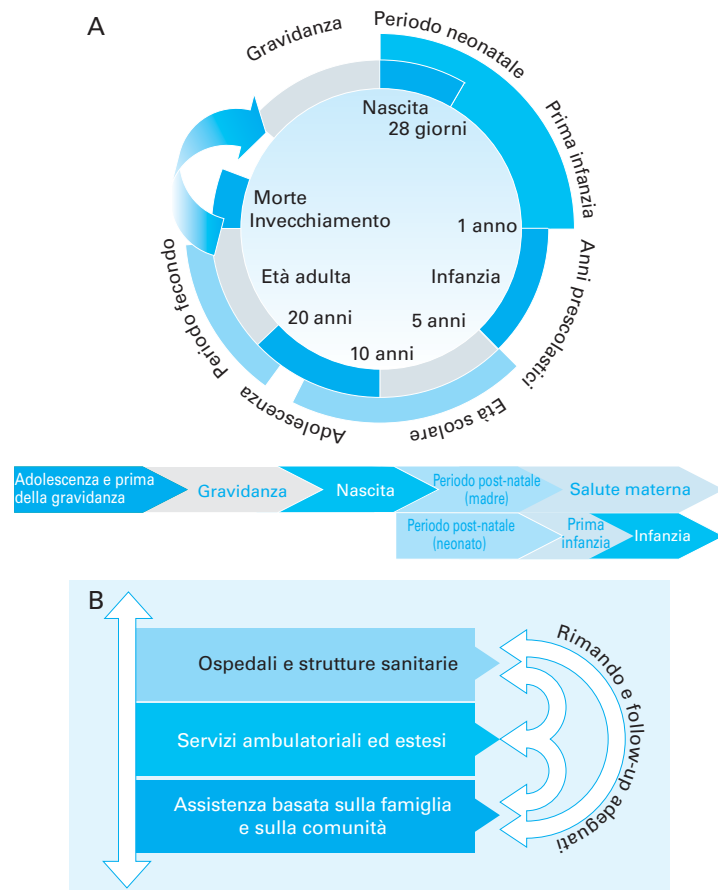
I *metodi essenziali di fornitura dei servizi* sono rappresentati dalla famiglia e dalla comunità, dai servizi estesi e ambulatoriali, nonché dalle strutture sanitarie².

L'*ambiente di sostegno* richiede il rispetto dei diritti delle donne e dei bambini, un'istruzione di qualità, uno standard di vita decente, la protezione da abusi, sfruttamento, discriminazione e violenza, la partecipazione paritaria alla vita domestica, comunitaria, sociale e politi-

Grafico 2.1

Il continuum di assistenza

Collegare l'assistenza durante il ciclo di vita (A) e secondo i posti in cui viene fornita (B). Adattamento autorizzato dalla Partnership per la Salute delle madri, dei neonati e dei bambini.



Fonte: Kevbes, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', The Lancet, vol. 370, N° 9595, 13 ottobre 2007, p. 1360.

ca, l'*empowerment* delle donne e un maggior coinvolgimento degli uomini nell'assistenza alle madri e ai bambini.

Il continuum di assistenza riflette a grandi linee un insieme di principi strategici basati sulle lezioni apprese da un secolo di pratiche e di sistemi sanitari in evoluzione. Questi principi sono stati esplorati in profondità ne

La Condizione dell'infanzia nel mondo 2008 e vengono riassunti qui di seguito.

- Le azioni volte a migliorare la salute di donne, neonati e bambini risultano più efficaci e sostenibili quando vengono integrate e fornite alle comunità e alle famiglie in comodi e convenienti pacchetti.



Molte malattie che colpiscono le donne durante la gravidanza sono prevenibili, rilevabili o curabili con delle visite prenatali. Un'operatrice sanitaria si prepara a misurare la pressione sanguigna di una donna incinta presso una clinica in Bangladesh.

- I sistemi sanitari sono più utili quando integrano dinamicamente i diversi metodi di assistenza: quelli basati sulle strutture, i servizi estesi e ambulatoriali e l'assistenza a livello comunitario e familiare.
- Per potenziare i sistemi sanitari in modo da migliorare i risultati sanitari per le madri e i bambini, è necessario combinare e integrare i vari punti di forza degli approcci verticali e orizzontali alla fornitura di assistenza sanitaria, piuttosto che sceglierne soltanto uno.
- Un approccio allo sviluppo dei sistemi sanitari orientato verso i risultati, nonché incentrato su interventi efficaci e basati su prove, risulta utile per stabilire programmi e politiche, nonché per monitorare e valutare i progressi compiuti.
- I risultati si raggiungono meglio attraverso un'azione collaborativa tra politiche, partnership e programmi tesi al miglioramento dell'assistenza alle madri, ai neonati e ai bambini³.

Questi precetti costituiscono la base di programmi, politiche e partnership che cercano di stabilire e di ampliare dei continuum di assistenza sanitaria di qualità per madri, neonati e bambini. Per essere veramente efficaci, però, e per avvicinarsi a vincere la sfida lancia-

ta ad Alma-Ata, consistente nel fornire un'assistenza sanitaria di base per tutti, i servizi essenziali per le madri e i bambini richiedono un ambiente di sostegno che salvaguardi e promuova i loro diritti. Senza delle azioni concrete per affrontare la discriminazione di genere, le disuguaglianze e gli abusi perpetuati in particolare contro le donne e le bambine, le azioni a sostegno di una migliore assistenza sanitaria di base rischiano di risultare molto meno efficaci, sostenibili o persino possibili.

Pensate, ad esempio, al problema del basso peso alla nascita, che è alla base del 70% dei decessi neonatali. La maggior parte dei neonati di basso peso ha patito una restrizione della crescita intrauterina, provocata di solito dalle cattive condizioni alimentari e di salute della madre prima della gravidanza e nel corso di essa. La maggior parte di questi casi si verifica nell'Asia meridionale, la regione che presenta i tassi più elevati di malnutrizione tra le bambine e le donne, nonché l'unica in cui esistono prove chiare di discriminazioni di genere nell'alimentazione tra i bambini sotto i cinque anni e tra gli adolescenti⁴.

Per ridurre i decessi neonatali non sono necessarie soltanto la fornitura di assistenza prenatale e la presenza di personale sanitario qualificato al momento del parto; bisogna anche che le bambi-

ne e le donne ricevano un'alimentazione e un'assistenza sanitaria adeguate dalla nascita all'infanzia, fino all'adolescenza, all'età adulta e all'età potenzialmente feconda.

Questo è soltanto un esempio, e molti altri verranno offerti nel resto di questo capitolo, di come la sopravvivenza e la salute dei neonati e dei bambini dipenda essenzialmente dalla realizzazione dei diritti delle donne. Per questo motivo, cominciamo la nostra esplorazione del continuum di assistenza per le madri e i neonati esaminando i vari componenti di un ambiente in grado di sostenere i diritti delle donne e delle bambine.

Creare un ambiente di sostegno per le donne e i bambini

Migliorare la salute delle madri e dei neonati non è semplicemente una questione pratica consistente nel rendere disponibili dei servizi di maternità migliori e più estesi. Significa anche affrontare e invertire l'indifferenza nei confronti dei diritti delle donne, nonché le discriminazioni e i maltrattamenti a livello strutturale spesso patiti da bambine e donne.

La discriminazione in base al genere, spesso tramandata di generazione in generazione da tradizioni culturali e da norme sociali e politiche, ha numerosi effetti perniciosi. Può negare alle bambine e alle donne l'accesso all'istruzione che, come dimostra la ricerca, potrebbe invece far diminuire la loro esposizione ai rischi dei decessi materni e infantili⁵. Può impe-

Promuovere comportamenti sani per madri, neonati e bambini: la guida *La salute è vita*

Creare un ambiente solidale per la salute delle madri e dei neonati richiede il cambiamento di comportamenti discriminatori nei confronti di donne e ragazze e l'adozione di pratiche sane che le proteggano dalla malattia e dagli infortuni. Pratiche sane, come l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita di un neonato o come lavarsi le mani con il sapone, devono essere basate sull'evidenza e stabilite da esperti medici.

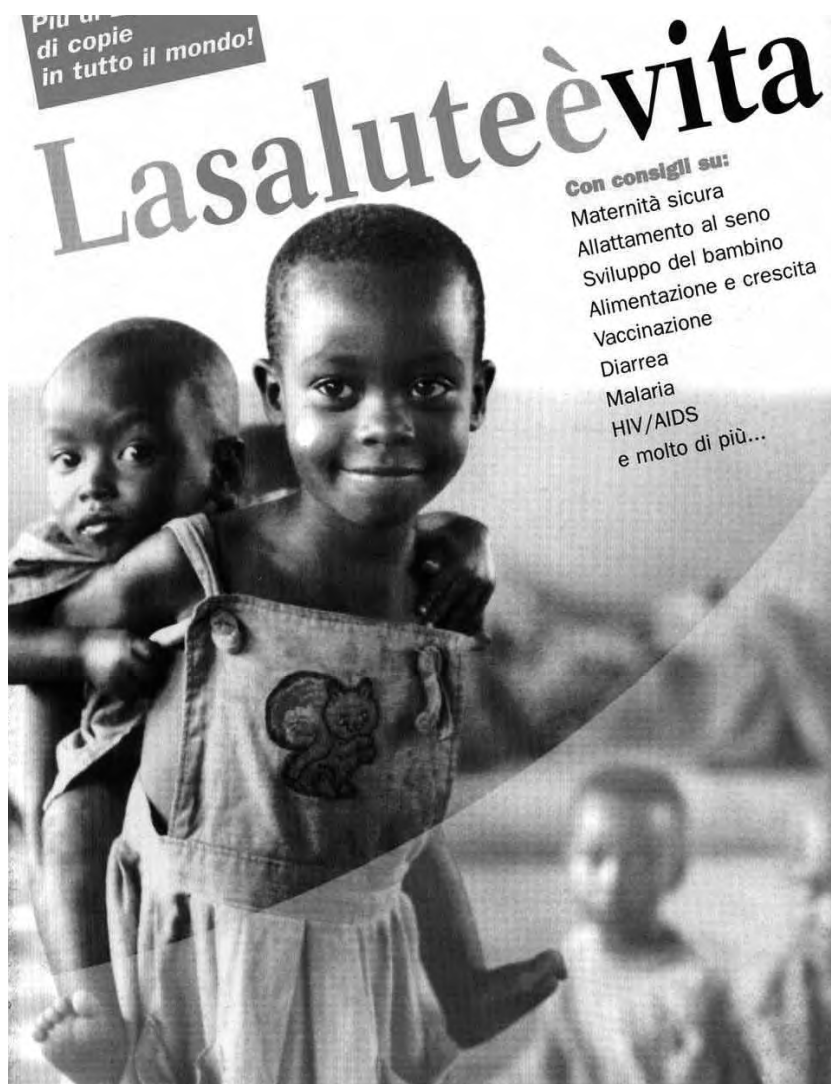
Descrivere queste pratiche a parenti e altri assistenti in un linguaggio non tecnico è fondamentale per rendere le donne e le ragazze competenti e supportare la salute materna e infantile. Venti anni fa, otto agenzie delle Nazioni Unite – UNICEF, OMS, UNFPA, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura, il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, il Programma Alimentare Mondiale e la Banca Mondiale – hanno pubblicato congiuntamente una guida per rendere disponibile a tutti questo tipo di conoscenze salva vita. La guida, intitolata *La salute è vita*, era indirizzata ai comunicatori – operatori sanitari, media, funzionari governativi, organizzazioni non governative, insegnanti, leader religiosi, impiegati, sindacati, gruppi di donne, organizzazioni comunitarie e altri. La sua terza edizione, pubblicata nel 2002, affrontava un'ampia gamma di temi:

- Distanziamento delle nascite
- Maternità sicura
- Sviluppo del bambino e primo apprendimento
- Allattamento al seno
- Nutrizione e crescita
- Vaccinazione
- Diarrea
- Tosse, raffreddore e altre malattie più gravi
- Igiene
- Malaria
- HIV/AIDS
- Prevenzione degli infortuni
- Disastri ed emergenze

Messaggi chiave chiari, brevi e pratici spiegavano le azioni raccomandate e offrivano informazioni supplementari.

Un principio basilare della guida è che la comunicazione è qualcosa di più che semplicemente la trasmissione di informazioni. Richiede anche di presentare le informazioni in un modo accessibile e interessante e di aiutare le persone a capire la loro rilevanza. Questa guida parla anche dei modi per agire e superare gli ostacoli e le barriere.

La salute è vita è stata ampiamente distribuita, in più di 15 milioni di copie in circolazione in 215 lingue nel 2002. Una nuova edizione della guida è in preparazione.



L'uguaglianza di genere produce un doppio vantaggio, migliorando le condizioni di vita sia delle donne sia dei bambini e delle bambine.

dire loro di ricevere, o di cercare, un'assistenza sanitaria adeguata e delle competenze pratiche essenziali in grado di proteggerle dalle infezioni trasmesse per via sessuale, HIV compreso, dai parti non adeguatamente distanziati, dalla violenza, dagli abusi e dallo sfruttamento. Può limitare le loro possibilità di guadagno quando diventano donne e può costringerle a una vita di schiavitù e di subordinazione quando si sposano, spesso ancora bambine sotto i diciotto anni.

Inoltre, i pesanti carichi di lavoro delle donne, che in generale lavorano per un maggior numero di ore rispetto agli uomini, possono negare loro il tempo libero e il riposo necessari.

Per creare un ambiente di sostegno per la salute materna e neonatale bisogna sfidare le barriere sociali, economiche e culturali che perpetuano la disuguaglianza di genere e la discriminazione. Ciò comporterà diverse azioni essenziali: istruire le bambine e le donne e ridurre la povertà, proteggere le bambine e le donne dagli abusi, dallo sfruttamento, dalla discriminazione e dalla violenza, favorirne la partecipazione e il coinvolgimento nelle decisioni che si prendono all'interno della famiglia e nella vita economica e politica, nonché dar loro il potere di chiedere i propri diritti e dei servizi essenziali per loro stesse e per i loro bambini. Anche un maggior coinvolgimento degli uomini

nell'assistenza sanitaria alle madri e ai neonati, nonché nell'affrontare la discriminazione e le disuguaglianze di genere, risultano essenziali per stabilire un ambiente di sostegno. Il resto di questo capitolo esaminerà brevemente, una per volta, ognuna di queste sfide.

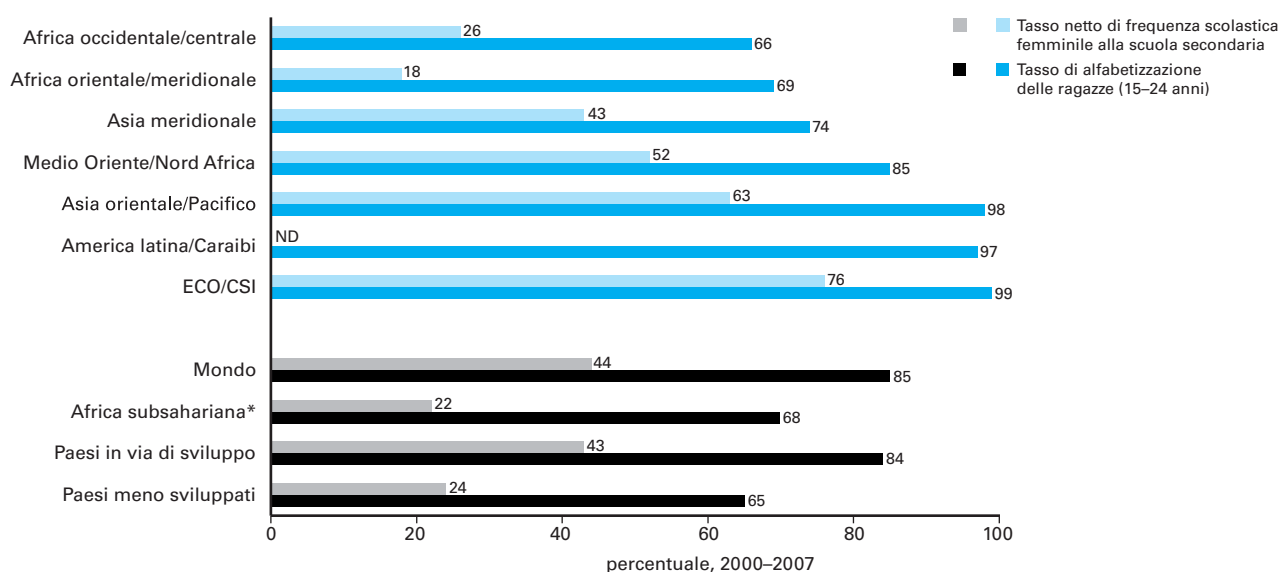
Un'istruzione di qualità e uno standard di vita decente

Garantire un'istruzione di qualità

L'istruzione è un diritto per i bambini e per gli adolescenti ai sensi della Dichiarazione dei diritti umani del 1948, della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 e di altri stru-

Grafico 2.2

Anche se sta migliorando, il grado di istruzione delle giovani donne è ancora basso in diverse regioni in via di sviluppo



* L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e occidentale/centrale.

Fonti: Tasso di alfabetizzazione delle ragazze — Istituto di statistica dell'UNESCO. Tasso netto di frequenza scolastica femminile — Ricerche demografiche e sanitarie e Indagini campione a indicatori multipli.

Assistenza sanitaria di base: trent'anni da Alma-Ata

La dichiarazione di Alma-Ata del 1978 è stata innovativa perché ha collegato l'approccio alla salute basato sui diritti con una strategia per realizzarlo. Come documento conclusivo della Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base, la dichiarazione individuava nell'assistenza sanitaria di base la chiave per la riduzione delle disuguaglianze a livello sanitario tra i paesi e all'interno dei paesi, e quindi per il raggiungimento dell'ambizioso ma non realizzato traguardo della "Salute per tutti" entro il 2000. L'assistenza sanitaria di base è stata definita dal documento come dei servizi "essenziali di assistenza sanitaria", basati su interventi scientificamente provati. Tali servizi dovevano essere universalmente accessibili a individui e famiglie, a un costo che le comunità e le nazioni nel loro complesso potessero permettersi. Al minimo, l'assistenza sanitaria di base comprendeva otto elementi: educazione sanitaria, alimentazione adeguata, assistenza sanitaria per le madri e i bambini, servizi igienico-sanitari di base e acqua sicura, controllo delle principali malattie infettive attraverso la vaccinazione, prevenzione e controllo delle malattie localmente endemiche, trattamento delle malattie e delle ferite più comuni e fornitura di farmaci essenziali.

La dichiarazione ha spinto i governi a formulare delle politiche nazionali per incorporare l'assistenza sanitaria di base nei loro sistemi sanitari. In essa si sosteneva la necessità di prestare attenzione all'importanza di un'assistenza basata sulla comunità, in grado di riflettere le realtà politiche ed economiche del paese. Questo modello doveva "avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi in cui le persone vivono e lavorano", permettendo loro di cercare cure adeguate da operatori sanitari, infermieri e medici qualificati all'interno della comunità. Doveva anche favorire uno spirito di indipendenza tra gli individui all'interno di una comunità e incoraggiarne la partecipazione alla pianificazione e all'attuazione dei programmi di assistenza sanitaria. I sistemi di rimando dovevano completare la gamma assistenziale fornendo servizi più completi a coloro che ne avevano maggiormente bisogno, ossia i più poveri ed emarginati.

La dichiarazione di Alma-Ata scaturiva dallo stesso movimento per la giustizia sociale che ha determinato la dichiarazione del 1974 sull'Istituzione di un Nuovo Ordine Economico Internazionale. Entrambe sottolineavano l'interdipendenza dell'economia globale e incoraggiavano i trasferimenti di aiuti e di conoscenze per annullare le sempre maggiori barriere economiche e tecnologiche esistenti tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo, la cui crescita, in molti casi, era stata ostacolata dalla colonizzazione. Fungevano da ispirazione anche degli esempi di innovazioni basate sulle comunità nei paesi più poveri dopo la seconda guerra mondiale. Le cliniche per i bambini sotto i cinque anni della

Nigeria, i dottori scalzi della Cina e i sistemi sanitari cubano e vietnamita dimostravano che dei progressi in campo sanitario potevano verificarsi anche senza le infrastrutture disponibili nei paesi industrializzati.

La Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base costituiva già di per sé una pietra miliare. All'epoca, era la più grande conferenza mai tenutasi su un singolo tema riguardante la salute e lo sviluppo internazionali, alla presenza di 134 paesi e di 67 organizzazioni non governative. Eppure ci sono stati degli ostacoli al mantenimento delle sue promesse. Tanto per cominciare, la dichiarazione non era vincolante. Inoltre, fin dall'inizio sono esistiti dei disaccordi concettuali sulla definizione di termini fondamentali come "accesso universale", che peraltro persistono ancora oggi. Nel contesto della guerra fredda, questi termini riflettevano le nette differenze ideologiche tra il mondo capitalista e quello comunista, forse accentuate dal fatto che la conferenza di Alma-Ata ebbe luogo in quella che all'epoca era l'Unione delle Repubbliche Socialiste Sovietiche.

Col passaggio agli anni Ottanta, un ambiente economico tumultuoso ha contribuito a una diversione dall'assistenza sanitaria di base in favore del più sostenibile modello di assistenza sanitaria selettiva, che prendeva di mira malattie e disturbi specifici. Tuttavia, nonostante i successi discontinui ottenuti dall'assistenza sanitaria di base nei paesi in cui è stata attuata, i progressi compiuti nel miglioramento della salute pubblica illustrano la flessibilità e l'applicabilità del modello basato sulla comunità.

Dei progressi insufficienti verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, accompagnati dalle minacce poste alla salute globale e alla sicurezza umana dal cambiamento climatico, dalla pandemia di influenza e dalla crisi alimentare globale, hanno determinato un rinnovato interesse per l'assistenza sanitaria di base ad ampio raggio. Cionondimeno, le molteplici sfide che hanno impedito l'attuazione della dichiarazione di Alma-Ata si sono evolute e devono essere affrontate per poter raggiungere oggi i traguardi fissati da quella dichiarazione. La possibilità di attingere alle consistenti prove in merito alle iniziative a basso costo che integrano l'assistenza a livello familiare e comunitario con i servizi estesi e quelli basati sulle infrastrutture, come le iniziative per la salute delle madri e dei bambini descritte nel Capitolo 3, permetterà ai governi, ai partner internazionali e alle organizzazioni della società civile di rivitalizzare l'assistenza sanitaria di base.

Vedi Note, pagina 108.



© UNICEF/H005-23/74/Anita Khemka

Gli operatori sanitari solidali portano servizi essenziali a comunità e famiglie. Un'operatrice sanitaria di comunità mostra una tabella di crescita del neonato durante un incontro educativo per giovani madri in India.

menti per l'affermazione dei diritti umani⁶. Risulta di cruciale importanza anche per migliorare la salute delle madri e dei neonati, per ridurre l'incidenza del matrimonio precoce, con le sue conseguenze perlopiù inevitabili di gravidanza e maternità premature, per eliminare le condizioni estreme di povertà e di fame, nonché per migliorare la conoscenza dei rischi sanitari e delle competenze pratiche per la vita. Essendo risaputo che la discriminazione nei confronti delle bambine e delle donne comincia presto, la promozione dell'uguaglianza di genere e del rispetto dei diritti delle donne, nonché l'incoraggiamento dei padri a svolgere un ruolo attivo nell'assistenza ai bambini, dovrebbero cominciare con i programmi educativi per la prima infanzia.

Garantire un'istruzione di qualità per le bambine e le ragazze costituisce una sfida chiave degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, che mirano a raggiunge-

re l'istruzione primaria universale (OSM 2) e a eliminare la disparità di genere a tutti i livelli di istruzione entro il 2015, nell'ambito dell'impegno per promuovere l'uguaglianza di genere e per dare maggior potere alle donne (OSM 3).

Anche se si sono compiuti dei progressi considerevoli nel raggiungimento della parità di genere nell'istruzione primaria – attualmente si ritiene, infatti, che tutte le regioni siano sulla buona strada per raggiungere questo traguardo – esistono dei divari notevoli in diversi paesi, e in particolare nell'Africa occidentale e centrale. Inoltre, i divari sono stati colmati meno rapidamente nell'ambito dell'istruzione secondaria⁷.

La ricerca ha confermato da tempo i valori dell'istruzione non solo per le donne e le bambine, ma anche per le famiglie e le società. Gli studi dimostrano che le adolescenti istruite hanno più

probabilità di aspettare di superare l'adolescenza, periodo in cui i rischi di gravidanza sono più alti, prima di metter su famiglia, e hanno maggiori probabilità anche di avere dei bambini più sani⁸. I benefici derivanti dal fatto di rimandare la gravidanza fino a dopo l'adolescenza sono elevati. Prendete in considerazione i seguenti fatti:

- I decessi materni collegati alla gravidanza e al parto costituiscono la causa principale di mortalità per le ragazze tra i 15 e i 19 anni in tutto il mondo, provocando 70.000 morti ogni anno⁹.
- Più una ragazza è giovane quando rimane incinta e maggiori sono i rischi per la sua salute. Le ragazze che partoriscono prima dei 15 anni hanno probabilità cinque volte maggiori di morire durante il parto rispetto a quelle che hanno superato i 20 anni¹⁰.

Per creare un ambiente di sostegno per la salute delle madri e dei neonati è necessario sfidare le barriere sociali, culturali ed economiche che perpetuano la disuguaglianza di genere.

- Se una madre ha meno di 18 anni, il rischio che il suo neonato muoia nel primo anno di vita è maggiore del 60% rispetto a un bambino nato da una madre di più di 19 anni¹¹.
- Anche se sopravvive, il bambino ha più probabilità di soffrire di basso peso alla nascita, di malnutrizione e di sviluppo fisico e cognitivo ritardato¹².

I vantaggi dell'istruzione vanno ben oltre la riduzione del rischio di decessi e di cattiva salute di madri e neonati. La ricerca dimostra che le donne istruite hanno maggiori probabilità di ritardare

il matrimonio, di fare in modo che i loro figli vengano vaccinati, di essere più informate sull'alimentazione adeguata per loro stesse e per i loro figli e di utilizzare migliori pratiche di distanziamento delle gravidanze. A loro volta, i loro bambini presentano dei tassi di sopravvivenza più elevati rispetto a quelli delle donne non istruite, e tendono anche ad essere meglio nutriti¹³.

L'istruzione è essenziale anche per la realizzazione dei diritti delle donne. Fa aumentare l'influenza delle donne nelle decisioni che si prendono in famiglia e apre loro delle opportunità di partecipazione a livello economico e politico.

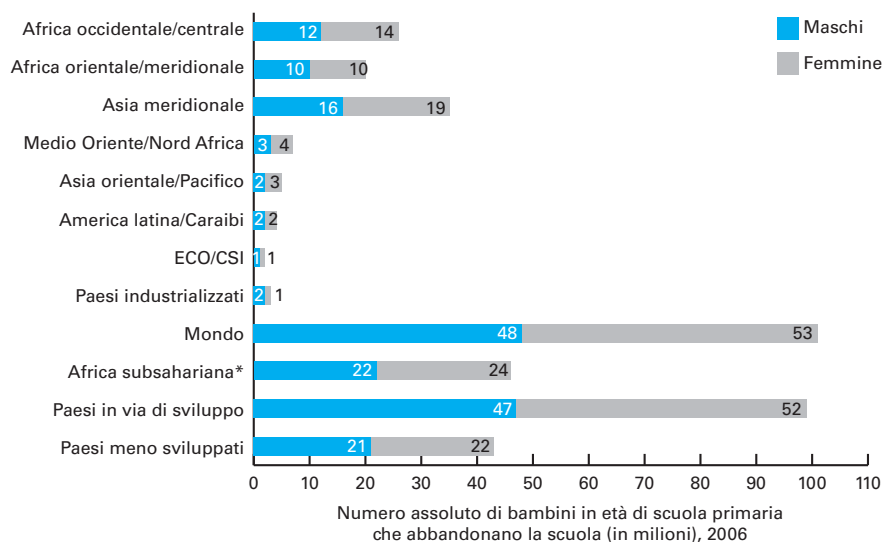
Protezione da abusi, sfruttamento, discriminazione e violenza

Prevenire il matrimonio precoce

Il matrimonio precoce è una violazione dei diritti dell'infanzia, perché compromette lo sviluppo delle bambine, spesso provocando gravidanze premature e isolamento sociale. Benché non venga affrontato direttamente nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, il matrimonio precoce è legato ad altri diritti e viene riconosciuto nella Dichiarazione universale dei diritti umani, in cui si stabilisce che "uomini e donne in età adatta hanno il diritto di sposarsi e di formare una famiglia, senza alcuna limitazione di razza, cittadinanza e religione" (articolo 16). La Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne dichiara che "il fidanzamento e il matrimonio di una bambina non avranno alcun effetto legale" e chiede agli Stati di stabilire delle età minime per il matrimonio, nonché di rendere obbligatoria la registrazione del matrimonio (articolo 16). Nonostante l'impegno internazionale per il cambiamento, molte società e comunità continuano a praticare il matrimonio precoce dei loro giovani figli e figlie a causa di forti pressioni sociali a livello comunitario. In tutto il mondo, più di 60 milioni di donne tra i 20 e i 24 anni si sono sposate prima di raggiungere i 18 anni di età¹⁴. Nel mondo in via di sviluppo, Cina esclusa, le ultime stime internazionali indicano che il 36% delle donne tra i 20 e i 24 anni risulta sposata o convivente prima dei 18 anni. Secondo le stime più recenti, in alcune

Grafico 2.3

La parità di genere nella frequenza scolastica è nettamente aumentata, ma sono ancora leggermente di più le ragazze che non frequentano la scuola primaria rispetto ai ragazzi



* L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e occidentale/centrale.

Fonte: Stime derivate dalla *Statistical Information Section* del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, usando dati relativi alla frequenza scolastica provenienti da indagini a domicilio (Ricerche demografiche e sanitarie e Indagini campione a indicatori multipli) e dall'Istituto di statistica dell'UNESCO.

regioni l'incidenza del matrimonio precoce è particolarmente elevata, pari al 49% nell'Asia meridionale e al 44% nell'Africa occidentale e centrale¹⁵.

Oltre a un maggior rischio di decessi materni dovuti alla gravidanza e al parto, le mogli adolescenti sono anche soggette a violenze, abusi e sfruttamento. Il matrimonio precoce fa aumentare anche il rischio che le adolescenti abbandonino la scuola, con le relative implicazioni negative per la salute materna e neonatale e per le possibilità di guadagno descritte in precedenza. Questo, a sua volta, alimenta il circolo vizioso della discriminazione di genere, visto che proprio per necessità economica le fami-

glie più povere sono maggiormente disposte a consentire il matrimonio prematuro delle loro figlie¹⁶.

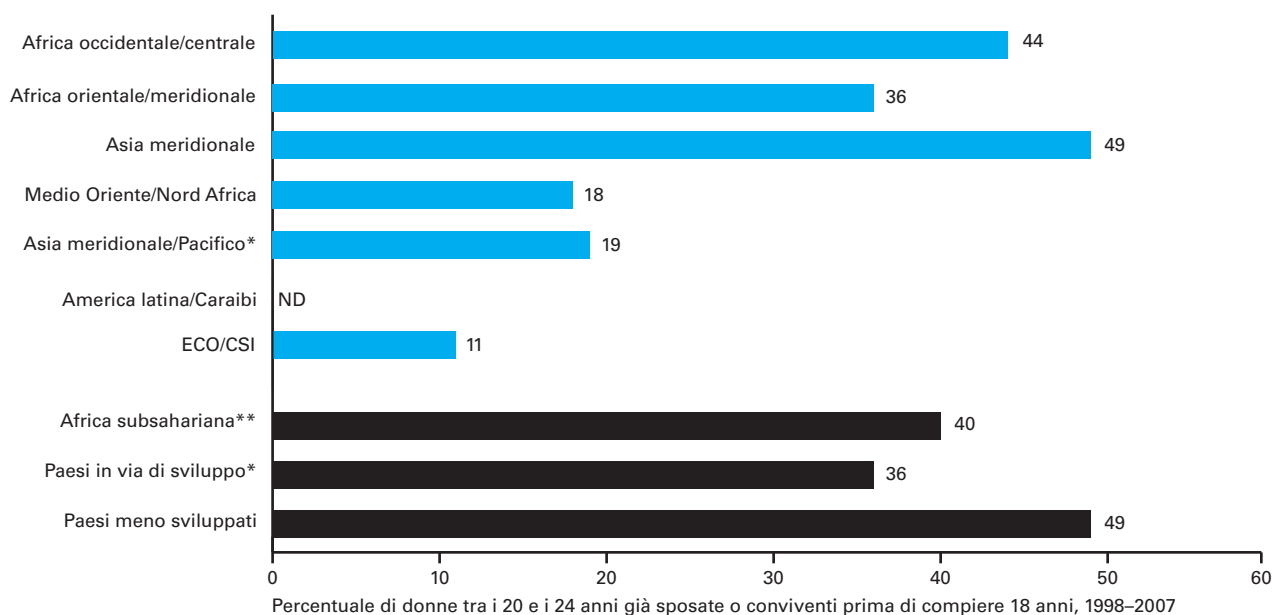
Considerati i rischi per la salute associati alla gravidanza e al parto precoci (vedi pagine 32-33), la maggiore probabilità di gravidanze precoci per le mogli adolescenti, nonché l'elevata incidenza del matrimonio precoce in diverse regioni in via di sviluppo, è evidente che, per migliorare la salute materna, bisogna metter fine a questa pratica. Ciò richiederà, tra l'altro, delle leggi statali più forti per stabilire e far rispettare l'età legale minima di 18 anni per il matrimonio, nonché per promuovere la registrazione sia della nascita sia del

matrimonio; la prima, infatti, è necessaria per stabilire l'età del bambino.

Mentre il matrimonio precoce sta diventando, nel complesso, meno comune, il ritmo del cambiamento risulta lento. Anche per sfidare gli atteggiamenti prevalenti nei confronti del matrimonio precoce sarà necessario affrontare il problema della disuguaglianza di genere. Di cruciale importanza risulta l'azione di parti diverse dai governi, tra cui i leader religiosi e comunitari, come pure la promozione dell'istruzione, particolarmente al livello secondario. Dal canto loro, anche la società civile e i media possono contribuire a favorire un dialogo aperto per

Grafico 2.4

Il matrimonio precoce è molto diffuso nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana



* Cina esclusa. ** L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e occidentale/centrale.

Fonte: Ricerche demografiche e sanitarie, Indagini campione a indicatori multipli e altri studi a livello nazionale.

Affrontare la carenza di operatori sanitari: un'azione essenziale per migliorare la salute delle madri e dei neonati

Una delle maggiori sfide per la salute delle madri e dei neonati è rappresentata dalla carenza di personale sanitario qualificato. Uno studio compiuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2006 rivela che, pur rispondendo di più del 24% dell'incidenza della malattia a livello globale, l'Africa può contare soltanto sul 3% degli operatori sanitari del mondo e spende meno dell'1% del totale delle risorse globali dedicate alla salute, anche tenendo conto dei prestiti e delle sovvenzioni dall'estero. Per contro, la regione delle Americhe, che copre l'America latina e i Caraibi, insieme al Nord America, totalizza solo il 10% dell'incidenza globale della malattia, ma può contare sul 37% degli operatori sanitari del mondo e spende più del 50% delle risorse globali allocate per la salute.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il mondo sta affrontando una carenza di 4,3 milioni di operatori sanitari, con cali in tutte le regioni, tranne l'Europa. Più specificamente, non ci sono abbastanza operatori sanitari qualificati, ossia medici, infermieri od ostetriche, per assistere tutti i parti del mondo. Secondo uno studio della Joint Learning Initiative, i paesi avevano bisogno, in media, di 2,28 professionisti sanitari ogni 1.000 persone per raggiungere il livello minimo auspicato di copertura per l'assistenza qualificata al parto. Dei 57 paesi risultanti al di sotto di questa soglia, 36 si trovano nell'Africa subsahariana. Sebbene i paesi con le maggiori carenze di operatori sanitari, in termini assoluti, si trovino in Asia, e precisamente in Bangladesh, in India e in Indonesia, il maggior bisogno relativo risulta nell'Africa Subsahariana. Questa regione avrebbe necessità di aumentare il suo numero di operatori sanitari del 140% per raggiungere la densità necessaria. Secondo una precedente stima dell'OMS, negli anni a venire ci sarebbe bisogno di formare, in tutto il mondo, 334.000 assistenti qualificati al parto per coprire il 73% delle nascite.

Le carenze di operatori sanitari qualificati derivano da molti fattori, compresi gli investimenti insufficienti nella formazione e nel reclutamento, i deboli incentivi per gli operatori sanitari, la bassa remunerazione e i livelli elevati di stress. Ha influito molto anche la pesante migrazione di operatori sanitari qualificati dai paesi in via di sviluppo alle nazioni industrializzate, stimolata dalla fiorente richiesta di operatori sanitari nei paesi industrializzati, abitati da popolazioni sempre più anziane. Uno studio condotto in dieci paesi africani ha dimostrato che il numero di medici formati a livello locale

operanti in otto paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) era equivalente al 23% dei medici ancora impiegati in quei paesi.

Anche le tendenze demografiche all'interno dei paesi influenzano molto la carenza di operatori sanitari. Nei paesi in via di sviluppo, la rapida urbanizzazione sta esacerbando la carenza di operatori sanitari nelle zone rurali, dato che i professionisti qualificati cercano lavoro in conurbazioni più ricche. Gli operatori sanitari, che di solito si diplomano in ambienti urbani, sono spesso riluttanti a trasferirsi in luoghi rurali, perché ciò comporta maggiori privazioni, condizioni di vita più spartane e un minore accesso alle attrattive e ai divertimenti tipici delle città. Con uno studio compiuto nel Sud e nel Sudest dell'Asia, per esempio, si è scoperto che gli incarichi rurali venivano evitati a causa dei minori guadagni, del basso prestigio e dell'isolamento sociale che comportavano.

Anche l'AIDS sta avendo un effetto deleterio sui sistemi sanitari dei paesi in cui ha raggiunto proporzioni epidemiche. Gli operatori sanitari di questi paesi affrontano, nella loro vita privata, gli stessi rischi di altre persone che vivono in paesi ad alta diffusione della malattia, ma sono esposti anche a rischi significativi sul lavoro, in circostanze in cui le attrezzature e le pratiche protettive sono spesso carenti. Secondo uno studio compiuto nel 2004 in Sudafrica, gli operatori sanitari più giovani di quel paese presentavano un tasso di diffusione dell'HIV pari al 20%. Tali operatori meritano una protezione e un'assistenza molto maggiori, comprendenti delle migliori scorte di attrezzature protettive, dei piani di sicurezza per prevenire le punture con aghi di siringhe, una profilassi in caso di possibile esposizione al virus e il trattamento anti-retrovirale in caso di infezione da HIV.

Per stabilire dei continuum di assistenza sanitaria di qualità, in modo da ridurre la mortalità e la morbilità delle madri e dei neonati, ci vorranno delle strategie volte a ridurre i cali di personale sanitario. Mentre parte di questo divario verrà colmato con il reclutamento e la formazione di operatori sanitari a livello di comunità, la cui intraprendenza ha dimostrato di avere un grande potenziale nella fornitura di servizi di base, c'è bisogno di fare molto di più per formare e mantenere degli operatori sanitari qualificati, soprattutto nell'Africa Subsahariana e nell'Asia meridionale.

Vedi Note, pagina 108.

affrontare e sfidare le pressioni economiche e le tradizioni sociali che perpetuano il matrimonio precoce.

Abbandonare la mutilazione genitale femminile/escissione

La mutilazione e l'escissione dei genitali femminili viola i diritti umani delle bambine e delle donne, negandone l'integrità fisica e mentale, il diritto alla libertà dalla violenza e dalla discrimi-

nazione e, nei casi più estremi, addirittura la vita.

Secondo le stime, circa 70 milioni di bambine e di donne tra i 15 e i 49 anni, in 27 paesi, sono state sottoposte a questa pratica che, pur essendo meno diffusa, risulta ancora prevalente in diversi paesi e comunità¹⁷.

Oltre a rappresentare una violazione di

diritti, la mutilazione e l'escissione dei genitali femminili pone seri rischi per il parto, aumentando la possibilità di complicazioni come le doglie ostruite e l'emorragia post parto in contesti al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Uno studio condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dimostrato che la mutilazione genitale femminile/escissione (FGM/C) non solo colpi-



© UNICEF/HQ06-2778/Bruno Bironi

L'aumento delle strutture sanitarie e il potenziamento dei sistemi di rimando costituiscono dei modi efficaci per migliorare la salute delle madri e dei neonati. Una madre assiste mentre il suo neonato viene pesato da un operatore sanitario presso un centro sanitario per le madri e i bambini in Costa d'Avorio.

sce la salute riproduttiva delle donne e provoca forti dolori, ma può anche determinare emorragie prolungate, infezioni e vari problemi di salute riproduttiva, tra cui la sterilità e persino la morte. Colpisce, inoltre, anche i neonati delle donne soggette a tale pratica. Lo studio fornisce prove chiare che le complicazioni nei parti sono significativamente più probabili tra le donne sottoposte a FGM/C e rivela, inoltre, che l'FGM/C è dannosa per i bambini e determina, ogni 100 parti, uno o due decessi perinatali in più¹⁸.

I rischi sia per le madri sia per i bambini aumentano a seconda della gravità della mutilazione, ma possono comprendere shock, emorragie, infezioni e ulcerazioni dell'area genitale, tutti fattori che fanno aumentare i rischi di mortalità e di difficoltà sia per le madri sia per i neonati¹⁹.

Abbandonare la mutilazione e l'escissione dei genitali femminili è essenziale per garantire una maternità sicura e per ridurre i decessi neonatali. Delle iniziative riuscite, in Senegal e in altri paesi

in cui la mutilazione e l'escissione dei genitali femminili sono pratiche diffuse, si basano sull'abbandono di questa pratica a livello collettivo, attraverso l'*empowerment* della comunità, il dialogo aperto e il consenso collettivo²⁰.

Eliminare violenza, abuso e sfruttamento contro donne e bambine

La violenza è diffusa in tutte le società. Mina la salute fisica ed emozionale e il benessere psicologico delle sue vittime. Le disuguaglianze di genere all'interno delle famiglie, dei posti di lavoro e delle società possono favorire un contesto permissivo nei confronti della violenza.

Il grado di diffusione della violenza contro le donne e le bambine, e i suoi effetti su di loro, sono stati riconosciuti da molto tempo. Fino a tempi relativamente recenti, però, i tentativi di misurare questa violenza sono stati in gran parte ristretti a studi specifici. Degli studi su vasta scala da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché il recente Studio delle Nazioni Unite sulla violenza contro i

bambini (2006), hanno rivelato dei livelli sbalorditivi di violenza contro le donne e i bambini, ma anche delle nette disparità di livelli all'interno di regioni e paesi diversi²¹. Le conseguenze sulla salute della violenza aumentano il rischio di cattivi risultati a livello fisico e riproduttivo. Benché siano indicativi piuttosto che conclusivi, molti degli studi condotti mostrano una correlazione tra la violenza contro le donne e le bambine e il maggior rischio di mortalità e di morbidità materna.

- Uno studio compiuto su 400 villaggi nelle zone rurali dell'India ha rivelato che il 16% di tutti i decessi di donne incinte era dovuto a violenze subite dai partner²².
- La violenza sessuale, soprattutto lo stupro, può provocare gravidanze involontarie, specialmente quando viene usata come arma di guerra in conflitti come quelli in Bosnia/Erzegovina e in Ruanda, in cui le donne venivano stuprate ripetutamente finché non concepivano²³.

Combattere la violenza contro le donne e i bambini è essenziale per migliorare la salute delle madri e dei neonati.

- I dati indicano che le gravidanze involontarie comportano un maggior rischio rispetto a quelle volute, e che le donne con gravidanze indesiderate hanno meno probabilità di ricevere un'assistenza prenatale tempestiva o di partorire sotto supervisione medica. Tali gravidanze possono anche comportare un maggior rischio di aborto non sicuro, che costituisce una causa significativa di decessi materni, di depressione, di suicidi e di reazioni sfavorevoli alla gravidanza da parte della famiglia²⁴.
- La violenza prima o nel corso della gravidanza può determinare molteplici rischi sanitari per la madre e per il bambino, tra cui l'aborto, le doglie premature e la sofferenza fetale. Può anche impedire alle donne di cercare assistenza sanitaria. Uno studio effettuato in Nicaragua ha dimostrato che circa il 16% del basso peso alla nascita nei neonati era collegato agli abusi fisici perpetrati da un partner durante la gravidanza²⁵.
- La violenza contro le donne ha anche delle implicazioni a livello riproduttivo, tra cui il dolore cronico, le ecchimosi e le cicatrici a livello genitale e la perdita di peso malsana²⁶.
- Anche le conseguenze psicologiche della violenza contro le donne possono essere devastanti: depressione, disturbi da stress e da ansia, stress post-traumatico e suicidio²⁷.
- La violenza contro le madri può creare difficoltà per l'assistenza e l'alimentazione dei neonati. Inoltre,

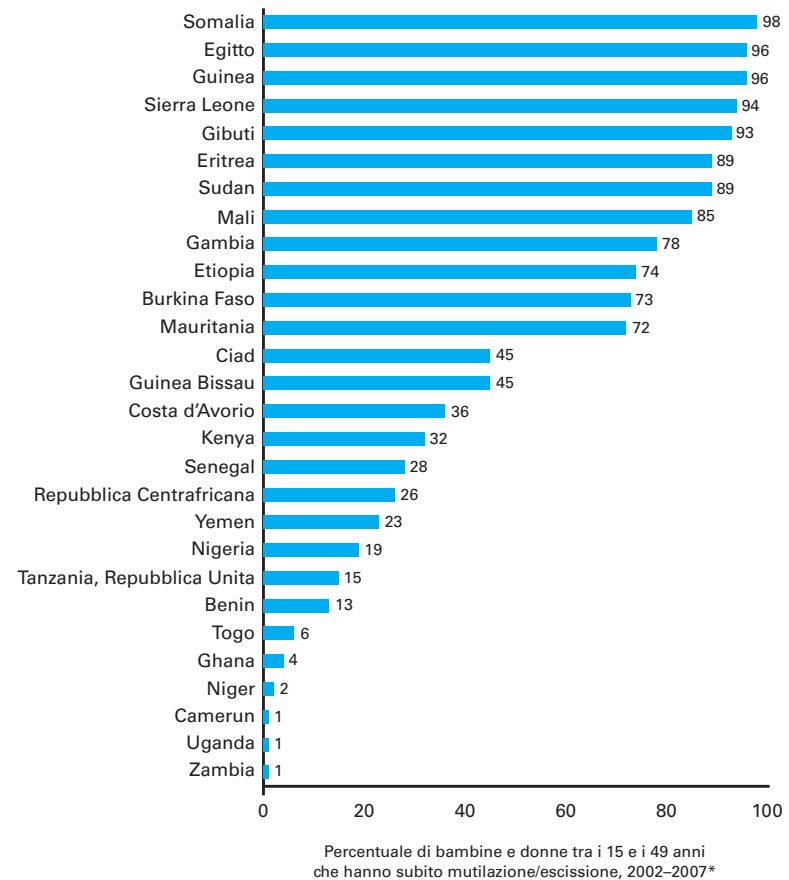
prove crescenti indicano che anche i neonati e i bambini piccoli sono a rischio di violenza, e che i decessi dovuti a violenze fisiche vengono sottovalutati²⁸.

Combattere la violenza e gli abusi contro le donne e le bambine è un processo sfaccettato che richiederà interventi forti da parte dei governi, delle società

civili, dei partner e delle comunità internazionali per affrontare sia le cause dirette e fondamentali sia le conseguenze del problema. Dei meccanismi globali, comprendenti le leggi e la loro applicazione, la ricerca, i programmi e i bilanci, nonché il rafforzamento della voce delle donne nel dibattito e la capacità di mantenere l'attenzione concentrata sul problema saranno indispensa-

Grafico 2.5

La mutilazione genitale femminile/escissione, anche se in diminuzione, è ancora diffusa in diversi paesi in via di sviluppo



* I dati si riferiscono all'anno più recente tra quelli disponibili nel periodo specificato.

Fonte: Ricerche demografiche e sanitarie, Indagini campione a indicatori multipli e altri studi a livello nazionale.

Verso una maggiore equità in campo sanitario per le madri e i neonati

di Cesar G. Victora, Professore di Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Brasile

La questione dell'equità nei risultati sanitari, nonché nell'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di base, sta ricevendo maggiore attenzione nel campo della salute delle madri, dei neonati e dei bambini. Questa attenzione è sostenuta sempre di più da prove e da ricerche emergenti sull'entità delle disparità in campo sanitario e in altri ambiti di sviluppo. Le ingiustizie vengono definite differenze sistematiche inique ed evitabili tra vari gruppi di popolazione, e generalmente comprendono disparità collegate, tra gli altri fattori, alla posizione socio-economica, al genere, al gruppo etnico e al luogo di residenza.

La presenza di un assistente qualificato al parto, essenziale per migliorare la salute e la sopravvivenza di madri e neonati, risulta tra gli interventi sanitari distribuiti in modo meno equo. Il Grafico 2.6 mostra la percentuale media di parti assistiti da personale sanitario qualificato, in base ai risultati di recenti studi nazionali compiuti sui paesi di basso e medio reddito. Si registrano delle nette disuguaglianze tra le varie regioni del mondo, con l'Europa e l'Asia centrale che mostrano i livelli di copertura più elevati per tutti i gruppi di reddito, e con l'Africa subsahariana e l'Asia meridionale, in particolare, che risultano molto indietro.

Oltre alle variazioni tra le varie regioni, all'interno di ogni regione esistono delle importanti disparità dovute alla posizione socio-economica, come è stato osservato comparando l'assistenza qualificata al parto per quintili di reddito. Tra il 20% più povero delle madri dell'Asia meridionale, meno del 10% dei parti vengono seguiti da un assistente qualificato, in confronto al 56% dei parti per le madri appartenenti al quintile di reddito più elevato della stessa regione. Le altre regioni in via di sviluppo mostrano disparità analoghe; anche in Europa e nell'Asia centrale,

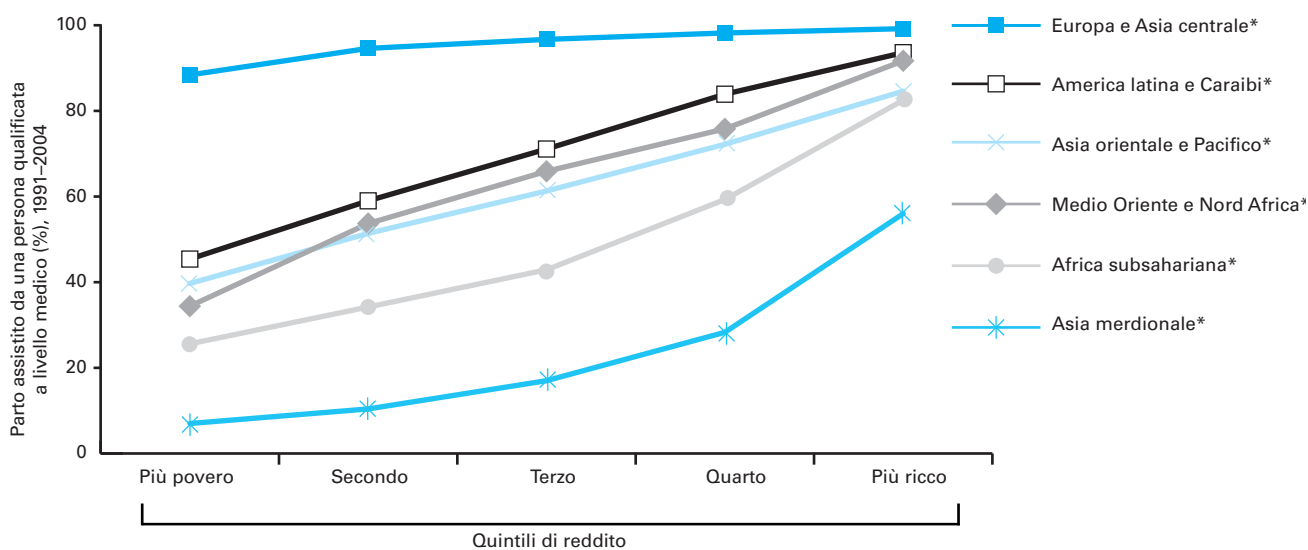
dove la maggior parte dei paesi che dispongono di risultati di indagini è rappresentata da ex repubbliche socialiste, la percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato risulta significativamente inferiore per le donne più povere rispetto a quelle più ricche.

Risultano pronunciati anche altri indicatori di disparità nella fornitura di assistenza sanitaria. Le madri e i bambini delle città dei paesi in via di sviluppo tendono ad avere maggiore accesso all'assistenza sanitaria e migliori condizioni di salute rispetto alle madri e ai bambini che vivono nelle campagne. Le ingiustizie socio-economiche sono analogamente marcate all'interno delle aree urbane, dove le condizioni di salute risultano particolarmente negative tra gli abitanti dei quartieri poveri. All'interno dei paesi, anche le differenze a livello statale e provinciale nella salute delle madri e dei bambini sono spesso ampie, come dimostrano le nette variazioni degli indicatori sanitari tra i più ricchi Stati del sud del Brasile e le regioni più impoverite del nord.

Le madri e i bambini poveri vengono serviti in maniera insufficiente in tutti i punti del continuum di assistenza. Dei dati provenienti da diversi paesi dell'Africa subsahariana sono stati usati per documentare la percentuale di madri e di bambini che hanno ricevuto un pacchetto di quattro interventi essenziali: assistenza prenatale, presenza di personale qualificato al parto, assistenza post-natale e vaccinazione infantile. La copertura di tutti e quattro gli interventi è risultata da due a sei volte più elevata, a seconda del paese, tra i gruppi più ricchi rispetto a quelli più poveri. Questo modello iniquo di fornitura di assistenza sanitaria al tempo stesso riflette e rafforza l'esclusione sociale patita dai gruppi più poveri ed emarginati, e aiuta a spiegare

Grafico 2.6

Madri che hanno ricevuto assistenza qualificata al parto, per quintile di reddito e per regione



* Vedi Note a p. 108.

Fonte: Gwatkin, D.R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition and population within developing countries: An overview*, Salute, alimentazione e popolazione, Banca Mondiale, Washington, D.C., settembre 2007, pp. 123-124.

perché la mortalità materna, neonatale e infantile presenti delle variazioni così marcate a livello socio-economico.

I sistemi sanitari svolgono un ruolo importante nel superamento di queste disparità. Esempi provenienti da tutto il mondo in via di sviluppo dimostrano che molto si può fare, e si sta facendo, per affrontare e ridurre le disparità di accesso ai servizi essenziali.

- Nella *Repubblica Unita di Tanzania*, il fatto di dare la priorità agli interventi per combattere le malattie che colpiscono le madri e i bambini poveri, nonché l’allocazione preferenziale dei bilanci sanitari distrettuali a questi disturbi hanno determinato delle marcate riduzioni della mortalità.
- In *Perù*, i dipartimenti (o province) più poveri del paese sono stati scelti per essere i primi a ricevere nuovi vaccini; solo una volta raggiunti livelli elevati di copertura in questi distretti i vaccini vengono immessi anche nel resto del paese.
- In *Bangladesh*, la strategia di Gestione Integrata delle Malattie Neonatali e dell’Infanzia (GIMNI) è stata utilizzata sistematicamente nelle zone più povere del paese; una strategia analoga viene impiegata dal Programma di salute familiare del *Brasile*.

Dato che è più probabile che i poveri vivano in zone rurali e remote, l’uso di canali appropriati per raggiungerli con dei servizi essenziali dovrebbe essere una preoccupazione primaria del settore sanitario. Il Grafico 2.7 mostra come l’attuazione della Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell’infanzia (ACSD) abbia ridotto le disuguaglianze esistenti in materia di accesso

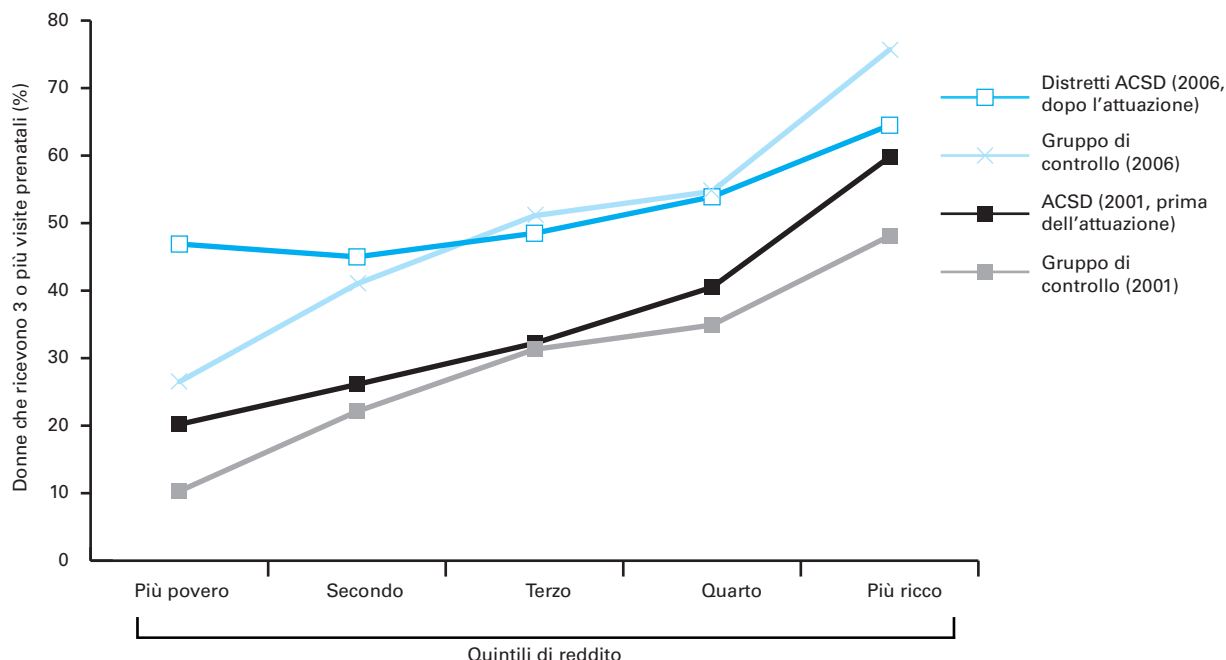
all’assistenza prenatale nel Mali. Mentre sia i distretti in cui viene impiegata la ACSD sia quelli di controllo avevano evidenziato delle nette disparità sociali prima dell’attuazione del programma nel 2001, cinque anni dopo l’accesso all’assistenza prenatale risultava significativamente più equo nei distretti con l’ACSD rispetto alle zone di controllo. La strategia ACSD faceva molto affidamento sulle iniziative volte a migliorare l’accesso ai servizi per le madri residenti nelle zone rurali più remote. Questa scoperta, però, non si è ripetuta in altri paesi ACSD in cui non si sono attuate con forza delle iniziative di sensibilizzazione.

La riduzione delle disuguaglianze in campo sanitario risulta essenziale per la piena realizzazione dei diritti umani. Dei divari nella fornitura di assistenza sanitaria contribuiscono a determinare queste disuguaglianze; di conseguenza, anche i sistemi sanitari svolgono un ruolo nella loro eliminazione. Questo risulta particolarmente vero perché i maggiori miglioramenti nella sopravvivenza delle madri, dei neonati e dei bambini dipendono dal fatto di riuscire a raggiungere efficacemente i più poveri e i più emarginati, che subiscono il peso maggiore delle malattie. Vi sono molti esempi di iniziative riuscite che, quando sono state attuate con un sufficiente sostegno politico e con le risorse adeguate, hanno determinato delle riduzioni sostanziali delle ingiustizie a livello sanitario. La principale sfida per i paesi e per le società consiste nel diffondere queste storie di successo, nell’adottare le migliori pratiche e nel generare e mantenere la volontà politica di mettere l’equità in testa al programma sanitario.

Vedi Note, pagina 108.

Grafico 2.7

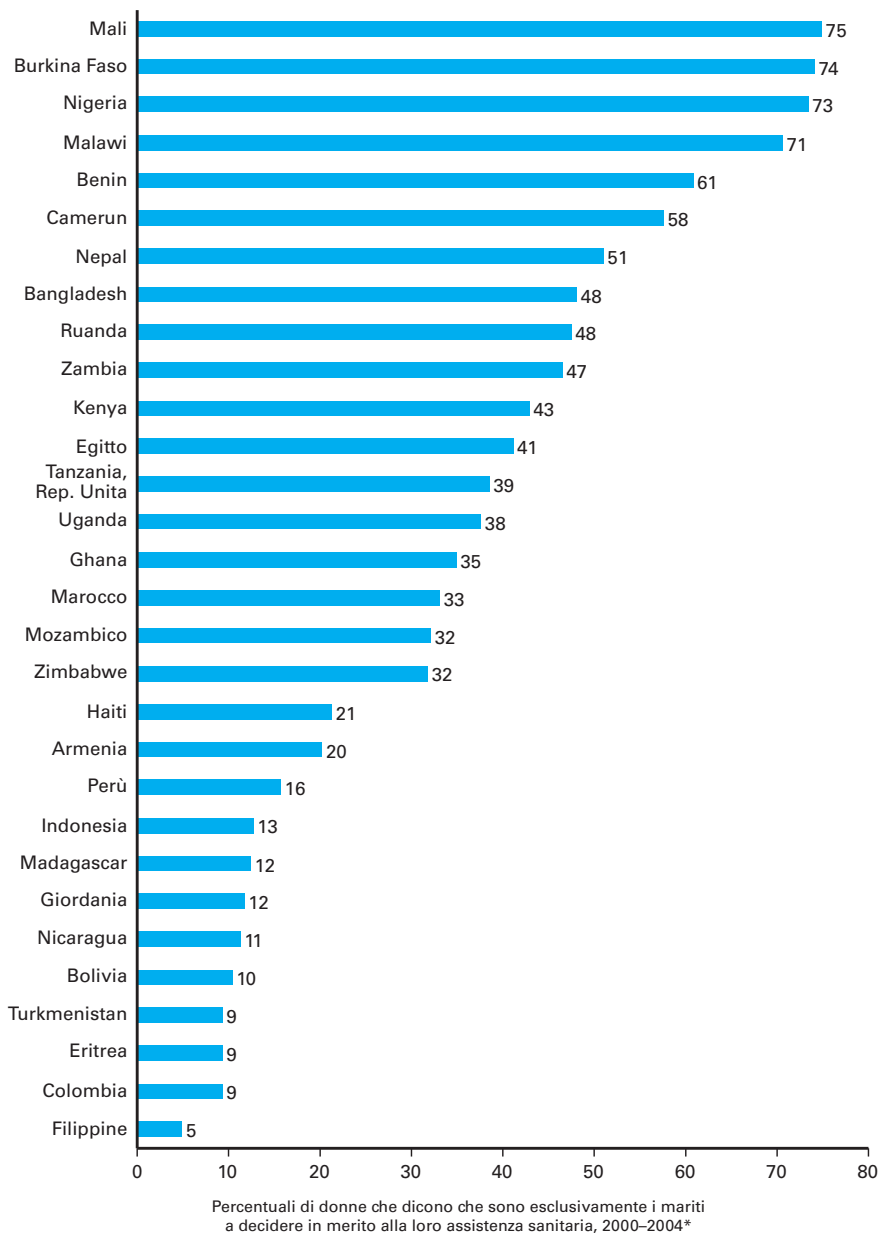
Donne del Mali che ricevono tre o più visite prenatali, prima e dopo l’attuazione della Strategia accelerata per lo sviluppo e la sopravvivenza dell’infanzia (ACSD)



Fonte: Johns Hopkins University, 2008.

Grafico 2.8

Molte donne nei paesi in via di sviluppo non hanno voce in capitolo riguardo ai loro bisogni di assistenza sanitaria



* I dati si riferiscono agli anni più recenti disponibili nel periodo specificato.

Fonte: Calcoli dell'UNICEF basati su dati derivanti da ricerche demografiche e sanitarie.

bili per ridurre la violenza rispetto ai livelli attuali.

Partecipazione alla vita familiare, comunitaria, economica, sociale e politica

La discriminazione di genere può impedire alle donne, che sono le persone che principalmente si prendono cura dei bambini in tutte le società, di partecipare pienamente alle decisioni e alle azioni, prese e compiute all'interno delle famiglie e delle comunità, che possono influenzare la salute materna e infantile. Questo problema è stato esaminato a fondo ne *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007: Il doppio vantaggio dell'uguaglianza di genere*, che ha dimostrato come, in numerosi paesi dell'Africa subsahariana, dell'Asia meridionale, del Medio Oriente e del Nord Africa, più di un terzo delle donne intervistate abbia dichiarato che sono i loro mariti, da soli, a prendere le decisioni riguardanti la loro assistenza sanitaria. Una percentuale considerevole di donne intervistate in 30 paesi di sei regioni ha detto di non essere pienamente coinvolta nelle decisioni prese all'interno della famiglia²⁹.

Permettere alle donne di partecipare in modo più equo ai processi decisionali critici e di routine che influenzano la loro vita, e quella dei loro bambini, risulta fondamentale ai fini della creazione di un ambiente di sostegno per la salute materna e neonatale. Secondo alcuni studi è più probabile che, quando sono in grado di partecipare alle decisioni fondamentali, le donne facciano in modo che i loro bambini

Incoraggiare le donne a partecipare più pienamente ai processi decisionali è essenziale per la creazione di un ambiente in grado di sostenere le madri e i neonati.

siano ben nutriti e cerchino un'assistenza medica adeguata per loro stesse e per i loro figli³⁰.

Migliorare la capacità delle donne di partecipare alle decisioni familiari costituisce soltanto una parte della soluzione. Delle prove derivanti dagli Studi demografici e sanitari indicano che gran parte del potere decisionale delle donne viene esercitato a livello comunitario³¹. Quando viene dato loro il potere di partecipare nelle loro comunità, le donne possono sfidare gli atteggiamenti e le pratiche che rafforzano la discriminazione di genere, condividere il lavoro, mettere in comune le risorse e ideare e sostenere collettivamente delle iniziative per migliorare la salute materna e infantile. L'acume delle donne che agiscono collettivamente è tra i motivi più forti per cui la maggior parte dei neonati e delle madri sopravvivono alla gravidanza e al parto.

Aumentare la partecipazione delle donne ai processi decisionali chiave nel lavoro e nella vita politica risulta essenziale anche per migliorare i risultati per le madri e per i neonati. Migliorare la condizione economica può essere essenziale per aumentare la partecipazione delle donne ai processi decisionali, con le relative implicazioni per la salute dei loro bambini. Quando hanno una maggiore influenza nella gestione delle decisioni familiari, le donne hanno maggiori probabilità, rispetto agli uomini, di garantire che i bambini mangino bene e ricevano assistenza medica³². Anche il fatto di possedere dei beni può aumentare l'influenza delle donne nelle decisioni all'interno della famiglia; uno studio compiuto

nelle zone rurali del Bangladesh ha dimostrato che le donne che posseggono più beni dei loro mariti prima del matrimonio hanno una maggiore influenza nelle decisioni in seno alla famiglia³³.

Nonostante alcuni progressi compiuti nell'aumentare la loro rappresentanza nelle legislature nazionali, le donne costituiscono ancora, fino a maggio del 2008, meno del 19% dei parlamentari di tutto il mondo³⁴.

Secondo United Cities and Local Governments (Città unite e governi locali), un'organizzazione che pubblica dal 2003 dei dati relativi alle donne nei processi decisionali a livello locale, le donne sono rappresentate in misura insufficiente anche nei governi municipali, visto che costituiscono solo il 9% dei sindaci in 60 paesi studiati e il 21% dei consiglieri locali in 67 paesi studiati³⁵. Dato il loro ingaggio limitato, e relativamente recente, nella politica parlamentare, l'influenza dei parlamentari donne nel determinare i risultati sanitari per le madri e i neonati non è ancora chiara. Tuttavia, le prove disponibili indicano che è probabile che i parlamentari donne sostengano e promuovano con forza dei provvedimenti per assistere le donne e i bambini, dando la priorità a iniziative volte a fornire un'assistenza migliorata ai bambini e a rafforzare i diritti delle donne³⁶.

I gruppi di donne possono fare la differenza anche a livello locale. Nel 2004, l'attività di *advocacy* di attivisti per i diritti delle donne hanno persuaso il governo del Marocco a sostenere una legge importante sulla famiglia per

combattere la disuguaglianza di genere e proteggere i diritti dei bambini. Nello stesso anno, gruppi di donne in Mozambico sono riuscite, con un'efficace campagna, a far aumentare di due anni l'età legale per il matrimonio, da 16 col consenso dei genitori a 18 senza tale consenso³⁷.

L'*empowerment* delle donne, affinché possano partecipare più pienamente alle decisioni nell'ambito della famiglia, dell'economia e della vita politica, risulta fondamentale al fine della creazione di un ambiente in grado di sostenere le madri e i neonati. Ma i benefici della partecipazione delle donne vanno ben al di là del loro impatto sui risultati in campo sanitario. Permettono infatti alle comunità e alle società di concentrare l'attenzione sui problemi critici che colpiscono due terzi dei loro cittadini, ossia le donne e i bambini.

Più potere a donne e bambine

Esiste un considerevole corpo di prove a testimonianza degli effetti moltiplicatori degli investimenti nell'uguaglianza di genere e nell'*empowerment* delle donne.

Investimenti mirati in campi come l'istruzione, la salute riproduttiva e i diritti economici e politici delle donne possono determinare progressi negli ambiti della riduzione della povertà, dello sviluppo sostenibile e della pace.

È comprensibile concentrarsi, nei rapporti internazionali, sui benefici economici e sociali più ampi, perché spesso costituiscono un'occasione di investimento che compete con altre priorità di

Il Perù, un paese a reddito medio-basso in cui il 73% della popolazione vive in aree urbane, ha compiuto enormi progressi nella riduzione dei decessi infantili da 1 su 6 bambini nel 1970 a 1 su 50 nel 2006. Tra il 1990 e il 2007, il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni del paese è calato del 74%, che rappresenta il tasso di diminuzione più rapido di tutta la regione dell'America latina e dei Caraibi per quel periodo. Ha avuto meno successo, però, nell'ambito della salute materna. Il suo tasso di mortalità materna, stimato a 240 decessi materni per 100.000 nati vivi nel 2005, è tra i più alti della regione. Inoltre, le donne peruviane corrono, nel corso della vita, un rischio di mortalità materna stimato, nel 2005, a 1 su 140, pari al doppio della media regionale di 1 su 280.

La relativa mancanza di progressi del paese, per quanto riguarda la riduzione dei decessi materni, ne ha determinato l'inclusione nella lista allargata dei paesi prioritari per l'iniziativa *Countdown to 2015*, i cui criteri sono stati ampliati in modo da comprendere anche delle soglie di mortalità materna, oltre a quelle di mortalità infantile stabilite nel 2005. Secondo il Ministero della Sanità, le donne delle zone rurali hanno probabilità doppie, rispetto a quelle residenti nelle aree urbane, di morire per cause collegate alla gravidanza. Un assistente qualificato era presente soltanto al 20% dei parti nelle comunità rurali nel 2000, rispetto al 69% nelle aree urbane.

