



PROGRESSI PER L'INFANZIA

Report Card sulla mortalità materna

Numero 7, settembre 2008

uniti per
i bambini

unicef 



SOMMARIO

Prefazione: La mortalità materna e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM)	1
La mortalità materna: un problema troppo a lungo ignorato	2
Panoramica globale	4
Assistenza continuativa	
L'assistenza prenatale	7
Parti assistiti da personale sanitario qualificato	9
L'assistenza ostetrica di emergenza	9
L'assistenza post-parto	11
Contracezione e pianificazione familiare	12
Stime e indicatori correlati	
Il tasso di fertilità	13
La fertilità tra le adolescenti	13
Matrimoni precoci	14
Mutilazioni genitali femminili/escissione (FGM/C)	14
L'istruzione e l'empowerment delle donne	14
Note generali sui dati	14
Africa occidentale e centrale: Dove le madri sono più a rischio	15
Africa orientale e meridionale: Progressi minimi	18
Asia meridionale: Progressi diseguali	21
Medio Oriente e Nord Africa: Progressi costanti	24
America latina e Caraibi: Progressi continui	27
Asia orientale e Pacifico: Progressi rapidi	30
Europa centrale e orientale e Confederazione di Stati indipendenti (ECO/CSI): Bassa fertilità, pochi rischi nel corso della vita	33
Paesi industrializzati: Disparità nell'assistenza alle madri	36
Un impegno che deve crescere	37
Note	40
Tavole Statistiche	
1: Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: indicatori	42
2: Confronto della mortalità materna per regione UNICEF, 1990–2005	45
Stime sulla mortalità materna	45



LA MORTALITÀ MATERNA E GLI OSM

Ogni anno più di mezzo milione di donne muore per cause legate alla gravidanza e si stima che 10 milioni siano vittime di lesioni, infezioni, malattie o disabilità che possono causare sofferenze per tutto il corso della vita.

La maggior parte di questi decessi e disabilità potrebbero essere evitati: dove i parti sono monitorati da personale sanitario specializzato, sono disponibili cure ostetriche d'emergenza e le donne seguono un'alimentazione corretta e possono usufruire di servizi di assistenza sanitaria di base, infatti, il rischio di mortalità materna è inferiore.

Questa edizione del rapporto *Progressi per l'infanzia*, la settima della serie che monitora i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, valuta i risultati raggiunti a livello mondiale in materia di salute materna, con attenzione particolare alla piaga della mortalità materna. Vengono descritti i progressi compiuti nel campo della salute materna e vengono messe in evidenza le aree ancora da migliorare.

A livello globale, si stima che il tasso di mortalità materna sia diminuito del 5,4 % tra il 1990 e il 2005, con un calo da 430 a 400 decessi su 100.000 nati vivi. Nei paesi in via di sviluppo la sempre maggiore diffusione di personale sanitario qualificato che assista al parto e l'assistenza prenatale sono gli interventi base per ridurre ulteriormente questo tasso.

In questi paesi, tuttavia, il rischio che una donna muoia a causa di complicazioni associate alla gravidanza e al parto nel corso della vita è uno su 76, mentre nei paesi industrializzati è di uno su 8.000; e si stima che in Niger questo rischio sia addirittura di 1 su 7.

I progressi ottenuti fino ad oggi non sono sufficienti a garantire il raggiungimento del traguardo fissato dall'OSM 5: ridurre il tasso di mortalità materna di 3/4 tra il 1990 e il 2015. Per ottenere tale risultato, la salute materna dovrebbe essere considerata parte integrante di un'assistenza continua che preveda dei "pacchetti sanitari" di base sia per le madri che per i neonati e bambini.

Sarebbe necessario aumentare progressivamente gli interventi così da fornire un'assistenza sanitaria di base durante la gravidanza, il parto e nel periodo successivo.

Dietro alle statistiche sulla mortalità materna presentate in questo rapporto si nascondono più di mezzo milione di tragedie personali; ma le azioni di miglioramento della salute materna di seguito proposte avrebbero un impatto ben oltre le vite delle donne a rischio, incidendo anche sui loro bambini, le famiglie, comunità e nazioni.

Ann M. Veneman
Direttore generale UNICEF



LA MORTALITÀ MATERNA: Un problema troppo a lungo ignorato

La mortalità materna è uno dei problemi più ignorati a livello mondiale, e finora i progressi compiuti per ridurre il tasso di mortalità materna (MMR) sono stati estremamente lenti. La questione ha acquisito una maggiore rilevanza grazie all'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5, relativo alla salute materna, con uno dei suoi più ambiziosi traguardi: la riduzione dell'MMR di 3/4 tra il 1990 e il 2015. La comunità internazionale ha deciso di affrontare questa sfida, comprendendo che interventi sulla salute materna avrebbero avuto un impatto significativo. Ben presto, tuttavia, ci si è resi conto che si trattava di un'impresa tutt'altro che facile.

Con l'attuale ritmo di progresso, il mondo non riuscirà affatto a raggiungere il traguardo sulla riduzione della mortalità materna. C'è molta incertezza sui dati, ma si stima che per raggiungere l'obiettivo sarebbe stato necessario ridurre l'MMR globale del 5,5% in media all'anno, tra il 1990 e il 2015. L'attuale tasso medio di riduzione, tuttavia, è meno dell'1% annuo. Ogni anno infatti nel mondo muoiono più di 500.000 donne a causa di complicazioni associate alla gravidanza e al parto. Quasi la metà di loro risiede nell'Africa sub-sahariana; ma in questa regione, dove il problema è più acuto, il tasso annuo di riduzione è dello 0,1%, il più lento di tutto il mondo.

La causa di questi decessi non è un mistero: queste donne muoiono perché hanno un accesso limitato o non hanno affatto accesso all'assistenza sanitaria, o perché la qualità dei servizi sanitari è estremamente bassa. Muoiono in seguito a emorragie, sepsi, disturbi ipertensivi, aborti non sicuri e travagli prolungati o parti chiusi, complicazioni che spesso potrebbero essere curate in maniera efficace con un sistema sanitario in grado di fornire personale specializzato che sappia gestire sul momento le emergenze e garantire assistenza post partum.

Le condizioni alimentari e di salute di una donna, compresi l'HIV e l'anemia, sono tra le principali cause di questi decessi, insieme a fattori sociali quali la povertà, le disuguaglianze, la bassa considerazione che si ha delle donne e l'atteggiamento generale nei loro confronti e nei confronti delle loro necessità.

Questi elementi dimostrano la chiara correlazione che esiste tra il miglioramento della salute materna e il raggiungimento degli altri OSM. I costi associati a una scarsa salute materna sono spesso causa di impoverimento, e una migliore condizione di salute delle madri potrebbe favorire la riduzione della povertà (OSM 1) preservando le famiglie dalle devastanti conseguenze

Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: Migliorare la salute materna

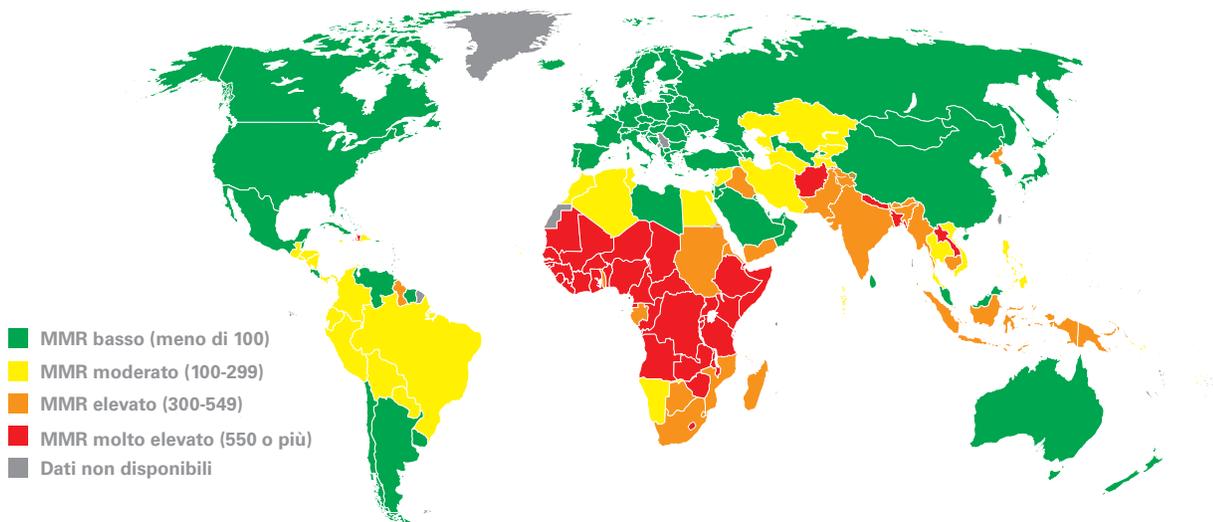


Traguardi	Indicatori
5. A Ridurre di 3/4 tra il 1990 e il 2015 il tasso di mortalità materna	5.1 Tasso di mortalità materna
	5.2 Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato
5. B Ottenere, entro il 2015, accesso universale alla salute riproduttiva	5.3 Tasso di prevalenza contraccettiva
	5.4 Tasso di gravidanze precoci
	5.5 Tasso di assistenza prenatale (almeno 1 visita e almeno 4 visite)
	5.6 Necessità insoddisfatta di pianificazione familiare

I progressi per migliorare la salute materna sono stati troppo lenti, adesso occorre accelerare

La mortalità materna è più elevata nei paesi dell'Africa sub-sahariana e dell'Asia meridionale

Tassi di mortalità materna (MMR) su 100.000 nati vivi (2005)



Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Nota: Questa e tutte le mappe di questa pubblicazione sono stilizzate e non in scala. Non riflettono la posizione dell'UNICEF sullo stato legale di nessun paese o territorio né sulla delimitazione delle frontiere. La linea tratteggiata rappresenta in maniera approssimativa la Linea di Controllo in Jammu e Kashmir, nata dall'accordo tra India e Pakistan. La situazione finale in Jammu e Kashmir non è ancora stata definita dalle parti.

economiche che il decesso o la disabilità di una madre potrebbero causare. Fornire un'assistenza specializzata alle madri durante e subito dopo il parto darebbe più possibilità di sopravvivenza ai bambini (OSM 4), sia proteggendoli durante la delicatissima fase neonatale, sia permettendo a un numero maggiore di madri di sopravvivere e prendersi cura dei propri figli. L'accesso alla salute riproduttiva (il principale traguardo dell'OSM 5.B) è strettamente legato anche alla riduzione della povertà e alla sopravvivenza infantile; e servizi efficienti di assistenza alla maternità offrirebbero la possibilità sia di prevenire e curare la malaria nelle madri e nei bambini, sia di evitare la trasmissione dell'HIV da madre a figlio (OSM 6).

La mancanza di progressi nell'ambito della salute materna ha ripercussioni sullo sviluppo umano a livello mondiale. La perdita evitabile di ogni donna che muore di gravidanza o parto è già molto scoraggiante di per sé, ma il problema è ancora più grave e diffuso di quanto mostrino effettivamente le statistiche sui decessi.

L'impatto sull'infanzia è enorme. L'esperienza insegna che i neonati le cui madri muoiono durante le prime sei settimane di vita corrono un rischio maggiore di morire anch'essi prima di raggiungere i 2 anni di età rispetto ai bambini le cui madri sopravvivono¹. Inoltre, per ogni donna che muore di

gravidanza o parto 20 sono vittime di lesioni, infezioni, malattie e disabilità, come la fistola, che causano sofferenze per tutta la vita². Talvolta queste malattie sono così gravi che le donne vengono allontanate, o addirittura bandite, dalla famiglia e dalla possibilità di assumere un ruolo centrale nel mantenere e migliorare le condizioni di salute dei propri figli. Le famiglie e le comunità, inoltre, perdono queste donne da giovanissime o nel fiore dell'età, proprio quando hanno ancora davanti a sé gli anni più produttivi della vita.

Il fatto che in alcune regioni del mondo, principalmente nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale, le donne corrono ancora un rischio così alto di morire durante la gravidanza o per complicazioni associate al parto rappresenta una violazione dei loro diritti. L'articolo 12.2 della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, documento che è stato ratificato da 185 paesi, chiede agli Stati parte di "garantire alle donne servizi appropriati e, se necessario, gratuiti relativi a gravidanza, parto e post-parto, nonché una alimentazione adeguata durante la gravidanza e l'allattamento".

Le cause della mortalità e delle malattie materne, così come le misure per evitarle, sono così chiare che risulta particolarmente difficile ignorare la conclusione che non siano state



contrastate per tanto tempo a causa della condizione sociale, politica ed economica svantaggiata che hanno le donne in molte società.

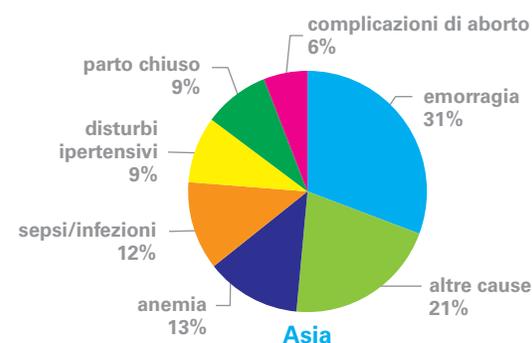
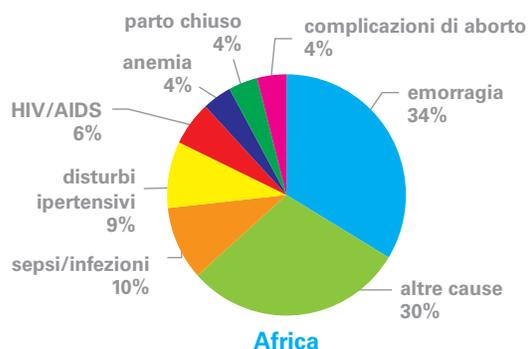
Panoramica globale

Su 536.000 decessi materni stimati nel mondo nel 2005, il 99% sono avvenuti nei paesi in via di sviluppo: circa la metà del totale (265.000) nella sola Africa sub-sahariana e 1/3 nell'Asia meridionale (187.000). In queste due regioni, quindi, sono avvenuti l'84% dei casi di decessi materni, la cui causa principale è stata l'emorragia. Inoltre, in solo 10 paesi sono avvenuti quasi i 2/3 di tutti i decessi materni. L'India ha di gran lunga il maggior numero di casi: 117.000, pari al 22% del totale mondiale.

Appare inevitabile che la lista dei paesi con più decessi materni vada di pari passo con quella dei paesi con maggiore popolazione. Tuttavia non si tratta necessariamente dei paesi in cui le donne corrono maggiormente il rischio di mortalità materna più alto nel corso della vita: tale rischio equivale alla probabilità che una donna muoia a causa di complicazioni durante la gravidanza o il parto nel corso di tutta la propria vita, calcolata sia in base al tasso di mortalità materna (probabilità di morte per parto) sia in base al tasso di fertilità totale (numero probabile di parti per donna durante tutto il suo periodo fecondo). Quindi in aree con alti tassi di fertilità una donna è esposta al rischio di mortalità materna più volte e il rischio di morire per cause legate alla gravidanza o al parto nel corso di tutta la vita è più alto di quanto lo sarebbe in aree con bassi tassi di fertilità.

L'emorragia è la principale causa dei decessi materni in Africa

Cause di mortalità materna (1997-2002)

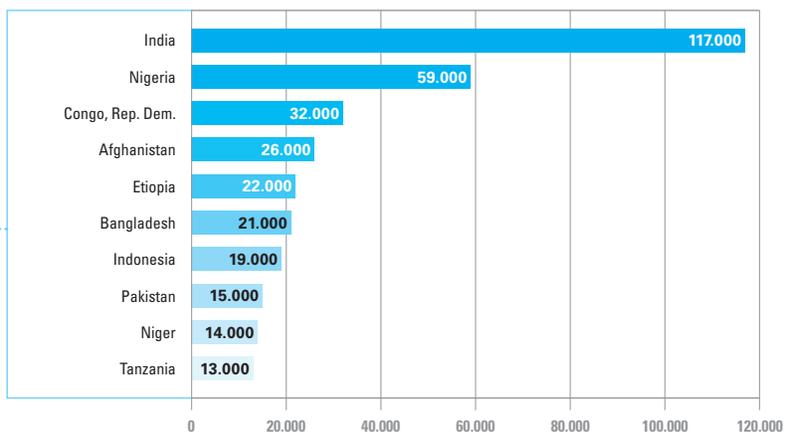


Nota: Le percentuali riportate nel grafico a torta non totalizzano il 100% a causa dell'arrotondamento.

Fonte: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, p. 1069, 1 April 2006.

In soli 10 paesi si sono verificati quasi i 2/3 di tutte le morti da parto nei PVS

Stima del numero annuale di morti da parto (2005)



Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



Nell'insieme dei paesi in via di sviluppo il rischio di mortalità materna è pari a 1 su 76, rispetto a 1 su 8.000 nei paesi industrializzati. Questo divario diventa abissale se si confrontano i paesi con i risultati migliori e quelli con i risultati peggiori: in Irlanda, dove il tasso di mortalità materna è pari a 1 (il più basso nel mondo), le donne corrono 1 rischio su 47.600 di morire nel corso della vita per cause legate alla gravidanza o al parto; in Niger, invece, le donne corrono questo rischio 1 volta su 7.

Disparità simili emergono anche nel momento in cui si prendono in considerazione i progressi compiuti tra il 1990 e il 2005. Stime recenti dimostrano che nel mondo in generale il tasso di mortalità materna è stato ridotto del 5,4%, passando dai 430 decessi materni su 100.000 nati vivi del 1990 ai 400 del 2005, un progresso apprezzabile ma non sufficiente per raggiungere il traguardo dell'OSM 5 entro il 2015.

Questa sintesi globale, inoltre, nasconde grosse differenze da una regione all'altra. Nell'Africa sub-sahariana, per esempio, non è stato compiuto alcun progresso rilevante. Le stime del 2005 che indicano 920 decessi su 100.000 nati vivi nella regione sono sicuramente inferiori rispetto alle stime del 1990 che ne contano 940, ma a causa della forte incertezza e approssimazione sulle

stime, statisticamente tali dati potrebbero non rappresentare un cambiamento significativo (vedi tabella, pag. 14). In questa regione, inoltre, alcuni dei paesi con MMR molto alti sono paesi colpiti da conflitti e ciò rende la stima dei risultati una vera e propria sfida. Poiché la necessità di ottenere progressi è più che mai urgente in tutta l'Africa sub-sahariana, questa mancanza di miglioramenti desta grandissima preoccupazione.

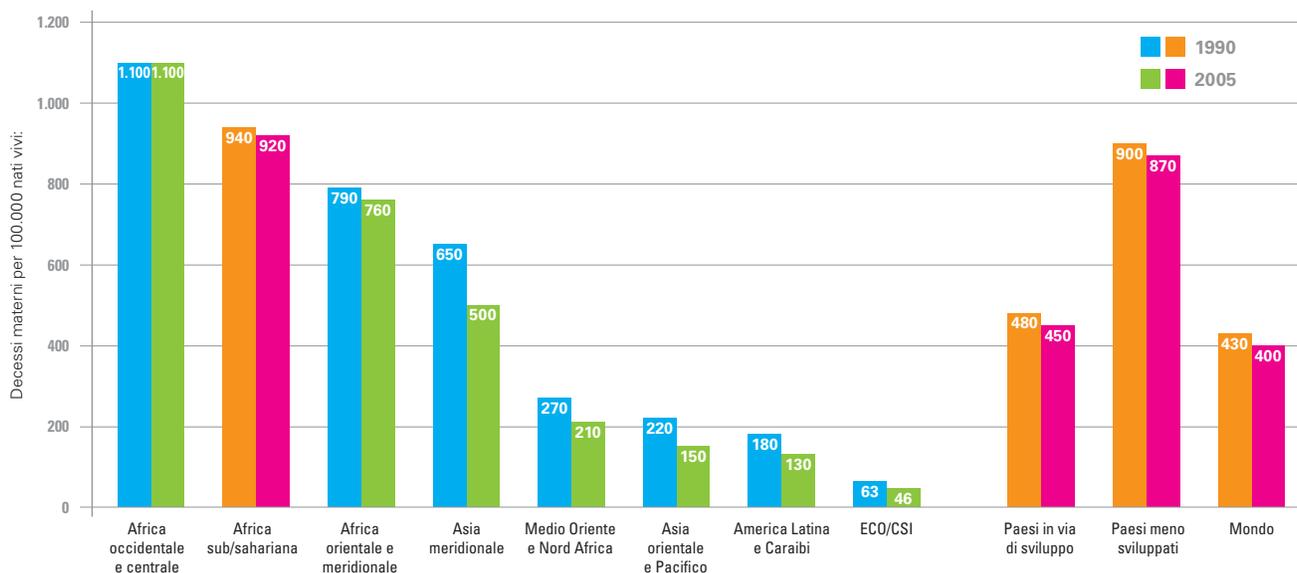
I dati rivelano che la maggior parte delle regioni al di fuori dell'Africa sub-sahariana stanno facendo quantomeno dei passi verso un miglioramento. Le misure da adottare sono chiaramente definite e supportate da dati e da numerosi studi. L'obiettivo da raggiungere è un'assistenza continua alle donne e ai loro bambini che includa consigli sull'alimentazione, prevenzione di gravidanze non programmate e aborti non sicuri, assistenza specializzata e di alta qualità durante la gravidanza e il parto, cure ostetriche di emergenza e assistenza post-partum per madri e bambini, il tutto collegato grazie a un sistema sanitario di riferimento operativo ed efficiente.

Morbilità materna

Per ogni donna che muore per cause legate alla gravidanza, circa altre 20 sono vittime di lesioni, malattie e disabilità. Ciò

I progressi nella lotta alla mortalità materna nelle differenti regioni

Tendenze nel tasso di mortalità materna, per regione (1990 e 2005)



Fonte: OMS, WHO, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



significa che circa 10 milioni di donne che sopravvivono alla gravidanza devono comunque affrontare conseguenze negative³. In molti paesi in via di sviluppo queste “disabilità” non vengono curate e causano dolori fisici e sofferenze psicologiche per tutta la vita.

Una di esse è la fistola che si crea quando, durante un travaglio prolungato o un parto chiuso, la testa del bambino esercita una pressione che riduce l’afflusso sanguigno ad alcune aree del tessuto del canale del parto; questo tessuto necrotizza e nel periodo successivo al parto si formano delle lesioni che, trovandosi tra la vagina e la vescica o il retto, causano perdite incontrollabili e, quindi, incontinenza. Ciò può causare infezioni e danni neurologici, insieme a moltissime altre complicazioni. Si stima che ogni anno almeno 75.000 donne siano vittime di questa patologia e molte di esse non ricevono le cure necessarie. Secondo alcune stime sono almeno 2 milioni le donne che vivono in queste condizioni debilitanti⁴.

Milioni di donne soffrono di anemia e infertilità dovute a complicazioni durante il parto. L’emorragia durante e dopo il parto, infatti, può poi portare ad anemia grave, la quale a sua volta contribuisce a creare uno stato di morbilità cronica. L’anemia, inoltre, se associata alla malaria, acuisce la vulnerabilità, aumenta il rischio di morte in caso di emorragia e, se grave, può causare insufficienza cardiaca.

L’infertilità insorge quando l’infezione pelvica non viene trattata con antibiotici e nel caso di un aborto non sicuro.

Anemia e denutrizione

Si stima che quasi la metà delle donne in gravidanza nel mondo soffrano di forme di anemia, un rischio comune in gravidanza poiché il feto assimila i nutrienti di cui ha bisogno per svilupparsi. Tale situazione può essere aggravata da malattie infettive, in particolar modo la malaria e i parassiti intestinali, e da una inadeguata alimentazione. L’anemia è curabile attraverso l’assistenza prenatale, ma in molti paesi in via di sviluppo i programmi di somministrazione di integratori di ferro non sono finora stati granché efficaci. Le adolescenti in gravidanza, più soggette a tale condizione rispetto alle donne adulte, sono maggiormente a rischio anche perché è meno probabile che ricevano questo tipo di assistenza⁵.

La denutrizione materna diminuisce le possibilità di sopravvivere alla gravidanza e le possibilità che il bambino nasca sottopeso sono maggiori se lo è anche la madre. Un indice di massa corporea inferiore ai 18,5 kg/m² indica una carenza energetica cronica ed è una condizione diffusa in molte

regioni. La denutrizione materna grave è un fenomeno comune nell’Africa sub-sahariana, nell’Asia meridionale e nel Sudest asiatico e raggiunge livelli critici in Bangladesh, Eritrea e India⁶.

Malaria

Ogni anno quasi 50 milioni di donne in gravidanza sono esposte al rischio di malaria. Nelle zone in cui la malaria è endemica, fino al 25% dei casi di anemia materna grave sono attribuibili a questa patologia, così come il 20% circa dei casi di neonati sottopeso. Durante la gravidanza la malaria acuisce il rischio di partorire il feto morto, di aborto spontaneo, di nascita sottopeso e morte neonatale⁷. L’utilizzo di zanzariere trattate con insetticidi è vitale per poterla prevenire. La maggior parte dei paesi dell’Africa sub-sahariana in cui la malaria è endemica ha introdotto trattamenti preventivi intermittenti per le donne in gravidanza, da effettuare durante il secondo e il terzo trimestre, al fine di prevenire l’anemia e l’infezione della placenta durante il parto.

HIV/AIDS

Si stima che nel 2006 in 108 paesi a basso e medio reddito 1,5 milioni di donne sieropositive abbiano dato alla luce un bambino⁸. Queste donne sono maggiormente a rischio di emorragia, sepsi e complicazioni durante il parto cesareo (tutte cause di mortalità materna)⁹.

Donne in gravidanza e madri sieropositive hanno bisogno di avere accesso a profilassi anti-retrovirali sia per poter sopravvivere sia per ridurre il rischio di trasmissione madre-figlio; mentre quelle a uno stadio avanzato della malattia hanno necessità di cure adeguate per la loro stessa salute e sopravvivenza. Si stima che il 20-30% delle donne incinte sieropositive, al momento della diagnosi, abbiano già bisogno di una combinazione di farmaci antiretrovirali per proteggere la loro stessa salute¹⁰.

Nel 2007 circa il 33% delle donne sieropositive in gravidanza nei paesi a basso e medio reddito sono state sottoposte a terapia anti-retrovirale per prevenire la trasmissione del virus ai figli, mentre nel 2004 erano appena il 10%¹¹.

Offrire e sostenere servizi di prevenzione delle gravidanze non desiderate può essere parte integrante di un pacchetto di assistenza completo per le donne sieropositive, che includa servizi per la salute sessuale e riproduttiva, test riservati e volontari e consulenza sull’HIV.



ASSISTENZA CONTINUATIVA

Le donne sono esposte a un alto rischio di mortalità e morbilità dovute a complicazioni prima, durante e dopo il parto; tuttavia un'adeguata copertura con specifici interventi può ridurre tale rischio. L'erogazione di servizi quali l'assistenza prenatale, l'assistenza qualificata durante il parto, l'assistenza ostetrica di emergenza, l'assistenza post-parto, la contraccezione e la pianificazione familiare, attraverso un piano di assistenza continuativa (che inizi prima della gravidanza stessa e continui durante la gravidanza, il parto e il periodo successivo) può portare a molteplici benefici sia per la madre che per il bambino.

L'assistenza prenatale

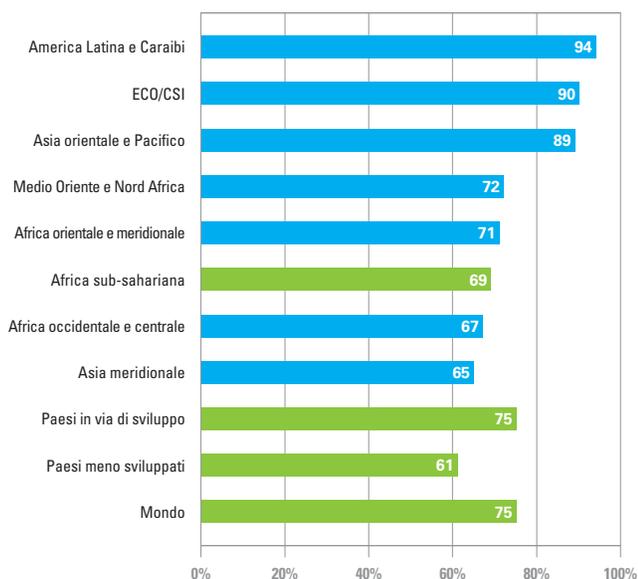
Il periodo prenatale è di fondamentale importanza per raggiungere le donne con interventi e informazioni che promuovano la loro salute, benessere e sopravvivenza, insieme a quella dei loro bambini. L'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità

(OMS) raccomandano un minimo di 4 visite prenatali durante la gravidanza, che rappresentano lo stretto necessario per fornire i servizi più importanti, tra i quali: cure contro l'ipertensione per prevenire l'eclampsia, vaccinazioni contro il tetano, trattamenti preventivi intermittenti contro la malaria e distribuzione di zanzariere trattate con insetticidi, prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio, fornitura di integratori di micronutrienti e servizi di preparazione al parto che includano informazioni su come riconoscere i segnali di allarme durante la gravidanza e il travaglio.

La maggior parte dei dati disponibili fa riferimento alle donne che hanno beneficiato dell'assistenza prenatale almeno una volta. Secondo le stime più recenti, nei paesi in via di sviluppo il 75% delle donne riceve assistenza prenatale da parte di personale sanitario specializzato almeno una volta durante la gravidanza, una percentuale decisamente superiore al 60% della metà degli anni '90. Circa 9 donne in gravidanza su 10 vengono visitate almeno una volta in America latina e Caraibi, Europa centrale e orientale e Confederazione di Stati

Nei PVS 3/4 delle donne ricevono assistenza prenatale

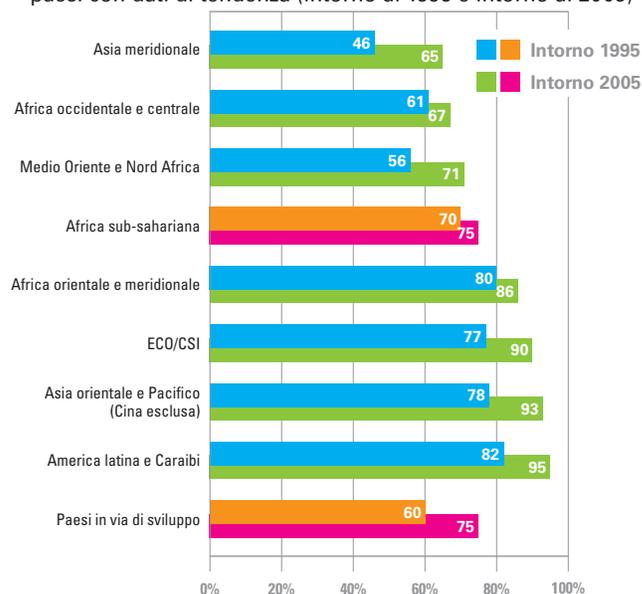
Percentuale delle donne di età compresa tra 15 e 49 anni che ricevono assistenza prenatale almeno una volta durante tutta la gravidanza, per regione (2000-2006)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Nell'ultimo decennio, tutte le regioni in via di sviluppo hanno aumentato la copertura dell'assistenza prenatale

Tendenze nella % di donne di età compresa tra 15 e 49 anni che hanno ricevuto assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza, per regione, sulla base di un sottoinsieme di 67 paesi con dati di tendenza (intorno al 1995 e intorno al 2005)



Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



indipendenti (ECO/CSI), e in Asia orientale e Pacifico. In Medio Oriente e Nord Africa il 72% delle donne riceve assistenza prenatale da personale sanitario specializzato, seguito dall'Africa sub-sahariana (69%) e dall'Asia meridionale (65%). L'Asia meridionale ha la copertura più bassa in generale, ma è anche la zona che ha compiuto i progressi più rapidi negli ultimi anni, migliorando la propria copertura di 19 punti percentuali dalla metà degli anni '90.

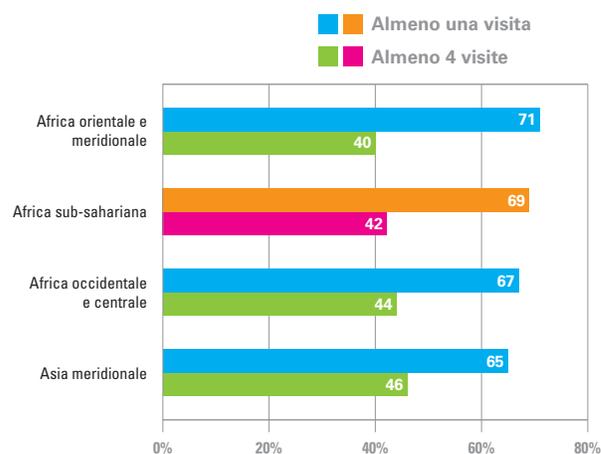
I paesi con i più bassi livelli di copertura, sempre calcolati in % sulla base delle donne che fanno almeno una visita prenatale durante la gravidanza, sono l'Afghanistan (16%), la Somalia (26%), la Repubblica Democratica Popolare del Laos (27%) e l'Etiopia (28%) (vedi tabelle, pagg. 42-44).

Nel mondo solo la metà circa di tutte le donne incinte può beneficiare delle 4 visite prenatali minime raccomandate. In parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana con questi dati, il 69% delle donne in gravidanza ha ricevuto assistenza prenatale almeno una volta tra il 2000 ed il 2006, rispetto al 42% che l'ha ricevuta almeno 4 volte.

Questi dati relativi all'assistenza prenatale non ne riflettono però l'effettiva qualità, aspetto difficilmente misurabile ma che è essenziale garantire, se si vuole che i servizi forniti contribuiscano realmente al miglioramento della salute materna.

Nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale meno della metà delle donne riceve le 4 visite prenatali raccomandate

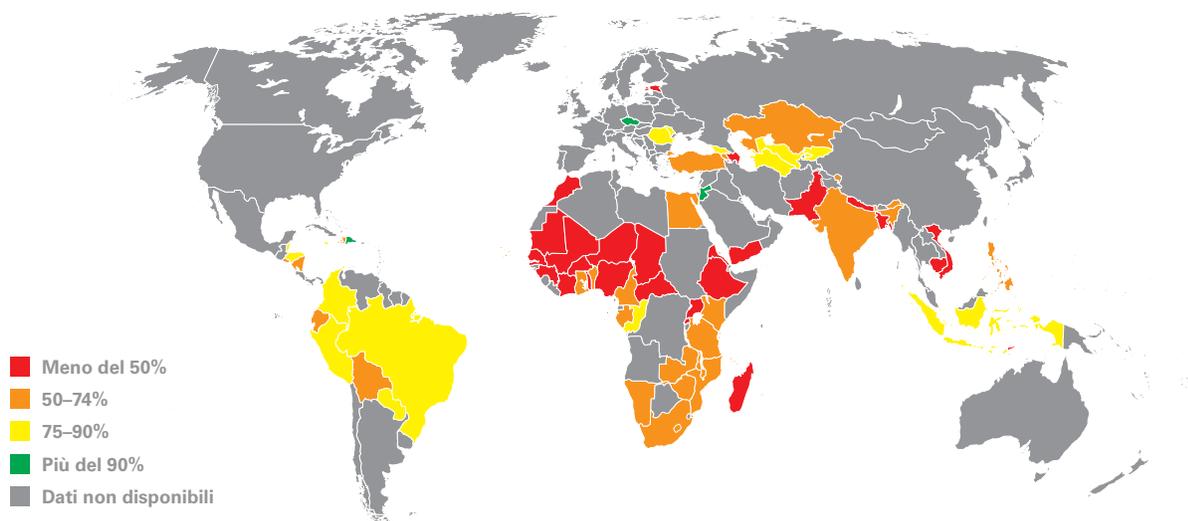
% di donne di età compresa tra 15 e 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza e percentuale di donne che riceve assistenza prenatale almeno 4 volte (2000-2006)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Nel mondo in via di sviluppo, la copertura delle 4 visite prenatali è insufficiente

% delle donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno 4 volte durante la gravidanza (2000-2006)



Fonte: DHS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



Parti assistiti da personale sanitario qualificato

Uno degli interventi cruciali per prevenire la mortalità e la morbilità materne è garantire a tutte le donne un'assistenza appropriata durante il parto. Tutti i parti dovrebbero essere assistiti da personale sanitario in possesso di competenze adeguate per gestire il parto in maniera sicura e riconoscere i primi sintomi di eventuali complicanze, fornendo le giuste cure, se nelle proprie capacità, o indirizzando la paziente a centri di assistenza d'emergenza, se l'intervento va oltre le loro possibilità. In quest'ultimo caso, tale personale qualificato deve poter fare riferimento a un sistema sanitario efficiente.

Circa 50 milioni di parti nei PVS, quasi 4 parti su 10 a livello mondiale, non sono assistiti da personale specializzato. L'Africa sub-sahariana e l'Asia meridionale hanno i livelli più bassi di assistenza qualificata al parto e, di conseguenza, hanno i più alti tassi di mortalità materna.

Per contro, il 95% dei parti che avvengono nei paesi dell'ECO/CSI è assistito da personale specializzato.