Come per altri paesi dell'America latina e dei Caraibi, la sfida del Perù per migliorare la salute delle madri e dei neonati, nonché il maggiore potenziale di progressi, consiste nell'affrontare le disparità dovute all'etnia, alla posizione geografica e alla povertà estrema. Questo richiederà, però, la fornitura di servizi di qualità a donne e bambini nei loro luoghi di residenza o nei dintorni di essi, nonché di una routine integrata e di un'assistenza d'emergenza per le madri e i neonati.

Parte della sfida consiste nell'adattare gli attuali servizi sanitari, spesso basati su infrastrutture proprie o estesi, ai costumi delle comunità attualmente servite in misura insufficiente dal sistema sanitario. Per esempio, seguendo la tradizione e la pratica culturale, le donne di campagna possono preferire partorire in casa in posizione verticale, sotto la guida di assistenti al parto tradizionali, piuttosto che nella sala parto di un centro sanitario. Inoltre, anche se queste madri decidessero di cercare un'assistenza formale, la distanza da una struttura sanitaria, il costo dei servizi, le barriere linguistiche e altri impedimenti potrebbero fungere da deterrente.

Garantire che le madri possano scegliere di partorire in casa, con l'aiuto di assistenti al parto qualificati e con un forte sistema di rimando all'assistenza ostetrica d'emergenza, se necessaria, può essere un modo appropriato di integrare i servizi sanitari ufficiali con le pratiche tradizionali. A tale scopo, il Ministero della Sanità, insieme all'UNICEF Perù, ha sviluppato un progetto per la salute delle madri comprendente quattro strategie chiave:

- Istituire delle *waiting house*, o "case d'attesa", per le madri, al fine di risolvere la difficoltà posta dalla distanza geografica dai servizi sanitari.
- Favorire il sostegno della famiglia e della comunità per dare la priorità alla maternità e alle condizioni delle madri.
- Aumentare l'accesso al Servizio sanitario completo, che copre il costo dell'assistenza prenatale, intrapartum e postpartum per le famiglie povere.
- Adattare i servizi maternità in modo da eliminare le barriere tra il personale delle strutture sanitarie e le madri con tradizioni culturali profondamente radicate rispetto al parto.

Le "case d'attesa" per le madri, soprannominate 'Mamawasi', sono costruite in modo da incoraggiare le donne delle zone rurali a scegliere di partorire in un centro sanitario invece che a casa. Attualmente, sono circa 400 queste case situate su terreni appartenenti a centri sanitari od ospedali; altre si trovano in edifici affittati nelle regioni di Apurímac, Ayacucho e Cuzco. Le donne incinte, provenienti da comunità vicine e lontane, possono rimanere nelle sale d'attesa finché non partoriscono. Le donne provenienti dai villaggi più distanti, invece, possono restarvi per settimane o mesi. Le Mamawasi sono fatte in modo da assomigliare alla casa tipica di una famiglia indigena di un villaggio agricolo. Alle madri in attesa viene consentito portare con sé nelle case dei familiari, cosa che permette loro di utilizzare il servizio con una fiducia e un senso di sicurezza maggiori.

Anche i centri sanitari hanno modificato le loro pratiche. Per esempio, viene consentita la posizione verticale per il parto, a un familiare o a una levatrice tradizionale viene permesso di accompagnare le donne durante il parto, e i centri vengono tenuti a una temperatura più calda.

Questo programma ha trasformato i servizi sanitari quotidiani, promuovendo la sensibilità culturale nell'assistenza sanitaria. Il distretto Huancarani, situato nella provincia andina di Paucartambo, nella regione di Cuzco, è stato quello che ha avuto maggior successo nell'attuazione della nuova strategia. Nel complesso, ora quasi tre su quattro donne incinte visitano dei centri sanitari nelle regioni raggiunte dal servizio, soprattutto per il parto, mentre prima il rapporto era di una su quattro. Il programma è stato integrato nelle politiche sanitarie distrettuali e provinciali ed è stato adottato nel 2004 dal Ministero della Sanità come standard nazionale da attuare in tutto il paese. Il Ministero della Sanità ha anche creato dei moduli di formazione per insegnare al personale sanitario come rendere i servizi culturalmente appropriati.

Vedi Note, pagina 108.

Sud Sudan: dopo la pace, una nuova battaglia contro la mortalità materna

Dopo 21 anni di conflitto, la guerra civile tra il nord e il sud del Sudan è terminata nel 2005. Mentre i combattimenti sono perlopiù cessati, il Sud Sudan sta affrontando un'altra battaglia: quella contro la mortalità materna e neonatale. Secondo il Sudan Household Health Survey, le indagini sanitarie a domicilio effettuate in Sudan nel 2006, il tasso di mortalità materna per la Western Equatoria, una provincia del Sud Sudan, era pari a 2.327 decessi per 100.000 nati vivi, ovvero uno dei più alti del mondo. Sempre nel 2006, il tasso di mortalità neonatale era pari a 51 decessi su 1.000 nati vivi, un livello significativamente superiore alla media nazionale del Sudan, pari a 41 decessi su 1.000 nati vivi.

La copertura complessiva dell'assistenza sanitaria, gestita perlopiù attraverso un piccolo numero di organizzazioni non governative, è stimata ad appena il 25%. Anche quando l'assistenza sanitaria è disponibile, i servizi per la salute delle madri sono limitati e non vengono utilizzati spesso. Parte del motivo di questo può essere rappresentato da una mancanza di istruzione. Secondo le stime del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), nel 2006 il tasso di alfabetizzazione delle donne del Sud Sudan era pari ad appena il 12%, in confronto al 37% degli uomini; le donne, pertanto, hanno un accesso limitato alle informazioni di carattere sanitario.

Un altro possibile motivo è dato dal fatto che le donne incinte devono affrontare dei lunghi viaggi a piedi per raggiungere i centri prenatali; di conseguenza, i tassi di frequenza dipendono moltissimo dal luogo, visto che vanno dal 17,4% nello Unity State nel 2006 a quasi l'80% nella Western Equatoria. Nel Sud Sudan, meno del 15% delle nascite è assistito da personale sanitario qualificato, e l'80% si verifica a casa, sotto la supervisione di parenti, di assistenti al parto tradizionali o di levatrici dei vari villaggi (ossia assistenti al parto donne che di solito hanno ricevuto circa nove mesi di addestramento). Ciononostante, la maggior parte delle cause di decessi materni - compresi il travaglio ostruito prolungato, l'emorragia, la sepsi e l'eclampsia - potrebbero essere gestite da assistenti meglio addestrati e più qualificati.

La qualità dei servizi prenatali e per il parto disponibili è bassa, a causa della mancanza di fornitori tecnicamente preparati di tali servizi. In tutti e dieci gli Stati del Sud Sudan, le levatrici, gli assistenti al parto tradizionali e altri fornitori di

assistenza alle madri e ai neonati mancano della preparazione necessaria per eseguire delle semplici procedure salvavita o infermieristiche. Anche la mancanza di attrezzature e di scorte, i sistemi di rimando deboli e le infrastrutture fisiche e i trasporti inadeguati intralciano la fornitura di assistenza sanitaria. I servizi di assistenza postnatale sono praticamente inesistenti, nonostante il fatto che la maggior parte dei decessi di madri e di neonati nel Sud Sudan si verifichi proprio durante il periodo post-natale.

Stando così le cose, il governo del Sud Sudan e i suoi partner si stanno impegnando a potenziare i servizi per la salute delle madri. La Politica sanitaria provvisoria per il periodo 2006-2011 delinea un approccio integrato che riconosce il bisogno di migliorare i servizi sanitari tutelando contemporaneamente i diritti delle donne. Il Ministero della Sanità si è impegnato a istituire un maggior numero di strutture per la salute di base, riproduttiva e materna, sostenendo contemporaneamente l'uso dei mass media e di servizi di counselling per diffondere informazioni sull'alimentazione, sulle pratiche tradizionali dannose e sulla salute sessuale. Per soddisfare le esigenze di assistenza sanitaria immediate, si stanno sottoponendo le levatrici delle varie comunità in possesso dei necessari requisiti di base a dei "corsi accelerati", con il sostegno dell'UNFPA. Nel giugno del 2006, il primo centro per la cura della fistola del Sud Sudan è stato istituito presso il Juba Teaching Hospital.

Per accelerare l'attuazione di questa strategia, il governo ha già istituito un Centro di salute riproduttiva e sta reclutando dei coordinatori statali per facilitare, monitorare e coordinare, in ogni stato, le attività sanitarie per le madri e per i neonati. L'UNICEF sta supportando l'espansione dei servizi ostetrici prenatali e d'emergenza in diversi Stati, nonché la diffusione di messaggi sanitari chiave attraverso le radio e la solidarietà a livello comunitario.

Ci sono delle sfide che ci attendono. Il ritorno dei profughi e i movimenti di molte popolazioni sfollate, l'alto tasso di fertilità del Sudan (6,7), nonché i tassi crescenti di infezione da HIV in alcune popolazioni necessitano di un programma sanitario sistematico. La lotta può essere lunga, ma gli individui che si sono impegnati a vincerla sono già all'opera.

Vedi Note, pagina 108.

sviluppo per dei fondi limitati. Però è facile perdere di vista i benefici dell'*empowerment* delle donne di per sé. Le donne che hanno più potere sono maggiormente in grado di assumere il controllo della propria vita, di agire come agenti di cambiamento nelle loro comunità e di perseguire attivamente gli interessi dei loro bambini e delle loro famiglie. Questo può tradursi nel fare in modo che le entrate della famiglia vengano spese per le cose che contano di più, come del cibo nutriente, l'istruzione e l'assistenza sanitaria. Ma può anche significare chiedere quei servizi che permetteranno alle donne di avere la migliore assistenza possibile durante la gravidanza e il parto e salvaguarderanno la salute dei loro bambini.

La cooperazione tra donne a livello locale costituisce spesso un incoraggiamento di vitale importanza per l'*empowerment* delle donne. I gruppi informali di donne si riuniscono generalmente per uno scopo pratico, come per organizzare un orto che fornisca una fonte di reddito indipendente dai mariti, ma il senso di solidarietà e i problemi condivisi in questi gruppi possono aumentare il senso di *empowerment* e la richiesta di servizi sanitari migliori per le madri, i neonati e i bambini.

Coinvolgere uomini e ragazzi nella salute e nell'assistenza di madri e neonati

Spesso gli uomini appaiono nei rapporti a sostegno dell'uguaglianza di genere solo perché rappresentano il problema. Possono apparire sotto forma di molestatore o di tiranni domestici, di scialac-

quatori che dilapidano preziose entrate familiari in cose inessenziali, oppure ancora come partner sessuali immaturi, che non si assumono alcuna responsabilità a livello contraccettivo.

Nel campo della salute delle madri e dei neonati, gli uomini sono generalmente assenti dalla letteratura. I centinaia di milioni di padri e di partner attivamente coinvolti nella ricerca della migliore assistenza possibile alle madri, e che si assumono pienamente la loro responsabilità di genitori per il benessere dei loro bambini, potrebbero comprensibilmente sentirsi ignorati. L'altra faccia della medaglia è che l'eliminazione degli uomini da questo quadro potrebbe in qualche modo scagionarli, legittimarne la mancanza di responsabilità.

La nascita di un bambino, in particolare di un primo figlio, costituisce spesso un momento fondamentale nella vita di un uomo. Può cristallizzare la sua visione di sé come essere umano altruista, responsabile, su cui altre persone possono contare. Le prove hanno dimostrato che gli uomini hanno maggiori probabilità di essere dei padri impegnati e partecipi quando nutrono delle sensazioni positive rispetto a loro stessi e ai loro rapporti, e quando le famiglie e gli amici ne sostengono il coinvolgimento nella vita dei figli. Un uomo che condivide la responsabilità dell'essere genitori ha anche maggiori probabilità di voler condividere le decisioni in seno alla famiglia con la sua partner femminile, contribuendo così al suo *empowerment*³⁸.

I programmi che incoraggiano la partecipazione sia degli uomini sia delle

donne possono facilitare questo processo, aumentando la comunicazione tra i sessi e incoraggiando una divisione più equa dei doveri di cura e custodia dei figli. Inoltre, i posti di lavoro devono riconoscere il ruolo svolto da entrambi i genitori nell'educazione dei bambini, di modo che anche gli uomini, come le donne, vengano incoraggiati a conciliare il lavoro con le responsabilità familiari.

Collegare l'ambiente di sostegno al continuum di assistenza

La creazione di un ambiente di sostegno per la salute delle madri e dei neonati fornirà una forte base per aumentare gli interventi essenziali all'interno di un continuum di assistenza dinamico, che costituisce il tema centrale del Capitolo 3.

3 Il continuum di assistenza nel tempo e nello spazio: rischi e opportunità



Un continuum di assistenza efficace fornisce servizi essenziali alle madri e ai bambini durante i periodi critici dell'adolescenza, della gravidanza, del parto e nel periodo pre e post parto e nei luoghi chiave della famiglia e della comunità mediante interventi ambulatoriali e a domicilio e presso le strutture sanitarie, dove sono facilmente accessibili alle donne e ai bambini. Le partnership a livello locale in ambito sanitario sono elementi fondamentali del continuum di assistenza. Tuttavia, per ridurre la mortalità materna e neonatale, gli elementi indispensabili sono l'assistenza prenatale di qualità, l'assistenza al parto fornita da personale qualificato e l'assistenza post parto alle madri e ai neonati. Garantendo un'assistenza ostetrica di emergenza e l'assistenza neonatale per affrontare le complicazioni del parto si potrebbero salvare molte vite che attualmente vengono perse durante il parto e il primo periodo neonatale. Il terzo capitolo de La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esamina i servizi fondamentali che sono alla base del continuum di assistenza e il modo in cui questi interventi si possono ampliare e migliorare.

Il continuum di assistenza: erogare i servizi nei periodi critici

Ogni fase della vita, dalla nascita alla vecchiaia, presenta bisogni sanitari urgenti. I servizi che tentano di soddisfare i bisogni sanitari interrelati delle madri e dei bambini necessitano di continuità ed integrazione, caratteristiche che non sempre sono state presenti nelle politiche sanitarie nazionali ed internazionali, nei programmi e nelle partnership che avevano l'obiettivo di migliorare la salute materna e neonatale.

L'obiettivo del continuum di assistenza è quello di trascendere l'enfasi tradizionale sugli interventi singoli mirati a una malattia specifica ed a sostenere, invece, un modello di assistenza sanitaria di base che comprenda tutte le fasi della salute materna, neonatale ed infantile. Il successo di questo sistema, tuttavia, dipende dall'erogazione di servizi essenziali e dall'attuazione di pratiche migliori durante i periodi cruciali del ciclo vitale, realizzando un collegamento tra le madri, i neonati e le loro famiglie e comunità ed i servizi di assistenza sanitaria di base e materna di qualità¹.

Il Capitolo 3 illustra i servizi essenziali necessari a sostenere il continuum di assistenza per le madri e i neonati che comprendono una nutrizione migliore, l'acqua potabile, servizi igienico-sanitari e pratiche igieniche, prevenzione e cura delle malattie, servizi di salute riproduttiva di qualità, assistenza prenatale adeguata, assistenza qualificata al parto, assistenza ostetrica e neonatale di base, assistenza post parto, assistenza neonatale e Gestione Integrata delle Malattie dell'Infanzia.

Inoltre, il capitolo esamina brevemente i luoghi di erogazione dei servizi sanitari a livello della famiglia e della comunità, i servizi ambulatoriali e mobili e l'assistenza presso le strutture sanitarie.

Servizi per la salute riproduttiva di qualità

Sebbene gli obiettivi della salute riproduttiva non siano stati inizialmente inclusi negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM), al Vertice Mondiale di settembre 2005 è stato deciso di raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015.

Successivamente, è stata adottata la

revisione degli OSM di gennaio 2008 che include il traguardo della salute riproduttiva (*per i dettagli sui nuovi traguardi e gli indicatori, vedere la Scheda a pagina 20*).

Il nuovo traguardo riflette in parte il crescente consenso circa la necessità di migliorare la salute riproduttiva. Un altro obiettivo è quello di contenere l'aumentata incidenza delle infezioni dell'apparato riproduttivo e le infezioni trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato il sesso senza precauzioni come il secondo fattore di rischio più importante per la morte e la disabilità nei paesi più poveri ed il nono nei paesi sviluppati². Quasi metà di tutte le nuove infezioni da HIV si verificano nei giovani, soprattutto le donne, e nell'Africa subsahariana il numero di donne che contraggono l'infezione è quasi il doppio rispetto a quello degli uomini³.

Per poter sviluppare le capacità per la salute riproduttiva a livello nazionale bisogna individuare i problemi, stabilire le priorità e formulare strategie con la partecipazione di tutti gli interessati.

La nutrizione adeguata per le donne, compreso l'apporto alimentare e l'integrazione alimentare con micronutrienti, è cruciale per la salute e la sopravvivenza materna e infantile.

L'OMS ha individuato cinque interventi prioritari per i servizi di salute riproduttiva: il potenziamento della capacità dei sistemi sanitari, il miglioramento delle informazioni per stabilire le priorità, la mobilitazione della volontà politica, la creazione di quadri normativi e legislativi di sostegno ed il potenziamento dei sistemi di monitoraggio, valutazione e responsabilità⁴.

Migliorare la nutrizione delle donne e dei neonati

La nutrizione adeguata delle adolescenti e delle donne in gravidanza è cruciale per la salute e la sopravvivenza delle madri e dei neonati. La malnutrizione delle giovani madri aumenta i rischi sia per la loro salute sia per quella dei loro figli. Le donne in gravidanza con un basso indice di massa corporea (inferio-

re a 18,5 kg/m²) hanno un rischio di mortalità materna e neonatale più alto. Un basso indice di massa corporea può compromettere lo sviluppo del feto e questo è un fattore di rischio per la nascita di bambini sottopeso⁵.

I programmi volti al miglioramento della salute materna si stanno concentrando sempre di più su una migliore nutrizione delle bambine e delle donne durante l'intero ciclo vitale. Oltre all'aumento dell'apporto alimentare, viene promossa l'integrazione con acido folico e ferro in età fertile e durante la gravidanza e con vitamina A nel periodo post parto. Altri interventi chiave per migliorare lo stato nutrizionale delle donne in gravidanza e delle madri sono la diversificazione della dieta, l'uso di sale iodato e lo sverminamento.

L'integrazione con acido folico per la prevenzione dei difetti del tubo neurale si è dimostrata efficace e, in generale, i programmi di assistenza prenatale dovrebbero fornire anche altri micronutrienti come lo zinco. È stato dimostrato che la carenza di zinco è associata all'arresto della crescita, alla diarrea e alla malaria⁶.

Conquistare la fiducia delle donne in gravidanza attraverso i programmi di integrazione alimentare con micronutrienti può servire ad incoraggiarle ad usufruire regolarmente di altre forme di assistenza prenatale specializzata. Un maggiore ricorso alle cliniche e agli ospedali aiuterà anche a raccogliere dati sulla salute delle donne in gravidanza e delle madri, che sono particolarmente scarsi nelle regioni meno svi-



© UNICEF/DJBA00285/Giacomo Prozzi

È necessario un maggior numero di operatori sanitari qualificati per fornire servizi necessari alle donne durante le fasi critiche della gravidanza. Una donna in gravidanza è sdraiata su un lettino mentre un'infermiera effettua una visita prenatale presso il centro sanitario Engueila, Gibuti.

Ridurre l'incidenza delle malattie infettive e prevenire e curare l'HIV e la malaria è fondamentale per migliorare la salute materna e infantile.

luppate e nei paesi e nelle comunità più povere.

Far fronte alle malattie infettive, all'HIV e alla malaria

Come è stato sottolineato nel Capitolo 1, le infezioni gravi sono alcune delle cause principali dirette della mortalità materna e neonatale. Nel 2000, l'ultimo anno per il quale erano disponibili stime certe sulle cause di morte, sono state responsabili del 36% circa dei decessi neonatali. Pertanto è fondamentale ridurre l'incidenza delle malattie infettive come la sepsi/polmonite, il tetano e le infezioni trasmesse per via

sessuale, e prevenire e curare l'HIV e la malaria per migliorare la salute materna e neonatale (*vedere Scheda Eliminare il tetano materno e neonatale, pagina 49*).

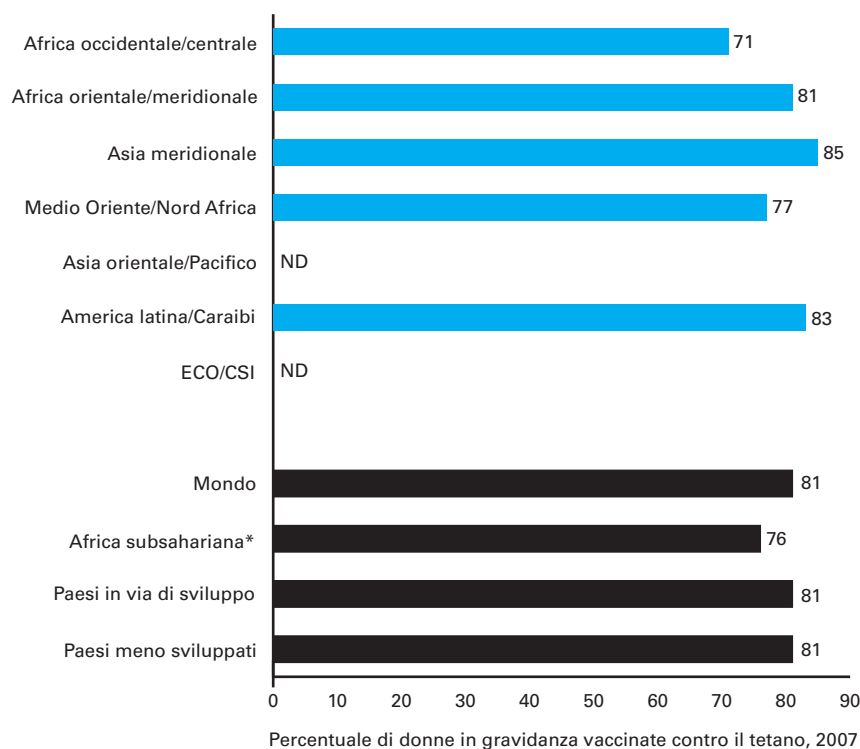
Prevenire le infezioni da HIV nelle donne in età fertile e curare le donne in gravidanza contagiate con le combinazioni di farmaci disponibili può ridurre drasticamente la trasmissione del virus ai bambini. Aumentare il livello di conoscenza dell'HIV tra le donne e gli uomini tra 15 e 24 anni di età è fondamentale per evitare l'infezione. In 14 dei 17 paesi con dati sufficienti, i tassi

di prevalenza dell'HIV tra le donne in gravidanza da 15 a 24 anni si sono ridotti dal 2000/2001⁷. Questo risultato è incoraggiante, ma c'è ancora molto da fare per incrementare le attività di prevenzione dell'HIV e per affrontare le cause sociali, economiche e politiche dell'epidemia dell'AIDS.

In linea con la nuova enfasi degli OSM sulla salute riproduttiva, i programmi che mirano a migliorare la sopravvivenza materna dovrebbero includere interventi che aiutino a ridurre l'incidenza e a curare le infezioni trasmesse per via sessuale.

Grafico 3.1

Protezione contro il tetano neonatale



* L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa occidentale/centrale.

Fonte: UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità.

La distribuzione di zanzariere trattate con insetticida alle donne in gravidanza nelle aree endemiche per la malaria può ridurre l'incidenza dell'infezione malarica, migliorando sia la salute delle madri che quella dei nati. Il trattamento preventivo intermittente della malaria durante la gravidanza è attualmente usato sia per prevenire sia per curare la malattia. Esso consiste nella somministrazione di una dose singola di una terapia antimalarica combinata almeno due volte durante la gravidanza, sia che la donna sia affetta dalla malattia o no. Anche se il trattamento è considerato efficace, il suo uso è ancora limitato nelle aree endemiche per la malaria⁸.

Ampliare l'assistenza prenatale

Il cattivo stato di salute delle donne in gravidanza, nella maggior parte dei casi si può prevenire, riscontrare o curare con le visite prenatali. L'assistenza prenatale dà l'opportunità di fornire alle donne in gravidanza molteplici interventi che possono risultare vitali per il

Eliminare il tetano materno e neonatale

Il tetano continua ad essere una delle maggiori cause dei decessi materni e neonatali che nel 2002 è costata la vita a oltre 180.000 neonati e a 15.000-30.000 madri. Questa infezione si sviluppa quando un batterio, il *Clostridium tetani*, infetta un taglio o una ferita. Le pratiche antigiene durante il parto o l'aborto possono causare il tetano materno, mentre il tetano neonatale è dovuto alla mancanza di igiene nella cura del cordone ombelicale o del moncone ombelicale nei bambini. In assenza di terapia intensiva presso un ospedale, il tetano neonatale è quasi sempre fatale. Come per le altre cause dei decessi materni e neonatali, la maggior parte degli esiti mortali del tetano si riscontrano nell'Africa subsahariana e in Asia, soprattutto nelle comunità povere ed emarginate, dove le donne hanno accesso limitato o nessun accesso all'assistenza sanitaria di qualità e poche informazioni sul parto sicuro.

Il tetano si può facilmente prevenire con la vaccinazione delle donne adulte e l'adozione di pratiche igieniche durante il parto. Una più estesa attuazione di entrambe le misure, soprattutto la vaccinazione delle donne in gravidanza, ha ridotto notevolmente il numero di casi e di decessi dovuti al tetano materno e neonatale sin dal 1980, il primo anno per il quale sono disponibili dati completi. Nel 1988, il tetano ha causato circa 800.000 decessi neonatali e più di 90 paesi hanno riportato uno o più casi di tetano neonatale per 1.000 nati vivi a livello distrettuale. A metà del 2008, il numero di paesi che hanno riportato uno o più casi di tetano materno e neonatale a livello distrettuale era sceso a 46.

La vaccinazione è stata una delle misure più efficaci contro il tetano materno e neonatale. Il tossoide tetanico si è dimostrato efficace contro la malattia. Nella maggior parte dei casi, la somministrazione di due dosi fornisce una concentrazione protettiva di antitossina, mentre dopo la terza dose si ottiene il 100% di immunità. Il tasso globale di vaccinazione contro il tetano neonatale per le donne in gravidanza è aumentato dal 9% nel 1980 all'81% nel 2007. Ma nonostante questo aumento notevole, quasi 1 su 5 neonati non sono ancora protetti dalla malattia. In parte, questo è dovuto al fatto che non è stata colta l'opportunità di vaccinare le donne in gravidanza durante le visite prenatali, al fatto che le donne si sono presentate troppo tardi per ricevere il vaccino o che si sia omesso di vaccinarle dopo il parto per proteggerle da gravidanze future.

Le persone che rischiano di contrarre il tetano vivono in comunità con accesso limitato ai servizi sanitari e di vaccinazione. Per raggiungerle è stata messa a punto una soluzione innovativa, battezzata "approccio ad alto rischio". L'obiettivo di questo approccio è quello di vaccinare tutte le donne in età fertile che vivono in zone considerate ad alto rischio con almeno due dosi di vaccino contenente tossoide tetanico (TT). Alle comunità vengono spiegati i fattori di rischio per il tetano, come le pratiche antigiene durante il parto e l'assenza di vaccinazione. Vengono promosse le pratiche migliori per il parto e rafforzata la sorveglianza sul tetano neonatale. Iniezioni di richiamo vengono fornite alle donne che non sono state vaccinate con tossoide tetanico durante l'infanzia.

L'approccio ad alto rischio è stato adottato su vasta scala, consentendo a 64 milioni di donne di ricevere almeno due dosi di tossoide tetanico tra il 1999 ed il 2005. A livello nazionale, i risultati sono stati straordinari:

- Nel *Nepal*, prima dell'avvio della vaccinazione all'inizio degli anni Ottanta, le indagini mostravano tassi elevati di tetano neonatale. Dopo l'introduzione della vaccinazione delle donne adulte e l'attuazione dell'approccio ad alto rischio, nel 2005 il tasso era diminuito a meno di 1 decesso da tetano neonatale per 1.000 nati vivi in ogni distretto.
- Un'indagine condotta in *Egitto* nel 1986 aveva indicato che per ogni 1.000 bambini nati, 7 sarebbero morti di tetano neonatale, con tassi di 10 per 1.000 nati vivi nelle zone rurali. Dopo l'attuazione dell'approccio ad alto rischio, nel 2007 il tasso è stato ridotto a meno di 1 decesso per 1.000 nati vivi in tutti i distretti.
- A metà degli anni Ottanta, il *Bangladesh* presentava un tasso elevato di tetano neonatale, pari a 20-40 casi per 1000 nati vivi in alcune parti del paese. All'epoca, soltanto il 5% delle donne in età fertile era vaccinato con tossoide tetanico e solo il 5% delle donne in gravidanza aveva un parto pulito. L'adozione dell'approccio ad alto rischio ha aiutato il Bangladesh a ridurre il tasso di mortalità da tetano neonatale nel 2008 a meno di 1 decesso per 1.000 nati vivi.

Alcuni paesi hanno usato l'approccio ad alto rischio per fornire altri interventi insieme al vaccino antitetanico, come il vaccino contro il morbillo (ad esempio, il Kenya e il Sudan meridionale) e la vitamina A (ad esempio, la Repubblica Democratica del Congo). Altri, come l'Etiopia, l'Uganda e lo Zambia, hanno inserito l'approccio nei meccanismi di fornitura di pacchetti di interventi essenziali. Uno dei vantaggi principali dell'approccio ad alto rischio è che, oltre al tetano neonatale, riduce anche le ineguaglianze nell'accesso all'assistenza materna e neonatale all'interno dei paesi e dimostra che è possibile fornire interventi sanitari alle popolazioni che spesso sono state dimenticate o trascurate.

Vedi Note, pagina 109.

L'assistenza prenatale dà l'opportunità di raggiungere le donne in gravidanza con diversi interventi quali la vaccinazione, l'integrazione alimentare con micronutrienti e migliori pratiche igieniche.

loro benessere e per quello dei loro bambini. Gli integratori alimentari di proteine, acido folico e ferro messi a disposizione da operatori sanitari qualificati o da operatori sanitari delle comunità possono avere effetti benefici e ridurre il rischio di malnutrizione e di anemia nelle madri e di basso peso alla nascita nei bambini.

Il numero minimo di visite prenatali durante la gravidanza consigliato dall'UNICEF e dall'OMS è quattro. Queste visite aiutano a fornire servizi chiave alle donne in gravidanza, tra cui

le misure per riscontrare e curare la malaria e l'anemia; la vaccinazione contro il tetano; la gestione delle infezioni trasmesse per via sessuale con terapia antiretrovirale per le donne in gravidanza sieropositive e la fornitura alle donne in gravidanza di informazioni vitali sui rischi della gravidanza e del parto. A causa dei dati limitati e del fatto che molti paesi sono lungi dal conformarsi alle raccomandazioni minime delle Nazioni Unite, la maggior parte dei dati si riferiscono a donne che hanno ricevuto almeno una visita prenatale⁹.

In tutto il mondo in via di sviluppo, tre quarti delle donne in gravidanza ricevono assistenza prenatale da un operatore sanitario qualificato almeno una volta, sebbene le indagini a domicilio che registrano questi dati non diano indicazioni sulla qualità dell'assistenza o delle informazioni fornite.

In tre regioni – America latina/Caraibi, Europa orientale e centrale/Comunità degli Stati Indipendenti e Asia orientale/Pacifico – circa 9 donne in gravidanza su 10 ricevono una o più visite prenatali. Queste percentuali sono molto più basse in Medio Oriente e Nord Africa, Africa subsahariana (entrambi 72%) e Asia meridionale (68%).

Tuttavia, anche con la copertura relativamente bassa di queste regioni, l'assistenza prenatale rappresenta un'opportunità importante per raggiungere una grande percentuale di donne in gravidanza con interventi essenziali¹⁰.

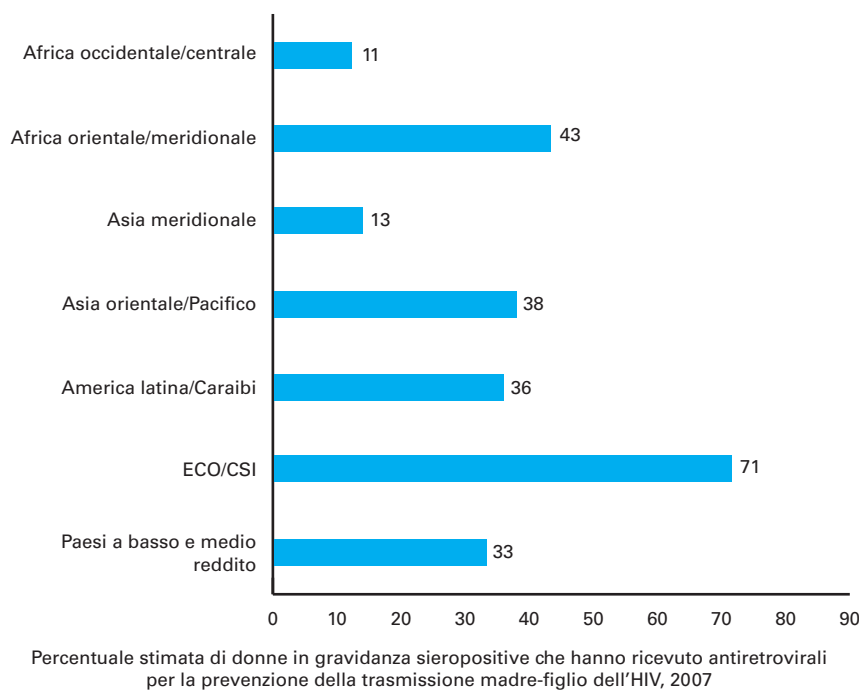
La realizzazione di pacchetti di interventi, compresi quelli che suscitano già grande interesse, come le zanzariere trattate con insetticida, può aumentare la domanda e l'uso dei servizi prenatali. Può anche incoraggiare le donne a recarsi nelle cliniche e a presenziare a eventi organizzati con unità mobili per ricevere assistenza prenatale nelle fasi più precoci della gravidanza.

Garantire l'assistenza qualificata al parto

Il parto può essere un evento a rischio non solo per il bambino, ma anche per la madre. Tre quarti di tutti i decessi mater-

Grafico 3.2

Profilassi antiretrovirale per madri sieropositive per prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV

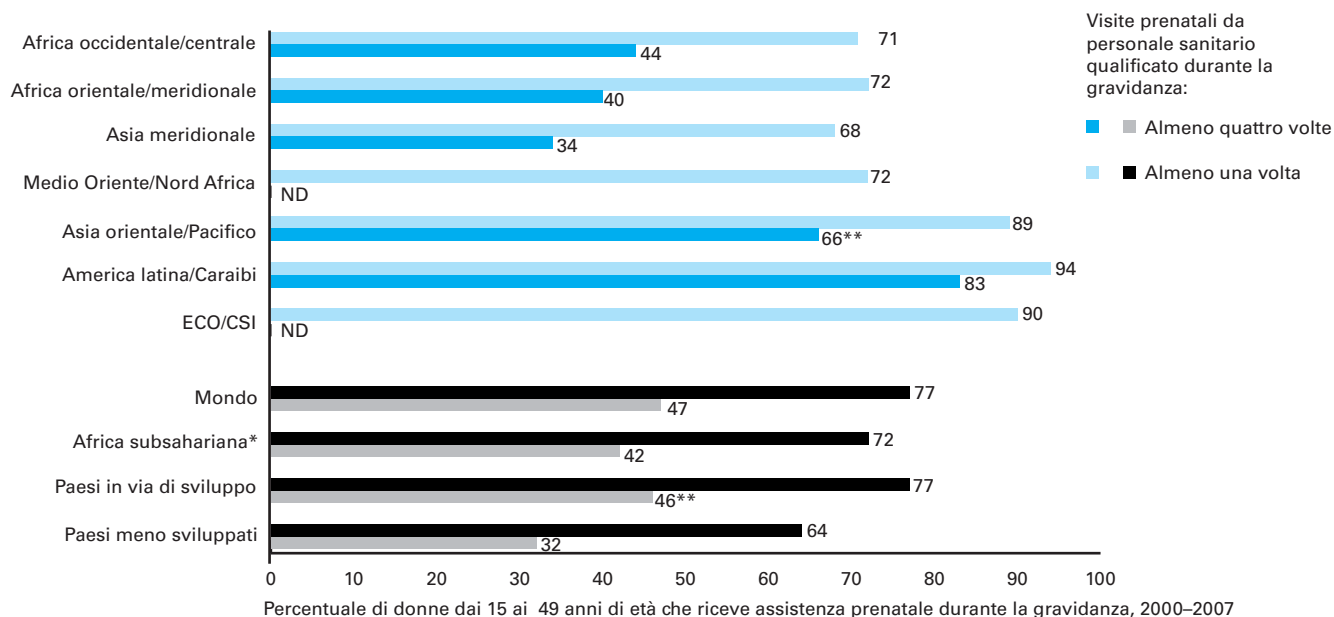


Fonte: UNICEF, UNAIDS e WHO, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, UNICEF, New York, 2008, p. 43.

Nei paesi meno sviluppati, 1 donna su 3 non riceve alcuna assistenza prenatale durante la gravidanza, e 3 donne su 5 partoriscono senza l'assistenza di un operatore sanitario qualificato.

Grafico 3.3

Copertura dell'assistenza prenatale



* L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa occidentale/centrale. ** Esclusa la Cina.

Fonte: Indagini Demografiche e Sanitarie, Indagini Campione a Indicatori Multipli e altre indagini nazionali a domicilio.

ni si verificano a causa di complicazioni durante il parto o nel periodo immediatamente successivo al parto. Alcune di queste complicazioni sono: emorragia (25% dei decessi materni); infezioni (15%); complicazioni dell'aborto (13%); eclampsia o disturbi ipertensivi correlati (12%) e parto chiuso (8%)¹¹.

È possibile ridurre la mortalità materna da complicazioni del parto aumentando il numero di parti assistiti da personale sanitario qualificato – un medico, un'infermiera o un'ostetrica. Il personale sanitario addestrato dovrebbe essere in grado non solo di assistere un parto normale o un parto con complicazioni moderate, ma anche di rendersi conto dell'insorgenza di complicazioni gravi

che richiedono assistenza d'emergenza più specializzata. Tuttavia, anche il personale sanitario qualificato deve avere accesso a farmaci, scorte ed attrezzature essenziali per poter fornire assistenza adeguata, soprattutto in presenza di complicazioni quali emorragia, sepsi e parto chiuso. Deve anche essere dotato di competenze e di discernimento per riconoscere le complicazioni gravi e per gestire efficacemente il caso.

Nell'ultimo decennio, si è registrato un aumento marcato del numero di parti assistiti da personale qualificato in tutto il mondo in via di sviluppo, ad eccezione dell'Africa subsahariana. Nel periodo 2000-2007, il numero totale di parti assistiti da operatori sanitari qua-

lificati nel mondo in via di sviluppo è stato pari al 61%. Questo miglioramento è stato particolarmente rilevante nella regione del Medio Oriente e Nord Africa, che ha aumentato la propria copertura dal 55% nel 1995 all'81% nel 2000-2007. Le due regioni con i livelli più bassi di assistenza qualificata al parto, l'Africa subsahariana (45%) e l'Asia meridionale (41%), sono anche le regioni con l'incidenza più alta di mortalità materna¹².

Un quarto dei parti non assistiti del mondo si verifica in India, che è anche uno dei 10 paesi che insieme rappresentano i due terzi dei parti non assistiti da personale sanitario qualificato. L'India sta attualmente tentando di affrontare

Visto che tre quarti di tutti i decessi materni si verificano durante il parto o nel periodo immediatamente successivo al parto, fornire assistenza qualificata al parto è fondamentale per ridurre la mortalità materna.

il problema promuovendo l'assistenza presso le strutture sanitarie con incentivi finanziari¹³ (vedere Scheda Integrare la salute materna e neonatale in India, pagina 85).

A livello mondiale, è due volte più probabile che le nascite nelle aree urbane siano assistite da personale sanitario qualificato rispetto alle zone rurali. Nell'Africa occidentale e centrale, dove il grado di disparità è più alto, questa probabilità è pari a due volte e mezzo. Anche le disparità economiche sono notevoli; in tutto il mondo in via di sviluppo, la probabilità che i parti di donne che appartengono alle famiglie più povere siano assistiti da personale sanitario qualificato è pari alla metà di quella

delle famiglie più ricche¹⁴. (Per una discussione più approfondita sulle disparità di accesso ai servizi per la maternità, vedere la Scheda a pagina 38, Verso una maggiore equità in campo sanitario per le madri e i neonati).

L'OMS ha fatto diverse raccomandazioni per ridurre il sanguinamento o l'emorragia post parto, una delle cause principali di morte materna. Le cause più comuni del sanguinamento post parto sono l'insufficiente contrazione uterina, le lacerazioni a carico del tratto genitale e la ritenzione di tessuto placentare. Il metodo di intervento più diffuso è la gestione attiva del terzo stadio di travaglio, vale a dire il tempo che trascorre dalla nascita del bambino

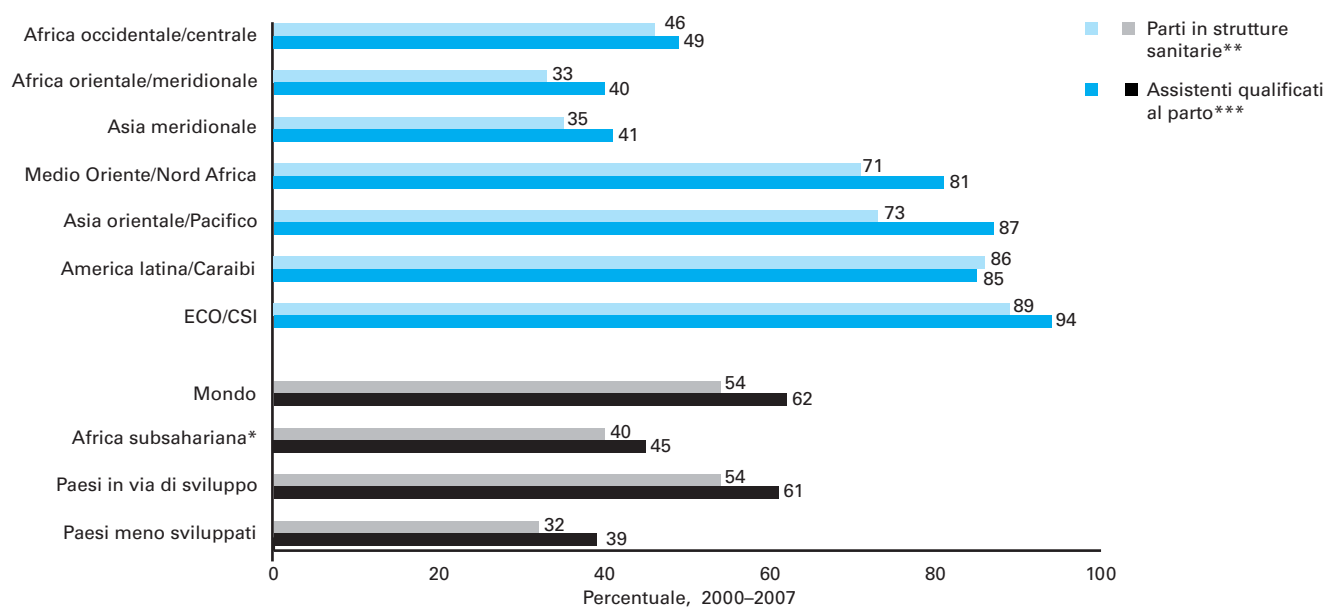
fino alla completa espulsione della placenta. La gestione attiva consiste nella somministrazione di uterotonici per favorire l'espulsione della placenta e nel ritardare il clampaggio, il taglio e la trazione del cordone ombelicale.

Secondo le raccomandazioni dell'OMS, la gestione attiva deve essere eseguita per tutte le madri soltanto da assistenti qualificati al parto. L'agenzia ha anche chiesto che siano condotte ulteriori ricerche sui tempi ottimali per il clampaggio del cordone e su eventuali farmaci che possono essere somministrati da assistenti non specializzati.

Anche altri rischi derivanti dal parto possono essere affrontati con l'assisten-

Grafico 3.4

Copertura dell'assistenza al parto



* L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa occidentale/centrale.

** Per le parti in strutture sanitarie s'intende la percentuale di donne tra i 15 e i 45 anni di età che hanno partorito nei due anni precedenti l'indagine in una struttura sanitaria.

*** Per assistenti qualificati al parto s'intende la percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri e ostetriche).

Fonte: Indagini Demografiche e Sanitarie e Indagini Campione a Indicatori Multipli, Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF

Affrontare le disparità sarà cruciale per migliorare la salute materna. La probabilità delle donne appartenenti alle famiglie più povere di essere assistite da personale sanitario qualificato è pari alla metà di quelle delle famiglie più ricche.

Disturbi ipertensivi: comuni ma complessi

I disturbi ipertensivi sono la condizione medica più comune in gravidanza e sono responsabili di una percentuale significativa (tra il 12 e il 20%) dei decessi materni a livello mondiale. Colpiscono le donne in ogni regione causando circa il 10% delle morti materne in Africa e in Asia, oltre il 16% nei paesi industrializzati e più di un quarto in America latina e Caraibi. L'ipertensione in gravidanza può avere conseguenze quali l'innalzamento della pressione arteriosa, la condizione meno grave, e l'emorragia cerebrale, che è mortale. Può anche causare morte fetale, parto pretermine e basso peso alla nascita del bambino.

Le cause dell'ipertensione non sono ancora pienamente comprese, ma le ricerche indicano che alcuni dei fattori sono l'obesità, l'eccessiva assunzione di sale e la predisposizione genetica. Alcune forme di ipertensione in gravidanza possono derivare dalla biologia stessa della gravidanza. La preeclampsia, che si sviluppa dopo la 20a settimana di gestazione, viene definita come la combinazione di un'ipertensione indotta dalla gravidanza e di proteinuria e mette particolarmente a rischio la salute materna e fatale quando è associata a ipertensione cronica. È inoltre una delle cause principali di parto prematuro.

Esistono diversi fattori di rischio che predispongono le madri a questi disturbi, come la prima gravidanza, le gravidanze multiple, l'anamnesi positiva di ipertensione cronica, l'età della madre oltre i 35 anni, il diabete gestazionale, l'obesità e le malformazioni fetali. Uno studio ha mostrato che anche un intervallo di 59 mesi o più tra una gravidanza e quella successiva era associato a tassi più elevati di preeclampsia e di eclampsia. I ricercatori hanno anche suggerito che altre cause possibili sono gli squilibri ormonali, la carenza di calcio e la resistenza all'insulina.

L'integrazione di calcio si è dimostrato un intervento efficace nei paesi in via di sviluppo in cui le donne possono avere carenze di calcio, riducendo l'incidenza della preeclampsia del 48%. Se questo intervento produrrà effetti simili sulle morti materne da disturbi ipertensivi, l'integrazione di calcio potrebbe prevenire circa 21.500 decessi materni. Il Magpie Trial, lo studio clinico di più grandi dimensioni sui disturbi ipertensivi della gravidanza, condotto nel 1998-2002 nei paesi industrializzati e in via di sviluppo, e gli studi di follow-up hanno dimostrato che la somministrazione di solfato di magnesio alle

donne durante la fase di preeclampsia può ridurre il rischio di progressione all'eclampsia. Studi successivi hanno corroborato la validità di questo intervento cruciale ed efficace in termini di costi.

Preferibilmente, l'assistenza dovrebbe cominciare prima del concepimento per consentire di conoscere sia l'anamnesi della donna in età fertile, sia le sue possibilità di gestire l'ipertensione cronica. Inoltre, è importante che le donne ipertese siano consapevoli dei rischi che corrono in gravidanza e dei cambiamenti nello stile di vita che la malattia potrebbe richiedere. Alle donne ipertese in gravidanza viene spesso consigliato il riposo a letto, mentre per monitorare l'insorgenza e lo sviluppo di preeclampsia e di altri disturbi ipertensivi è opportuno che si sottopongano a visite regolari da parte di personale sanitario qualificato.

L'ipertensione in gravidanza è stata per lungo tempo considerata una condizione ostetrica e gli interventi si sono concentrati soprattutto sugli esiti della gravidanza e meno sugli effetti a lungo e breve termine sulla madre. Tuttavia, oggi le ricerche hanno dimostrato che l'ipertensione in gravidanza può anche incidere sulla salute della madre dopo il parto aumentando il rischio di sviluppare ipertensione cronica e malattie cardiovascolari. Gli alti tassi di mortalità e morbilità materna dovuta a questi disturbi giustificano ulteriori ricerche. Il trattamento e la gestione di queste condizioni avranno grande peso per il modello di continuum di assistenza sanitaria materna e infantile.

Vedi Note, pagina 109.

Fornire assistenza ostetrica d'emergenza e assistenza neonatale e accesso all'assistenza post parto rappresenta la sfida e l'opportunità principale di migliorare la salute materna e infantile.

za qualificata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda il ricovero ospedaliero delle donne con eclampsia o preeclampsia nei giorni precedenti il parto per la somministrazione di solfato di magnesio. La maggior parte delle infezioni si può curare con gli antibiotici. Alcune infezioni, come il tetano, si possono evitare facilmente con la vaccinazione e con l'adozione di pratiche sterili per la cura del cordone ombelicale¹⁵. (Vedere Scheda a pagina 49, *Eliminare il tetano materno e neonatale*).

Fornire assistenza ostetrica d'emergenza e assistenza neonatale

Spesso, per salvare la vita di una donna con complicazioni del parto, sono necessarie cure tempestive presso una

struttura medica. La qualità dell'assistenza è cruciale in questi casi: per fornire assistenza adeguata, la struttura deve disporre di farmaci, scorte, attrezzature e personale idoneo. Inoltre, deve essere in grado di eseguire procedure salvavita come, ad esempio, il parto cesareo, le trasfusioni di sangue e la rianimazione del neonato.

I dati sull'assistenza ostetrica di emergenza nei paesi in via di sviluppo sono spesso carenti. Gli studi hanno mostrato che circa il 15% dei nati vivi potrebbero necessitare di cure ostetriche di emergenza, mentre il parto cesareo può essere necessario nel 5-15% dei casi. È evidente che vi sono molte lacune importanti nella copertura, soprattutto nelle zone rurali dell'Africa subsahariana,

dove l'incidenza dei parti cesarei è intorno al 2%¹⁶.

Alcuni dei fattori che ostacolano la fornitura di assistenza ostetrica d'emergenza sono la distanza, i prezzi di utenza diretti, i costi di trasporto e di alloggio, le barriere culturali e di informazione. Inoltre, anche la qualità dell'assistenza può agire da deterrente, come dimostra uno studio condotto nella Repubblica Unita di Tanzania settentrionale, secondo il quale la scarsa qualità dell'assistenza offerta dalle strutture sanitarie rappresentava la barriera principale all'accesso¹⁷.

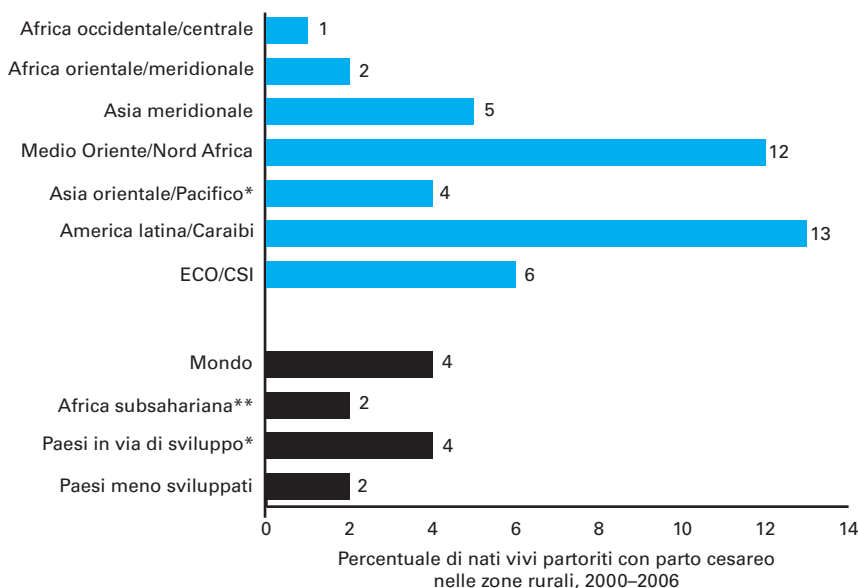
Rendere accessibile l'assistenza post parto

È evidente che bisogna porre maggiore enfasi sull'assistenza post parto, un intervento trascurato da lungo tempo in molti paesi in via di sviluppo che rappresenta una lacuna nel continuum di assistenza. Una delle urgenze riguarda l'assistenza nel periodo immediatamente successivo al parto, essendo stato dimostrato che nelle 48 ore successive al parto i rischi di mortalità e morbilità materna sono molto elevati. Spesso, l'assistenza post parto è vitale per il neonato, soprattutto subito dopo il parto. Circa tre quarti dei decessi neonatali avvengono nella prima settimana e fino a metà di questi nelle prime 24 ore.

In molti paesi in via di sviluppo, le madri sono spesso dimesse dalla struttura sanitaria entro 24 ore dal parto oppure non sono assistite da personale sanitario qualificato. È dimostrato che, anche alla fine del periodo ad alto rischio, il rischio di mortalità e morbi-

Grafico 3.5

Assistenza ostetrica d'emergenza: il parto cesareo nelle zone rurali



* Esclusa la Cina. ** L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa occidentale/centrale.

Fonte: Indagini Demografiche e Sanitarie e altre indagini a domicilio a livello nazionale e UNICEF



© UNICEF/HQ07-0367/Dan Thomas

Per realizzare un continuum di assistenza materna e neonatale di qualità bisogna reclutare e formare personale sanitario specializzato e operatori sanitari a livello locale. *Un'infermiera si prende cura di un neonato presso l'ospedale pediatrico, Repubblica Popolare Democratica di Corea.*

lità materna sussiste almeno fino a 42 giorni dal parto e può anche durare fino a sei mesi o un anno dopo il parto. Le cause principali della mortalità post parto sono emorragia, infezioni e disturbi ipertensivi, condizioni che richiedono l'assistenza qualificata e l'assistenza al parto descritte nelle precedenti sezioni del presente capitolo¹⁸.

Le visite post parto di routine sono fondamentali nel periodo post parto ad alto rischio, quando è importante riscontrare eventuali complicazioni e, se necessario, riferirle a servizi più specializzati. Anche in assenza di complicazioni, queste visite possono fornire informazioni e consigli essenziali sulla salute materna e neonatale e, in particolare, sulla cura e l'alimentazione dei neonati, i segnali di pericolo delle malattie, il processo di riferimento a uno specialista e le pratiche igieniche. Gli studi indicano che si verificano meno decessi neonatali quando la madre ed il bambino vengono visitati entro 48 ore dal parto. Le madri sieropositive ed i bambini prematuri necessi-

tano di attenzioni particolari¹⁹. Anche i bambini nati sottopeso hanno bisogno di cure speciali, soprattutto per la gestione della temperatura. (Vedere Scheda, *La marsupioterapia in Ghana*, pagina 62).

Anche le madri che usufruiscono dell'assistenza subito dopo il parto sono spesso trascurate nei giorni e nelle settimane successive. Il loro prossimo contatto con un operatore sanitario potrebbe avere luogo dopo sei settimane, quando il bambino deve ricevere il primo ciclo di vaccinazione. I dati indicano che le madri tendono ad usufruire più spesso dell'assistenza prenatale o di un parto assistito che dell'assistenza post parto, anche in presenza di sanguinamento post parto, fistola o prolasso uterino²⁰.

Un'assistenza efficace post parto richiede cure e attenzioni nel periodo immediatamente successivo al parto e anche diverse visite di controllo. Mettere in grado le madri di ritornare nelle strutture sanitarie o di sottoporsi a visite di controllo nei giorni e nelle settimane successive al parto potrebbe essere complicato a causa dei costi e della difficoltà di organizzare il trasporto e la visita o dei motivi culturali che possono rendere improbabile il loro ritorno nella clinica o nell'ospedale. Per questo motivo, le visite erogate attraverso unità mobili possono avere un ruolo fondamentale nel preservare la salute materna e neonatale, indipendentemente dal luogo in cui è avvenuto il parto. (Vedere Scheda a pagina 57, *I primi 28 giorni di vita*, e la Scheda alle pagine 80-81, *Salvare vite di madri e neonati – i primi giorni cruciali dopo la nascita*).

Nei paesi in via di sviluppo si sa molto poco sugli effetti della depressione durante la gravidanza e nel periodo post parto. Gli studi hanno individuato il sostegno sociale e del partner, l'esperienza della maternità e l'indole del neonato come fattori critici nella comparsa della depressione nel primo anno post parto.

Mentre secondo le stime il 10-15% circa delle donne nei paesi industrializzati può soffrire di depressione nelle settimane e nei mesi successivi al parto, le informazioni su questa malattia nel mondo in via di sviluppo sono scarse. Studi su scala ridotta condotti in Pakistan e in Vietnam indicano che le donne che soffrono di depressione tendono a partorire bambini sottopeso, mentre le ricerche condotte in India mostrano che nei figli di madri depresse il rischio di arresto della crescita è più elevato²¹.

Pratiche sane di assistenza neonatale

La prevenzione dei decessi neonatali deve basarsi più sull'assistenza qualificata che sulle tecnologie e necessita di sistemi d'intervento flessibili e sensibili. Lo stato del sistema sanitario, il contesto sociale e le pratiche locali sono altrettanto importanti dei rischi epidemiologici. La salute neonatale si può migliorare, ad esempio, con pratiche che non comportano costi elevati, quali il parto pulito e la promozione dell'allattamento al seno esclusivo e precoce, ma anche assicurandosi che la madre sia sana quando partorisce.

Di recente, si sono compiuti progressi nel fornire interventi semplici ed efficaci

Promuovere comportamenti sani per le madri e i neonati, in particolare nella nutrizione e nell'igiene, è fondamentale per ridurre i rischi sanitari e le patologie.



© UNICEF/H005-1795/Giacomo Pirozzi

Il personale sanitario qualificato che ha accesso ad attrezzature e a sostegno adeguati, può fornire interventi salvavita in situazioni di emergenza durante il travaglio e il parto. Un neonato è monitorato da un paramedico in un ospedale per bambini, Ucraina.

in termini di costi che hanno un impatto positivo sulla salute neonatale, quali la vaccinazione contro il tetano, l'uso di zanzariere trattate con insetticida per combattere la malaria e l'integrazione alimentare con micronutrienti. Uno studio che ha esaminato la copertura degli interventi per la sopravvivenza materna, neonatale ed infantile ha riscontrato che questo tipo di interventi preventivi produce più miglioramenti dei trattamenti curativi. I progressi relativi alle azioni concentrate sui cambiamenti del comportamento, come l'allattamento al seno, erano eterogenei²².

Dall'inizio degli anni Novanta, la lotta a queste minacce multiformi per la vita dei

bambini si è concentrata su un approccio ampio e trasversale che tiene conto del fatto che, di norma, qualsiasi malattia ha più di una causa concorrente. Questo approccio, introdotto dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, noto come Gestione Integrata delle Malattie dell'Infanzia (IMCI), non ha mai prodotto risultati realmente positivi. Di recente, questo modello integrato è stato inserito nell'assistenza materna, neonatale ed infantile continuativa.

Il continuum di assistenza: collegare le vite ai luoghi

Oggi è risaputo che il fatto di collegare gli interventi in pacchetti può anche

aumentarne l'efficienza e l'efficacia in termini di costi. Inoltre, quando i servizi sono integrati, le persone sono più incentivate a usarli ed è più facile estenderli per aumentare la copertura. L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema globale di assistenza sanitaria di base che fornisca interventi essenziali a donne e bambini e rafforzi i legami tra famiglie e strutture sanitarie, che spesso sono mancati in passato.

Pratiche e comportamenti delle famiglie

Quando i bambini si ammalano, le prime ad intervenire sono le loro famiglie, soprattutto i genitori, i parenti stretti ed i tutori. La diagnosi iniziale

I primi 28 giorni di vita

di Zulfiqar A. Bhutta, Professore e Preside, Dipartimento Pediatria e Salute dell'infanzia, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

È risaputo che una grande percentuale di decessi infantili si verifica nel periodo neonatale, cioè durante i primi 28 giorni di vita. Il 40% circa dei 9,2 milioni stimati di decessi di bambini sotto i cinque anni avvenuti in tutto il mondo nel 2007, si è verificato nel periodo neonatale. In molti paesi in via di sviluppo, i decessi di neonati rappresentano oltre la metà di tutti i decessi durante l'infanzia e la stragrande maggioranza si verifica nei primi giorni di vita. Le cause principali di questi decessi sono le infezioni gravi (36%), la prematurità (27%), l'asfissia da parto (23%) e le malformazioni congenite (7%). Queste cifre non comprendono i 3 milioni stimati di parti di feti morti all'anno. Intorno al 30-40% di questi parti di feti morti può derivare da eventi che insorgono durante il travaglio e il parto che, a loro volta, possono causare problemi intrauterini e asfissia.

La relativa mancanza di progressi nel ridurre i decessi neonatali deriva da diversi fattori. Ma quello più importante è che, a differenza del periodo pre e post parto (da 29 giorni a 59 mesi), la salute del neonato è strettamente legata alla salute materna. Per migliorarla sono necessari interventi che affrontino questioni complesse quali l'empowerment delle donne, i tabù socioculturali e la sensibilità dei sistemi sanitari.

Alcuni dei fattori specifici che determinano i decessi neonatali sono:

- La mancanza di attenzione alla salute materna e l'accesso limitato al personale sanitario qualificato.
- La qualità scadente dell'assistenza sanitaria materna, soprattutto durante i parti in casa, che sono associati con almeno metà di tutti i decessi neonatali.
- Il riconoscimento inadeguato delle malattie neonatali e la richiesta insufficiente di assistenza sanitaria tra le famiglie e le comunità.
- Un repertorio limitato di interventi per i disturbi neonatali, come l'asfissia da parto ed i problemi dovuti al parto prematuro.
- L'assenza di consenso sugli interventi e le strategie per prevenire e curare le infezioni neonatali gravi, a parte il tetano neonatale, a livello delle comunità.

Negli ultimi anni, la nostra comprensione delle malattie e della mortalità neonatale è notevolmente migliorata. La distribuzione disuguale dei decessi materni e neonatali indica che la maggior parte dei decessi si verifica tra le popolazioni povere rurali e negli insediamenti abusivi urbani spesso ignorati. Molti paesi riconoscono anche che non sarà possibile conseguire l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio di ridurre la mortalità infantile senza migliorare l'assistenza per le madri ed i neonati e senza concentrare l'impegno sulla riduzione dei decessi nei primi 28 giorni di vita.

Sono anche migliorati i dati a sostegno delle strategie e degli interventi basati sulle partnership a livello locale. Un gran numero di programmi, basati in gran parte nell'Asia meridionale, ha tentato di ridurre la morbilità e la mortalità neonatale nelle comunità usando approcci innovativi. In uno studio che ha fatto storia condotto nella parte rurale dello stato di Maharashtra in India, il dottor Abhay Band ed i suoi colleghi hanno addestrato gli operatori sanitari delle comunità che lavoravano assieme agli assistenti al parto tradizionali, a riconoscere le malattie neonatali

gravi quali l'asfissia da parto o le infezioni batteriche sospette, ed a trattarle rispettivamente con la rianimazione o la somministrazione di antibiotici orali o iniettabili a domicilio. Il programma ha mostrato una riduzione significativa della mortalità neonatale con queste strategie di assistenza a domicilio. Più recentemente, i ricercatori della Johns Hopkins University hanno dimostrato l'efficacia dell'impiego degli operatori sanitari addestrati delle comunità nel fornire un pacchetto integrato di assistenza neonatale preventiva e curativa a Sylhet, nel Bangladesh rurale. Sebbene l'erogazione di assistenza a domicilio abbia avuto un ruolo importante in questi studi, è possibile che benefici significativi siano anche derivati dal miglioramento delle pratiche delle famiglie e della cura dei neonati. In uno studio condotto a Makwanpur, nel Nepal rurale, gruppi di sostegno delle donne, assistiti da facilitatori addestrati, hanno ottenuto una riduzione significativa nella mortalità neonatale. Altri studi hanno indicato che una strategia concertata di educazione all'assistenza neonatale presso le comunità può determinare notevoli cambiamenti nelle pratiche e riduzioni della mortalità neonatale.

Tutti questi studi recenti dimostrano che educare le comunità a migliorare l'assistenza materna e neonatale e a trattare le infezioni neonatali a casa può migliorare notevolmente la sopravvivenza neonatale. Perché queste strategie possano influire sui sistemi di salute pubblica nel prossimo futuro, bisogna replicarle su vasta scala mediante la motivazione e la formazione degli operatori sanitari a disposizione. Un'espansione di questo genere si è avuta nel Pakistan rurale, dove operatori sanitari di sesso femminile della comunità collaborano con i comitati sanitari ed i gruppi femminili dei villaggi. Una recente valutazione dell'iniziativa pakistana ha mostrato una riduzione significativa della mortalità prenatale e neonatale ed un aumento della richiesta di assistenza materna qualificata.

Questi dati danno sostegno alle strategie per migliorare la salute materna e neonatale nelle comunità e nelle famiglie con i tassi più elevati di mortalità e con l'accesso più limitato all'assistenza sanitaria di qualità. La sfida consiste nell'integrare le strategie e gli interventi efficaci nel continuum di assistenza per le madri e i neonati, sia a livello delle comunità che delle strutture sanitarie. Stime recenti indicano che fornendo interventi di base di prevenzione e cura alle madri e ai neonati nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base con livelli realistici di copertura, si possono ridurre i decessi materni e neonatali dal 20 al 40%.

Sebbene queste misure siano promettenti, soprattutto quando si realizzano diversi pacchetti di interventi complementari che vengono forniti da una serie di operatori sanitari, in molti paesi in via di sviluppo permangono gravi strozzature che limitano l'erogazione di questi servizi, quali il malfunzionamento dei sistemi sanitari ed il numero limitato di personale sanitario qualificato. Questi ostacoli possono e devono essere rimossi per mezzo di strategie mirate a raggiungere le famiglie, le comunità ed i distretti che sono maggiormente a rischio di essere tralasciati dall'assistenza sanitaria di base e dai servizi per la maternità. Malgrado queste difficoltà e le nostre lacune su come meglio affrontare i problemi neonatali complessi, come l'asfissia da parto, la fragilità dei neonati prematuri e le infezioni batteriche gravi nell'ambito delle comunità, una cosa è chiara: sappiamo abbastanza sulle cose che funzionano per fare la differenza. È pertanto cruciale mettere in atto ciò che sappiamo e creare le politiche per un'assistenza materna e neonatale adeguata laddove è più importante: tra i poveri delle zone rurali e urbane.

Vedi Note, pagina 109.



© UNICEF/H0071494/Anita Khemka

Le partnership a livello locale nel campo dell'assistenza sanitaria possono aiutare ad estendere la copertura dei servizi essenziali e a migliorare le pratiche nell'ambito della salute e la nutrizione. Una volontaria della comunità, che è anche un'assistente qualificata al parto, visita una donna in gravidanza in un villaggio, Nepal.

di qualsiasi malattia infantile spesso non è fatta da un medico o da un'infermiere, ma da una madre che valuta i sintomi, decide se sono gravi e sceglie o una forma di assistenza e di cura a casa o di consultare un operatore sanitario. Sia che si consulti l'operatore sanitario o no, spetta ai familiari prendersi cura dei bambini malati e somministrare i farmaci necessari o altri rimedi.

Un processo analogo spesso si applica alle donne in gravidanza o che hanno partorito di recente, sebbene in misura minore. Sarà la stessa donna ad avere un'idea della gravità di eventuali problemi che insorgono prima, durante e

dopo il parto, ma le famiglie svolgono inevitabilmente un ruolo importante nel decidere se sia necessario chiedere assistenza medica esterna e spesso costosa. Inoltre, i fattori socioculturali possono imporre alle donne di chiedere il permesso dei propri mariti o familiari per ottenere assistenza durante la gravidanza, il parto o il periodo post parto.

Naturalmente, la competenza dei familiari di esprimere giudizi sulle questioni mediche può variare enormemente, ma nessun sistema sanitario può permettersi di ignorare il ruolo vitale svolto dalle famiglie o dai membri della famiglia nell'identificare ed affrontare le malattie infantili o materne. Inoltre, sebbene

in tutto il mondo in via di sviluppo una piccola maggioranza (54%) dei parti avvenga in cliniche o ospedali, nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, le regioni con i tassi più elevati di mortalità materna e neonatale, oltre il 60% delle donne partorisce a casa²³. Anche le donne che partoriscono in una struttura sanitaria sono spesso dimesse dagli ospedali entro 24 ore dal parto e l'onere principale dell'assistenza pre e post parto spetta ai familiari della madre e del neonato.

A un livello più basilare, la nutrizione e le pratiche igieniche nella famiglia sono fattori determinanti primari dei rischi per la salute delle madri e dei neonati.

Le partnership a livello locale nel settore sanitario possono promuovere l'allattamento al seno esclusivo e precoce che fornisce ai neonati una protezione vitale dalla cattiva salute e dalle malattie.

L'alimentazione materna inadeguata, le pratiche antigigieniche durante il parto e nella cura del moncone o del cordone ombelicale, la disattenzione alle pratiche igieniche di base, come il lavaggio delle mani con sapone o cenere dopo avere usato le latrine e prima di preparare e di consumare i pasti, e l'inquinamento dell'aria in casa possono aumentare la diffusione delle infezioni e delle malattie come il tetano, la diarrea e le infezioni respiratorie acute. Sensibilizzare sulle pratiche e sui comportamenti individuali, come l'allattamento esclusivo al seno dei bambini fino a sei mesi, può migliorare notevolmente la salute ed il benessere delle famiglie.

Messaggi semplici riguardanti le prati-

che igieniche di base nella preparazione del cibo, come tenere il cibo in contenitori chiusi per evitare gli insetti ed asciugare al sole gli strofinacci usati per pulire i piatti o le pentole, possono avere ottimi risultati. Migliorare la conoscenza delle famiglie degli interventi basilari relativi alla salute, la nutrizione e la salute ambientale, assieme a un maggiore *empowerment* delle donne a prendere decisioni sulla loro salute e su quella dei loro figli, può avere un forte impatto positivo sulla salute dei bambini e delle madri in attesa di un figlio.

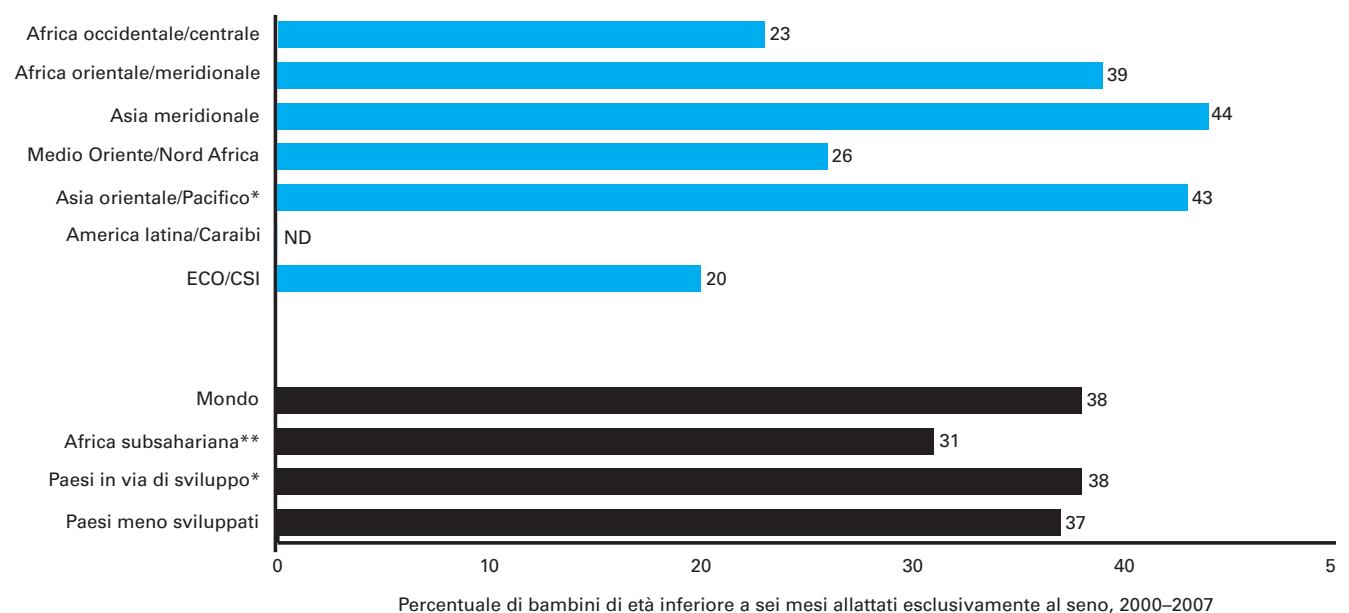
Le partnership a livello locale nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base

Le comunità svolgono un ruolo vitale

nell'assistenza sanitaria e nella nutrizione delle madri, dei neonati e dei bambini. Il concetto della comunità come fondamento dell'assistenza sanitaria di base è stato asserito nella Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 ed è evidente che non è possibile conseguire l'obiettivo dell'assistenza sanitaria per tutti senza la partecipazione della comunità, soprattutto nelle zone più povere e remote. È vantaggioso che le comunità prendano parte attiva nel miglioramento dell'assistenza sanitaria, delle pratiche igieniche, della nutrizione, dell'acqua e dei servizi igienico-sanitari. Tuttavia, questo non è tanto uno strumento necessario in assenza di alternative più costose, quanto una strada auspicabile per l'*empowerment* e la partecipazione²⁴.

Grafico 3.6

Allattamento al seno esclusivo e dalla nascita



* Esclusa la Cina. ** L'Africa subsahariana comprende le regioni dell'Africa orientale/meridionale e dell'Africa occidentale/centrale.

Fonte: Indagini Demografiche e Sanitarie e altre indagini a domicilio a livello nazionale e UNICEF.

Decenni di conflitti e instabilità hanno dissestato l'infrastruttura sanitaria di base del paese. Le donne, in particolare, hanno risentito della mancanza di accesso ai servizi sanitari. Di conseguenza, la mortalità materna tra le donne afgane è estremamente elevata, con 1.800 decessi per 100.000 nati vivi nel 2005, secondo le stime interagenzie più recenti.

Il rischio delle donne in Afghanistan di morire nel corso della vita per cause connesse alla gravidanza o al parto è pari a 1 su 8, il secondo tasso più alto del mondo. In Afghanistan, vi sono più donne che muoiono per queste cause che per qualsiasi altra causa e le più comuni sono l'emorragia ed il parto chiuso. La percentuale di decessi materni oscilla tra il 16% di tutti i decessi di donne in età fertile a Kabul (il centro urbano più grande dell'Afghanistan) ed il 64% nel distretto Ragh di Badakhshan.

Gli alti tassi di mortalità materna sono dovuti a fattori diversi, come l'accesso limitato all'assistenza sanitaria materna di qualità, soprattutto nelle zone rurali dell'Afghanistan; la mancanza di informazioni sulla salute materna ed il parto sicuro e la carenza di operatori sanitari qualificati di sesso femminile, visto che le donne preferiscono essere curate da altre donne. Si stima che 9 donne delle zone rurali su 10 partoriscono i propri figli in casa, senza l'assistenza di personale qualificato o accesso all'assistenza ostetrica di emergenza. Anche i fattori socio-culturali che impediscono alle donne di spostarsi senza il permesso o senza essere accompagnate da un parente di sesso maschile, possono limitare il loro accesso ai servizi essenziali. Altri fattori che contribuiscono alla mortalità materna sono la bassa condizione sociale delle donne e delle bambine, la povertà, la scarsa nutrizione e la mancanza di sicurezza.

Migliorare i tassi di sopravvivenza delle madri in Afghanistan è una questione di estrema importanza. Le ostetriche possono fornire un'assistenza cruciale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un'ostetrica o altro assistente qualificato al parto per ogni 175 donne durante la gravidanza, il parto ed il periodo post parto. Unendo questa stima al numero stimato di nascite, l'Afghanistan dovrebbe avere 4.546 ostetriche per assistere il 90% delle gravidanze. Nel 2002, il paese disponeva soltanto di 467 ostetriche qualificate. Meno della metà delle strutture sanitarie disponeva di personale femminile.

Nel Nooristan rurale, il rapporto tra personale maschile e femminile era addirittura di 43 a 1.

Anche se bisogna fare ancora molto per migliorare la salute materna e neonatale in Afghanistan, molte energie si sono concentrate con successo sull'ampliamento ed il rafforzamento dell'ostetricia.

Il Governo afgano sta collaborando con i partner locali e internazionali, compreso l'UNICEF, a sviluppare un approccio globale basato sull'ampliamento ed il potenziamento degli studi in ostetricia, sulla creazione di politiche a sostegno del ruolo cardinale delle ostetriche nel fornire cure ostetriche e neonatali, sull'istituzione di un ordine professionale per le ostetriche e sullo sviluppo di iniziative per incrementare l'accesso all'assistenza qualificata durante il parto.

Il programma CME (Community Midwifery Education), un programma di formazione basato sulle competenze della durata di 18 mesi, i cui requisiti di ammissione sono meno severi dei programmi precedenti, è considerato un approccio adeguato per aumentare la formazione e l'impiego di assistenti qualificati al parto. Nel 2008, sono stati avviati 19 programmi CME, ciascuno con 20-25 apprendisti. Questo rappresenta un aumento marcato della capacità di formazione rispetto al 2002, quando vi erano solo sei programmi di formazione in ostetricia gestiti dall'Istituto di Scienze della Salute nei centri regionali ed un programma gestito dalla comunità nella provincia di Nangahar. Il numero di ostetriche nel paese è aumentato rapidamente da 467 nel 2002 a 2.167 nel 2008.

Il programma CME incoraggia le donne dei distretti con carenze a presentare domanda di ammissione, con l'intesa che, una volta completato il corso, lavoreranno in quei distretti. Questa politica ha determinato un forte aumento delle strutture dotate di personale sanitario qualificato di sesso femminile (medici, infermiere o ostetriche), dal 39% nel 2004 al 76% nel 2006. Inoltre, sta avendo un impatto tangibile sull'assistenza materna; il numero di parti assistiti da personale qualificato è aumentato da circa il 6% nel 2003 al 19,9% nel 2006. Il successo dell'approccio formativo basato sulle competenze ha avuto come risultato l'adozione da parte del programma CME del curriculum e del processo di certificazione.

Vedi Note, pagina 109.

I servizi ambulatoriali e mobili possono fungere da ponte tra le famiglie e le strutture sanitarie, erogando servizi per la salute riproduttiva, pre, intra e post parto.



© UNICEF Perù/2005

Rimuovere le barriere culturali, sociali e geografiche all'assistenza sanitaria aiuta ad aumentare l'accesso ai servizi sanitari nelle comunità rurali. Una madre ed il suo neonato sono assistiti da un operatore sanitario in un centro sanitario, Perù.

Le partnership a livello locale sono particolarmente utili a migliorare la salute materna, neonatale e infantile. Ci sono quasi tanti tipi diversi di partnership quante sono le comunità. Alcuni sono di piccole dimensioni e a livello locale, altri fanno parte di una rete nazionale. Alcuni sono interamente volontari, mentre altri prevedono un qualche tipo di pagamento. Alcuni sono indipendenti dal sistema sanitario nazionale, men-

tre altri sono totalmente integrati nel sistema. I programmi che intendono adottare l'approccio delle partnership a livello locale, devono stare attenti ad adattarlo al contesto locale.

Nella condizione migliore, le partnership nel campo della salute e della nutrizione riescono non solo a migliorare l'accesso ai servizi e a facilitare i contatti tra gli operatori sanitari ed i

singoli o le famiglie, ma anche a stimolare il cambiamento nei comportamenti e la mobilitazione sociale. Nella condizione peggiore, queste partnership sono carenti di personale, mal coordinati, sottofinanziati e sono carenti di scorte. Gli esempi delle partnership a livello locale nel settore sanitario che hanno avuto successo in tutto il mondo in via di sviluppo dimostrano che, nell'insieme, i risultati sono positivi²⁵.

Il ruolo degli operatori sanitari delle comunità nella salute materna e neonatale

Le partnership a livello locale nel settore sanitario spesso si occupano della formazione di persone come operatori sanitari delle comunità. Questi operatori svolgono attività di assistenza sanitaria di base e nutrizionale, sia tramite visite a domicilio che in un luogo fisso. Gli operatori sanitari delle comunità conducono inoltre campagne per migliorare l'assistenza o le pratiche igieniche. L'allattamento esclusivo al seno, il lavag-

gio delle mani con sapone o cenere e l'uso di zanzariere trattate con insetticida per la prevenzione della malaria sono tre degli interventi più comuni svolti dagli operatori sanitari. Inoltre, molte partnership comprendono operatori che danno consigli sulla prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV e contribuiscono alla gestione delle malattie dell'infanzia, come la malaria, la polmonite e la sepsi neonatale.

Un esempio di questo è il Nepal. Gli operatori sanitari delle comunità collabora-

no con il personale sanitario qualificato a fornire assistenza alle madri, ai neonati ed ai bambini. Uno studio randomizzato condotto nel Nepal rurale mostra che queste partnership hanno ridotto la mortalità neonatale del 30%. A questi risultati si aggiungono quelli di uno studio condotto nell'India rurale che mostra una riduzione del 62% della mortalità neonatale quando gli operatori sanitari della comunità hanno fornito assistenza a domicilio ai neonati, come la rianimazione per l'asfissia da parto ed il trattamento della sepsi con antibiotici²⁶.

La marsupioterapia in Ghana

La marsupioterapia (un tipo di tecnica di marsupioterapia) per i bambini nati sottopeso è stata introdotta in Colombia nel 1979 dal dottor Hector Martinez e dal dottor Edgar Rey per trovare una risposta agli alti tassi di infezioni e di mortalità dovuti al sovraffollamento degli ospedali. Da quel momento è stata adottata in tutto il mondo in via di sviluppo ed è diventata un elemento essenziale dell'assistenza neonatale continuativa in tutto il mondo.

La marsupioterapia consiste di quattro elementi che sono tutti ugualmente essenziali a garantire la migliore assistenza possibile, soprattutto per i bambini sottopeso. Questi elementi sono: il contatto pelle a pelle che avviene posizionando il bambino sul torace materno; la nutrizione adeguata con l'allattamento al seno; l'assistenza ambulatoriale in seguito a dimissione prematura dall'ospedale ed il sostegno alla madre e alla sua famiglia nell'accudire il bambino.

La marsupioterapia è stata diffusa principalmente mediante i programmi di formazione. Spesso, la formazione è limitata agli ospedali. Un nuovo approccio è stato adottato in Ghana con il progetto della marsupioterapia (KMC Ghana) attuato in quattro regioni con il sostegno dell'UNICEF e dell'Unità per le Strategie di Assistenza Sanitaria Materna e Infantile del Consiglio di Ricerca Medica sudafricano. Invece di fornire semplicemente formazione, è stato adottato un approccio longitudinale "a porte aperte" basato sul sostegno continuativo delle strutture di assistenza sanitaria.

Secondo il programma, alla KMC viene dedicata attenzione speciale per 2-3 anni. A tal fine, i partecipanti devono con-

centrarsi su un aspetto dell'assistenza neonatale, devono attuarlo e, durante questo processo, integrarlo nelle normali pratiche di assistenza neonatale.

Il modello di attuazione prevede ruoli specifici per i distretti e le regioni, a seconda del metodo di delega dei poteri vigente nel paese. In Ghana, la regione rappresenta il punto nodale dell'attuazione, mentre i distretti sono responsabili di prendere le misure effettive per implementare il metodo. Anche se metà dei parti avviene ancora in casa, uno dei fondamentali del progetto KMC Ghana è l'istituzione di centri di eccellenza presso gli ospedali regionali e l'assistenza KMC continua per 24 ore negli ospedali distrettuali.

L'attuazione è controllata da un Comitato Direttivo KMC in ciascuna regione, formato da un membro di ciascuno dei distretti. Questi rappresentanti, a loro volta, istituiscono dei comitati direttivi a livello distrettuale. Sebbene l'obiettivo sia quello di introdurre la KMC negli ospedali distrettuali, viene sollecitata l'adesione di altre strutture sanitarie e organizzazioni delle comunità.

Anche se non è ancora stata effettuata una valutazione globale del programma KMC Ghana, i dati preliminari indicano che è efficace nel migliorare la sopravvivenza dei bambini nati sottopeso e nel rafforzare il legame tra madri e neonati.

Vedi Note, pagina 109.

Coinfezione da HIV e malaria in gravidanza

La coinfezione da HIV e malaria presenta complicazioni specifiche per le donne in gravidanza e per lo sviluppo fetale. L'HIV riduce l'immunità specifica materna per la malaria che normalmente si acquisisce durante la prima e la seconda gravidanza. La malaria placentare è associata a un aumentato rischio di anemia materna e infezione da HIV, soprattutto tra le donne più giovani e tra quelle alla prima gravidanza. Il ruolo della coinfezione nella trasmissione madre-figlio dell'HIV non è ancora chiaro, visto che alcuni studi riportano un aumento e altri nessun cambiamento. I rischi potenziali di interazioni avverse tra farmaci hanno gravi implicazioni per la gestione efficace della coinfezione e necessitano di ulteriori studi.

Sebbene l'Asia, l'America latina e i Caraibi e l'Africa subsahariana siano colpite dalla malaria, la più alta incidenza di coinfezione è presente in Africa, il continente in cui si registrano i tassi più alti di malaria e in cui vivono più di tre quarti di tutte le donne colpite da HIV. Ma nel continente africano esistono delle differenze. Ad esempio, gli Stati che presentano il maggior numero di coinfezioni da HIV e malaria sono la Repubblica centrafricana, il Malawi, il Mozambico, lo Zambia e lo Zimbabwe, dove circa il 90% degli adulti è esposto alla malaria e la prevalenza media dell'HIV negli adulti supera il 10%. In alcune parti dell'Africa più meridionale, dove l'epidemia da HIV è particolarmente grave, vi è una minore incidenza di malaria, anche se si verificano epidemie in alcune zone particolari, come Kwazulu-Natal in Sudafrica.

Altre regioni non dispongono di dati altrettanto precisi, ma potrebbero esserci casi di infezione concomitante nelle popolazioni generali di Belize, El Salvador, Guatemala, Guyana e Honduras e, in minor misura, del Brasile. Le ricerche indicano che alcune popolazioni, come i lavoratori migranti delle miniere d'oro in Brasile e Guyana, possono essere più a rischio di coinfezione. L'epidemia da HIV è diffusa in alcuni paesi asiatici come il Myanmar e la Thailandia, mentre la trasmissione della malaria è instabile ed eterogenea in tutta la regione, come pure in America latina e Caraibi. Anche le specie di parassita *Plasmodium* presenti nelle varie regioni sono diverse: in Africa è presente il *P. falciparum* e in Asia e in America latina e Caraibi il *P. vivax*, mentre gli effetti della malattia variano a seconda del grado di immunità acquisito dalla donna prima della gravidanza. Le donne in Asia sono meno esposte alla trasmissione della malaria e, pertanto, hanno meno probabilità di sviluppare l'immunità acquisita. Questo vale anche per alcune parti dell'Africa meridionale in cui la trasmissione della malaria è instabile. La maggior parte degli studi sulla malaria in gravidanza provengono dall'Africa, ma è necessario condurre studi in altre regioni e sulla specie non *falciparum*.

I soggetti affetti da malaria con anemia grave che necessitano di trasfusioni di sangue, soprattutto i bambini, sono maggiormente esposti a infezione da HIV. Ogni anno, tra 5.300 e 8.500 bambini nelle zone dell'Africa endemiche per malaria contraggono l'infezione da HIV con le trasfusioni di sangue che ricevono per forme gravi di malaria.

A parte le differenze regionali, gli effetti della coinfezione sono simili in tutte le donne in gravidanza. L'infezione concomitante da HIV e malaria in gravidanza aumenta il rischio di anemia grave e riduce l'immunità acquisita che le donne che vivono in zone in cui la malaria è a trasmissione stabile possono avere sviluppato. Questo significa che le donne sieropo-

sitive alla seconda, terza o quarta gravidanza hanno gli stessi bassi livelli di immunità per la malaria delle donne alla prima gravidanza. Le donne in gravidanza sieropositive sono due volte più suscettibili alla malaria clinica, indipendentemente dalla gravidanza. In queste donne, la malaria può limitare lo sviluppo fetale, provocare un parto pretermine e la nascita di un bambino sottopeso, ridurre il trasferimento dell'immunità materna al bambino e la risposta cellulare a infezioni da pneumococco, tetano e morbillo. Secondo prove recenti, è più probabile che le donne sieropositive affette da malaria partoriscono bambini sottopeso e che questi bambini siano esposti a un rischio più elevato di trasmissione madre-figlio dell'HIV rispetto a quelli di peso normale.

Gli effetti della malaria sull'HIV sono meno chiari, anche se gli episodi di malaria acuta possono aumentare la carica virale ed accelerare la progressione della malattia. L'infezione marica durante la gravidanza può aumentare il rischio di trasmissione intrauterina e durante il parto dell'HIV e la maggiore carica virale può determinare un rischio più elevato di trasmissione dell'infezione durante l'allattamento al seno. Alcuni studi indicano che la carica virale può regredire ai livelli precedenti all'episodio dopo il trattamento della malaria, il che suggerisce che la gestione della malaria può essere cruciale per rallentare la diffusione dell'HIV e la progressione all'AIDS.

Uno dei problemi più pressanti relativi alla coinfezione riguarda le terapie farmacologiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che tutte le donne in gravidanza nelle zone ad alta prevalenza di HIV (>10%) ricevano almeno tre dosi di sulfadoxine-pyrimethamine come terapia preventiva intermittente (TPI), anche nei casi asintomatici, a meno che non ricevano cotrimoxazole per il trattamento delle infezioni opportunistiche HIV-correlate.

Molti governi africani usano la terapia di combinazione basata sulle artemisine per la gestione della malaria in gravidanza. Visto che gli studi sono ancora limitati, l'OMS continua a raccomandare questa terapia nei casi di malaria non complicata durante il primo trimestre di gravidanza, se è l'unico trattamento efficace disponibile. I casi di anemia grave si dovrebbero trattare con una terapia a base di artemisina o chinino, anche se il chinino è preferibile nel secondo o terzo trimestre. Vi sono scarsi dati pubblicati sui rischi della somministrazione concomitante di antiretrovirali e antimalarici, compresi i derivati dell'artemisina. Tuttavia, l'artemisina non ha prodotto effetti tossici importanti se somministrata in concomitanza con antiretrovirali o nelle fasi precoci della gravidanza.

Vedi Note, pagina 109.

Le sfide sostenute dalle adolescenti in Liberia

dell'Onorevole Vabah Gayflor, Ministro di Pari Opportunità e Sviluppo, Liberia

Garantire alle adolescenti un ambiente di sostegno per la loro crescita e il loro sviluppo e la protezione dagli abusi, lo sfruttamento, la violenza e l'ingresso prematuro nei ruoli adulti, come il matrimonio e il lavoro è un compito particolarmente impegnativo nel mio paese, la Liberia.

Un'adolescente che vive in Liberia:

- È probabile che non abbia frequentato la scuola elementare; il tasso netto di iscrizione primaria delle bambine è pari al 39%, secondo le stime nazionali più recenti.
- È improbabile che frequenti la scuola secondaria; appena il 14% delle ragazze in età d'istruzione secondaria sono iscritte alla scuola secondaria.
- Rischia di rimanere analfabeta, come il 24% delle adolescenti e delle giovani donne da 15 a 24 anni di età del paese.
- Rischia di subire uno stupro, il reato segnalato più spesso. Le vittime più frequenti sono le ragazze tra 10 e 14 anni.
- Ha probabilmente una conoscenza limitata dell'HIV e dell'AIDS; solo il 21% delle giovani donne tra 15 e 24 anni ha una conoscenza esauriente dell'HIV e dell'AIDS.
- Ha un'alta probabilità di essere sposata o di convivere; il 40% delle donne tra 20 e 24 anni in Liberia si sono sposate prima dei 18 anni.
- È probabile che sia in stato di gravidanza; il tasso di natalità tra le adolescenti da 15 a 19 anni di età è di 221 per 1.000 – il secondo tasso più alto del mondo.
- È improbabile che partorisca in un ospedale o in una struttura sanitaria, visto che solo il 37% dei parti avviene in una struttura sanitaria.
- È probabile che debba partorire senza l'assistenza di un operatore sanitario qualificato, che assiste soltanto il 51% dei parti.
- Rischia di morire a causa della gravidanza o del parto; il tasso di mortalità materna è di 1.200 per 100.000 nati vivi.
- È esposta a un rischio ancora più alto di mortalità materna se è sotto i 15 anni; le ragazze tra 10 e 14 anni hanno cinque volte più probabilità di morire per cause associate alla gravidanza o al parto di quelle tra 20 e 24 anni di età.
- Se sopravvive alla gravidanza, può subire una lesione dovuta al parto, come la fistola o il prolasso uterino.
- È esposta al rischio di morire nel corso della vita in seguito alla prima gravidanza o a quelle successive; il rischio di mortalità materna nel corso della vita è di 1 su 12.
- Il suo bambino può morire entro il primo anno di vita; infatti, 1 bambino su 10 muore prima di compiere un anno.
- È probabile che non abbia il sostegno di un partner, anche se è sposata.
- Ha poche o nessuna possibilità di ottenere protezione da ulteriori abusi, sfruttamento o dalla privazione dell'empowerment.

Per creare un ambiente di sostegno per le adolescenti in Liberia, bisogna innanzitutto proteggerle dalla violenza e dagli abusi ed assicurarsi che abbiano un'istruzione di qualità.

Bisogna anche assicurarsi che le famiglie non permettano alle ragazze di sposarsi prima dei 18 anni o di essere sfruttate come forza lavoro.

Bisogna promuovere la conoscenza dell'HIV e dell'AIDS tra i giovani e garantire alle vittime della violenza sessuale il ricorso alla giustizia.

Bisogna investire nella salute riproduttiva e materna e nell'assistenza sanitaria di base per milioni di ragazze adolescenti.

Ma prima di tutto, bisogna che le comunità e la società rispettino i diritti delle donne e delle bambine e abbiano il coraggio di cambiare gli usi e le pratiche che arrecano danno e discriminano le ragazze.

Sotto la guida del Presidente Ellen Johnson-Sirleaf, il Governo della Liberia si sta impegnando a fornire alle adolescenti la protezione di cui hanno bisogno e ad aiutarle ad acquisire le abilità che le aiutino a proteggersi. Apprezziamo il sostegno della comunità internazionale di sviluppo nell'aiutarci ad agire con rapidità ed efficacia.

Vedi Note, pagina 109.

L'assistenza presso le strutture sanitarie è essenziale per il riferimento a uno specialista e per l'erogazione di una serie di servizi di routine e di emergenza per le madri ed i neonati.

Le partnership a livello locale nel campo dell'assistenza sanitaria possono aiutare ad estendere la copertura dei servizi essenziali e delle migliori pratiche di salute e nutrizione. Ma, cosa ancora più importante, possono aiutare i sistemi sanitari a porgere assistenza alle loro comunità più povere ed emarginate.

Servizi ambulatoriali e mobili

I servizi ambulatoriali e mobili, come l'assistenza prenatale e la vaccinazione, sono erogati su base routinaria con uno o due metodi: le cliniche fisse dove si recano le donne in gravidanza ed i loro figli, o i servizi mobili mediante i quali gli operatori sanitari forniscono interventi essenziali alle madri e ai bambini nelle loro comunità. In quasi tutti i casi, i beneficiari non sono sottoposti a valutazione clinica, ma ricevono un servizio standardizzato. Spesso non è necessario che questi interventi siano forniti da personale medico specializzato per arrecare beneficio, ma possono essere forniti da operatori sanitari semi-specializzati o da operatori sanitari delle comunità attraverso la formazione. Questo consente di estendere la copertura dei servizi erogati attraverso unità mobili a grandi settori della popolazione con più facilità e maggiore efficienza dei costi²⁷.

I servizi ambulatoriali e mobili possono fungere da ponte tra l'assistenza a domicilio, delle comunità e presso le strutture sanitarie. Sono dei meccanismi vitali per fornire l'assistenza pre e post parto, così come per promuovere la salute sessuale e riproduttiva. Ad esempio, anche se naturalmente l'assistenza prenatale può essere fornita dalle clini-

che o dagli ospedali, si presta benissimo ad essere erogata come servizio mobile.

I servizi prenatali erogati con unità mobili dovrebbero effettuare esami per riscontrare e trattare disturbi quali anemia, ipertensione, diabete, sifilide, tubercolosi e malaria, oltre a controllare la posizione del feto. Dovrebbero inoltre fornire vaccini contro il tetano, distribuire zanzariere trattate con insetticida e fornire terapia preventiva intermittente per la malaria nelle zone endemiche per malaria, oltre a consulenza su problemi quali la dieta, l'igiene, i segnali di pericolo durante la gravidanza e l'allattamento al seno. Tuttavia è anche importante non sovraccaricare i sistemi ambulatoriali o mobili²⁸.

I servizi mobili possono anche essere adattati a fornire assistenza post parto, come è già stato accennato prima nel presente capitolo. I servizi fondamentali prevedono il riconoscimento ed il controllo dei segnali di pericolo per le madri ed i neonati, i consigli sull'alimentazione - soprattutto l'allattamento al seno esclusivo e precoce - e la cura del neonato, il riferimento della madre e del neonato a uno specialista, se necessario, ed il sostegno e la consulenza sulle pratiche sanitarie²⁹.

Un altro settore che si presta ai servizi ambulatoriali e mobili è quello della salute riproduttiva. I servizi mobili possono sensibilizzare sulle scelte relative ai servizi e alle pratiche di salute riproduttiva, come il distanziamento delle nascite. Inoltre, possono riscontrare le infezioni trasmesse per via sessuale e curarle tempestivamente. Tuttavia,

molti servizi ambulatoriali e mobili per la salute riproduttiva, attualmente offrono solo interventi di scarsa qualità, che non incoraggiano le persone ad usufruirne³⁰.

Assistenza presso le strutture sanitarie

Generalmente, le strutture sanitarie forniscono la gamma più ampia di trattamenti preventivi e curativi per la salute materna e infantile e, potenzialmente, il gruppo più qualificato di operatori sanitari. Queste strutture appartengono solitamente a due categorie principali: le cliniche e gli ospedali. La struttura più vicina alla comunità è probabilmente una clinica che fornisce assistenza immediata e generica, possibilmente sotto la supervisione di un infermiere. Spesso, il personale delle cliniche è in grado di assistere un parto non complicato e di fornire sostegno e consigli sulla cura di un neonato. Dovrebbe essere anche in grado di affrontare alcune delle complicazioni più comuni; ad esempio, dovrebbe essere capace di rimuovere manualmente la placenta o di rianimare un neonato. Visti i rischi potenziali associati al travaglio e al parto, tuttavia, sia il personale delle cliniche, sia quello che fornisce assistenza al parto mediante i servizi mobili, deve avere le conoscenze adeguate per riconoscere subito se una complicazione del parto o le condizioni del neonato siano al di là delle sue competenze ed è necessaria un'assistenza di livello superiore.

Il livello successivo è probabilmente un ospedale distrettuale, dove i medici possono fare una diagnosi, fornire trattamenti, cure e servizi di consulenza e

di riabilitazione. Alcuni sistemi sanitari possono disporre di ospedali specializzati, ma in molte comunità del mondo in via di sviluppo, i bisogni di assistenza sanitaria delle madri e dei neonati vengono soddisfatti – ammesso che lo siano – dalle cliniche o dagli ospedali distrettuali³¹.

L'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza può essere un problema per le donne in gravidanza che vivono nelle zone rurali, a causa della distanza che devono percorrere per raggiungere una struttura sanitaria adeguata e della mancanza di mezzi di trasporto o di strade adatte a raggiungerla. Anche se i mezzi di trasporto e le infrastrutture sono disponibili, i costi di trasporto e di alloggio uniti ai costi indiretti, come il reddito perso dai familiari che accompagnano la donna, possono essere proibitivi. Di conseguenza, le famiglie che vivono in comunità geograficamente isolate sono esposte a rischi elevati di mortalità materna e neonatale quando insorgono complicazioni del parto. Secondo uno studio recente dei decessi materni in Afghanistan, ad esempio, la distanza fisica contribuisce ai rischi epidemiologici a cui sono esposte le donne³².

Tuttavia, la distanza geografica non è l'unico ostacolo all'accesso alle strutture di assistenza sanitaria; vi sono casi in cui una donna che vive nei pressi di una struttura sanitaria vi si reca soltanto per l'assistenza prenatale

ma non per partorire. Le riserve culturali sul fatto che degli estranei assistano una donna nel parto ed i costi dell'assistenza qualificata al parto, fanno da deterrente all'uso delle strutture sanitarie. Anche la carenza di personale sanitario e l'inadeguatezza delle attrezzature mediche e dei farmaci possono dissuadere le famiglie dal rivolgersi alle strutture sanitarie. Un compito particolarmente difficile è ridurre l'incidenza delle infezioni contratte in ambiente ospedaliero - un rischio serio nell'Africa subsahariana - che possono aumentare il rischio di infezioni da trasfusioni di sangue o da riutilizzo di siringhe³³. Malgrado questi ostacoli, è evidente che potenziare le cliniche di maternità, i centri sanitari e gli ospedali per fornire almeno l'assistenza ostetrica di emergenza di base rappresenterebbe un grosso passo in avanti per ridurre la mortalità materna e neonatale.

Il continuum di assistenza: misure pratiche a favore dell'assistenza sanitaria di base per le madri e i neonati

I servizi di assistenza sanitaria funzionano meglio quando creano un collegamento tra l'assistenza a domicilio, quella fornita dalla comunità e dai servizi erogati attraverso unità mobili, e le cliniche e gli ospedali. Questa non è affatto una nuova teoria: le prove e le conoscenze esistono da decenni. La loro applicazione è in

grado di ridurre significativamente il numero dei decessi materni e neonatali evitabili. Ora la sfida consiste nel mettere in campo i livelli di investimenti nei servizi sanitari che garantiscano un continuum di assistenza. Il Capitolo 4 illustra un sistema per ideare le strategie e ripartire le risorse per realizzare i miglioramenti nella salute materna e infantile di cui il mondo in via di sviluppo ha urgente necessità.

4 Rafforzare i sistemi sanitari per migliorare la salute delle madri e dei neonati



L'istituzione di efficaci continuum di assistenza richiederà misure concrete per rafforzare i sistemi sanitari. Gli elementi chiave per lo sviluppo dei sistemi sanitari – approfondire la base di conoscenze, ampliare e aumentare il personale sanitario, ammodernare ed espandere le infrastrutture e la logistica, fornire soluzioni di finanziamento eque, stimolare la richiesta di assistenza attraverso la mobilitazione sociale, garantire la qualità dell'assistenza e promuovere l'impegno e la leadership politici attraverso la collaborazione – vengono accettati sempre di più dai governi nazionali e locali e dalle agenzie internazionali. Il Capitolo 4 della Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esamina ognuna delle prime sei misure, illustrandone l'applicazione concreta attraverso degli esempi di paesi. La settima misura, l'impegno e la leadership politici, viene affrontata nel capitolo finale del rapporto.

Raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5 sarà impegnativo. Nel complesso, il mondo è molto indietro per quanto riguarda il miglioramento della salute materna, con scarsi progressi ottenuti soprattutto nell'Africa subsahariana dal 1990 a oggi. Ma anche all'interno di quei paesi e di quelle regioni in via di sviluppo che hanno fatto registrare i maggiori progressi, vi sono sacche di povertà ed emarginazione che continuano a escludere molte persone dai servizi di maternità e di assistenza sanitaria di base (*vedi Capitolo 1 per una descrizione completa delle tendenze della mortalità materna*).

Progressi più rapidi e miglioramenti importanti nella sopravvivenza materna e neonatale sono possibili raggruppando e aumentando gli interventi accessibili e di provata efficacia, forniti attraverso un continuum di assistenza e rafforzati da un ambiente in grado di sostenere i diritti delle donne e dei bambini.

Le raccomandazioni politiche in merito alle strutture necessarie per accele-

rare i progressi vengono continuamente arricchite attraverso la raccolta di dati, la ricerca e l'analisi, il monitoraggio e la valutazione, nonché le azioni collaborative. Il Capitolo 4 identifica e prende in esame una serie di misure concrete per il rafforzamento dei sistemi sanitari a sostegno del continuum di assistenza delineato nel Capitolo 3. Tali misure comportano le seguenti azioni:

- Migliorare la raccolta di dati e l'analisi delle tendenze, dei livelli, dei rischi e delle cause della mortalità e della morbilità materne e neonatali e degli interventi per combatterle.
- Espandere il personale per l'assistenza sanitaria di base nei paesi in via di sviluppo e arricchire i livelli di competenza.
- Mobilitare le società affinché richiedano una migliore assistenza sanitaria per le madri e i neonati e un ambiente favorevole ai diritti delle donne e dei bambini.
- Istituire meccanismi di finanziamento pratici, equi e sostenibili per

l'assistenza sanitaria di base e i servizi di maternità.

- Investire nelle infrastrutture, nella logistica, nelle tecniche di informazione e comunicazione, nelle strutture e nella capacità di gestione per assicurare un'assistenza di qualità e un efficace affidamento a specialisti.
- Migliorare la qualità dell'assistenza in tutto il sistema sanitario.
- Favorire l'impegno e la leadership politici attraverso una collaborazione più forte tra i partner.

Questo capitolo esamina le prime sei di queste misure, illustrandone l'applicazione pratica attraverso degli esempi di paesi. La settima misura, invece, verrà affrontata nel Capitolo 5.

Misura 1: Migliorare la raccolta e l'analisi dei dati

Dato che nessun singolo indicatore può descrivere adeguatamente le varie dimensioni della salute materna o neonatale, un'ampia gamma di indicatori risulta utile per guidare e monito-

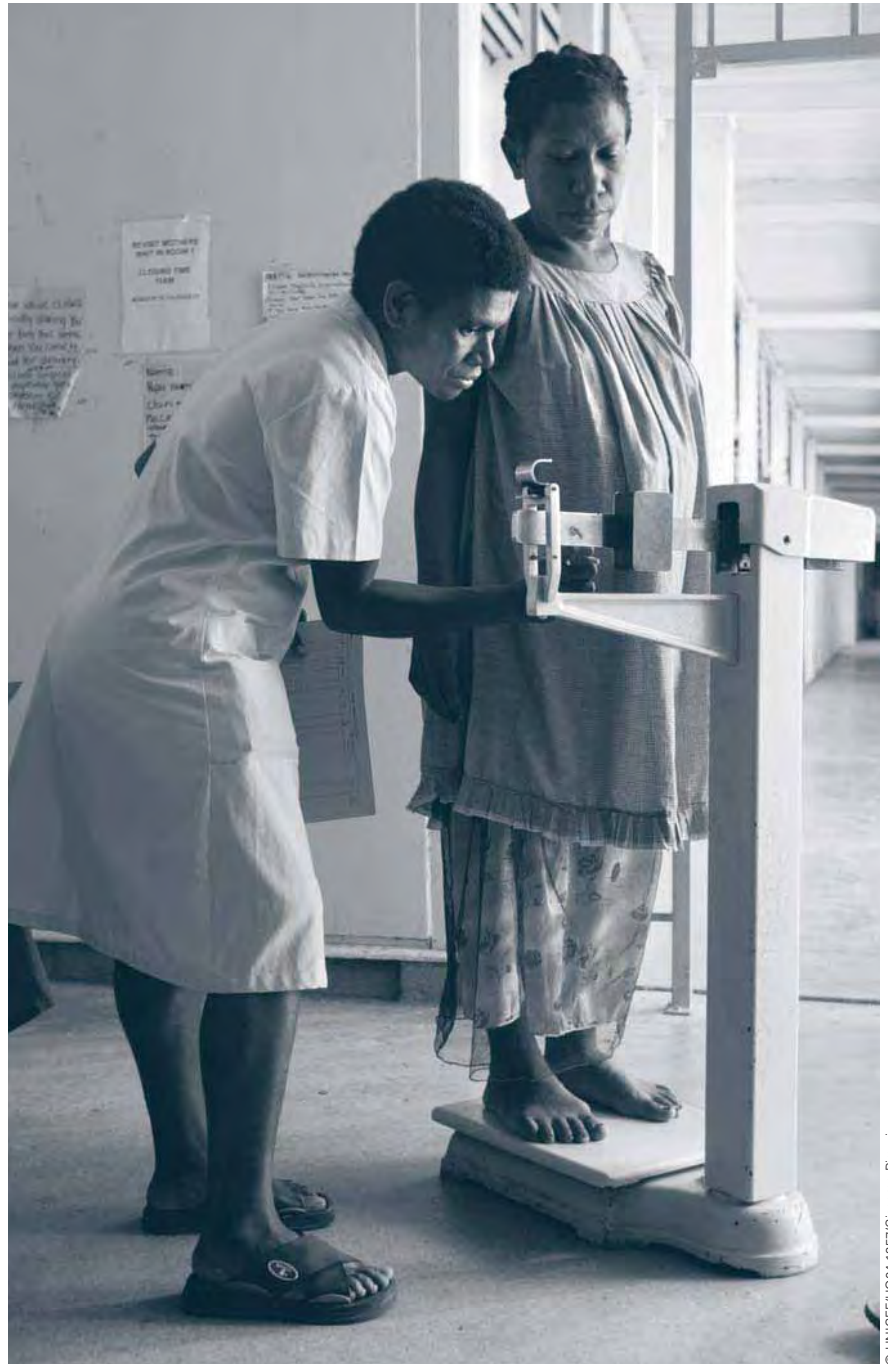
Dei buoni dati sulla salute e sulla sopravvivenza delle madri e dei neonati costituiscono la base di politiche valide, programmi efficaci e partnership collaborative.

rare i programmi. Tra le informazioni essenziali per le politiche e i programmi figurano i dati demografici, le condizioni alimentari, le condizioni socio-economiche, la fornitura di assistenza sanitaria, le pratiche per la ricerca di assistenza e l'applicazione di pratiche sanitarie e alimentari migliorate.

Queste misure rafforzano la comprensione dell'incidenza, delle tendenze, dei rischi e delle cause della mortalità e della morbidità materne e neonatali. Ma c'è bisogno di fare molto di più. Le lacune in termini di conoscenze di molti aspetti della salute materna e neonatale – dalla stima delle cifre relative alla mortalità ai rischi per la gravidanza posti dall'HIV e dall'AIDS, tanto per citare solo un paio di elementi – rimangono significative. I sistemi di informazione sanitaria sono ancora incompleti in molti paesi in via di sviluppo¹.

Il potenziamento della base di conoscenze che costituisce il fondamento di politiche, programmi e partnership è una componente essenziale per sviluppare i sistemi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato delle linee guida per aiutare i governi e altre agenzie a espandere la raccolta di dati e a migliorare la qualità dei dati sulla salute materna. L'OMS raccomanda che i sistemi di informazione sanitaria si impegnino di raccogliere dati in cinque ambiti chiave attinenti alla salute materna e infantile:

- Tassi di mortalità materna e infantile.
- Fattori o determinanti che contribuiscono alla morbidità e alla mortalità.



La fornitura di interventi essenziali di assistenza sanitaria come la vaccinazione e l'integrazione di micronutrienti protegge le donne incinte dalle malattie e dalla denutrizione. In Papua Nuova Guinea, un'operatrice sanitaria offre visite comprendenti la misurazione del peso e della pressione sanguigna, la vaccinazione contro il tetano e l'integrazione di ferro

Si sta impiegando una vasta gamma di metodi per migliorare la raccolta di dati sulla sopravvivenza delle madri e dei neonati, tra cui i censimenti, le indagini a domicilio e la raccolta di dati basata sulle strutture.

Grafico 4.1

Assistenza ostetrica d'emergenza (AOE): Indicatori di processo e livelli raccomandati dall'ONU

Indicatore di processo	Definizione	Livello raccomandato
1. Quantità disponibile di servizi di AOE	Numero di strutture che forniscono AOE	Minimo: 1 struttura AOE completa e 4 strutture di base ogni 500.000 persone
2. Distribuzione geografica di strutture per l'AOE	Strutture che forniscono AOE ben distribuite a livello subnazionale	Minimo: il 100% delle aree subnazionali ha i numeri minimi accettabili di strutture AOE di base e ad ampio raggio
3. Percentuale di tutte le nascite in strutture per l'AOE	Percentuale di tutte le nascite nella popolazione che hanno luogo in strutture AOE	Minimo: 15%
4. Bisogno soddisfatto di servizi di AOE	Percentuale di donne con complicazioni ostetriche trattate in strutture per l'AOE	Minimo: 100% (stimato come il 15% delle nascite previste)
5. Tagli cesarei come percentuale di tutte le nascite	Parti cesarei come percentuale di tutte le nascite nella popolazione	Minimo: 5% Massimo: 15%
6. Tasso di mortalità	Percentuale di donne con complicazioni ostetriche ammesse in una struttura che muoiono	Massimo: 1%

Fonte: Nazioni Unite.

- Percezione da parte della comunità di questi problemi sanitari e azioni appropriate, compresi i tipi di servizi e gli atteggiamenti verso la ricerca di assistenza.
- Disponibilità di servizi di assistenza sanitaria di qualità e accesso a essi.
- Qualità dell'assistenza².

Esistono numerosi strumenti per facilitare la raccolta di queste informazioni, tra cui i censimenti, le autopsie verbali, le registrazioni dei decessi, le indagini o gli studi, i dati ottenuti dalle strutture sanitarie e dalla sorveglianza sanitaria. Dato che ogni metodo ha i suoi punti di forza e i suoi punti deboli, si dovrebbe impiegare

più di un meccanismo per valutare la salute materna e neonatale.

Censimenti, questionari e indagini a domicilio

I censimenti nazionali costituiscono una fonte essenziale di dati e informazioni sulla salute materna. Spesso forniscono l'unico studio a livello di famiglie abbastanza ampio da consentire la misurazione delle variazioni geografiche e socio-economiche della mortalità materna. Un censimento può comprendere delle domande di *follow-up* che mirano a valutare i tempi dei decessi di donne in età fertile in ogni famiglia negli ultimi 12 mesi. Tuttavia, c'è da notare che alcuni paesi non stanno usando i loro censimenti per raccogliere queste

informazioni, perdendo così un'opportunità di raccogliere informazioni preziose sulla salute materna.

L'autopsia verbale è un altro metodo di raccolta di informazioni sulla mortalità e sulla morbilità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato tre questionari per l'autopsia verbale – uno per accertare i decessi nelle prime quattro settimane di vita, un altro per i bambini di età compresa tra le quattro settimane e i 14 anni, e un terzo per le persone di età superiore a 15 anni – con l'obiettivo di contribuire a standardizzare i criteri e i metodi di misurazione. Questo livello di esame minuzioso tiene conto della questione critica dei tempi che, in passato, non è stata adeguatamente sottolineata³.

Le indagini a domicilio, come DHS e MICS, stanno fornendo dati essenziali su un'ampia gamma di indicatori di esito e di copertura.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, solo 31 dei suoi 193 Stati membri riportano statistiche di qualità sulle cause di morte. Attualmente, per accertare le cause di morte, diversi paesi stanno usando degli strumenti di sorveglianza come i Sistemi di Sorveglianza Demografica in ambiti geografici più ristretti. Tra i metodi utilizzati figurano le indagini di *follow-up* sui decessi, che si servono dell'autopsia verbale per chiedere ai familiari, ai fornitori di assistenza sanitaria e ai membri della comunità di spiegare le circostanze dei decessi in questione. Questi sistemi vengono definiti di registrazione civile a campione con autopsia verbale. Una politica *no-blame*, in cui chi risponde non viene ritenuto responsabile delle risposte alle domande dell'indagine, risulta importante per ottenere e mantenere il sostegno comunitario a questo impegno⁴.

Numerosi fattori influenzano i risultati relativi alla salute materna e neonatale, tra cui i fattori biologici come le condizioni alimentari, le determinanti socio-economiche come il reddito e il grado d'istruzione, il comportamento di chi cerca aiuto e le pratiche che hanno un impatto positivo, le barriere all'accesso ai servizi sanitari e i fattori di rischio comportamentali come la violenza domestica e il fumo. Gli studi e le indagini a domicilio costituiscono i metodi principali utilizzati per valutare la frequenza di questi tipi di determinanti, che può essere quindi analizzata per comprendere meglio la popolazione a cui si rivolgono i programmi sanitari.

Tra le indagini a domicilio trasversali periodiche più importanti figurano le Ricerche demografiche e sanitarie (Agenzia Statunitense per lo Sviluppo Internazionale), le Indagini campione a indicatori multipli (UNICEF) e le Indagini sulla salute riproduttiva (Centri per il Controllo delle Malattie). Queste indagini internazionali forniscono dati quantitativi ad ampio raggio su una vasta gamma di temi sanitari. Dal 1995, in 100 paesi sono state condotte quasi 200 Indagini campione a indicatori multipli (MICS).

Raccolta di dati basata sulle strutture e sulle comunità

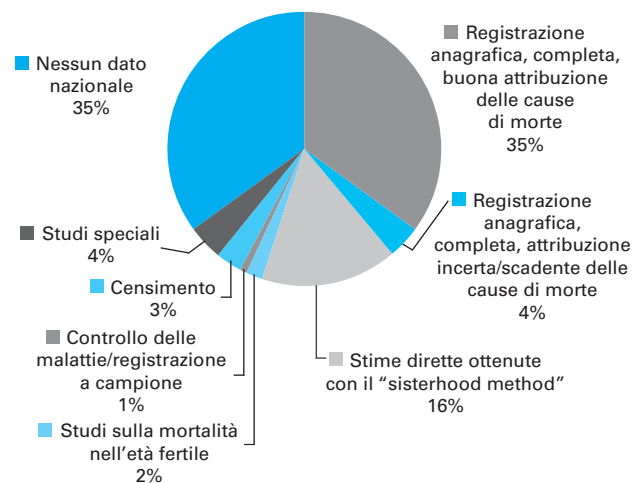
I dati derivanti dalle strutture sanita-

rie, in tutta la vasta gamma di fornitori di assistenza sanitaria pubblici e privati, risultano utili anche per valutare lo stato della salute materna e neonatale. Il numero di decessi nei centri sanitari può essere monitorato facilmente e fornire delle opportunità di venire a conoscenza dei miglioramenti necessari per evitare ulteriori decessi, particolarmente quelli che avvengono in tali centri, in un processo noto come "esame o verifica dei decessi materni". Questo tipo di dati può fornire informazioni anche sui cosiddetti "quasi-decessi" (ossia delle complicazioni molto gravi che hanno fatto aumentare il rischio di mortalità ma che, alla fine, non hanno provocato decessi) che risultano importanti per

Grafico 4.2

Distribuzione delle fonti di dati essenziali usate per ricavare le stime sulla mortalità materna relative al 2005

Numero totale di paesi: 171



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e Banca Mondiale, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, OMS, Ginevra, 2007, p. 9.



© UNICEF/H006-0550/Shehzad Noorani

Un aumento del numero di nascite assistite da operatori sanitari qualificati può ridurre i decessi materni derivanti da complicazioni durante il parto. Due insegnanti dimostrano le procedure adeguate per tenere in braccio un bambino dopo il parto durante un corso formativo per le donne presso un centro di formazione per ostetriche in Sudan

migliorare la qualità del servizio⁵.

Anche i governi, gli istituti di ricerca e altre agenzie conducono delle forme di sorveglianza sanitaria sistematiche – che i Centri per il Controllo delle Malattie definiscono “la raccolta, l’analisi, l’interpretazione e la diffusione continue – di dati riguardanti un evento collegato alla sanità, da utilizzare in azioni di salute pubblica volte a ridurre la morbilità e la mortalità, nonché a migliorare le condizioni sanitarie”⁶. Questo metodo di raccolta di dati può

venire combinato con altri per valutare la salute di una popolazione nel tempo e per area geografica.

L’UNICEF e i suoi partner stanno raccogliendo dei dati basati sulle strutture per fornire degli indicatori riguardanti l’assistenza ostetrica d’emergenza. Anche la valutazione dei bisogni relativi all’assistenza ostetrica d’emergenza è stata effettuata dall’UNICEF, dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e dalla Columbia University nell’ambi-

to dell’Averting Maternal Death and Disability Project⁷.

La Health Metrics Network, una partnership internazionale dedita ad aiutare i paesi a rafforzare i loro sistemi d’informazione per la gestione sanitaria, ha sviluppato uno strumento atto a valutare la completezza e la qualità di tali sistemi (*vedi Scheda Migliorare i sistemi d’informazione sanitaria: l’Health Metrics Network, pagina 105*). L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha guidato l’elaborazione di

Usare la metodologia del punto di collegamento critico nei sistemi di assistenza sanitaria per prevenire i decessi materni

di Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Istituto Nazionale di Salute Pubblica, Messico

La metodologia del punto di collegamento critico (CLM) esamina ogni decesso materno come evento sentinella. Esamina inoltre tutte le interazioni a livello di assistenza sanitaria tra il personale sanitario e una donna prima del decesso di quest'ultima, fornendo una sequenza cronologica delle azioni per la ricerca di assistenza sanitaria e della corrispondente fornitura di assistenza in tutto il sistema sanitario.

La CLM valuta l'assistenza sanitaria attraverso tre dimensioni:

- rendimento clinico (ritardi, omissioni e conformità con gli standard qualitativi in confronto alle linee guida fissate).
- organizzazione interna dell'ospedale.
- continuità di assistenza tra strutture sanitarie.

Attraverso questo processo di riesame, la CLM si concentra su quegli interventi cruciali che, se forniti in modo sollecito, possono evitare futuri decessi materni. Consente inoltre ai comitati per la maternità sicura di spostare la loro attenzione da una causa di morte medica a una prospettiva manageriale di opportunità mancate. Questo cambiamento di prospettiva viene evidenziato attraverso le seguenti domande:

- *Durante quali interazioni tra il sistema sanitario e la donna il disturbo che ha condotto al decesso di quest'ultima avrebbe potuto essere affrontato meglio?*
- *Sulla base di quest'analisi, quali misure specifiche devono essere prese in modo diverso in futuro per prevenire dei decessi di donne in circostanze analoghe?*
- *Per mantenere questi cambiamenti specifici, quali processi in ogni unità assistenziale richiedono una modifica per garantire la qualità dell'assistenza, e quali fattori del sistema sanitario andrebbero riprogettati per garantire la continuità dell'assistenza durante le emergenze ostetriche?*

Inoltre, il confronto tra casi di decessi mancati per poco (ossia complicazioni che determinano una grave morbidità ma che alla fine non si dimostrano fatali) e casi di mortalità materna sottolinea l'urgenza di una fornitura tempestiva di assistenza. Questo ha determinato una nuova categoria di analisi: l'intervallo di tempo terapeutico, che chiede alla ricerca clinica di stabilire l'intervallo di tempo durante il quale gli interventi risultano efficaci. L'intervallo di tempo terapeutico aiuta a dimostrare che, anche quando viene fornito, un trattamento adeguato può non riuscire a salvare vite di donne se non viene applicato in modo tempestivo.

Da casi singoli di allarme rosso a ulteriori ricerche

Una comunicazione aperta e regolare tra i supervisori sul campo della CLM e le autorità federali ha fatto sì che gli allarmi rilevati da studi di caso individuali stimolassero ulteriori analisi dei sistemi di raccolta dati di routine (registrazioni ospedaliere di 1.029.000 pazienti ostetriche annuali, provenienti da 617 ospedali pubblici) per esplorare l'ampiezza e la distribuzione di queste lacune a livello di assistenza materna in tutto il sistema sanitario.

Un esempio del genere viene fornito da uno studio CLM delle donne affette da emorragia post parto decedute durante il trasferimento dagli ospedali comunitari a quelli cui erano state affidate. Questa valutazione ha considerato un'omissione fatale la mancanza di stabilizzazione delle pazienti prima del trasporto. Nei sette Stati in cui la percentuale di decessi materni dovuti a emorragia post parto è risultata al di sopra della media nazionale, fino al 60% di tali decessi materni si è verificato durante il trasporto delle pazienti in ospedali più grandi. Quando in uno di questi distretti sanitari sono stati forniti ambulanze e personale qualificato, il tasso di mortalità materna da emorragia post parto è calato del 30% l'anno successivo.

La CLM sta aiutando a riprogettare il modo in cui le strutture sono collegate in rete in ogni sistema sanitario distrettuale. Inoltre, l'applicazione della CLM richiede il coinvolgimento di un gruppo più ampio di stakeholder rispetto a quelli tradizionalmente impegnati nei comitati per la maternità sicura, ossia i responsabili dei laboratori clinici e delle banche del sangue, oltre agli amministratori dei distretti sanitari.

Un risultato ottenuto dalla CLM è che ora le sezioni che si occupano di salute riproduttiva, presso sia il Ministero della Sanità sia l'Istituto Mexicano de Seguridad Social (o IMSS, il sistema di sicurezza sociale messicano), riportano le cause di decessi materni non solo come cause mediche, come "pre-eclampsia, sepsi, ecc.", ma anche come conseguenze di mancanze rilevate all'interno del processo assistenziale. Ad esempio, adesso nel rapporto sulla mortalità materna del sistema sanitario di un determinato distretto o stato si dichiarerà che "il 15% dei decessi materni è dovuto alla carenza di soluzioni IV nei centri sanitari, che ha determinato la mancata stabilizzazione delle pazienti prima del trasferimento", o che "il 10% dei decessi materni è dovuto a ritardi nel portare il chirurgo di turno negli ospedali distrettuali durante i fine settimana". Il fatto di vedere oltre le cause mediche aiuta a diagnosticare le mancanze del sistema sanitario che, se affrontate subito, permetteranno di evitare dei decessi materni.

Vedi Note, pagina 111.

Anche le nuove tecnologie si stanno dimostrando in grado di favorire la raccolta di dati sulla salute materna e neonatale.

una guida intitolata *Beyond the Numbers* (Oltre i numeri), che descrive i metodi che si possono usare per raccontare la storia della morte di una donna come parte dell'impegno per ridurre la mortalità materna. Tra questi metodi figuravano le autopsie verbali basate sulla comunità, gli esami dei decessi materni o dei "quasi-decessi" all'interno delle strutture sanitarie, i controlli clinici e le inchieste confidenziali a livello nazionale⁸. In Mozambico, un esame dei decessi materni avvenuti nelle strutture sanitarie ha fornito delle informazioni preziose sui fattori prevenibili che stanno alla base di tali decessi e ha guidato le risposte a livello di politica e di sistema⁹.

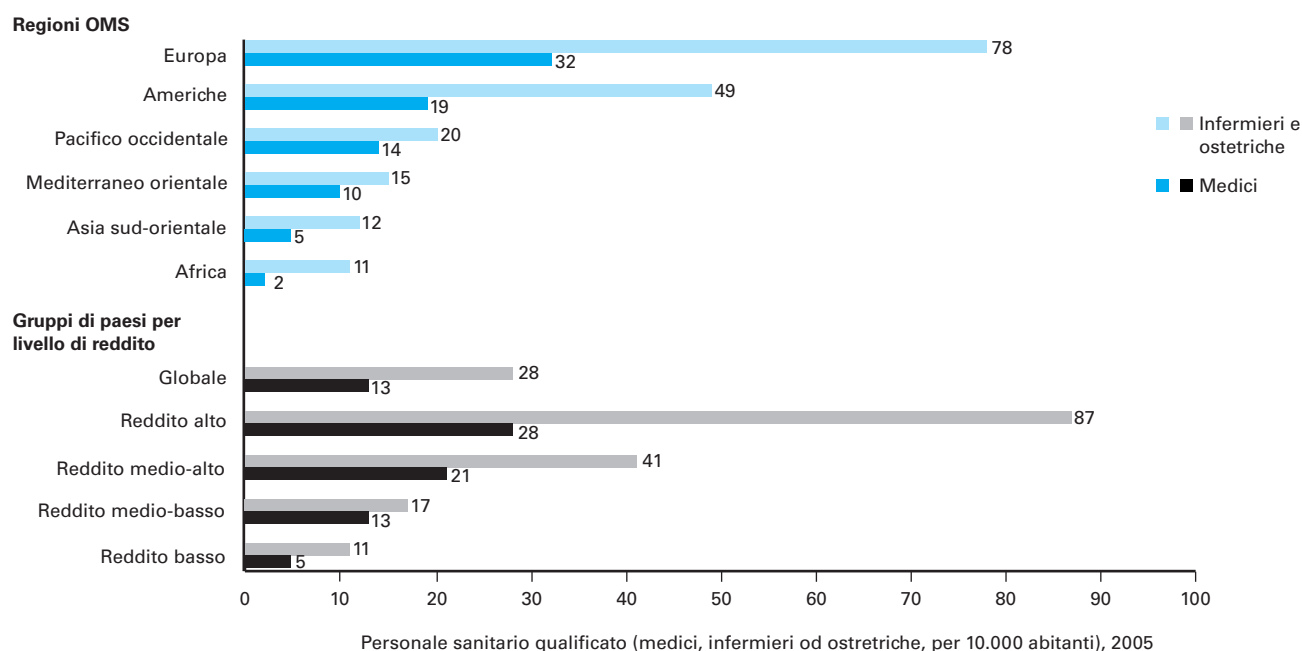
Sono stati ideati anche dei metodi per valutare la qualità dell'assistenza fornita dagli operatori sanitari. Due strumenti del genere sono rappresentati dal metodo di Performance Quality Improvement (Miglioramento della qualità del rendimento) sviluppato dall'Agenzia Statunitense per lo Sviluppo Internazionale (USAID), e il metodo dei servizi orientati al cliente ed efficienti per il fornitore (client-oriented, provider-efficient o COPE) sviluppato da EngenderHealth¹⁰.

Oltre a nuovi strumenti di misurazione, si stanno applicando anche nuove tecnologie per facilitare la raccolta di informazioni.

In uno studio condotto dalla Initiative for Maternal Mortality Programmed Assessment (IMMPACT) nella regione orientale del Burkina Faso, 127 intervistatori hanno raccolto in poco più di tre mesi, con l'aiuto di assistenti digitali personali (PDA), dati provenienti da 86.376 famiglie. Ogni apparecchio costa circa 350 dollari, per un totale di 60.000 dollari per l'attrezzatura; benché non sia stata ancora completata alcuna analisi costi-efficacia, si sa che un approccio cartaceo avrebbe richiesto più di un milione di pagine stampate, 100 ricevitori GPS e 20 computer desktop, e sarebbe quindi costato di più. L'esperimento con i PDA ha offerto, tra l'altro, anche il

Grafico 4.3

Gli operatori sanitari qualificati scarseggiano soprattutto in Africa e nell'Asia sud-orientale



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Statistics 2008*, OMS, Ginevra, 2008, pp. 82-83.

Nuove direzioni nella salute materna

di Mario Meriardi, Organizzazione Mondiale della Sanità, e Jennifer Harris Requejo, Partnership per la Salute delle madri, dei neonati e dei bambini

Ventuno anni fa, la comunità sanitaria globale si è riunita sotto gli auspici dell'Iniziativa per la Maternità sicura per concentrarsi sulla mortalità materna, i cui limiti massimo e minimo rappresentano la disparità più netta nell'ambito della salute pubblica a livello internazionale. Eppure nel 1990, l'anno di riferimento per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, più di mezzo milione di donne, il 99% delle quali nei paesi in via di sviluppo, moriva ancora ogni anno per complicazioni collegate alla gravidanza e al parto. Le stime sulla mortalità materna per il 2005 indicano che circa 536.000 donne continuano a morire ogni anno in seguito alla gravidanza e al parto, il che equivale all'incirca a una donna che muore ogni minuto per cause in gran parte prevenibili. Questi decessi, pesantemente concentrati nei gruppi di popolazione più svantaggiati all'interno dei paesi con poche risorse, riflettono una disuguaglianza sociale persistente, ingiusta, che merita da tempo maggiore attenzione. Si verificano, infatti, soprattutto nell'Africa subsahariana, in cui ha luogo la metà dei decessi materni annui, e in Asia meridionale (35%), lasciando il mondo molto distante dal suo obiettivo di ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna tra il 1990 e il 2015 (Obiettivo di sviluppo del Millennio 5, Traguardo A).

Benché da quando è stata lanciata l'Iniziativa per la Maternità Sicura si sia registrata una deludente mancanza di progressi nell'ambito della riduzione della mortalità materna, su diversi altri fronti si sono compiuti degli importanti passi in avanti nel campo della salute delle madri. Una quantità senza precedenti di risorse assegnate alla salute a livello internazionale, combinata con un rinnovato impegno politico nei confronti dell'assistenza sanitaria di base e con nuove iniziative complementari concentrate specificamente sulla salute delle madri, dei neonati e dei bambini, indica che sta aumentando lo slancio per affrontare la questione storicamente trascurata della mortalità materna. Altri sviluppi in questa direzione comprendono l'adozione del continuum di assistenza come quadro essenziale per i programmi di salute pubblica, l'istituzione della Partnership per la salute di mamme, neonati e bambini nel 2005 per guidare e promuovere il continuum, la ratifica del Piano d'Azione di Maputo per implementare il quadro continentale per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi in Africa, l'aggiunta di un nuovo traguardo OSM 5 (5.B) per l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015, e l'inclusione della sopravvivenza materna nelle valutazioni dell'iniziativa *Countdown to 2015*. Questi sviluppi testimoniano una rinnovata attenzione, da parte della comunità sanitaria globale, nei confronti della sopravvivenza e del benessere delle madri e dei neonati.

I miglioramenti delle procedure per stimare la mortalità materna, le nuove stime sull'incidenza dell'aborto e sul maggiore impegno per rilevare gli effetti a livello globale della cattiva salute delle madri consentiranno un miglioramento dei processi decisionali dei governi e dei loro partner. Il crescente riconoscimento del ruolo causale della denutrizione nella mortalità materna ha determinato un rinnovato interesse nei confronti dell'integrazione di micronutrienti durante la gravidanza e una maggiore enfasi sul bisogno di affrontare i fattori alla base del problema, come la povertà e la discriminazione di genere, ma anche l'accesso limitato all'istruzione per molte bambine e giovani donne, nonché la loro esposizione elevata alle infezioni. È emerso anche un ampio consenso sulle strategie fondamentali del settore sanitario necessarie a ridurre la mortalità materna. Ora si ritiene che l'assistenza ad ampio raggio per la salute riproduttiva comprenda la pianificazione familiare, l'assistenza qualificata per tutte le donne incinte durante la gravidanza e il parto, e l'assistenza d'emergenza per tutte le donne e tutti i neonati affetti da complica-

zioni molto gravi. Attualmente, nell'ambito dell'iniziativa *Countdown to 2015*, i governi nazionali, le agenzie dell'ONU, le partnership sanitarie internazionali e le organizzazioni non-governative stanno seguendo gli indicatori di copertura per gli interventi e gli approcci di provata efficacia collegati a ognuno dei suddetti tre pilastri, ovvero l'assistenza prenatale, la disponibilità dell'assistenza ostetrica d'emergenza, le percentuali di tagli cesarei, la diffusione dei contraccettivi, l'assistenza qualificata al parto, l'assistenza post-natale e la necessità insoddisfatta di pianificazione familiare.

I miglioramenti della capacità di documentare la distribuzione globale della mortalità e della morbilità materne, nonché di individuare e seguire gli interventi efficaci, sono stati integrati da importanti scoperte relative ai vari modi di lottare contro i rischi per la salute materna. Al momento sono pronti per l'attuazione su vasta scala diversi interventi, la cui efficacia per il miglioramento della sopravvivenza materna è stata dimostrata in degli studi epidemiologici e che si prestano a un'applicazione universale. Tra questi interventi figurano l'integrazione a base di solfato di magnesio (o sale inglese) e di calcio per la prevenzione dei disturbi ipertensivi della gravidanza, le strategie più efficaci di divulgazione delle linee guida sulla prevenzione e il trattamento dell'emorragia post parto, nonché la fornitura raccomandata di almeno quattro visite antenatali alle donne incinte e di una visita post parto alle neo mamme. La consapevolezza in aumento del legame indissolubile che esiste tra la salute delle madri e quella dei neonati ha anche determinato l'introduzione di efficaci programmi per la prevenzione e il trattamento della malaria e dell'HIV, attraverso delle misure per espandere la fornitura di zanzariere trattate con insetticida e il trattamento preventivo intermittente della malaria in gravidanza, gli interventi per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell'HIV, le misure preventive per evitare l'infezione da HIV, soprattutto tra i giovani, e il trattamento antiretrovirale per le donne e i bambini sieropositivi.

Tra gli ambiti chiave di ricerca più promettenti figurano le attività concentrate sullo sviluppo di strategie volte a garantire la fornitura di pacchetti completi di servizi sanitari per le madri e i neonati per tutto il continuum di assistenza. Una componente essenziale di queste strategie è rappresentata dall'istituzione di meccanismi per integrare i servizi tradizionalmente forniti attraverso approcci verticali, come la vaccinazione e l'integrazione di micronutrienti, con l'assistenza prenatale e post-natale come componente del rafforzamento del sistema sanitario. Negli ultimi anni si è anche assistito a un'incoraggiante tendenza verso l'istituzione di partnership collaborative tra organizzazioni internazionali, agenzie governative, istituti di ricerca, organizzazioni non governative e il settore privato per promuovere dei progetti di ricerca condotti in diversi paesi sulle principali complicazioni della gravidanza e del parto, tra cui il parto prematuro, la natimortalità, il ritardo della crescita fetale, i disturbi ipertensivi, l'emorragia post parto, le doglie ostruite e la fistola ostetrica.

Il crescente sostegno politico e finanziario per le iniziative programmatiche e di ricerca volte a migliorare la salute materna e neonatale, nonché il passaggio da approcci all'assistenza sanitaria settoriali e basati sull'esame di singole tematiche a modi collaborativi di offrire assistenza sanitaria di base in un continuum di assistenza alimentano le speranze e le aspettative che i tanto attesi miglioramenti nella salute materna, neonatale e infantile, d'importanza così critica per il benessere e lo sviluppo delle popolazioni, divengano sempre più evidenti nel prossimo futuro.

Vedi Note, pagina 111.

Rafforzare il sistema sanitario nella Repubblica Democratica Popolare del Laos

La Repubblica Democratica Popolare del Laos è un paese montuoso e in gran parte rurale dell'Asia sud-orientale, con un reddito nazionale medio lordo pari a meno di 600 dollari nel 2007. In questa regione etnicamente varia, che comprende quasi 50 gruppi etnici diversi, quasi il 40% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà. Benché il paese sia sulla buona strada per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4, essendo riuscito a ridurre del 57%, tra il 1990 e il 2007, il suo tasso di mortalità sotto i cinque anni, rimangono da affrontare sfide sanitarie importanti per le madri e i neonati.

Le principali tra queste sfide sono la denutrizione, il miglioramento delle pratiche alimentari e igieniche, la vaccinazione, la salute ambientale e la garanzia che del personale sanitario qualificato fornisca servizi sanitari di qualità. Più di un neonato su 7 soffre di basso peso alla nascita, un disturbo spesso associato a un'alimentazione materna insufficiente. L'allattamento esclusivo al seno, al 23% secondo le ultime stime, è molto al di sotto della media regionale del 43% per l'Asia orientale e Pacifico. Solo il 60% della popolazione ha accesso a fonti d'acqua potabile migliorate, mentre solo il 48% può accedere a strutture igienico-sanitarie adeguate. L'accesso a entrambi questi servizi d'importanza critica è ancora molto più basso nelle zone rurali. Nel 2007, solo il 40% dei bambini al di sotto di un anno risultava vaccinato contro il morbillo, mentre appena il 47% delle donne incinte era vaccinato contro il tetano neonatale. Con la mortalità materna a 660 decessi per 100.000 nati vivi nel 2005, la Repubblica Democratica Popolare del Laos presenta il tasso più elevato di decessi materni nella regione. Il rischio di decesso materno nell'arco della vita era pari a 1 su 33 nel 2005.

Malgrado queste sfide, si stanno compiendo dei progressi costanti per estendere i servizi sanitari alla vasta popolazione rurale del paese. Un programma del genere coinvolge Save the Children Australia, che ha lavorato con l'Ufficio sanitario provinciale e altri partner a Sayaboury per espandere e migliorare le infrastrutture per l'assistenza sanitaria di base in quattro fasi di tre anni. Gli obiettivi di questo lavoro sono i seguenti:

- **Fase I:** Rafforzare il team di gestione provinciale, che ha la responsabilità di formare i team distrettuali, i volontari per la salute e gli assistenti al parto tradizionali, di sviluppare delle cliniche fisse e mobili per la salute delle madri e dei bambini e di fornire le attrezzature essenziali.
- **Fase II:** Integrare l'assistenza sanitaria di base a tutti i livelli: provinciale, distrettuale e di villaggio.
- **Fase III:** Espandere i programmi in quattro distretti lontani.
- **Fase IV:** Potenziare le capacità degli operatori sanitari attraverso l'adozione del quadro di Gestione Integrata delle Malattie dell'Infanzia.

Il programma dà anche la priorità all'educazione delle donne alle pratiche alimentari migliorate, comprendenti l'allattamento al seno e i cibi complementari, dato che degli studi hanno dimostrato l'esistenza di forti legami tra pratiche alimentari inadeguate e denutrizione infantile nella Repubblica Democratica Popolare del Laos. Anche la diffusione di altre informazioni sanitarie, tra cui quelle sull'assistenza clinica e sulla vaccinazione, costituisce una componente importante del programma.

Il programma di Sayaboury ha prodotto dei successi significativi, al costo molto accessibile di circa 4 milioni di dollari per un periodo di 12 anni, che rappresenta una spesa pro-capite di appena 1 dollaro l'anno. Il tasso di mortalità materna del distretto è calato, tra il 1998 e il 2003, da 218 per 100.000 nati vivi a 110 per 100.000 nati vivi. L'età media alla quale i bambini piccoli hanno ricevuto dei cibi complementari è aumentata da 2,8 mesi nel 1999 a 3,7 mesi nel 2001, mentre il tasso di allattamento esclusivo al seno per i primi quattro mesi è aumentato dal 28% nel 1999 al 66,2% nel 2004. La copertura della vaccinazione, però, è rimasta inadeguata, con solo il 50% dei bambini di meno di un anno di età che, nel 2007, hanno ricevuto tre o più dosi di vaccino contro la difterite, la pertosse e il tetano, che rappresenta l'indicatore di riferimento per la copertura della vaccinazione di routine.