A eccezione dell'Africa orientale e meridionale, nell'ultimo decennio tutte le regioni in via di sviluppo hanno aumentato la copertura di assistenza qualificata al parto, con un incremento particolarmente marcato in Medio Oriente e Nord Africa, dove

il tasso di copertura è passato dal 55% del 1995 al 74% del 2005. 10 paesi, da soli, contano oltre 2/3 di tutti i parti non assistiti del mondo, con la sola India responsabile di più di 1/4.

Nel mondo i parti che avvengono nelle aree urbane hanno il doppio delle probabilità di essere assistiti da personale sanitario qualificato rispetto ai parti nelle zone rurali. Tra i paesi per cui sono disponibili dei dati, c'è una profonda differenza anche tra "ricchi" e "poveri": nel mondo in via di sviluppo in generale, le donne che provengono dalle famiglie più povere e danno alla luce un bambino hanno in linea di massima la metà delle probabilità di essere assistite da personale qualificato durante il parto rispetto alle ragazze di famiglie benestanti.

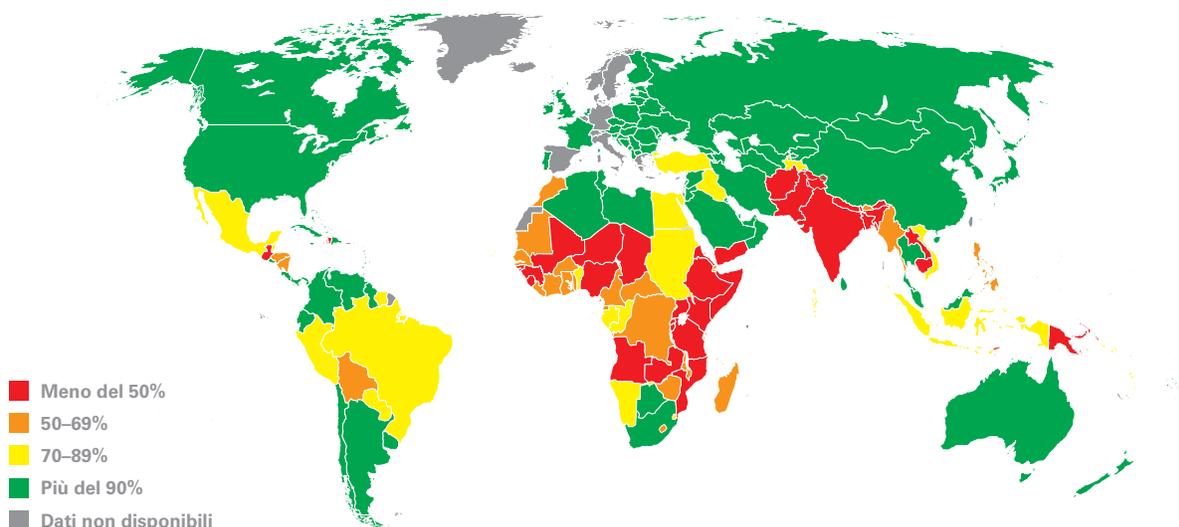
La qualità dell'assistenza fornita dal personale sanitario è di importanza fondamentale. In particolar modo in caso di emergenza, gli operatori sanitari qualificati devono avere accesso a farmaci, attrezzature, macchinari e cure ostetriche di emergenza. Essi, inoltre, dovrebbero ricevere un'adeguata formazione sulle competenze necessarie ed essere supervisionati, in modo che gli standard di assistenza siano sempre elevati.

L'assistenza ostetrica di emergenza

Quando durante un parto insorgono complicanze quali emorragie, sepsi e parto chiuso, le madri devono essere

In ECO/CSI, i tassi di assistenza qualificata al parto sono tra i più alti al mondo

% di parti assistiti da personale specializzato (2000-2006)

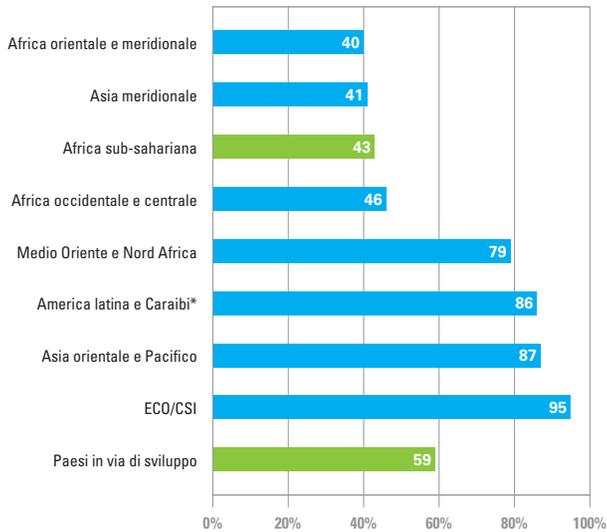


Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



Per la copertura dell'assistenza qualificata al parto, l'Africa sub-sahariana e l'Asia meridionale restano indietro rispetto alle altre regioni

% di parti assistiti da personale specializzato (2000-2006), per regione

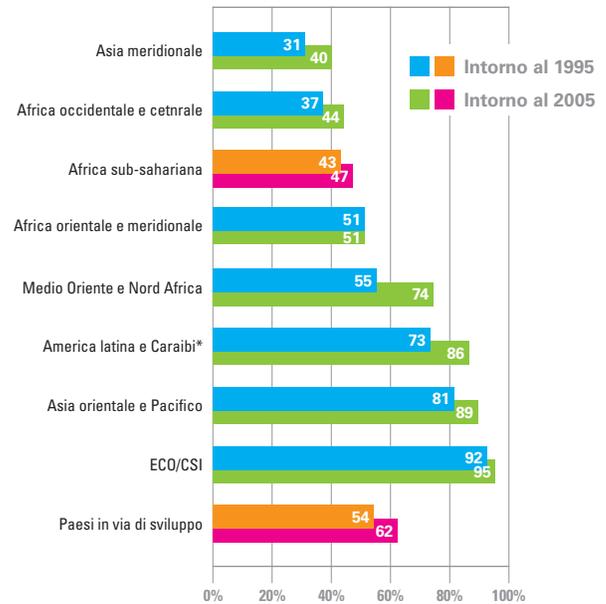


* stime per l'America latina e i Caraibi si basano sui parti in strutture sanitarie.

Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Nell'ultimo decennio tutte le regioni hanno aumentato la copertura dell'assistenza qualificata al parto

Tendenze nella % di parti assistiti da personale sanitario qualificato, per regione, basate su un sottoinsieme di 80 paesi con dati di tendenza (intorno al 1995 e intorno al 2005)

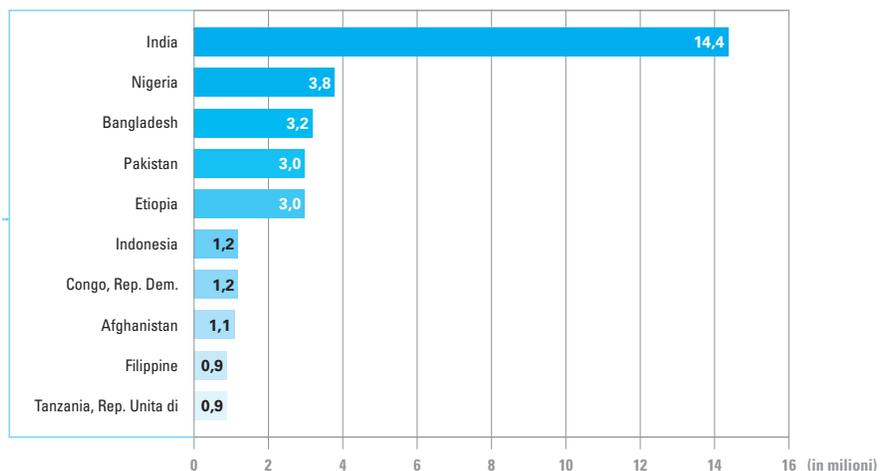
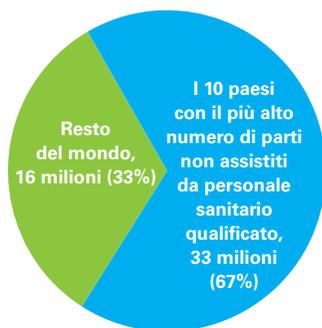


* Le stime per l'America latina e i Caraibi si basano sui parti in strutture sanitarie.

Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

In soli 10 paesi sono avvenuti i 2/3 di tutti i parti non assistiti da personale qualificato

Stima del numero annuale di parti non assistiti da personale sanitario qualificato

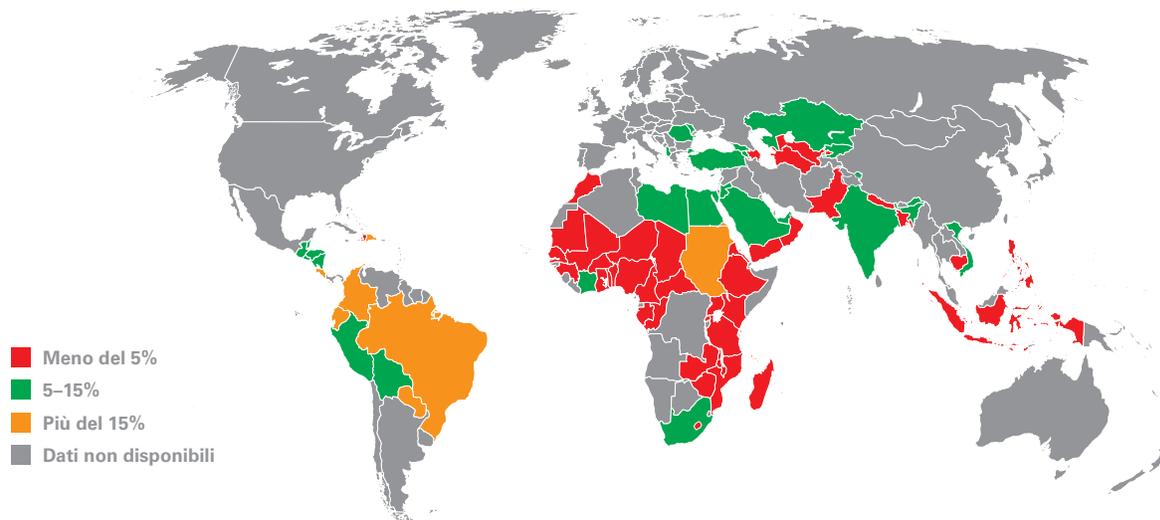


Fonte: analisi dell'UNICEF, basata su dati provenienti da DHS, MICS, altre indagini a domicilio su scala nazionale e Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.



Il parto cesareo rimane fuori dalla portata di moltissime donne che vivono nelle zone rurali dell'Africa sub-sahariana

Tasso di parti cesarei nelle zone rurali (2000-2006)



Fonte: DHS e altre indagini a domicilio su scala nazionale.

tempestivamente trasferite in un ospedale. Una struttura attrezzata per fornire un servizio di base di assistenza ostetrica di emergenza ha 7 funzioni chiave: la somministrazione di antibiotici parenterali, farmaci ossitocici ed anticonvulsivanti; la rimozione manuale della placenta; la rimozione di prodotti trattenuti; l'assistenza al parto vaginale e la rianimazione neonatale. Una struttura in grado di offrire un servizio completo di assistenza ostetrica di emergenza è in grado di fornire questi 7 servizi più l'esecuzione di parti cesarei e trasfusioni di sangue.

L'indicatore sulle "necessità soddisfatte" misura l'utilizzo dei servizi di assistenza ostetrica di emergenza; è prevedibile che il 15% dei parti con nati vivi possa avere complicazioni che richiedono cure ostetriche di emergenza, e tutte le donne che vanno incontro a tali complicazioni dovrebbero avere accesso a questo tipo di cure. Ma le verifiche condotte in molti paesi dell'Africa sub-sahariana rivelano profonde falle nella copertura di questi servizi¹².

Una delle barriere che impediscono l'accesso alle cure ostetriche di emergenza è la mancanza di strutture adeguate nelle vicinanze delle comunità rurali. L'accesso, tuttavia, è ostacolato anche dall'inadeguatezza della rete stradale e dei trasporti. Barriere geografiche, finanziarie e culturali, inoltre, impediscono alle madri di cercare soccorso. E' peraltro fondamentale che tali strutture di emergenza siano dotate di infrastrutture efficienti, forniture e attrezzature mediche

adeguate e personale qualificato. Uno studio condotto nella regione nord della Tanzania ha rivelato che il principale ostacolo che impedisce l'accesso a tali servizi è la scarsa qualità dell'assistenza fornita nelle strutture, non la mancanza di conoscenza del problema da parte delle madri o la loro impossibilità di raggiungere la struttura¹³.

Dato che la necessità di eseguire un cesareo sorge nel 5-15% dei parti, è improbabile che venga offerto un adeguato livello di assistenza di emergenza nelle aree in cui questa procedura avviene in meno del 5% dei casi. I tassi di parti cesarei superiori al 15%, invece, sono associati con più alti tassi di mortalità e morbilità materne.

L'assistenza post-parto

Con la definizione "periodo post-partum" si fa riferimento ai 42 giorni successivi alla nascita del bambino, e moltissimi decessi materni avvengono durante la prima settimana di questo periodo. Tuttavia, i dati sull'assistenza post-parto spesso non sono disponibili e le visite postnatali hanno la copertura più bassa tra tutti gli indicatori che fanno parte del programma di assistenza sanitaria continuativa per le madri, i neonati e i bambini nei 68 paesi prioritari coinvolti nel "Countdown 2015"¹⁴. Anche quando madri e bambini ricevono assistenza immediata, sono poi spesso ignorati nei giorni e nelle settimane successive al parto.



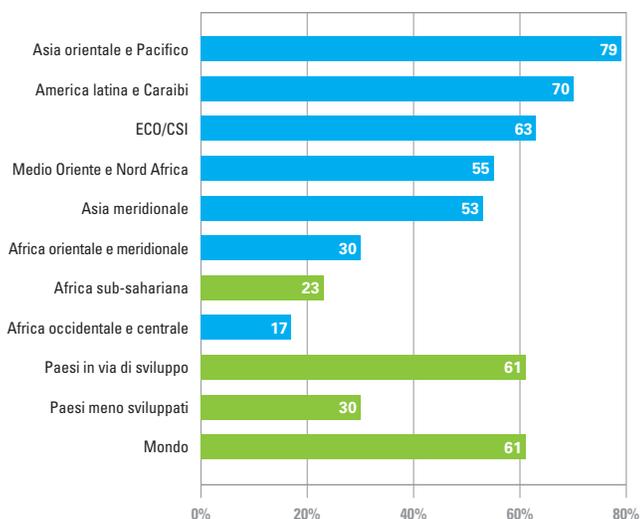
A causa di pratiche legate alla tradizione e a convinzioni culturali o alla mancanza di accesso ai servizi specifici, non sempre le madri ricorrono all'assistenza post-parto, anche se si trovano in condizioni che possono mettere a repentaglio la loro vita, come per esempio un'emorragia post-parto. Gli operatori delle strutture sanitarie locali potrebbero non essere in grado di valutare la gravità di tali complicazioni e di fornire le giuste cure o indirizzare tempestivamente la madre a un centro specializzato. Appare evidente la necessità di sottolineare maggiormente l'importanza dell'assistenza post-parto e rafforzare la continuità e la cooperazione tra coloro che supervisionano il parto e i servizi successivi, sia che abbiano luogo in strutture specializzate o in seno alla stessa comunità.

Contracezione e pianificazione familiare

La riduzione del numero di gravidanze non desiderate porterebbe anche a una diminuzione del rischio di mortalità materna nel corso del periodo fertile di una donna. Uno degli indicatori degli OSM è il tasso di prevalenza contraccettiva, vale a dire la percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, attualmente sposate o conviventi, che utilizzano un metodo anticoncezionale.

L'uso di contraccettivi è più alto nell'Asia orientale e Pacifico, più basso nell'Africa sub-sahariana

% di donne sposate o conviventi di età tra 15 e 49 anni che utilizzano un metodo di contraccezione, per regione (2000-2006)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Il tasso di prevalenza contraccettiva è del 61% nel mondo in via di sviluppo in generale e solo del 30% nei paesi meno sviluppati. Nell'Africa sub-sahariana, solo il 23% delle donne sposate o conviventi utilizza dei metodi contraccettivi; degli 11 paesi del mondo dove meno del 10% delle donne usa contraccettivi, tutti tranne tre sono in questa regione.

L'accesso a sistemi efficaci di contraccezione contribuisce alla salute materna scongiurando il rischio di invalidità e morte. Si stima che la promozione della pianificazione familiare, in linea con le politiche nazionali, potrebbe prevenire circa 1/3 dei decessi materni nei paesi ad alto tasso di natalità¹⁵. Secondo i dati disponibili, le gravidanze non desiderate comportano un rischio maggiore rispetto a quelle volute, ed è meno probabile che una donna rimasta incinta senza volerlo faccia ricorso ad assistenza prenatale tempestiva o partorisca sotto supervisione medica. Inoltre distanziare le gravidanze di almeno 2 anni aumenta la sopravvivenza infantile. E la contraccezione aiuta a prevenire gli aborti¹⁶.

Tasso di prevalenza contraccettiva, 2000-2006

% di donne sposate o conviventi di età tra 15 e 49 anni che utilizzano un metodo di contraccezione, per regione (2000-2006)

Paesi in via di sviluppo con la prevalenza più bassa (%)	
Ciad	3
Sierra Leone	5
Angola	6
Isole Salomone	7
Sudan	7
Eritrea	8
Mali	8
Mauritania	8
Burundi	9
Gibuti	9
Guinea	9
Paesi in via di sviluppo con la prevalenza più alta (%)	
Costarica	96
Cina	87
Bulgaria	86 x
Uruguay	84 x
Repubblica di Corea	81 x
Colombia	78
Brasile	77 x
Cuba	77
Thailandia	77
Venezuela, Repubblica Bolivariana	77 x

x dati che fanno riferimento ad anni o periodi differenti rispetto a quelli specificati.

Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



Un altro indicatore sugli OSM è quello sulle “necessità non soddisfatte” che fa riferimento al numero di donne che non desidera avere un bambino o che vuole posticipare la prossima gravidanza ma che non fa uso di anticoncezionali. Quasi 137 milioni di donne che vogliono distanziare o limitare le gravidanze non utilizza metodi contraccettivi, mentre altri 64 milioni utilizzano sistemi tradizionali, come il coito interrotto¹⁷. Si stima che ogni anno si potrebbero evitare ben 100.000 decessi materni se la necessità di metodi contraccettivi fosse realmente soddisfatta¹⁸.

STIME E INDICATORI CORRELATI

Il tasso di fertilità

Nel 2006 il tasso di fertilità totale nel mondo (numero di bambini che una donna avrebbe se visse per tutti i suoi anni fertili e partorisce a ogni età secondo i tassi di fertilità prevalenti per il suo gruppo di età) era 2,6. Questa cifra globale, tuttavia, cela profonde differenze tra le regioni, dal 5,3 dell’Africa sub-sahariana all’1,9 dell’Asia orientale e Pacifico e all’1,7 di ECO/CSI.