Unendo le forze per migliorare la salute materna e neonatale, la campagna di comunicazione Caring Dads incoraggia i padri ad aiutare le donne incinte e le madri a prendersi cura di loro stesse e dei loro bambini. Il Ministero della Sanità, in collaborazione con l'UNICEF e il sindacato del Laos, ha partecipato all'elaborazione di metodi ad ampio raggio per favorire un maggior coinvolgimento degli uomini nell'assistenza delle famiglie. Queste campagne sono mirate principalmente ai padri salariati, riconosciuti come il gruppo con le maggiori probabilità di dedicarsi al sesso a pagamento, che è fonte della crescente diffusione dell'HIV all'interno del paese. Anche se la Repubblica Democratica Popolare del Laos ha un tasso di diffusione dell'HIV tra gli adulti più basso rispetto ad alcuni dei paesi confinanti, la povertà e la migrazione oltreconfine stanno contribuendo alla diffusione del virus. Poster e opuscoli su temi come The Caring Dad in Pregnancy sono stati ristampati in virtù di una richiesta inaspettata alta.

Tali programmi volti alle iniziative comunitarie in campo sanitario, insieme alle campagne estese di vaccinazione e di integrazione sostenute dall'UNICEF nel 2007 e alla costruzione di infrastrutture, stanno cominciando a contribuire in modo costante alla riduzione dell'incidenza ancora elevata dei decessi di madri e di neonati nella Repubblica Democratica Popolare del Laos.

Vedi Note, pagina 111.

Affrontare la carenza di operatori sanitari è fondamentale per il miglioramento della salute delle madri e dei neonati. Le maggiori carenze si registrano in Africa e in Asia.



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

Evitare i decessi materni aiuta a salvaguardare la sopravvivenza e la salute dei neonati. *Una madre sta sul letto con sua figlia appena nata in un reparto maternità dopo un parto riuscito in Pakistan.*

vantaggio dell'immediatezza della registrazione dei dati, la cui mancanza viene spesso citata come un problema nelle indagini cartacee. Ha permesso, inoltre, di formare e impiegare degli scolari dotati delle necessarie competenze linguistiche e familiarità con i telefoni cellulari¹¹.

È evidente che esistono numerosi mezzi di raccolta di dati che possono fornire informazioni utili per guidare programmi e politiche. La diffusione e l'analisi

di questi dati è essenziale, ai livelli locale, nazionale e internazionale, per informare lo stanziamento di risorse e le risposte politiche, nonché per ottenere il maggior impatto possibile nella riduzione dei decessi materni.

Misura 2: Migliorare le risorse umane, la formazione e la supervisione

Molti paesi in via di sviluppo stanno affrontando una carenza acuta di ope-

ratori sanitari qualificati. Le migrazioni di massa, l'AIDS e i conflitti armati sono tra i fattori principali che indeboliscono il personale sanitario, e ciò, a sua volta, sta limitando i progressi nella riduzione della mortalità e della morbilità delle madri e dei neonati. Inoltre, la distribuzione degli operatori sanitari è ineguale, con una concentrazione maggiore nei paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo e, all'interno degli stessi paesi, nelle zone urbane rispetto a quelle rurali.

57 paesi, 36 dei quali nell’Africa subsahariana, hanno meno della soglia minima di 2,28 operatori sanitari per 1.000 abitanti stabilita dall’OMS, che garantirebbe una sufficiente assistenza qualificata al parto.

Nel 2006, la ricerca condotta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato che i paesi debbano avere una media di 2,28 professionisti sanitari ogni 1.000 abitanti per raggiungere una copertura adeguata di personale sanitario durante il parto. Dei 57 paesi che risultano al di sotto di questa soglia, 36 si trovano nell’Africa subsahariana. In termini assoluti, la maggiore carenza di operatori sanitari si registra in Asia, soprattutto in India, Indonesia e Bangladesh, ma il maggior bisogno relativo è

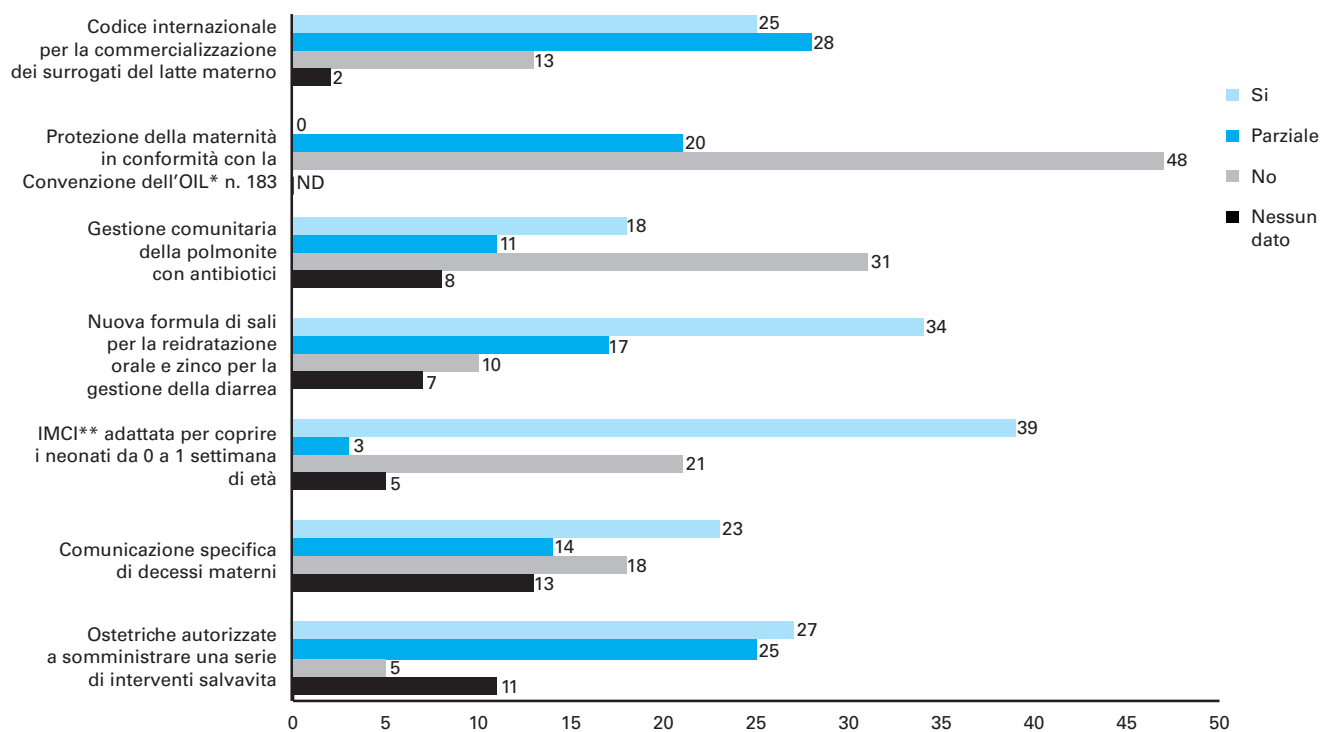
nell’Africa subsahariana, dove il numero di operatori sanitari deve aumentare del 140% per raggiungere la densità necessaria¹². Nel Rapporto sulla salute mondiale 2005, l’Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, per ottenere un aumento della copertura dell’assistenza sanitaria per le madri entro il 2030, bisognerebbe triplicare i livelli di copertura, con 334.000 assistenti sanitari qualificati necessari per raggiungere la copertura del 73% delle nascite in tutto il mondo entro il 2015, insie-

me a migliaia di medici, chirurghi, anestesisti, tecnici e reparti maternità in più all’interno delle strutture¹³.

Non esiste nulla che possa sostituire la presenza di operatori sanitari qualificati durante il parto. L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce un assistente qualificato al parto “un professionista sanitario accreditato, come un’ostetrica, un medico o un’infermiera, educati o formati nella gestione dei parti non complicati, nell’assistenza postnatale e nell’individuazione, nella

Grafico 4.4

Adozione di politiche fondamentali per la salute materna, neonatale e infantile da parte dei 68 paesi prioritari per l’iniziativa *Countdown to 2015*



* OIL: Organizzazione Internazionale del Lavoro

** IMCI: Gestione integrata delle malattie infantili

Fonte: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report*, UNICEF, New York, 2008, pp. 200-201.



© UNICEF/H007.14/Anita Khemka

Rafforzare il personale sanitario attraverso il reclutamento, la formazione e il mantenimento di operatori sanitari qualificati e di comunità costituisce una sfida fondamentale per i paesi in via di sviluppo. Una dottoressa conduce un corso di formazione per ostetriche presso un ospedale in Afghanistan.

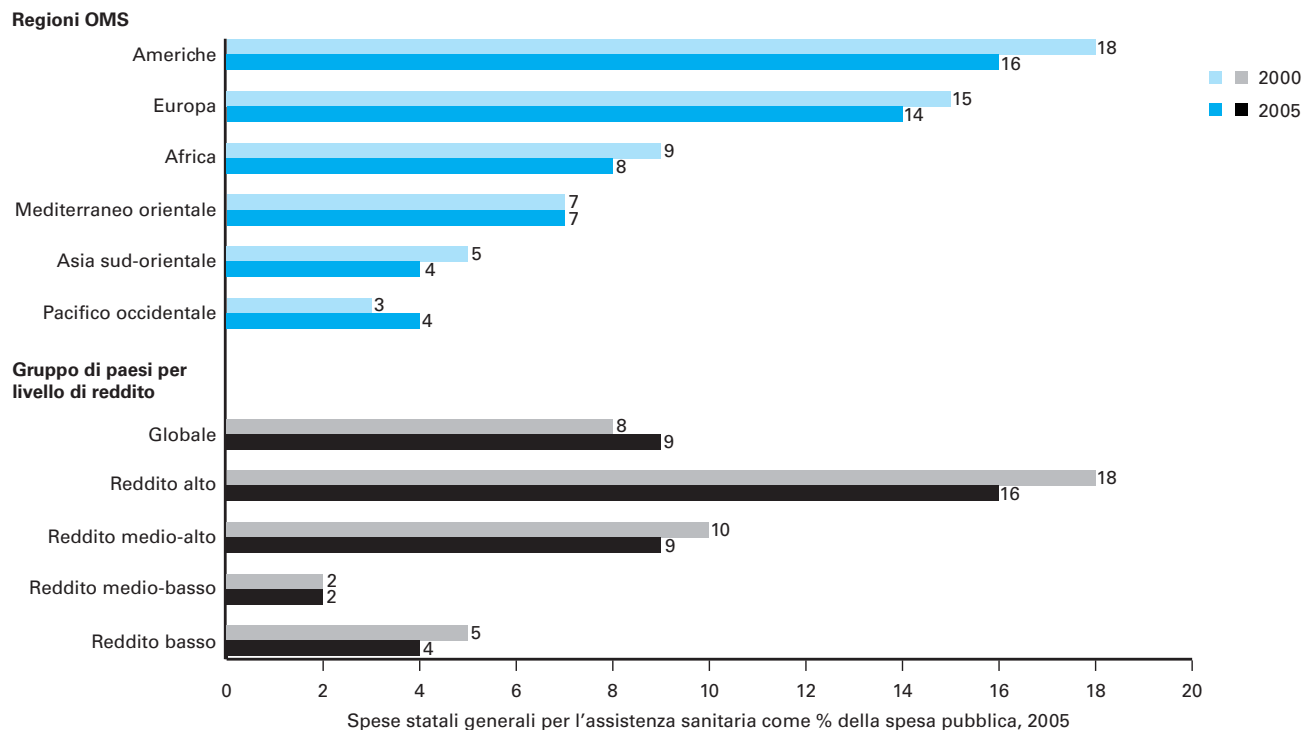
gestione e nell'affidamento a specialisti delle eventuali complicazioni nelle donne e nei neonati¹⁴. Tuttavia, le capacità professionali degli operatori sanitari che rientrano in questa categoria variano ampiamente da un paese all'altro, e non tutti gli operatori sanitari definiti "assistenti al parto" hanno le capacità richieste.

Le ostetriche o gli altri fornitori sanitari di medio livello, che hanno ricevuto una formazione più breve e che devono avere qualifiche minime più basse a livello d'istruzione, dovrebbero formare un quadro all'interno della gamma di operatori sanitari che possono svolgere ruoli diversi, distribuire i carichi di lavoro e costruire un sistema di affi-

damento per le donne incinte e i neonati. È anche fondamentale garantire che degli assistenti al parto qualificati vengano supportati da un ambiente che consenta loro di utilizzare le proprie capacità. Ciò richiede un team, delle forniture, una supervisione e dei sistemi di affidamento efficaci. In Mozambico, ad esempio, le levatrici e le levatrici-infermiere hanno aiutato le ostetriche a svolgere delle funzioni di assistenza ostetrica d'emergenza a basso costo in zone non sufficientemente raggiunte dal servizio¹⁵. In Perù,

Grafico 4.5

L'Asia ha i livelli più bassi di spese statali per l'assistenza sanitaria come percentuale della spesa pubblica complessiva



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Statistics, 2008*, OMS, Ginevra, 2008, pp. 90-91.

Salvare vite di madri e neonati – i primi giorni cruciali dopo la nascita

di Joy Lawn, Consigliere Senior Ricerca e Programmi, Saving Newborn Lives/Save the Children-US, Sudafrica

Gli investimenti nell'assistenza postnatale possono produrre degli utili elevati in termini di sopravvivenza materna e neonatale

Nell'arco della vita umana, un individuo affronta il maggior rischio di mortalità durante il parto e nei primi 28 giorni di vita – il periodo neonatale. Ogni anno, quasi quattro milioni di neonati muoiono durante questo periodo, ovvero circa 10.000 al giorno. Tre quarti di questi decessi avvengono entro una settimana dalla nascita, mentre sono 1-2 milioni i bambini che muoiono nel primo giorno di vita. La maggior parte di questi decessi si verifica a casa, non viene registrata e resta invisibile a tutti tranne che alle famiglie direttamente coinvolte. Altri milioni di bambini soffrono ogni anno di gravi malattie, mentre non si conosce il numero di coloro che rimangono invalidi per tutta la vita. Inoltre, anche i rischi di mortalità e di morbilità materna sono più alti al momento del parto e nell'immediato periodo post-natale.

Per i bambini e le madri che si trovano a dover affrontare complicazioni come la sepsi neonatale o l'emorragia post-parto, il ritardo anche soltanto di alcune ore prima che venga fornita un'assistenza adeguata può risultare fatale o determinare lesioni o invalidità a lungo termine. Importanti nuovi dati provenienti dal Bangladesh dimostrano che una visita a domicilio nel primo o nel secondo giorno dopo il parto può ridurre di due terzi i decessi neonatali, mentre le visite successive risultano meno efficaci in termini di riduzione della mortalità. Il primo periodo postnatale, ovvero i primi sette giorni di vita, è il anche periodo critico in cui è bene iniziare dei comportamenti salvavita dal notevole impatto come l'allattamento esclusivo al seno. L'allattamento al seno ottimale non comincia con la visita della sesta settimana per la vaccinazione infantile: le prove dimostrano che l'efficace sostegno e il *counselling* nei primi giorni della vita di un bambino fanno aumentare direttamente i tassi di allattamento esclusivo al seno. Altri comportamenti chiave durante il periodo neonatale, come il trattamento igienico del cordone ombelicale e la cura di mantenere il bambino ben caldo, possono fare la differenza tra la vita e la morte, soprattutto per i bambini nati prematuramente. Il periodo postnatale rappresenta anche un momento critico per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell'HIV e per fornire alle donne l'accesso ad opzioni di pianificazione familiare.

Gap di copertura per l'assistenza postnatale precoce

Fornire un'assistenza efficace per le madri e i neonati durante il primo periodo postnatale può produrre maggiori miglioramenti per la sopravvivenza e per la salute che in qualunque altro periodo del continuum di assistenza. Ma nonostante questa promettente prospettiva, i primi giorni dopo la nascita sono proprio il momento in cui la copertura di servizi e comportamenti adeguati risulta attualmente più bassa. Nei 68 paesi prioritari identificati dall'iniziativa *Countdown to 2015*, una media di appena il 21% delle donne ha ricevuto assistenza postnatale.

Cambiare i parametri dell'assistenza postnatale

Il crescente riconoscimento dell'importanza critica della fornitura di assistenza alle madri e ai neonati, nonché i sostanziali

gap di copertura attualmente esistenti, insieme alle prove prodotte perlopiù da studi condotti nell'Asia meridionale, hanno determinato dei cambiamenti di parametri. Sono emersi tre punti fondamentali:

- **Per chi?** L'integrazione dell'assistenza postnatale per le madri e i neonati fornisce un'assistenza più efficace ed efficiente rispetto a degli approcci separati all'assistenza post-parto e neonatale.
- **Dove?** Si dovrebbero offrire delle visite postnatali di routine a casa o vicino a casa, sia per promuovere dei comportamenti sani sia per creare un collegamento con il trattamento curativo, invece di limitarsi a sperare che la madre o il bambino vengano portati in una struttura sanitaria in caso di problemi.
- **Quando?** Il contatto tempestivo con le madri e i bambini è d'importanza critica; idealmente dovrebbe avvenire entro 24 o al massimo 48 ore dalla nascita per la prima visita, invece della visita più comune che viene fatta solo sei settimane dopo la nascita. L'indicatore per la misurazione dell'assistenza post-natale pubblicato dall'iniziativa *Countdown to 2015* nel suo rapporto del 2008 si concentra sull'assistenza entro due giorni dalla nascita. Le indagini su vasta scala stanno cambiando in modo da poter misurare questo indicatore in più paesi e comunità.

Colmare il divario tra politica e azione

Cambiare le politiche e gli indicatori in modo da riflettere l'importanza dell'assistenza postnatale è necessario per salvare delle vite, ma non basta. Bisogna anche aumentare i servizi in modo da garantire una copertura elevata e un'assistenza di qualità durante questo periodo. Mentre il contenuto di un pacchetto di assistenza postnatale è piuttosto chiaro, il meccanismo di fornitura più efficace potrà variare, soprattutto per far arrivare i servizi nelle zone rurali più remote e per raggiungere neonati e madri immediatamente dopo il parto. Il Grafico 4.5 riporta le varie opzioni di fornitura con le rispettive condizioni di accesso alle strutture sanitarie e la disponibilità di risorse umane nelle strutture e a livello comunitario. Molti dei compiti che rientrano nell'assistenza postnatale possono essere delegati a un operatore sanitario adeguatamente supervisionato ed efficacemente collegato al sistema sanitario.

La gestione dei casi di infezioni neonatali è una priorità urgente

Pur essendo immensamente importanti, le visite precoci di assistenza postnatale precoce sono più efficaci nel ridurre i tassi di mortalità quando vengono integrate con dei trattamenti curativi. Quasi un terzo dei decessi neonatali sono conseguenti a infezioni; negli ambienti poveri, a elevata mortalità, questo rapporto risulta molto più alto. Molti di questi bambini sono nati prematuramente.

Con un efficace pacchetto di assistenza postnatale, le infezioni nei neonati potranno essere identificate precocemente. Tuttavia, in molti paesi, le malattie infantili si possono trattare soltanto tramite l'affidamento a una struttura sanitaria; e anche in tal caso, solo una bassa percentuale dei bambini

così indirizzati cercherà effettivamente l'assistenza prescritta. Un'opzione valida consiste nel far cominciare il trattamento antibiotico a degli operatori sanitari per la Gestione integrata delle malattie infantili. In paesi in cui gli operatori sanitari di comunità provvedono alla gestione dei casi di polmonite o di malaria, si può pensare che anche la gestione delle infezioni neonatali possa avvicinare l'assistenza alle famiglie. Diversi studi condotti in Asia hanno dimostrato come tali strategie possano determinare delle forti riduzioni della mortalità neonatale, e attualmente si sta cominciando ad aumentare la gestione a livello comunitario dei casi di sepsi neonatale in Nepal, collegata alla gestione dei casi di polmonite infantile. Dei 68 paesi prioritari, 39 hanno modificato la loro politica in modo da comprendere la gestione dei casi di sepsi neonatale nell'ambito della struttura per la Gestione integrata delle malattie infantili. Adesso la sfida fondamentale consiste nell'individuare in ogni paese i fornitori appropriati per un'assistenza del genere.

e dei finanziamenti si è concentrata finora su degli aumenti incrementali di assistenza altamente tecnologica per il 2% dei decessi neonatali che si verificano nei paesi ad alto reddito. Un numero crescente di studi sta fornendo nuove risposte alle domande "come, chi, quando e perché?" relative alla fornitura di interventi salvavita nei luoghi dove si verifica la maggior parte dei decessi neonatali, e soprattutto dove l'accesso alle strutture sanitarie risulta insufficiente. Una rete di studi è in corso in otto paesi africani per esaminare dei pacchetti adattati per nazione e dei quadri di operatori potenzialmente adattabili. L'analisi delle vite salvate e dei costi contribuirà a guidare le politiche e i programmi per migliorare l'assistenza alle madri e ai neonati nei primissimi giorni di vita.

Vedi Note, pagina 111.

Colmare il divario a livello di conoscenze

Quasi tutti i decessi infantili (98%) si verificano nei paesi a basso e medio reddito. Tuttavia la maggior parte delle ricerche

Grafico 4.6

Strategie di assistenza postnatale: sfide da affrontare per la fattibilità e l'attuazione

	Possibili strategie per il contatto assistenziale postnatale	Vantaggio per le madri	Vantaggio per il fornitore	Difficoltà di attuazione
1	La madre e il bambino si recano presso la struttura	*	***	Richiede che la madre si rechi presso la struttura pochissimo tempo dopo il parto. Cosa più probabile in seguito a un parto all'interno della struttura stessa, ma ancora difficile nei primi giorni dopo il parto.
2	L'operatore specializzato visita la famiglia per fornire assistenza postnatale per la madre e per il bambino	***	*	Condizionata alla disponibilità di risorse umane sufficienti, che è difficile da avere. Quella di fornire assistenza postnatale può non essere la prima priorità per gli operatori sanitari qualificati in ambienti in cui la loro presenza durante il parto è ancora rara. Molte mansioni di assistenza postnatale possono essere delegate ad altri operatori. Un fornitore qualificato può essere in grado di fare delle visite a domicilio durante il periodo postnatale, se le strutture sanitarie rurali sono tranquille nel pomeriggio.
3	L'operatore sanitario di comunità si reca presso l'abitazione per visitare la madre e il bambino	***	*	Richiede quantità sufficienti di operatori sanitari di comunità dotati di formazione, supervisione e incentivi adeguati.
4	Combinazione: Parto e prima visita postnatale nel centro sanitario, quindi visite a domicilio entro due o tre giorni, con successive visite postnatali presso una struttura sanitaria	**	**	Richiede un approccio di squadra tra gli operatori del centro sanitario e quelli della comunità, risorse umane a sufficienza, gestione e supervisione, sistemi di affidamento efficaci e un sistema di <i>tracking</i> delle informazioni, di modo che i progressi della madre e del bambino siano facili da seguire.

Nota: * Grado basso. ** Grado moderato. *** Grado alto.

Fonte: Lawn Joy e Kate Kerber, a cura di, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership per la salute di mamme, neonati e bambini, Cape Town, 2006.

Le iniziative per coinvolgere le partnership comunitarie nei servizi di sostegno alla maternità si stanno rivelando promettenti in diversi paesi in via di sviluppo.

gli operatori sanitari di comunità compiono delle visite mensili alle famiglie “ad alto rischio” - ossia quelle in cui ci sono bambini sotto i 12 mesi, donne incinte e donne in età fertile - e assistono i neonati che presentano difficoltà respiratorie¹⁶. La distribuzione delle responsabilità consente di offrire maggiore assistenza alle donne incinte.

I paesi si trovano a dover affrontare anche la sfida dello sviluppo di strategie per la gestione delle risorse umane che remunerino adeguatamente gli operatori sanitari e rispondano alle loro necessità. Nel Mali, ad esempio, il Ministero della Sanità offre ai medici appena laureati formazione, allog-

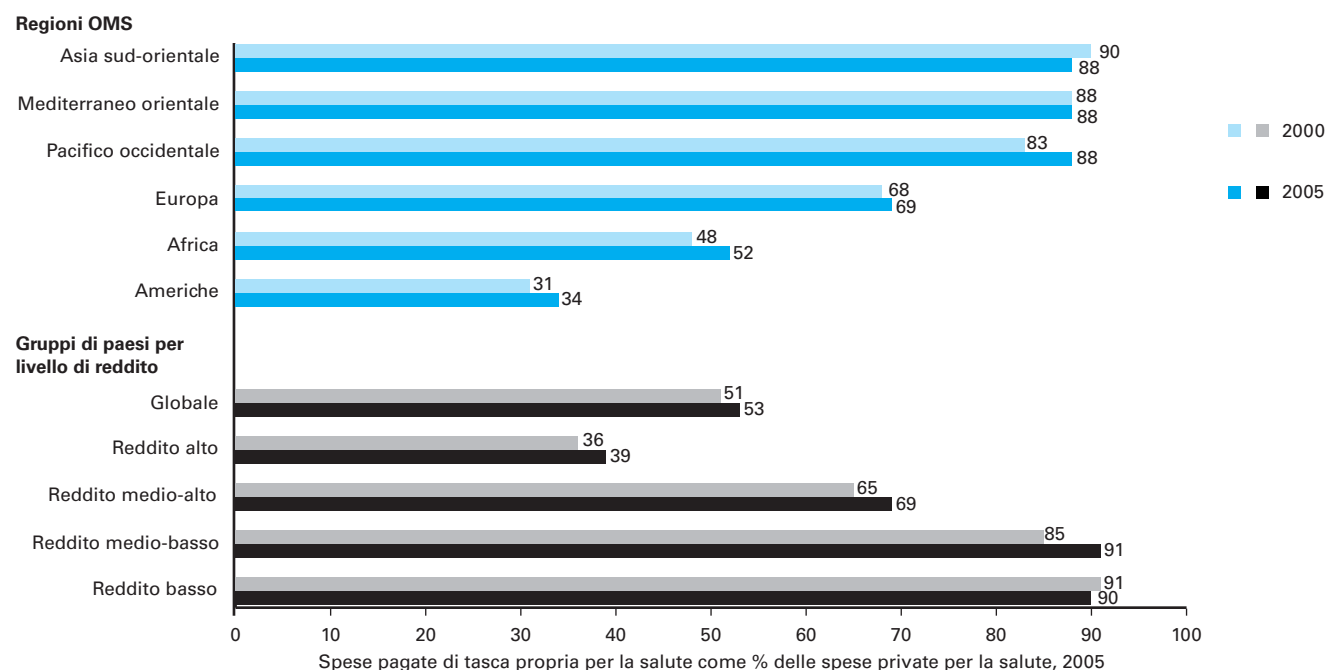
gio, attrezzature e trasporti in cambio del servizio in zone rurali¹⁷. In Pakistan, l’Iniziativa per la Maternità Sicura nel Punjab fa ruotare dei medici specializzati da ospedali sub-distrettuali all’ospedale distrettuale di Sheikhpura, fornendo assistenza ostetrica e d’emergenza di qualità per 24 ore su 24¹⁸. Nell’Africa meridionale e orientale sono stati utilizzati, con gradi variabili di successo, altri sistemi di incentivi non finanziari, come la rotazione rapida delle ostetriche, le opportunità di formazione e i gruppi di sostegno psicologico, ma sono necessarie attuazioni e ulteriori ricerche su scala più vasta per valutarne pienamente l’impatto¹⁹.

Misura 3: Promuovere la mobilitazione sociale

Le misure relative all’offerta non possono avere successo senza che si rafforzi la domanda di assistenza sanitaria di qualità a livello di famiglie e comunità. L’inclusione sociale deve essere resa prioritaria e le singole famiglie, soprattutto nelle loro componenti femminili, e le comunità devono essere incluse e trattate come partner nella fornitura di assistenza sanitaria. Numerosi casi dimostrano che le esperienze negative maturate da contatti con strutture ufficiali di assistenza sanitaria possono dissuadere le famiglie e persino intere comunità dal cercare assistenza.

Grafico 4.7

I paesi più poveri pagano di tasca propria la maggior parte delle spese sanitarie



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Statistics 2008*, OMS, Ginevra, pp. 90-91.

Mobilitare le famiglie – uomini e altri parenti inclusi – in modo che sappiano riconoscere e affrontare i rischi sanitari è essenziale per rafforzare l’ambiente di sostegno per la salute delle madri e dei neonati.

Burundi: l’impegno del governo nei confronti dell’assistenza sanitaria per le madri e i bambini

Il Burundi è uno dei paesi meno sviluppati del mondo. Il protrarsi della guerra civile e una ristrutturazione politica esitante hanno ostacolato il progresso economico e sociale. I tassi di povertà sono in forte aumento, con quasi l’88% degli abitanti del Burundi che vive con appena 2 dollari al giorno. La denutrizione colpisce il 66% della popolazione, e più di metà dei bambini sotto i cinque anni soffre di forme moderate o gravi di ritardo della crescita. Nel 2005, le donne hanno corso un rischio di decesso materno nel corso della vita pari a 1 su 16. Il tasso adattato di mortalità materna è stato pari a 1.100 decessi per 100.000 nati vivi nel 2005, mentre il tasso di mortalità neonatale è stato di 31 per 1.000 nati vivi nel 2004.

Il Burundi ha imparato attraverso l’esperienza l’importanza della fornitura di un’assistenza sanitaria accessibile e di qualità per i poveri in generale, e per le madri e i bambini in particolare. Nel febbraio del 2002, il governo ha attuato un programma di recupero dei costi che richiedeva ai pazienti di pagare per le consultazioni mediche, i test e i farmaci. L’iniziativa mirava a produrre risorse per un nascente sistema di assistenza sanitaria ed è stata attuata in 12 province rurali su 17, coprendo 5 milioni degli 8,5 milioni di abitanti del paese. L’introduzione del programma ha fatto aumentare i numeri di pazienti incapaci di pagare per i servizi medici che ricevevano negli ospedali pubblici, motivo per cui molti di loro sono stati soggetti a detenzione all’interno della struttura. Le donne che avevano partorito con taglio cesareo costituivano, secondo le stime, il 35% dei pazienti ospedalieri indigenti inclusi in un rapporto di Human Rights Watch del 2006 sulla detenzione di pazienti; il 10% dei pazienti indigenti inclusi nello studio era rappresentato da bambini. In aggiunta alle gravose spese, i servizi di assistenza sanitaria per donne e bambini erano spesso di qualità scadente.

L’attuale governo, guidato dal Presidente Nkurunziza, ha cominciato a prendere dei provvedimenti per affrontare questa crisi dell’assistenza sanitaria. Nel 2005, quando il Burundi si è unito all’“Iniziativa per i paesi poveri fortemente indebitati” con una riduzione provvisoria del debito nel 2005, il bilancio sanitario è stato triplicato. Nel 2006, il governo ha preso l’essenziale provvedimento di annunciare l’assistenza sanitaria gratuita per le donne incinte e i bambini. Una nuova politica, denominata “Linee guida per la riduzione della mortalità neonatale e materna”, è stata concepita e lanciata in quello stesso anno con l’assistenza del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, dell’Organizzazione Mondiale della

Sanità, del Programma Alimentare Mondiale e dell’UNICEF. Un altro passo importante è stato compiuto nel 2007, quando il Burundi è stato uno degli otto paesi che si sono uniti all’International Health Partnership, un partenariato tra governi, organizzazioni internazionali e organizzazioni non governative guidata dai paesi e controllata dai risultati. Uno degli obiettivi principali di questa partnership consiste nell’identificare una serie di obiettivi chiave, tra cui quelli di aumentare il numero di parti in centri sanitari e di potenziare i servizi per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell’HIV.

Attualmente la Politica nazionale di salute riproduttiva del Burundi comprende l’assistenza ai neonati come strategia essenziale per ridurre la mortalità infantile. Una caratteristica centrale di questa politica sarà rappresentata dall’aumento dei servizi per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell’HIV. Il tasso medio di diffusione dell’infezione da HIV per le giovani donne incinte di età compresa tra i 15 e i 24 anni di Bujumbura era pari al 16% nel 2005. Un possibile ambito per la programmazione futura consiste nel garantire un maggior sostegno da parte degli uomini per le strategie di prevenzione della trasmissione da madre a figlio.

Il paese ha anche cominciato a fornire un’assistenza sanitaria di base di cui c’era gran bisogno e che avrà effetti positivi sulle donne e sui bambini. I programmi di vaccinazione hanno fornito il vaccino contro il tetano neonatale a quasi tre quarti delle donne nei distretti ad alto rischio. Questo impegno ha galvanizzato gli stakeholder a livello sia nazionale sia locale. Ma sarà necessario che il governo continui a dare la priorità all’assistenza sanitaria per i poveri, se vorrà continuare a ricevere il sostegno degli attori internazionali e locali nella costruzione dell’infrastruttura sanitaria del Burundi.

Vedi Note, pagina 112.

Finanziare l'assistenza sanitaria di qualità è una sfida globale. Ogni anno quasi un terzo dei 68 paesi prioritari per l'iniziativa *Countdown to 2015* spende meno della soglia minima stabilita di 45 dollari a persona.

Uno degli interventi più importanti per migliorare la salute materna e neonatale è rappresentato dal riconoscimento dei rischi evitabili. Spesso intorno alla gravidanza e al parto esistono credenze e atteggiamenti culturali radicati, ed è possibile che le donne stesse vengano incolpate delle loro cattive condizioni di salute e delle loro malattie, nonché della mortalità e della morbidità dei loro neonati. Laddove risultano comuni, le nascite di bambini morti e i decessi neonatali possono non sembrare evitabili. Anche se non è possibile costringerle ad accettare delle pratiche alternative, le comunità possono diventare partner nella promozione della propria salute e del proprio benessere, nonché di quelli delle loro madri e dei loro bambini. Anche se l'e-

ducazione sanitaria è fondamentale per promuovere pratiche e comportamenti dall'impatto positivo, nonché conoscenze adeguate per cercare aiuto, risultano importanti anche le partnership che coinvolgono direttamente nella fornitura sanitaria degli stakeholder fondamentali a livello comunitario. Un esempio del genere è attualmente in corso in Burundi, dove gli assistenti tradizionali sono stati inclusi nei parti che avvengono nei centri sanitari come assistenti degli operatori sanitari ufficiali e delle novelle madri, che li ricompensano con cibo e con altri regali invece che in denaro²⁰.

I sistemi sanitari possono ottenere l'appoggio delle comunità anche attraverso l'inclusione, piuttosto che attra-

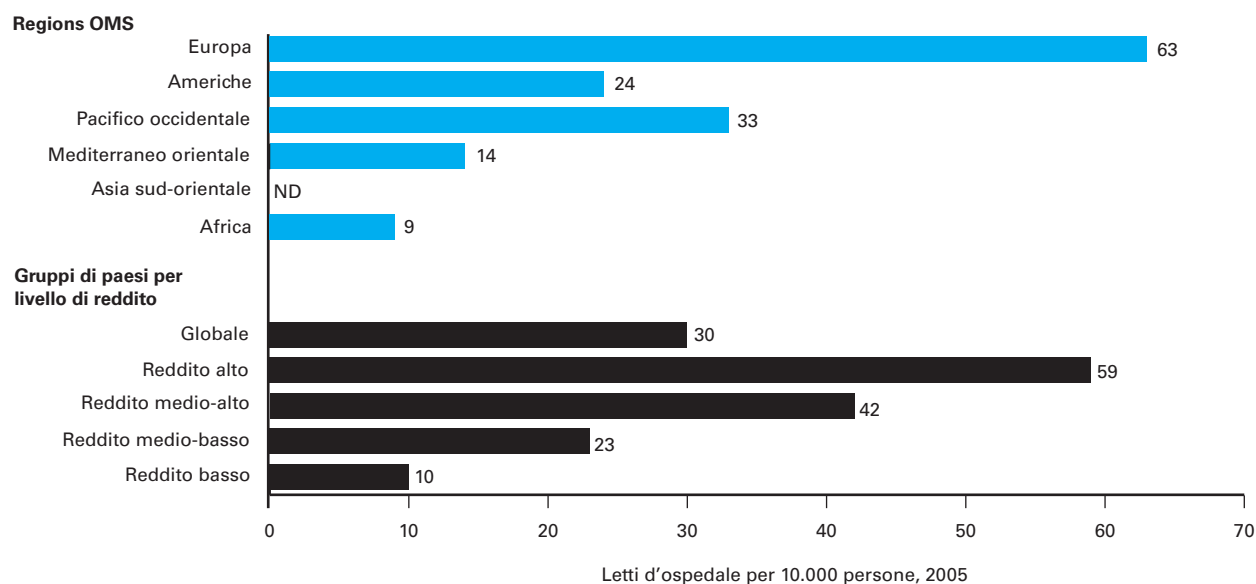
verso la coercizione. In Ecuador, i responsabili politici hanno adottato un approccio di questo tipo, integrando legalmente gli approcci interculturali alla salute riproduttiva e sessuale, allo scopo di incoraggiare una maggiore partecipazione allo sviluppo sanitario sostenibile da parte delle donne indigene. Questa strategia può aiutare a raggiungere le donne indigene convinte che le loro pratiche culturali, come la posizione verticale durante il parto, li escludano dai servizi sanitari moderni²¹.

Coinvolgere gli uomini e altri familiari

L'obiettivo di una maggiore unità non richiede soltanto l'inclusione di un maggior numero di donne, ma anche

Grafico 4.8

I paesi a basso reddito hanno solo 10 letti d'ospedale per 10.000 persone



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Statistics 2008*, OMS, Ginevra, pp. 82-83.

Integrare la salute materna e neonatale in India

I progressi dell'India sono fondamentali per migliorare la salute materna e neonatale su scala regionale e globale. Secondo le ultime stime internazionali, il tasso di mortalità materna dell'India era pari a 450 per 100.000 nati vivi nel 2005, mentre il tasso di mortalità neonatale era di 39 per 1.000 nati vivi nel 2004. Entrambe le cifre rappresentano delle riduzioni delle percentuali degli anni precedenti. Tuttavia, anche se la sua economia sta crescendo rapidamente, con un aumento reale del prodotto interno lordo pari al 9% annuo nel 2007-2008, le disparità stanno aumentando e risultano molto diffuse nei risultati sanitari tra gruppi di reddito e tra gruppi sociali e di casta. Le crescenti disuguaglianze, combinate con le carenze nella fornitura di assistenza sanitaria di base e con il costo crescente di tale assistenza, stanno rendendo vano l'impegno che il paese sta compiendo per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio collegati alla salute.

Con una popolazione totale di circa 1,1 miliardi di persone, un'ampia diversità ambientale e socioculturale e un intricato sistema politico comprendente 28 Stati e 7 territori dell'Unione, l'India ha portato avanti delle iniziative in gran parte decentralizzate per gestire l'assistenza sanitaria ai suoi cittadini. Il governo dell'India ha messo l'accento sull'espansione dell'assistenza sanitaria di base che, secondo la costituzione, rientra nelle competenze degli Stati. A cominciare dall'anno 2000, ha dato il via a un maggiore impegno per fornire assistenza a donne e bambini nelle zone rurali e negli Stati più poveri come Bihar, Orissa e Rajasthan. Ha anche incoraggiato l'assistenza sanitaria privata, che ancora pochi possono permettersi, mentre le spese per l'assistenza sanitaria pubblica sono scese ad appena il 2% del prodotto interno lordo.

Per affrontare le disparità in aumento, il governo dell'India ha espresso il suo impegno verso una "crescita inclusiva". Un'iniziativa di questo tipo è rappresentata dal Janani Suraksha Yojana, un progetto sponsorizzato dal governo nell'ambito della Missione Nazionale per la Salute Rurale, che fornisce incentivi in contanti per l'assistenza prenatale durante la gravidanza, i parti assistiti in centri sanitari e l'assistenza post parto da parte di operatori sul campo. I benefici si estendono a tutte le donne incinte dai 19 anni in su che vivono sotto la soglia di povertà in dieci Stati, fino a un massimo di due gravidanze. Anche le donne che non sono iscritte al programma ma che patiscono delle complicazioni come le doglie ostruite, l'eclampsia e la sepsi hanno diritto ai benefici. Il programma include anche un meccanismo per accreditare e compensare i medici privati partecipanti.

Secondo uno studio di follow-up compiuto in distretti selezionati del Rajasthan nel 2007-2008, il progetto Janani Suraksha Yojana ha fatto aumentare l'accesso all'assistenza prenatale e postnatale. L'esame ha rivelato anche che 76 su 200 partecipanti allo studio, ossia quasi il 40%, erano ragazze sotto i 18 anni, ossia al di sotto dell'età legale per il matrimonio in India. Il programma sta riuscendo nel suo intento di estendere l'accesso all'assistenza, permettendo contemporaneamente al governo di monitorare più da vicino la situazione delle bambine e delle donne.

Alcuni Stati hanno anche preso l'iniziativa di inaugurare delle partnership sanitarie con il settore privato. Nello stato del Gujarat, una delle province indiane più sviluppate, la carenza di fornitori di assistenza sanitaria qualificata ha spinto il

governo statale a unirsi agli ospedali privati per offrire assistenza ostetrica gratuita per le donne incinte che vivono al di sotto della soglia di povertà, soprattutto quelle provenienti da caste e tribù prestabilite. Il Chiranjeevi Yojana, che significa "un programma per la lunga vita", è stato lanciato nel 2005 e opera attraverso un memorandum d'intesa tra il governo del Gujarat e delle ostetriche private. Per ogni parto, il governo paga 1,795 rupie (40 dollari), una cifra che comprende anche 200 rupie per i costi di trasporto per ogni paziente e 50 rupie per la persona che accompagna la beneficiaria, a compenso di un'eventuale perdita di guadagni lavorativi.

Nel 2006, uno studio del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione sul Chiranjeevi Yojana ha riferito che il programma era riuscito a far aumentare il numero di parti eseguiti in centri sanitari, e che i medici privati erano perlopiù entusiasti della loro partecipazione all'iniziativa. Lo studio notava anche che le pazienti erano riluttanti a servirsi di strutture per il parto, e che i loro coniugi e i loro suoceri avevano una grande influenza sulle decisioni in merito. Quest'ultimo fattore limitava, ovviamente, la capacità delle donne di cercare assistenza sanitaria. Lo studio ha avanzato diverse raccomandazioni, tra cui quella relativa all'istituzione di un organo indipendente per garantire un controllo di qualità e un'attuazione equa dell'iniziativa.

Questa iniziativa del governo del Gujarat rappresenta un allontanamento dalla pratica precedente, nel senso che il governo in questione si è assunto la totale responsabilità del rimborso dei fornitori privati di assistenza sanitaria, invece di fare affidamento su intermediari come le società di assicurazione. Inoltre, il governo statale sta lavorando con agenzie professionali, come le associazioni di ostetriche, e con organizzazioni accademiche per pianificare e attuare i nuovi accordi.

Avendo riportato successi notevoli, il programma è stato esteso da solo cinque a tutti e 25 i distretti del Gujarat. Tra il gennaio del 2006 e il marzo del 2008, vi hanno aderito 180 medici. Sono stati eseguiti quasi 100.000 parti, con una media di 540 per ogni medico. Anche se si tratta di un'esperienza promettente, sono necessari un monitoraggio e una valutazione costanti per garantire che vengano effettuati dei miglioramenti e si ottengano i risultati desiderati.

Vedi Note, pagina 112.



Per rafforzare e integrare l'assistenza alle madri e ai neonati sono necessari un impegno a livello nazionale e internazionale e delle partnership sanitarie globali tra agenzie e istituzioni. *Una donna dà alla sua bambina una tazza di cibo complementare nella Sierra Leone.*

degli uomini. Degli studi indicano che gli uomini percepiscono una miriade di complicazioni che determinano la mortalità materna, ma non sempre riconoscono il loro ruolo nella prevenzione dei decessi. È necessaria una ricerca più ampia sul ruolo degli uomini nell'ambito della sopravvivenza e la salute delle madri e dei bambini, dato che la maggior parte degli studi attualmente disponibili si concentra più sulla fornitura economica e meno sulla prevenzione della malattia, sull'assistenza, sull'alimentazione e su altre determinanti di carattere sanitario²².

Così come i genitori di entrambi i sessi, si possono mobilitare anche altri componenti della famiglia. In molte società in cui i "parenti estesi" vivono a stretto contatto, i suoceri e altri parenti più anziani esercitano un'influenza importante sulle decisioni relative all'assistenza sanitaria. Nel Mali, ad esempio, il coinvolgimento delle nonne nell'educazione comunitaria ha determinato una maggiore consapevolezza della buona alimentazio-

ne per le madri e i bambini e degli effetti nocivi del lavoro pesante per le madri, oltre a un maggiore coinvolgimento dei padri nella cura delle loro partner e dei loro neonati²³.

Misura 4: Garantire finanziamenti equi e sostenibili

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria di qualità costituisce una sfida globale sia per i paesi industrializzati sia per quelli in via di sviluppo. Anche se non esistono soglie concordate a livello internazionale in merito alla spesa totale minima pro capite, l'iniziativa *Countdown to 2015* ha portato a stimare una spesa pro capite inferiore a 45 dollari insufficiente per la fornitura di servizi di assistenza sanitaria di qualità. Tra i 68 paesi prioritari per la salute materna, neonatale e infantile individuati dall'iniziativa *Countdown to 2015*, 21 presentano spese inferiori a 45 dollari pro capite²⁴.

La spesa pubblica per la salute può

essere una determinante fondamentale per valutare la capacità dei sistemi sanitari. I paesi che presentano delle basse percentuali di spesa pro capite possono essere associati a risultati sanitari scadenti, lacune nella dotazione di personale e investimenti deboli nelle infrastrutture e nella logistica relative all'assistenza sanitaria²⁵. Dei dati provenienti dalla Pan-American Health Organization hanno dimostrato che nel 2004, per i paesi a basso e medio reddito nel loro complesso, la spesa media per la salute pubblica è stata pari ad appena il 2,6% del prodotto interno lordo, in netto contrasto con il quasi 7% del PIL speso dai paesi ad alto reddito. L'Asia meridionale ha fatto registrare una delle percentuali di spesa più basse, pari ad appena l'1,1% del prodotto interno lordo. Anche se l'Africa subsahariana spende leggermente di più del suo PIL per l'assistenza sanitaria (il 2,4% nel 2004), solo pochi paesi in questa regione stanno rispettando l'impegno di assegnare il 15% dei loro bilanci nazionali alle spese per l'assistenza

Tra le opzioni per aumentare l'uguaglianza a livello di assistenza sanitaria per le madri e i neonati figurano dei bilanci sanitari più consistenti, l'eliminazione delle spese a carico degli utenti e l'attuazione di iniziative assicurative e di programmi per il trasferimento di fondi.

sanitaria, preso con la Dichiarazione di Abuja del 2001²⁶.

Paesi e donatori stanno riconoscendo sempre di più l'importanza dell'assistenza sanitaria per le madri e i neonati in uno sviluppo economico e sociale equo. Molti governi, anche nelle zone dotate di poche risorse, stanno esplorando strategie diverse per aiutare le famiglie ad affrontare i costi dell'assistenza ostetrica e neonatale di routine e d'emergenza. Sono possibili varie opzioni, tra cui la riduzione o l'eliminazione delle spese a carico degli utenti, l'attuazione di iniziative di protezione sociale come i *cash transfer* e i buoni condizionati o incondizionati, nonché l'introduzione di un'assicurazione sanitaria a livello nazionale o comunitario o la sovvenzione della fornitura privata di assistenza sanitaria per le famiglie povere²⁷.

Spese a carico degli utenti

Un ambito chiave di dibattito nell'ambito del finanziamento sanitario è rappresentato dalle spese a carico degli utenti, che costituiscono un'importante barriera all'accesso ai servizi sanitari, soprattutto per i poveri. L'eliminazione dei pagamenti da parte degli utenti può migliorare l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto per i poveri. Diversi paesi del mondo in via di sviluppo hanno già abolito, o stanno eliminando, alcune o tutte le spese dirette, spesso ottenendo, in tal modo, degli incoraggianti aumenti nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria. Questi paesi vanno dal Burundi nell'Africa orientale (vedi Scheda a pagina 83) al Ghana nell'Africa occidentale, fino a dei

distretti selezionati del Nepal²⁸.

Finora, nei paesi in via di sviluppo, non ha avuto luogo alcuna valutazione sistematica dell'eliminazione dei pagamenti da parte degli utenti nei paesi in via di sviluppo. I primi dati indicano che, nei paesi in cui l'eliminazione delle spese a carico degli utenti non è stata supportata da altre politiche, come un aumento dei bilanci nazionali destinati all'assistenza sanitaria o un'attenta pianificazione e delle ponderate strategie di attuazione, si è registrata una tendenza all'aumento dei problemi del sistema sanitario e a una diminuzione del rendimento. Nei paesi in cui l'eliminazione dei pagamenti è stata attentamente pianificata e gestita, invece, si colgono segni di un maggiore utilizzo dei servizi e indicazioni che i poveri possano aver tratto maggiori benefici, anche se, tra loro, l'incidenza delle spese catastrofiche non è calata²⁹.

Le esperienze dell'Uganda e del Sudafrica indicano che, per essere efficaci, l'eliminazione dei pagamenti deve far parte di un pacchetto più ampio di riforme, comprendente dei bilanci più alti per compensare le entrate perdute, il mantenimento dei livelli di qualità e la capacità di rispondere alla maggiore richiesta. Sono necessari anche una comunicazione chiara e impegno ampio da parte degli stakeholder, un monitoraggio attento per assicurarsi che i pagamenti ufficiali non vengano sostituiti da quelli non ufficiali, e una gestione adeguata dei meccanismi di finanziamento alternativi che stanno sostituendo i pagamenti

da parte degli utenti³⁰.

È opportuno sottolineare che le spese a carico degli utenti non rappresentano l'unica barriera per i poveri. Altre barriere a livello di costi comprendono i pagamenti non ufficiali, il costo delle medicine e dei test di laboratorio e di radiologia non forniti dalle strutture di salute pubblica, il viaggio, il cibo e l'alloggio, nonché le spese da affrontare nelle strutture di assistenza sanitaria private. Generalmente questi costi rappresentano una percentuale significativa dei costi totali che le famiglie devono affrontare e che colpiscono soprattutto i poveri³¹.

Anche se rappresentano soltanto una delle molteplici barriere per i poveri, i pagamenti da parte degli utenti costituiscono uno degli ambiti più accessibili per l'azione politica. Come ha dimostrato la recente esperienza dell'Uganda, il processo politico di eliminazione dei pagamenti può avere un effetto catalitico, permettendo ai governi di affrontare altre questioni, come la scorta e l'approvvigionamento di farmaci, gli stanziamenti di bilancio o la gestione finanziaria, che pongono ulteriori barriere al progresso³².

Chiaramente, eliminare i costi per gli utenti non è facile. I paesi che cercano di muoversi in questa direzione hanno bisogno di sostegno nella pianificazione e nell'attuazione di questo cambiamento politico, e hanno bisogno anche di collegare l'eliminazione delle spese a carico dell'utente a misure più ampie per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

Le strategie di finanziamento e di sviluppo dovrebbero tener conto del contesto nazionale e locale, nonché concentrarsi sulle barriere indirette all'accesso, come i costi di trasporto e le infrastrutture.

Bisogna notare che il contesto per l'eliminazione dei pagamenti a carico degli utenti è d'importanza cruciale, e non è probabile che un'unica politica generale possa affrontare i bisogni di ogni paese. Un'analisi attenta della situazione specifica di ognuno dei paesi, risulta necessaria per fondare le decisioni relative alla linea d'azione più appropriata.

Assicurazione e transfer

I piani nazionali di assicurazione sanitaria, come l'assicurazione sociale della Bolivia per i servizi di assistenza sanitaria alle madri e ai bambini, possono far aumentare l'accesso delle donne più povere all'assistenza prenatale e al parto³³. Eppure questa forma di finanziamento è difficile da estendere in paesi dotati di un impiego limitato nel settore ufficiale, di bassi redditi, di famiglie disgregate e di infrastrutture minime.

I piani di assicurazione sanitaria a livello comunitario, che operano in modo più informale e su scala più ridotta rispetto ai piani di assicurazione sociale, hanno fatto aumentare le percentuali di parti in centri sanitari del 45% in Ruanda e del 12% in Gambia³⁴. Un piano per la divisione dei costi in un distretto urbano del Burkina Faso ha fatto aumentare da 84 a 683, in un anno, il numero di affidamenti d'emergenza a strutture sanitarie³⁵. Tuttavia, può risultare difficile estendere questi piani per una copertura più ampia, visto che essi, non potendo magari autofinanziarsi o essendo dipendenti da un'efficace mobilitazione a livello comunitario,

possono richiedere il sostegno da parte del governo o dei donatori.

I programmi condizionati di *cash transfer* e di buoni vengono pilotati in modo da generare, tra i poveri, una richiesta di servizi specifici. I *cash transfer* hanno fatto aumentare, tra le donne più povere, l'assistenza prenatale durante il primo trimestre dell'8% in Messico e del 15-20% in Honduras³⁶. L'India, invece, ha offerto alle donne provenienti da gruppi emarginati in distretti prioritari degli incentivi finanziari per farle partorire in dei centri sanitari. Anche se queste iniziative hanno fatto aumentare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, è possibile che dei miglioramenti efficaci dei risultati a livello di salute materna non si realizzino senza dei miglioramenti concomitanti nella qualità dei servizi. Sono comunque necessari il monitoraggio e la valutazione continui di queste innovazioni a livello di finanziamento, affinché i governanti possano eventualmente applicarle su scala più vasta.

Fornitori del settore privato

Il settore privato è diventato un importante fornitore di assistenza sanitaria, soprattutto in Asia, ma la base dei dati disponibili per misurarne l'efficacia risulta ancora limitata, dato che la maggior parte delle valutazioni misurano i cambiamenti a breve termine del comportamento del fornitore, non i risultati sanitari o altri effetti sui beneficiari. Il settore privato è eterogeneo per natura e comprende una varietà di fornitori, tra cui i guaritori e gli assistenti al

parto tradizionali, gli ospedali ecclesiastici, le stazioni termali e le entità societarie globali che magari operano senza regolamenti e senza supervisione. In molti paesi a basso reddito, i fornitori privati operano in ambienti in cui i controlli regolamentari ufficiali, sotto forma di associazioni professionali, di imposizioni legali o di imposte statali, risultano deboli³⁷.

È necessario prestare attenzione alla sempre maggiore mescolanza tra pubblico e privato nei sistemi sanitari. Le scoperte provenienti da studi compiuti sui servizi privati in India, Indonesia e Messico mostrano quali siano le sfide da affrontare per valutare la qualità dell'assistenza nei settori pubblico e privato, nonché quanto sia importante prendere in considerazione il contesto nazionale prima di trarre delle conclusioni definitive su ognuno di questi settori³⁸. I governi devono affrontare la sfida consistente nel migliorare la regolamentazione dei fornitori di assistenza sanitaria privati, usando le linee guida internazionali per sviluppare delle politiche nazionali che impongano degli standard minimi per servizi come l'assistenza prenatale, la gestione dei casi di sieropositività e di AIDS, delle percentuali massime accettabili di parti cesarei e altre questioni d'importanza critica nell'ambito dell'assistenza alle madri e ai neonati.

Misura 5: Potenziare infrastrutture, trasporti, logistica, forniture e procedure di affidamento a specialisti

Il rafforzamento dei sistemi sanitari a

Migliorare la qualità dell'assistenza è necessario sia per garantire sicurezza e benessere sia per incoraggiare un maggior uso dei servizi di assistenza sanitaria.

sostegno dell'assistenza alle madri e ai neonati richiede degli investimenti nei settori collegati ai servizi essenziali di maternità e di assistenza sanitaria di base. Oltre a migliorare i sistemi d'informazione, è urgente anche ampliare le risorse umane, favorire la mobilitazione sociale, istituire dei finanziamenti equi e sviluppare le infrastrutture, le forniture, la logistica, i trasporti e la procedura di affidamento a specialisti. Le ultime stime dell'OMS indicano che ci sono appena 10 letti d'ospedale per 10.000 abitanti nei paesi a basso reddito, rispetto a un numero di quasi sei volte superiore nei paesi a reddito più elevato³⁹.

Laddove le strutture esistono, i governi e gli altri enti incaricati della sorveglianza devono garantire che funzionino e vengano mantenute in modo adeguato. In Uganda, dove si sono registrati dei cali nella mortalità materna, un esame delle strutture per l'assistenza ostetrica d'emergenza hanno dimostrato che, in 54 distretti su 56 in tutto il paese, più del 97% delle strutture che avrebbero dovuto fornire i servizi d'emergenza di base non sono riusciti a farlo. La mancanza di acqua corrente, di elettricità e di sale operatorie funzionanti è risultata tra gli impedimenti principali alla fornitura del servizio⁴⁰. Sono urgentemente necessari ulteriori esami per garantire che le strutture esistenti vengano ammodernate e che ne vengano introdotte di nuove in modo sostenibile. Un'altra priorità è rappresentata dai finanziamenti per le forniture mediche, comprendenti i farmaci essenziali. La lista inter-agenzie ONU dei farmaci essen-

ziali per la salute riproduttiva funge da utile guida al numero minimo di farmaci efficaci e a basso costo che dovrebbero essere disponibili⁴¹.

I piani per lo sviluppo delle infrastrutture sanitarie dovrebbero prendere in considerazione i mezzi più appropriati per migliorare i sistemi di trasporto, in modo da agevolare l'accesso di donne e bambini all'assistenza d'emergenza nelle strutture sanitarie e, in alcuni ambienti, dovrebbero anche prevedere delle squadre di assistenza sanitaria mobili. I programmi in India (*vedi Scheda a pagina 85*) e nelle zone rurali del Nepal forniscono esempi di come si possano offrire degli incentivi per finanziare i trasporti per le donne incinte⁴².

Il miglioramento delle infrastrutture per i trasporti contribuirà anche a rafforzare la procedura di affidamento a specialisti, che resta un elemento trascurato e non sufficientemente studiato dei servizi d'emergenza per le madri e i neonati, e per i sistemi sanitari più in generale.

La riduzione dei tempi tra il momento dell'affidamento e quello dell'arrivo delle donne alle strutture di destinazione risulta spesso essenziale per la loro sopravvivenza. In uno studio compiuto nella zona rurale del Maharashtra occidentale, in India, la distanza dai servizi sanitari è risultata pari a 3 km per le donne decedute in seguito a delle complicazioni sanitarie e di 2,5 km per le donne che sono invece sopravvissute a complicazioni analoghe. Ma la distanza per raggiun-

gere un trattamento adeguato per le complicanze durante il parto è risultata pari a 63,5 km per le donne decedute e a 39,3 km per quelle sopravvissute. Uno studio condotto nel Karnataka, sempre in India, ha dimostrato che gli affidamenti di donne a strutture sanitarie per l'assistenza ostetrica d'emergenza riflettevano dei molteplici tentativi, pur casuali e spesso vani, di ottenere un'assistenza efficace da una gamma di servizi governativi mal funzionanti e da fornitori informali e privati⁴³.

Per essere più reattivi e più efficaci, i sistemi di affidamento devono valutare i bisogni della popolazione e le capacità del sistema sanitario, incoraggiare la fattiva collaborazione tra i vari livelli di affidamento e i vari settori, formalizzare la comunicazione e i piani di trasporto, sviluppare dei protocolli per l'affidante e il ricevente, garantire la responsabilità per il rendimento del fornitore e una supervisione di sostegno, offrire protezione dai costi finanziari e sviluppare degli indicatori per monitorare l'efficacia degli interventi.

Misura 6: Migliorare la qualità dell'assistenza

Le definizioni di assistenza materna e neonatale di qualità sono passate da una concentrazione esclusiva sui risultati biomedici a un approccio più inclusivo, che prende in considerazione anche i diritti e la soddisfazione del paziente, gli standard, l'equità, nonché le responsabilità e i diritti degli istituti e degli operatori sanitari. Un'assistenza di buona qualità

Creare un ambiente di sostegno e una forte volontà politica è essenziale per riuscire a rafforzare il sistema sanitario.

dovrebbe impegnarsi di ottenere il miglior risultato sanitario possibile, soddisfare i fornitori, i pazienti e le famiglie, mantenere un buon rendimento a livello manageriale e finanziario, nonché sviluppare i servizi esistenti per migliorare gli standard dell'assistenza offerta a tutte le donne⁴⁴.

Mentre i sistemi sanitari esistenti nei paesi industrializzati e a medio reddito possono richiedere delle riforme per offrire dei servizi di maternità e neonatali migliori e più accessibili, i sistemi sanitari emergenti possono incorporare dei meccanismi per la qualità dell'assistenza in nuovi programmi. Nella Costa d'Avorio, ad esempio, un programma nazionale è stato lanciato nel 2000 per integrare la prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell'HIV nei servizi esistenti per la salute materna. Un recente studio ha dimostrato che il programma ha determinato un miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza in molti ambiti, compresa la somministrazione di ossitocina nella terza fase del travaglio e il controllo dell'utero dopo il parto⁴⁵.

Varie organizzazioni hanno sottolineato il bisogno di un'assistenza ostetrica d'emergenza impegnandosi in misure volte a migliorare la qualità dell'assistenza in paesi diversi come il Mali, il Perù e il Vietnam. Basandosi sui fondamenti dell'assistenza ostetrica d'emergenza, queste misure hanno migliorato e semplificato i meccanismi di reporting e di monitoraggio, hanno sviluppato protocolli e standard in modo inclusivo e partecipatorio, e

hanno favorito una maggiore competenza da parte degli operatori sanitari attraverso una formazione basata sulle qualifiche e una supervisione continua anche a sostegno degli operatori stessi. Inoltre, migliori sistemi di comunicazione hanno facilitato un miglior lavoro di squadra. Sono stati posti in primo piano i diritti delle donne, le partnership con le comunità e l'aggiornamento degli operatori⁴⁶.

Per avere successo, queste misure necessitano di un sostegno e di una partecipazione a livello direttivo. Delle valutazioni dell'iniziativa Health Workers for Change hanno permesso di scoprire che i cambiamenti, effettuati a livello locale, non erano necessariamente supportati da concomitanti provvedimenti politici a livello più alto⁴⁷. I problemi che richiedono livelli più alti di responsabilità dirigenziale o cambiamenti a livello politico possono limitare gli effetti dei procedimenti per la qualità dell'assistenza a livello locale sui risultati sanitari per le madri. Gli operatori sanitari non possono determinare dei cambiamenti efficaci, né essere ritenuti effettivamente responsabili della mancanza di cambiamenti, se i loro ambienti di lavoro non sono supportati dagli amministratori sanitari e dai leader politici regolarmente eletti che li dirigono.

Sviluppare i sistemi sanitari: la tesi a favore dell'azione collaborativa

Gli elementi chiave per lo sviluppo dei sistemi sanitari (ossia rafforzare la base di dati, aumentare e migliorare il

personale sanitario, aggiornare e ampliare le infrastrutture e la logistica, fornire soluzioni di finanziamento eque e stimolare la richiesta di assistenza di qualità attraverso la mobilitazione sociale) stanno riscuotendo una sempre maggiore accettazione da parte dei governi nazionali e locali e delle agenzie internazionali.

Inoltre, si registra un consenso crescente sui vantaggi dell'estensione dei pacchetti di servizi essenziali di assistenza materna e neonatale. Infine, esiste anche, come si afferma in questo rapporto e in quello dell'anno scorso, un impegno a creare un ambiente in grado di sostenere la sopravvivenza e la salute delle madri, dei neonati e dei bambini.

Per tradurre le promesse in azioni concrete sarà indispensabile l'azione concertata dei governi nazionali, della comunità internazionale in via di sviluppo, delle organizzazioni della società civile, del settore privato e delle stesse famiglie e comunità, per assumersi la responsabilità del miglioramento della salute delle madri e dei neonati come barometro del rispetto per i diritti umani. Il Capitolo 5 prende in esame alcune delle partnership che stanno mandando avanti questo processo e suggerisce in che modo tali collaborazioni possano essere migliorate.

5 Lavorare insieme per la salute delle madri e dei neonati



Per migliorare la salute delle madri e dei neonati ci vorranno collaborazione, impegno e creatività. L'impegno a livello internazionale e nazionale sta diventando sempre più cooperativo nel far fronte alle sfide poste dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e da altri traguardi concordati a livello internazionale. È giunto il momento di applicare alla salute delle madri e dei neonati la stessa determinazione, le stesse prove, le stesse innovazioni e le stesse risorse che hanno consentito di ottenere dei miglioramenti rapidi e sostenibili in molti aspetti della sopravvivenza infantile. Il capitolo finale del rapporto La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009 esamina le partnership e i programmi congiunti con cui si sta cercando di creare degli ambienti di sostegno, istituire dei continuum di assistenza e rafforzare i sistemi sanitari in modo da migliorare la salute materna e neonatale. Analizza, inoltre, i modi per rafforzare la collaborazione, aumentare l'efficacia degli aiuti e applicare le risorse e l'impegno necessari per raggiungere risultati concreti.

Metà del percorso verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio collegati alla salute è stato ormai superato. I risultati conseguiti finora sono stati eterogenei. Molto si è fatto, negli ultimi anni, per accelerare i progressi nel campo della salute delle madri, dei neonati e dei bambini, per coordinare le azioni e per migliorare gli interventi essenziali. Si sono raggiunti risultati concreti in molti paesi in via di sviluppo, soprattutto per quanto riguarda la riduzione del numero di decessi di bambini tra i 29 giorni e i cinque anni di età (il periodo post-neonatale). L'assistenza per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini è aumentata a livello internazionale, incoraggiando un maggiore afflusso di aiuti, rafforzando le partnership e consolidando i quadri di riferimento per l'azione.

La sfida consiste nel prendere come riferimento questi risultati per gli anni che rimangono fino al 2015 e oltre. Particolare attenzione va data ai bisogni dell'Africa e dell'Asia, i due continenti che presentano il maggior numero di decessi materni e neonatali. In tutte

le regioni in via di sviluppo, comprese quelle che, in linea di massima, risultano sulla buona strada per raggiungere tutti o almeno alcuni degli OSM relativi alla salute, ci sono paesi, comunità e gruppi socio-economici che stanno rimanendo indietro nei loro tentativi di raggiungere i traguardi e meritano un maggiore impegno a sostegno della salute materna e neonatale.

C'è bisogno di un'azione collaborativa. Per affrontare la sfida rappresentata dal miglioramento della salute materna e neonatale ci vorrà un impegno creativo, costante e concertato per creare ambienti in grado di sostenere le donne e le bambine, per stabilire continuum di assistenza e per rafforzare i sistemi sanitari.

Questo rapporto ha reiterato una verità ampiamente nota: non c'è nulla di misterioso a proposito della mortalità materna e neonatale. I motivi per cui le donne e i neonati muoiono per cause collegate alla gravidanza e al parto, nonché quelli per cui milioni di bambini muoiono nei primi 28 giorni di vita, sono ben noti. Per affrontarli ci vogliono buoni dati e buone analisi,

strategie valide, risorse adeguate, impegno politico e partnership collaborative. Come indicato nei capitoli precedenti, le debolezze dei sistemi sanitari nei singoli paesi richiedono provvedimenti specifici per paese, in cui le modalità di azione correttiva dipendono dai profili dei paesi, dalle scelte politiche, da funzioni di costo specifiche e dalla creazione di un ambiente di sostegno per la salute materna e neonatale basato sul rispetto dei diritti delle donne e dei bambini.

A questo scopo, il capitolo conclusivo del rapporto *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2009* si concentra sui recenti sviluppi delle partnership sanitarie a livello globale, esplorando brevemente tre ambiti chiave: quello della collaborazione, quello dell'efficacia degli aiuti e quello delle risorse e dell'impegno profusi per ottenere dei risultati.

Rafforzare la collaborazione

Negli ultimi anni si è assistito a un'espansione delle partnership sanitarie a livello globale, in parte stimolata dall'enfasi sulla collaborazione concretiz-

zatasi nell'OSM 8, in cui si cerca di sviluppare una partnership globale per lo sviluppo, e nel Monterrey Consensus on Financing for Development del 2002. Queste iniziative stanno producendo effetti importanti in diversi ambiti, soprattutto in quelli della ricerca, della valutazione, della prevenzione e del trattamento di malattie trasmissibili come l'AIDS, la tubercolosi, il morbillo e la malaria.

Un esempio si riferisce al morbillo: nel 2007, l'Africa ha potuto riportare un calo del 91% nei decessi per morbillo tra il 2000 e il 2006. Questo successo senza precedenti è stato determinato da una spinta concertata da parte dei governi nazionali e dei partner interna-

zionali per intensificare la vaccinazione contro il morbillo¹.

Si sta affrontando anche la prevenzione della malaria attraverso la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida, sempre più disponibili gratuitamente attraverso delle campagne di massa. Nel frattempo, la lotta contro l'HIV e l'AIDS sta facendo registrare progressi su molteplici fronti. Nel 2007, il 33% del milione e mezzo stimato di donne incinte sieropositive residenti nei paesi a basso e medio reddito ha ricevuto la terapia antiretrovirale per prevenire la trasmissione dell'HIV ai propri figli, rispetto al 15% del 2005. Inoltre, il numero di bambini che ricevono terapia antiretrovirale è quasi triplicato, dai

75.000 nel 2005 ai 200.000 nel 2007².

Questi sono soltanto due degli esempi di come l'azione coordinata tra governi nazionali e partner internazionali stia producendo miglioramenti concreti nelle vite di madri, neonati e bambini.

Negli ultimi anni, la salute materna e neonatale ha ricevuto un'attenzione specifica da parte delle partnership e delle iniziative sanitarie. Questo ha determinato la formazione di diverse nuove collaborazioni che integrano il lavoro di partnership di lunga data nell'impegno per accelerare i progressi verso il raggiungimento dell'OSM 5.

Tuttavia, l'aumento delle partnership sanitarie globali per la salute materna, neonatale e infantile non risulta privo di sfide. A seconda della definizione usata, le partnership sanitarie globali ammontano a più di 100, e talvolta i paesi in via di sviluppo hanno riferito delle difficoltà a interagire con il gran numero di iniziative³. Inoltre, benché esista un consenso circa l'imperativo di creare efficaci continuum di assistenza per le madri, i neonati e i bambini, rimane la sfida di integrare i flussi verticali di aiuti per interventi specifici per malattia con un rafforzamento degli approcci integrati, combinati con lo sviluppo di sistemi sanitari.

Integrare il lavoro delle partnership sanitarie globali nell'istituzione di continuum di assistenza a livello nazionale costituisce una sfida chiave per gli anni a venire. Diversi donatori bilaterali stanno già prendendo dei provvedimenti per armonizzare la loro collaborazio-



© UNICEF/HO07-13 14/Anita Khemka

Le madri e i neonati dovrebbero poter contare su un'assistenza ad ampio raggio per la salute riproduttiva, su un'assistenza qualificata durante la gravidanza, sul parto eseguito da ostetriche, infermieri o medici qualificati e sull'assistenza ostetrica d'emergenza per le complicazioni molto gravi. Un medico conduce un corso di formazione per gli apprendisti infermieri nell'ambito dell'Iniziativa per il diritto delle donne alla vita e alla salute in Pakistan.

Lavorare insieme per la salute delle madri e dei neonati

di Sarah Brown, sostenitrice della White Ribbon Alliance for Safe Motherhood e moglie di Gordon Brown, Primo Ministro del Governo del Regno Unito.

Negli ultimi anni, gran parte del mio lavoro si è concentrato su programmi preventivi per migliorare la salute di bambini nati prematuramente o in seguito a gravidanze difficili. Lavorando insieme, la comunità medica del mondo industrializzato sta migliorando gli interventi per garantire che un neonato che nasce in circostanze difficili riceva la necessaria assistenza nelle prime fasi cruciali della vita, per sopravvivere e per vivere bene.

Tuttavia, lo stato della sopravvivenza infantile nel mondo in via di sviluppo è in netto contrasto con la situazione esistente in paesi industrializzati come il Regno Unito. Come rappresentante del comitato consultivo internazionale del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, ho osservato direttamente i programmi di formazione che il RCOG conduce in numerosi paesi in Africa e in Asia. Quest'esperienza pratica mi ha fatto capire che non è possibile cominciare a salvare i neonati e i bambini più vulnerabili senza prima garantire la salute delle loro madri.

Il motivo di questo è semplice: sono le madri a svolgere il lavoro necessario per crescere i loro figli, nutrirli, mandarli a scuola e farli vaccinare. In effetti, i bambini che hanno perso le loro madri hanno possibilità quasi cinque volte maggiori di morire nella prima infanzia rispetto a quelli che le hanno ancora, mentre i neonati senza madre hanno probabilità di morire dieci volte maggiori.

La portata di questo problema diventa evidente quando si considerano i numeri annuali di decessi materni, che sono cambiati ben poco in quasi vent'anni. In tutto il mondo quest'anno, più di mezzo milione di madri perderanno la vita tra la gravidanza e il parto, e quasi tutti questi decessi si verificheranno nei paesi più poveri. Inoltre, per ogni madre che muore, 20 donne vengono lasciate a patire di lesioni e infermità conseguenti a complicazioni verificatesi durante il parto.

È fondamentale che noi – governi, organizzazioni non governative, organizzazioni religiose, aziende e singoli individui impegnati in questo ambito – lavoriamo tutti quanti insieme per garantire che in ogni paese e in ogni comunità di tutto il mondo le donne abbiano accesso a servizi essenziali come l'assistenza sanitaria di base e degli operatori sanitari qualificati. È questo che salverà la vita a tante madri e garantirà una vita migliore per neonati e bambini che altrimenti sarebbero gravemente a rischio.

Se capiremo bene questo, riusciremo a salvare molti bambini in ogni fase del ciclo vitale. L'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5, che si propone di migliorare la salute materna, è al centro di tutti gli OSM. L'accesso a operatori sanitari qualificati va a sostegno del continuum di assistenza di cui le donne e i loro bambini hanno bisogno. Le madri partoriscono in condizioni sicure quando possono avere accesso al sostegno prenatale e all'assistenza qualificata durante il parto e il periodo critico immediatamente successivo. Un centro sanitario ben dotato di personale e ben rifornito garantirà anche che i neonati ricevano le vaccinazioni essenziali, e che siano disponibili i farmaci necessari a evitare che questi bambini muoiano di malaria o di polmonite.

Non dobbiamo concentrarci soltanto su delle soluzioni verticali. Tutte le organizzazioni che attualmente lavorano per eliminare la povertà e le malattie, nonché per migliorare l'assistenza sanitaria e l'istruzione, devono trovare l'opportunità di includere anche il parto. C'è bisogno di massimizzare l'efficacia di risorse preziose e di rispondere ai veri bisogni locali. Abbiamo visto la differenza che possono fare dei servizi sanitari efficaci.

Il Giappone ha ridotto il suo tasso di mortalità materna di due terzi nel decennio successivo al 1945. C'è riuscito introducendo degli operatori sanitari di comunità in grado di fornire un'assistenza sanitaria costante dalla gravidanza fino a quando il bambino cominciava ad andare a scuola. Le madri venivano educate sui loro diritti e sull'importanza di un'assistenza sanitaria di qualità tramite un manuale per le madri e i loro bambini di cui i giapponesi sono giustamente orgogliosi. Importante per questo risultato è stata anche l'iniezione vitale di una volontà e di una spinta a livello politico che continuano ancora oggi. Una leadership a livello internazionale risulta essenziale per concentrare l'attenzione sull'attenzione materna e per canalizzare le risorse verso di essa.

In questo momento, mentre continuiamo il conto alla rovescia verso la scadenza degli OSM nel 2015, possiamo contare su uno slancio a livello mondiale. In questo momento possiamo ottenere un cambiamento mondiale. Mai prima d'ora il problema ha ottenuto tanta visibilità e tanto sostegno da parte di molte fonti diverse in tutto il mondo. Per la prima volta quest'anno, in occasione del Vertice G8 tenutosi in Giappone, la salute materna è rientrata nei programmi ufficiali.

Tuttavia, dobbiamo comprendere che i governi non possono ottenere da soli una netta riduzione della mortalità materna. Le organizzazioni non governative stanno lavorando insieme e stanno mettendo sempre più in primo piano la salute materna. Si stanno unendo, inoltre, a organizzazioni popolari, come la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, i cui membri hanno svolto una campagna per ottenere dei progressi in più di 90 paesi. Una partenza notevole l'hanno fatta le levatrici, gli ostetrici e i ginecologi del mondo. Le loro organizzazioni professionali, guidate dalla Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia e dalla Confederazione Internazionale delle Ostetriche, si sono impegnate a lavorare insieme per aiutare i paesi in via di sviluppo a formare gli operatori sanitari nell'assistenza prenatale, nel parto e nell'assistenza ai bambini piccoli.

Possiamo fare tutti quanti la nostra parte per ridurre la mortalità materna. Gli individui possono lanciare delle campagne per il cambiamento, le comunità possono sensibilizzare i loro componenti di sesso maschile e femminile, mentre le organizzazioni non governative, le organizzazioni del settore privato e i governi possono lavorare insieme per trovare delle soluzioni pratiche.

Facciamo in modo che ognuno di noi possa mettere sul tavolo le proprie competenze e lavorare insieme per aumentare lo standard di salute materna e infantile in tutto il mondo.

Dobbiamo lavorare insieme per garantire che in ogni paese e in ogni comunità che ne abbiano bisogno siano disponibili degli operatori sanitari qualificati, e che ogni governo sia pronto a farli lavorare.

Lo dobbiamo a milioni di madri che hanno perso inutilmente la vita negli ultimi vent'anni. Lo dobbiamo alle migliaia di donne incinte che ogni giorno, in tutto il mondo, partoriscono con la paura di perdere la vita.

Lo dobbiamo alla prossima generazione di bambini nati nei paesi più poveri del mondo: bambini che hanno bisogno delle loro madri e le meritano.

ne e migliorare l'efficacia dei loro contributi attraverso delle partnership. Queste ultime comprendono la Campagna Globale per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio condotta dal governo della Norvegia, l'Iniziativa Providing for Health condotta da Germania e Francia, la Catalytic Initiative to Save a Million Lives promossa dal Canada e la Health System Strengthening Window dell'alleanza GAVI.

Dal canto suo, il lavoro delle otto maggiori agenzie sanitarie internazionali – l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, la Banca Mondiale, la GAVI, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, e la Fondazione Bill & Melinda Gates – si sta arricchendo grazie al maggior dialogo che si verifica attraverso il gruppo informale Health-Eight (H8). L'H8, che ha tenuto la sua sessione inaugurale nel luglio del 2007, si riunisce due volte l'anno per esaminare le sfide che l'espansione di interventi sanitari chiave e l'accelerazione dei progressi verso gli OSM collegati alla salute comportano⁴.

La International Health Partnership (IHP), lanciata nel settembre del 2007, è una partnership di coordinamento che mette insieme governi, donatori e agenzie internazionali per unire le forze e per sostenere dei piani nazionali di sviluppo sanitario. Gli accordi a livello nazionale e globale rappresentano i meccanismi fondamentali attraverso cui



© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirozzi

Forti investimenti pubblici nel sistema sanitario nel suo complesso e un'azione e un impegno unificati a livello nazionale e internazionale determineranno un miglioramento della sopravvivenza e della salute di madri e neonati. *Un'infermiera assiste un neonato presso un centro sanitario per le madri e i bambini supportato dall'UNICEF in Albania.*

l'IHP mira a sostenere questo processo. Nell'agosto del 2008, l'Etiopia è diventata il primo paese in cui il governo e i partner hanno firmato un accordo nazionale con l'IHP; anche il Mozambico ha approvato un accordo nazionale nel settembre 2008, mentre altri paesi in Africa e in Asia sono pronti a firmare degli accordi nei prossimi mesi⁵.

Migliorare l'efficacia degli aiuti internazionali

Sono stati istituiti diversi forum ad alto livello per affrontare il problema dell'efficacia degli aiuti. In base alla

Dichiarazione di Parigi del 2005 sull'Efficacia degli Aiuti, si è messa insieme, per le partnership sanitarie globali, una serie di migliori pratiche concentrate sull'armonizzazione dell'impegno, sull'allineamento degli aiuti alle strategie e ai sistemi nazionali, sulla partecipazione a livello nazionale, nonché sulla responsabilità e sulla gestione reciproche, finalizzate al raggiungimento di risultati. Anche il Comitato di Assistenza allo Sviluppo dell'OCSE ha risposto al bisogno di ulteriore guida a livello pratico. Nel settembre del 2008, un terzo High Level Forum on Aid Effectiveness ha avuto luogo ad Accra, in Ghana. Il programma d'azione di

Partnership sanitarie fondamentali a livello globale per la salute delle madri e dei neonati

Negli ultimi anni sono emerse delle partnership sanitarie globali per dare maggiore attenzione alla salute delle madri e dei neonati e per raccogliere delle risorse a tale scopo. Qui di seguito vengono evidenziate alcune delle partnership fondamentali.

- **La Partnership per la Salute di Mamme, Neonati e Bambini** è una partnership globale per la salute lanciata nel settembre del 2005 che riunisce le organizzazioni per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini in un'alleanza di cui fanno parte circa 240 gruppi membri. Questa partnership, ospitata e amministrata da Ginevra dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, patrocina impegno e investimenti maggiori per salvare la vita di madri e bambini. Nel luglio del 2008, ha lanciato un Appello Globale, chiedendo ai leader del G8 di finanziare dei servizi sanitari di base per le donne, i neonati e i bambini e spronando le organizzazioni e gli individui a unirsi alle sue richieste di leadership politica e di investimenti.
- **La campagna Deliver Now for Women + Children** è una nuova iniziativa di *advocacy* per eliminare i decessi materni e infantili e per migliorare la salute delle donne e dei bambini in tutto il mondo, coordinata dalla Partnership per la Salute di Mamme, Neonati e Bambini. È una risposta alla preoccupazione che il mondo sia rimasto indietro nel tentativo di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) per ridurre i decessi materni e infantili.
- **La Campagna Globale per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla Salute** è stata inaugurata il 26 settembre del 2007 dal Primo Ministro norvegese Jens Stoltenberg nell'ambito della Clinton Global Initiative a New York. Questa Campagna Globale è supportata da diversi governi, tra cui il Regno Unito, la Norvegia, il Canada, la Francia e la Germania, oltre che da numerose importanti organizzazioni per la salute e l'*advocacy*. Attribuisce un'importanza particolare alla salute delle donne e dei bambini, "i cui bisogni rimangono i più trascurati". Questa Campagna Globale mette insieme numerose iniziative collegate, tra cui:
 - **La International Health Partnership**, lanciata a Londra dal Primo Ministro Gordon Brown nel settembre del 2007, mira a costruire dei sistemi sanitari nazionali in alcuni dei paesi più poveri del mondo.
 - **La Catalytic Initiative to Save a Million Lives**, lanciata dal Primo Ministro canadese Stephen Harper nel novembre del 2007, mira a rafforzare i sistemi sanitari formando degli operatori sanitari di prima linea e fornendo direttamente alle comunità locali dei servizi accessibili di assistenza sanitaria.
 - **Il Finanziamento innovativo basato sui risultati**, lanciato dalla Norvegia e dalla Banca Mondiale nel novembre del 2007, ricerca i metodi più a basso costo per ottenere migliori risultati in campo sanitario.
 - **L'Iniziativa Providing for Health**, lanciata dalla Germania e dalla Francia nel 2008, mira a rafforzare i sistemi sanitari istituendo degli adeguati meccanismi sociali di protezione della salute con un occhio al raggiungimento della copertura universale.
- **La conferenza Women Deliver** è stata lanciata a Londra nell'ottobre del 2007 per celebrare il ventesimo anniversario dell'impegno globale per ridurre i tassi elevati di decessi e di infermità materni e neonatali nel mondo in via di sviluppo, nonché per applicare le conoscenze ricavate da due decenni di studi e di esperienze. L'iniziativa mira a reinquadrare la salute materna come diritto umano fondamentale e come strategia completa per ottenere uno sviluppo giusto, riducendo la povertà e assicurando la sostenibilità ambientale. Il partner organizzatore è Family Care International.
- **Saving Newborn Lives** è un progetto di Save the Children per migliorare la sopravvivenza neonatale nei paesi a elevata mortalità. Dal suo lancio nel 2000, l'iniziativa ha raggiunto più di 20 milioni di madri e di bambini con servizi sanitari d'importanza critica in 18 paesi dell'Asia, dell'Africa e dell'America latina.
- **La White Ribbon Alliance for Safe Motherhood** è una coalizione internazionale di individui e organizzazioni formata per promuovere la gravidanza e il parto sicuri per tutte le donne. I membri di quest'alleanza agiscono all'interno dei loro rispettivi paesi per rendere la questione prioritaria per i loro governi e per altre organizzazioni internazionali.
- **L'Initiative for Maternal Mortality Program Assessment (IMMPACT)** è un'iniziativa globale di ricerca che mira a promuovere migliori condizioni di salute per le future madri nei paesi in via di sviluppo. Effettuando degli studi di strategie diverse, e giudicandone l'efficacia e la redditività, l'IMMPACT mira a migliorare la misurazione e le prove a sostegno che contribuiranno alla valutazione del potenziale di ogni strategia.
- **L'iniziativa Countdown to 2015** è stata formata nel 2005 da un gruppo di scienziati, politici, attivisti e istituzioni per seguire i progressi verso il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4. I rapporti riguardanti la copertura sono stati messi a disposizione in occasione di una conferenza per 60 paesi prioritari per le iniziative mirate alla sopravvivenza dell'infanzia. La seconda conferenza, tenutasi nell'aprile del 2008, ha ampliato il mandato dell'iniziativa fino a comprendere la sopravvivenza materna e neonatale, e il numero di paesi seguiti nei rapporti è aumentato a 68.
- **L'Averting Maternal Death and Disability Program** è un programma condotto dalla Mailman School of Public Health della Columbia University di New York che contribuisce a ridurre la mortalità e la morbidità materne attraverso la ricerca, l'*advocacy*, l'analisi politica e il sostegno ai programmi. Negli ultimi anni, il programma ha operato in circa 50 paesi in tutto il mondo in via di sviluppo.

Vedi Note, pagina 112.

Si sta integrando un maggior impegno politico e istituzionale nei confronti della salute materna e infantile con dei flussi finanziari in aumento verso questi ambiti.

Accra, approvato dai partecipanti al forum, ha sottolineato il bisogno di accelerare l'efficacia degli aiuti in tre ambiti chiave, rafforzando la partecipazione nazionale, costruendo delle partnership più efficaci e inclusive e concentrandosi sui risultati di sviluppo, per poi renderne apertamente conto.

Nell'ambito delle partnership, il Programma d'azione di Accra ha raccomandato che le partnership adottino i seguenti principi chiave per migliorare l'efficacia degli aiuti:

- **Ridurre la frammentazione dei costi degli aiuti** attraverso una maggiore complementarità dei contributi dei donatori e la promozione di una migliore divisione del lavoro tra partner. Le discussioni sul miglioramento della divisione del lavoro tra i vari paesi cominceranno nel giugno del 2009.
- **Aumentare il valore aggiunto degli aiuti** svincolandoli, promuovendo l'approvvigionamento a livello locale e regionale e rispettando gli accordi internazionali sulla responsabilità sociale delle imprese.
- **Lavorare con tutti i protagonisti dello sviluppo** riconoscendo l'importanza della cooperazione Sud-Sud, incoraggiando i paesi in via di sviluppo a utilizzare i loro programmi di cooperazione internazionale per aiutare altri paesi in via di sviluppo, nonché approfondendo la cooperazione triangolare. I fondi e i programmi globali vengono incoraggiati a sostenere la partecipazione a livello

nazionale, a garantire la responsabilità reciproca e a continuare a concentrarsi sul raggiungimento di risultati concreti.

- **Approfondire l'impegno con le organizzazioni della società civile** invitandole a esaminare in che modo possano applicare i principi della Dichiarazione di Parigi alle loro attività, impegnarsi in un processo multilaterale per promuoverne l'efficacia ai fini dello sviluppo e fornire un ambiente di sostegno in grado di ottimizzarne i contributi allo sviluppo.
- **Adattare le politiche di aiuto ai paesi in situazioni fragili** monitorando l'attuazione dei "Principi del Buon impegno internazionale negli Stati e nelle

situazioni fragili", conducendo analisi congiunte delle capacità e delle situazioni, favorendo la collaborazione tra i donatori e i governi nazionali per formulare una serie di obiettivi pratici in grado di affrontare le cause fondamentali di conflitti e fragilità, incoraggiando la partecipazione delle donne e lavorando su modalità di finanziamento flessibili, rapide e a lungo termine.

Queste azioni risultano di particolare rilievo per le partnership sanitarie a livello globale perché il settore sanitario è stato scelto dai donatori e dai paesi partner per monitorare i progressi verso l'attuazione della Dichiarazione di Parigi. Si stanno già prendendo dei provvedimenti per rafforzare e armoniz-

Grafico 5.1

Iniziative globali fondamentali per la salute che mirano a rafforzare i sistemi sanitari e ad aumentare gli interventi essenziali



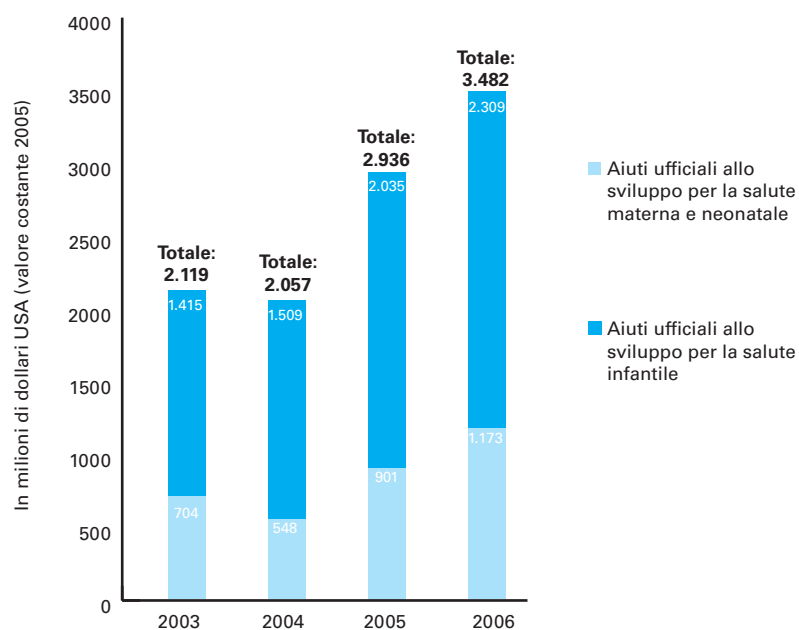
Fonte: International Health Partnership, www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html, visitato il 1° settembre 2008.



Investire risorse a livello sia nazionale sia internazionale per formare e mantenere del personale qualificato è essenziale per migliorare la salute materna e neonatale. Un metro e un tradizionale stetoscopio fetale sul tavolo da visita di un reparto maternità che offre servizi prenatali e neonatali, oltre a servizi per prevenire la trasmissione da madre a figlio del virus HIV in Nigeria.

Grafico 5.2

Gli aiuti ufficiali allo sviluppo (AUS) per la salute materna e neonatale sono aumentati rapidamente dal 2004



Fonte: Giulia Greco, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 aprile 2008, p. 1269.

zare gli aiuti diretti al settore sanitario. Tra i progressi importanti figurano una maggiore concentrazione sugli approcci armonizzati, sui finanziamenti di aiuto allo sviluppo e basati sui risultati, accordi per la responsabilità reciproca in diversi paesi, miglioramenti nell'armonizzazione e nell'allineamento degli aiuti, l'adozione dei principi fondamentali delle partnership sanitarie globali per operazioni a livello nazionale, nonché l'istituzione dell'H8 e dell'IHP per garantire che gli aiuti divengano più solidali e ad ampio raggio⁶.

Impegni politici e risorse maggiori a livello globale per ottenere risultati sanitari migliori

Si stanno integrando le misure per migliorare la qualità degli aiuti con un crescente impegno politico e con flussi finanziari più consistenti a beneficio della salute delle madri e dei neonati. Diversi anni fa, le questioni relative alla salute materna e infantile venivano affrontate raramente dai leader mondiali. Oggi, invece, la salute delle madri e dei bambini figura nei programmi dei leader mondiali e delle maggiori conferenze, compreso il G8. In occasione del vertice del G8 nel 2008, è stata discussa la questione della mortalità materna, e la Partnership per la Salute delle Madri, dei Neonati e dei Bambini ha chiesto ai leader di aumentare di 10,2 miliardi di dollari l'anno le spese per l'assistenza sanitaria alle madri e ai bambini e per la pianificazione familiare⁸.

In parallelo con il vertice G8 del 2008, è stato istituito un Gruppo di Esperti Sanitari del G8. Tale gruppo ha esposto

Diventare partner per le madri e i neonati nella Repubblica Centrafricana

La Repubblica Centrafricana è tra i paesi a minor reddito del mondo, con un reddito nazionale lordo pro capite pari a 360 dollari nel 2007. Situato nel cuore del continente africano, il paese ha patito un decennio di conflitti. Le regioni più colpite sono situate nel nord-est e nel nord-ovest, dove sono frequenti gli scontri tra gruppi ribelli e forze governative. Questa violenza continua ha determinato degli spostamenti di massa e lo sconvolgimento di infrastrutture pubbliche come i servizi di assistenza sanitaria, soprattutto nella regione settentrionale.

La sopravvivenza e la salute materna e neonatale rimangono a rischio a causa della povertà e dei conflitti. Il rischio di decesso materno nell'arco della vita è pari a 1 su 25, e le stime inter-agenzie dell'ONU collocano il tasso di mortalità materna del paese a 980 morti di madri per 100.000 nati vivi nel 2005. Il tasso di mortalità neonatale è risultato pari a 52 per 1.000 nati vivi nel 2004, ossia superiore della media dell'Africa occidentale e centrale, pari a 400 per 1.000, che rappresentava a sua volta il totale complessivo più alto per questo indicatore nel mondo in via di sviluppo. Solo il 53% delle donne del paese riceve, al momento del parto, l'assistenza di un operatore sanitario qualificato.

La salute materna e infantile è minata dallo scarso controllo delle malattie trasmissibili, dall'insicurezza e dalla mancanza di programmi ad ampio raggio per la salute. Tra le altre malattie infettive, il tetano costituisce una causa importante di decesso neonatale. I casi risultano più diffusi nelle comunità povere, remote e private dei loro diritti, dove prevalgono le pratiche

ostetriche e neonatali non igieniche e l'accesso alla vaccinazione delle madri con il tosoide del tetano durante la gravidanza risulta insufficiente.

Nonostante le sfide poste dalle permanenti condizioni di insicurezza, le agenzie internazionali stanno collaborando con il governo per affrontare il tetano materno e neonatale nell'ambito di un'impegno più ampio a sostegno della salute delle madri, dei neonati e dei bambini. Nel gennaio del 2008, il Ministero della Sanità, insieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità, Il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e l'UNICEF, ha lanciato la Campagna per la sopravvivenza delle madri e dei bambini. La prima fase della campagna ha dato la priorità alla vaccinazione, facendo vaccinare contro il tetano 700.000 donne in età riproduttiva. Una seconda serie di vaccinazioni si è tenuta a marzo, e si è stabilito che la campagna debba raggiungere 1,5 milioni di donne e di bambini in tutto il paese. La campagna di vaccinazione contro il tetano rappresenta un importante passo iniziale nel tentativo di ridurre i decessi materni e neonatali.

La Repubblica Centrafricana e i suoi partner si trovano a dover affrontare la sfida consistente nel consolidare questi risultati e nel rafforzare il sistema sanitario, affinché possa fornire servizi e interventi di assistenza sanitaria di base in grado di migliorare la salute delle madri e dei neonati. Anche migliorare le condizioni di sicurezza sarà d'importanza cruciale per ampliare l'accesso per le donne e i bambini.

Vedi Note, pagina 112.

dei principi d'azione, impegnandosi ad agire su vasta scala per far fronte agli OSM collegati alla salute. Ha anche sottolineato il bisogno di una prospettiva più a lungo termine che vada oltre la scadenza del 2015 fissata per gli OSM, nonché l'urgenza di mobilitare una vasta gamma di stakeholder.

Sono state promesse azioni concrete in cinque ambiti chiave: il rafforzamento dei sistemi sanitari, la salute materna, neonatale e infantile, le malattie infettive (compresi l'AIDS, la tubercolosi, la

malaria, la poliomielite e le malattie tropicali trascurate), la promozione di un approccio intersettoriale (comprendente l'*empowerment* delle donne, la riduzione delle disuguaglianze di genere e della violenza contro le donne, e la salute) e le risorse. I paesi in via di sviluppo sono stati incoraggiati ad allocare una maggior quantità delle loro risorse all'assistenza sanitaria, e il G8 ha ribadito il suo impegno a lavorare per il raggiungimento dell'obiettivo di fornire almeno 60 miliardi di dollari per combattere le principali malattie

infettive e di rafforzare i sistemi sanitari⁹.

Fondi specifici per malattia, come il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, l'iniziativa GAVI per la vaccinazione e i programmi contro l'AIDS e la malaria del governo statunitense, permettono di mobilitare per la salute materna e neonatale delle risorse significative, attraverso sistemi sanitari e forniture di servizi più forti. Questi fondi contribuiscono a creare personale sanitario più

preparato, sistemi di fornitura delle merci più affidabili, laboratori e strumenti diagnostici migliori e una maggior quantità di servizi a domicilio e basati sulle comunità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e la Banca Mondiale hanno rinvigorito il loro impegno a migliorare la salute delle madri e dei neonati (vedi Scheda pagina 102), e le maggiori partnership e i maggiori programmi per la salute a livello globale stanno mobilitando risorse ragguardevoli a sostegno di programmi specifici e di approcci integrati per la fornitura di servizi sanitari. La maggio-



© UNICEF/H007-1493/Anita Khemka

Sia gli operatori comunitari sia il personale medico qualificato ricoprono dei ruoli essenziali al fine di garantire il continuum di assistenza che, partendo dalla famiglia e dalla comunità, arriva fino alla clinica e all'ospedale. Una volontaria per la salute della comunità dà a una donna incinta integratori di vitamina A, ferro e acido folico durante una visita a domicilio in Nepal.

re volontà politica e l'impegno evidente nei paesi a basso reddito, a medio reddito e donatori per accelerare i progressi in materia di salute materna e infantile stanno intensificando significativamente la collaborazione e la cooperazione,

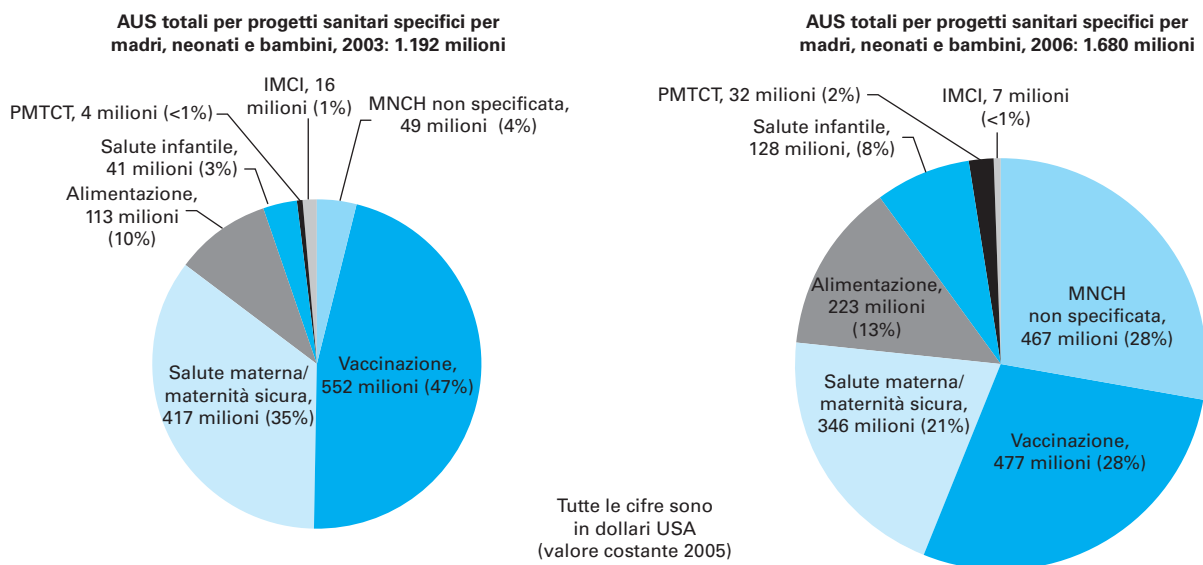
nonché creando un accordo globale.

Flussi finanziari per la salute materna, neonatale e infantile

Un maggiore impegno politico e istituzionale per la salute materna, neonatale

Grafico 5.3

I finanziamenti per l'alimentazione, la PMTCT e la salute infantile hanno fatto registrare sostanziali aumenti



Fonte: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2 015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 aprile 2008, p. 1269.

IMCI: Gestione integrata delle malattie dell'infanzia
 MNCH: Salute materna, neonatale e infantile
 PMTCT: Prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio

L'opportunità di salvare le vite di migliaia di donne e milioni di bambini è a portata di mano.

e infantile si riflette nei flussi di aiuti verso questi ambiti, che stanno nettamente aumentando. Le ultime stime indicano che, a livello globale, l'assistenza ufficiale allo sviluppo per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini è aumentata del 64% tra il 2003 e il 2006. Specificamente i fondi per la salute infantile sono aumentati del 63% per cento, mentre i fondi assegnati alla salute materna e neonatale sono aumentati del 66%. Nello stesso periodo, gli investimenti per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini da parte dell'alleanza GAVI e del Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria sono aumentati del 200%.

Rimane ampio spazio per aumentare ulteriormente le risorse dirette alla salute delle madri e dei neonati. Recenti analisi del flusso di aiuti ufficiali allo sviluppo (AUS) verso questi ambiti indicano che gli aiuti alle attività collegate alla salute materna, neonatale e infantile ammontavano ad appena il 3% delle spese AUS lorde. Inoltre, i fondi assegnati alle attività per salute delle madri e dei neonati stanno rimanendo indietro rispetto a quelli dedicati alla salute infantile. Le cifre relative al 2006 indicano che gli AUS globali per la salute materna e neonatale hanno raggiunto 1,2 miliardi di dollari, ossia circa metà della somma assegnata alla salute infantile. Pur rappresentando un

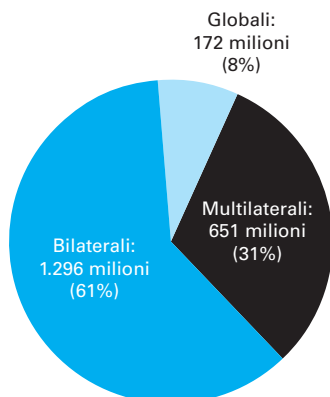
netto aumento rispetto al 2003, quando gli AUS globali per la salute delle madri e dei neonati erano pari a 704 milioni di dollari, la cifra relativa al 2006 si traduce in appena 12 dollari per ogni bambino nato vivo.

La ricerca mostra anche che alcuni paesi sperimentano, da un anno all'altro, delle nette fluttuazioni nei flussi di aiuti per la salute materna, neonatale e infantile, complicando così l'impegno di pianificazione efficace delle priorità strategiche nei paesi in via di sviluppo, particolarmente quelli in cui la dipendenza dagli aiuti risulta maggiore. E nonostante i recenti miglioramenti nei quadri di riferimento per l'efficacia degli aiuti e nei

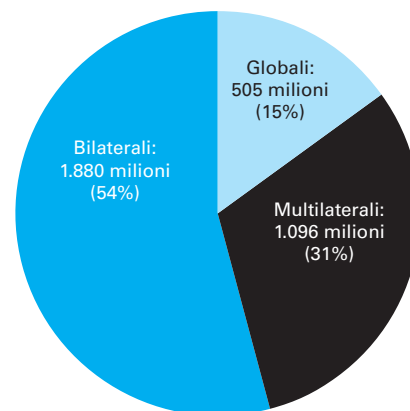
Grafico 5.4

I finanziamenti per la salute materna, neonatale e infantile provenienti da iniziative sanitarie globali sono aumentati nettamente negli ultimi anni

USD totali per la salute materna, neonatale e infantile, 2003:
USD 2.119 milioni



USD totali per la salute materna, neonatale e infantile, 2006:
USD 3.481 milioni



Tutte le cifre sono in dollari USA (valore costante 2005)

Fonte: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 aprile 2008, p. 1269.

Le agenzie dell'ONU rafforzano la loro collaborazione a sostegno della salute materna e neonatale

In occasione dell'Evento ad alto livello sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio tenutosi nel settembre del 2008, durante l'Assemblea Generale dell'ONU, le quattro principali agenzie per la salute – l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e la Banca Mondiale – hanno emesso una dichiarazione congiunta in relazione al loro intento di intensificare la cooperazione verso il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5, quello cioè che ha fatto registrare meno progressi. Lo scopo principale di questo rinnovato impegno nei confronti dell'azione collaborativa consiste nel coordinare gli interventi a livello nazionale e raccogliere collettivamente le risorse necessarie.

Le quattro agenzie in questione si sono impegnate a rafforzare il sostegno ai paesi che presentano i livelli di mortalità materna più alti, e soprattutto ai 25 paesi con i tassi di mortalità materna o i numeri di decessi materni più elevati. In base al loro vantaggio comparato, ai loro principali settori di competenza e alla loro esperienza, nonché ai loro punti di forza collettivi, le agenzie hanno in programma di contribuire congiuntamente allo sviluppo delle capacità e dei sistemi sanitari, nonché alla determinazione dei costi e al finanziamento dei piani per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini.

Rafforzare le capacità a livello nazionale

Le agenzie lavoreranno con i governi e con la società civile per aumentare le capacità a livello nazionale nei seguenti modi:

- Conducendo una valutazione dei bisogni e garantendo che i piani sanitari siano guidati dagli OSM e basati sul rendimento.
- Determinando i costi dei piani nazionali e mobilitando rapidamente le risorse necessarie.
- Incrementando i servizi sanitari di qualità per garantire l'accesso universale alla salute riproduttiva, soprattutto per quanto riguarda la pianificazione familiare, l'assistenza qualificata al parto e l'assistenza ostetrica e neonatale d'emergenza, assicurando anche dei collegamenti con la prevenzione e il trattamento dell'HIV.
- Affrontando le necessità urgenti di operatori sanitari qualificati, soprattutto ostetriche.
- Affrontando il problema delle barriere finanziarie all'accesso, soprattutto per i più poveri.
- Affrontando le cause fondamentali della mortalità e morbilità materne, comprendenti le disuguaglianze di genere, il basso accesso delle bambine all'istruzione, soprattutto al livello secondario, nonché il matrimonio e la gravidanza precoci.
- Rafforzando i sistemi di monitoraggio e di valutazione.

Funzioni e responsabilità principali delle agenzie nel continuum di assistenza sanitaria per le madri e i neonati

In un precedente documento sul sostegno nazionale congiunto per l'attuazione accelerata del continuum di assistenza alle madri e ai neonati, pubblicato nel luglio del 2008, le quattro agenzie si sono impegnate anche a lavorare con i governi per rafforzare il continuum di assistenza materna e neonatale. In base ai loro rispettivi vantaggi comparati ed esperienze, sono state specificate anche le funzioni principali che ogni agenzia deve svolgere:

Organizzazione Mondiale della Sanità: politica, normativa, ricerca, monitoraggio e valutazione.

Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione: strumenti fondamentali per la salute riproduttiva, sostegno all'attuazione, risorse umane per la salute sessuale e riproduttiva, compresa la salute materna e neonatale, e assistenza tecnica per l'aumento delle capacità di monitoraggio e di valutazione.

UNICEF: Finanziamento, sostegno all'attuazione, logistica e scorte, monitoraggio e valutazione.

Banca Mondiale: finanziamenti sanitari, inclusione della salute materna, neonatale e infantile nei quadri di sviluppo nazionali, pianificazione strategica, investimento negli input per i sistemi sanitari, compresi i sistemi fiduciari e la governance, e ampliamento dei programmi di successo.

Inoltre, sono state individuate le agenzie di riferimento, o le agenzie di riferimento comuni, per ogni componente del continuum di assistenza per le madri e i neonati, al fine di garantire il sostegno ottimale, la responsabilità e un migliore coordinamento. L'individuazione delle responsabilità delle varie agenzie, rappresentata nel *Grafico 5.5*, non preclude il coinvolgimento di altre agenzie in ogni ambito, ma implica piuttosto che l'agenzia o le agenzie di riferimento coordinino la risposta dell'ONU a sostegno del piano sanitario nazionale in quella zona. Inoltre, il lavoro di ogni agenzia continuerà a essere guidato dalla situazione prevalente in ogni paese, dai punti di forza e dalle esperienze di ogni agenzia all'interno del paese, nonché da altri fattori contestuali come gli approcci di settore (SWAp) e altri piani o accordi sanitari a livello nazionale. In ognuno dei casi, il governo continuerà a guidare e a coordinare il processo.

Vedi Note, pagina 112.

Grafico 5.5

Agenzie di riferimento e partner per ogni componente del continuum di assistenza materna e neonatale e relative funzioni

Ambito	Agenzie di riferimento	Partner
Continuum di assistenza materna e neonatale		
Pianificazione familiare	UNFPA, OMS	UNICEF, Banca Mondiale
Assistenza prenatale	UNICEF, OMS	UNFPA, Banca Mondiale
Assistenza qualificata al parto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banca Mondiale
Assistenza ostetrica e neonatale di base per le emergenze	UNFPA, UNICEF	WHO, Banca Mondiale
Assistenza ostetrica e neonatale di base per le emergenze ad ampio raggio (C-EmONC)	OMS, UNFPA	UNICEF, Banca Mondiale
Assistenza post parto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banca Mondiale
Assistenza neonatale	OMS, UNICEF	UNFPA, Banca Mondiale
Alimentazione delle madri e dei neonati	UNICEF, OMS, BM (per l'alimentazione delle madri)	UNFPA
Altri ambiti di assistenza sanitaria per madri e neonati		
Istruzione delle bambine	UNICEF	UNFPA, Banca Mondiale
Genere/cultura/coinvolgimento maschile	UNFPA, UNICEF	OMS, Banca Mondiale
Violenza di genere	UNFPA, UNICEF	OMS
Salute sessuale riproduttiva degli adolescenti – giovani	UNFPA, UNICEF, OMS	Banca Mondiale
Comunicazione per lo sviluppo	UNFPA, UNICEF	OMS, Banca Mondiale
Fistola ostetrica	UNFPA	OMS
Prevenzione dell'aborto non sicuro/assistenza post-aborto	OMS	UNFPA
Mutilazione genitale femminile	UNFPA, UNICEF, OMS	Banca Mondiale
Salute materna e neonatale in situazioni umanitarie	UNFPA, UNICEF, OMS	Banca Mondiale
Infezioni trasmesse per via sessuale	OMS	UNFPA, UNICEF
HIV/AIDS e integrazione con la pianificazione familiare	Secondo la Technical Support Division of Labor dell'UNAIDS	
Formazione continua delle risorse umane per la MNH	OMS, UNFPA	UNICEF, Banca Mondiale
Regolamenti/leggi per le risorse umane per la salute	OMS	UNFPA, UNICEF, Banca Mondiale
Lista dei farmaci essenziali	OMS	UNFPA, UNICEF
Sviluppo e attuazione di linee guida	OMS, UNFPA, BM	UNICEF

Fonte: WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, 22 luglio 2008.

provvedimenti presi a sostegno del settore e del bilancio, la maggior parte dei finanziamenti per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini viene ripartita finanziando i vari progetti.

Dato che gran parte dei finanziamenti va ancora a sostegno dei progetti, il finanziamento allo sviluppo del sistema sanitario, che necessita di formazione professionale, dotazione di personale, gestione e logistica, resta limitato in termini relativi¹⁰. Aumentare la prevedibilità e la sostenibilità dei flussi di aiuti sarà essenziale per garantire che i progressi raggiunti nel campo della salute materna, neonatale e infantile vengano contemporaneamente mantenuti e approfonditi. Va affrontata anche la riduzione dei costi di transazione per i governi nazionali nei loro rapporti con le partnership e con i programmi per la salute a livello globale, con implicazioni per l'ottimizzazione e l'armonizzazione ulteriori degli aiuti e dell'assistenza tecnica.

Si deve prestare attenzione anche alla necessità di risorse sostenibili, prevedibili, flessibili per sostenere i costi ricorrenti a lungo termine della fornitura sanitaria, come i salari, e per consentire ai governi di creare, nei loro bilanci, uno spazio fiscale per la salute. Inoltre, anche ad altri settori aventi un impatto diretto sull'accesso all'assistenza sanitaria materna e neonatale, come il settore dei trasporti, va attribuita la dovuta considerazione nelle iniziative volte allo sviluppo di sistemi sanitari sostenibili.

Queste sfide non sono insormontabili, ma richiederanno l'impegno, da parte

di tutti i partner principali, di lavorare insieme per adempiere agli obblighi nei confronti delle madri, dei neonati e dei bambini. Una particolare attenzione rivolta alle prove e ai risultati deve guidare l'impegno. Gli OSM forniscono un punto di riferimento stabile per le azioni da compiere negli anni a venire. Per raggiungere gli obiettivi prefissati bisognerà costruire dei solidi collegamenti tra tutti i partner contribuenti, ossia i governi nazionali, i donatori, le partnership e i programmi per la salute globale, le agenzie internazionali, le organizzazioni della società civile, il settore privato e le stesse comunità e famiglie. I marcati progressi già ottenuti negli ultimi anni nell'ambito del rafforzamento della collaborazione e della capacità di concentrarsi sui risultati alimenta la speranza di assistere a miglioramenti ancora maggiori negli anni fino al 2015 e oltre.

Ottenere risultati tangibili per le madri e i neonati

Esaminando la situazione globale delle madri e dei neonati, nonché i vari e talvolta complessi compiti volti a migliorarne la sopravvivenza e la salute, è possibile perdere di vista il lato umano dell'equazione, ossia i milioni di donne che affrontano le doglie e il parto con trepidazione, dato che la gravidanza può provocarne la morte o la deturpazione per tutta la vita e che, senza un'assistenza di base adeguata, anche il loro neonato ha molte probabilità di morire o di ammalarsi.

Un esame della situazione delle madri dal 1990 a oggi chiarisce quale sia il

prezzo da pagare in termini di vite umane. Supponendo che circa 500.000 donne siano morte ogni anno dall'inizio di quel periodo, circa 10 milioni di donne sono morte, in totale, per cause collegate alla gravidanza e al parto. Le ultime stime disponibili per i decessi neonatali li fanno ammontare a quasi 4 milioni l'anno. La tragedia è che la maggior parte di queste vite avrebbe potuto essere salvata con interventi a basso costo e di provata efficacia.

Non bisogna permettere che questa situazione perduri. Non c'è bisogno di aspettare una svolta a livello scientifico o un nuovo paradigma che illumini la via migliore da percorrere. La conoscenza che può salvare milioni di vite di madri e di neonati è già disponibile, i dati e le analisi stanno migliorando rapidamente, il quadro di riferimento per le azioni da compiere è già stabilito, e la sfida posta dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è chiara.

L'opportunità di salvare le vite di migliaia di donne e di milioni di bambini è alla nostra portata. Ora l'impegno deve concentrarsi sul fare in modo che le risorse umane e finanziarie, la volontà politica e l'impegno e la collaborazione sempre più evidenti a livello nazionale e internazionale rimangano tutti dedicati al compito di migliorare la salute e la sopravvivenza delle madri e dei neonati.

Migliorare i sistemi d'informazione sanitaria: l'Health Metrics Network

Informazioni affidabili sono essenziali per prendere decisioni in materia di salute pubblica. Informano la politica, i programmi, i bilanci e le valutazioni, e formano la base di responsabilità per gli impegni dei governi nei confronti dei loro cittadini. In molti paesi in via di sviluppo, tuttavia, la mancanza di investimenti nei sistemi d'informazione sanitaria ha lasciato delle lacune nella raccolta, nella diffusione e nell'analisi dei dati. Con le sfide sanitarie in aumento, e con l'avvicinarsi sempre di più della scadenza per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute, diventa urgente soddisfare la richiesta di informazioni affidabili.

La Health Metrics Network (HMN) è una partnership internazionale tra paesi in via di sviluppo, agenzie internazionali, fondazioni, partnership globali per la salute ed esperti tecnici che mira a rafforzare i sistemi d'informazione sanitaria. Tali sistemi comprendono tutti i molteplici sottosistemi e le molteplici fonti di dati che, nell'insieme, contribuiscono a generare le informazioni sanitarie: registrazioni civili, censimenti e indagini, controllo delle malattie e risposta a esse, servizi statistici e informazioni sulla gestione sanitaria, dati finanziari e monitoraggio delle risorse. In linea con le attuali tendenze nello sviluppo dei sistemi sanitari, la HMN cerca di allargare la base delle informazioni sanitarie e dei sistemi statistici al di là delle malattie specifiche e di favorire la leadership nella produzione e nell'utilizzo di informazioni sanitarie a livello nazionale. Questi obiettivi richiedono un coordinamento e una cooperazione migliori tra i paesi e i partner internazionali, nonché un programma armonizzato per sviluppare i sistemi d'informazione sanitaria. Un ulteriore obiettivo della HMN consiste nel concentrare la partecipazione dei donatori in un programma unificato a livello nazionale per sviluppare i sistemi d'informazione sanitaria, riducendo così la frammentazione e la sovrapposizione delle iniziative.

Fondamentale per il programma armonizzato in questione risulta lo sviluppo del Quadro e degli Standard per i Sistemi d'Informazione Sanitaria a Livello Nazionale, noto come HMN

Framework, che la partnership intende stabilire entro il 2011 come paradigma universale per la raccolta, il reporting e l'utilizzo dei dati. Al centro della struttura c'è lo strumento HMN, un questionario standardizzato con cui gli stakeholder nazionali valutano lo stato corrente dell'informazione sanitaria rispetto a dei criteri specifici. Lo strumento offre un criterio di misurazione dello stato baseline, dei divari critici nei risultati relativi all'informazione sanitaria, dei processi, del contesto e delle risorse, nonché una valutazione del rendimento e dei risultati raggiunti. Ai paesi che ricevono assistenza tecnica e finanziaria dalla partnership viene chiesto di sottoporsi a una valutazione utilizzando lo strumento HMN.

Lo scopo dell'HMN Framework è duplice: mirare gli investimenti verso la standardizzazione delle informazioni sanitarie, nonché migliorare l'accesso e, per estensione, l'utilizzo di migliori informazioni sanitarie ai livelli nazionale e internazionale. Invece di cercare di sostituire le linee guida esistenti sulle informazioni relative ai sistemi sanitari, la struttura HMN cerca di basarsi su degli standard adeguati e di promuovere le migliori pratiche. Si prevede che il processo sia dinamico, e che si evolva attraverso l'incorporazione di prove migliori e di esperienze più ampie.

Oltre a quello di sviluppare il quadro dinamico, la HMN ha altri due obiettivi collegati: approfondire i sistemi di informazione sanitaria fornendo un sostegno tecnico e finanziario dall'effetto catalizzatore per l'implementazione della HMN Framework, nonché ampliare l'accesso, la diffusione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie da parte degli stakeholder a tutti i livelli. La partnership si basa su un unico e fondato presupposto: non è vero che i paesi non possano permettersi delle buone informazioni sanitarie perché sono poveri, ma, al contrario, è proprio perché sono poveri che non possono permettersi di farne a meno.

Vedi Note, pagina 112.

Note

CAPITOLO 1

- 1 Wessel, Hans, et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, n. 3, marzo 1999, pp. 225-232; Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5-11 marzo 2005, pp. 864-870; Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, pp. 321-326.
- 2 World Health Organization, Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004, WHO, Ginevra, 2006, p. 4.
- 3 Dati tratti dai database globali dell'UNICEF, 2008; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Ginevra, 2007, p. 35.
- 4 Nanda, Geeta, Kimberly Switlick and Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, World Bank, Washington, D.C., aprile 2005, p. 4.
- 5 Fishman, Steven M., et al., 'Childhood and maternal underweight', Capitolo 2 di *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, a cura di Majid Ezzati et al., World Health Organization, Ginevra, 2004, pp. 84-86.
- 6 Bartlett, Linda A. et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5-11 marzo 2005, p. 868.
- 7 World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Ginevra, 2007, pp. 3-8, 35.
- 8 Cifre tratte da Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, pp. 42-45; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Ginevra, 2007, pp. 23-27, 35.
- 9 World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Ginevra, 2006, p. 2.
- 10 Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 891-892.
- 11 Stime dell'UNICEF basate su dati tratti da World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Ginevra, 2006.
- 12 Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, n. 9542, 30 settembre 2006, p. 1193; Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, n. 1, 1996, pp. 1-10; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, pp. 10, 62.
- 13 Ronsmans, Carine, e Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, n. 9542, 30 settembre 2006, p. 1195.
- 14 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, n. 9608, 19 gennaio 2008, pp. 243-244; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of the literature and programmes*, WHO, Ginevra, 2007, pp. 19-20.
- 15 Center for Disease Control and Prevention, 'Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron - Worldwide, 2004 and 2007', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, n. 1, 11 Gennaio 2008, pp. 8-10.
- 16 Allen, Lindsay H., and Stuart R. Gillespie, 'What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions', ACC/SCN Nutrition Policy Paper N. 19/ADB Nutrition and Development Series N. 5, Asian Development Bank with the UN Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN), Manila, 2001, pp. 56, 59.
- 17 World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, p. 44; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 6.
- 18 Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, n. 9542, 30 settembre 2006, pp. 1194-1195.
- 19 Brahmabhatt, Heena, et al., 'Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, n. 4, 1 aprile 2008, p. 475.
- 20 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 6; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of literature and programmes*, WHO, Ginevra, 2007, pp. 19-20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sazaki e Godfrey Walker, 'Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries', *The Lancet*, vol. 369, n. 9575, 26 maggio 2007, pp. 1789-1790.
- 21 Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 894-895; Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, n. 2, febbraio 2007, pp. 96-97.
- 22 Bang, Abhay, M. H. Reddy and M. D. Deshmukh, 'Child Mortality in Maharashtra', *Economic and Political Weekly*, vol. 37, n. 49, 7 dicembre 2002, pp. 4947-4965; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, n. 9608, 19 gennaio 2008, pp. 243-244.
- 23 Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, n. 2, febbraio 2007, pp. 96-97.
- 24 Setty-Venugopal, Vidya, and Ushma D. Upadhyay, 'Birth Spacing: Three to five saves lives', *Population Reports*, Serie L, n. 13, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 2002, p. 1.
- 25 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, p. 10; JHPIEGO, Best Practices: Detecting and treating newborn asphyxia, JHPIEGO, 2004, <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/deta-sphyxia.pdf>>, visitato il 31 agosto 2008.
- 26 Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, p. 896.
- 27 Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Capitolo 27 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, seconda ed., a cura di Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 534.
- 28 Adattato da Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, pp. 37-38; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358-1369; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008, pp. 41-48.
- 29 La definizione di Stati fragili comprende i paesi a basso reddito che totalizzano meno di 3,2 per la Politica nazionale e valutazione istituzionale (CPIA). Per ulteriori dettagli sulla definizione, vedi *Global Monitoring Report 2007: Confronting the challenges of gender equality and fragile states*, World Bank, Washington D.C., 2007, p. 40. Per quanto riguarda i paesi e i territori sulla lista dell'Associazione Internazionale per lo Sviluppo della Banca Mondiale per l'anno fiscale 2007, vedi <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA0,,content MDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSite PK:73154,00.html>>, visitato il 30 agosto 2008.
- 30 United Nations Millennium Project, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London/Sterling, VA, 2005, pp. 113, 188.

CAPITOLO 1 SCHEDE

Difficoltà nella valutazione dei decessi materni

World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, WHO, Ginevra, 2007, pp. 1–10.

Creare un ambiente di sostegno per le madri e i neonati

Gill, Kirrin, Rohini Pande and Anju Malhotra, 'Women Deliver for Development: Executive Summary', Family Care International, New York, 2007, p. 1; United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, 2007, p. 17.

Salute materna e neonatale in Nigeria: sviluppare strategie per accelerare i progressi

United Nations Population Fund/Engender Health, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries*, UNFPA/Engender Health, New York, 2003, p. 57–58; World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Ginevra, 2006, p. 11; Wall, L. Lewis, 'Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria', *Studies in Family Planning*, vol. 29, n. 4, dicembre 1998, p. 350.

Estendere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015

Glasier, A., et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, n. 9547, 4 novembre 2006, p. 1595; tratto da United Nations Population Fund, *The State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten – Population, reproductive health and the global effort to end poverty*, UNFPA, New York, 2004, pp. 4–7, 12.

Dare la priorità alla salute materna in Sri Lanka

UNICEF Sri Lanka, *Annual Report 2007*, Colombo, 2008, pp.7–8; Padmanathan, Indra, et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, Washington, D.C., World Bank, 2003, pp. 1–3, 107, 110, 114, 116–117, 122, 131.

La crisi alimentare globale e i suoi effetti potenziali sulla salute materna e neonatale

Food and Agricultural Organization of the United Nations, *Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required*, FAO, Roma, giugno 2008, pp. 2–4, 17; Young, Helen, et al., 'Public Nutrition in Complex Emergencies', *The Lancet*, vol. 364, n. 9448, 20 novembre 2004, p. 1899; United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme and World Health Organization, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*, UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, p. 21; Food and Agriculture Organization of the United Nations, *The Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture*, <http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf>, visitato il 1 agosto 2008.

CAPITOLO 2

¹ World Health Organization, *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving better health for Africa in the New Millennium*, WHO, Ginevra, aprile 2008, p. 1.

² Kerber, Kate, et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358–1369.

³ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2008*, UNICEF, New York, gennaio 2008, pp. 39–41, 63–64.

⁴ Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 894–895; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, n. 9608, 19 gennaio 2008, pp. 245–248.

⁵ World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington, D.C., 2002, p. 20.

⁶ Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, Articolo 26, ONU, New York, 1948; Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza*, Articolo 28, ONU, New York, 1989.

⁷ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino*, Numero 6, UNICEF, New York, dicembre 2007, pp. 16, 35.

⁸ Lloyd, Cynthia B., 'Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries', documento preparatorio per *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, United Nations Millennium Project, New York, 2006.

⁹ Rowbottom, Sara, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, United Nations Population Fund, New York, 2007, p. 2.

¹⁰ Ibid., p. 5.

¹¹ United Nations Population Fund, *The State of the World's Population 2005: The promise of equality, gender equity, reproductive health and the millennium development goals*, UNFPA, New York, 2005, pp. 34–38.

¹² Ibid.

¹³ World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington D.C., 2002, p. 5.

¹⁴ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino*, Numero 6, UNICEF, New York, dicembre 2007, p. 45.

¹⁵ Dati tratti dalla Tavola Statistica 9, pp. 150.

¹⁶ International Planned Parenthood Federation and the Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, *Ending Child Marriage: A guide for global policy action*, IPPF, London, settembre 2006, pp. 7, 11, 15.

¹⁷ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino*, Numero 6, UNICEF, New York, 2007, p. 44.

¹⁸ World Health Organization, *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*, WHO, Ginevra, 2006, p. 6.

¹⁹ World Health Organization, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO*, Ginevra, 2008, p. 11.

²⁰ TOSTAN, *2006 Annual Report*, pp. 12–16.

²¹ World Health Organization, summary report, *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, WHO, Ginevra, 2005, p. 22.

²² Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 76, n. 6, 1998, pp. 591–598.

²³ Vlachova, Marie, and Lea Biason, *Women in an Insecure World: Violence against women – Facts, figures and analysis*, Ginevra Centre for the Democratic Control of Armed Forces, Ginevra, 2005, pp. 15–16.

²⁴ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 12; e United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.

²⁵ Leung W.C., et al., 'Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 72, n. 1, gennaio 2001, pp. 79–80; e Valladares, Eliette M., et al., 'Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, n. 4, ottobre 2002, pp. 700–705.

²⁶ United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.

²⁷ Campbell, Jacquelyn C., 'Health consequences of intimate partner violence', *The Lancet*, vol. 359, n. 9314, aprile 2002, pp. 1331–1336.

²⁸ Åsling-Monemi, Kajsa, et al., 'Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n. 1, 2003, pp. 10–16.

²⁹ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2007*, UNICEF, New York, 2006, pp. 17–18.

³⁰ Ibid, pp. 23–28.

³¹ Desai, Sonalde, and Kiersten Johnson, 'Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and social hierarchies', in Sunitor Kishor, a cura di, *A Focus on Gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro and Measure DHS, Maryland, USA, 2005, p. 66.

³² Smith, Lisa C., et al., *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*, research report 131, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2003, pp. xi–xii, 8–14.

³³ Quisumbing, Agnes R., a cura di, *Household Decisions, Gender, and Development: A synthesis of recent research*, Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2004, p. 118.

³⁴ Dati tratti dal database dell'Inter-Parliamentary Union su 'Women in National Parliaments', <www.ipu.org/>

wmn-e/world.htm>, visitato nel luglio 2008.

- ³⁵ Dati tratti dal database della United Cities and Local Governments sulla partecipazione delle donne alle decisioni locali, <www.cities-localgovernments.org/ucfg/index.asp?pag=wldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1>, visitato nel luglio 2008.
- ³⁶ United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, 2004, p. 62.
- ³⁷ United Nations Children's Fund, 'National Situational Analysis of Children and Women', UNICEF Mozambique, 2006; United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, p. 62.
- ³⁸ Cowan, Carolyn Pape, et al., 'Encouraging strong relationships between fathers and children', *Working Strategies*, vol. 8, n. 4, Summer 2005, p. 2.

CAPITOLO 2 SCHEDE

Assistenza sanitaria di base: trent'anni da Alma-Ata

Chan, Margaret, 'Address to the 61st World Health Assembly', WHO, Ginevra, 19 maggio 2008; Dichiarazione internazionale di Alma-Ata, 1978; United Nations, 'Resolutions adopted by the General Assembly during its Sixth Special Session', 9 aprile-2 maggio 1974, Supplemento N. 1 (A/9559), pp. 3-5; Thieren, Michel, 'Background paper on the concept of universal access, prepared for the Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Ginevra, 18-20 ottobre 2005; Haines, Andy, Richard Horton and Zulfiqar Bhutta, 'Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata - A call for papers', *The Lancet*, vol. 370, n. 9591, 15 settembre 2007, pp. 911-913.

Affrontare la carenza di operatori sanitari: un'azione essenziale per migliorare la salute delle madri e dei neonati

World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Ginevra, 2006, pp. 8-12, 24, 99-101; Koblinsky, Marge, et al., 'Going to scale with professional skilled care', *The Lancet*, vol. 368, n. 9544, pp. 1377-1386; Tawfik, Linda, 'The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries', document preparatorio per il *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Ginevra, 2006, p. 8; Physicians for Human Rights, *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, PHR, Boston, 2004; Shisana, Olive, et al., 'HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers', *South African Medical Journal*, vol. 94, n. 10, 2004, pp. 846-850, citato in Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 122.

Verso una maggiore equità in campo sanitario per le madri e i neonati

Gwatkin, Davidson R., et al., *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C., settembre 2007, pp. 123-124; Fotsos, Jean-Christophe,

'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, n. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al., 'Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries', *The Lancet*, vol. 371, n. 9620, 12 aprile 2008, pp. 1259-1269; Vitoria, Cesar G., et al., 'Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies', *The Lancet*, vol. 356, n. 9235, pp. 1093-1098; Kerber, Kate J., 'The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys', Faculty of Health Sciences, University of Cape Town (inedito), 2007, pp. 16, 23-40.

Adattare i servizi per la maternità alle culture del Perù rurale

Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, n. 9620, 12 aprile 2008, pp. 1254-1255; World Health Organization, Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, WHO, Ginevra, 2007, p. 26; Pan American Health Organization, *Gender, Health and Development in the Americas 2003*, PAHO and Population Reference Bureau, 2003; e informazioni fornite dall'UNICEF Perù.

Sud Sudan: dopo la pace, una nuova battaglia contro la mortalità materna

Central Bureau of Statistics and Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation, *Sudan Household Health Survey 2006*, CBS and SSCSE, Khartoum, pp. 43, 161, 164, 178; United Nations Population Fund Sudan Country Office, *Annual Report 2006*, UNFPA Sudan, pp. 3-4; e informazioni fornite dall'UNICEF Sudan.

CAPITOLO 3

- ¹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358-1369.
- ² Glasier, Anna, et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, n. 9547, 4 novembre 2006, p. 1602.
- ³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2008*, UNAIDS, Ginevra, 2008, p. 33.
- ⁴ World Health Organization, *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets*, WHO, Ginevra, 2004, pp. 26-30.
- ⁵ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, n. 9608, 19 gennaio 2008, p. 244.
- ⁶ Ibid., p. 249.
- ⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2008*, UNAIDS, Ginevra, 2008, p. 30.
- ⁸ Briand, Valérie, et al., 'Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pre-

gnancy in high transmission areas', *Malaria Journal*, vol. 6, n. 1, 2007, p. 160.

- ⁹ World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities - An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*, WHO, Ginevra, 2003, p. 2.
- ¹⁰ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 44.
- ¹¹ World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, pp. 10, 62.
- ¹² Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 44.
- ¹³ Paul, Vinod K., 'Meeting MDG 5: Good news from India', *The Lancet*, vol. 369, n. 9561, 17 Febbraio 2007, p. 558; Chatterjee, Patralekha, 'India addresses maternal deaths in rural areas', *The Lancet*, vol. 370, n. 9592, 22 settembre 2007, pp. 1023-1024.
- ¹⁴ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, p. 9.
- ¹⁵ World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, WHO, Ginevra, 1998, p. 17.
- ¹⁶ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, pp. 11, 44.
- ¹⁷ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki and Ole Frithjof Norheim, 'Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 20, n. 3, 2005, pp. 171-173.
- ¹⁸ World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, WHO, Ginevra, 1998, p. 2; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, pp. 62, 73-74.
- ¹⁹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, p. 1366.
- ²⁰ World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, pp. 73-74.
- ²¹ Prince, Martin, et al., 'No health without mental health', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 8 settembre 2007, pp. 867-8.
- ²² Knippenberg, R., et al., 'Systematic scaling up of neonatal care in countries', *The Lancet*, vol. 365, n. 9464, 19 marzo 2005, pp. 1088-1089; Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, n. 9620, 12 aprile 2008, p. 1256.
- ²³ Percentuali ricavate dalla Tavola Statistica 8, p. 146.
- ²⁴ Dichiarazione di Alma-Ata, articoli 6-8, Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base,

Alma-Ata, URSS, 1978; Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, n. 9579, 23 giugno 2007, p. 2121.

²⁵ Haines, Andy, et al., 'Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, n. 9579, 23 giugno 2007, p. 2123.

²⁶ Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 65.

²⁷ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, p. 1361.

²⁸ Lawn, Joy, and Kate Kerber, a cura di, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 32.

²⁹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, p. 1364.

³⁰ Ibid.

³¹ Lawn, Joy, and Kate Kerber, a cura di, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 33.

³² Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 864–870.

³³ Paxton, A., et al., 'Global patterns in availability of emergency obstetric care', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, n. 3, 2006, pp. 300–307.

CAPITOLO 3 SCHEDE

Eliminare il tetano materno e neonatale

World Health Organization, *Weekly epidemiological record*, WHO, Ginevra: n. 20, 19 maggio 2006, pp. 198–208; 81, 31 marzo 2006, pp. 120–127; 44, 30 ottobre 1987, pp. 332–335; 82, 29 giugno 2007, pp. 237–242; e 34, 22 agosto 2008, pp. 301–307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaer and François L. Gasse, 'Maternal and neonatal tetanus', *The Lancet*, vol. 370, n. 9603, 8 dicembre 2007, pp. 1947–1959.

Disturbi ipertensivi: comuni ma complessi

Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, n. 9516, 1 aprile 2006, p. 1073; Podymow, Tiina, and Phyllis August, 'Hypertension in pregnancy', *Advances in Chronic Kidney Disease*, vol. 14, n. 2, aprile 2007, pp. 178–179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attalah and L. Duley, 'Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems', *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, vol. 3, article n. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition

and survival', *The Lancet*, vol. 371, n. 9610, 2 febbraio 2008, p. 431; Dolea, Carmen, and Carla Abouzahr, 'Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000', *Global Burden of Disease 2000*, World Health Organization, Ginevra, 2003.

I primi 28 giorni di vita

Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 891–900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya and Claudia Stein, 'No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n. 6, giugno 2005, pp. 409–17; Bang, Abhay T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, n. 9194, 4 dicembre 1999, pp. 1955–1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, n. 9628, 7 giugno 2008, pp. 1936–1944; Manandhar, D.S., et al., 'Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 364, n. 9438, 11 settembre 2004, pp. 970–979; Kumar, V., et al., 'Effect of Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 372, n. 9644, 27 Settembre 2008, pp. 1151–1162; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n. 6, giugno 2008, pp. 452–459; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358–1369; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary health care strategies make?', *The Lancet*, vol. 372, n. 9642, 13 settembre 2008, pp. 972–989; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Communitybased Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence', *Pediatrics*, vol. 115, n. 2, febbraio 2005, pp. 519–617; Haws, Rachel A., et al., 'Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 22, n. 4, 25 maggio 2007, pp. 193–215.

L'ostetricia in Afghanistan

World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, WHO, Ginevra, 2007, p. 23; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Report Card sulla mortalità materna*, Numero 7, UNICEF, New York, settembre 2008, pp. 10, 43; UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region*, 25 giugno 2008, pp. 67–68; Currie, Sheena, Pashtoon Azfar and Rebecca C. Fowler, 'A bold new beginning for midwifery in Afghanistan', *Midwifery*, vol. 23, n. 3, settembre 2007, pp. 226–234; Afghan Ministry of Public Health, *Maternal Mortality in Afghanistan: Magnitude, causes, risk factors and preventability*, Afghan Ministry

of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention and UNICEF, 6 novembre 2002, p. 4; e informazioni fornite dall'UNICEF Afghanistan.

La marsupioterapia in Ghana

Whitelaw, A., and K. Sleath, 'Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia', *The Lancet*, vol. 1, n. 8439, 25 maggio 1985, pp. 1206–1208; Pattinson, Robert C., et al., 'Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies', *Acta Paediatrica*, vol. 94, n. 7, 2005, pp. 924–927; Bergh, A.-M., and Robert C. Pattinson, 'Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care', *Acta Paediatrica*, vol. 92, n. 6, pp. 709–714; e informazioni fornite dall'UNICEF Ghana.

Coinfezione da HIV e malaria in gravidanza

Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, n. 2, febbraio 2007, pp. 93–104; Ter Kuile, F.O., et al., 'The Burden of Co-infection with HIV Type 1 and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, supplement 2, 2004, pp. 41–54; World Health Organization, 'Malaria and HIV Interactions and their Implications for Public Health Policy', WHO, Ginevra, 2005, pp. 10–11; United Nations Children Fund, 'Malaria and HIV Factsheet', UNICEF Technical Note n. 6, febbraio 2003, p. 2; World Health Organization, 'Technical Expert Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)', Ginevra, 2008, p. 4; World Health Organization, 'Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy', Ginevra, 2003, p. 2.

Le sfide sostenute dalle adolescenti in Liberia

Informazioni fornite dall'UNICEF Liberia.

CAPITOLO 4

- ¹ Hill, K., et al., 'Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death', *The Lancet*, vol. 370, n. 9600, 17 novembre 2007, pp. 1726–1735.
- ² World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Ginevra, 2004, pp. 1–2.
- ³ Measure Evaluation, 'Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for potential users', <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, visitato il 30 settembre 2008; World Health Organization, *Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death*, WHO, Ginevra, 2007, p. 6.
- ⁴ Setel, P.W., et al., 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n. 8, 2005, pp. 611–617; Measure Evaluation, 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savvy>, visitato il 30 settembre 2008.
- ⁵ World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Ginevra, 2004, pp. 106–107.