I PVS hanno variazioni ancora più ampie, dal 7,3 del Niger e il 7,2 dell’Afghanistan, all’1,2 di Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Repubblica di Corea e Ucraina.

La fertilità è alta in molti PVS

Tasso totale di fertilità* (2006)

Tasso totale di fertilità, per regione (2006)	
Africa sub-sahariana	5,3
Africa orientale e meridionale	5,0
Africa occidentale e centrale	5,6
Medio Oriente e Nord Africa	3,1
Asia meridionale	3,0
America latina e Caraibi	2,4
Tasso di crescita	2,1
Asia orientale e Pacifico	1,9
ECO/CSI	1,7
Paesi industrializzati	1,7
Paesi in via di sviluppo	2,8
Paesi meno sviluppati	4,7
Mondo	2,6

* Numero di bambini che una donna avrebbe se visse per tutti i suoi anni fertili e partorisce a ogni età secondo i tassi di fertilità prevalenti per il suo gruppo di età.

Fonte: Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

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. I paesi con tassi di fertilità molto alti tendono a essere tra le nazioni meno sviluppate (vedi tabelle, pagg. 42-44).

La fertilità tra le adolescenti

Le gravidanze precoci comportano numerosi rischi. Le ragazze più piccole possono non essere fisiologicamente mature, e le adolescenti che partoriscono per la prima volta non avere le informazioni necessarie e non avere accesso ai servizi sanitari e di assistenza. Ogni anno, circa 70.000 ragazze tra 15 e 19 anni muoiono a causa di complicazioni associate alla gravidanza, le quali rappresentano la causa principale di moltissimi decessi in questa fascia d’età. Le “madri bambine” che hanno meno di 15 anni sono addirittura 5 volte più esposte al rischio di morire di parto rispetto alle ventenni. Si stima che ogni anno tra 2,2 e 4 milioni di adolescenti ricorrano ad aborti non sicuri, fattore che contribuisce ad aumentare il numero di decessi e lesioni permanenti¹⁹.

Il tasso di fertilità tra le adolescenti è eccezionalmente alto nell’Africa sub-sahariana. I 10 paesi con i più alti tassi di gravidanze precoci, infatti, si trovano in questa regione, e i tassi più alti in assoluto nella Repubblica Democratica del Congo (225 parti per 1.000 ragazze di età tra 15 e 19 anni), in Liberia (221) e in Niger (204).

La fertilità tra le adolescenti è alta nell’Africa sub-sahariana

Numero annuale di parti da ragazze di età tra 15 e 19 anni su 1.000 ragazze della stessa fascia di età (2006)

Tasso di fertilità tra le adolescenti, per regione (2006)	
Africa sub-sahariana	126
Africa orientale e meridionale	106
Africa occidentale e centrale	146
Medio Oriente e Nord Africa	34
Asia meridionale	69
Asia orientale e Pacifico	19
America latina e Caraibi	78
ECO/CSI	31
Paesi industrializzati	23
Paesi in via di sviluppo	58
Paesi meno sviluppati	121
Mondo	54

Fonte: Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.



Matrimoni precoci

La maternità e le gravidanze precoci sono una prevedibile conseguenza dei matrimoni tra adolescenti e comportano grossi rischi sia per la madre che per il bambino. Secondo le stime dell'UNICEF, più di 60 milioni di donne tra 20 e 24 anni si sono sposate o hanno iniziato a convivere prima di aver compiuto 18 anni (circa il 34% di tutte le donne in questa fascia di età nei PVS). La pratica dei matrimoni precoci è particolarmente comune nell'Asia meridionale e nell'Africa sub-sahariana. Tra tutte le ragazze tra 20 e 24 anni, le percentuali di coloro che si sono sposate prima dei 18 anni sono del 45% nell'Asia meridionale, del 40% nell'Africa sub-sahariana e del 26% in America latina e Caraibi²⁰.

Le disuguaglianze di genere e la discriminazione sono alla radice dei matrimoni precoci. Registrare le nascite, stabilire un'età minima per i matrimoni e cambiare le norme sociali e comunitarie sono misure di importanza fondamentale per bloccare i matrimoni precoci e, di conseguenza, ritardare l'età della prima gravidanza.

Mutilazioni genitali femminili/escissione (FGM/C)

Le FGM/C possono avere conseguenze pericolose al momento del parto, tra cui un rischio molto alto di

complicanze gravi quali travaglio prolungato, parto chiuso ed emorragia post-parto. I tassi di mortalità sono più alti per i bambini nati da madri che hanno dovuto subire queste pratiche estremamente dannose²¹. I rischi durante il parto aumentano, sia per la madre che per il bambino, in base alla gravità della mutilazione subita²². La pratica della FGM/C è il riflesso di disuguaglianza di genere e discriminazione, una forma di violenza contro le donne. Secondo le stime dell'UNICEF, in 27 paesi dell'Africa e del Medio Oriente 70 milioni di ragazze e donne di età compresa tra 15 e 49 anni hanno dovuto subire forme di mutilazioni²³.

L'istruzione e l'empowerment delle donne

Le statistiche indicano che per ogni anno in più di istruzione completato da 1.000 donne, si eviteranno due decessi materni²⁴. Le ricerche dimostrano che la mortalità materna può essere ridotta anche grazie a una conoscenza più approfondita delle pratiche di assistenza sanitaria, a un più ampio ricorso ai servizi sanitari durante la gravidanza e il parto, a un'alimentazione migliore e a un aumento del periodo tra una gravidanza e l'altra, tutti fattori favoriti da una maggiore istruzione delle ragazze²⁵. Donne e ragazze possono giocare un ruolo attivo se sono in possesso delle giuste conoscenze sulla salute riproduttiva, la sessualità e l'HIV/AIDS, e possono quindi prendere delle decisioni in merito.

NOTE GENERALI SUI DATI

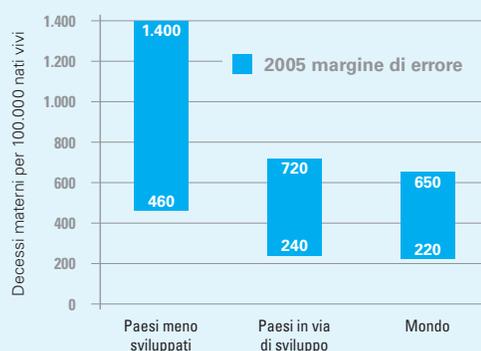
La mortalità materna è difficile da misurare e pochissimi PVS sanno esattamente quante donne muoiono ogni anno per cause relative alla gravidanza o al parto. Per poter catalogare con esattezza un decesso come "materno", è necessario essere in possesso di informazioni sullo stato della gravidanza, sulla causa di morte e quando tale decesso è avvenuto in relazione allo stadio di avanzamento della gravidanza stessa. 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 PVS su cui gravano i più alti tassi di mortalità materna.

Ad esempio, la causa del decesso può essere classificata in maniera errata se lo stadio della gravidanza è sconosciuto o nel caso di una patologia preesistente poi aggravata dalla gravidanza o dal parto. Potrebbero, inoltre, verificarsi dei casi in cui si preferisca nascondere un decesso avvenuto in seguito a un aborto.

A causa di queste enormi difficoltà nella misurazione, nel caso dei tassi di mortalità materna il margine di errore è particolarmente alto. Questi dati, pertanto, devono essere interpretati con la massima cautela. Per ulteriori informazioni, consultare il riquadro a pag. 45.

L'ampiezza del margine di errore rende il calcolo delle tendenze del tasso di mortalità materna particolarmente difficile

Margine di errore sui tassi di mortalità materna (2005)



Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>..

AFRICA OCCIDENTALE E CENTRALE: Dove le madri sono più a rischio

Più del 30% delle morti dovute a gravidanza o parto in tutto il mondo avviene nell'Africa occidentale e centrale, dove nel 2005 sono morte 162.000 donne per cause legate alla gravidanza o al parto. Il tasso di mortalità materna in questa regione, pari a 1.100 decessi per 100.000 nati vivi, è notevolmente più alto che in qualsiasi altra zona. Inoltre, dal 1990 ad oggi non è stato compiuto alcun progresso degno di nota nella riduzione di questo tasso. Dei 23 paesi che fanno parte della regione e i cui dati sono comparabili, tutti, tranne Capo Verde, hanno un tasso di mortalità materna pari ad almeno 500, e 1/3 di essi uguale o superiore a 1.000.

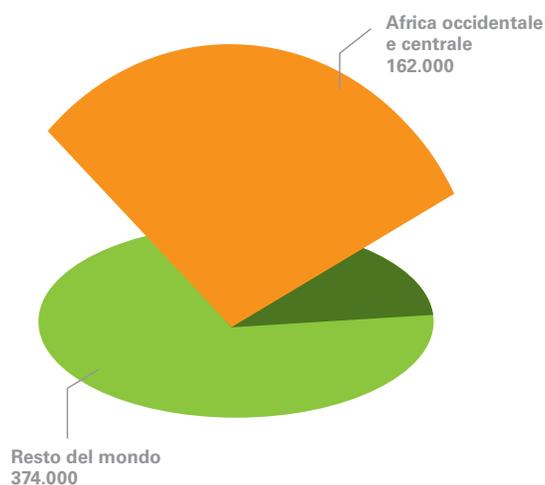
Quasi i 2/3 dei decessi materni della regione avvengono nella Repubblica Democratica del Congo, in Niger e in Nigeria, paesi che insieme rappresentano circa il 20% di tutte le morti da gravidanza o parto nel mondo.

L'Africa occidentale e centrale ha i più alti tassi di fertilità del pianeta, con un tasso di fertilità totale pari a 5,6 e un tasso di parti precoci di 146 parti ogni 1.000 ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni. In 17 paesi meno di 1/5 delle donne tra 15 e 49 anni, sposate o conviventi, utilizza dei metodi contraccettivi. Inoltre i livelli di alfabetizzazione delle donne adulte della regione, un indicatore associato, sono tra i più bassi del mondo.

Alti livelli di fertilità implicano un rischio maggiore di morte per cause legate alla gravidanza o al parto. Il rischio di mortalità materna nel corso della vita delle donne di questa regione è di media 1 su 17; in Niger è più alto, pari a 1 su 7, il peggiore nel mondo, e in Sierra Leone è di poco migliore, 1 su 8.

Solo il 46% delle donne che dà alla luce un bambino è assistito da personale sanitario qualificato al momento del parto. Le donne che vivono nelle aree urbane hanno il doppio delle possibilità di usufruire di questo tipo di assistenza rispetto alle donne delle zone rurali; in Ciad queste probabilità sono 8 volte superiori. Le disparità basate sul benessere della

Stima del numero annuale di decessi materni nell'Africa occidentale e centrale

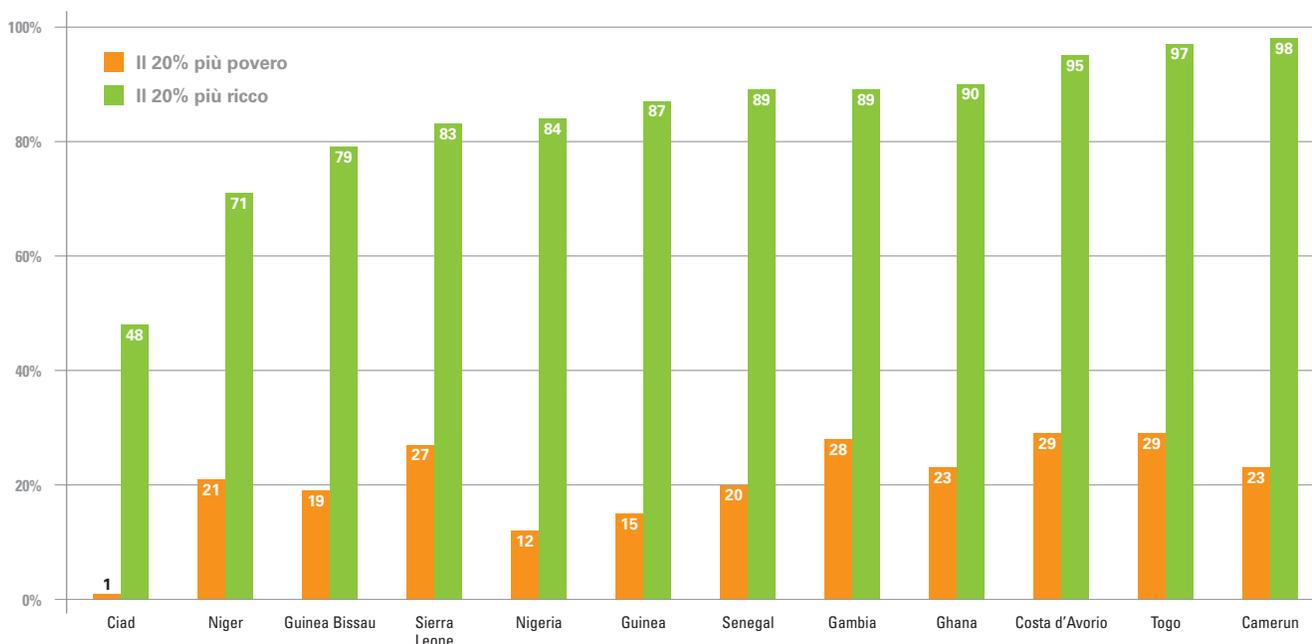


Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>..

La regione ha i più alti livelli di mortalità materna del mondo e dal 1990 non è stato compiuto alcun progresso degno di nota

Le donne provenienti dalle famiglie più povere hanno meno opportunità di essere assistite da personale sanitario qualificato durante il parto

Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato, secondo il quintile sul benessere familiare, nei paesi dove la differenza è di almeno 50 punti percentuali (2004-2005)



Fonte: DHS, MICS, per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

famiglia di provenienza sono ancora più marcate. In 16 paesi con dati simili, le donne che appartengono al quintile più ricco hanno 3,5 opportunità in più rispetto a quelle provenienti dalle famiglie più indigenti di essere assistite da personale sanitario specializzato. Ancora una volta questa disuguaglianza è particolarmente forte in Ciad, dove solo l'1% delle donne più povere viene assistito, contro il 48% delle donne più benestanti.

Nonostante tale miglioramento non si rifletta ancora sul tasso totale di mortalità materna, negli ultimi anni sono stati compiuti alcuni progressi. Nella regione in generale, la percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato è aumentata dal 37% al 44% tra il 1995 e il 2005, con uno dei più marcati miglioramenti regionali nella copertura mondiale. Benin, Burkina Faso, Costa d'Avorio e Togo hanno compiuto passi notevoli, aumentando la copertura di almeno 10 punti percentuali e offrendo oggi un'assistenza qualificata a più della metà dei parti.

Tuttavia, i dati rivelano che la mancanza di accesso alle cure ostetriche di emergenza rimane un problema grave. In 15 dei 16 paesi per cui sono disponibili dei dati, meno del 5% delle donne provenienti dalle zone rurali ha partorito tramite taglio cesareo, elemento che indica che questa procedura, che potenzialmente potrebbe salvare la vita a moltissime madri, non è ancora accessibile per molte donne delle aree rurali.

Secondo recenti dati provenienti da Burkina Faso, Camerun, Ghana e Niger, la maggior parte delle donne che non partoriscono in ospedale non riceve alcun check-up post-parto; anche tra le pochissime che hanno accesso a queste visite, meno della metà viene sottoposta a tale controllo nelle 24 ore successive al parto, lasso di tempo in cui, solitamente, insorgono le principali complicazioni.

Sebbene nell'Africa occidentale e centrale il 67% delle donne riceva assistenza prenatale almeno una volta durante la



gravidanza, questa media nasconde profonde disparità nella copertura, dal 39% di donne in Ciad al 99% a Capo Verde. Solo il 44% delle donne della regione viene sottoposta alle 4 visite prenatali minime raccomandate. La differenza più ampia si registra nel Burkina Faso, dove l'85% delle donne viene visitato almeno una volta, ma solo il 18% viene sottoposto a 4 o più visite prenatali.

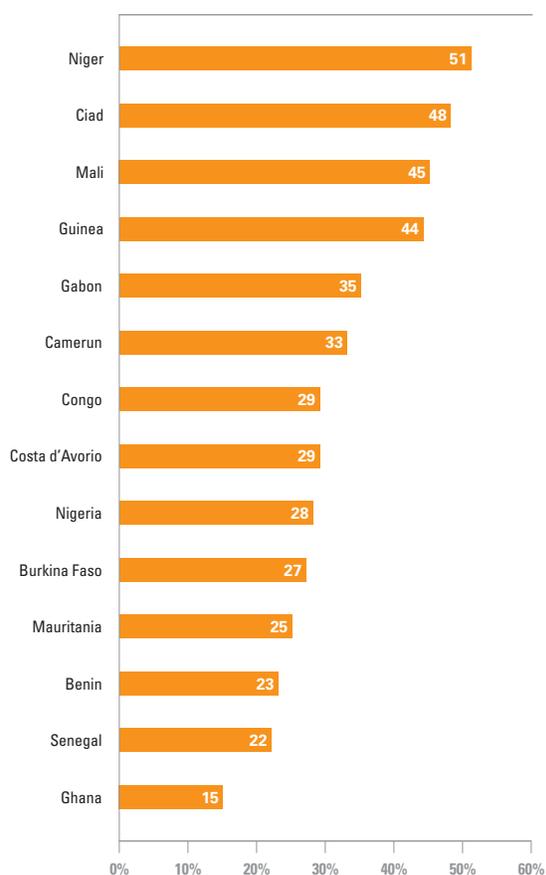
In questa regione la malaria è endemica e l'Africa in generale ospita più del 60% dei 50 milioni di donne incinte che ogni anno sono esposte a questa malattia. Nell'Africa occidentale e centrale, la percentuale di donne in gravidanza di età

compresa tra 15 e 49 anni che hanno ricevuto trattamenti preventivi intermittenti contro la malaria durante le visite prenatali rimane molto bassa. Nei paesi per i quali sono disponibili dei dati su questo specifico indicatore grazie a indagini a domicilio, la copertura è inferiore al 10%, fatta eccezione per il Gambia (33%), Ghana (27%) e Togo (18%)²⁶.

Un'indagine del 2007 ha rivelato che almeno 5 paesi della regione, Burkina Faso, Congo, Ghana, Mali e Senegal, hanno adottato politiche che prevedono delle analisi sulla mortalità materna come mezzo per migliorare la qualità e l'affidabilità dell'assistenza sanitaria alle madri²⁷.