- 6 US Centers for Disease Control and Prevention, 'Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems', *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, vol. 50, n. RR13, CDC, Washington, D.C., 27 luglio 2001, pp. 1–35.
- 7 United Nations Children's Fund, World Health Organization and United Nations Population Fund, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, agosto 1997; *Averting Maternal Death and Disability Program, Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999–2005*, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, ottobre 2006, pp. 2–4.
- 8 World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Ginevra, 2004, p. 4.
- 9 Granja, A.C., F. Machungo and S. Bergstrom, 'Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases', *African Journal of Health Sciences*, vol. 7, n. 3–4, luglio–dicembre 2000, pp. 83–7.
- 10 Blouse, A., P. Gomez and B. Kinzie, *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes*, JHPIEGO, Baltimore, 2004, pp. 1–42; EngenderHealth, *COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services*, New York, 2001.
- 11 Byass, Peter, et al., 'Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experiences, benefits and lessons learnt', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, numero speciale 1, luglio 2008, p. 29.
- 12 World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Ginevra, 2006, p. 12.
- 13 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005, p. 96.
- 14 United Nations Population Fund, *Investing in People: National progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994–2004*, UNFPA, New York, 2004, p. 45; World Health Organization, International Confederation of Midwives, and International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Making Pregnancy Safer: The critical role of the skilled attendant – A joint statement by WHO, ICM and FIGO*, WHO, Ginevra, 2004, p. 1; World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 'Proportion of Births Attended by Skilled Health Workers', aggiornamento 2008, WHO, Ginevra, p. 3.
- 15 United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/WHO, New York, gennaio 2006, p. 7.
- 16 Ibid.
- 17 Tratto da Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2008*, UNICEF, New York, gennaio 2008, p. 77.
- 18 UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region*, 25 giugno 2008, p. 152.
- 19 Dambisiya, Ysowa, 'A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa', Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Discussion Paper n. 44, maggio 2007, p. 49.
- 20 Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, a cura di, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 73.
- 21 Vivar, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, p. 1302.
- 22 Lawoyin, Taiwo, O. O.C Olushevi, and David A. Adewole, 'Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria', *Journal of Public Health Policy*, vol. 28, n. 3, 2007, pp. 299–318.
- 23 Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 87.
- 24 Bryce, Jennifer, and J.H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report, Countdown to 2015*, United Nations Children's Fund, New York, 2008, p. 44.
- 25 Dati preparati da Health Policies and Systems Development Unit, Health Systems Strengthening Area, Pan American Health Organization.
- 26 United Nations Economic and Social Commission, United Nations Economic Commission for Africa, African Union Commission, 'Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper', Addis Abeba, 21 marzo 2008, p. 13.
- 27 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, n. 21, ottobre 2006, pp. 1457–1465.
- 28 Witter, Sophie, et al., 'The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n. 30, 2007, pp. 61–71; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, n. 21, ottobre 2006, pp. 1457–1465.
- 29 Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, pp. 331, 762–765.
- 30 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, n. 21, ottobre 2006, pp. 1457–1465; Deininger, K., and P. Mpuga, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank policy research working paper n. 3276, Washington, D.C., 2004; Nabyonga, J., et al., 'Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda', *Health Policy Plan*, vol. 20, pp. 100–108.
- 31 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, n. 21, Ottobre 2006, pp. 1457–1465; Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 ottobre 2005, pp. 762–765.
- 32 Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 ottobre 2005, pp. 762–765.
- 33 Dmytraczenko, T., et al., *Evaluacion del Seguro Nacional de Maternidad y Ninez en Bolivia*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, 1998; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, n. 9545, 21 ottobre 2006, pp. 1457–1465.
- 34 Schneider, P., et al., *Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, marzo 2001; Fox-Rushby, J.A., 'Costeffectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia', *World Health Stat Quarterly*, vol. 48, n. 1, 1995; pp. 23–27.
- 35 Richard, F., et al., 'Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, n. 8, agosto 2007, pp. 972–981.
- 36 Gertler, P., and S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The impact of Progreso on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 364, n. 9450, 4 dicembre 2004; pp. 30–37.
- 37 Peters, David H., Gita G. Mirchandani and Peter M. Hansen, 'Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they?', *Health Policy and Planning*, vol. 19, supplement 1, pp. 5–21.
- 38 Bhatia, Jagdish, and John Cleland, 'Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision', *Health Policy and Planning*, vol. 19, n. 6, pp. 402–409; Barber, Sarah L., 'Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?', *International Journal for Quality in Health Care*, 4 maggio 2006, pp. 1–8; Barber, SL, PJ Gertler, and P Hasrimurti, 'Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia', *Health Affairs*, vol. 26, no 3 maggio–giugno 2007, pp 352-366.
- 39 World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Ginevra, 2008, pp. 82–83.
- 40 Mbonye, A.K., et al., 'Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, n. 3, settembre 2007, p. 287.
- 41 World Health Organization, International Planned Parenthood Foundation, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, United Nations Population Fund, World Bank, *The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*, WHO, Ginevra, 2006.
- 42 Barker, Carol, et al., 'Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated

approach', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n. 30, novembre 2007, p. 5.

- ⁴³ Pan American Health Organization, *Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn and Child Health for the Attainment of the Millennium Development Goals of the UN Millennium Declaration*, PAHO, Washington D.C., 2006, p. 19.
- ⁴⁴ Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, vol. 76, n. 6, pp. 591-598; George, Asha, 'Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n. 30, 2007, pp. 91-102; Murray, Susan F., and Stephen C. Pearson, 'Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs', *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, pp. 2205-2215.
- ⁴⁵ Pittrof, Rudiger, Oona Campbell and Veronique Filippi, 'What Is Quality in Maternity Care? An international perspective', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, n. 4, aprile 2002, p. 278.
- ⁴⁶ Delvaux, Therese, et al., 'Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire', *Tropical Medicine and International Health*, vol.13, n. 8, agosto 2008, p. 974.
- ⁴⁷ Kayongo, M., et al., 'Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 92, n. 3, marzo 2006, pp. 299-307; Otchere, S.A., and H.T. Binh, 'Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, n. 3, settembre 2007, pp. 165-172; Otchere, S.A., and A. Kayo, 'The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, agosto 2007, pp. 173-182.
- ⁴⁸ Thomas, Lena Susan, et al., 'Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n. 30, settembre 2007, pp. 45-48.

CAPITOLO 4 SCHEDE

Usare la metodologia del punto di collegamento critico nei sistemi di assistenza sanitaria per prevenire i decessi materni

Núñez Urquiza, Rosa María, et al., 'Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas', *Género y Salud en Cifras*, vol. 3, nos. 2/3, maggio-dicembre 2005, pp. 5-15.

Nuove direzioni nella salute materna

Starrs, Ann M., 'Delivering for Women', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, p. 1285; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO,

Ginevra, 2005; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Ginevra, 2005; Braveman, Paula, and Eleuther Tarimo, 'Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations', *Social Science & Medicine*, vol. 54, n. 11, 2002, pp. 1621-1635; Marmot, Michael, 'Social Determinants of Health Inequalities', *The Lancet*, vol. 365, n. 9464, 19 marzo 2005, pp. 1099-1104; Hill, Kenneth, et al., 'Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data', *Obstetric Anesthesia Digest*, vol. 28, n. 2, giugno 2008, pp. 94-95; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced Abortion: Rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1338-1345; Gülmezoglu, A. Metin, et al., 'WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, n. 16, 2004, p. 16; Filippi, V., et al., 'Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1329-1337; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, n. 9610, 2 febbraio 2008, pp. 417-440; Shankar, A.H., et al., 'Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial', *The Lancet*, vol. 371, n. 9608, 19 gennaio 2008, pp. 215-227; Campbell, O.M., and W.J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, n. 9543, 7 ottobre 2006, pp. 1284-1299; Villar, J., et al., 'World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women', *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 193, n. 6S2, febbraio 2006, pp. 639-649; Altman, D., et al., 'Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: A randomized placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 359, n. 9321, 1 giugno 2002, pp. 1877-1890; Althabe, Fernando, et al., 'A behavioral intervention to improve obstetrical care', *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n. 18, 1 maggio 2008, pp. 1929-1940; Villar, J., et al., 'WHO Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care', *The Lancet*, vol. 357, n. 9268, 19 maggio 2001, pp. 1551-1564; United Nations Children's Fund, *Malaria & Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, 2007; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370; n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358-1369.

Rafforzare il sistema sanitario nella Repubblica Democratica Popolare del Laos

Economist Intelligence Unit, *Country Report Laos*, Gennaio 2008, EIU, London, 2008, pp. 7, 12; United Nations Children's Fund, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, New York, maggio 2008, p. 38; United Nations Population Fund, *Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia*, UNFPA, New York, 18 maggio 2008, p. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole and Khama Phouthonsy, 'District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic',

Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, n. 2, febbraio 2006, p. 133-135; UNICEF Lao People's Democratic Republic, *Annual Report 2007*, pp.3-4, 9.

Salvare vite di madri e neonati - i primi giorni cruciali dopo la nascita

Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 891-900; Baqui, A.H., et al., 'Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study', 2008 (inedito); Darmstadt, G.L., et al., 'Evidence-based, Cost-effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, n. 9463, 12 marzo 2005, pp. 977-988; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, n. 9610, 2 febbraio 2008, pp. 417-440; Dearden, Kirk, et al., 'The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala', *Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, n. 3, settembre 2002, pp. 193-201; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, n. 9595, 13 ottobre 2007, pp. 1358-1369; Bryce, J., et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, n. 9620, 12 aprile 2008, pp. 1247-1258; Tinker, Anne, et al., 'A Continuum of Care to Save Newborn Lives', *The Lancet*, vol. 365, n. 9462, 5 marzo 2005, pp. 822-825; Lawn, Joy E., and Kerber, Kate J., a cura di, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p.84; Peterson, S., et al., 'Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience', *The Lancet*, vol. 363, n. 9425, 12 giugno 2004, pp. 1955-1956; Bang, A.T., et al., 'Effect of Homebased Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, n. 9194, 4 dicembre 1999, pp. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, n. 9628, 7 giugno 2008, pp. 1936-1944.

Burundi: l'impegno del governo nei confronti dell'assistenza sanitaria per le madri e i bambini

Economist Intelligence Unit, *Country Report Burundi*, May 2008, EIU, London, 2008; United Nations Development Programme, *Human Development Report 2007/2008: Fighting Climate Change - Human solidarity in a divided world*, UNDP, New York, 2007, p. 240; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2008*, UNICEF, New York, gennaio 2008, pp. 114, 118, 126, 142; Philips, Mit, et al., 'Burundi: A population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*, vol. 54, n. 505, 1 agosto 2004, p. 634; Human Rights Watch, 'A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals', *Human Rights Watch*, vol. 18, n. 8(A), settembre 2006, pp. 7, 21, 27; United Nations Children's Fund, *Annual Report 2007*, UNICEF, New York, 2008, pp. 11, 25-26; International Health Partnership; Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update, n. 1, WHO, 1 novembre 2007, p. 1,

<www.who.int/healthsystems/ihp/en/index.html>, visitato il 30 luglio 2008.

Integrare la salute materna e neonatale in India

United Nations Children's Fund, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, New York, maggio 2008, pp. 20, 53; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La Condizione dell'infanzia nel mondo 2008*, UNICEF, New York, gennaio 2008, pp. 115, 143; Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian Region, 25 giugno 2008, pp. 16, 103; United Nations Children's Fund, *Annual Report 2007*, UNICEF, New York, 2008, p. 4; Government of India, Ministry of Health & Family Welfare, *Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation*, settembre 2006, p. 5; Sharma, Ramakant, 'Janani Suraksha Yojana: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan', Population Research Centre, Mohanlal Sukhadia University, 2007-2008; United Nations Population Fund, 'Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006', UNFPA India, pp. v, 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington and Sunil Maheshwari, 'Public-Private Partnerships: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India – Lessons and implications from three case studies', World Health Organization, 2007, p. 12-13; UNICEF India Country Office, 'Assessment of Chiranjeevi Performance', febbraio 2008. <http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_index.htm>, visitato il 4 agosto 2008.

CAPITOLO 5

- 1 World Health Organization, 'Progress in Global Measles Control and Mortality Reduction, 2000-2006', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 82, n. 48, 30 novembre 2007, p. 422.
- 2 Joint United Nations Monitoring Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, UNAIDS/UNICEF/WHO, pp. 88-89,98.
- 3 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper n. 15, ODI, London, gennaio 2007, p. 1
- 4 International Health Partnership, 'Informal Meeting of Global Health Leaders', documento finale, luglio 2007, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_agencies.html>, visitato il 30 settembre 2008.
- 5 International Health Partnership, <<http://www.internationalhealthpartnership.net/>>, visitato il 15 settembre 2008.
- 6 High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability', Parigi, 28 febbraio-2 marzo 2005; 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Accra Agenda for Action', Accra, 2-4 settembre 2008.
- 7 Canadian International Development Agency, Office of Economic Cooperation and Development and the World Bank, *Building a New Aid Relationship: The Paris Declaration on Aid Effectiveness*, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, Accra, 2-4 settembre 2008, p. 26.

8 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 'A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and Child Health', World Health Organization, Ginevra, aprile 2008, pp. 1-4.

9 Toyako Framework for Action on Global Health: Report of the G8 Health Experts Group, Tokyo, 8 luglio 2008, pp. 1-10.

10 Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, n. 9620, 12 aprile 2008, pp. 1268-1275.

CAPITOLO 5 SCHEDE

Lavorare insieme per la salute delle madri e dei neonati

World Health Organization, *The Health of the People: The African regional health report 2006*, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2006, p. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, *Annual Report 2007*; Graham, Wendy J., 'How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation', brief pubblicato dalla Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, <www.who.int/pmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html>, visitato il 30 settembre 2008.

Partnership sanitarie fondamentali a livello locale per la salute delle madri e dei neonati

Informazioni tratte dai siti web delle partnership, visitati il 30 agosto 2008.

Diventare partner per le madri e i neonati nella Repubblica Centrafricana

Informazioni fornite dall'UNICEF CAR.

Le agenzie dell'ONU rafforzano la loro collaborazione a sostegno della salute materna e neonatale

World Health Organization, 'Accelerating Efforts to Save the Lives of Women and Newborns', dichiarazione congiunta a nome di UNICEF, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, Banca Mondiale e OMS, 25 settembre 2008; *WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care*, <www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf>, visitato il 28 ottobre 2008.

Migliorare i sistemi d'informazione sanitaria: l'Health Metrics Network

World Health Organization, Health Metrics Network, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, seconda edizione, WHO, Ginevra, 2008, pp. 5-8; sito web dell'Health Metrics Network, <www.who.int/healthmetric/about/en/>, visitato il 30 Settembre 2008.

TAVOLE STATISTICHE

Statistiche sociali ed economiche su paesi e territori nel mondo, con particolare riferimento alla condizione dei bambini.

Note generali sui dati	p. 114
Spiegazione dei simboli	p. 116
Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni	p. 117
Elenco di paesi per aree regionali e di sviluppo	p. 152
Misurare lo sviluppo umano:	
Un'introduzione alla tavola 10	p. 153

TAVOLE	
1 Indicatori di base	p. 118
2 Nutrizione	p. 122
3 Salute	p. 126
4 HIV/AIDS	p. 130
5 Istruzione	p. 134
6 Indicatori demografici	p. 138
7 Indicatori economici	p. 142
8 Donne	p. 146
9 Protezione dell'infanzia	p. 150
10 Tasso di progresso	p. 154

Note generali sui dati

I dati presentati nelle seguenti tavole statistiche sono tratti dai Database Globali dell'UNICEF che includono dati comparabili a livello internazionale e statisticamente validi; questi dati sono accompagnati da definizioni, fonti e spiegazioni dei simboli. Laddove possibile si è fatto uso di dati forniti dalle agenzie delle Nazioni Unite. In mancanza di queste stime elaborate secondo norme internazionali si è ricorso ad altre fonti, in particolare a ricerche a domicilio rappresentative a livello nazionale. I dati presentati nel rapporto di quest'anno riflettono le informazioni disponibili al 1° luglio 2008. Informazioni più dettagliate sulla metodologia e le fonti dei dati presentati sono disponibili sul sito <www.childinfo.org>.

Alcuni indicatori, come la speranza di vita, il tasso totale di fertilità e i dati di natalità e mortalità non elaborati, fanno parte della normale attività di rilevazione e proiezione svolta dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Questi dati, insieme con altri forniti da organizzazioni internazionali, sono sottoposti a continui aggiornamenti, e ciò spiega le eventuali discrepanze rispetto a quelli presentati nelle più recenti pubblicazioni dell'UNICEF. Questo rapporto contiene le ultime stime e proiezioni del *World Population Prospects 2006*.

Nei paesi in cui sono avvenute catastrofi naturali o provocate dall'uomo, anche la qualità dei dati può averne risentito. Ciò vale in particolare laddove si siano verificati danni alle infrastrutture nazionali di base o migrazioni di grandi masse di popolazione.

Stime sulla mortalità

Ogni anno, l'UNICEF include ne *La Condizione dell'infanzia nel mondo* le stime sulla mortalità, come il tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno), il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni, i decessi sotto i 5 anni, per almeno due anni di riferimento, se possibile.

Questi dati rappresentano le migliori stime disponibili al momento della produzione del rapporto e si basano sul lavoro dell'Inter-agency Group for Mortality Estimation, composto dall'UNICEF, l'OMS, la Banca Mondiale e la Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Questo Gruppo aggiorna le stime ogni anno, intraprendendo un riesame dettagliato di tutti i punti relativi ai recenti dati disponibili. Talvolta, questo riesame ha come risultato una variazione rispetto alle stime riportate in precedenza. Pertanto, le stime pubbli-

cate nelle edizioni successive de *La Condizione dell'infanzia nel mondo* possono non essere comparabili e non dovrebbero essere utilizzate per analizzare l'andamento della mortalità nel tempo. È importante notare che stime comparabili sulla mortalità sotto i 5 anni, tra il 1970, il 1990 e l'anno dell'ultima rilevazione, sono disponibili alla Tavola 10. Inoltre la serie temporale completa per tutti i paesi è pubblicata sul sito <www.childinfo.org> e <www.childmortality.org>, il sito dell'Inter-agency Group for Mortality Estimation. Questa serie temporale si basa sulle stime più recenti prodotte dall'Inter-agency Group for Mortality Estimation.

Indagini campione a indicatori multipli (MICS)

Per più di un decennio l'UNICEF ha supportato i paesi nella raccolta di dati statisticamente validi e comparabili a livello internazionale, attraverso le Indagini campione a indicatori multipli (MICS). Dal 1995, sono state condotte quasi 200 ricerche in circa 100 paesi, e l'ultima fase delle MICS è stata condotta in più di 50 paesi nel 2005-2006, consentendo una nuova e più esaustiva valutazione della situazione dei bambini e delle donne nel mondo. La prossima fase di indagini MICS è pianificata per il 2009-2010.

Le MICS supportate dall'UNICEF, insieme alle Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), sono tra le più grandi fonti di dati per il monitoraggio dei progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e possono essere utilizzate per riferire su 21 dei 53 indicatori degli OSM. Questi dati sono utilizzati, inoltre, per monitorare altri impegni concordati a livello internazionale, come il Piano d'azione per "Un mondo a misura di bambino" e i traguardi globali contro l'AIDS e la malaria. Sono stati incorporati nelle tavole statistiche di questo rapporto e sono stati utilizzati per informare le analisi del rapporto stesso. Maggiori informazioni su questi dati sono disponibili sul sito <www.childinfo.org>.

Revisioni

Le seguenti revisioni sono state fatte per gli indicatori inclusi nelle tavole statistiche di quest'anno.

Tavola 1. Indicatori di base: La tavola 1 presenta stime di mortalità infantile elaborate dall'Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Notare che i tassi di mortalità neonatale per l'anno 2004, come presentati in questa tavola, sono stati prodotti dall'OMS e non sono stati formalmente

stabiliti dall'Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Queste stime, pertanto, non necessariamente sono coerenti con la struttura dell'età della mortalità infantile implicita nelle stime della mortalità infantile e della mortalità sotto i 5 anni del 2007. Inoltre, le stime della mortalità infantile per 12 paesi nell'Africa orientale e meridionale (Botswana; Lesotho; Malawi; Mozambico; Namibia; Ruanda; Sudafrica; Swaziland; Tanzania, Repubblica Unita; Uganda; Zambia e Zimbabwe) sono state corrette per riflettere le stime dell'UNAIDS sulle morti infantili dovute all'AIDS. Queste stime dell'UNAIDS non sono state prodotte solo in base alle informazioni legate alla prevalenza dell'HIV ma anche in base ai recenti sforzi nella prevenzione e nella cura dell'HIV e dell'AIDS. Una spiegazione più dettagliata sui metodi di stima è disponibile su <www.childmortality.org>.

Tavola 2. Nutrizione: La prevalenza di sottopeso, ritardo nella crescita e deperimento tra i bambini sotto i cinque anni è stimata comparando le misurazioni attuali a uno standard internazionale su una popolazione di riferimento. Nell'aprile del 2006, l'OMS ha lanciato gli "WHO Child Growth Standards" per sostituire il National Center for Health Statistics/WHO sulla popolazione di riferimento, ampiamente usato, che era basato su un campione limitato di bambini degli Stati Uniti. I nuovi standard sono il risultato di un approfondito progetto di studio che ha coinvolto più di 8.000 bambini in Brasile, Ghana, India, Norvegia, Oman e Stati Uniti. Superati gli inconvenienti tecnici e biologici della precedente fonte, i nuovi standard confermano che i bambini, ovunque siano nati nel mondo, e a cui venga assicurato il migliore inizio di vita, hanno il potenziale di svilupparsi nell'ambito dello stesso raggio di altezza e peso, pertanto, le differenze nella crescita dei bambini di cinque anni sono più influenzate da nutrizione, pratiche di alimentazione, ambiente e assistenza sanitaria che da genetica ed etnia.

Questo è il primo anno che la Tavola 2 include stime sul sottopeso che fanno riferimento ai nuovi "WHO Child Growth Standards". Va notato che, a causa delle differenze tra la precedente popolazione di riferimento e i nuovi standard, le stime della prevalenza degli indicatori dell'antropometria nei bambini basate su queste due fonti non sono facilmente comparabili.

Tavola 4. HIV e AIDS: Nell'agosto del 2008, il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) e l'OMS hanno pubblicato nuove stime sull'HIV e l'AIDS per il

2007 tratte da una più raffinata metodologia e riflettono la disponibilità di dati più attendibili ottenuti da ricerche basate sulla popolazione e hanno espanso i sistemi nazionali di sorveglianza sentinella in un certo numero di paesi.

Le differenze tra le nuove stime dell'UNAIDS e dell'OMS sulla prevalenza dell'HIV negli adulti, sugli adulti e i bambini con l'HIV e su bambini orfani a causa dell'AIDS per il 2007 sono, in gran parte, meno marcate rispetto a quelle pubblicate nei precedenti rapporti. Le cifre pubblicate in questo rapporto non sono comparabili con le stime precedenti, pertanto non riflettono degli andamenti temporali. L'UNAIDS ha pubblicato stime comparabili, applicando i nuovi metodi alle precedenti stime sull'HIV e l'AIDS, che si possono consultare su <www.unaids.org>.

Tavola 5. Istruzione: Il tasso di raggiungimento del quinto anno (percentuale di bambini entranti alla primaria che raggiungono il quinto anno) è stato sostituito dal tasso di raggiungimento dell'ultimo anno (percentuale di bambini entranti alla primaria che si prevede che raggiungano l'ultimo anno). Quest'ultimo tasso ha sostituito il precedente divenendo un indicatore ufficiale dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 2 (istruzione primaria universale) nel gennaio 2008.

Tavola 7. Indicatori economici: La Banca Mondiale ha recentemente annunciato una nuova soglia di povertà basata su stime revisionate dei livelli dei prezzi adeguati alla parità del potere d'acquisto nel mondo. La Tavola 7 riflette questo aggiornamento della soglia di povertà, e perciò si riferisce alla popolazione che vive con meno di 1,25 dollari al giorno ai prezzi del 2005, adeguati alla parità del potere d'acquisto. La nuova soglia di povertà riflette le revisioni dei tassi di cambio della parità del potere d'acquisto basate sui risultati dell'International Comparison Program del 2005. Le revisioni dimostrano che il costo della vita nei paesi in via di sviluppo risulta più alto rispetto a come precedentemente stimato. A seguito di queste revisioni, il tasso di povertà per singoli paesi non può essere comparato con i tassi di povertà riportati nelle precedenti edizioni. Informazioni più dettagliate sulla definizione, la metodologia e le fonti dei dati presentati sono disponibili su <www.worldbank.org>.

Tavola 8. Donne: Oltre a presentare la percentuale di donne che sono state assistite almeno una volta durante la gravidanza da personale sanitario qualificato, la tavola quest'anno presenta anche la percentuale di donne assistite

Note generali sui dati (segue)

almeno quattro volte. I due indicatori dell'assistenza prenatale sono parte di una struttura di monitoraggio revisionata per l'OSM 5 che è entrata in vigore a gennaio del 2008 con un nuovo traguardo: raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva.

Tavola 9. Protezione dell'infanzia: I dati sui bambini con disabilità sono tratti da indagini a domicilio, e l'indicatore viene definito come la percentuale di bambini tra i 2 e i 9 anni che presentavano almeno una forma di disabilità (ad esempio,

disabilità cognitiva, motoria, epilettica, della vista o dell'udito). Le domande sulla disabilità sono state somministrate ai genitori o a chi si prende cura di loro, a cui è stato chiesto di fornire una valutazione personale sullo sviluppo fisico e mentale del bambino e sulle sue capacità funzionali. A giugno del 2008, la metodologia usata per calcolare queste stime dal MICS è cambiata. Precedentemente le stime erano calcolate basandosi su 9 delle 10 domande MICS sulla disabilità. Nel rapporto di quest'anno e nei prossimi, i dati saranno basati su tutte le 10 domande.

Spiegazione dei simboli

Dato che lo scopo delle tavole statistiche è di fornire un quadro complessivo della situazione dei bambini e delle donne nel mondo, si è ritenuto più opportuno inserire a parte le note e le spiegazioni più dettagliate sui dati presentati. Le fonti e gli anni per punti dati specifici inclusi nelle tavole statistiche sono disponibili su <www.childinfo.org>.

I simboli relativi a singole tavole sono spiegati in calce alle tavole stesse; i seguenti simboli compaiono in tutte le tavole:

- Indica che non esistono dati disponibili.
- x Indica che i dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- y Indica che i dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * Indica che i dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- § Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni

La tavola seguente elenca i paesi e i territori in ordine decrescente in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5), stimato nel 2007. Il tasso di MIS5 è un indicatore fondamentale della condizione dei bambini. Nelle tavole successive, i paesi e i territori sono elencati in ordine alfabetico.

	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2007)			Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2007)			Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2007)	
	Valore	Posizione		Valore	Posizione		Valore	Posizione
Sierra Leone	262	1	Mongolia	43	67	Uruguay	14	132
Afghanistan	257	2	Uzbekistan	41	68	Bahamas	13	134
Ciad	209	3	Botswana	40	69	Bielorussia	13	134
Guinea Equatoriale	206	4	Micronesia (Stati Federati)	40	69	Seychelles	13	134
Guinea-Bissau	198	5	Azerbaigian	39	71	Barbados	12	137
Mali	196	6	Guatemala	39	71	Bulgaria	12	137
Burkina Faso	191	7	Repubblica Dominicana	38	73	Oman	12	137
Nigeria	189	8	Kirghizistan	38	73	Antigua e Barbuda	11	140
Ruanda	181	9	Algeria	37	75	Costarica	11	140
Burundi	180	10	Tuvalu	37	75	Dominica	11	140
Niger	176	11	Egitto	36	77	Kuwait	11	140
Repubblica Centrafricana	172	12	Messico	35	78	Malesia	11	140
Zambia	170	13	Nicaragua	35	78	Bahrein	10	145
Mozambico	168	14	Trinidad e Tobago	35	78	Montenegro	10	145
Congo, Repubblica Democratica	161	15	Marocco	34	81	Palau	10	145
Angola	158	16	Vanuatu	34	81	Brunei Darussalam	9	148
Guinea	150	17	Iran (Repubblica Islamica)	33	83	Cile	9	148
Camerun	148	18	Capo Verde	32	84	Lettonia	9	148
Somalia	142	19	Kazakistan	32	84	Lituania	8	151
Liberia	133	20	Indonesia	31	86	Serbia	8	151
Uganda	130	21	Giamaica	31	86	Slovacchia	8	151
Costa d'Avorio	127	22	Georgia	30	88	Emirati Arabi Uniti	8	151
Gibuti	127	22	Maldive	30	88	Stati Uniti	8	151
Congo	125	24	Nauru	30	88	Cuba	7	156
Benin	123	25	Libano	29	91	Ungheria	7	156
Kenya	121	26	Paraguay	29	91	Polonia	7	156
Etiopia	119	27	Suriname	29	91	Thailandia	7	156
Mauritania	119	27	Filippine	28	94	Australia	6	160
Tanzania, Repubblica Unita	116	29	Territorio Palestinese Occupato	27	95	Canada	6	160
Ghana	115	30	Samoa	27	95	Croazia	6	160
Senegal	114	31	Belize	25	97	Estonia	6	160
Madagascar	112	32	Arabia Saudita	25	97	Nuova Zelanda	6	160
Malawi	111	33	Armenia	24	99	Regno Unito	6	160
Gambia	109	34	El Salvador	24	99	Belgio	5	166
Sudan	109	34	Honduras	24	99	Cipro	5	166
Myanmar	103	36	Giordania	24	99	Israele	5	166
Togo	100	37	Ucraina	24	99	Corea, Repubblica	5	166
Sao Tomé/Principe	99	38	Panama	23	104	Malta	5	166
Timor-Leste	97	39	Tonga	23	104	Paesi Bassi	5	166
Cambogia	91	40	Turchia	23	104	Svizzera	5	166
Gabon	91	40	Brasile	22	107	Austria	4	173
Swaziland	91	40	Cina	22	107	Repubblica Ceca	4	173
Pakistan	90	43	Ecuador	22	107	Danimarca	4	173
Zimbabwe	90	43	Sri Lanka	21	110	Finlandia	4	173
Bhutan	84	45	Tunisia	21	110	Francia	4	173
Lesotho	84	45	Colombia	20	112	Germania	4	173
Haiti	76	47	Perù	20	112	Grecia	4	173
Yemen	73	48	Grenada	19	114	Irlanda	4	173
India	72	49	Saint Vincent/Grenadines	19	114	Italia	4	173
Eritrea	70	50	Venezuela (Repubblica bolivariana)	19	114	Giappone	4	173
Laos, Repubblica Democratica Popolare	70	50	Isole Cook	18	117	Monaco	4	173
Isole Salomone	70	50	Figi	18	117	Norvegia	4	173
Namibia	68	53	Libia, Jamahiriya Araba	18	117	Portogallo	4	173
Tagikistan	67	54	Moldavia	18	117	San Marino	4	173
Comore	66	55	Saint Kitts/Nevis	18	117	Slovenia	4	173
Papua Nuova Guinea	65	56	Saint Lucia	18	117	Spagna	4	173
Kiribati	63	57	Siria, Repubblica Araba	17	123	Andorra	3	189
Bangladesh	61	58	Macedonia, ex Repubblica jugoslava	17	123	Islanda	3	189
Guyana	60	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
Sudafrica	59	60	Albania	15	126	Lussemburgo	3	189
Bolivia	57	61	Mauritius	15	126	Singapore	3	189
Corea, Repubblica Democratica Popolare	55	62	Qatar	15	126	Svezia	3	189
Nepal	55	62	Romania	15	126	Santa Sede	–	–
Isole Marshall	54	64	Federazione Russa	15	126	Niue	–	–
Turkmenistan	50	65	Vietnam	15	126			
Iraq	44	66	Bosnia/Erzegovina	14	132			

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e territori	Posizione secondo il tasso di MISA	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2004	Popolazione totale (in migliaia) 2007	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2007	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2007	PNL pro capite (USD) 2007	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2007	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2007*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2007*	% di reddito familiare 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									più basso 40%	più alto 20%
Afghanistan	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	-	-
Albania	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Algeria	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Andorra	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	-	-	83	-	-
Angola	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	-	-
Antigua e Barbuda	140	-	11	-	10	8	85	0	0	11520	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	44	25	35	20	11	24735	618	15	15440	73	85	-	-	-
Argentina	125	29	16	25	15	10	39531	693	11	6050	75	98	99	11	55
Armenia	99	56	24	48	22	18	3002	37	1	2640	72	100	99s	21	43
Australia	160	9	6	8	5	3	20743	256	2	35960	81	-	96	18x	41x
Austria	173	9	4	8	4	3	8361	77	0	42700	80	-	97	22	38
Azerbaigian	71	98	39	78	34	35	8467	134	5	2550	67	99	73s	19	45
Bahamas	134	29	13	22	12	5	331	6	0	15730x	73	-	88	-	-
Bahrein	145	19	10	15	9	4	753	13	0	19350	76	89	98	-	-
Bangladesh	58	151	61	105	47	36	158665	3998	244	470	64	54	81s	21	43
Barbados	137	17	12	15	11	8	294	3	0	d	77	-	96	-	-
Belgio	166	10	5	9	4	2	10457	109	1	40710	79	-	97	22	41
Belize	97	43	25	35	22	17	288	7	0	3800	76	-	97	-	-
Benin	25	184	123	111	78	36	9033	365	45	570	56	41	67s	19	45
Bhutan	45	148	84	91	56	30	658	12	1	1770	66	56	70s	-	-
Bielorussia	134	24	13	20	12	3	9689	91	1	4220	69	100	89	23	37
Bolivia	61	125	57	89	48	24	9525	263	15	1260	65	90	78s	7	63
Bosnia/Erzegovina	132	22	14	18	13	10	3935	34	0	3580	75	97	91s	19	43
Botswana	69	57	40	45	33	46	1882	47	2	5840	50	83	84	9x	65x
Brasile	107	58	22	49	20	13	191791	3706	82	5910	72	91	94	9	61
Brunei Darussalam	148	11	9	10	8	4	390	8	0	26930x	77	95	94	-	-
Bulgaria	137	18	12	15	10	7	7639	68	1	4590	73	98	92	22	38
Burkina Faso	7	206	191	112	104	32	14784	654	125	430	52	29	47	18	47
Burundi	10	189	180	113	108	41	8508	399	72	110	49	59	75	15	48
Cambogia	40	119	91	87	70	48	14444	382	35	540	59	76	90	17	50
Camerun	18	139	148	85	87	30	18549	649	96	1050	50	68	84s	15	51
Canada	160	8	6	7	5	3	32876	340	2	39420	81	-	100	20	40
Capo Verde	84	60	32	45	24	9	530	15	0	2430	72	84	88	-	-
Ciad	3	201	209	120	124	42	10781	492	103	540	51	26	36s	-	-
Cile	148	21	9	18	8	5	16635	250	2	8350	79	97	-	11	60
Cina	107	45	22	36	19	18	1328630	17374	382	2360	73	93	99	13	52
Cipro	166	11	5	9	3	2	855	10	0	24940	79	98	99	-	-
Colombia	112	35	20	28	17	13	46156	876	18	3250	73	94	89	10	61
Comore	55	120	66	88	49	25	839	28	2	680	65	75	73	-	-
Congo	24	104	125	67	79	30	3768	133	17	1540	55	87	86s	-	-
Congo, Repubblica Democratica Popolare	15	200	161	127	108	47	62636	3118	502	140	46	67	52s	-	-
Corea, Repubblica	166	9	5	8	4	4	48224	448	2	19690	79	-	98	22	38
Corea, Repubblica Democratica Popolare	62	55	55	42	42	22	23790	317	17	a	67	-	-	-	-
Costa d'Avorio	22	151	127	104	89	64	19262	687	87	910	48	49	62s	14	51
Costarica	140	18	11	16	10	8	4468	80	1	5560	79	96	92	13	53
Croazia	160	13	6	11	5	5	4555	41	0	10460	76	99	90	22	38
Cuba	156	13	7	11	5	4	11268	118	1	c	78	100	97	-	-
Danimarca	173	9	4	7	4	3	5442	62	0	54910	78	-	96	23	36
Dominica	140	18	11	14	9	10	67	0	0	4250	-	-	77	-	-
Ecuador	107	57	22	43	20	13	13341	283	6	3080	75	93	97	11	58
Egitto	77	93	36	68	30	17	75498	1840	66	1580	71	72	96	22	42
El Salvador	99	60	24	47	21	12	6857	158	4	2850	72	86	94	10	56
Emirati Arabi Uniti	151	15	8	13	7	4	4380	71	1	26210x	79	90	88	-	-
Eritrea	50	147	70	88	46	21	4851	191	13	230	58	-	47	-	-
Estonia	160	18	6	14	4	4	1335	14	0	13200	71	100	94	19	43
Etiopia	27	204	119	122	75	41	83099	3201	381	220	53	36	45s	22	39
Federazione Russa	126	27	15	23	13	7	142499	1515	23	7560	65	100	91	17	47
Figi	117	22	18	19	16	10	839	18	0	3800	69	-	91	-	-
Filippine	94	62	28	43	23	15	87960	2295	64	1620	72	93	91	15	51
Finlandia	173	7	4	6	3	2	5277	58	0	44400	79	-	97	24	37
Francia	173	9	4	7	4	2	61647	758	3	38500	81	-	99	20	40

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2004	Popolazione totale (in migliaia) 2007	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2007	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2007	PNL pro capite (USD) 2007	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2007	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2007*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2007*	% di reddito familiare 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									più basso 40%	più alto 20%
Gabon	40	92	91	60	60	31	1331	34	3	6670	57	86	94s	-	-
Gambia	34	153	109	104	82	44	1709	60	7	320	59	-	62	14	53
Georgia	88	47	30	41	27	25	4395	48	1	2120	71	-	95s	16	47
Germania	173	9	4	7	4	3	82599	678	3	38860	79	-	98	22	37
Ghana	30	120	115	76	73	43	23478	703	81	590	60	65	72	16	47
Giamaica	86	33	31	28	26	10	2714	55	2	3710	72	86	97s	15	52
Giappone	173	6	4	5	3	1	127967	1070	4	37670	83	-	100	25x	36x
Gibuti	22	175	127	116	84	45	833	24	3	1090	55	-	79s	-	-
Giordania	99	40	24	33	21	16	5924	154	4	2850	72	93	90	18	46
Grecia	173	11	4	9	4	3	11147	103	0	29630	79	97	100	19	42
Grenada	114	37	19	30	15	11	106	2	0	4670	69	-	84	-	-
Guatemala	71	82	39	60	29	19	13354	449	18	2440	70	73	94	12	54
Guinea	17	231	150	137	93	39	9370	377	57	400	56	30	51s	18	46
Guinea-Bissau	5	240	198	142	118	47	1695	84	17	200	46	65	54s	14x	53x
Guinea Equatoriale	4	170	206	103	124	47	507	20	4	12860	51	87	61s	-	-
Guyana	59	88	60	64	45	22	738	13	1	1300	66	-	96s	-	-
Haiti	47	152	76	105	57	32	9598	270	21	560	61	62	50s	9	63
Honduras	99	58	24	45	20	17	7106	200	5	1600	70	83	79s	11	58
India	49	117	72	83	54	39	1169016	27119	1953	950	64	66	83s	19	45
Indonesia	86	91	31	60	25	17	231627	4386	136	1650	70	91	96	18	47
Iran, Repubblica Islamica	83	72	33	54	29	19	71208	1441	48	3470	71	85	94	17	45
Iraq	66	53	44	42	36	63	28993	935	41	2170x	59	74	89	-	-
Irlanda	173	9	4	8	4	4	4301	67	0	48140	79	-	95	20	42
Islanda	189	7	3	5	2	1	301	4	0	54100	82	-	98	-	-
Isole Cook	117	32	18	26	16	10	13	0	0	-	-	-	74	-	-
Isole Marshall	64	92	54	63	49	24	59	0	0	3070	-	-	66	-	-
Isole Salomone	50	121	70	86	53	23	496	15	1	730	63	-	62	-	-
Israele	166	12	5	10	4	3	6928	137	1	21900	81	-	97	16	45
Italia	173	10	4	8	3	3	58877	539	2	33540	81	99	99	19	42
Kazakistan	84	60	32	51	28	32	15422	297	10	5060	67	100	98s	19	42
Kenya	26	97	121	64	80	34	37538	1479	179	680	53	74	76	16	49
Kirghizistan	73	74	38	62	34	30	5317	115	4	590	66	99	92s	22	39
Kiribati	57	88	63	65	46	25	95	0	0	1170	-	-	97	-	-
Kuwait	140	15	11	13	9	7	2851	51	1	31640	78	94	84	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	50	163	70	120	56	30	5859	157	11	580	64	73	84	20	43
Lesotho	45	102	84	81	68	52	2008	59	5	1000	42	82	85s	6	67
Lettonia	148	17	9	13	7	6	2277	21	0	9930	73	100	90	19	43
Libano	91	37	29	32	26	19	4099	74	2	5770	72	-	82	-	-
Liberia	20	205	133	138	93	66	3750	189	25	150	45	56	40	-	-
Libia, Jamahiriya Araba	117	41	18	35	17	11	6160	145	3	9010	74	87	-	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	2	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituania	151	16	8	12	7	5	3390	30	0	9920	73	100	89	19	43
Lussemburgo	189	9	3	8	2	3	467	5	0	75880	79	-	97	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	123	38	17	33	15	9	2038	22	0	3460	74	97	92	17	46
Madagascar	32	168	112	103	70	41	19683	722	81	320	59	71	76s	13	54
Malawi	33	209	111	124	71	26	13925	573	64	250	48	72	91	18	47
Maldiva	88	111	30	79	26	24	306	7	0	3200	68	97	97	-	-
Malesia	140	22	11	16	10	5	26572	555	6	6540	74	92	100	13	54
Mali	6	250	196	148	117	54	12337	595	117	500	54	23	61	16	47
Malta	166	11	5	10	4	3	407	4	0	15310	79	92	91	-	-
Marocco	81	89	34	69	32	24	31224	641	22	2250	71	56	88	17	47
Mauritania	27	130	119	81	75	40	3124	102	12	840	64	56	57s	17	46
Mauritius	126	24	15	21	13	9	1262	19	0	5450	73	87	95	-	-
Messico	78	52	35	42	29	11	106535	2088	73	8340	76	92	98	13	55
Micronesia, Stati Federati	69	58	40	45	33	11	111	3	0	2470	68	-	92	-	-
Moldavia	117	37	18	30	16	12	3794	43	1	1260	69	99	88	20	41
Monaco	173	9	4	7	3	2	33	0	0	d	-	-	-	-	-
Mongolia	67	98	43	71	35	18	2629	49	2	1290	67	97	97s	20	41
Montenegro	145	16	10	14	9	9	598	8	0	5180	74	-	97s	-	-
Mozambico	14	201	168	135	115	35	21397	855	144	320	42	44	60s	15	54
Myanmar	36	130	103	91	74	49	48798	891	92	220x	62	90	84s	-	-

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

	Posizione secondo il tasso di MISA	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2004	Popolazione totale (in migliaia) 2007	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2007	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2007	PNL pro capite (USD) 2007	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2007	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2007*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2007*	% di reddito familiare 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									più basso 40%	più alto 20%
Namibia	53	87	68	57	47	20	2074	53	4	3360	52	88	91s	4x	79x
Nauru	88	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
Nepal	62	142	55	99	43	32	28196	796	44	340	64	57	84s	15	55
Nicaragua	78	68	35	52	28	16	5603	140	5	980	73	81	90	15	49
Niger	11	304	176	143	83	41	14226	701	123	280	57	30	38s	10	53
Nigeria	8	230	189	120	97	47	148093	5959	1126	930	47	72	63	15	49
Niue	-	-	-	-	16	2	0	-	-	-	-	90	-	-	-
Norvegia	173	9	4	7	3	2	4698	56	0	76450	80	-	98	24	37
Nuova Zelanda	160	11	6	9	5	3	4179	57	0	28780	80	-	99	18	44
Oman	137	32	12	25	11	5	2595	58	1	11120	76	84	74	-	-
Paesi Bassi	166	8	5	7	4	3	16419	184	1	45820	80	-	98	21	39
Pakistan	43	132	90	102	73	53	163902	4446	400	870	65	55	56s	22	41
Palau	145	21	10	18	9	13	20	0	0	8210	-	-	96	-	-
Panama	104	34	23	27	18	11	3343	70	2	5510	75	93	99	9	60
Papua Nuova Guinea	56	94	65	69	50	32	6331	190	12	850	57	58	-	12	57
Paraguay	91	41	29	34	24	12	6127	153	4	1670	72	94	94	9	62
Perù	112	78	20	58	17	11	27903	584	12	3450	71	91	96	11	57
Polonia	156	17	7	15	6	5	38082	360	3	9840	76	99	96	19	43
Portogallo	173	15	4	11	3	3	10623	112	0	18950	78	95	98	17	46
Qatar	126	26	15	20	12	4	841	14	0	12000x	76	90	94	-	-
Regno Unito	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	-	98	18	44
Repubblica Ceca	173	12	4	10	3	2	10186	93	0	14450	76	-	93	25	36
Repubblica Centrafricana	12	171	172	113	113	52	4343	158	27	380	44	49	59s	7x	65x
Repubblica Dominicana	73	66	38	53	31	18	9760	231	9	3550	72	89	78	12	55
Romania	126	32	15	25	13	10	21438	211	3	6150	72	98	93	21	40
Ruanda	9	195	181	117	109	48	9725	435	79	320	46	65	86s	14	53
Saint Kitts/Nevis	117	36	18	30	16	11	50	1	0	9630	-	-	71	-	-
Saint Lucia	117	21	18	16	14	11	165	3	0	5530	74	-	98	-	-
Saint Vincent/Grenadines	114	22	19	18	17	13	120	2	0	4210	71	-	90	-	-
Samoa	95	50	27	40	22	14	187	5	0	2430	71	99	90	-	-
San Marino	173	13	4	12	4	2	31	0	0	45130	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	38	101	99	65	64	38	158	5	0	870	65	88	98	-	-
Senegal	31	149	114	72	59	35	12379	439	50	820	63	43	58s	17	48
Serbia	151	-	8	-	7	9	9858	127	1	4730	74	-	95	21	38
Seychelles	134	19	13	17	12	7	87	3	0	8960	-	92	99	-	-
Sierra Leone	1	290	262	169	155	56	5866	268	70	260	42	38	69s	17	47
Singapore	189	8	3	6	2	1	4436	37	0	32470	80	94	-	14	49
Siria, Repubblica Araba	123	37	17	30	15	7	19929	535	9	1760	74	83	95	-	-
Slovacchia	151	15	8	13	7	4	5390	53	0	11730	75	-	92	24	35
Slovenia	173	11	4	9	3	2	2002	18	0	20960	78	100	95	21	40
Somalia	19	203	142	121	88	49	8699	377	54	140x	48	-	22s	-	-
Spagna	173	9	4	7	4	2	44279	476	2	29450	81	97	100	19	42
Sri Lanka	110	32	21	26	17	8	19299	292	6	1540	72	92	98	18	48
Stati Uniti	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	-	92	16	46
Sudafrica	60	64	59	49	46	17	48577	1092	64	5760	50	88	88	10	62
Sudan	34	125	109	79	69	27	38560	1230	134	960	58	61	54s	-	-
Suriname	91	51	29	41	27	17	458	9	0	4730	70	90	96	-	-
Svezia	189	7	3	6	3	2	9119	102	0	46060	81	-	95	23	37
Svizzera	166	8	5	7	4	3	7484	69	0	59880	82	-	89	20	41
Swaziland	40	96	91	70	66	40	1141	33	3	2580	40	80	84s	13	56
Tagikistan	54	117	67	91	57	38	6736	186	12	460	67	100	89s	20	42
Tanzania, Repubblica Unita	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
Territorio Palestinese Occupato	95	38	27	33	24	-	4017	145	4	1230	73	93	76	-	-
Thailandia	156	31	7	26	6	9	63884	932	7	3400	70	94	94	16	49
Timor-Leste	39	184	97	138	77	29	1155	48	5	1510	61	-	75s	-	-
Togo	37	150	100	89	65	39	6585	245	25	360	58	53	80	-	-
Tonga	104	32	23	26	19	12	100	3	0	2320	73	99	96	-	-
Trinidad e Tobago	78	34	35	30	31	10	1333	20	1	14100	70	99	98s	17x	45x
Tunisia	110	52	21	41	18	13	10327	173	4	3200	74	78	96	16	47
Turchia	104	82	23	67	21	16	74877	1381	32	8020	72	89	91	15	50
Turkmenistan	65	99	50	81	45	37	4965	109	5	b	63	100	99s	16	48
Tuvalu	75	53	37	42	30	21	11	0	0	-	-	-	100	-	-

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2004	Popolazione totale (in migliaia) 2007	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2007	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2007	PNL pro capite (USD) 2007	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2007	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2007*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2007*	% di reddito familiare 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									più basso 40%	più alto 20%
Ucraina	99	25	24	22	20	7	46205	419	10	2550	68	100	97s	23	37
Uganda	21	175	130	106	82	30	30884	1445	188	340	51	74	82s	15	53
Ungheria	156	17	7	15	6	5	10030	93	1	11570	73	99	88	22	39
Uruguay	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51
Uzbekistan	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
Vanuatu	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	-	-
Venezuela, Repubblica bolivariana	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
Vietnam	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
Yemen	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
Zambia	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
Zimbabwe	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa Subsahariana	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
Africa orientale e meridionale	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
Africa occidentale e centale	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
Medio Oriente e Nord Africa	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
Asia meridionale	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
Asia orientale e Pacifico	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
America latina e Caraibi	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
ECO/CSI	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Paesi industrializzati [§]	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	-	96	20	40
Paesi in via di sviluppo [§]	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Paesi meno sviluppati [§]	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
Mondo	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

- Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni** – Probabilità di morire entro i primi 5 anni di vita su 1.000 nati vivi.
- Tasso di mortalità infantile** – Probabilità di morire entro il primo anno di vita su 1.000 nati vivi.
- Tasso di mortalità neonatale** – Probabilità di morire entro i primi 28 giorni di vita su 1.000 nati vivi.
- PNL pro capite** – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) provenienti dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.
- Speranza di vita alla nascita** – Durata di vita media prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.
- Tasso di alfabetismo degli adulti** – Numero di persone alfabetizzate con 15 anni o più, espresso come percentuale sul totale della popolazione in quella fascia di età.
- Rapporti netti iscrizione/frequenza scuola primaria** – Numero di bambini iscritti o frequentanti la scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale di bambini di età corrispondente alla scuola primaria. L'indicatore corrisponde al rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria o al rapporto netto di frequenza della scuola primaria. In generale, se sono disponibili entrambi gli indicatori, si predilige il rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria, a meno che i dati sulla frequenza della scuola primaria non siano di qualità superiore. Le definizioni per entrambi i rapporti netti di iscrizione e di frequenza della scuola primaria sono presenti nella Tavola 5, a pagina 134.
- Quote di reddito** – Percentuale dei guadagni percepiti dal 20% delle famiglie a reddito più elevato e dal 40% di quelle a reddito più basso.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

- Tassi di mortalità infantile e sotto i cinque anni** – UNICEF, OMS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Divisione Statistiche delle Nazioni Unite.
- Tasso di mortalità neonatale** – OMS, attraverso sistemi di registrazione demografici e indagini a domicilio.
- Popolazione totale** – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.
- Nascite** – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.
- Decessi sotto i 5 anni** – UNICEF.
- PNL pro capite** – Banca Mondiale.
- Speranza di vita** – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.
- Alfabetismo degli adulti** – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS), incluso l'Education for All 2000 Assessment.
- Iscrizione/frequenza scolastica** – UIS, Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Ricerche demografiche e sanitarie (DHS).
- Reddito familiare** – Banca Mondiale.

NOTE

- a: Reddito basso (pari o inferiore a 935 USD).
 b: Reddito medio-basso (varia tra 936 e 3.705 USD).
 c: Reddito medio-alto (varia tra 3.706 e 11.455 USD).
 d: Reddito alto (pari a 11.456 USD o superiore).

– Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

s Indagini nazionali a domicilio.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Paesi e territori	% nati sottopeso 1999-2007*	% bambini (2000-2007*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2007*) che presentano:					Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2007		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2007*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso [†] (OMS pop. rif.)	sottopeso [†] (NCHS/OMS)		ritardo nella deperimento [‡] crescita [‡] (NCHS/OMS)		almeno una dose [‡] (%)	copertura totale [‡] (%)	
					moderato e grave	moderato e grave	grave	moderato e grave	moderato e grave			
Afghanistan	–	–	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28
Albania	7	40	69	22	6	8	1	7	22	–	–	60
Algeria	6	7	39	22	3	4	1	3	11	–	–	61
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35
Antigua e Barbuda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	11x	31x	60x	30x	–	14x	3x	11x	20x	–	–	–
Argentina	7	–	–	28	2y	4y	–	1y	4y	–	–	90x
Armenia	8	33	57	15	4	4	0	5	13	–	–	97
Australia	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaijan	12	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54
Bahamas	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrain	8x	34x	65x	41x	–	9x	2x	5x	10x	–	–	–
Bangladesh	22	37	52	89	41	46	–	16	36	95	94	84
Barbados	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belgio	8x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	8	10	–	27	–	6	1	1	18	–	–	90x
Benin	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55
Bhutan	15x	–	–	–	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96
Bielorussia	4	9	38	4	1	1	0	1	3	–	–	55
Bolivia	7	54	74	46	5	8	1	1	27	–	–	90
Bosnia/Erzegovina	5	18	29	10	1	2	0	3	7	–	–	62
Botswana	10	34	57	11	11	13	2	5	23	–	–	66
Brasile	8	–	30x	17x	4	5	–	–	–	–	–	88
Brunei Darussalam	10x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100
Burkina Faso	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34
Burundi	11	45	88	–	35	39	14	7	53	83	83	98
Cambogia	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73
Camerun	11	21	64	21	16	19	5	6	30	–	–	49
Canada	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Capo Verde	13x	57x	64x	13x	–	–	–	–	–	–	–	0x
Ciad	22	2	77	65	–	37	14	14	41	54	54	56
Cile	6	85k	–	–	–	1y	–	0y	1y	–	–	100x
Cina	2	51	32	15	6	7	–	–	11	–	–	94
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	–	–	92x
Comore	25	21	34	45	–	25	–	8	44	93	0	82
Congo	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82
Congo, Repubblica Democratica Popolare	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
Corea, Repubblica	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
Costa d'Avorio	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84
Costarica	7	35x	47x	12x	–	5x	0x	2x	6x	–	–	92x
Croazia	5	23x	–	–	–	1x	–	1x	1x	–	–	90x
Cuba	5	26	47	16	–	4	0	2	5	–	–	88
Danimarca	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	–	–	99x
Egitto	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78
El Salvador	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62
Emirati Arabi Uniti	15x	34x	52x	29x	–	14x	3x	15x	17x	–	–	–
Eritrea	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68
Estonia	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopia	20	49	54	–	33	38	11	11	47	88	86	20
Federazione Russa	6	–	–	–	–	3x	1x	4x	13x	–	–	35
Figi	10x	47x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31x
Filippine	20	34	58	32	21	28	–	6	30	83	83	45
Finlandia	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

	% nati sottopeso 1999-2007*	% bambini (2000-2007*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2007*) che presentano:					Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2007		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2007*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso [†] (OMS pop. rif.)	sottopeso [†] (NCHS/OMS)		ritardo nella crescita [†] (NCHS/OMS)		almeno una dose [‡] (%)	copertura totale [§] (%)	
					moderato e grave	moderato e grave	grave	moderato e grave	moderato e grave			
Gabon	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36
Gambia	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7
Georgia	5	11	35	20	2	2	0	2	10	—	—	87
Germania	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ghana	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32
Giamaica	12	15	36	24	3	4	—	4	3	—	—	100x
Giappone	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gibuti	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0
Giordania	12	22	66	11	—	4	1	2	9	—	—	88
Grecia	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenada	9	39x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40
Guinea	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51
Guinea-Bissau	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1
Guinea Equatoriale	13	24	—	—	—	19	4	7	39	—	—	33
Guyana	13	11	42	31	10	12	2	8	14	—	—	—
Haiti	25	41	87	35	18	22	6	9	24	—	—	3
Honduras	10	30	69	48	8	11	1	1	25	—	—	80x
Islanda	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
India	28	46	57	77	43	46	—	19	38	53	33	51
Indonesia	9	40	75	59	23	28	9	—	—	87	87	73
Iran, Repubblica Islamica	7x	23	68	58	—	11x	2x	5x	15x	—	—	99
Iraq	15	25	51	36	6	8	1	5	21	—	—	28
Irlanda	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Isole Cook	3	19x	—	—	—	10x	—	—	—	—	—	—
Isole Marshall	12x	63x	—	—	—	—	—	—	—	39	39	—
Isole Salomone	13x	65	—	—	16x	21x	—	—	—	—	—	—
Israele	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kazakistan	6	17	39	16	4	4	1	4	13	—	—	92
Kenya	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91
Kirghizistan	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76
Kiribati	5x	80x	—	—	—	13x	—	—	—	—	—	—
Kuwait	7x	12x	26x	9x	—	10x	3x	11x	24x	—	—	—
Laos, Repubblica Democratica Popolare	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
Lesotho	13	36	79	60	—	20	4	4	38	85	38	91
Lettonia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Libano	6	27	35	11	—	4	—	5	11	—	—	92
Liberia	—	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	—
Libia, Jamahiriya Araba	7x	—	—	23x	4x	5x	1x	3x	15x	—	—	90x
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lussemburgo	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	—	—	94
Madagascar	17	67	78	64	36	42	11	13	48	95	95	75
Malawi	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50
Maldiva	22	10	85	—	—	30	7	13	25	62	62	44
Malesia	9	29x	—	12x	—	8	1	—	—	—	—	—
Mali	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79
Malta	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marocco	15	31	66	15	9	10	2	9	18	—	—	21
Mauritania	—	20	78	57	—	32	10	13	35	95	89	2
Mauritius	14	21	—	—	—	15x	2x	14x	10x	—	—	0x
Messico	8	38x	36x	21x	3	5	—	2	13	—	—	91
Micronesia, Stati Federati	18	60x	—	—	—	15x	—	—	—	—	—	—
Moldavia	6	46	18	2	—	4	1	4	8	—	—	60
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83
Montenegro	4	19	35	13	2	3	1	3	5	—	—	71
Mozambico	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54
Myanmar	15	15	66	67	—	32	7	9	32	94	93	60

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

	% nati sottopeso 1999-2007*	% bambini (2000-2007*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2007*) che presentano:					Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2007		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2007*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso [†] (OMS pop. rif.)	sottopeso [†] (NCHS/OMS)		ritardo nella deperimento [‡] crescita [‡] (NCHS/OMS)		almeno una dose [‡] (%)	copertura totale [‡] (%)	
					moderato e grave	moderato e grave	grave	moderato e grave	moderato e grave			
Namibia	14	24	72	28	—	24	5	9	24	—	—	63
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63
Nicaragua	12	31	83	43	—	7	1	1	17	95	—	97
Niger	27	9	73	—	39	44	15	10	50	95	95	46
Nigeria	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	97
Niue	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvegia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nuova Zelanda	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83x
Oman	9	—	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	—	—	61x
Paesi Bassi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pakistan	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
Palau	9x	59x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	—	—	95x
Papua Nuova Guinea	11x	59x	74x	66x	—	—	—	—	—	7	7	—
Paraguay	9	22	60	—	3	4	—	1	14	—	—	94
Perù	10	63	82	47	6	5	1	1	30	—	—	91
Polonia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portogallo	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	10x	12x	48x	21x	—	6x	—	2x	8x	—	—	—
Regno Unito	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Repubblica Ceca	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Repubblica Centrafricana	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
Repubblica Dominicana	11	4	36	15	—	5	1	1	7	—	—	19
Romania	8	16	41	—	4	3	0	2	10	—	—	74
Ruanda	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
Saint Kitts/Nevis	9	56x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
Saint Lucia	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint Vincent/Grenadines	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé/Principe	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
Senegal	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
Serbia	5	15	39	8	1	2	0	3	6	—	—	73
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
Singapore	8	—	—	—	3	3	0	2	2	—	—	—
Siria, Repubblica Araba	9	29	37	16	9	10	2	9	22	—	—	79
Slovacchia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovenia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	—	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
Spagna	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	22	53	—	73	23y	29y	—	14y	14y	—	—	94
Stati Uniti	8	—	—	—	1y	2y	0y	0y	1y	—	—	—
Sudafrica	15x	7	46	—	10x	12x	2x	3x	25x	—	—	62x
Sudan	31x	16	47	40	—	41	15	16	43	90	90	1
Suriname	13	9	25	11	7	10	1	5	8	—	—	—
Svezia	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Svizzera	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Swaziland	9	32	77	31	5	7	—	2	24	—	—	80
Tagikistan	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
Tanzania, Repubblica Unita	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
Territorio Palestinese Occupato	7	27	—	—	—	3	0	1	10	—	—	86
Thailandia	9	5	43	19	7	9	0	4	12	—	—	47
Timor-Leste	12	31	82	35	—	49	15	25	54	57	50	60
Togo	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
Tonga	3	62x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	19	13	43	22	—	6	1	4	4	—	—	28
Tunisia	7	47	—	22	—	4	1	2	12	—	—	97
Turchia	16x	21	38	24	—	4	1	1	12	—	—	64
Turkmenistan	4	11	54	37	8	11	2	6	15	—	—	87
Tuvalu	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	% nati sottopeso 1999-2007*	% bambini (2000-2007*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2007*) che presentano:					Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2007		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2007*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso [†] (OMS pop. rif.)	sottopeso [†] (NCHS/OMS)		deperimento [‡] (NCHS/OMS)	ritardo nella crescita [‡] (NCHS/OMS)	almeno una dose [§] (%)	copertura totale [§] (%)	
						moderato e grave	moderato e grave					
Ucraina	4	6	49	11	—	1y	0y	0y	3y	—	—	18
Uganda	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	—	96
Ungheria	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	8	54	32	31	—	5	1	2	11	—	—	—
Uzbekistan	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
Vanuatu	6	50x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela, Repubblica bolivariana	9	7x	50x	31x	—	5	—	4	12	—	—	90x
Vietnam	7	17	70	23	—	20	5	8	36	95	95w	93
Yemen	32x	—	—	—	42	46	15	12	53	47	47w	30
Zambia	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
Zimbabwe	11	22	79	—	12	17	3	6	29	83	83	91

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
Africa orientale e meridionale	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
Africa occidentale e centrale	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
Medio oriente e Nord Africa	12	26	57	36	11	17	5	8	26	—	—	60
Asia meridionale	27	44	53	75	41	45	—	18	38	64	50	51
Asia orientale e Pacifico	6	43	45	27	11	14	—	—	16	86	86**	86
America latina e Caraibi	9	—	—	—	5	6	—	2	16	—	—	83
ECO/CSI	6	20	41	23	—	5	1	2	12	—	—	50
Paesi industrializzati [§]	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paesi in via di sviluppo [§]	15	39	55	51	24	26	—	11	30	72	62**	70
Paesi meno sviluppati [§]	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
Mondo	14	38	55	50	23	25	—	11	28	72	62**	68

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

- Nascite sottopeso** – Percentuale di neonati che pesano meno di 2.500 grammi.
- Sottopeso (OMS pop. rif.)** – Moderato e grave: Percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con peso inferiore di due punti percentili rispetto al peso medio di quella fascia d'età della popolazione di riferimento degli Standards Child Growth dell'OMS pubblicati nel 2006;
- Sottopeso (NCHS/OMS)** – Moderato e grave: Percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con peso inferiore di due punti percentili rispetto al peso medio di quella fascia d'età della popolazione di riferimento di National Center for Health Statistics (NCHS/OMS); Grave – percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con peso inferiore di tre punti percentili rispetto al peso medio di quella fascia di età della popolazione di riferimento di NCHS/OMS.
- Deperimento (NCHS/OMS)** – Moderato e grave: Percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi il cui rapporto peso/altezza è inferiore di due punti percentili rispetto al valore medio di quella fascia di età della popolazione di riferimento di NCHS/OMS.
- Ritardo nella crescita (NCHS/OMS)** – Moderato e grave: Percentuale di bambini tra 0 e 59 mesi con altezza inferiore di due punti percentili rispetto all'altezza media di quella fascia d'età della popolazione di riferimento di NCHS/OMS.
- Vitamina A** – Percentuale di bambini tra 6 e 59 mesi che hanno ricevuto capsule di vitamina A nel 2007.
- Consumo sale iodato** – Percentuale di famiglie che consumano sale iodato in misura adeguata (15 parti per milione o più).

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

- Nascite sottopeso** – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS), altre indagini nazionali a domicilio, dati provenienti da sistemi di rilevamento routinario, UNICEF e OMS.
- Allattamento al seno** – DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio e UNICEF.
- Sottopeso, deperimento e ritardo nella crescita** – DHS, MICS, altre indagini nazionali a domicilio, OMS e UNICEF.
- Vitamina A** – UNICEF.
- Iodurazione del sale** – MICS, DHS, altre indagini nazionali a domicilio e UNICEF.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - k Indica l'allattamento esclusivo al seno per un periodo inferiore a quattro mesi.
 - w Si riferisce ai paesi che hanno programmi di somministrazione di vitamina A rivolti a bambini di una ridotta fascia di età. La cifra della copertura corrisponde ai bambini raggiunti.
 - † Nel rapporto di quest'anno, le statistiche sul "sottopeso" applicano gli stessi indicatori a due differenti popolazioni di riferimento. A causa di questa differenza, i dati presentati in questa tavola non sono strettamente comparabili con qualsiasi altro dato né con quelli delle precedenti edizioni di questo rapporto. Gli Standards Child Growth dell'OMS stanno gradualmente rimpiazzando le NCHS/OMS della popolazione di riferimento, ampiamente utilizzate. Per una descrizione più dettagliata di questa transizione, si vedano le Note generali sui dati a pagina 114.
 - ‡ I dati su "deperimento" e "ritardo nella crescita" si riferiscono alla stessa popolazione di riferimento e sono pertanto comparabili con qualsiasi altro dato e con quelli delle precedenti edizioni di questo rapporto.
 - § Si riferisce alla percentuale di bambini che hanno ricevuto almeno una dose nel 2007 (il livello più recente di copertura al momento del reporting).
 - Δ La percentuale di bambini raggiunti con due dosi nel 2007 è la più bassa tra i due livelli di copertura. '0' (zero) indica che è stata somministrata solo una dose, nel 2007.
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - ** Esclusa la Cina.

	% popolazione che ha accesso a fonti "migliorate" di acqua potabile 2006						% popolazione che ha accesso a impianti igienici adeguati 2006						% vaccinazioni regolari dell'EPI finanziate dal governo 2007						Vaccinazioni 2007											Malaria: 2003-2007*		
																			bambini di 1 anno vaccinati contro											% neonati protetti contro il tetano ^A	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario ^B	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici ^C
	TB	DPT	Polio	Morbillo	HepB	Hib	vaccini corrispondenti:																									
	BCG	DPT1 ^D	DPT3 ^E	polio3	morbillo	HepB3	Hib3																									
Ucraina	97	97	97	93	97	83	—	97	98	98	99	98	96	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
Uganda	64	90	60	33	29	34	15	90	90	64	59	68	68	68	85	73	47	39	22	10	61	—	—									
Ungheria	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	—	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	98	94	94	96	94	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
Uzbekistan	88	98	82	96	97	95	64	99	94	96	98	99	98	—	—	68	56	28	—	—	—	—	—									
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	100	82	79	76	76	65	76	—	88	—	—	—	—	—	—	—	—									
Venezuela, Repubblica bolivariana	—	—	—	—	—	—	—	83	78	71	73	55	71	71	51	72	—	51	—	—	—	—	—									
Vietnam	92	98	90	65	88	56	87	94	92	92	92	83	67	—	86	83	55	65	95	5	3	—	—									
Yemen	66	68	65	46	88	30	31	64	94	87	87	74	87	87	52	—	38	48	—	—	—	—	—									
Zambia	58	90	41	52	55	51	24	92	92	80	77	85	80	80	89	68	—	48	34	29	38	—	—									
Zimbabwe	81	98	72	46	63	37	0	76	77	62	66	66	62	—	78	25	8	47	7	3	5	—	—									

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	58	81	45	30	42	24	31	83	85	73	74	73	67	34	76	40	—	31	21	12	34	—	—
Africa orientale e meridionale	59	88	48	34	48	28	32	86	88	78	77	77	55	81	45	—	—	33	24	19	29	—	—
Africa occidentale e centrale	56	77	41	27	37	20	30	80	82	69	71	69	58	16	71	37	—	29	18	8	38	—	—
Medio oriente e Nord Africa	87	94	78	73	87	53	81	92	96	91	92	89	89	32	77	68	—	39	—	—	—	—	—
Asia meridionale	87	94	84	33	57	23	83	87	84	69	69	71	29	—	85	63	18	35	—	—	—	—	—
Asia orientale e Pacifico	88	96	81	66	75	59	—	93	93	89	91	90	87	2	—	65**	—	61**	—	—	—	—	—
America latina e Caraibi	92	97	73	79	86	52	—	96	95	92	93	93	89	90	83	—	—	—	—	—	—	—	—
ECO/CSI	94	99	86	89	94	81	81	96	97	96	97	97	96	23	—	57	—	—	—	—	—	—	—
Paesi industrializzati [§]	100	100	98	100	100	99	—	—	98	96	94	93	65	84	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paesi in via di sviluppo [§]	84	94	76	53	71	39	70	89	89	80	81	81	65	21	81	57**	—	38**	—	—	—	—	—
Paesi meno sviluppati [§]	62	81	55	33	49	27	28	85	89	79	79	76	75	28	81	42	—	37	—	—	—	—	—
Mondo	87	96	78	62	79	45	71	89	90	81	82	82	65	26	81	57**	—	38**	—	—	—	—	—

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Finanziamento statale dei vaccini – Percentuale delle vaccinazioni di routine dei bambini, effettuate in un paese, finanziate dal governo nazionale (inclusi prestiti).

EPI – Programma Esteso di Vaccinazione: le vaccinazioni di questo programma comprendono quelle contro tubercolosi (TB), difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano (DPT), poliomielite e morbillo, oltre alla protezione dei bambini dal tetano neonatale tramite la vaccinazione delle donne in gravidanza. Alcuni paesi inseriscono nel programma altre vaccinazioni come ad esempio contro l'epatite B (HepB), l'Haemophilus influenzae tipo B (Hib) o la febbre gialla.

BCG – Percentuale di neonati che hanno ricevuto il Bacile Calmette-Guérin (vaccino contro la tubercolosi).

DPT1 – Percentuale di neonati che hanno ricevuto la loro prima dose di vaccino contro difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano.

DPT3 – Percentuale di neonati che hanno ricevuto tre dosi di vaccino contro difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano.

HepB3 – Percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino contro l'epatite B.

Hib3 – Percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino Haemophilus influenzae tipo B.

% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario – Percentuale di bambini (0-4 anni) che nelle due settimane precedenti alla ricerca hanno presentato casi di sospetta polmonite, e sono stati visitati da un operatore sanitario qualificato.

% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici – Percentuale di bambini (0-4 anni) che hanno presentato casi di sospetta polmonite nelle due settimane precedenti alla ricerca, e ricevono antibiotici.

% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare – Percentuale di bambini (0-4 anni) con diarrea nelle due settimane precedenti l'indagine, che hanno ricevuto una terapia di reidratazione orale (Soluzione di Reidratazione Orale o liquidi consigliati fatti in casa) o una maggiore quantità di liquidi, e che sono stati alimentati in maniera regolare.

Malaria:

% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera – % di bambini (0-4 anni) che hanno dormito sotto una zanzariera.

% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera trattata – % di bambini (0-4 anni) che hanno dormito sotto una zanzariera trattata con insetticida.

% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici – % di bambini (0-4 anni) affetti da febbre malarica nelle ultime due settimane che hanno ricevuto cure adeguate (in base agli standard locali) e farmaci antimalarici.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici – UNICEF, OMS, Joint Monitoring Programme.

Finanziamento statale dei vaccini – UNICEF e OMS.

Vaccinazioni – UNICEF e OMS.

Sospetta polmonite – DHS, MICS e altre ricerche nazionali sulla famiglia.

Reidratazione orale – DHS e MICS.

Malaria – DHS e MICS.