L'alto tasso di fertilità tra le adolescenti implica un alto rischio per molte giovani madri

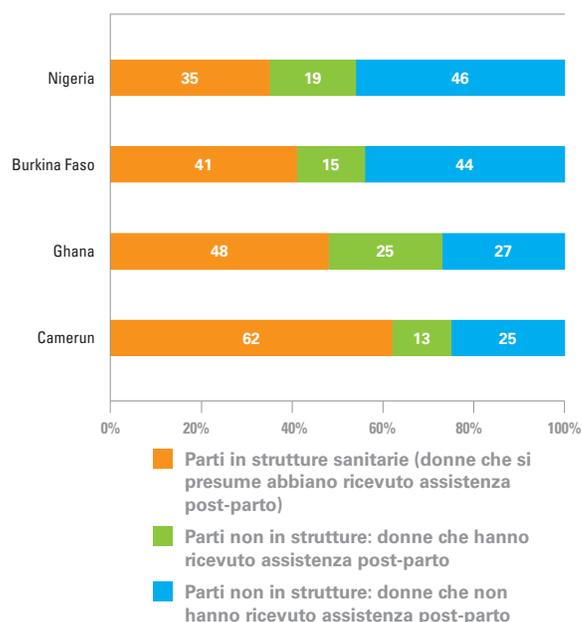
Percentuale delle ragazze di età compresa tra 20 e 24 anni che hanno partorito prima del diciottesimo anno (2000-2006)



Fonte: DHS selezionate, <www.measuredhs.com>.

Una consistente percentuale di donne non riceve alcuna assistenza post-parto

Distribuzione percentuale delle donne di età tra 15 e 49 anni che hanno partorito in base al luogo in cui il parto è avvenuto, e copertura dell'assistenza post-parto dove i parti non sono avvenuti in una struttura sanitaria (2003-2004)



Fonte: Fort, Alfredo L., et al., "Post-partum Care: Levels and determinants in developing countries", *DHS Comparative Reports 15*, Macro International, Inc., Calverton (USA), Dicembre 2006, p. 11.

AFRICA ORIENTALE E MERIDIONALE: Progressi minimi

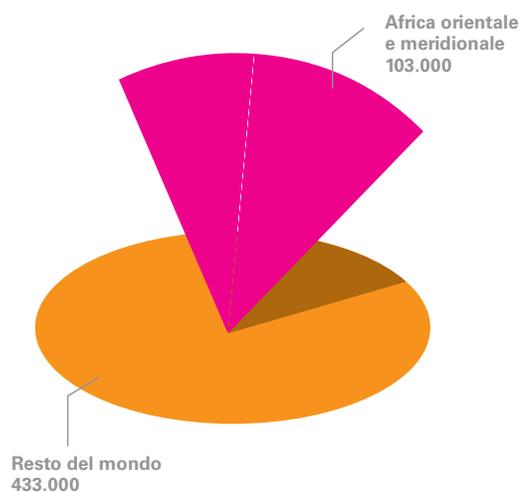
1/5 di tutti i decessi materni del mondo avviene nell'Africa orientale e meridionale e la regione è seconda per tasso di mortalità materna nel mondo. I dati rivelano una lieve variazione: da 790 decessi su 100.000 parti del 1990 a 760 del 2005. Tuttavia, in 5 paesi della regione il tasso di mortalità materna è superiore a 1.000: Angola e Somalia (entrambe con 1.400), Ruanda (1.300), Burundi e Malawi (entrambi con 1.100). In media il rischio di morire per cause relative a parto o gravidanza nel corso della vita è 1 su 29 e in tutti i paesi della regione, tranne 6, questo rischio è superiore a 1 su 50.

Angola e Somalia sono i due paesi in cui le donne corrono maggiormente questo rischio (1 a 12), mentre Mauritius è l'unico ad avere un rischio di mortalità materna nel corso della vita (1 su 3.300) che si avvicina ai tassi più bassi riscontrabili in alcuni paesi industrializzati. Questo rischio viene calcolato in base al tasso di mortalità materna e al tasso di fertilità totale; l'alto livello di fertilità della regione (tasso di fertilità totale pari a 5,0), quindi, contribuisce a un alto rischio di mortalità materna nel corso della vita.

In generale nell'Africa orientale e meridionale solo il 40% delle donne in gravidanza partorisce assistita da personale sanitario qualificato, e tra il 1995 ed il 2005 non è stato compiuto alcun miglioramento. Ruanda, Sudafrica e Swaziland hanno di recente compiuto dei progressi: oggi il Sudafrica ha raggiunto una copertura del 92% ed è terzo nella regione dopo Mauritius, con il 98%, e Botswana, con il 94%.

Le donne che vivono nelle aree urbane della regione hanno, in generale, più del doppio delle possibilità di ricevere assistenza da personale qualificato durante il parto

Stima del numero annuale di decessi materni nell'Africa orientale e meridionale

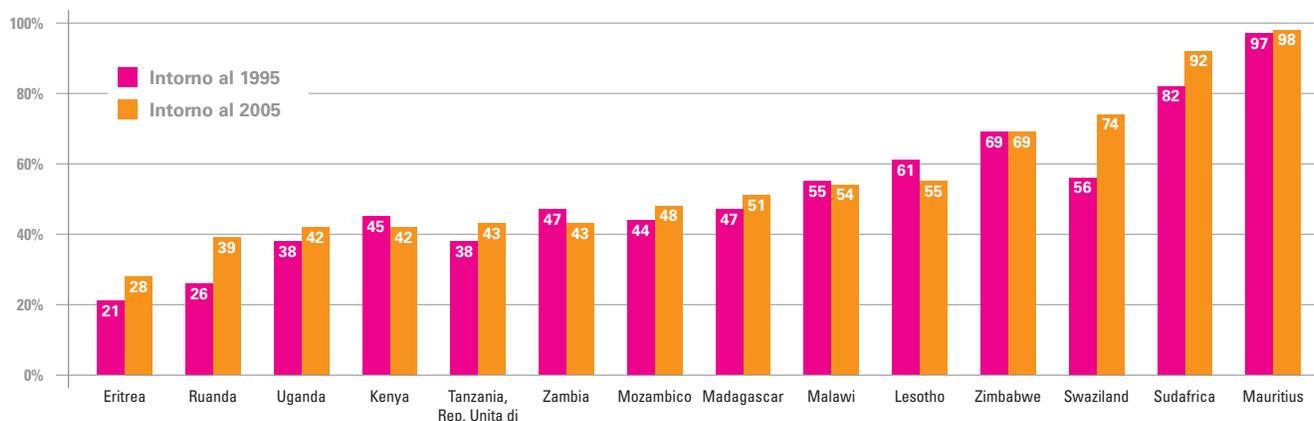


Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>..

La regione è seconda nella classifica dei più alti tassi di mortalità materna e di fertilità

Nell'ultimo decennio, molti paesi hanno aumentato la copertura dell'assistenza qualificata al parto

Tendenze nella percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato, nei paesi con dati di tendenza comparabili (intorno al 1995 e intorno al 2005)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini casa per casa su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

rispetto alle donne che risiedono nelle zone rurali, con tassi di copertura del 73% le prime e del 30% le altre.

Anche le differenze in base al benessere delle famiglie sono ampie. Tra i paesi con dati simili, Eritrea, Kenya, Madagascar, Mozambico e Somalia hanno livelli di copertura alti, più del 75%, per le donne provenienti dal quintile più ricco, ma una copertura molto bassa per le donne più povere. In Eritrea, ad esempio, il differenziale è sconvolgente: 12 a 1.

Il Sudafrica è l'unico paese della regione con un tasso di parti cesarei effettuati su donne delle zone rurali superiore al 5%. Ciò significa che molte donne di aree rurali non hanno alcun accesso a cure ostetriche di emergenza. Recenti indagini condotte tra le strutture sanitarie in Kenya e Tanzania mostrano che i servizi ostetrici d'emergenza non sono disponibili ai livelli raccomandati e hanno, quindi, bisogno di essere estesi²⁸.

Il 71% delle donne riceve assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza. Almeno 2/3 la ricevono a un livello base in tutti i paesi, tranne Etiopia e Somalia, Stati ancora molto indietro nella copertura, con tassi

rispettivamente del 28 e del 26%. In molti dei paesi per cui sono disponibili dati, almeno il 40% di tutte le donne si sottopone alle 4 visite prenatali minime raccomandate. In Ruanda solo il 13% delle donne in gravidanza si sottopone a tutte e 4 le visite, sebbene il 94% abbia accesso ad almeno una di esse.

Il tasso di fertilità totale (5,0) è il secondo più alto al mondo, dopo quello dell'Africa occidentale e centrale. Tuttavia, esistono differenze profonde tra i vari paesi, che vanno da un tasso dell'1,9 a Mauritius al 6,8 del Burundi. In Angola, Burundi, Ruanda, Somalia e Uganda il tasso di fertilità totale va dal 6,0 in su. Il tasso dei parti tra le adolescenti, pari a 106 su 1.000 ragazze d'età compresa tra 15 e 19 anni, è anch'esso secondo solo all'Africa occidentale e centrale.

Tra le donne sposate o conviventi, 3 su 10 utilizzano un metodo contraccettivo. In Angola, Burundi ed Eritrea poco meno di 1 donna su 10 fa uso di anticoncezionali. L'Uganda ha il tasso più alto di "necessità non soddisfatte" di contraccezione (41%), con moltissime donne che dichiarano che vorrebbero rimandare la successiva gravidanza.



Un altro fattore che contribuisce alla mortalità materna è l'anemia. Durante recenti indagini condotte casa per casa nella regione si è misurato il livello di emoglobina nel sangue per determinare i livelli di anemia tra le donne in età fertile. Nella metà delle donne coinvolte in questo studio in Uganda e Tanzania sono state riscontrate forme di anemia, col 14 e il 16% affette da anemia moderata o grave.

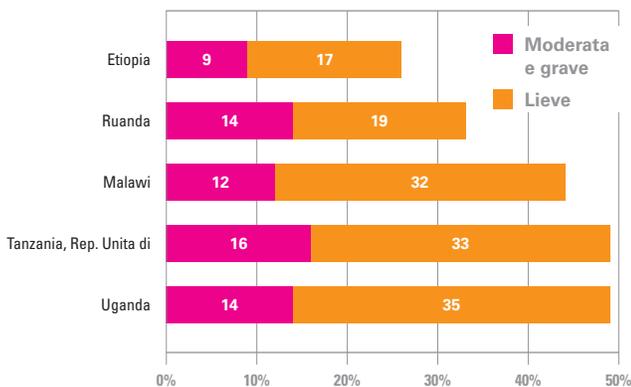
Anche HIV e AIDS giocano un ruolo nell'innalzare il tasso di mortalità materna nell'Africa sub-sahariana. L'Africa orientale e meridionale è la regione con la più alta prevalenza di HIV e il più alto numero di bambini sotto i 15 anni sieropositivi, molti dei quali contraggono il virus attraverso il contagio madre-figlio durante la gravidanza o il parto. Si stima che il 13,5% delle donne incinte che vivono nelle capitali della

regione sia infetto. Tra queste donne, la copertura della profilassi anti-retrovirale, volta a prevenire la trasmissione da madre a figlio, è aumentata dall'11% del 2004 al 31% del 2006²⁹.

Il Sudafrica è stato il primo paese dell'Africa sub-sahariana a istituzionalizzare le indagini sui decessi materni nel proprio sistema sanitario, con l'introduzione, nel 1997, dell'*Inchiesta confidenziale sulla mortalità materna*. In Botswana, Kenya, Tanzania e Zambia sono state adottate politiche che contemplano le indagini sulla mortalità materna³⁰.

Metà delle donne in Uganda e Tanzania sono anemiche

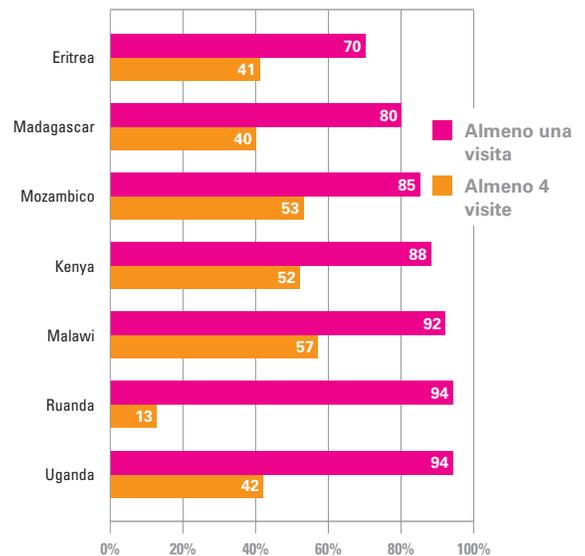
Tasso di prevalenza dell'anemia nelle donne di età tra 15 e 49 anni, nei paesi per cui sono disponibili dati (2004-2006)



Fonte: DHS selezionate, <www.measuredhs.com>.

Nella maggior parte dei paesi per cui sono disponibili dati, più del 40% delle donne si sottopone alle 4 visite prenatali raccomandate

% di donne di età tra 15 e 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza e percentuale di donne che riceve assistenza prenatale almeno 4 volte (2002-2006)



Fonte: DHS e MICS; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

ASIA MERIDIONALE: Progressi diseguali

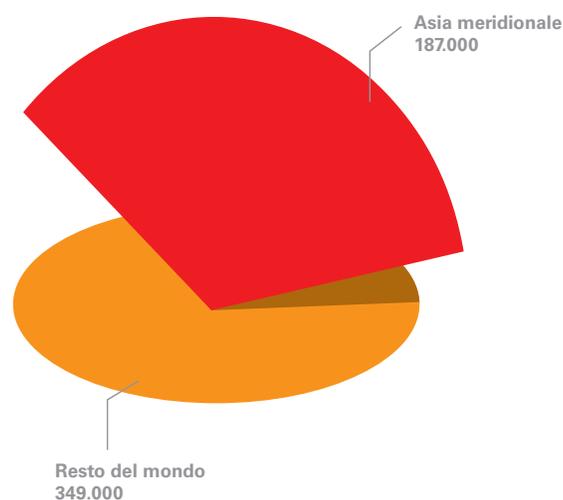
1/3 dei 536.000 decessi materni del 2005 sono avvenuti nell'Asia meridionale, la quota più alta tra tutte le regioni. La sola India, dove nel 2005 si stimano 117.000 donne morte per cause legate alla gravidanza o al parto, ha rappresentato circa 1/5 di tutti i decessi materni del mondo. L'Asia meridionale ha un tasso di mortalità materna di 500 su 100.000. In generale, le donne che risiedono nella regione corrono 1 rischio su 59 di morire per cause relative alla gravidanza o al parto nel corso della vita. Nonostante tale rischio sia piuttosto alto in molti paesi, ci sono variazioni significative, da 1 su 8 in Afghanistan a 1 su 850 in Sri Lanka.

Ciò nonostante, i dati rivelano che dal 1990 i tassi di mortalità materna sono stati ridotti. Secondo le più attendibili stime a disposizione, l'Asia meridionale registrava un tasso di mortalità materna pari a 650 nel 1990 e 500 nel 2005, con una diminuzione del 22%.

Le donne che vivono nell'Asia meridionale hanno le più basse probabilità al mondo di ricevere assistenza da personale sanitario qualificato durante il parto. Solo il 41% dei parti sono assistiti da operatori sanitari specializzati, e si stima che nella sola India i parti senza alcun tipo di assistenza qualificata siano 14,4 milioni l'anno. Tuttavia sono stati compiuti importanti passi nel miglioramento della copertura a livello regionale, dal 31% intorno al 1995 al 40% rilevato intorno al 2005.

In tutte le zone rurali della regione sono stati raggiunti risultati importanti. In Nepal, ad esempio, la quota di donne provenienti da aree rurali assistite da personale sanitario

Stima del numero annuale di decessi materni nell'Asia meridionale (2005)

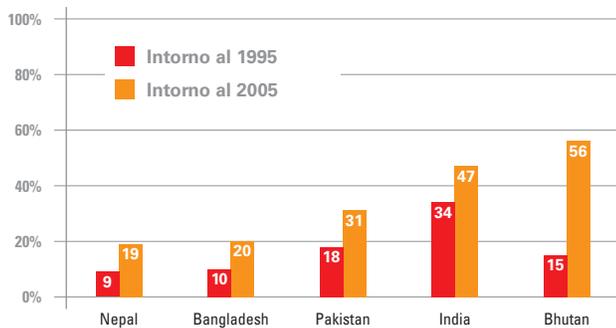


Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>..

La regione ha ancora tassi molto alti di mortalità materna, ma ci sono ragioni di ottimismo

Molti paesi dell'Asia meridionale mostrano un incremento dell'assistenza qualificata al parto...

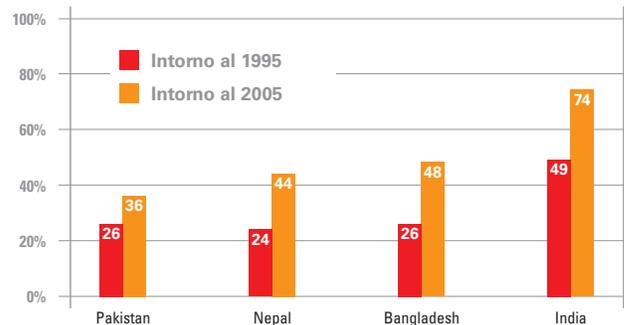
Tendenze nella percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato, nei paesi con dati di tendenza comparabili (intorno al 1995 e intorno al 2005)



Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

...e nella copertura dell'assistenza prenatale

Tendenze nella % di donne tra 15 e 49 anni che sono state visitate almeno una volta durante la gravidanza da personale sanitario qualificato (intorno al 1995 e intorno al 2005)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

qualificato durante il parto è aumentata dall'8% del 2001 al 14% del 2006. Anche nelle zone rurali dell'India i dati evidenziano un leggero incremento della copertura tra il 1999 ed il 2006.

In generale, tuttavia, le donne che risiedono nelle aree urbane hanno il doppio delle possibilità di ricevere assistenza qualificata durante il parto rispetto alle donne che provengono dalle zone rurali; possibilità che si quintuplica in Afghanistan. Nelle aree rurali di Bangladesh, Nepal e Pakistan meno del 5% dei parti avviene tramite taglio cesareo, dato che rivela una grave mancanza d'accesso a cure ostetriche d'emergenza.

Le disparità fondate sul grado di benessere delle famiglie sono ancora più profonde. In India, le donne più benestanti hanno possibilità quadruplicate, rispetto alle donne provenienti da famiglie povere, di ricevere assistenza da parte di personale sanitario qualificato durante il parto; possibilità che si moltiplicano per 8 in Bangladesh e per 11 in Nepal.

In molti paesi della regione la mancanza di medici, personale infermieristico e ostetriche ha raggiunto livelli preoccupanti³¹. In alcuni paesi, questa penuria di personale sanitario qualificato e l'assenza di strategie e politiche efficaci sulle risorse umane ostacoleranno i progressi verso il raggiungimento dell'OSM 5.