NOTE

— Dati non disponibili

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

β La copertura per la DPT1 dovrebbe essere alta almeno come quella per la DPT3. Le discrepanze presenti nei casi in cui la copertura per la DPT1 è inferiore a quella per la DPT3 riflettono le mancanze nella raccolta dei dati e nel processo di presentazione degli stessi. L'UNICEF e l'OMS stanno lavorando con sistemi nazionali e territoriali al fine di eliminare queste discrepanze.

z Nel rapporto di quest'anno, OMS e UNICEF hanno impiegato un modello per calcolare la percentuale di nascite che possono essere considerate protette contro il tetano perché le donne incinte sono state vaccinate con due o più dosi di tossoide del tetano (TT). Il modello ha l'obiettivo di migliorare l'accuratezza di questo indicatore catturando o includendo altri scenari potenziali in cui le donne possono essere protette (ad esempio le donne che ricevono dosi di TT in attività di immunizzazione integrale). Una spiegazione esauriente della metodologia si trova nelle Note generali sui dati a pag. 114.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Paesi e territori	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2007	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2007 (in migliaia)			Trasmissione madre-figlio Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2007 (in migliaia)	Infezioni pediatriche Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, 2007 (in migliaia)	Prevenzione tra i giovani						Orfani		
		stima	stima minima	stima massima			Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2007		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2002-2007*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2002-2007*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani 2002-2007*
							maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	orfani per l'AIDS, 2007 (stima in migliaia)	orfani in generale, 2007 (stima in migliaia)	
Afghanistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2100	–	
Albania	–	–	<1,0	–	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–	
Algeria	0,1	21	11–43	6,0	–	0,1	0,1	–	13	–	–	–	570	–	
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	2,1	190	150–240	110	17	0,2	0,3	–	–	–	–	50	1200	90x	
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Argentina	0,5	120	90–150	32	–	0,6	0,3	–	–	–	–	–	610	–	
Armenia	0,1	2,4	1,8–3,5	<1,0	–	0,2	0,1	15	23	86	–	–	50	–	
Australia	0,2	18	11–36	1,2	–	0,2	<0,1	–	–	–	–	–	140	–	
Austria	0,2	9,8	7,6–13	2,9	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	52	–	
Azerbaijan	0,2	7,8	4,7–16	1,3	–	0,3	0,1	5	5	31	–	–	190	–	
Bahamas	3,0	6,2	4,0–8,7	1,6	<0,2	3,2	1,5	–	–	–	–	–	7	–	
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	–	12	7,7–19	2,0	–	–	–	–	16	–	–	–	5000	84	
Barbados	1,2	2,2	1,5–3,2	<1,0	–	1,3	0,6	–	–	–	–	–	3	–	
Belgio	0,2	15	8,9–29	4,1	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	78	–	
Belize	2,1	3,6	2,2–5,3	2,0	<0,2	0,5	1,5	–	40	–	–	–	6	–	
Benin	1,2	64	58–73	37	5,4	0,3	0,9	35	16	45	28	29	340	90	
Bhutan	0,1	<0,5	<1,0	<0,1	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	22	–	
Bielorussia	0,2	13	10–19	3,9	–	0,3	0,1	–	34	–	–	–	190	–	
Bolivia	0,2	8,1	6,5–11	2,2	–	0,2	0,1	18	15	37	20	–	300	74p	
Bosnia/Erzegovina	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	48	–	71	–	–	–	
Botswana	23,9	300	280–310	170	15	5,1	15,3	33x	40x	88x	75x	95	130	99x	
Brasile	0,6	730	600–890	240	–	1,0	0,6	–	–	71	58	–	3200	–	
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	15	17	70	57	–	95	–	
Burkina Faso	1,6	130	110–160	61	10	0,5	0,9	–	19	–	64	100	690	61p	
Burundi	2,0	110	78–130	53	15	0,4	1,3	–	30	–	25	120	600	85	
Cambogia	0,8	75	67–84	20	4,4	0,8	0,3	45	50	84	–	–	600	83	
Camerun	5,1	540	430–640	300	45	1,2	4,3	–	32	–	62	300	1100	91	
Canada	0,4	73	43–110	20	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	180	–	
Capo Verde	–	–	–	–	–	–	–	36	36	79	56	–	–	–	
Ciad	3,5	200	130–240	110	19	2,0	2,8	20	8	25	17	85	540	105	
Cile	0,3	31	23–39	8,7	–	0,3	0,2	–	–	–	–	–	160	–	
Cina	0,1	700	450–1000	200	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	17000	–	
Cipro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Colombia	0,6	170	110–230	47	–	0,7	0,3	–	–	–	36	–	790	85	
Comore	<0,1	<0,2	<1,0	<0,1	–	0,1	<0,1	–	10x	–	–	<0,1	27	–	
Congo	3,5	79	65–94	43	6,6	0,8	2,3	35	26	36	16	69	210	88	
Congo, Repubblica Democratica Popolare	–	–	400–500	–	–	–	–	21	15	26	17	–	4500	77	
Corea, Repubblica	<0,1	13	7,5–42	3,6	–	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	360	–	
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	530	–	
Costa d'Avorio	3,9	480	400–550	250	52	0,8	2,4	28	18	53	39	420	1200	83	
Costarica	0,4	9,7	6,1–15	2,7	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	36	–	
Croazia	<0,1	<0,5	<1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cuba	0,1	6,2	3,6–12	1,8	–	0,1	0,1	–	52	–	–	–	99	–	
Danimarca	0,2	4,8	3,7–6,9	1,1	–	0,2	0,1	–	–	–	–	–	53	–	
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ecuador	0,3	26	15–40	7,1	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	200	–	
Egitto	–	9,2	7,2–13	2,6	–	–	–	–	4y	–	–	–	1400	–	
El Salvador	0,8	35	24–72	9,7	–	0,9	0,5	–	–	–	–	–	130	–	
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Eritrea	1,3	38	25–58	21	3,1	0,3	0,9	–	37	–	–	18	280	83	
Estonia	1,3	9,9	5,4–19	2,4	–	1,6	0,7	–	–	–	–	–	20	–	
Etiopia	2,1	980	880–1100	530	92	0,5	1,5	33	20	50	28	650	5000	90	
Federazione Russa	1,1	940	630–1300	240	5,2	1,3	0,6	–	–	–	–	–	4000	–	
Figi	0,1	–	<0,5	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	22	–	
Filippine	–	8,3	6,0–11	2,2	–	–	–	18	12	25	11	–	1800	–	
Finlandia	0,1	2,4	1,4–4,4	<1,0	–	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	48	–	
Francia	0,4	140	78–240	38	–	0,4	0,2	–	–	–	–	–	420	–	

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2007	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2007 (in migliaia)			Trasmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani						Orfani				
							Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2007 (in migliaia)		Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2007		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2002-2007*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2002-2007*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani 2002-2007*
									maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	orfani per l'AIDS, 2007	orfani in generale, 2007	
Gabon	5,9	49	37-68	27	2,3	1,3	3,9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x			
Gambia	0,9	8,2	3,7-13	4,5	<1,0	0,2	0,6	-	39	-	54	3	48	87			
Georgia	0,1	2,7	1,5-6,1	<1,0	-	0,1	0,1	-	15	-	-	-	72	-			
Germania	0,1	53	31-97	15	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	540	-			
Ghana	1,9	260	230-290	150	17	0,4	1,3	33	25	56	42	160	1100	104p			
Giamaica	1,6	27	19-36	7,6	-	1,7	0,9	-	60	-	-	-	53	-			
Giappone	-	9,6	7,9-10	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	520	-			
Gibuti	3,1	16	12-19	8,7	1,1	0,7	2,1	-	18	51	26	5	42	-			
Giordania	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	3y	-	-	-	-	-			
Grecia	0,2	11	6,1-19	3,0	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	73	-			
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guatemala	0,8	59	41-84	52	-	-	1,5	-	-	-	-	-	360	-			
Guinea	1,6	87	73-110	48	6,3	0,4	1,2	23	17	37	26	25	380	73			
Guinea-Bissau	1,8	16	11-23	8,7	1,5	0,4	1,2	-	18	-	39	6	110	97			
Guinea Equatoriale	3,4	11	8,2-14	5,9	<1,0	0,8	2,5	-	4x	-	-	5	32	95x			
Guyana	2,5	13	7,6-18	7,1	<1,0	0,5	1,7	-	50	68	62	-	23	-			
Haiti	2,2	120	100-140	58	6,8	0,6	1,4	40	34	43	29	-	380	86			
Honduras	0,7	28	18-44	7,4	1,6	0,7	0,4	-	30	-	24	-	170	108			
India	0,3	2400	1800-3200	880	-	0,3	0,3	36	20	37	22	-	25000	72			
Indonesia	0,2	270	190-400	54	-	0,3	0,1	0y	1	-	-	-	4400	82y			
Iran, Repubblica Islamica	0,2	86	68-110	24	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	1300	-			
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84			
Irlanda	0,2	5,5	4,1-7,7	1,5	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	38	-			
Islanda	0,2	<0,5	<1,0	<0,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	2	-			
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Isole Marshall	-	-	-	-	-	-	-	39	27	-	-	-	-	-			
Isole Salomone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Israele	0,1	5,1	2,5-12	2,9	-	<0,1	0,1	-	-	-	-	-	44	-			
Italia	0,4	150	110-210	41	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	320	-			
Kazakistan	0,1	12	7,0-29	3,3	-	0,2	0,1	-	22	65x	32x	-	470	-			
Kenya	-	-	1500-2000	-	-	-	-	47	34	47	25	-	2500	95			
Kirghizistan	0,1	4,2	2,3-7,7	1,1	-	0,2	0,1	-	20	-	56	-	140	-			
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Kuwait	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Laos, Repubblica																	
Democrazia Popolare	0,2	5,5	3,3-13	1,3	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	210	-			
Lesotho	23,2	270	260-290	150	12	5,9	14,9	18	26	53	53	110	160	95			
Lettonia	0,8	10	7,4-15	2,7	-	0,9	0,5	-	-	-	-	-	33	-			
Libano	0,1	3,0	1,7-7,2	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	71	-			
Liberia	1,7	35	29-41	19	3,1	0,4	1,3	27	21	22	14	15	270	-			
Libia, Jamahiriya Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituania	0,1	2,2	1,2-4,6	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	51	-			
Lussemburgo	0,2	-	<1,0	<0,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	4	-			
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-			
Madagascar	0,1	14	9,1-23	3,4	<0,5	0,2	0,1	16	19	12	5	3	840	75			
Malawi	11,9	930	860-1000	490	91	2,4	8,4	42	42	58	40	550	1100	97			
Maldiva	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-			
Malesia	0,5	80	52-120	21	-	0,6	0,3	-	-	-	-	-	410	-			
Mali	1,5	100	88-120	56	9,4	0,4	1,1	22	18	36	17	44	550	87			
Malta	0,1	<0,5	<1,0	-	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	3	-			
Marocco	0,1	21	15-31	5,9	-	0,1	0,1	-	12	-	-	-	630	-			
Mauritania	0,8	14	8,3-26	3,9	<0,5	0,9	0,5	-	-	-	-	3	83	-			
Mauritius	1,7	13	7,5-28	3,8	<0,1	1,8	1,0	-	-	-	-	<0,5	21	-			
Messico	0,3	200	150-310	57	-	0,3	0,2	-	-	-	-	-	1400	-			
Micronesia, Stati Federati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Moldavia	0,4	8,9	6,0-15	2,6	-	0,4	0,2	54y	42y	63	44	-	74	-			
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mongolia	0,1	<1,0	1,5	<0,2	-	0,1	-	-	35	-	-	-	64	96p			
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-			
Mozambico	12,5	1500	1300-1700	810	100	2,9	8,5	33	20	33	29	400	1400	80			
Myanmar	0,7	240	160-370	100	-	0,7	0,6	-	-	-	-	-	1600	-			

TAVOLA 4. HIV/AIDS

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2007	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2007 (in migliaia)			Trasmissione madre-figlio		Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani						Orfani				
								Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, 2007 (in migliaia)		Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2007		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2002-2007*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2002-2007*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani 2002-2007*
																orfani per l'AIDS, 2007	orfani in generale, 2007	
								stima	stima minima	stima massima	Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2007 (in migliaia)	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima (in migliaia)
Namibia	15,3	200	160-230	110	14	3,4	10,3	62	65	81	64	66	110	100				
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Nepal	0,5	70	50-99	17	-	0,5	0,3	44	28	78	-	-	990	-				
Nicaragua	0,2	7,7	5,3-15	2,1	-	0,3	0,1	-	22x	-	17x	-	110	106x				
Niger	0,8	60	44-85	17	3,2	0,9	0,5	16	13	37y	18y	25	570	67				
Nigeria	3,1	2600	2000-3200	1400	220	0,8	2,3	21	18	46	24	1200	9700	64p				
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Norvegia	0,1	3,0	1,7-5,0	<1,0	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	37	-				
Nuova Zelanda	0,1	1,4	<1,0-2,6	<0,5	-	0,1	-	-	-	-	-	-	34	-				
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Paesi Bassi	0,2	18	10-32	4,9	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	110	-				
Pakistan	0,1	96	69-150	27	-	0,1	0,1	-	3	-	-	-	3900	-				
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Panama	1,0	20	16-26	5,5	-	1,1	0,6	-	-	-	-	-	48	-				
Papua Nuova Guinea	1,5	54	53-55	21	1,1	0,6	0,7	-	-	-	-	-	330	-				
Paraguay	0,6	21	12-38	5,8	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	130	-				
Perù	0,5	76	57-97	21	-	0,5	0,3	-	19	-	32	-	570	85x				
Polonia	0,1	20	11-34	5,5	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	440	-				
Portogallo	0,5	34	20-63	9,4	-	0,5	0,3	-	-	-	-	-	82	-				
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Regno Unito	0,2	77	37-160	22	-	0,3	0,1	-	-	-	-	-	520	-				
Repubblica Ceca	-	1,5	<1,0-2,8	<0,5	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	94	-				
Repubblica Centrafricana	6,3	160	150-170	91	14	1,1	5,5	27	17	-	41	72	280	96				
Repubblica Dominicana	1,1	62	52-71	30	2,7	0,3	0,6	34	41	70	44	-	170	96				
Romania	0,1	15	12-16	7,0	-	0,2	0,2	1y	3y	-	-	-	300	-				
Ruanda	2,8	150	130-170	78	19	0,5	1,4	54	51	40	26	220	860	82				
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sao Tomé/Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	-				
Senegal	1,0	67	47-96	38	3,1	0,3	0,8	24	19	52	36	8	350	83				
Serbia	0,1	6,4	3,9-12	1,8	-	0,1	0,1	-	42	-	74	-	130	-				
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sierra Leone	1,7	55	42-76	30	4,0	0,4	1,3	-	17	-	20	16	350	83				
Singapore	0,2	4,2	2,6-7,3	1,2	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	24	-				
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-				
Slovacchia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Slovenia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Somalia	0,5	24	13-45	6,7	<1,0	0,6	0,3	-	4	-	-	9	590	78				
Spagna	0,5	140	80-230	28	-	0,6	0,2	-	-	-	-	-	210	-				
Sri Lanka	-	3,8	2,8-5,1	1,4	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	330	-				
Stati Uniti	0,6	1200	690-1900	230	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	2800	-				
Sudafrica	18,1	5700	4900-6600	3200	280	4,0	12,7	-	-	-	-	1400	2500	-				
Sudan	1,4	320	220-440	170	25	0,3	1,0	-	-	-	-	-	1800	96x				
Suriname	2,4	6,8	4,2-12	1,9	<0,2	2,7	1,4	-	41	-	49	-	9	-				
Svezia	0,1	6,2	3,5-11	2,9	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	66	-				
Svizzera	0,6	25	14-43	9,2	-	0,4	0,5	-	-	-	-	-	39	-				
Swaziland	26,1	190	180-200	100	15	5,8	22,6	52	52	70	54	56	96	97				
Tagikistan	0,3	10	5,0-23	2,1	<0,1	0,4	0,1	-	2	-	-	-	210	-				
Tanzania, Repubblica Unita	6,2	1400	1300-1500	760	140	0,5	0,9	40	45	46	34	970	2600	102				
Territorio Palestinese Occupato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Thailandia	1,4	610	410-880	250	14	1,2	1,2	-	46	-	-	-	1300	93				
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-				
Togo	3,3	130	110-150	69	10	0,8	2,4	-	28	-	50	68	260	94				
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Trinidad e Tobago	1,5	14	9,5-19	7,7	-	0,3	1,0	-	54	-	51	-	20	-				
Tunisia	0,1	3,7	2,7-5,4	1,0	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	130	-				
Turchia	-	<2,0	<5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Turkmenistan	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-				
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2007	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2007 (in migliaia)		Trasmissione madre-figlio	Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani						Orfani				
						Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, 2007 (in migliaia)		Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2007		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2002-2007*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2002-2007*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani 2002-2007*
														Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2007 (in migliaia)	maschi	
						stima	stima minima – stima massima									
Ucraina	1,6	440	340-540	190	5,1	1,5	1,5	43	42	-	-	-	1000	98		
Uganda	5,4	940	870-1000	480	130	1,3	3,9	38	32	55	38	1200	2500	96		
Ungheria	0,1	3,3	2,0-5,9	<1,0	-	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	130	-		
Uruguay	0,6	10	5,9-19	2,8	-	0,6	0,3	-	-	-	-	-	46	-		
Uzbekistan	0,1	16	8,1-45	4,6	<0,2	0,1	0,1	-	31	-	61	-	690	-		
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Venezuela, Repubblica bolivariana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	430	-		
Vietnam	0,5	290	180-470	76	-	0,6	0,3	-	44	68	-	-	1500	-		
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Zambia	15,2	1100	1000-1200	560	95	3,6	11,3	37	34	48	38	600	1100	103y		
Zimbabwe	15,3	1300	1200-1400	680	120	2,9	7,7	46	44	68	42	1000	1300	95		

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	5,0	22000	20500-23600	12000	1800	1,1	3,2	30	24	44	29	11600	47500	83
Africa orientale e meridionale	7,8	16400	15300-17600	8970	1300	1,5	4,5	38	31	47	30	8700	24900	92
Africa orientale e meridionale	2,6	5600	4800-6300	3000	480	0,7	1,9	23	19	42	29	3000	22700	76
Medio Oriente e Nord Africa	0,3	480	370-620	220	28	0,1	0,2	-	-	-	-	-	5900	-
Asia meridionale	0,3	2600	2000-3400	930	110	0,3	0,2	36	18	38	22	-	37400	73
Asia orientale e Pacifico	0,2	2400	1900-3000	750	41	0,2	0,1	7**	18**	-	-	-	30100	-
America latina e Carabi	0,6	1900	1700-2400	660	55	0,5	0,4	-	-	-	-	-	9400	-
ECO/CSI	0,8	1500	1100-1900	460	11	0,8	0,5	-	-	-	-	-	7600	-
Paesi industrializzati [§]	0,3	2000	1400-2900	460	5,8	0,4	0,2	-	-	-	-	-	7200	-
Paesi in via di sviluppo [§]	0,9	29500	27300-32100	14600	2000	0,4	0,7	30**	19**	-	-	-	130000	77
Paesi meno sviluppati [§]	2,2	10000	9500-11000	5300	900	0,6	1,4	32	23	45	29	-	40400	86
Mondo	0,8	33000	30000-36000	15500	2000	0,4	0,6	-	-	-	-	15000	145000	-

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti – Percentuale di adulti (15-49 anni) affetti da HIV, al 2007.

Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV – Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, al 2007.

Numero stimato di donne (15+ anni) affette da HIV – Numero stimato di donne (15+ anni) affette da HIV, al 2007.

Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV – Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, al 2007.

Prevalenza dell'HIV tra i giovani – Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) affetti da HIV, al 2007.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) che conoscono i due principali modi di prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un partner stabile e non affetto dal virus), che rifiutano le due maggiori false convinzioni, che hanno origine a livello locale, sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che sanno che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

Uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio – Percentuale di giovani tra 15 e 25 anni (maschi e femmine) che hanno dichiarato di avere utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale avuto con un partner diverso dal coniuge o dal convivente, su tutti quelli che hanno avuto tale tipo di rapporto negli ultimi 12 mesi.

Bambini resi orfani dall'AIDS – Numero stimato di bambini (0-17 anni), al 2007, che hanno perso uno o entrambi i genitori biologici a causa dell'AIDS.

Bambini orfani in generale – Numero stimato di bambini (0-17 anni), al 2007, che hanno perso uno o entrambi i genitori biologici per una qualsiasi causa.

Rapporto frequenza scolastica orfani – Percentuale di bambini (10-14 anni) che hanno perso entrambi i genitori biologici e che frequentano attualmente la scuola, in rapporto ai bambini della stessa età non orfani che vivono con almeno un genitore e che frequentano la scuola.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - p La percentuale di orfani (10-14 anni) che frequentano la scuola è calcolata su piccoli denominatori (generalmente 25-49 casi non ponderati).
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - ** Esclusa la Cina.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti – Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Numero stimato di donne (15+ anni) affette da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Prevalenza dell'HIV tra i giovani – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Conoscenza esauriente dell'HIV – AIS, Indagini di monitoraggio sul comportamento (BSS), DHS, Indagini campione a indicatori multipli (MICS), Indagini sulla Salute Riproduttiva (RHS), e altre ricerche nazionali sulla famiglia, 2002-2007; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

Uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio – AIS, BSS, DHS, RHS e altre ricerche nazionali sulla famiglia, 2002-2007; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

Bambini resi orfani dall'AIDS – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic, 2008*.

Bambini orfani in generale – UNAIDS stime non pubblicate.

Rapporto frequenza scolastica orfani – AIS, DHS e MICS e altre ricerche nazionali sulla famiglia, 2002-2007; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

Paesi e territori	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2007*		Numero su 100 abitanti 2006		Tasso iscrizione scuola primaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola primaria 2000-2007* netto		Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria (%) 2000-2007*		Tasso iscrizione scuola secondaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola secondaria 2000-2007* netto	
	maschi	femmine	telefoni	Internet	lordo		netto		maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	lordo		netto		maschi	femmine
					maschi	femmine	maschi	femmine					maschi	femmine	maschi	femmine		
Afghanistan	49	18	8	2	126	75	74	46	66	40	-	90	28	9	-	-	18	6
Albania	99	100	60	15	106	105	94	93	92	92	90	100	78	75	74	72	79	77
Algeria	94	91	63	7	114	106	96	94	97	96	91	-	80	86	65	68	57	65
Andorra	-	-	97	56	90	90	83	83	-	-	-	-	83	87	73	75	-	-
Angola	84	63	14	1	69x	59x	-	-	58	59	-	83	19	16	-	-	22	20
Antigua e Barbuda	-	-	134	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	98	96	78	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	99	99	81	21	113	112	99	98	-	-	87	-	80	89	75	82	-	-
Armenia	100	100	-	6	96	100	80	84	99	98	99	100	88	91	84	88	93	95
Australia	-	-	97	52	105	105	96	97	-	-	-	-	154	146	87	88	-	-
Austria	-	-	113	51	102	101	97	98	-	-	99	-	104	100	-	-	-	-
Azerbaijan	100	100	39	10	98	95	86	83	74	72	97	99	85	81	79	76	82	80
Bahamas	-	-	77	34	98	98	87	89	-	-	81	-	91	91	83	85	-	-
Bahrain	100	100	123	28	120	119	98	98	86	87	99	99	100	104	91	96	77	85
Bangladesh	71	73	13	0	101	105	87	91	79	84	65	94	43	45	40	42	36	41
Barbados	-	-	88	93	104	102	97	96	-	-	97	-	100	104	88	89	-	-
Belgio	-	-	93	47	102	102	97	98	-	-	94	-	112	108	89	85	-	-
Belize	-	89	44	11	125	121	97	97	95	95	92	-	77	81	64	70	58	60
Benin	63	41	12	1	105	87	87	73	72	62	65	89	41	23	23	11	40	27
Bhutan	83	73	10	4	103	101	79	79	74	67	84	-	51	46	38	39	-	-
Bielorussia	100	100	61	56	97	95	90	89	93	94	99	100	95	97	87	89	95	97
Bolivia	99	98	31	6	109	109	95	95	78	77	82	41	84	81	72	70	57	56
Bosnia/Erzegovina	100	100	48	24	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
Botswana	93	95	47	5	108	106	83	85	83	86	75	-	75	78	52	60	36	44
Brasile	97	99	53	23	141	133	94	95	95x	95x	81	88	101	111	75	83	42x	50x
Brunei Darussalam	100	100	79	42	107	106	94	94	-	-	98	-	96	100	88	92	-	-
Bulgaria	98	97	108	47	101	100	93	92	-	-	95	-	108	104	90	88	-	-
Burkina Faso	47	33	7	1	66	54	52	42	49	44	64	90	17	12	14	10	17	15
Burundi	77	70	3	1	108	98	76	73	72	70	78	74	16	12	-	-	8	6
Cambogia	90	83	12	0	127	118	91	89	84	86	49	92	43	34	33	28	29	26
Camerun	72	59	19	2	117	98	-	-	86	81	59	95	27	21	-	-	45	42
Canada	-	-	58	77	100	99	99	100	-	-	-	-	119	116	-	-	-	-
Capo Verde	97	98	21	6	108	103	88	87	97x	96x	89	-	75	86	56	63	-	-
Ciad	56	23	5	1	90	61	71	50	41	31	26	94	23	8	16	5	13	7
Cile	99	99	76	25	107	102	-	-	-	-	98	-	90	92	-	-	-	-
Cina	99	99	35	10	112	111	99	99	-	-	-	-	75	76	-	-	-	-
Cipro	100	100	103	42	103	102	99	99	-	-	99	-	96	97	93	95	-	-
Colombia	98	98	64	14	117	115	89	88	90	92	82	89	78	87	62	69	64	72
Comore	92	87	5	3	91	80	75	71	31	31	72	19	40	30	15	15	10	11
Congo	99	98	19	2	113	102	58	52	86	87	55	93	47	39	-	-	39	40
Congo, Repubblica Democratica	78	63	7	0	68	54	-	-	55	49	-	49	28	16	-	-	18	15
Corea, Repubblica	-	-	84	71	107	103	100	93	-	-	99	-	100	95	99	93	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	-	40	22	2	79	62	61	49	66	57	86	90	32	18	25	14	32	22
Costarica	98	99	33	28	112	111	91	93	87	89	91	-	83	89	58	64	59	65
Croazia	100	100	96	37	99	99	91	90	-	-	100	-	90	93	86	88	-	-
Cuba	100	100	1	2	102	100	96	97	-	-	97	-	93	94	86	88	-	-
Danimarca	-	-	107	58	99	99	95	96	-	-	92	-	118	121	88	90	-	-
Dominica	-	-	-	37	85	87	75	80	-	-	88	-	107	105	77	85	-	-
Ecuador	96	97	63	12	117	117	96	97	-	-	76	-	67	68	57	58	-	-
Egitto	90	82	24	8	108	102	98	94	96	94	97	98	91	85	82	78	72	67
El Salvador	95	96	55	10	116	112	94	94	-	-	67	-	63	66	53	56	-	-
Emirati Arabi Uniti	99	97	119	37	104	103	88	88	-	-	99	-	89	91	78	80	-	-
Eritrea	85	70	1	2	69	56	50	43	69	64	74	-	39	23	30	20	23	21
Estonia	100	100	125	55	100	98	95	94	-	-	96	-	99	101	90	92	-	-
Etiopia	62	39	1	0	97	85	74	69	45	45	58	84	37	24	29	19	30	23
Federazione Russa	100	100	106	18	96	96	91	91	-	-	99	-	85	83	-	-	-	-
Figi	-	-	-	9	101	99	91	91	-	-	81	-	80	88	76	83	-	-
Filippine	94	95	51	6	110	109	91	93	88	89	70	90	79	88	55	66	55	70
Finlandia	-	-	108	56	98	98	97	97	-	-	99	-	109	114	96	96	-	-
Francia	-	-	85	50	110	109	98	99	-	-	98x	-	114	114	98	100	-	-

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2007*		Numero su 100 abitanti 2006		Tasso iscrizione scuola primaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola primaria 2000-2007* netto		Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria (%) 2000-2007*		Tasso iscrizione scuola secondaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola secondaria 2000-2007* netto	
					lordo		netto		maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	lordo		netto		maschi	femmine
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine					maschi	femmine	maschi	femmine		
Gabon	98	96	64	6	153	152	88	88	94	94	56	-	53	46	-	-	34	36
Gambia	63	41	26	5	71	77	59	64	60	62	-	95	47	43	40	37	39	34
Georgia	-	99	38	7	94	97	88	91	94	95	100	-	83	86	77	81	89	88
Germania	-	-	104	47	103	103	98	98	-	-	99	-	102	100	-	-	-	-
Ghana	80	76	23	3	98	97	73	71	75	75	60	98	52	46	47	43	45	45
Giamaica	91	98	94	49	95	95	90	90	97	98	87	-	86	89	77	80	88	92
Giappone	-	-	79	68	100	100	100	100	-	-	-	-	101	102	99	99	-	-
Gibuti	-	48	5	1	49	40	42	34	80	78	-	-	27	18	26	17	50	42
Giordania	99	99	74	14	96	98	89	91	99	99	96	-	88	90	81	83	85	89
Grecia	99	99	99	18	102	102	100	99	-	-	98	-	104	102	92	93	-	-
Grenada	-	-	45	21	94	91	84	83	-	-	83	-	99	102	78	80	-	-
Guatemala	88	83	56	10	118	109	96	92	80x	76x	63	-	56	51	40	37	23x	24x
Guinea	59	34	-	1	96	81	77	66	55	48	76	96	45	24	35	20	27	17
Guinea-Bissau	94	87	10	2	84	56	53	37	54	53	-	81	23	13	11	6	8	7
Guinea Equatoriale	95	95	27	2	125	119	91	83	61	60	33	-	41	23	-	-	23	22
Guyana	-	-	-	23	125	124	-	-	96	96	59	96	106	104	-	-	66	73
Haiti	76	87	14	8	-	-	-	-	48	52	-	85	-	-	-	-	18	21
Honduras	88	93	30	5	119	118	96	97	77	80	81	-	66	86	-	-	29	36
India	87	77	15	11	114	109	90	87	85	81	73	95	59	49	-	-	59	49
Indonesia	99	99	28	5	116	112	97	94	94	95	80	-	64	64	59	59	54	56
Iran, Repubblica Islamica	98	97	24	26	104	132	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraq	89	81	32	0	109	90	95	82	91	80	70	83	54	36	45	32	46	34
Irlanda	-	-	113	34	104	103	95	95	-	-	-	-	108	116	85	90	-	-
Islanda	-	-	109	65	98	97	98	97	-	-	99	-	108	111	89	91	-	-
Isole Cook	-	-	-	27	79	80	73	75	-	-	-	-	71	74	62	68	-	-
Isole Marshall	-	-	-	-	94	92	67	66	-	-	-	-	66	67	43	47	-	-
Isole Salomone	-	-	-	2	102	98	62	62	-	-	-	-	33	27	29	25	-	-
Israele	-	-	123	28	109	111	96	98	-	-	100	-	93	92	88	89	-	-
Italia	100	100	135	53	104	103	99	98	-	-	100	-	101	100	93	94	-	-
Kazakistan	100	100	53	9	105	106	90	90	99	98	100	100	93	92	86	86	97	97
Kenya	80	81	21	8	107	104	75	76	79	79	84	90	52	49	43	42	12	13
Kirghizistan	100	100	24	12	97	96	86	85	91	93	99	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	-	-	-	2	112	114	96	98	-	-	81	-	82	94	65	72	-	-
Kuwait	100	100	91	29	97	96	84	83	-	-	96	-	87	91	75	79	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	85	80	17	1	123	109	86	81	81	77	62	93	49	38	38	32	40	33
Lesotho	75	91	20	3	115	114	71	74	82	88	62	84	33	42	19	29	16	27
Lettonia	100	100	95	47	96	93	89	92	-	-	98	-	98	99	-	-	-	-
Libano	-	-	31	26	96	93	82	82	97	97	87	93	78	85	70	77	61	68
Liberia	68	76	8	0	96	87	40	39	-	-	-	-	37	27	22	13	-	-
Libia, Jamahiriya Araba	100	98	66	4	113	108	-	-	-	-	-	-	86	101	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	82	64	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituania	100	100	138	32	95	94	90	89	-	-	97	-	99	99	92	93	-	-
Lussemburgo	-	-	117	72	102	103	96	98	-	-	88	-	94	98	82	86	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	99	99	70	13	98	98	92	92	97	93	98	-	85	83	82	80	79	78
Madagascar	73	68	5	1	142	137	96	96	74	77	36	93	24	23	17	18	17	21
Malawi	84	82	5	0	117	121	88	94	86	88	36	71	32	27	25	23	27	26
Malesia	98	98	75	54	101	100	100	100	-	-	99	-	66	72	66	72	-	-
Maldivi	98	98	88	9	118	114	97	97	-	-	-	-	80	86	65	70	-	-
Mali	36	23	11	1	90	71	68	54	45	33	73	90	35	21	-	-	15	11
Malta	96	99	86	34	101	99	92	91	-	-	99	-	99	100	84	90	-	-
Marocco	84	67	52	20	112	100	91	85	91	87	74	-	53	45	37	32	39	36
Mauritania	70	63	34	1	99	104	78	82	56	59	45	-	27	23	16	15	21	17
Mauritius	95	97	62	25	102	102	94	96	-	-	99	-	89	88	81	82	-	-
Messico	98	98	53	19	114	111	98	97	97	97	92	-	86	88	71	70	-	-
Micronesia, Stati Federati	-	-	19	14	109	111	-	-	-	-	-	-	80	86	-	-	-	-
Moldavia	100	100	32	17	97	96	88	88	84	85	97	100	87	91	80	83	82	85
Monaco	-	-	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	94	97	29	12	99	102	90	93	96	98	91	97	84	95	77	87	85	91
Montenegro	-	93	107	44	-	-	-	-	98	97	-	97	-	-	-	-	90	92
Mozambico	58	48	12	1	113	97	79	73	63	57	40	68	18	13	4	4	8	7
Myanmar	97	96	0	0	114	115	99	100	83	84	72	100	49	49	46	46	51	48

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2007*		Numero su 100 abitanti 2006		Tasso iscrizione scuola primaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola primaria 2000-2007* netto		Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria (%) 2000-2007*		Tasso iscrizione scuola secondaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola secondaria 2000-2007* netto	
					lordo		netto		netto				lordo		netto		netto	
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Namibia	91	94	30	4	107	107	74	79	91	91	77	90	53	61	30	40	40	53
Nauru	-	-	-	-	78	80	-	-	-	-	25	-	42	50	-	-	-	-
Nepal	85	73	4	1	129	123	91	87	86	82	81	95	46	41	-	-	46	38
Nicaragua	85	92	33	3	117	115	90	90	77	84	50	56	62	70	40	47	35	47
Niger	53	26	3	0	58	43	56	40	44	31	53	88	14	9	12	7	13	9
Nigeria	89	85	24	6	105	87	68	59	66	58	63	96	36	29	28	23	38	33
Niue	-	-	-	-	107	102	-	-	-	-	-	-	96	102	91x	96x	-	-
Norvegia	-	-	108	82	98	98	98	98	-	-	100	-	113	113	96	97	-	-
Nuova Zelanda	-	-	94	79	102	102	99	99	-	-	-	-	117	123	91	93	-	-
Oman	99	98	70	11	82	83	73	75	-	-	99	-	90	87	78	77	-	-
Paesi Bassi	-	-	106	86	108	105	99	97	-	-	98	-	119	117	88	89	-	-
Pakistan	80	60	22	8	94	74	74	57	60	51	70	-	34	26	33	26	23	18
Palau	-	-	0	0	108	101	98	95	-	-	-	-	96	105	-	-	-	-
Panama	97	96	66	15	113	110	99	98	-	-	85	-	67	73	61	68	-	-
Papua Nuova Guinea	63	65	-	2	60	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	96	97	51	4	113	110	94	95	95	96	84	-	66	67	56	59	81	80
Perù	99	97	31	23	116	117	96	97	94	94	85	94	93	96	72	72	70	70
Polonia	100	99	95	37	98	97	96	96	-	-	98	-	100	99	93	94	-	-
Portogallo	100	100	116	30	118	112	98	98	-	-	-	-	94	102	78	86	-	-
Qatar	97	98	110	35	105	104	93	94	-	-	89	-	103	100	91	90	-	-
Regno Unito	-	-	117	63	105	106	98	99	-	-	-	-	97	99	91	94	-	-
Repubblica Ceca	-	-	122	35	100	100	91	94	-	-	100	-	96	97	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	70	47	3	0	72	49	53	38	64	54	39	65	-	-	13	9	16	10
Repubblica Dominicana	95	97	51	16	101	96	77	79	84	88	61	81	63	75	47	57	27	39
Romania	97	98	80	52	105	104	93	93	-	-	94	-	86	86	74	73	-	-
Ruanda	79	77	3	1	138	142	76	81	84	87	31	76	14	13	-	-	5	5
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	32	86	103	64	78	-	-	78	-	110	100	70	61	-	-
Saint Lucia	-	-	-	62	122	114	99	97	-	-	96	-	80	95	65	80	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	74	29	94	100	93	88	-	-	64	-	67	83	57	71	-	-
Samoa	99	100	25	4	100	100	90	91	-	-	96x	-	76	86	62	71	-	-
San Marino	-	-	64	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	95	96	12	14	128	127	97	98	94	95	61	83	44	47	31	34	39	41
Senegal	59	44	25	5	81	79	71	70	58	59	54	93	27	21	23	18	20	16
Serbia	-	96	63	13	97	97	95	95	98	98	-	100	87	89	-	-	90	93
Seychelles	99	99	87	36	126	125	99	100	-	-	99	-	105	119	94	100	-	-
Sierra Leone	64	44	-	0	155	139	-	-	69	69	-	91	38	26	27	19	21	17
Singapore	100	100	109	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	95	92	24	8	129	123	97	92	97	96	92	-	72	68	64	61	64	65
Slovacchia	-	-	91	42	101	99	92	92	-	-	97	-	94	95	-	-	-	-
Slovenia	100	100	93	64	101	100	96	95	-	-	99	-	96	95	90	91	-	-
Somalia	-	24	6	1	-	-	-	-	24	20	-	85	-	-	-	-	8	4
Spagna	100	100	106	43	106	104	100	99	-	-	100	-	115	122	92	96	-	-
Sri Lanka	97	98	26	2	108	108	98	97	-	-	100	-	86	88	-	-	-	-
Stati Uniti	-	-	80	70	98	99	91	93	-	-	96	-	94	94	88	88	-	-
Sudafrica	95	96	83	8	108	103	88	88	80x	83x	77	-	92	98	59	66	41x	48x
Sudan	85	71	12	9	71	61	45	37	56	52	74	56	35	33	-	-	17	22
Suriname	96	95	71	8	121	121	95	98	94	93	-	80	66	90	57	79	55	66
Svezia	-	-	106	77	96	95	95	95	-	-	-	-	104	103	99	99	-	-
Svizzera	-	-	99	58	98	97	89	89	-	-	-	-	95	90	84	80	-	-
Swaziland	87	90	24	4	110	102	78	79	83	86	71	80	47	47	29	35	31	41
Tagikistan	100	100	-	-	103	98	99	95	89	88	99	100	90	75	87	74	89	74
Tanzania, Repubblica Unita	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
Territorio Palestinese Occupato	99	99	22	7	82	83	76	76	91	92	98	-	91	97	87	92	-	-
Thailandia	98	98	63	13	108	108	95	94	98	98	-	-	75	82	68	75	77	84
Timor-Leste	-	-	5	0	103	95	70	67	76	74	-	-	53	54	-	-	-	-
Togo	84	64	11	5	110	95	86	75	82	76	68	84	54	27	30	14	45	32
Tonga	100	100	29	3	116	110	98	94	-	-	91	-	92	96	54	68	-	-
Trinidad e Tobago	100	100	69	22	96	94	85	85	98	98	84	97	75	78	64	67	84	90
Tunisia	97	94	72	13	110	107	96	97	95	93	94	-	81	89	61	68	-	-
Turchia	98	94	71	18	96	92	93	89	91	87	94	95	86	71	74	64	52	43
Turkmenistan	100	100	4	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Tuvalu	-	-	15	19	106	105	-	-	-	-	63	-	87	81	-	-	-	-

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2007*		Numero su 100 abitanti 2006		Tasso iscrizione scuola primaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola primaria 2000-2007* netto		Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria (%) 2000-2007*		Tasso iscrizione scuola secondaria 2000-2007*				Tasso frequenza scuola secondaria 2000-2007* netto	
					lordo		netto				Dati amministrativi	Dati della ricerca	lordo		netto			
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Ucraina	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
Uganda	88	84	7	5	116	117	-	-	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15
Ungheria	98	99	99	35	98	96	89	88	-	-	98	-	96	95	90	90	-	-
Uruguay	98	99	67	24	117	113	100	100	-	-	92	-	94	109	-	-	-	-
Uzbekistan	99	99	9	4	97	94	-	-	100	100	99	100	103	102	-	-	91	90
Vanuatu	92	92	-	-	110	106	88	86	-	-	69x	-	43	37	41	35	-	-
Venezuela, Repubblica bolivariana	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
Vietnam	95	94	18	17	109	103	-	-	94	94	92	98	68	62	-	-	77	78
Yemen	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	-	61	30	49	26	35x	13x
Zambia	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
Zimbabwe	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
Africa orientale e meridionale	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
Africa occidentale e centrale	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
Medio Oriente e Nord Africa	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	-	73	67	67	62	54	52
Asia meridionale	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	-	-	51	43
Asia orientale e Pacifico	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	-	73	73	60**	62**	60**	63**
America latina e Carabi	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	-	87	94	69	74	-	-
ECO/CSI	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
Paesi industrializzati [§]	-	-	93	59	101	101	95	96	-	-	97	-	102	101	91	92	-	-
Paesi in via di sviluppo [§]	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
Paesi meno sviluppati [§]	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
Mondo	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

- Tasso di alfabetismo dei giovani** – Numero di persone alfabetizzate che hanno tra i 15 e i 24 anni, espresso come percentuale sul totale della popolazione di quella fascia di età.
- Tasso lordo di iscrizione alla scuola primaria** – Numero dei bambini iscritti alla scuola primaria, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.
- Tasso netto di iscrizione alla scuola primaria** – Numero di bambini iscritti alla scuola primaria appartenenti alla fascia di età a essa corrispondente, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.
- Tasso lordo di iscrizione alla scuola secondaria** – Numero dei bambini iscritti alla scuola secondaria, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.
- Tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria** – Numero di bambini iscritti alla scuola secondaria appartenenti alla fascia di età a essa corrispondente, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.
- Tasso netto di frequenza alla scuola primaria** – Numero di bambini che frequentano la scuola primaria o secondaria, in età di scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.
- Tasso netto di frequenza alla scuola secondaria** – Numero di bambini che frequentano la scuola secondaria o post-secondaria, in età di scuola secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.
- Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria** – Percentuale di bambini iscritti alla prima classe della scuola primaria che raggiungono l'ultimo anno.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

- Alfabetismo dei giovani** – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).
- Uso del telefono e di internet** – Unione Internazionale delle Telecomunicazioni, Ginevra.
- Iscrizione alla scuola primaria e secondaria** – UIS.
- Frequenza della scuola primaria e secondaria** – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) e Indagini campione a indicatori multipli (MICS).
- Tasso alunni che raggiungono ultimo anno primaria** – Dati amministrativi: UIS. Dati delle ricerche: DHS e MICS.

NOTE

- Dati non disponibili.
- x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- ** Esclusa la Cina.

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e territori	Popolazione (in migliaia) 2007		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2007	% popolazione urbana 2007	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Afghanistan	14526	5002	0,3	4,5	29	23	20	52	52	48	35	41	44	7,1	24	2,9	6,4
Albania	986	250	2,2	-0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	47	2,9	1,4
Algeria	11780	3271	3,0	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	65	4,4	3,2
Andorra	14	4	3,9	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3,8	2,0
Angola	9022	3162	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	55	7,3	5,4
Antigua e Barbuda	28	8	-0,6	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0,3	2,5
Arabia Saudita	9781	2921	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	73	3,4	81	7,5	3,0
Argentina	12279	3364	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2,0	1,5
Armenia	760	167	1,7	-1,0	5	8	10	23	21	12	70	68	72	1,4	64	2,3	-1,4
Australia	4802	1272	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	89	1,4	1,5
Austria	1573	393	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Azerbaijan	2536	564	1,7	0,9	7	7	7	29	27	16	65	66	67	1,8	52	2,0	0,7
Bahamas	106	28	2,0	1,5	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2,0	91	3,1	2,2
Bahreïn	227	65	4,0	2,5	9	4	3	40	29	17	62	72	76	2,3	97	4,3	3,2
Bangladesh	64486	18900	2,4	2,0	20	12	8	45	35	25	44	54	64	2,9	26	7,2	3,8
Barbados	66	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	54	1,0	1,7
Belgio	2128	558	0,2	0,3	12	11	10	14	12	10	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Belize	124	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	25	66	72	76	3,0	49	1,7	2,9
Benin	4553	1525	3,0	3,3	22	15	11	47	47	40	46	53	56	5,5	41	6,7	4,5
Bhutan	248	60	3,0	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	66	2,2	12	6,1	4,2
Bielorussia	1870	454	0,6	-0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Bolivia	4167	1245	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,5	65	4,0	3,2
Bosnia/Erzegovina	825	189	0,9	-0,5	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	47	2,8	0,5
Botswana	783	218	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	50	2,9	59	11,8	4,1
Brasile	62565	18110	2,2	1,5	10	7	6	35	24	19	59	66	72	2,3	85	3,7	2,4
Brunei Darussalam	132	41	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,3	74	3,7	3,4
Bulgaria	1298	341	0,2	-0,8	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	71	1,4	-0,5
Burkina Faso	7778	2670	2,4	3,0	24	17	15	51	49	44	42	50	52	6,0	19	6,8	5,2
Burundi	4383	1541	2,4	2,4	20	19	16	44	48	47	44	46	49	6,8	11	7,3	5,8
Cambogia	6247	1708	1,7	2,3	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,2	21	2,0	5,7
Camerun	8908	2866	2,9	2,4	19	13	15	45	42	35	46	55	50	4,4	56	6,4	4,6
Canada	6909	1720	1,2	1,0	7	7	7	17	14	10	73	77	81	1,5	80	1,3	1,4
Capo Verde	242	74	1,4	2,4	12	8	5	40	39	29	56	65	72	3,4	59	5,5	4,3
Ciad	5690	1989	2,5	3,3	21	16	15	46	48	46	45	52	51	6,2	26	5,5	5,0
Cile	4848	1234	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	79	1,9	88	2,1	1,8
Cina	341820	84062	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	42	3,9	3,6
Cipro	200	50	0,5	1,3	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	70	3,0	1,7
Colombia	16196	4388	2,2	1,6	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,2	73	3,2	2,2
Comore	403	130	3,3	2,7	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,4	38	5,1	4,8
Congo	1825	595	3,0	2,6	14	11	12	44	39	35	54	57	55	4,5	61	4,7	3,5
Congo, Repubblica Democratica	33784	12268	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	4,3
Corea, Repubblica	10418	2319	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	79	1,2	81	4,5	1,3
Corea, Repubblica Democratica Popolare	6656	1562	1,7	1,0	7	6	10	35	21	13	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
Costa d'Avorio	9271	2872	4,4	2,4	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,5	46	6,1	3,5
Costarica	1482	394	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	63	4,0	3,7
Croazia	846	204	0,4	0,0	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Cuba	2571	632	1,0	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2,0	0,5
Danimarca	1210	318	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Dominica	22	6	0,3	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2,1	0,3
Ecuador	5060	1403	2,7	1,5	12	6	5	42	29	21	58	68	75	2,6	64	4,4	2,5
Egitto	29422	8719	2,2	1,8	17	9	6	41	32	24	50	62	71	2,9	43	2,4	1,9
El Salvador	2696	772	1,8	1,7	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3,1
Emirati Arabi Uniti	1006	327	10,6	5,0	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2,3	77	10,5	5,1
Eritrea	2402	837	2,7	2,5	21	16	9	47	41	40	43	48	58	5,1	20	3,8	4,2
Estonia	254	68	0,7	-0,9	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	-1,2
Etiopia	42124	13651	2,7	2,9	21	18	13	49	47	38	43	47	53	5,3	16	4,6	4,7
Federazione Russa	27044	7302	0,7	-0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	-0,3
Figi	320	88	1,6	0,9	8	6	7	34	29	21	60	67	69	2,8	52	2,5	2,3
Filippine	36804	11095	2,6	2,1	11	7	5	40	33	26	57	65	72	3,3	64	4,5	4,0

	Popolazione (in migliaia) 2007		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2007	% popolazione urbana 2007	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Finlandia	1093	287	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
Francia	13573	3828	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	81	1,9	77	0,8	0,8
Gabon	555	159	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	57	3,1	85	6,6	3,6
Gambia	803	264	3,5	3,4	28	15	10	50	43	35	37	51	59	4,8	56	6,8	5,9
Georgia	1006	233	0,7	-1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	-1,7
Germania	14286	3499	0,1	0,2	12	11	11	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Ghana	10553	3216	2,7	2,4	16	11	9	45	40	30	49	57	60	3,9	49	3,9	4,5
Giamaica	1007	273	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	54	2,1	1,4
Giappone	21206	5549	0,8	0,2	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,3	66	1,7	0,5
Gibuti	369	107	6,2	2,3	21	14	11	49	42	29	43	51	55	4,0	87	7,3	3,3
Giordania	2500	731	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,1	83	4,8	4,6
Grecia	1906	514	0,7	0,5	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Grenada	42	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	69	2,3	31	0,1	0,3
Guatemala	6588	2093	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,2	48	3,2	3,5
Guinea	4656	1566	2,3	2,6	27	19	12	50	47	40	38	47	56	5,5	34	5,1	3,9
Guinea-Bissau	918	333	2,8	3,0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,5
Guinea Equatoriale	247	82	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2,0	3,3
Guyana	267	70	0,1	0,1	11	9	8	38	25	17	60	62	66	2,3	28	0,2	-0,2
Haiti	4211	1250	2,1	1,8	18	13	9	39	37	28	47	54	61	3,6	40	4,1	3,8
Honduras	3257	948	3,0	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,3	47	4,6	3,4
India	446646	126808	2,2	1,8	16	10	8	38	32	23	49	59	64	2,8	29	3,5	2,8
Indonesia	76805	21630	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	50	5,0	4,6
Iran, Repubblica Islamica	24229	6472	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2,0	68	4,9	2,6
Iraq	13847	4217	3,0	2,6	12	8	9	46	39	32	56	63	59	4,3	67	4,1	2,5
Irlanda	1063	323	0,9	1,2	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2,0	61	1,3	1,7
Islanda	78	21	1,1	1,0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2,0	93	1,4	1,2
Isole Cook	5	1	-0,9	-1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0,5	-0,3
Isole Marshall	22	6	4,2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4,3	1,6
Isole Salomone	229	71	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	3,9	18	5,5	4,4
Israele	2262	683	2,2	2,5	7	6	5	27	22	20	71	76	81	2,8	92	2,6	2,8
Italia	9882	2734	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	81	1,4	68	0,4	0,3
Kazakistan	4558	1316	1,2	-0,4	9	9	10	26	23	19	62	67	67	2,3	58	1,7	-0,3
Kenya	18593	6359	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5,0	21	6,5	3,9
Kirghizistan	1945	514	2,0	1,1	11	8	8	31	31	22	60	66	66	2,5	36	2,0	0,9
Kiribati	35	10	2,5	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,0	4,1
Kuwait	785	242	5,3	1,7	6	2	2	48	24	18	66	75	78	2,2	98	6,0	1,8
Laos, Repubblica Democratica Popolare	2681	720	2,3	2,1	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,2	21	4,7	4,3
Lesotho	953	271	2,2	1,3	17	11	19	43	36	29	49	59	42	3,4	19	5,7	2,1
Lettonia	411	103	0,6	-0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	73	1,3	68	1,3	-1,1
Libano	1365	362	1,0	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,3
Liberia	2017	725	2,2	3,3	22	21	18	49	50	50	42	43	45	6,8	60	4,9	5,2
Libia, Jamahiriya Araba	2183	688	3,9	2,0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,7
Liechtenstein	7	2	1,5	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,6	1,6
Lituania	688	150	0,8	-0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	-0,7
Lussemburgo	102	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	11	70	75	79	1,7	83	1,0	1,4
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	476	115	1,0	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,4	70	2,0	1,6
Madagascar	9829	3190	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,8	27	5,3	4,0
Malawi	7479	2461	3,7	2,3	24	18	15	56	50	41	41	49	48	5,6	18	7,0	5,2
Maldiva	121	31	2,9	2,0	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	31	6,8	3,2
Malesia	9663	2756	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,6	69	4,5	4,5
Mali	6721	2321	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,5	32	4,7	4,9
Malta	84	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Marocco	11075	3005	2,4	1,4	17	8	6	47	30	20	52	64	71	2,4	60	4,1	2,8
Mauritania	1443	462	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,4	41	7,6	3,1
Mauritius	358	94	1,2	1,0	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,9
Messico	37772	10342	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,2	77	3,4	1,8
Micronesia, Stati Federati	50	14	2,2	0,8	9	7	6	41	34	26	62	66	68	3,8	22	2,4	0,0
Moldavia	932	211	1,0	-0,9	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	-0,9
Monaco	6	2	1,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,2	0,5

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

	Popolazione (in migliaia) 2007		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2007	% popolazione urbana 2007	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Mongolia	898	232	2,8	1,0	14	9	7	42	33	19	53	61	67	1,9	57	4,0	1,1
Montenegro	142	38	0,6	0,1	3	5	10	10	11	14	69	75	74	1,8	-	-	-
Mozambico	10909	3700	1,8	2,7	25	20	20	48	43	40	39	43	42	5,2	36	8,3	6,2
Myanmar	15617	4132	2,1	1,1	15	11	10	40	27	18	51	59	62	2,1	32	2,5	2,8
Namibia	939	248	3,0	2,2	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,2	36	4,1	4,1
Nauru	4	1	1,7	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,7	0,6
Nepal	12606	3651	2,3	2,3	21	13	8	42	39	28	43	54	64	3,3	17	6,3	6,4
Nicaragua	2441	673	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	73	2,8	60	3,3	2,6
Niger	7724	2797	3,1	3,5	26	22	14	58	56	49	40	46	57	7,2	17	5,9	4,4
Nigeria	75065	24823	2,8	2,6	22	18	17	47	47	40	42	47	47	5,4	50	5,3	5,0
Niue	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
Norvegia	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	78	0,9	1,1
Nuova Zelanda	1064	285	1,0	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2,0	86	1,2	1,4
Oman	1013	271	4,5	2,0	17	4	3	50	38	22	49	70	76	3,0	72	9,3	2,7
Paesi Bassi	3576	969	0,7	0,6	8	9	9	17	13	11	74	77	80	1,7	81	1,2	1,6
Pakistan	70609	19333	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,5	36	4,2	3,3
Palau	8	2	1,4	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2,2	1,8
Panama	1181	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	73	3,0	3,9
Papua Nuova Guinea	2941	894	2,4	2,5	19	11	10	42	37	30	43	54	57	3,8	14	3,9	2,9
Paraguay	2537	734	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	72	3,1	60	4,0	3,6
Perù	10273	2817	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,9
Polonia	7471	1767	0,8	0,0	8	10	10	17	15	9	70	71	76	1,2	62	1,6	0,1
Portogallo	1996	558	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	59	1,8	1,7
Qatar	208	65	7,2	3,5	13	3	2	34	23	16	60	69	76	2,7	96	7,4	3,9
Regno Unito	13100	3503	0,1	0,4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,5
Repubblica Ceca	1822	469	0,2	-0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	-0,2
Repubblica Centrafricana	2137	674	2,4	2,2	22	16	18	42	42	36	42	50	44	4,6	38	3,9	2,5
Repubblica Dominicana	3788	1113	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,8	68	3,9	3,1
Romania	4154	1051	0,7	-0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	-0,5
Ruanda	4921	1685	3,3	1,7	20	33	17	53	49	44	44	33	46	5,9	21	5,9	10,3
Saint Kitts/Nevis	17	5	-0,5	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0,4	0,8
Saint Lucia	54	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	74	2,2	28	2,4	0,8
Saint Vincent/Grenadines	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	47	3,0	1,5
Samoa	88	24	0,6	0,9	10	7	5	39	34	25	55	65	71	4,0	23	0,8	1,4
San Marino	6	2	1,2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	3,1	1,4
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	76	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	3,9	60	4,2	3,9
Senegal	5998	1942	2,9	2,6	21	12	9	48	43	35	45	57	63	4,7	42	4,2	3,3
Serbia	2204	610	0,8	0,2	9	10	12	18	15	13	68	71	74	1,8	-	-	-
Seychelles	44	15	1,6	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,8	1,2
Sierra Leone	2889	1019	2,1	2,1	29	26	22	47	48	46	35	39	42	6,5	42	4,8	4,4
Singapore	994	200	1,9	2,3	5	5	5	23	18	8	69	75	80	1,3	100	1,9	2,4
Siria, Repubblica Araba	8424	2544	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,1	51	4,1	3,1
Slovacchia	1087	260	0,7	0,1	10	10	10	19	15	10	70	72	75	1,2	56	2,3	0,1
Slovenia	343	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,4
Somalia	4389	1539	3,1	1,5	24	22	17	51	46	43	40	42	48	6,1	36	4,5	2,8
Spagna	7742	2321	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Sri Lanka	5504	1464	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1,0	-0,1
Stati Uniti	75992	20957	1,0	1,0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,6
Sudafrica	18385	5235	2,4	1,7	14	8	17	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,7
Sudan	17961	5528	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,3	43	5,3	5,4
Suriname	158	44	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,4	75	2,4	1,4
Svezia	1912	505	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Svizzera	1488	358	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	82	1,4	76	1,6	1,2
Swaziland	534	147	3,2	1,6	18	10	21	50	41	29	48	59	40	3,5	25	7,5	2,2
Tagikistan	3081	857	2,9	1,4	10	8	6	40	39	27	60	63	67	3,4	24	2,2	-0,1
Tanzania, Repubblica Unita	20630	7050	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,2	25	7,5	4,6
Territorio Palestinese Occupato	2095	685	3,4	3,7	19	7	4	49	46	36	54	68	73	5,2	72	4,5	4,2
Thailandia	16430	4518	1,9	1,0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,7

	Popolazione (in migliaia) 2007		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2007	% popolazione urbana 2007	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Timor-Leste	590	199	1,0	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	61	6,6	27	3,4	4,5
Togo	3260	1061	3,1	3,0	18	12	10	48	44	37	48	58	58	4,9	42	4,9	5,2
Tonga	44	12	-0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,8
Trinidad e Tobago	357	94	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1,6	13	-0,5	3,1
Tunisia	3178	830	2,4	1,3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2,1
Turchia	24623	6646	2,3	1,6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2,1	68	4,5	2,6
Turkmenistan	1845	494	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,5	47	2,3	2,1
Tuvalu	4	1	1,3	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4,6	2,8
Ucraina	8389	2025	0,4	-0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	-0,5
Uganda	17349	6028	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6,5	13	5,7	4,4
Ungheria	1903	471	0,0	-0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	-0,1
Uruguay	938	252	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Uzbekistan	10593	2879	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,5	37	3,1	1,2
Vanuatu	103	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,8	24	4,9	4,2
Venezuela, Repubblica bolivariana	10089	2896	3,0	2,0	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2,6	94	3,8	2,8
Vietnam	30263	8109	2,2	1,6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,6
Yemen	11729	3740	3,3	3,5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,5	28	5,5	5,6
Zambia	6270	2030	3,2	2,3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5,2	35	4,5	1,7
Zimbabwe	6175	1706	3,5	1,4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3,2	37	6,1	3,0

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	383988	127624	2,9	2,6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5,2	36	4,7	4,3
Africa orientale e meridionale	186875	61296	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4,9	29	4,7	3,9
Africa occidentale e centrale	197113	66328	2,9	2,7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5,5	43	4,8	4,6
Medio Oriente e Nord Africa	153178	44789	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,0	58	4,4	2,9
Asia meridionale	614747	175250	2,3	1,9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3,0	29	3,8	3,0
Asia orientale e Pacifico	559872	144441	1,8	1,0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	44	3,9	3,5
America latina e Carabi	197226	55622	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,2
ECO/CSI	100110	26458	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,3
Paesi industrializzati [§]	204334	54922	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Paesi in via di sviluppo [§]	1962419	562128	2,2	1,6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2,8	44	3,8	3,1
Paesi meno sviluppati [§]	383853	124237	2,5	2,5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4,7	28	4,9	4,4
Mondo	2213456	629106	1,8	1,4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2,6	49	2,7	2,3

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Speranza di vita alla nascita – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso di mortalità non elaborato – Numero annuo di decessi su 1.000 abitanti.

Tasso di natalità non elaborato – Numero annuo di nascite su 1.000 abitanti.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

Popolazione urbana – Percentuale di popolazione che vive in aree urbane, definita in base ai criteri adottati a livello nazionale per il censimento della popolazione più recente.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione infantile – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tassi di mortalità e di natalità non elaborati – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Speranza di vita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Popolazione urbana – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

NOTE – Dati non disponibili.

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e territori	PNL pro capite (USD) 2007	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2007	% di popolazione sotto soglia internazionale di povertà 1,25 USD al giorno 2005	% spesa statale (1997-2006*) stanziata per:			Flusso di AUS in milioni di USD 2006	Flusso di AUS % sul PNL del paese beneficiario 2006	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2007			sanità	istruzione	difesa			1990	2006
Afghanistan	250x	-	-	-	-	-	-	-	3000	37	-	-
Albania	3290	-0,7x	5,2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
Algeria	3620	1,6	1,4	13	7	17	4	24	209	0	62	-
Andorra	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2560	0,4x	2,9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
Antigua e Barbuda	11520	8,3x	1,7	2	-	-	-	-	3	0	-	-
Arabia Saudita	15440	-1,5	0,3	4	-	36x	6x	14x	25	0	-	-
Argentina	6050	-0,7	1,5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
Armenia	2640	-	5,8	69	11	-	-	-	213	4	-	6
Australia	35960	1,5	2,4	2	-	6	15	10	-	-	-	-
Austria	42700	2,4	1,8	2	-	2	14	10	-	-	-	-
Azerbaijan	2550	-	2,8	71	0	12	1	4	206	1	-	1
Bahamas	15730x	1,8	0,4x	3x	-	3	16	20	-	-	-	-
Bahrein	19350	-1,3x	2,4x	2x	-	14	8	15	57x	1x	-	-
Bangladesh	470	0,6	3,1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
Barbados	d	1,5	1,3x	3x	-	-	-	-	-1	0	-	-
Belgio	40710	2,2	1,8	2	-	3	16	3	-	-	-	-
Belize	3800	2,9	2,4	1	-	5x	8x	20x	8	1	5	16
Benin	570	0	1,3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
Bhutan	1770	6,8x	5,2	7	26	-	9	13	94	10	-	-
Bielorussia	4220	-	3,4	162	0	4	3	4	73	0	-	2
Bolivia	1260	-1,1	1,3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
Bosnia/Erzegovina	3580	-	10,8x	5x	0	-	-	-	494	4	-	7
Botswana	5840	8,2	4,2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
Brasile	5910	2,3	1,2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
Brunei Darussalam	26930x	-2,2x	-0,3x	4x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	4590	3,4x	2,3	51	0	6	11	5	-	-	19	10
Burkina Faso	430	1,3	2,5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	-
Burundi	110	1,1	-2,7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
Cambogia	540	-	6,2x	3x	40	-	-	-	529	8	0x	1
Camerun	1050	3,3	0,6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
Canada	39420	2	2,2	2	-	6	9	3	-	-	-	-
Capo Verde	2430	-	3,3	4	21	-	-	-	138	13	5	4
Ciad	540	-1	2,4	7	62	-	8x	8x	284	6	2	-
Cile	8350	1,5	3,7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
Cina	2360	6,6	8,9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
Cipro	24940	5,9x	2,2	4	-	4	6	12	-	-	-	-
Colombia	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
Comore	680	0,1x	-0,4	4	46	-	-	-	30	7	2	-
Congo	1540	3,2	-0,2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
Congo, Repubblica Democratica	140	-2,4	-4,3	335	59	18	0	0	2056	27	-	-
Corea, Repubblica	19690	6,2	4,4	4	-	10	0	14	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	a	-	-	-	-	-	-	-	55	0	-	-
Costa d'Avorio	910	-1,9	-0,7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
Costarica	5560	0,7	2,5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
Croazia	10460	-	3	33	0	4	13	8	200	0	-	33
Cuba	c	-	3,6x	4x	-	-	23x	10x	78	0	-	-
Danimarca	54910	2	1,9	2	-	5	1	12	-	-	-	-
Dominica	4250	4,7x	2,4	1	-	-	-	-	19	7	4	13x
Ecuador	3080	1,3	1,2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
Egitto	1580	4,3	2,5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
El Salvador	2850	-1,8	1,8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
Emirati Arabi Uniti	26210x	-4,8x	-0,3x	3x	-	30	7	17	-	-	-	-
Eritrea	230	-	-0,3x	12x	-	-	-	-	129	15	-	-
Estonia	13200	1,5x	5,2	24	0	5	16	7	-	-	-	-
Etiopia	220	-	2,2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
Federazione Russa	7560	-	1,2	71	0	12	8	4	-	-	-	13
Figi	3800	0,6x	1,5x	4x	-	6x	9x	18x	56	2	12	1
Filippine	1620	0,8	1,7	7	23	5	2	19	562	0	23	18
Finlandia	44400	2,8	2,8	2	-	4	3	10	-	-	-	-
Francia	38500	2,2	1,6	1	-	6x	16x	7x	-	-	-	-

	PNL pro capite (USD) 2007	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2007	% di popolazione sotto soglia internazionale di povertà 1,25 USD al giorno 2005	% spesa statale (1997-2006*) stanziata per:			Flusso di AUS in milioni di USD 2006	Flusso di AUS % sul PNL del paese beneficiario 2006	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2007			sanità	istruzione	difesa			1990	2006
Gabon	6670	0,3	-0,7	6	5	—	—	—	31	0	4	5x
Gambia	320	0,9	0,2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
Georgia	2120	3,2	1,8	102	13	23	7	11	361	5	—	7
Germania	38860	2,3x	1,4	1	—	4	19	1	—	—	—	—
Ghana	590	-2,1	2,1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
Giamaica	3710	-1,3	0,8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
Giappone	37670	3	0,9	-1	—	4x	2x	6x	—	—	—	—
Gibuti	1090	—	-2,1	3	19	—	—	—	117	14	4x	6
Giordania	2850	2,5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
Grecia	29630	1,3	2,7	6	—	8	7	11	—	—	—	—
Grenada	4670	4,9	2,5	2	—	—	10x	17x	27	6	2	5x
Guatemala	2440	0,2	1,4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
Guinea	400	0,3x	1,3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
Guinea-Bissau	200	-0,2	-2,6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
Guinea Equatoriale	12860	—	21,1	13	—	—	—	—	27	1	2	—
Guyana	1300	-1,5	3,1	8	8	—	—	—	173	20	20x	3
Haiti	560	-0,3	-2,1	18	55	—	—	—	581	14	4	3
Honduras	1600	0,8	1,5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
India	950	2,1	4,5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
Indonesia	1650	4,7	2,3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
Iran, Repubblica Islamica	3470	-2,3	2,5	23	1	14	6	7	121	0	1	—
Iraq	2170x	—	—	—	—	—	—	—	8661	0	—	—
Irlanda	48140	2,8	5,8	4	—	3	16	14	—	—	—	—
Islanda	54100	3,2	2,4	4	—	0	27	11	—	—	—	—
Isole Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	32	0	—	—
Isole Marshall	3070	—	-2	5	—	—	—	—	55	28	—	—
Isole Salomone	730	3,4	-1,6	7	—	—	—	—	205	62	10	2
Israele	21900	1,9	1,7	6	—	19	12	15	—	—	—	—
Italia	33540	2,8	1,2	3	—	3	3	10	—	—	—	—
Kazakistan	5060	—	3,2	75	3	6	5	6	172	0	—	33
Kenya	680	1,2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
Kirghizistan	590	—	-0,5	46	22	7	12	11	311	12	—	4
Kiribati	1170	-5,3	1,8	2	—	—	—	—	-45	-36	—	—
Kuwait	31640	-6,8x	1,1x	4x	—	14	6	12	—	—	—	—
Laos, Repubblica Democratica Popolare	580	—	4,2	25	44	—	—	—	364	13	8	—
Lesotho	1000	3,1	1,8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
Lettonia	9930	3,4	4,7	21	0	5	12	6	—	—	0x	29
Libano	5770	—	2,5	8	—	11	2	7	707	3	—	19
Liberia	150	-4,2	1,9	42	84	9x	5x	11x	269	57	—	0
Libia, Jamahiriya Araba	9010	-4,9x	—	—	—	—	—	—	37	0	—	—
Liechtenstein	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	9920	—	3	29	0	5	12	7	—	—	—	21
Lussemburgo	75880	2,7	3,2	2	—	1	13	10	—	—	—	—
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	3460	—	0,5	30	0	—	—	—	200	3	—	15
Madagascar	320	-2,4	-0,4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
Malawi	250	-0,1	0,3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	—
Maldiva	3200	—	5,5x	1x	—	5	8	14	39	4	4	5
Malesia	6540	4	3,2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
Mali	500	-0,3	2,2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
Malta	15310	6,5	2,7x	3	—	2	14	13	11x	0x	—	—
Marocco	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
Mauritania	840	-0,9	0,6	8	21	—	4x	23x	188	8	24	—
Mauritius	5450	5,1x	3,7	6	—	1	9	15	19	0	6	6
Messico	8340	1,6	1,6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
Micronesia, Stati Federati	2470	—	-0,2	2	—	—	—	—	109	41	—	—
Moldavia	1260	1,8x	-1,3	52	8	1	13	9	228	6	—	10
Monaco	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	1290	—	2,2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
Montenegro	5180	—	3,4x	—	—	—	—	—	1586	68	—	—
Mozambico	320	-1x	4,1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2
Myanmar	220x	1,5	6,8x	24x	—	23	3	13	147	0	17	1

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

	PNL pro capite (USD) 2007	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2007	% di popolazione sotto soglia internazionale di povertà 1,25 USD al giorno 2005	% spesa statale (1997-2006*) stanziata per:			Flusso di AUS in milioni di USD 2006	Flusso di AUS % sul PNL del paese beneficiario 2006	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2007			sanità	istruzione	difesa			1990	2006
Namibia	3360	-2,3x	1,8	9	49	7x	10x	22x	145	2	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	17	0	-	-
Nepal	340	1,2	1,9	7	55	11	5	18	514	6	12	5
Nicaragua	980	-3,7	1,9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4
Niger	280	-2,2	-0,6	4	66	-	-	-	401	11	12	5x
Nigeria	930	-1,4	1,2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Norvegia	76450	3,2	2,6	4	-	5	16	6	-	-	-	-
Nuova Zelanda	28780	0,8	2	2	-	3	16	19	-	-	-	-
Oman	11120	3,3	2,2x	2x	-	33	7	15	35	0	12	1
Paesi Bassi	45820	1,5	2,1	2	-	4	10	11	-	-	-	-
Pakistan	870	3	1,6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8
Palau	8210	-	-	3x	-	-	-	-	37	23	-	-
Panama	5510	0,3	2,6	2	9	-	18	16	30	0	3	25
Papua Nuova Guinea	850	-0,7	-0,6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x
Paraguay	1670	2,8	-0,3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6
Perù	3450	-0,6	2,7	13	8	-	13	7	468	1	6	12
Polonia	9840	-	4,4	13	0	4	11	12	-	-	4	24
Portogallo	18950	2,6	1,9	4	-	3	16	16	-	-	-	-
Qatar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regno Unito	42740	2	2,4	3	-	7	15	4	-	-	-	-
Repubblica Ceca	14450	-	2,4	7	0	4	16	10	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	380	-1,3	-0,8	3	62	-	-	-	134	9	8	-
Repubblica Dominicana	3550	2,1	3,8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
Romania	6150	0,9x	2,3	57	1	5	14	5	-	-	0	16
Ruanda	320	1,1	1,1	9	77	-	5x	26x	585	25	9	9
Saint Kitts/Nevis	9630	6,3x	2,8	3	-	-	-	-	5	1	3	22x
Saint Lucia	5530	5,3x	1,3	2	21	-	-	-	18	2	2	6x
Saint Vincent/Grenadine	4210	3,3	3	2	-	-	12	16	5	1	3	11x
Samoa	2430	-	2,6	6	-	-	-	-	47	11	5	6
San Marino	45130	-	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	870	-	-	-	-	-	-	-	22	17	28	37
Senegal	820	-0,7	1,1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x
Serbia	4730	-	2,6x	-	-	-	-	-	96	0	-	-
Seychelles	8960	2,9	1,4	3	-	3	9	8	14	2	7	18
Sierra Leone	260	-0,4	-0,4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8
Singapore	32470	5,6	3,8	1	-	31	6	22	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	1760	2	1,5	7	-	24	2	9	27	0	20	1
Slovacchia	11730	-	3,3	8	0	5	19	4	-	-	-	-
Slovenia	20960	-	3,5	15	0	3	15	13	53x	0x	-	-
Somalia	140x	-0,9	-	-	-	38x	1x	2x	392	0	25x	-
Spagna	29450	1,9	2,4	4	-	4	15	2	-	-	-	-
Sri Lanka	1540	3	3,9	9	14	18	6	10	796	3	10	7
Stati Uniti	46040	2,2	2	2	-	20	25	3	-	-	-	-
Sudafrica	5760	0,1	1	8	26	-	-	-	718	0	-	6
Sudan	960	0,1	3,6	38	-	28	1	8	2058	7	4	4
Suriname	4730	-2,4x	1,8	54	16	-	-	-	64	4	-	-
Svezia	46060	1,8	2,2	2	-	5	3	6	-	-	-	-
Svizzera	59880	1,2	0,7	1	-	5	0	5	-	-	-	-
Swaziland	2580	3,1	-0,3	12	63	8	8	20	35	1	6	2
Tagikistan	460	-	-2,2	99	21	9	2	4	240	9	-	5
Tanzania, Repubblica Unita	400	-	1,8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
Territorio Palestinese Occupato	1230	-	-2,9x	4x	-	-	-	-	1449	33	-	-
Thailandia	3400	5	2,9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9
Timor-Leste	1510	-	-	-	53	-	-	-	210	24	-	-
Togo	360	-0,6	-0,2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x
Tonga	2320	-	2	4	-	-	7x	13x	21	10	2	3
Trinidad e Tobago	14100	0,5	5,1	5	4	2	9	17	13	0	-	-
Tunisia	3200	2,5	3,4	4	3	5	5	20	432	1	22	13
Turchia	8020	1,9	2,2	52	3	8	3	10	570	0	27	25

	PNL pro capite (USD) 2007	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2007	% di popolazione sotto soglia internazionale di povertà 1,25 USD al giorno 2005	% spesa statale (1997-2006*) stanziata per:			Flusso di AUS in milioni di USD 2006	Flusso di AUS % sul PNL del paese beneficiario 2006	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2007			sanità	istruzione	difesa			1990	2006
Turkmenistan	b	–	-6,8x	408x	25	–	–	–	26	0	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	15	0	–	–
Ucraina	2550	–	-0,7	93	0	3	3	6	484	1	–	16
Uganda	340	–	3,1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5
Ungheria	11570	3	3,3	13	0	3	6	5	–	–	30	32
Uruguay	6380	0,9	1,5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
Uzbekistan	730	–	1,2	106	46	–	–	–	149	1	–	–
Vanuatu	1840	1,1x	-0,4	3	–	–	–	–	49	13	2	1
Venezuela, Repubblica bolivariana	7320	-1,6	-0,2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
Vietnam	790	–	6	10	21	–	4	14	1846	3	–	2
Yemen	870	–	1,6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
Zambia	800	-2,3	0,1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
Zimbabwe	340	-0,4	-2,1x	62x	–	7	8	24	280	6	19	–

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	965	-0,1	1,3	35	51	–	–	–	35799	6	17	7
Africa orientale e meridionale	1245	–	1,4	40	49	–	–	–	13793	3	14	7
Africa occidentale e centrale	698	-0,6	1,3	26	53	–	–	–	22006	11	19	–
Medio Oriente e Nord Africa	3666	-0,1	1,6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
Asia meridionale	889	2,1	4,1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
Asia orientale e Pacifico	2742	5,7	6,8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
America latina e Caraibi	5628	1,4	1,5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
ECO/CSI	5686	–	1,6	67	4	9	7	6	5928	0	–	17
Paesi industrializzati [§]	38579	2,3	1,9	2	–	12	18	4	–	–	–	–
Paesi in via di sviluppo [§]	2405	2,4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
Paesi meno sviluppati [§]	491	-0,2	2,5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
Mondo	7952	2,3	2,4	8	–	11	14	6	81045	0	18	11

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

PNL pro capite – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) provenienti dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il tasso di crescita è calcolato sulla base di dati espressi in valuta locale, depurati dell'inflazione.