Le barriere che impediscono il ricorso alle cure d'emergenza rappresentano una problematica da non sottovalutare. Secondo un'indagine su scala nazionale condotta in Bangladesh nel 2001, il 61% delle donne era andato incontro, nei precedenti 3 anni, ad almeno una complicanza associata alla gravidanza, al parto o al periodo post-parto. Una volta stabilita l'estrema gravità di tali complicazioni, si è ricorsi a cure specifiche solo nel 62% dei casi. La principale ragione per cui molte donne non sono ricorse a cure d'emergenza è il costo del servizio³². Ma un aumento del tasso di parti assistiti da personale sanitario qualificato nell'ultimo decennio, la diffusione in tutta la comunità di trattamenti con antibiotici³³ contro la sepsi materna e un tasso di prevalenza contraccettiva del 58% rappresentano un progresso incoraggiante per il Bangladesh.

La copertura dell'assistenza prenatale nell'Asia meridionale è la più bassa del mondo, ma la rapidità con cui si stanno compiendo progressi non ha uguali. Se alla metà degli anni Novanta solo il 46% delle donne poteva sottoporsi a una visita prenatale, intorno al 2005 questo dato era aumentato al 65%. Sia Bangladesh che India e Nepal hanno compiuto progressi aumentando i propri livelli di almeno 20 punti percentuali, con miglioramenti maggiori nelle aree rurali rispetto a quelle urbane.



Ciò nonostante, la continuità di questi progressi è ostacolata da diversi fattori. L'ultima *Indagine nazionale sulla salute delle famiglie in India* rivela che non sempre le donne hanno la facoltà di beneficiare dell'assistenza prenatale: il 40% degli uomini le cui mogli non si sono sottoposte ad alcuna visita prenatale ha dichiarato di non ritenerlo necessario o non lo ha consentito; un ulteriore 15%, invece, ha affermato che qualcun altro in seno alla famiglia non lo ha ritenuto necessario o non lo ha consentito³⁴.

L'Asia meridionale ha un tasso di fertilità totale pari al 3,0, ma tale dato oscilla tra l'1,9 dello Sri Lanka al 7,2 dell'Afghanistan. Il tasso di natalità tra le adolescenti presenta delle variazioni simili, passando da 24 parti su 1.000 ragazze tra 15 e 19 anni nelle Maldive a 132 in Bangladesh, dove il 46% delle donne d'età compresa tra 20 e 24 anni, recentemente intervistate, ha dichiarato di aver dato alla luce il primo figlio prima di aver compiuto 18 anni³⁵.

L'uso dei contraccettivi varia radicalmente da paese a paese, passando dal 10% delle donne sposate o conviventi in Afghanistan al 70% in Sri Lanka. In generale, nella regione poco più della metà delle donne di età tra 15 e 49 anni

utilizza un metodo di contraccezione.

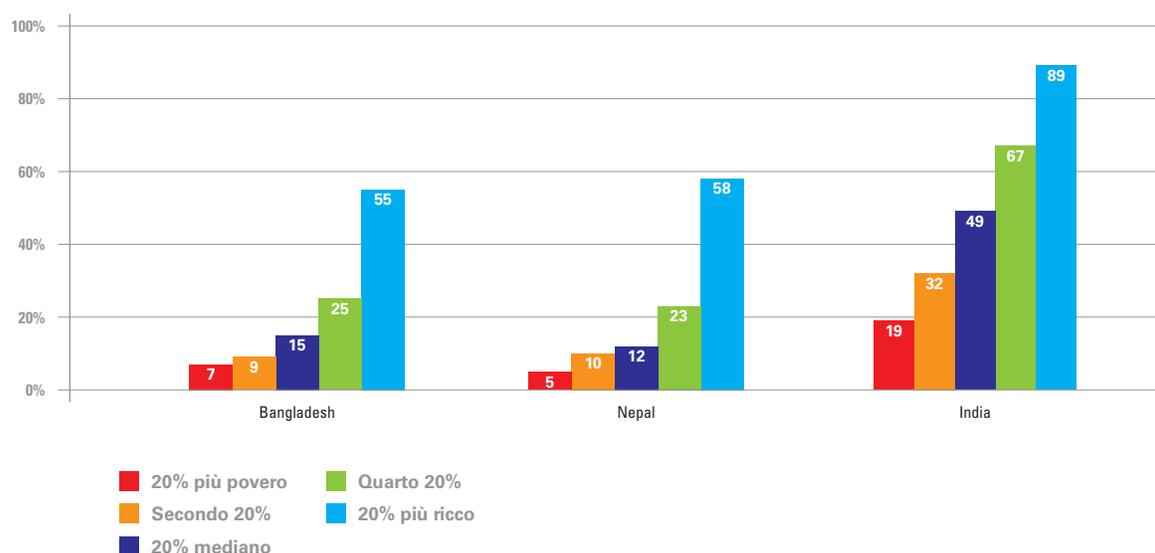
L'Asia meridionale ha tra i più alti livelli di denutrizione materna del mondo, fattore che contribuisce sia all'aumento del rischio di mortalità materna che all'alta proporzione di bambini nati sottopeso. In India, una donna adulta su 3 è sottopeso³⁶.

Bangladesh, India e Nepal hanno introdotto sistemi di trasferimento condizionato di contanti e altri metodi innovativi, come il pagamento in contanti delle spese di trasporto delle madri nelle strutture sanitarie e la stipula di contratti con le cliniche private affinché forniscano cure ostetriche alle donne più povere, al fine di superare le barriere finanziarie che ostacolano l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria per le madri.

I risultati iniziali sono incoraggianti. Nel frattempo, questi schemi verranno strettamente monitorati per verificare se conducono effettivamente a un radicale miglioramento della qualità e dell'utilizzo dei servizi.

Le profonde disparità nell'accesso all'assistenza qualificata al parto di 3 paesi con dati sulla ricchezza

% di parti assistiti da personale qualificato, per quintile sulla ricchezza familiare (2005-2006)



Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

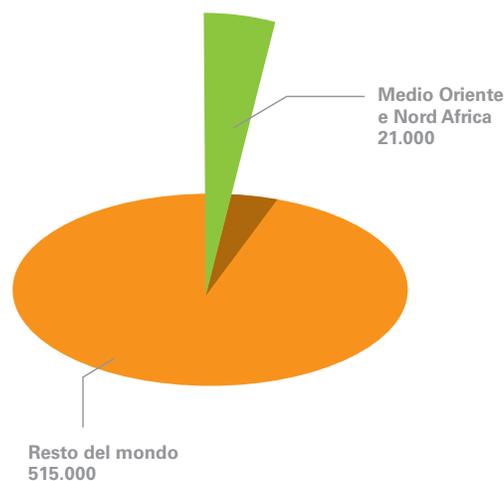
MEDIO ORIENTE E NORD AFRICA: Progressi costanti

Nel 2005 più di 20.000 donne sono morte per cause legate alla gravidanza e al parto in Medio Oriente e Nord Africa. Le stime più attendibili rivelano che il tasso di mortalità materna è stato ridotto del 21%, passando da 270 nel 1990 a 210 nel 2005. Tuttavia, esistono profonde discrepanze tra i vari paesi. Alcuni Stati del Consiglio di Cooperazione del Golfo, tra cui Kuwait, Qatar e Arabia Saudita, hanno tassi di mortalità materna bassi, pari a molti paesi del mondo industrializzato. All'estremo opposto, Gibuti, con 650 decessi materni per 100.000 nati vivi, Sudan (450) e Yemen (430) hanno tassi di mortalità materna più simili a quelli dei loro vicini del Corno d'Africa.

Queste ampie differenze si riflettono sul rischio di mortalità materna nel corso della vita, che è in media di 1 su 140 nella regione in generale, ma va da 1 su 35 a Gibuti a 1 su 9.600 nel Kuwait. Ridurre il tasso di mortalità materna a Gibuti, in Sudan e Yemen è la sfida di questa regione.

Il 68% dei parti avviene in una struttura sanitaria. In generale, il 79% dei parti viene assistito da personale sanitario qualificato, e i progressi maggiori su questo indicatore sono stati compiuti proprio da questa regione. In un sottoinsieme di paesi per cui sono disponibili dati, la percentuale di parti assistiti da personale sanitario specializzato è aumentata dal 55% registrato intorno al 1995 al 74% registrato intorno al 2005. Alcuni paesi, tra cui Algeria, Iraq e Repubblica Araba di Siria, si distinguono per gli alti livelli di copertura dei servizi, ottenuti recentemente.

Stima del numero annuale di decessi materni in Medio Oriente e Nord Africa (2005)

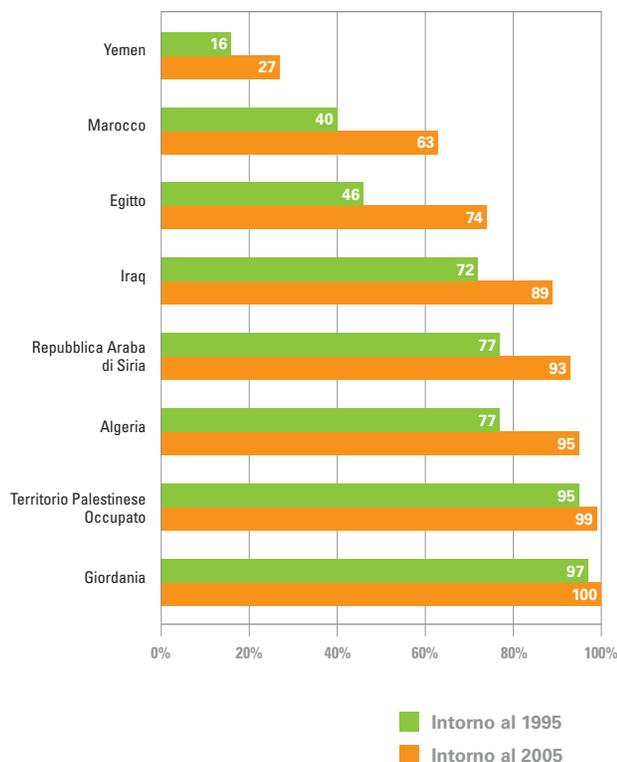


Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Due terzi dei parti della regione sono avvenuti in strutture sanitarie e sono stati compiuti rapidi miglioramenti nell'assistenza qualificata al parto e nell'assistenza prenatale

Molti paesi mostrano miglioramenti nella copertura dell'assistenza qualificata al parto

Tendenze nella % di parti assistiti da personale sanitario qualificato, nei paesi con dati di tendenza comparabili (intorno al 1995 e intorno al 2005)



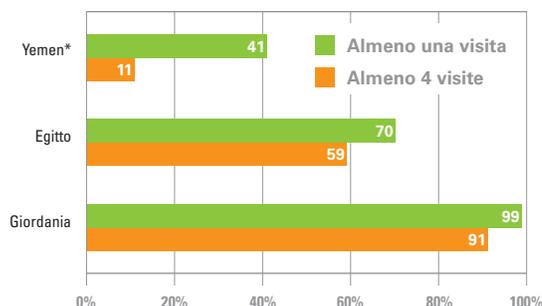
Fonte: DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

In 14 dei 20 paesi appartenenti alla regione almeno il 90% delle donne partorisce assistito da personale sanitario qualificato. Lo Yemen, il cui tasso di assistenza specializzata è solo del 27%, è l'unico paese con una copertura inferiore al 50%. Le disuguaglianze tra le zone rurali e quelle urbane sono in genere ridotte rispetto a molte altre regioni, fatta eccezione per Marocco e Yemen. Tra i paesi coinvolti nell'indagine, in generale, minore è la copertura dell'assistenza qualificata al parto e maggiore risulta la disparità in termini sia di residenza che di ricchezza della famiglia d'appartenenza.

Ad eccezione del Marocco e dello Yemen, i tassi di parti

In Yemen meno della metà delle donne riceve assistenza prenatale

% di donne di età tra 15 e 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza e percentuale di donne che riceve assistenza prenatale almeno 4 volte (2002-2005)



* I dati sulla percentuale di donne che ha ricevuto assistenza prenatale almeno 4 volte fanno riferimento ad anni diversi dal 2000-2006.

Fonte: DHS e altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

cesarei avvenuti nelle aree rurali raggiungono almeno il 5% in tutti i paesi per cui sono disponibili dati, dimostrando che l'assistenza ostetrica d'emergenza raggiunge livelli adeguati.

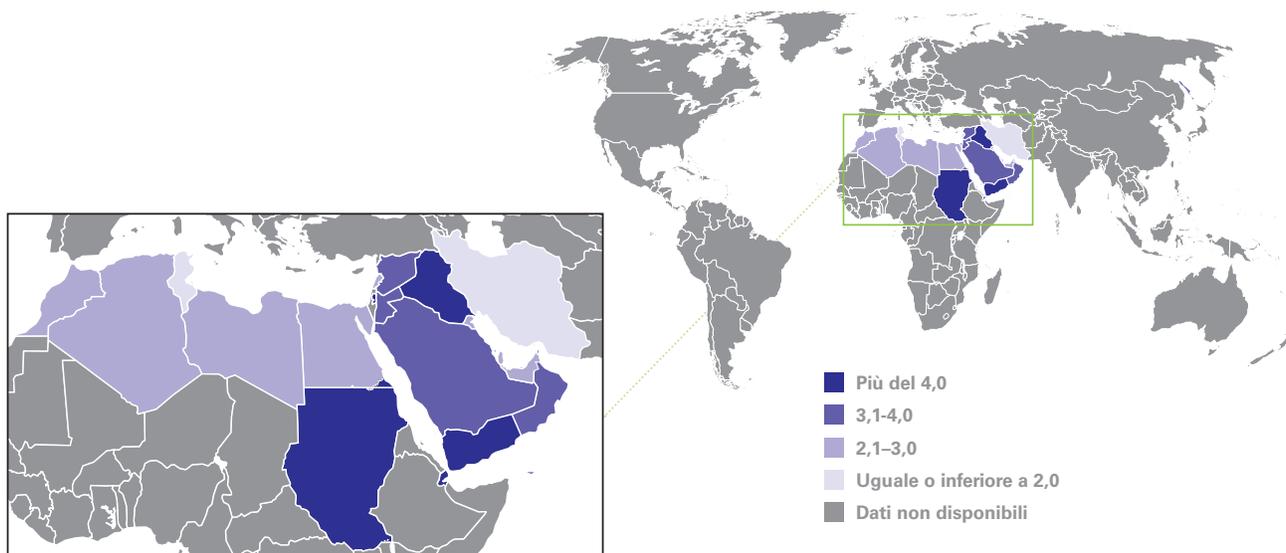
Tra tutte le donne che risiedono in Medio Oriente e Nord Africa, il 72% beneficia di assistenza prenatale almeno una volta nel corso della gravidanza. Sono stati ottenuti importanti risultati nell'aumento della proporzione di madri che si sottopone ad almeno una visita prenatale, con un incremento che a livello regionale ha raggiunto i 15 punti percentuali in più rispetto alla metà degli anni '90 e che ha apportato notevoli miglioramenti in tutti i paesi. Sono pochissimi i paesi per cui sono disponibili dati sulla percentuale di donne che si sottopongono a 4 o più visite prenatali, ma sembra che lo Yemen sia quello che ha bisogno di progredire maggiormente. In questo paese, infatti, meno della metà delle donne in gravidanza riceve una qualsiasi forma di assistenza prenatale.

I dati sul numero delle visite prenatali effettuate, tuttavia, non danno indicazioni sull'effettiva qualità del servizio. Indagini condotte di recente tra le donne che hanno ricevuto assistenza prenatale in Egitto, Giordania e Marocco, hanno rivelato che meno della metà di queste



Nella regione del Medio Oriente e Nord Africa le differenze tra i tassi di fertilità sono profonde

Tasso di fertilità totale (2006)



Fonte: Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

madri è stata informata sui primi sintomi delle complicazioni durante la gravidanza³⁷.

In Medio Oriente e Nord Africa il tasso di fertilità totale è in media di 3,1, oscillando dall'1,9 della Tunisia al 5,6 dello Yemen. Dei 20 paesi che compongono la regione, 5 hanno tassi superiori al 4,0. Il tasso di natalità tra adolescenti è di 34 parti su 1.000 ragazze tra i 15 ed i 19 anni, nettamente più basso della media globale e dei PVS. Libia (3), Tunisia (7) e Algeria (8) hanno tassi sostanzialmente migliori rispetto a quelli di alcuni paesi industrializzati come il Regno Unito (25) e gli Stati Uniti (43).

Il 55% delle donne della regione di età compresa tra 15 e

49 anni, sposate o conviventi, utilizza un metodo di contraccezione. La media regionale, tuttavia, cela profonde differenze tra i paesi, con la Repubblica Islamica dell'Iran (74 %) e il Sudan (7%) ai due estremi.

Studi recenti confermano il rapporto di causa-effetto tra le mutilazioni genitali femminili e le escissioni e le complicazioni ostetriche, tra cui l'emorragia post-parto e il parto chiuso, che richiede l'intervento tramite taglio cesareo³⁸. Nonostante la pratica delle mutilazioni genitali femminili comporti queste gravissime conseguenze, in Gibuti, Egitto e Sudan almeno il 90% delle donne tra 15 e 49 anni è stata costretta a sottoporsi a questa pratica.

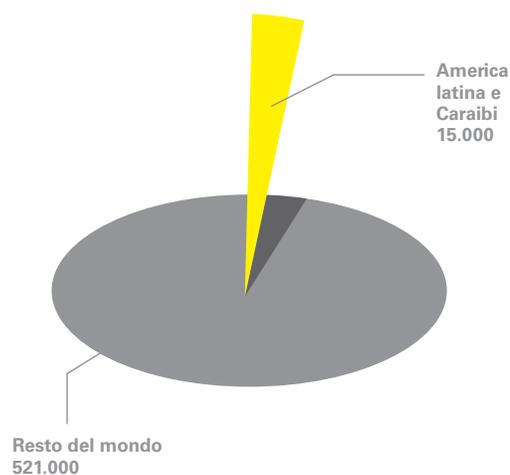
AMERICA LATINA E CARAIBI: Progressi continui

In America latina e Caraibi nel 2005 sono decedute circa 15.000 donne per cause correlate alla gravidanza e al parto, 6.000 in meno rispetto alle stime del 1990. I dati attuali rivelano una riduzione del tasso di mortalità materna del 28% rispetto al 1990 (ad oggi la proporzione è di 130 decessi su 100.000 nati vivi), ma questo ritmo di miglioramento non è comunque sufficiente a raggiungere il traguardo dell'OSM 5 entro il 2015. La media regionale, tuttavia, nasconde ampie discrepanze tra i diversi paesi. Il tasso di mortalità materna di 16 delle Bahamas, delle Barbados e del Cile è uno tra i più bassi del mondo in via di sviluppo, mentre il 670 di Haiti è estremamente elevato.