% popolazione che vive sotto la soglia internazionale di povertà di 1,25 dollari al giorno – Percentuale di popolazione che vive con meno di 1,25 dollari al giorno ai prezzi del 2005 adeguata alla parità del potere d'acquisto. La nuova soglia di povertà riflette le revisioni ai tassi di cambio della parità del potere d'acquisto basati sui risultati dell'International Comparison Program 2005. Le revisioni rivelano che il costo della vita nei paesi in via di sviluppo è più alto rispetto alle stime precedenti. Pertanto, a seguito di queste revisioni, i tassi di povertà dei singoli non possono essere comparati con i tassi di povertà riportati nelle precedenti edizioni. Informazioni più dettagliate su definizioni, metodologia e fonti dei dati presentati sono disponibili su www.worldbank.org.

AUS – Assistenza ufficiale allo sviluppo.

Servizio del debito – Somma degli interessi e dei rimborsi di capitale sul debito estero e dei debiti di lungo termine pubblicamente garantiti.

FONTE PRINCIPALE DEI DATI

PNL pro capite – Banca Mondiale.

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Tasso di inflazione – Banca Mondiale.

% popolazione che vive con meno di 1 dollaro al giorno – Banca Mondiale.

Spesa per sanità, istruzione e difesa – Fondo Monetario Internazionale (FMI).

AUS – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Servizio del debito – Banca Mondiale.

NOTE

- a: Reddito basso (pari o inferiore a 935 USD).
- b: Reddito medio-basso (varia tra 936 e 3.705 USD).
- c: Reddito medio-alto (varia tra 3.706 e 11.455 USD).
- d: Reddito alto (pari a 11.456 USD o superiore).

- Dati non disponibili.
- x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

TAVOLA 8. DONNE

Paesi e territori	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2007	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2007*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi netto					Diffusione contraccettivi (%) 2000-2007*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2007*		Diffusione assistenza al parto (%) 2000-2007*		Tasso di mortalità materna [†]		
			scuola primaria 2000-2007*		scuola secondaria 2000-2007*		Almeno una volta		Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	2000-2007* registrato	2005		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti							arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
Afghanistan	100	29	63	60	—	33	10	16	—	14	13	1600	1800	8	
Albania	109	99	99	100	98	97	60	97	—	100	98	20	92	490	
Algeria	104	79	98	99	106	112	61	89	—	95	95	120x	180	220	
Andorra	—	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	108	65	—	102	—	90	6	80	—	47	46	—	1400	12	
Antigua e Barbuda	—	—	—	—	—	—	53	100	—	100	—	0	—	—	
Arabia Saudita	106	89	—	—	—	—	32x	90x	—	91x	91x	—	18	1400	
Argentina	111	100	99	—	110	—	—	99	89y	99	99	48	77	530	
Armenia	110	100	105	99	104	102	53	93	71	98	97	27	76	980	
Australia	106	—	101	—	102	—	—	100x	—	100x	—	—	4	13300	
Austria	107	—	101	—	—	—	51x	100x	—	100x	—	—	4	21500	
Azerbaijan	112	99	97	98	96	98	51	77	45	88	78	29	82	670	
Bahamas	108	—	103	—	102	—	—	98	—	99	—	—	16	2700	
Bahrain	104	96	100	100	105	111	62x	97x	—	98x	98x	46x	32	1300	
Bangladesh	103	82	104	106	104	114	56	51	21	18	15	320	570	51	
Barbados	107	—	99	—	101	—	55x	100	—	100	—	0x	16	4400	
Belgio	108	—	100	—	96	—	78x	—	—	—	—	—	8	7800	
Belize	108	—	101	100	108	103	34	94	76x	96	88	42	52	560	
Benin	104	53	84	87	50	66	17	84	61	74	78	400	840	20	
Bhutan	105	63	100	91	101	—	35y	88	—	56	55	260	440	55	
Bielorussia	119	100	98	101	102	102	73	99	—	100	100	12	18	4800	
Bolivia	107	90	101	99	98	98	58	79	58	67	57	230	290	89	
Bosnia/Erzegovina	107	95	—	97	—	100	36	99	—	100	100	9	3	29000	
Botswana	100	100	103	103	114	122	48	97	—	94	80x	330x	380	130	
Brasile	111	101	102	100x	111	119x	77x	97	87	88x	97	53	110	370	
Brunei Darussalam	106	96	100	—	105	—	—	100x	—	99x	—	0x	13	2900	
Bulgaria	110	99	99	—	98	—	86x	—	—	99	—	7	11	7400	
Burkina Faso	106	59	82	90	72	91	17	85	18	54	51	480x	700	22	
Burundi	106	78	97	97	—	79	9	92	—	34	29	620	1100	16	
Cambogia	109	79	98	102	85	90	40	69	27	44	22	470	540	48	
Camerun	102	78	—	94	—	93	29	82	60	63	61	670	1000	24	
Canada	106	—	100	—	—	—	75x	—	—	98	—	—	7	11000	
Capo Verde	109	88	99	100x	113	—	61	98	64x	78	78	15	210	120	
Ciad	105	31	70	76	33	51	3	39	18	14	13	1100	1500	11	
Cile	108	100	—	—	—	—	58y	95x	—	100	100	20	16	3200	
Cina	105	93	100	—	—	—	85	90	—	98	88	41	45	1300	
Cipro	107	98	100	—	102	—	—	—	—	—	—	0x	10	6400	
Colombia	111	100	100	102	111	111	78	94	83	96	92	73	130	290	
Comore	107	87	95	100	101	103	26	75	52x	62	43x	380	400	52	
Congo	105	89	90	101	—	104	21	86	75	83	82	780	740	22	
Congo, Repubblica Democratica	106	67	—	89	—	81	31	85	—	74	70	1300	1100	13	
Corea, Repubblica	110	—	93	—	94	—	81x	—	—	100x	—	20x	14	6100	
Corea, Repubblica Democratica Popolare	106	—	—	—	—	—	62x	—	—	97	—	110x	370	140	
Costa d'Avorio	104	63	80	87	57	69	13	85	45	57	54	540	810	27	
Costarica	106	101	102	102	110	110	96	92	—	99	94	36	30	1400	
Croazia	110	98	99	—	102	—	—	—	—	100	—	10	7	10500	
Cuba	105	100	101	—	103	—	77	100	—	100	—	21	45	1400	
Danimarca	106	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	10x	3	17800	
Dominica	—	—	106	—	110	—	50x	100	—	99	—	0	—	—	
Ecuador	108	98	101	—	102	—	73	84	58	99x	74	110	210	170	
Egitto	107	73	96	97	94	93	59	70	59	74	65	84	130	230	
El Salvador	109	94	100	—	105	—	67	86	71	92	69	71	170	190	
Emirati Arabi Uniti	106	98	100	—	102	—	28x	97x	—	99x	99x	3x	37	1000	
Eritrea	109	—	87	93	67	92	8	70	41	28	26	1000x	450	44	
Estonia	117	100	99	—	102	—	70	—	—	100	—	7	25	2900	
Etiopia	105	46	92	101	65	77	15	28	12	6	5	670	720	27	
Federazione Russa	123	100	100	—	—	—	—	—	—	100	—	24	28	2700	
Figi	107	—	100	—	110	—	44	—	—	99	—	34	210	160	
Filippine	106	101	102	102	121	127	51	88	70	60	38	160	230	140	
Finlandia	108	—	100	—	100	—	—	100x	—	100x	100	6x	7	8500	
Francia	109	—	100	—	102	—	75x	99x	—	99x	—	10x	8	6900	

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2007	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2007*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi netto					Diffusione contraccettivi (%) 2000-2007*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2007*		Diffusione assistenza al parto (%) 2000-2007*		Tasso di mortalità materna [†]		
			scuola primaria 2000-2007*		scuola secondaria 2000-2007*		Almeno una volta		Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	2000-2007* registrato	2005		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti							arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
Gabon	101	91	99	100	—	106	33	94	63	86	85	520	520	53	
Gambia	103	—	109	103	94	87	18	98	—	57	55	730	690	32	
Georgia	112	—	103	101	105	98	47	94	75	98	96	23	66	1100	
Germania	107	—	100	—	—	—	75x	—	—	—	—	8x	4	19200	
Ghana	101	81	97	100	91	99	17	92	69	50	49	210x	560	45	
Giamaica	108	113	100	100	105	105	69	91	87x	97	94	95	170	240	
Giappone	109	—	100	—	100	—	56	—	—	100x	—	8x	6	11600	
Gibuti	105	—	82	97	66	84	18	92	7	61	74	74x	650	35	
Giordania	105	93	102	100	103	104	57	99	94	99	99	41x	62	450	
Grecia	106	98	100	—	101	—	—	—	—	—	—	1x	3	25900	
Grenada	105	—	99	—	102	—	54y	100	—	100	—	0	—	—	
Guatemala	111	86	96	94x	92	103x	43	84	—	41	42	130	290	71	
Guinea	106	42	86	87	57	66	9	82	49	38	31	980	910	19	
Guinea-Bissau	107	72	71	97	55	88	10	78	—	39	36	410	1100	13	
Guinea Equatoriale	105	86	90	98	—	95	—	86	—	65	—	—	680	28	
Guyana	109	—	—	100	—	110	34	81	—	83	83	120	470	90	
Haiti	106	106	—	107	—	117	32	85	54	26	25	630	670	44	
Honduras	110	102	102	104	—	123	65	92	81	67	67	110x	280	93	
India	105	71	96	96	—	83	56	74	37	47	39	300	450	70	
Indonesia	106	93	97	101	100	104	61	93	81	72	40	310	420	97	
Iran, Repubblica Islamica	105	88	110	97	94	—	79	77x	94y	97	96	25	140	300	
Iraq	107	76	86	88	70	75	50	84	—	89	63	84	300	72	
Irlanda	106	—	101	—	106	—	—	—	—	100	100	6x	1	47600	
Islanda	104	—	99	—	102	—	—	—	—	—	—	—	4	12700	
Isole Cook	—	—	103	—	110	—	44	—	—	98	—	6x	—	—	
Isole Marshall	—	—	99	—	108	—	34	—	—	95x	—	74	—	—	
Isole Salomone	103	—	99	—	87	—	7	—	—	85x	—	140x	220	100	
Israele	105	—	101	—	100	—	—	—	—	—	—	5x	4	7800	
Italia	108	99	99	—	101	—	60x	—	—	—	—	7x	3	26600	
Kazakistan	118	100	100	99	100	100	51	100	70x	100	100	70	140	360	
Kenya	104	90	102	100	97	114	39	88	52	42	40	410	560	39	
Kirghizistan	113	100	99	103	102	103	48	97	81x	98	97	100	150	240	
Kiribati	—	—	101	—	111	—	21x	88x	—	85x	—	56	—	—	
Kuwait	105	97	99	—	105	—	50x	95x	—	98x	98x	5x	4	9600	
Laos, Repubblica Democratica Popolare	104	83	94	95	86	84	38	27	—	19	—	410	660	33	
Lesotho	99	123	104	108	154	171	37	90	70	55	52	760x	960	45	
Lettonia	116	100	103	—	—	—	48x	—	—	100	—	9	10	8500	
Libano	106	—	99	99	110	113	58	96	—	98x	—	100x	150	290	
Liberia	104	85	97	—	58	—	11	85	—	51	37	580x	1200	12	
Libia, Jamahiriya Araba	107	83	—	—	—	—	45x	81x	—	94x	—	77x	97	350	
Liechtenstein	—	—	103	—	111	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lituania	116	100	99	—	101	—	47x	—	—	100	—	13	11	7800	
Lussemburgo	108	—	101	—	105	—	—	—	—	100	—	0x	12	5000	
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	107	97	100	96	98	99	—	94	—	99	99	4	10	6500	
Madagascar	106	85	100	104	104	125	27	80	40	51	32	470	510	38	
Malawi	101	82	106	102	93	96	42	92	57	54	54	810	1100	18	
Maldive	102	100	100	—	109	—	39	81	—	84	—	140	120	200	
Malesia	107	95	100	—	110	—	55x	79	—	98	98	28	62	560	
Mali	109	51	79	74	—	68	8	70	35	45	45	460	970	15	
Malta	105	104	99	—	107	—	—	—	—	98x	—	—	8	8300	
Marocco	106	63	94	95	84	93	63	68	31	63	61	230	240	150	
Mauritania	106	76	105	105	90	82	8	64	16	57	49	750	820	22	
Mauritius	110	94	102	—	102	—	76	—	—	98	98	22	15	3300	
Messico	107	96	99	100	99	—	71	86x	—	93	86	62	60	670	
Micronesia, Stati Federati	102	—	—	—	—	—	45x	—	—	88	—	270x	—	—	
Moldavia	111	99	100	102	104	103	68	98	89	100	99	16	22	3700	
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mongolia	110	101	102	102	113	106	66	99	—	99	99	90	46	840	
Montenegro	106	—	—	99	—	101	39	97	—	99	100	23	—	—	
Mozambico	102	58	93	90	91	80	17	85	53	48	48	410	520	45	
Myanmar	111	92	101	102	100	94	34	76	—	57	16	320	380	110	

TAVOLA 8. DONNE

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2007	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2007*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi netto					Diffusione contraccettivi (%) 2000-2007*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2007*		Diffusione assistenza al parto (%) 2000-2007*		Tasso di mortalità materna [†]		
			scuola primaria 2000-2007*		scuola secondaria 2000-2007*		Almeno una volta		Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	2000-2007* registrato	2005		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti							arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
			2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*		2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*	2000-2007*
Namibia	101	99	106	101	132	132	55	95	70	81	81	270	210	170	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	102	62	96	95	-	83	48	44	29	19	18	280	830	31	
Nicaragua	109	102	100	108	116	132	72	90	78	74	66	87	170	150	
Niger	97	37	71	70	63	65	11	46	15	33	17	650	1800	7	
Nigeria	102	80	86	88	84	87	13	58	47	35	33	-	1100	18	
Niue	-	-	-	-	105x	-	-	-	-	100	-	-	-	-	
Norvegia	106	-	101	-	101	-	-	-	-	-	-	6x	7	7700	
Nuova Zelanda	105	-	100	-	103	-	75x	95x	-	100x	-	15x	9	5900	
Oman	104	87	102	-	99	-	32	100	83y	98	98	13	64	420	
Paesi Bassi	106	-	99	-	101	-	79x	-	-	100x	-	-	6	10200	
Pakistan	101	59	78	85	77	78	30	61	28	39	34	530x	320	74	
Palau	-	-	96	-	-	-	17	-	-	100	-	0x	-	-	
Panama	107	99	99	-	111	-	-	72x	-	91	92	66	130	270	
Papua Nuova Guinea	111	86	-	-	-	-	26x	78x	-	41	-	370x	470	55	
Paraguay	106	99	101	100	106	99	73	94	79	77	74	120	150	170	
Perù	107	90	102	101	100	100	71	91	87	71	72	190	240	140	
Polonia	112	99	101	-	102	-	49x	-	-	100	-	3	8	10600	
Portogallo	108	97	99	-	110	-	-	-	-	100	-	8x	11	6400	
Qatar	102	100	101	-	98	-	43x	-	-	99x	98x	10x	12	2700	
Regno Unito	106	-	101	-	104	-	84	-	-	99x	-	7x	8	8200	
Repubblica Ceca	108	-	103	-	-	-	69x	99x	97x	100	-	8	4	18100	
Repubblica Centrafricana	106	52	72	84	71	64	19	69	40x	53	51	540	980	25	
Repubblica Dominicana	109	101	103	104	122	145	73	99	95	98	98	160	150	230	
Romania	110	99	100	-	98	-	70	94	76	98	98	15	24	3200	
Ruanda	107	84	107	103	-	88	17	94	13	39	28	750	1300	16	
Saint Kitts/Nevis	-	-	122	-	87	-	54y	100	-	100	-	0	-	-	
Saint Lucia	105	-	98	-	124	-	47x	99	-	100	-	0	-	-	
Saint Vincent/Grenadine	106	-	96	-	124	-	48y	95	-	100	-	0	-	-	
Samoa	109	99	100	-	114	-	43x	-	-	100x	-	29	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé/Principe	106	89	101	101	111	105	30	97	-	81	78	150	-	-	
Senegal	107	61	98	102	76	78	12	87	40	52	62	400	980	21	
Serbia	106	-	100	100	-	103	41	98	-	99	99	13	-	-	
Seychelles	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	-	57	-	-	
Sierra Leone	108	54	-	101	71	79	5	81	-	43	19	1800	2100	8	
Singapore	105	94	-	-	-	-	62x	-	-	100x	-	6x	14	6200	
Siria, Repubblica Araba	105	85	95	100	95	101	58	84	-	93	70	65	130	210	
Slovacchia	111	-	101	-	-	-	74x	-	-	100	-	4	6	13800	
Slovenia	110	100	100	-	101	-	74x	98x	-	100	-	17	6	14200	
Somalia	105	-	-	82	-	51	15	26	6	33	9	1000	1400	12	
Spagna	108	98	99	-	103	-	81x	-	-	-	-	6x	4	16400	
Sri Lanka	111	96	100	-	-	-	68	99	-	99	98	43	58	850	
Stati Uniti	107	-	102	-	100	-	76x	-	-	99x	-	8x	11	4800	
Sudafrica	103	98	100	104x	112	117x	60	92	73x	92	-	170	400	110	
Sudan	105	73	83	93	-	133	7	60	-	87	-	550x	450	53	
Suriname	110	95	103	99	138	121	46	90	-	90	88	150	72	530	
Svezia	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	-	5x	3	17400	
Svizzera	107	-	99	-	95	-	82x	-	-	-	-	5x	5	13800	
Swaziland	100	97	101	103	121	132	51	85	79	69	74	590	390	120	
Tagikistan	108	100	96	99	84	83	38	77	-	83	62	97	170	160	
Tanzania, Repubblica Unita	104	83	99	106	90	108	26	78	62	43	47	580	950	24	
Territorio Palestinese Occupato	104	92	100	101	106	-	50	99	-	99	97	-	-	-	
Thailandia	113	97	99	100	111	109	77	98	-	97	97	12	110	500	
Timor-Leste	103	-	96	98	-	-	20	61	30	18	10	-	380	35	
Togo	106	56	87	93	48	70	17	84	46x	62	63	480x	510	38	
Tonga	103	100	97	-	125	-	33	-	-	95	-	78	-	-	
Trinidad e Tobago	106	99	100	100	104	107	43	96	-	98	97	45x	45	1400	
Tunisia	106	80	101	98	110	-	66	92	-	90	89	69x	100	500	
Turchia	107	84	96	96	86	83	71	81	54	83	78	29	44	880	

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2007	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2007*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi netto				Diffusione contraccettivi (%) 2000-2007*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2007*		Diffusione assistenza al parto (%) 2000-2007*		Tasso di mortalità materna [†]		
			scuola primaria 2000-2007*		scuola secondaria 2000-2007*			Almeno una volta	Almeno 4 volte	Assistenza qualificata alla nascita	Parti in centri sanitari	2005		Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti						2000-2007* registrato	arrotondato	
Turkmenistan	114	100	—	100	—	100	48	99	83	100	98	14	130	290
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	32	—	—	100	—	—	—	—
Ucraina	119	100	100	102	101	102	67	99	—	99	99	17	18	5200
Uganda	103	80	—	99	90	94	24	94	47	42	41	440	550	25
Ungheria	112	100	99	—	100	—	77x	—	—	100	—	8	6	13300
Uruguay	110	101	100	—	—	—	84	94x	97	100x	—	35	20	2100
Uzbekistan	110	98	—	100	—	98	65	99	79x	100	97	28	24	1400
Vanuatu	106	95	99	—	87	—	28	—	—	88x	—	68x	—	—
Venezuela, Repubblica bolivariana	108	99	100	102	114	147	77x	94	—	95	95	61	57	610
Vietnam	105	93x	—	100	—	102	76	91	29	88	64	160	150	280
Yemen	105	53	76	60x	53	37x	28	41	11x	36	24	370	430	39
Zambia	101	78x	104	105	80	112	34	93	72	43	44	730	830	27
Zimbabwe	97	94	101	102	96	93	60	94	71	69	68	560	880	43

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	104	75	93	95	84	87	23	72	42	45	40	—	920	22
Africa occidentale e meridionale	104	79	98	101	90	92	30	72	40	40	33	—	760	29
Africa orientale e centrale	103	72	86	89	77	84	17	71	44	49	46	—	1100	17
Medio Oriente e Nord Africa	105	78	94	96	92	97	56	72	—	81	71	—	210	140
Asia meridionale	104	71	94	95	—	85	53	68	34	41	35	—	500	59
Asia orientale e Pacifico	106	93	99	101**	103**	105**	78	89	66**	87	73	—	150	350
America latina e Caraibi	109	99	100	101	107	—	69	94	83	85	86	—	130	280
ECO/CSI	115	97	98	98	95	96	64	90	—	94	89	—	46	1300
Paesi industrializzati [§]	108	—	101	—	101	—	72	—	—	—	—	—	8	8000
Paesi in via di sviluppo [§]	105	86	96	96**	97**	91**	60	77	46**	61	54	—	450	76
Paesi meno sviluppati [§]	104	72	94	97	86	94	29	64	32	39	32	—	870	24
Mondo	106	88	97	96**	98**	91**	62	77	47**	62	54	—	400	92

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

- Speranza di vita alla nascita** – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.
- Tasso di alfabetismo degli adulti** – Numero di persone alfabetizzate, oltre i 15 anni di età, espresso come percentuale sul totale della popolazione di quella fascia di età.
- Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi** – Rapporti di iscrizione e frequenza scolastica netti delle femmine rispetto ai maschi, espressi in percentuale.
- Tasso netto di iscrizione alla scuola primaria o secondaria** – Il numero di bambini iscritti alla scuola primaria o secondaria in età di scuola primaria o secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria o secondaria.
- Tasso netto di frequenza alla scuola primaria** – Il numero di bambini che frequentano la scuola primaria o secondaria, in età di scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.
- Tasso netto di frequenza alla scuola secondaria** – Il numero di bambini che frequentano la scuola secondaria o post-secondaria, in età di scuola secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.
- Diffusione contraccettivi** – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che ricorrono alla contraccezione.
- Assistenza prenatale** – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che almeno una volta durante la gravidanza hanno ricevuto cure prenatali da parte di personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche) e percentuale di donne che hanno ricevuto cure almeno quattro volte.
- Assistenza qualificata alla nascita** – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).
- Parti in centri sanitari** – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno dato alla luce a un bambino nei due anni precedenti la ricerca e partorito in un centro sanitario.
- Tasso di mortalità materna** – Numero annuo di decessi di donne per cause legate alla gravidanza su 100.000 nati vivi. La dicitura "registrati" indica i dati raccolti nei paesi per i quali non si è tenuto conto dei casi non segnalati o mal classificati.
- Rischio di mortalità materna nel corso della vita** – Il rischio di morte materna nel corso della vita tiene conto sia della probabilità di rimanere incinta sia della probabilità di morire in conseguenza della gravidanza, accumulate nell'arco degli anni riproduttivi di una donna.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

- Speranza di vita alla nascita** – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.
- Alfabetismo degli adulti** – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).
- Iscrizione alla scuola primaria e secondaria** – UIS.
- Frequenza alla scuola primaria e secondaria** – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS).
- Diffusione contraccettivi** – DHS, MICS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e UNICEF.
- Assistenza prenatale** – DHS, MICS, e altre ricerche nazionali sulla famiglia.
- Assistenza qualificata alla nascita** – DHS, MICS, OMS e UNICEF.
- Parti in centri sanitari** – DHS, MICS, OMS e UNICEF.
- Mortalità materna** – OMS e UNICEF.
- Rischio nel corso della vita** – OMS e UNICEF.

† I dati sulla mortalità materna, nella colonna chiamata "registrati" sono quelli rilevati dalle autorità nazionali. Periodicamente UNICEF, OMS, UNFPA e Banca Mondiale valutano questi dati e fanno degli aggiustamenti per risolvere i problemi rappresentati dai decessi non registrati o mal classificati e per effettuare stime per i paesi privi di qualunque dato. La colonna "arrotondato" stima, con riferimento all'anno 2005, la più recente di queste revisioni.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - ** Esclusa la Cina.

	Lavoro minorile (5-14 anni) 1999-2007*									Matrimoni precoci 1998-2007*				Registrazioni delle nascite 2000-2007*			Mutilazione genitale femminile/escissione 2000-2007*			Atteggia-mento verso la violenza domestica 2001-2007*	Bambini con dis-abilità ³ 1999-2007*	Punizione dei bam-bini 2005-2007*
	totale			maschi			femmine			totale		urbano		rurale		donne ^a (15-49 anni)			figlie ^b			
	totale	maschi	femmine	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale	totale	totale	totale	totale			
Repubblica Dominicana	10	12	7	40	38	47	78	82	70	-	-	-	-	-	-	9	5y	83				
Romania	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Ruanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	-	-	-	48	2y	-				
Sao Tomé/Principe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	-	-	-	32	29	-				
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	6	14	73					
Serbia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sierra Leone	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	34	92						
Siria, Repubblica Araba	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	87				
Somalia	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-	-	-					
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sudafrica	-	-	-	8	5	12	78y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sudan	13	14	12	34	24	40	33	53	22	89	88	90	43y	-	-	-	-					
Suriname	-	-	-	19	14	33	97	98	95	-	-	-	-	13	39	84						
Swaziland	9	9	9	5	1	6	30	38	28	-	-	-	-	38	-	-	-					
Tagikistan	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	-	74y	-	-	74					
Tanzania, Repubblica Unita	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-	-	-					
Territorio Palestinese Occupato	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	95				
Thailandia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	-	15	-	-					
Timor-Leste	4	4	4	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	-	-	90					
Trinidad e Tobago	1	1	1	8	-	-	96	-	-	-	-	-	-	8	-	-	75					
Tunisia	-	-	-	10x	7x	14x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Turchia	5	4	6	18	17	22	84	87	79	-	-	-	-	39	-	-	-					
Turkmenistan	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	-	38y	-	-	-					
Ucraina	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	-	5	-	-	70					
Uganda	36	37	36	46	27	52	21	24	21	1	0	1	-	70	11y	-	-					
Uruguay	8y	8y	8y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Uzbekistan	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	-	70	3	-	-					
Venezuela, Repubblica bolivariana	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Vietnam	16	15	16	10	3	13	88	94	86	-	-	-	-	64	4y	93						
Yemen	11y	11y	12y	32	28	35	22	38	16	23x	26x	22x	20x	-	29	94						
Zambia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85	-	-	-					
Zimbabwe	13y	12y	14y	34	20	44	74	83	71	-	-	-	-	48	-	-	-					

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	35n	36n	34n	40	25	48	37	52	30	34	30	37	19	65	-	-	-
Africa orientale e meridionale	36	38	33	36	20	43	32	41	24	43	36	46	28	65	-	-	-
Africa occidentale e centrale	35n	34n	35n	44	28	55	41	57	35	28	28	29	14	64	-	-	-
Medio Oriente e Nord Africa	9	10	8	18	12	23	75	86	67	-	-	-	-	-	-	-	89
Asia meridionale	13	13	12	49	32	58	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-	-
Asia orientale e Pacifico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	81**	67**	-	-	-	-	34**	3	-	-
America latina e Caraibi	11	11	10	-	-	-	89	92	82	-	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CSI	5	5	5	11	11	13	92	93	92	-	-	-	-	32	-	-	-
Paesi industrializzati ⁵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo ⁵	16***	17***	15***	36**	22**	46**	50**	65**	39**	-	-	-	-	51**	-	-	-
Paesi meno sviluppati ⁵	30	31	28	49	37	55	29	42	25	-	-	-	-	-	-	-	-
Mondo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Lavoro minorile – Percentuale di bambini tra i 5 e i 14 anni che al momento della ricerca erano coinvolti in attività legate al lavoro minorile. Un bambino è considerato coinvolto in attività legate al lavoro minorile, secondo la seguente classificazione: (a) bambini tra i 5 e gli 11 anni che, durante la settimana precedente la ricerca, hanno svolto almeno un'ora di attività economica o almeno 28 ore di lavoro domestico, e (b) bambini tra i 12 e i 14 anni che, durante la settimana precedente la ricerca, hanno svolto almeno 14 ore di attività economica o almeno 28 ore di lavoro domestico.

Variabili socio-culturali del lavoro minorile – Sesso del bambino; area di residenza urbana o rurale; il 20% più povero o il 20% più ricco della popolazione, calcolato in base alle risorse familiari (una descrizione più dettagliata della procedura di valutazione del benessere familiare, si può trovare sul sito www.childinfo.org/); istruzione delle madri, che indica le madri con o senza un livello minimo di istruzione.

Matrimoni precoci – Percentuale di donne tra i 20 e i 24 anni che si sono sposate o hanno iniziato a convivere prima dei 18 anni.

Registrazioni alla nascita – Percentuale di bambini con meno di 5 anni che sono stati registrati al momento della ricerca. Il numeratore di questo indicatore include bambini il cui certificato di nascita è stato visionato dall'investigatore o le cui madri o tutori abbiano dichiarato l'avvenuta registrazione alla nascita. I dati del MICS fanno riferimento a bambini vivi al momento della ricerca.

Mutilazione genitale femminile/escissione – (a) Donne – la percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che sono state vittime di mutilazioni/escissione. (b) Figlie – la percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni con almeno una figlia vittima di mutilazione/escissione. La mutilazione genitale femminile/escissione (FGM/C) riguarda il taglio o altri interventi sui genitali femminili per ragioni sociali.

Atteggimento verso la violenza domestica – Percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che giustificano un marito se colpisce o picchia la propria moglie per almeno una delle ragioni specificate. Alle donne è stato chiesto se un marito è giustificato quando colpisce o picchia la propria moglie in una serie di circostanze, ad esempio, quando fa bruciare il cibo, discute con lui, esce senza comunicarglielo, trascura i figli o rifiuta di avere rapporti sessuali.

Bambini con disabilità – Percentuale di bambini tra i 2 e i 9 anni che riportano almeno una forma di disabilità (ad esempio, cognitiva, motoria, epilettica, della vista, orale o uditiva).

Punizione dei bambini – Percentuale di bambini tra i 2 e i 14 anni che subiscono qualsiasi punizione psicologica o fisica.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Lavoro minorile – Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Ricerche demografiche e sanitarie (DHS).

Matrimoni precoci – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Registrazioni alla nascita – MICS, DHS, altre ricerche nazionali e sistemi di registrazione demografici.

Mutilazioni genitali femminili/escissione – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Atteggimento verso la violenza domestica – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Bambini con disabilità – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Punizione dei bambini – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - n Esclusa la Nigeria.
 - ◊ Una spiegazione esauriente della metodologia e dei recenti cambiamenti nel calcolo di queste stime, si trova nelle Note generali sui dati a pag. XX.
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - ** Esclusa la Cina.
 - *** Escluso Cina e Nigeria.

Elenco di paesi per aree regionali e di sviluppo

Le medie alla fine di ogni tavola sono calcolate utilizzando i dati dei paesi e dei territori come di seguito riportati.

Africa subsahariana

Angola; Benin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Camerun; Capo Verde; Ciad; Comore; Congo; Congo, Repubblica Democratica; Costa d'Avorio; Eritrea; Etiopia; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritania; Mauritius; Mozambico; Namibia; Niger; Nigeria; Repubblica Centrafricana; Ruanda; Sao Tomé/Principe; Senegal; Seychelles; Sierra Leone; Somalia; Sudafrica; Swaziland; Tanzania, Repubblica Unita; Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Medio Oriente e Nord Africa

Algeria; Arabia Saudita; Bahrein; Egitto; Emirati Arabi Uniti; Iran, Repubblica Islamica; Iraq; Gibuti; Giordania; Kuwait; Libano; Libia, Jamahiriya Araba; Marocco; Oman; Qatar; Sudan; Siria, Repubblica Araba; Territorio Palestinese Occupato; Tunisia; Yemen

Asia meridionale

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; India; Maldive; Nepal; Pakistan; Sri Lanka

Asia orientale e Pacifico

Brunei Darussalam; Cambogia; Cina; Corea, Repubblica; Corea, Repubblica Democratica Popolare; Figi; Filippine; Indonesia; Isole Cook; Isole Marshall; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Malesia; Micronesia, Stati Federati; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nuova Guinea; Samoa; Singapore; Thailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnam

America latina e Caraibi

Antigua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolivia; Brasile; Cile;

Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Giamaica; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Messico; Nicaragua; Panama; Paraguay; Perù; Repubblica Dominicana; Saint Kitts/Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent/Grenadines; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguay; Venezuela, Repubblica bolivariana.

ECO/CSI

Albania; Armenia; Azerbaigian; Bielorussia; Bosnia/Erzegovina; Bulgaria; Croazia; Federazione Russa; Georgia; Kazakistan; Kirghizistan; Macedonia, ex Repubblica jugoslava; Moldavia; Montenegro; Romania; Serbia; Tagikistan; Turchia; Turkmenistan; Ucraina; Uzbekistan

Paesi/territori industrializzati

Andorra; Australia; Austria; Belgio; Canada; Cipro; Danimarca; Estonia; Finlandia; Francia; Germania; Giappone; Grecia; Irlanda; Islanda; Israele; Italia; Lettonia; Liechtenstein; Lituania; Lussemburgo; Malta; Monaco; Norvegia; Nuova Zelanda; Paesi Bassi; Polonia; Portogallo; Regno Unito; Repubblica Ceca; San Marino; Santa Sede; Slovacchia; Slovenia; Spagna; Stati Uniti; Svezia; Svizzera; Ungheria

Paesi/territori in via di sviluppo

Afghanistan; Algeria; Angola; Antigua e Barbuda; Arabia Saudita; Argentina; Armenia; Azerbaigian; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belize; Benin; Bhutan; Bolivia; Botswana; Brasile; Brunei Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambogia; Camerun; Capo Verde; Cile; Cina; Cipro; Colombia; Comore; Congo; Congo, Repubblica Democratica; Corea, Repubblica; Corea, Repubblica Democratica Popolare; Costa d'Avorio; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; Egitto; El Salvador; Emirati Arabi Uniti; Eritrea; Etiopia; Figi; Filippine; Gabon; Gambia; Georgia; Ghana; Giamaica; Gibuti; Giordania; Grenada; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Guyana;

Haiti; Honduras; India; Indonesia; Iran, Repubblica Islamica; Iraq; Isole Cook; Isole Marshall; Isole Salomone; Israele; Kazakistan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Kuwait; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Lesotho; Libano; Liberia; Libia, Jamahiriya Araba; Madagascar; Malawi; Maldive; Malesia; Mali; Marocco; Mauritania; Mauritius; Messico; Micronesia, Stati Federati; Mongolia; Mozambico; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Niger; Nigeria; Niue; Oman; Pakistan; Palau; Panama; Papua Nuova Guinea; Paraguay; Perù; Qatar; Repubblica Centrafricana; Repubblica Dominicana; Ruanda; Saint Kitts/Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent/Grenadines; Samoa; Sao Tomé/Principe; Senegal; Seychelles; Sierra Leone; Singapore; Siria, Repubblica Araba; Somalia; Sri Lanka; Sudafrica; Sudan; Suriname; Swaziland; Tagikistan; Tanzania, Repubblica Unita; Territorio Palestinese Occupato; Thailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad e Tobago; Tunisia; Turchia; Turkmenistan; Tuvalu; Uganda; Uruguay; Uzbekistan; Vanuatu; Venezuela, Repubblica bolivariana; Vietnam; Yemen; Zambia; Zimbabwe

Paesi/territori meno sviluppati

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Benin; Bhutan; Burkina Faso; Burundi; Cambogia; Capo Verde; Ciad; Comore; Congo, Repubblica Democratica; Eritrea; Etiopia; Gambia; Gibuti; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Haiti; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldive; Mali; Mauritania; Mozambico; Myanmar; Nepal; Niger; Repubblica Centrafricana; Ruanda; Samoa; Sao Tomé/Principe; Senegal; Sierra Leone; Somalia; Sudan; Tanzania, Repubblica Unita; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Misurare lo sviluppo umano

Un'introduzione alla Tavola 10

Se si vuole che lo sviluppo sia valutato complessivamente e nei suoi diversi aspetti, sarà necessario disporre di strumenti per misurare, oltre allo sviluppo economico, anche quello umano. Dal punto di vista dell'UNICEF c'è l'esigenza di stabilire un metodo per valutare il livello del benessere dei bambini e il suo tasso di variabilità.

Il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5) viene utilizzato nella Tavola 10 quale principale indicatore di questo progresso. Nel 2007, il numero di bambini che muoiono prima di compiere cinque anni è sceso a 9,2 milioni. In confronto, intorno al 1960, ogni anno morivano approssimativamente 20 milioni di bambini – evidenziando un'importante riduzione di lungo termine nel numero globale di decessi sotto i cinque anni.

Il tasso di MIS5 presenta molti vantaggi. Anzitutto misura un risultato finale del processo di sviluppo, piuttosto che un input iniziale, quale ad esempio il livello di scolarizzazione, o la disponibilità di calorie pro capite, o il numero di medici su mille abitanti: tutti strumenti per raggiungere un fine.

In secondo luogo il tasso di MIS5 è, come noto, il risultato di un'ampia gamma di fattori: gli antibiotici per curare la polmonite; le zanzariere trattate con insetticida per prevenire la malaria; lo stato di salute nutrizionale e le conoscenze sanitarie delle madri; il livello di vaccinazione e di uso dei sali reidratanti; la disponibilità di servizi per la salute per i bambini e le madri (compresa l'assistenza prenatale); la disponibilità di reddito e di cibo in famiglia; la disponibilità di acqua potabile sicura e servizi igienici; e le condizioni generali dell'ambiente in cui vive il bambino.

In terzo luogo il tasso di MIS5 è meno sensibile, ad esempio rispetto al PNL pro capite, agli errori comportati dalla media. Questo avviene perché la scala naturale non consente che i bambini ricchi abbiano mille volte

più probabilità di sopravvivere, anche se la scala umana consente loro di avere un reddito mille volte superiore. In altre parole è molto più difficile che l'esistenza di una minoranza ricca influenzi il tasso di MIS5 di un paese e quindi questo indicatore offre un quadro più accurato, anche se non perfetto, della situazione sanitaria della maggioranza dei bambini (e della società nel suo insieme).

La velocità dei progressi compiuti nel ridurre il tasso di MIS5 può essere misurata calcolando il suo tasso medio di riduzione annua (AARR), che riflette – contrariamente a quanto avviene confrontando mutamenti nei valori assoluti – il fatto che, avvicinandosi ai valori limite del tasso di MIS5, diventa sempre più difficile ridurre tale tasso. Man mano che si raggiungono livelli più bassi di mortalità infantile, una riduzione identica in termini assoluti rappresenta un valore maggiore in percentuale.

Di conseguenza l'AARR indica, per esempio, un tasso di progresso maggiore a fronte di una stessa riduzione di 10 punti percentuali, se questa si verifica ad un livello inferiore di mortalità infantile. Una caduta del tasso di MIS5 di 10 punti da 100 a 90 rappresenta una riduzione del 10%, mentre la stessa caduta di 10 punti da 20 a 10 rappresenta una riduzione del 50%. (Un valore negativo nella riduzione percentuale indica una crescita nel MIS5 durante il periodo specificato).

Se utilizzati congiuntamente ai tassi di crescita del PIL, la MIS5 e il suo tasso di riduzione possono offrire un quadro dei progressi compiuti da un paese o da una regione, in un dato periodo, verso l'obiettivo di soddisfare i bisogni umani fondamentali. Come mostra la Tavola 10, non esiste un rapporto fisso tra il tasso di riduzione annua della MIS5 e il tasso di crescita annua del PNL pro capite. Questi paragoni mettono in evidenza la relazione tra crescita economica e sviluppo umano.

Infine la Tavola indica il tasso totale di fertilità di ciascun paese e il suo tasso medio annuo di riduzione. Si noterà come molti paesi, che hanno ottenuto riduzioni significative della mortalità infantile, abbiano parimenti ottenuto riduzioni significative della fertilità.

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Paesi e territori	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹		Riduzione dal 1990 (%) ⁹	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Afghanistan	2	320	260	257	1,0	0,1	1	-	-	7,7	8,0	7,1	-0,2	0,7
Albania	126	107	46	15	4,2	6,6	67	-0,7x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2,0
Algeria	75	220	69	37	5,8	3,7	46	1,6	1,4	7,4	4,7	2,4	2,3	4,0
Andorra	189	-	6	3	-	4,1	50	-	-	-	-	-	-	-
Angola	16	-	258	158	-	2,9	39	0,4x	2,9	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Antigua e Barbuda	140	-	-	11	-	-	-	8,3x	1,7	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	185	44	25	7,2	3,3	43	-1,5	0,3	7,3	5,8	3,4	1,1	3,2
Argentina	125	68	29	16	4,3	3,5	45	-0,7	1,5	3,1	3,0	2,3	0,1	1,7
Armenia	99	-	56	24	-	5,0	57	-	5,8	3,2	2,5	1,4	1,2	3,7
Australia	160	21	9	6	4,2	2,4	33	1,5	2,4	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Austria	173	29	9	4	5,9	4,8	56	2,4	1,8	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Azerbaigian	71	-	98	39	-	5,4	60	-	2,8	4,6	3,0	1,8	2,2	3,1
Bahamas	134	49	29	13	2,6	4,7	55	1,8	0,4x	3,6	2,6	2,0	1,6	1,5
Bahrein	145	82	19	10	7,3	3,8	47	-1,3x	2,4x	6,5	3,7	2,3	2,8	2,8
Bangladesh	58	238	151	61	2,3	5,3	60	0,6	3,1	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Barbados	137	54	17	12	5,8	2,0	29	1,5	1,3x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,6
Belgio	166	24	10	5	4,4	4,1	50	2,2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	-0,2
Belize	97	-	43	25	-	3,2	42	2,9	2,4	6,3	4,5	3,0	1,7	2,5
Benin	25	256	184	123	1,7	2,4	33	0	1,3	7,0	6,8	5,5	0,2	1,3
Bhutan	45	288	148	84	3,3	3,3	43	6,8x	5,2	6,7	5,9	2,2	0,6	5,7
Bielorussia	134	-	24	13	-	3,6	46	-	3,4	2,3	1,9	1,2	1,0	2,6
Bolivia	61	243	125	57	3,3	4,6	54	-1,1	1,3	6,6	4,9	3,5	1,5	1,9
Bosnia/Erzegovina	132	82	22	14	6,6	2,7	36	-	10,8x	2,9	1,7	1,2	2,6	2,0
Botswana	69	144	57	40	4,6	2,1	30	8,2	4,2	6,6	4,7	2,9	1,7	2,8
Brasile	107	134	58	22	4,2	5,7	62	2,3	1,2	5,0	2,8	2,3	2,9	1,3
Brunei Darussalam	148	78	11	9	9,8	1,2	18	-2,2x	-0,3x	5,7	3,2	2,3	2,8	2,0
Bulgaria	137	33	18	12	3,0	2,4	33	3,4x	2,3	2,2	1,7	1,3	1,2	1,6
Burkina Faso	7	281	206	191	1,6	0,4	7	1,3	2,5	7,6	7,3	6,0	0,2	1,1
Burundi	10	219	189	180	0,7	0,3	5	1,1	-2,7	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
Cambogia	40	-	119	91	-	1,6	24	-	6,2x	5,9	5,8	3,2	0,1	3,5
Camerun	18	215	139	148	2,2	-0,4	-6	3,3	0,6	6,2	5,9	4,4	0,2	1,8
Canada	160	22	8	6	5,1	1,7	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,5
Capo Verde	84	-	60	32	-	3,7	47	-	3,3	7,0	5,5	3,4	1,2	2,8
Ciad	3	-	201	209	-	-0,2	-4	-1	2,4	6,5	6,7	6,2	-0,1	0,4
Cile	148	98	21	9	7,7	5,0	57	1,5	3,7	4,0	2,6	1,9	2,1	1,8
Cina	107	118	45	22	4,8	4,2	51	6,6	8,9	5,6	2,2	1,7	4,7	1,4
Cipro	166	31	11	5	5,2	4,6	55	5,9x	2,2	2,6	2,4	1,6	0,4	2,5
Colombia	112	105	35	20	5,5	3,3	43	2	1	5,6	3,0	2,2	3,1	1,8
Comore	55	215	120	66	2,9	3,5	45	0,1x	-0,4	7,1	6,1	4,4	0,7	2,0
Congo	24	142	104	125	1,6	-1,1	-20	3,2	-0,2	6,3	5,4	4,5	0,8	1,0
Congo, Repubblica Democratica	15	235	200	161	0,8	1,3	20	-2,4	-4,3	6,4	6,7	6,7	-0,3	0,0
Corea, Repubblica	166	54	9	5	9,0	3,5	44	6,2	4,4	4,5	1,6	1,2	5,2	1,7
Corea, Repubblica Democratica Popolare	62	70	55	55	1,2	0,0	0	-	-	4,0	2,4	1,9	2,6	1,5
Costa d'Avorio	22	236	151	127	2,2	1,0	16	-1,9	-0,7	7,4	6,6	4,5	0,5	2,2
Costarica	140	83	18	11	7,6	2,9	39	0,7	2,5	5,0	3,2	2,1	2,3	2,4
Croazia	160	42	13	6	5,9	4,5	54	-	3	2,0	1,7	1,3	0,9	1,3
Cuba	156	39	13	7	5,5	3,6	46	-	3,6x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Danimarca	173	16	9	4	2,9	4,8	56	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	-0,5
Dominica	140	60	18	11	6,0	2,9	39	4,7x	2,4	-	-	-	-	-
Ecuador	107	140	57	22	4,5	5,6	61	1,3	1,2	6,3	3,7	2,6	2,7	2,0
Egitto	77	236	93	36	4,7	5,6	61	4,3	2,5	6,2	4,4	2,9	1,7	2,4
El Salvador	99	162	60	24	5,0	5,4	60	-1,8	1,8	6,4	3,7	2,7	2,7	1,8
Emirati Arabi Uniti	151	84	15	8	8,6	3,7	47	-4,8x	-0,3x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,8
Eritrea	50	237	147	70	2,4	4,4	52	-	-0,3x	6,6	6,2	5,1	0,3	1,2
Estonia	160	20	18	6	0,5	6,5	67	1,5x	5,2	2,1	1,9	1,5	0,4	1,6
Etiopia	27	241	204	119	0,8	3,2	42	-	2,2	6,8	6,8	5,3	0,0	1,4
Federazione Russa	126	40	27	15	2,0	3,5	44	-	1,2	2,0	1,9	1,3	0,3	2,0
Figi	117	-	22	18	-	1,2	18	0,6x	1,5x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Filippine	94	89	62	28	1,8	4,7	55	0,8	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7

	Posizione secondo il tasso di MISA	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹		Riduzione dal 1990 (%) ⁹	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Finlandia	173	16	7	4	4,1	3,3	43	2,8	2,8	1,9	1,7	1,8	0,3	-0,2
Francia	173	18	9	4	3,5	4,8	56	2,2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	-0,5
Gabon	40	—	92	91	—	0,1	1	0,3	-0,7	4,8	4,8	3,1	0,0	2,6
Gambia	34	311	153	109	3,5	2,0	29	0,9	0,2	6,7	6,0	4,8	0,5	1,4
Georgia	88	—	47	30	—	2,6	36	3,2	1,8	2,6	2,1	1,4	1,0	2,4
Germania	173	26	9	4	5,3	4,8	56	2,3x	1,4	2,0	1,4	1,4	1,9	0,0
Ghana	30	183	120	115	2,1	0,3	4	-2,1	2,1	6,7	5,8	3,9	0,7	2,3
Giamaica	86	62	33	31	3,2	0,4	6	-1,3	0,8	5,5	2,9	2,5	3,1	1,1
Giappone	173	17	6	4	5,2	2,4	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,3
Gibuti	22	—	175	127	—	1,9	27	—	-2,1	7,4	6,2	4,0	0,9	2,5
Giordania	99	107	40	24	4,9	3,0	40	2,5x	2	7,9	5,5	3,1	1,8	3,3
Grecia	173	32	11	4	5,3	6,0	64	1,3	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Grenada	114	—	37	19	—	3,9	49	4,9	2,5	4,6	3,7	2,3	1,1	2,8
Guatemala	71	168	82	39	3,6	4,4	52	0,2	1,4	6,2	5,6	4,2	0,6	1,7
Guinea	17	326	231	150	1,7	2,5	35	0,3x	1,3	7,0	6,7	5,5	0,2	1,2
Guinea-Bissau	5	—	240	198	—	1,1	18	-0,2	-2,6	6,8	7,1	7,1	-0,2	0,0
Guinea Equatoriale	4	—	170	206	—	-1,1	-21	—	21,1	5,7	5,9	5,4	-0,2	0,5
Guyana	59	—	88	60	—	2,3	32	-1,5	3,1	5,6	2,6	2,3	3,8	0,6
Haiti	47	222	152	76	1,9	4,1	50	-0,3	-2,1	5,8	5,4	3,6	0,3	2,5
Honduras	99	169	58	24	5,3	5,2	59	0,8	1,5	7,3	5,1	3,3	1,7	2,5
India	49	190	117	72	2,4	2,9	38	2,1	4,5	5,4	4,0	2,8	1,5	2,0
Indonesia	86	172	91	31	3,2	6,3	66	4,7	2,3	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Iran, Repubblica Islamica	83	191	72	33	4,9	4,6	54	-2,3	2,5	6,6	5,0	2,0	1,3	5,3
Iraq	66	125	53	44	4,3	1,1	17	—	—	7,2	5,9	4,3	1,0	1,9
Irlanda	173	23	9	4	4,7	4,8	56	2,8	5,8	3,9	2,1	2,0	3,1	0,4
Islanda	189	16	7	3	4,1	5,0	57	3,2	2,4	3,0	2,2	2,0	1,6	0,3
Isole Cook	117	—	32	18	—	3,4	44	—	—	—	—	—	—	—
Isole Marshall	64	—	92	54	—	3,1	41	—	-2	—	—	—	—	—
Isole Salomone	50	—	121	70	—	3,2	42	3,4	-1,6	6,9	5,9	3,9	0,8	2,4
Israele	166	29	12	5	4,4	5,1	58	1,9	1,7	3,8	3,0	2,8	1,2	0,4
Italia	173	33	10	4	6,0	5,4	60	2,8	1,2	2,4	1,3	1,4	3,1	-0,3
Kazakistan	84	88	60	32	1,9	3,7	47	—	3,2	3,5	2,8	2,3	1,1	1,3
Kenya	26	156	97	121	2,4	-1,3	-25	1,2	0	8,1	5,9	5,0	1,6	1,0
Kirghizistan	73	—	74	38	—	3,9	49	—	-0,5	4,9	3,9	2,5	1,2	2,7
Kiribati	57	—	88	63	—	2,0	28	-5,3	1,8	—	—	—	—	—
Kuwait	140	59	15	11	6,8	1,8	27	-6,8x	1,1x	7,2	3,5	2,2	3,6	2,8
Laos, Repubblica Democratica Popolare	50	218	163	70	1,5	5,0	57	—	4,2	6,4	6,2	3,2	0,2	3,9
Lesotho	45	171	102	84	2,6	1,1	18	3,1	1,8	5,8	4,9	3,4	0,8	2,2
Lettonia	148	20	17	9	0,8	3,7	47	3,4	4,7	1,9	1,9	1,3	0,0	2,3
Libano	91	54	37	29	1,9	1,4	22	—	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,1
Liberia	20	284	205	133	1,6	2,5	35	-4,2	1,9	6,9	6,9	6,8	0,0	0,1
Libia, Jamahiriya Araba	117	160	41	18	6,8	4,8	56	-4,9x	—	7,6	4,8	2,8	2,3	3,3
Liechtenstein	189	—	10	3	—	7,1	70	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	151	22	16	8	1,6	4,1	50	—	3	2,3	2,0	1,3	0,7	2,7
Lussemburgo	189	23	9	3	4,7	6,5	67	2,7	3,2	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,3
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	123	119	38	17	5,7	4,7	55	—	0,5	3,2	1,9	1,4	2,4	1,8
Madagascar	32	180	168	112	0,3	2,4	33	-2,4	-0,4	6,8	6,2	4,8	0,4	1,5
Malawi	33	334	209	111	2,3	3,7	47	-0,1	0,3	7,3	7,0	5,6	0,2	1,2
Maldiva	88	—	111	30	—	7,7	73	—	5,5x	7,0	6,2	2,6	0,6	5,1
Malesia	140	70	22	11	5,8	4,1	50	4	3,2	5,6	3,7	2,6	2,0	2,1
Mali	6	372	250	196	2,0	1,4	22	-0,3	2,2	7,5	7,4	6,5	0,0	0,8
Malta	166	28	11	5	4,7	4,6	55	6,5	2,7x	2,1	2,0	1,4	0,0	2,4
Marocco	81	184	89	34	3,6	5,7	62	2	2	7,1	4,0	2,4	2,8	3,1
Mauritania	27	233	130	119	2,9	0,5	8	-0,9	0,6	6,6	5,8	4,4	0,6	1,6
Mauritius	126	86	24	15	6,4	2,8	38	5,1x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Messico	78	111	52	35	3,8	2,3	33	1,6	1,6	6,7	3,4	2,2	3,4	2,5
Micronesia, Stati Federati	69	—	58	40	—	2,2	31	—	-0,2	6,9	5,0	3,8	1,7	1,6
Moldavia	117	65	37	18	2,8	4,2	51	1,8x	-1,3	2,6	2,4	1,4	0,3	3,2
Monaco	173	—	9	4	—	4,8	56	—	—	—	—	—	—	—

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

	Posizione secondo il tasso di MISA	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹		Riduzione dal 1990 (%) ⁹	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Mongolia	67	–	98	43	–	4,8	56	–	2,2	7,5	4,1	1,9	3,0	4,6
Montenegro	145	–	16	10	–	2,8	38	–	3,4x	2,4	2,0	1,8	0,9	0,6
Mozambico	14	277	201	168	1,6	1,1	16	-1x	4,1	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Myanmar	36	179	130	103	1,6	1,4	21	1,5	6,8x	6,1	3,4	2,1	2,8	3,0
Namibia	53	126	87	68	1,9	1,4	22	-2,3x	1,8	6,5	5,8	3,2	0,5	3,5
Nauru	88	–	–	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	62	237	142	55	2,6	5,6	61	1,2	1,9	5,9	5,2	3,3	0,6	2,6
Nicaragua	78	165	68	35	4,4	3,9	49	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,2
Niger	11	318	304	176	0,2	3,2	42	-2,2	-0,6	8,1	7,9	7,2	0,1	0,5
Nigeria	8	265	230	189	0,7	1,2	18	-1,4	1,2	6,9	6,8	5,4	0,1	1,3
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvegia	173	16	9	4	2,9	4,8	56	3,2	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nuova Zelanda	160	21	11	6	3,2	3,6	45	0,8	2	3,1	2,1	2,0	2,0	0,2
Oman	137	200	32	12	9,2	5,8	63	3,3	2,2x	7,2	6,6	3,0	0,4	4,6
Paesi Bassi	166	16	8	5	3,5	2,8	38	1,5	2,1	2,4	1,6	1,7	2,2	-0,6
Pakistan	43	184	132	90	1,7	2,3	32	3	1,6	6,6	6,3	3,5	0,2	3,4
Palau	145	–	21	10	–	4,4	52	–	–	–	–	–	–	–
Panama	104	68	34	23	3,5	2,3	32	0,3	2,6	5,3	3,0	2,6	2,8	0,9
Papua Nuova Guinea	56	156	94	65	2,5	2,2	31	-0,7	-0,6	6,2	4,8	3,8	1,2	1,3
Paraguay	91	75	41	29	3,0	2,0	29	2,8	-0,3	5,7	4,5	3,1	1,2	2,2
Perù	112	170	78	20	3,9	8,0	74	-0,6	2,7	6,3	3,9	2,5	2,4	2,6
Polonia	156	35	17	7	3,6	5,2	59	–	4,4	2,2	2,0	1,2	0,4	3,0
Portogallo	173	66	15	4	7,4	7,8	73	2,6	1,9	2,8	1,5	1,5	3,0	0,3
Qatar	126	51	26	15	3,4	3,2	42	–	–	6,9	4,4	2,7	2,3	2,9
Regno Unito	160	21	9	6	4,2	2,4	33	2	2,4	2,3	1,8	1,8	1,2	0,0
Repubblica Ceca	173	24	12	4	3,5	6,5	67	–	2,4	2,0	1,8	1,2	0,5	2,3
Repubblica Centrafricana	12	232	171	172	1,5	0,0	-1	-1,3	-0,8	5,7	5,7	4,6	0,0	1,2
Repubblica Dominicana	73	131	66	38	3,4	3,2	42	2,1	3,8	6,2	3,3	2,8	3,1	0,9
Romania	126	52	32	15	2,4	4,5	53	0,9x	2,3	2,9	1,9	1,3	2,0	2,3
Ruanda	9	223	195	181	0,7	0,4	7	1,1	1,1	8,2	7,6	5,9	0,4	1,5
Saint Kitts/Nevis	117	–	36	18	–	4,1	50	6,3x	2,8	–	–	–	–	–
Saint Lucia	117	66	21	18	5,7	0,9	14	5,3x	1,3	6,1	3,3	2,2	3,0	2,5
Saint Vincent/Grenadine	114	72	22	19	5,9	0,9	14	3,3	3	6,0	3,0	2,2	3,5	1,8
Samoa	95	101	50	27	3,5	3,6	46	–	2,6	6,1	4,8	4,0	1,2	1,0
San Marino	173	–	13	4	–	6,9	69	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	38	104	101	99	0,1	0,1	2	–	–	6,5	5,4	3,9	0,9	1,9
Senegal	31	276	149	114	3,1	1,6	23	-0,7	1,1	7,0	6,6	4,7	0,3	1,9
Serbia	151	–	–	8	–	–	–	–	2,6x	2,4	2,1	1,8	0,6	1,0
Seychelles	134	59	19	13	5,7	2,2	32	2,9	1,4	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1	371	290	262	1,2	0,6	10	-0,4	-0,4	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0
Singapore	189	27	8	3	6,1	5,8	63	5,6	3,8	3,0	1,8	1,3	2,7	1,9
Siria, Repubblica Araba	123	128	37	17	6,2	4,6	54	2	1,5	7,6	5,5	3,1	1,6	3,4
Slovacchia	151	31	15	8	3,6	3,7	47	–	3,3	2,5	2,0	1,2	1,0	2,9
Slovenia	173	29	11	4	4,8	6,0	64	–	3,5	2,3	1,5	1,3	2,0	1,0
Somalia	19	–	203	142	–	2,1	30	-0,9	–	7,3	6,8	6,1	0,3	0,6
Spagna	173	25	9	4	5,1	4,8	56	1,9	2,4	2,9	1,3	1,4	3,9	-0,2
Sri Lanka	110	100	32	21	5,7	2,5	34	3	3,9	4,4	2,5	1,9	2,7	1,7
Stati Uniti	151	23	11	8	3,7	1,9	27	2,2	2	2,2	2,0	2,1	0,6	-0,2
Sudafrica	60	113	64	59	2,8	0,5	8	0,1	1	5,6	3,6	2,7	2,2	1,7
Sudan	34	168	125	109	1,5	0,8	13	0,1	3,6	6,6	6,0	4,3	0,5	1,9
Suriname	91	–	51	29	–	3,3	43	-2,4x	1,8	5,7	2,7	2,4	3,6	0,7
Svezia	189	13	7	3	3,1	5,0	57	1,8	2,2	2,0	2,0	1,8	0,1	0,7
Svizzera	166	18	8	5	4,1	2,8	38	1,2	0,7	2,0	1,5	1,4	1,4	0,5
Swaziland	40	199	96	91	3,6	0,3	5	3,1	-0,3	6,9	5,7	3,5	0,9	2,9
Tagikistan	54	138	117	67	0,8	3,3	43	–	-2,2	6,9	5,2	3,4	1,4	2,5
Tanzania, Repubblica Unita	29	217	157	116	1,6	1,8	26	–	1,8	6,8	6,1	5,2	0,5	0,9
Territorio Palestinese Occupati	95	–	38	27	–	2,0	29	–	-2,9x	7,9	6,4	5,2	1,0	1,3
Thailandia	156	103	31	7	6,0	8,8	77	5	2,9	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
Timor-Leste	39	–	184	97	–	3,8	47	–	–	6,3	5,3	6,6	0,8	-1,2
Togo	37	219	150	100	1,9	2,4	33	-0,6	-0,2	7,0	6,4	4,9	0,5	1,6

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹		Riduzione dal 1990 (%) ⁹	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Tonga	104	50	32	23	2,2	1,9	28	–	2	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Trinidad e Tobago	78	54	34	35	2,3	-0,2	-3	0,5	5,1	3,5	2,4	1,6	1,8	2,4
Tunisia	110	201	52	21	6,8	5,3	60	2,5	3,4	6,6	3,6	1,9	3,0	3,7
Turchia	104	201	82	23	4,5	7,5	72	1,9	2,2	5,5	3,0	2,1	3,0	2,1
Turkmenistan	65	–	99	50	–	4,0	49	–	-6,8x	6,3	4,3	2,5	1,9	3,2
Tuvalu	75	–	53	37	–	2,1	30	–	–	–	–	–	–	–
Ucraina	99	36	25	24	1,8	0,2	4	–	-0,7	2,1	1,9	1,2	0,6	2,6
Uganda	21	195	175	130	0,5	1,7	26	–	3,1	7,1	7,1	6,5	0,0	0,5
Ungheria	156	40	17	7	4,3	5,2	59	3	3,3	2,0	1,8	1,3	0,6	2,0
Uruguay	132	60	25	14	4,4	3,4	44	0,9	1,5	2,9	2,5	2,1	0,7	1,0
Uzbekistan	68	–	74	41	–	3,5	45	–	1,2	6,5	4,2	2,5	2,2	3,0
Vanuatu	81	155	62	34	4,6	3,5	45	1,1x	-0,4	6,3	4,9	3,8	1,2	1,6
Venezuela, Repubblica bolivariana	114	62	32	19	3,3	3,1	41	-1,6	-0,2	5,4	3,4	2,6	2,2	1,7
Vietnam	126	85	56	15	2,1	7,7	73	–	6	7,0	3,7	2,2	3,2	3,2
Yemen	48	309	127	73	4,4	3,3	43	–	1,6	8,6	8,1	5,5	0,3	2,2
Zambia	13	179	163	170	0,5	-0,2	-4	-2,3	0,1	7,4	6,5	5,2	0,7	1,2
Zimbabwe	43	131	95	90	1,6	0,3	5	-0,4	-2,1x	7,4	5,2	3,2	1,8	2,8

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	232	186	148	1,1	1,3	20	-0,1	1,3	6,8	6,3	5,2	0,4	1,1
Africa orientale e meridionale	202	165	123	1,0	1,7	25	–	1,4	6,8	6,0	4,9	0,6	1,2
Africa occidentale e centrale	260	206	169	1,2	1,2	18	-0,6	1,3	6,8	6,6	5,5	0,1	1,1
Medio Oriente e Nord Africa	195	79	46	4,5	3,2	42	-0,1	1,6	6,8	5,0	3,0	1,5	3,0
Asia meridionale	197	125	78	2,3	2,8	38	2,1	4,1	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2
Asia orientale e Pacifico	121	56	27	3,9	4,3	52	5,7	6,8	5,6	2,5	1,9	4,1	1,6
America latina e Caraibi	122	55	26	4,0	4,4	53	1,4	1,5	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8
ECO/CSI	91	53	25	2,7	4,4	53	–	1,6	2,8	2,3	1,7	0,9	1,9
Paesi industrializzati ⁸	24	10	6	4,4	3,0	40	2,3	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2
Paesi in via di sviluppo ⁸	162	103	74	2,3	1,9	28	2,4	4	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6
Paesi meno sviluppati ⁸	241	179	130	1,5	1,9	27	-0,2	2,5	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3
Mondo	143	93	68	2,2	1,8	27	2,3	2,4	4,7	3,2	2,6	1,9	1,3

⁸ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 152.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni – Probabilità di morire tra la nascita e il compimento del quinto anno espressa su 1.000 nati vivi.

Riduzione dal 1990 (%) – Percentuale di riduzione del tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5) dal 1990 al 2007. Nel 2000 la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite ha stabilito l'obiettivo della riduzione di due terzi (67%) del MIS5 dal 1990 al 2015. Questo indicatore permette di valutare il progresso verso questo obiettivo.

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il tasso di crescita è calcolato sulla base di dati espressi in valuta locale, depurati dall'inflazione.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse e fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Mortalità sotto i 5 anni – UNICEF, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Divisione Statistica delle Nazioni Unite.

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

NOTES

- Dati non disponibili.
- x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- ⁹ Un valore negativo indica un aumento nel tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni dal 1990.

Acronimi

ACSD	Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
AIDS	Sindrome da immunodeficienza acquisita	OSM	Obiettivo di Sviluppo del Millennio
EmOC	Assistenza ostetrica d'emergenza	PIL	Prodotto interno lordo
FGM/C	Mutilazione genitale femminile/escissione	PMTCT	Prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana	UN SG	Segretario generale delle Nazioni Unite
HMN	Health Metrics Network	UNAIDS	Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS
IMCI	Gestione integrata delle malattie dell'infanzia	UNESCO	Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura
IMNCH	Gestione integrata della salute neonatale e dell'infanzia	UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione
MICS	Indagini campione a indicatori multipli	UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico		



Uffici UNICEF

UNICEF Sede centrale

UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

UNICEF Ufficio regionale per l'Europa

Palais des Nations
CH-1211 Ginevra 10, Svizzera

UNICEF Ufficio regionale per l'Europa centrale e orientale e Comunità di Stati indipendenti

Palais des Nations
CH-1211 Ginevra 10, Svizzera

UNICEF Ufficio regionale per l'Africa orientale e meridionale

United Nations Complex Gigiri
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

UNICEF Ufficio regionale per l'Africa occidentale e centrale

P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

UNICEF Ufficio regionale per le Americhe e i Caraibi

Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

UNICEF Ufficio regionale per l'Asia orientale e il Pacifico

P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailandia

UNICEF Ufficio regionale per il Medio Oriente e il Nord Africa

P.O. Box 1551
Amman 11821, Giordania

UNICEF Ufficio regionale per l'Asia meridionale

P.O. Box 5815,
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.unicef.org



Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68

00185 Roma

Tel. 06 478091

Fax 06 47809270

www.unicef.it

pubblicazioni@unicef.it

ISBN: 978-88-89285-17-6

© Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF)

Dicembre 2008

COD. NC080019