Lo stesso avviene per il rischio di morire per cause correlate alla gravidanza o al parto nel corso della vita. La media regionale si attesta a 1 su 280, ma il divario è profondo tra il tasso di rischio più elevato, quello di Haiti, che è di 1 su 44, e quello più basso, nelle Barbados, pari a 1 su 4.400. I disturbi ipertensivi sono la principale causa di mortalità materna nella regione, sebbene il rischio di morire di ipertensione possa essere ridotto semplicemente monitorando la pressione sanguigna prima e durante la gravidanza.

I dati di tendenza comparabili sui parti assistiti da personale qualificato sono insufficienti in alcuni dei maggiori paesi dell'America latina e dei Caraibi. I dati ad essi equivalenti, cioè la percentuale di donne che partoriscono in una clinica o in ospedale, escludono i parti che avvengono a casa con l'assistenza di personale specializzato. In generale, l'86% delle donne partorisce in una struttura sanitaria, proporzione che mostra un sostanziale miglioramento rispetto alla metà degli anni '90, quando questo tasso era del 73%. In 10 dei 21 paesi per cui sono disponibili dati, più del 90% delle donne partorisce in una struttura sanitaria, solo in Guatemala e ad

Stima del numero annuale di decessi materni in America latina e Caraibi (2005)



Fonte:OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Nella regione la mortalità materna mostra segni di diminuzione, e l'assistenza prenatale è in continuo miglioramento

Haiti meno della metà delle donne partorisce in clinica o in ospedale. La qualità dell'assistenza fornita è un nodo irrisolto in paesi come la Guyana, dove il livello dell'assistenza qualificata al parto è alto, ma lo è, paradossalmente, anche il tasso di mortalità materna.

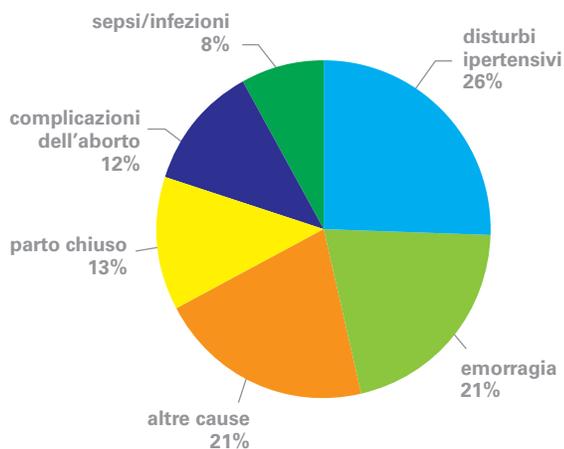
Nonostante la mancanza di dati regionali comparabili sull'assistenza qualificata al parto, i risultati delle indagini condotte in alcuni paesi hanno rivelato delle differenze sostanziali in questo indicatore. Le donne che risiedono nelle aree urbane del Guatemala hanno più del doppio delle possibilità di essere assistite da personale specializzato durante il parto rispetto alle donne delle zone rurali, e le donne delle aree urbane di Haiti ne hanno il triplo. In Bolivia, Honduras e Perù, il 20% più povero delle donne è quello più svantaggiato, e ad Haiti il 60% di esse è praticamente escluso dalla possibilità di ricevere assistenza qualificata durante il parto. Una soluzione potrebbe essere un'azione mirata nei confronti delle donne più povere e l'eliminazione delle barriere geografiche e finanziarie che ostacolano l'accesso ai servizi di assistenza.

Nonostante i dati relativi a molte altre regioni indichino che alcune donne provenienti da zone rurali non possono sottoporsi al parto cesareo, in America latina e Caraibi i dati rivelano che questa procedura è ampiamente utilizzata. Si noti, tuttavia, che secondo le indicazioni dell'OMS, un tasso di parti cesarei che superi il 15% non trova alcuna giustificazione medica e le ricerche dimostrano che un alto tasso di tali procedure corrisponde spesso a tassi più alti di morbidità e mortalità materne³⁹. Nella metà dei paesi per cui sono disponibili dei dati, il tasso di parti cesarei nelle aree rurali è pari al 15% o più. Nelle zone rurali di Haiti questo tasso raggiunge l'1%, dimostrando un accesso estremamente limitato alle cure ostetriche d'emergenza.

In generale, i livelli dell'assistenza prenatale sono alti e il 94% delle donne in gravidanza riceve assistenza prenatale

I disturbi ipertensivi sono la principale causa di mortalità materna in America latina e Caraibi

Cause di mortalità materna, stime relative all'America latina e Caraibi (1997-2002)

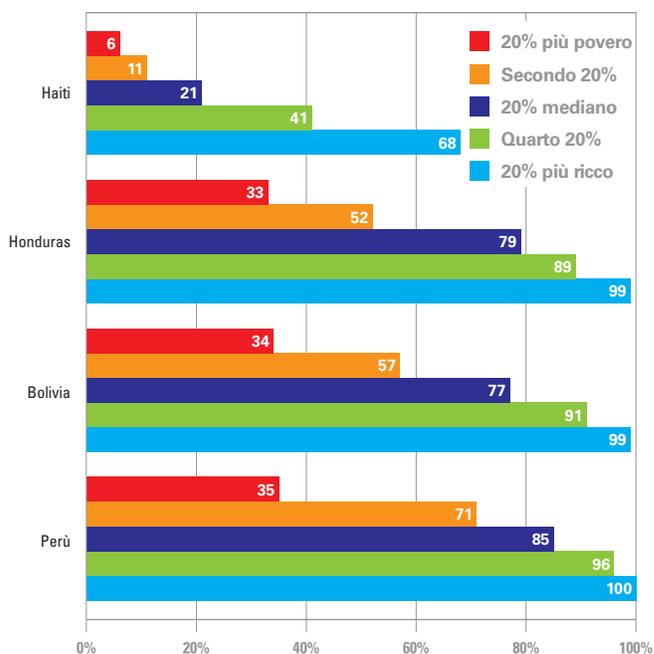


Nota: Le percentuali riportate nel grafico a torta non totalizzano il 100% a causa dell'arrotondamento.

Fonte: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, p. 1069, 1 Aprile 2006.

In Bolivia, Haiti, Honduras e Perù, le donne più povere incontrano molti ostacoli nell'accesso all'assistenza qualificata al parto

Percentuale di parti assistiti da personale qualificato, per quintile di ricchezza familiare (2003-2006)



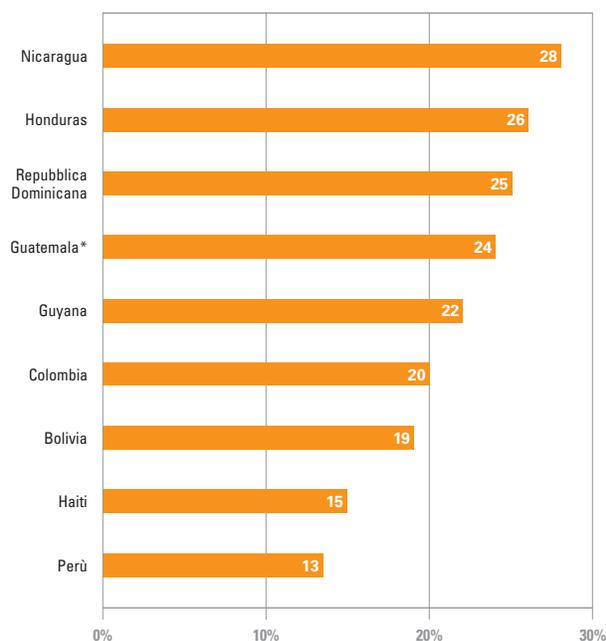
Fonte: DHS selezionate, <www.measuredhs.com>.



da parte di operatori sanitari qualificati almeno una volta, il tasso di copertura più alto riscontrabile tra tutti i paesi in via di sviluppo. Dei 32 paesi per cui sono disponibili dati, solo 8 hanno livelli di copertura inferiori al 90%; e nei paesi con dati di tendenza comparabili, negli ultimi anni si sono rilevati importanti progressi, con un aumento dall'82% di donne che intorno al 1995 ricevevano assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza, al 95% intorno al 2005. Una percentuale inferiore di donne si sottopone alle 4 visite minime raccomandate, ma nei 13 paesi per cui sono disponibili dei dati la maggior parte delle madri beneficia di tale servizio, nonostante la qualità di questo tipo di assistenza sia ancora da migliorare.

Un alto tasso di fertilità tra le adolescenti equivale a un rischio elevato di mortalità materna per le giovani madri

Percentuale di ragazze di età compresa tra 20 e 24 anni che hanno partorito prima del diciottesimo anno di età (2001-2006)



* I dati si riferiscono ad anni diversi dal 2001-2006.

Fonte: DHS selezionate, <www.measuredhs.com>.

Il tasso di donne che fa uso di metodi contraccettivi è alto ed è pari al 70% delle donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni sposate o conviventi; solo in 7 dei 30 paesi per cui sono disponibili dati le donne che fanno uso di anticoncezionali sono meno della metà del totale. In Costa Rica il 96% delle donne fa uso di metodi contraccettivi, la percentuale più alta del mondo. I dati registrati in un sottoinsieme di paesi indicano che in America latina e Caraibi l'utilizzo di anticoncezionali è associato maggiormente al livello di istruzione di una donna, piuttosto che alla sua situazione familiare o alla zona da cui proviene⁴⁰.

Il tasso di fertilità della regione è appena al di sopra del livello di ricambio. Il tasso di fertilità totale è 2,4, e nei singoli paesi oscilla da un 1,5 nelle Barbados e a Cuba a un 4,3 in Guatemala.

Le gravidanze iniziano precocemente; in 6 dei 9 paesi per cui sono disponibili dati, almeno il 20% delle donne d'età compresa tra 15 e 49 anni dichiara di aver partorito prima del diciottesimo anno di età. Gli alti tassi di natalità tra le adolescenti rappresentano una delle cause di mortalità materna nella regione, fattore che potrebbe essere contrastato estendendo l'accesso alla contraccezione e alla pianificazione familiare in maniera universale.

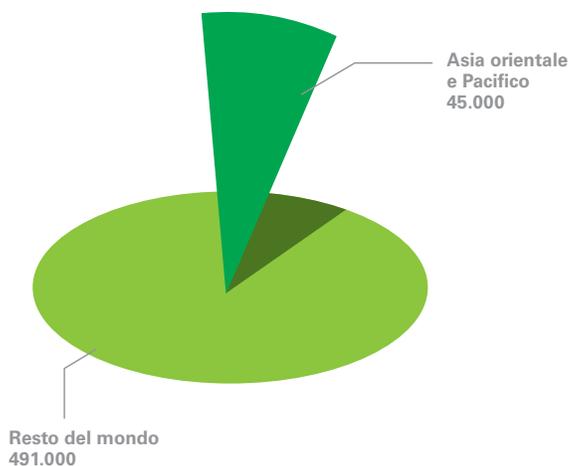
ASIA ORIENTALE E PACIFICO: Progressi rapidi

Nel 2005, si stima che nella regione dell'Asia orientale e Pacifico siano morte 45.000 donne a causa di complicazioni insorte durante la gravidanza o il parto. Questo dato rappresenta un calo sostanziale rispetto al 1990, anno in cui si stimano 80.000 decessi. Questi numeri rivelano una riduzione del 30% del tasso di mortalità materna, fino all'attuale livello stimato di 150 decessi su 100.000 nati vivi. Secondo le stime attuali, l'Asia orientale e Pacifico ha compiuto i progressi più rapidi che in ogni altra regione nella riduzione della mortalità materna, miglioramenti che dovranno comunque essere accelerati se si vuole raggiungere l'obiettivo fissato dall'OSM 5.

Dei 18 paesi per cui sono disponibili delle stime, 6 hanno tassi di mortalità materna bassi (meno di 100 decessi su 100.000 nati vivi): Brunei (13), Singapore e Repubblica di Corea (entrambi 14), Cina (45), Mongolia (46) e Malesia (62). Quattro hanno dei tassi superiori a 400: Repubblica Democratica Popolare del Laos (660), Cambogia (540), Papua Nuova Guinea (470) e Indonesia (420).

L'87% delle donne partorisce assistita da personale specializzato. Nel sottoinsieme dei paesi per cui sono disponibili dei dati, i livelli di copertura sono aumentati dall'81% registrato intorno al 1995 all'89% registrato intorno al 2005. Sebbene la copertura sia, quindi, generalmente estesa, esistono delle forti disparità in quei paesi in cui l'assistenza qualificata al parto è meno diffusa. Sia nella Repubblica Democratica Popolare del Laos che a Timor Leste, le donne che vivono nelle aree urbane hanno cinque volte più possibilità, rispetto alle donne che provengono dalle zone rurali, di ricevere assistenza qualificata durante il

Stima del numero annuale di decessi materni nell'Asia orientale e Pacifico (2005)

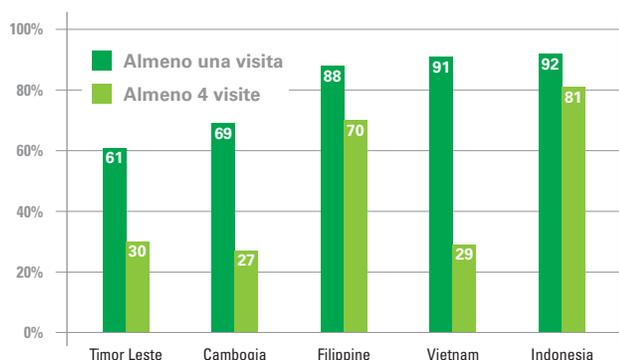


Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

La mortalità materna è in diminuzione nella regione ed i livelli di assistenza prenatale sono in miglioramento

Meno donne si sottopongono alle quattro visite prenatali raccomandate

Percentuale di donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno una volta durante la gravidanza e percentuale di donne che riceve assistenza prenatale almeno quattro volte, nei paesi con dati disponibili (2002-2006)



Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

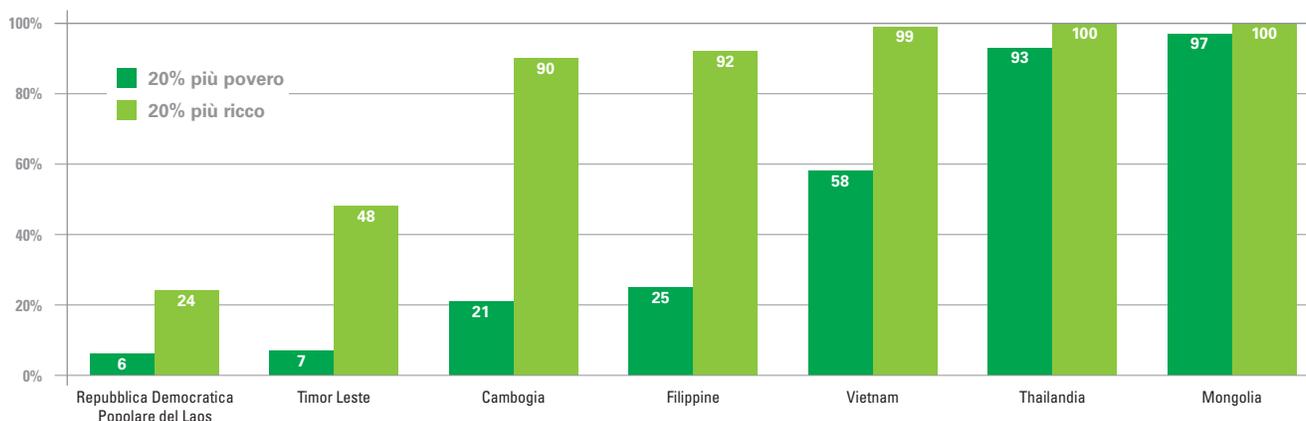
parto. A Timor Leste le donne appartenenti alle famiglie più benestanti hanno quasi 7 volte più possibilità di ricevere questo tipo di assistenza rispetto alle donne delle famiglie più indigenti.

Sono pochissimi i paesi per cui sono disponibili dei dati sulla prevalenza dei parti cesarei nelle zone rurali, ma i livelli estremamente bassi di Cambogia ed Indonesia, il 2% o meno, indicano una grave carenza nelle cure ostetriche di emergenza.

In generale, i livelli di assistenza prenatale sono alti, con l'89% delle donne che ha l'opportunità di sottoporsi ad almeno una visita prenatale da parte di personale sanitario qualificato almeno una volta durante la gravidanza. Nell'ultimo decennio, l'Asia orientale e Pacifico ha raggiunto ottimi risultati in merito; relativamente ad un sottoinsieme di paesi per cui sono disponibili dei dati, la copertura è stata estesa da un 78% registrato intorno al 1995 al 93% rilevato

Le donne che provengono dalle famiglie più benestanti hanno maggiori probabilità di ricevere assistenza qualificata al parto

Percentuale di parti assistiti da personale qualificato, per quintile di benessere familiare (2000-2006)

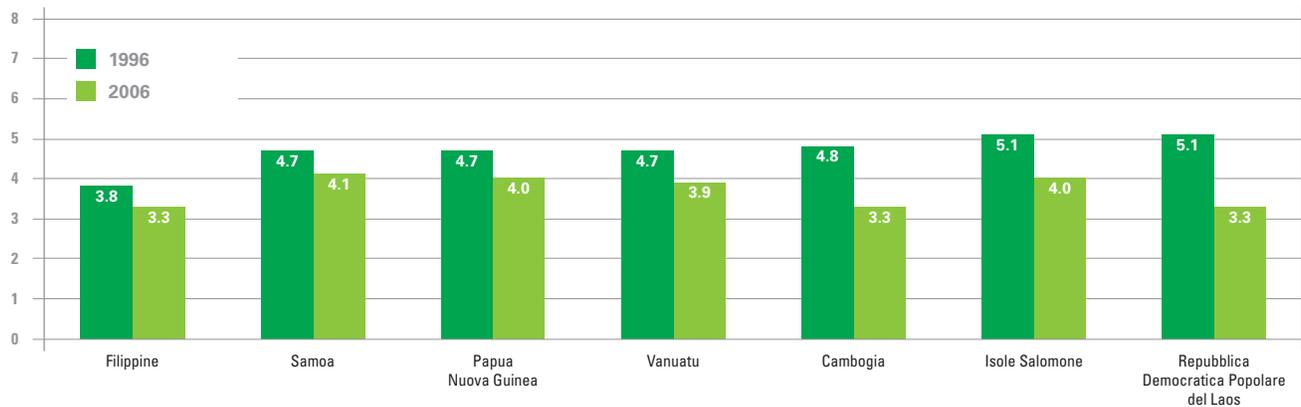


Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.



La maggior parte dei paesi con un alto tasso di fertilità ha riscontrato una certa diminuzione nel tasso di fertilità totale

Tasso di fertilità totale in sette paesi ad alto tasso di fertilità con dati di tendenza (1996 e 2006)



Fonte: Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

intorno al 2005. Ma nella Repubblica Democratica Popolare del Laos solo il 27% delle donne ha ricevuto assistenza prenatale almeno una volta nel corso della gravidanza.

Sebbene siano pochi i paesi per cui sono disponibili dati sull'assistenza prenatale ricevuta quattro o più volte, queste stime suggeriscono che in molti paesi le donne che possono sottoporsi al numero minimo raccomandato di visite sia sostanzialmente inferiore.

L'utilizzo di contraccettivi da parte delle donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni, sposate o che convivono, è alto, pari al 79%. Tuttavia questa media regionale viene alterata dalla Cina, dove l'87% delle donne fa uso di anticoncezionali, il secondo tasso più alto al mondo (dopo Costa Rica). In 17 dei 25 paesi rimanenti per cui sono disponibili dei dati, meno della metà delle donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni, sposate o che convivono, fanno uso di un metodo di contraccezione.

Nell'Asia orientale e Pacifico, il tasso di fertilità totale è 1,9, al di sotto del livello di ricambio. Questa media regionale bassa vede in testa nuovamente la Cina, che ha un tasso nazionale di 1,7. Dieci dei 22 paesi per cui sono disponibili

dei dati hanno dei tassi di fertilità totale superiori al 3,0. Tra i sette paesi ad alta fertilità per cui sono disponibili dei dati di tendenza, nell'ultimo decennio la fertilità è diminuita, con una riduzione particolarmente sensibile nella Repubblica Democratica Popolare del Laos. Il tasso di parti precoci, che si attesta a soli 19 parti su 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni, è inferiore rispetto a qualsiasi altra regione del mondo, inclusi i paesi industrializzati.

Anche i paesi della regione dell'Asia orientale e Pacifico che hanno mortalità materna alta hanno la tendenza a registrare dei tassi di anemia materna elevati (41). Il DHS del 2005 condotto in Cambogia ha rivelato che il 47% delle donne tra 15 e 49 anni era affetto da anemia, e che le donne che erano in gravidanza o nel periodo dell'allattamento avevano maggiori probabilità di ammalarsi di questa patologia. Ad esempio, il 34% delle donne affette da anemia moderata o grave era in gravidanza, mentre la percentuale di donne non in gravidanza anemiche era solo del 9%.



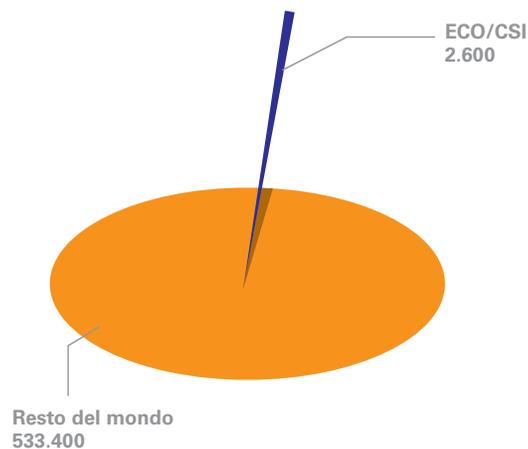
ECO/CSI: Bassa fertilità, pochi rischi nel corso della vita

La regione dell'Europa Centrale e Orientale e Comunità di Stati Indipendenti (ECO/CSI) ha i livelli più bassi di mortalità materna del mondo in via di sviluppo. Il tasso di mortalità materna attualmente si attesta a 46 per 100.000 nati vivi, con dati che indicano una riduzione del 28% rispetto al 63% del 1990. Sebbene questo tasso di riduzione non sia sufficiente a raggiungere il traguardo dell'OSM 5 del 75%, le statistiche sono incoraggianti. In media, le donne dell'ECO/CSI corrono 1 rischio su 1.300 di morire a causa di complicazioni durante la gravidanza e il parto. Nonostante il tasso di mortalità materna ridotto renda il rischio di morire nel corso della vita per cause legate alla gravidanza o al parto minimo, questa proporzione varia notevolmente di paese in paese.

In Bosnia-Erzegovina, le donne corrono il rischio di morire per cause legate alla gravidanza o al parto più basso che in qualsiasi altra parte del mondo, fatta eccezione dell'Irlanda. Il tasso nazionale di rischio di morire per tali complicazioni nel corso della vita (1 su 29.000) deriva dal tasso di mortalità materna basso riscontrabile in Bosnia-Erzegovina, 3 su 100.000 nati vivi. Per contro, in Tagikistan un tasso superiore (170) in combinazione con un tasso di fertilità relativamente alto (3,5) portano a un rischio di 1 su 160.

I tassi generalmente bassi di mortalità materna della regione si riflettono negli elevati livelli di assistenza specializzata al parto. L'89% dei parti avviene in una struttura sanitaria (il tasso più alto del mondo in via di sviluppo) e, in totale, il 95% delle donne viene assistito da personale sanitario qualificato al momento del parto. Solo in Tagikistan e in Turchia la copertura è al di sotto del 90% e si attesta, in entrambi i casi, all'83%. In qualsiasi altro paese dell'ECO/CSI, la copertura è pressoché universale e ciò vuol dire che le donne delle zone rurali sono assistite tanto quanto le

Stima del numero annuale di decessi materni in ECO/CSI (2005)



Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

I livelli di mortalità materna della regione sono tra i più bassi del mondo in via di sviluppo e sembrano essere in continua diminuzione

madri che risiedono nelle aree urbane; ma in Tagikistan e in particolar modo in Turchia i parti che avvengono nelle zone rurali hanno meno probabilità di essere assistiti da personale sanitario qualificato. I dati sull'assistenza specializzata, inoltre, non forniscono alcuna informazione in merito alla qualità di questo servizio.

Tra i 10 paesi per cui sono disponibili dei dati, Azerbaigian, Turkmenistan e Uzbekistan hanno dei tassi di parti cesarei nelle zone rurali inferiori al 3%, stima che indica come alcune delle donne che avrebbero necessità di questa procedura che potrebbe salvare la loro vita, non hanno alcun accesso ad essa.

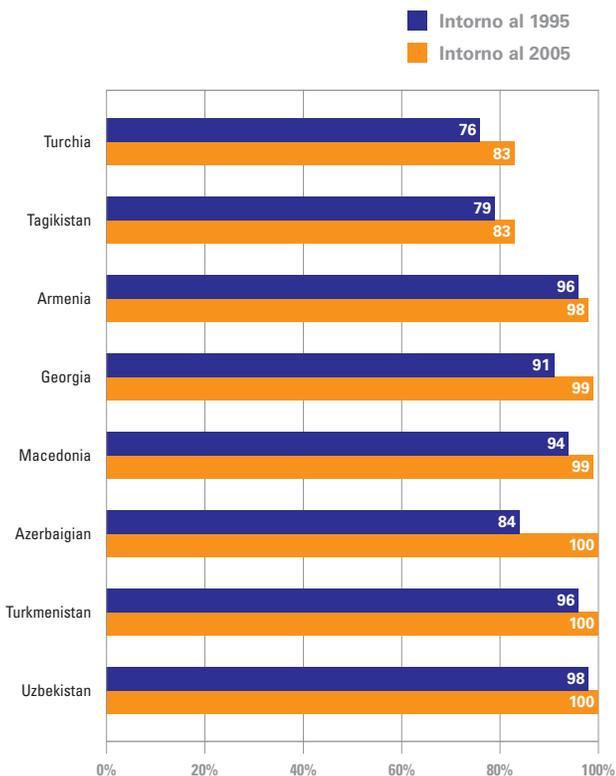
In generale, il 90% delle donne riceve assistenza prenatale

da parte di personale sanitario specializzato almeno una volta nel corso della gravidanza, percentuale in rialzo rispetto al 77% registrato intorno al 1995. Nonostante questi alti livelli di copertura, però, è necessario compiere degli ulteriori progressi affinché tutte le donne si sottopongano alle quattro visite minime raccomandate. I dati disponibili in merito a queste quattro visite in un sottoinsieme di paesi indicano infatti che le donne delle zone rurali non ricevono l'assistenza prenatale minima.

La maggior parte dei paesi dell'ECO/CSI ha tassi di fertilità totale al di sotto del livello di ricambio; solo sette hanno un tasso di fertilità pari o superiore al livello di ricambio, con tassi del 2,1 o superiori.

In molti paesi l'accesso all'assistenza qualificata al parto è universale

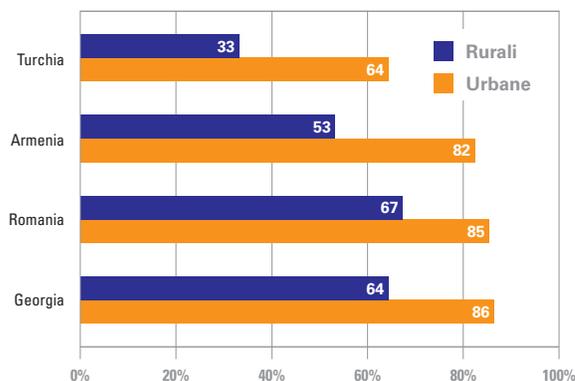
Tendenze nella percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato, nei paesi con dati di tendenza (intorno al 1995 e intorno al 2005)



Fonte: DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale; per ulteriori dettagli, vedi <www.childinfo.org>.

Le donne delle zone rurali hanno meno probabilità di sottoporsi alle quattro visite prenatali raccomandate rispetto alle donne delle aree urbane

Percentuale di donne di età tra i 15 e 49 anni che riceve assistenza prenatale almeno quattro volte nel corso delle gravidanze, per zona di residenza (2003-2005)

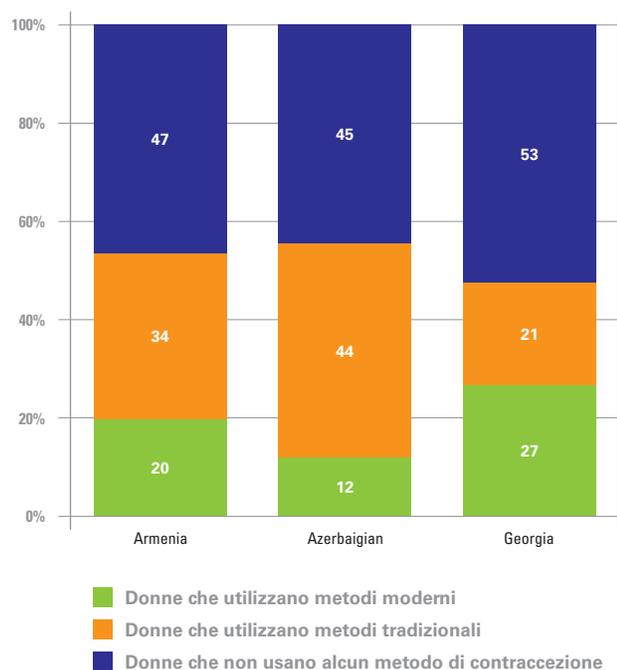


Fonte: DHS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale.



In Armenia, Azerbaigian e Georgia, molte donne si affidano a metodi contraccettivi tradizionali

Percentuale di donne tra 15 e 49 anni, sposate o che convivono, che utilizza metodi tradizionali, metodi moderni o nessun metodo di contraccezione, nei paesi per i quali sono disponibili questi dati (2001-2005)



Fonte: DHS selezionate, <www.measuredhs.com>.

La Bielorussia, la Bosnia-Erzegovina e l'Ucraina sono tra i paesi con i minori tassi di fertilità totale al mondo (1,2) ed in molti altri paesi questo tasso è dell'1,3.

Il 63% delle donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni, sposate o che convivono, fa uso di un metodo di contraccezione, con un tasso che oscilla dal 36% in Bosnia-Erzegovina all'86% in Bulgaria. Gran parte delle donne che risiedono nei paesi del Caucaso (Armenia, Azerbaigian, Georgia) si affida a metodi contraccettivi tradizionali, soprattutto il coito interrotto, per tenere sotto controllo la propria fertilità. Ciò ha in parte come risultato dei tassi molto elevati di aborti⁴².

Nell'era sovietica, in molti paesi dell'ECO/CSI l'aborto rappresentava il principale metodo di controllo delle nascite⁴³. Secondo le stime dell'OMS, nel 2000 il 26% dei decessi materni registrati in 10 paesi dell'Europa dell'Est e dell'ex Unione Sovietica era dovuto ad aborti, rispetto ad un tasso del 13% nel mondo⁴⁴. Una recente analisi indica, tuttavia, che il tasso degli aborti è diminuito in 8 paesi e l'utilizzo di anticoncezionali si è esteso⁴⁵.

Nonostante la copertura dell'assistenza qualificata al parto e i parti in strutture sanitarie siano quasi universali in tutta la regione, gli alti tassi di decessi causati da aborti e l'elevato tasso di mortalità materna e infantile registrati in alcuni paesi sottolineano la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza in ECO/CSI al fine di raggiungere l'OSM 5.



PAESI INDUSTRIALIZZATI: Disparità nell'assistenza alle madri

Nei paesi industrializzati, i tassi di mortalità materna sono molto bassi. Nel 2005 la media regionale era di 8 su 100.000 nati vivi.

Secondo le stime, tutti i paesi industrializzati hanno un tasso di mortalità materna pari o inferiore a 12; fatta eccezione dell'Estonia, dove il tasso è pari a 25. Il tasso di mortalità materna più basso del mondo, solo 1 decesso su 100.000 nati vivi, si registra in Irlanda, dove il rischio di morire per cause legate alla gravidanza o al parto nel corso della vita è di 1 su 47.600. In generale, nei paesi industrializzati i tassi di mortalità materna sono rimasti stabili dal 1990.

Tra i paesi industrializzati, il secondo tasso più alto di rischio di mortalità materna nel corso della vita, dopo l'Estonia (1 su 2.900) si registra negli Stati Uniti, dove si attesta a 1 su 4.800, ben al di sopra della media della regione (1 su 8.000); e tra le donne afroamericane (31 su 100.000) è quasi quattro volte superiore a quello delle donne bianche non ispaniche (9)⁴⁶.

I livelli di mortalità materna bassi nei paesi industrializzati sono sempre stati legati all'accesso quasi universale a un'assistenza qualificata al parto e a cure ostetriche di emergenza nel caso di complicazioni. Nessuno dei paesi industrializzati per cui sono disponibili dati ha una copertura dell'assistenza qualificata al parto inferiore al 98% e nella maggior parte questa copertura è totale.

In molti paesi industrializzati il taglio cesareo viene utilizzato in maniera eccessiva e talvolta superflua. Su 60 paesi a reddito medio e alto presi in analisi in un recente studio, la maggioranza (62%) aveva tassi di parti cesarei superiori al 15%⁴⁷. I dati relativi al 2005 indicano che il 30% dei nati vivi degli USA sono venuti alla luce tramite taglio cesareo⁴⁸. Sarebbe necessario condurre ricerche per capire questa tendenza in rialzo e sperimentare interventi che aiutino a ridurre l'eccessiva diffusione.

Un fenomeno che desta preoccupazione nei paesi industrializzati è la mortalità materna associata all'insufficienza cardiaca, che riflette un'alimentazione malsana, il fumo, l'uso e l'abuso di alcol e l'aumento dell'obesità. I disturbi cardiaci, ad esempio, sono la causa più comune di mortalità materna nel Regno Unito⁴⁹. È stata dimostrata la relazione causale tra sovrappeso od obesità e rischio di effetti negativi in gravidanza⁵⁰.

La prevalenza contraccettiva tra le donne in età fertile è generalmente alta nei paesi industrializzati. Tra i paesi per cui sono disponibili dati, solo Lettonia, Lituania e Polonia registrano un tasso di utilizzo di anticoncezionali inferiore al 50 %.

Il tasso di fertilità totale di 1,7 registrato nei paesi industrializzati nel loro insieme è ben al di sotto del livello di ricambio. L'1,2 in Repubblica Ceca, Polonia e Slovacchia è tra i più bassi al mondo. L'unico paese industrializzato con un tasso di fertilità totale al di sopra del livello di ricambio è Israele, con 2,8; mentre gli Stati Uniti sono al livello di ricambio di 2,1. Dati i tassi di fertilità, generalmente bassi, l'alta proporzione di parti precoci in alcuni paesi è sorprendente. Gli Stati Uniti sono al primo posto con 43 parti su 1.000 ragazze tra i 15 e 19 anni; ma Estonia, Nuova Zelanda, Polonia e Regno Unito hanno tassi di parti precoci superiori al 20.



UN IMPEGNO CHE DEVE CRESCERE

Tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo non esiste un divario più grande nell'ambito della salute di quello esistente per la mortalità materna. Più del 99% dei decessi materni avviene nel mondo in via di sviluppo, e ben l'84% nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale. I dati indicano che sono stati compiuti dei progressi verso il raggiungimento del traguardo fissato dall'OSM 5, cioè la riduzione del tasso di mortalità materna di tre quarti tra il 1990 ed il 2015. Ma in un mondo che si impegna sempre più a realizzare ideali di equità e sviluppo umano, la lentezza con cui vengono compiuti questi progressi è inaccettabile.

Ogni anno, più di mezzo milione di donne muore per cause evitabili. Se l'OSM 5 non sarà raggiunto, o se verrà realizzato solo in parte, ci saranno donne che continueranno a morire inutilmente; la conseguenza sarà che i neonati non sopravvivranno, i bambini avranno perso le madri e le comunità le cittadine.

Ma è ancora possibile salvare la vita a milioni di madri. I metodi per ridurre i decessi materni, infatti, sono ormai ben chiari e riconosciuti. Non c'è bisogno di aspettare progressi scientifici e nuove sperimentazioni: le donne hanno bisogno di un'assistenza sanitaria migliore, soprattutto in gravidanza, al momento del parto e nella fase successiva, e di servizi che le aiutino a evitare gravidanze non desiderate. Devono poter beneficiare di un'assistenza che inizi quando sono ancora bambine o adolescenti, molto prima che concepiscono il primo figlio, e che continui nel corso della gravidanza, durante e dopo il parto e nei primi anni di vita del bambino. Un'assistenza che integri famiglie, comunità, strutture sanitarie in un sistema sanitario dinamico.

Se in tutto il mondo la nascita di ogni bambino fosse assistita da personale sanitario qualificato e appoggiata da strutture sanitarie di riferimento attrezzate e preparate per gestire le emergenze, e se ci fosse un follow-up dopo il parto, il numero dei decessi materni (che negli ultimi decenni si è ridotto ben poco) crollerebbe.

Il raggiungimento dell'OSM 5 richiederà l'implementazione a livello nazionale di nove componenti chiave del programma per la salute delle madri e dei bambini:

- La promozione dell'accesso alla pianificazione familiare basata sulle politiche dei singoli paesi.
- Un'assistenza prenatale di qualità (minimo 4 visite nel corso della gravidanza) offerta in tutte le strutture, con screening per l'ipertensione a tutte le donne incinte e cure adeguate del caso, vaccinazioni contro il tetano, somministrazione di integratori di micronutrienti e, se necessario, di ferro per l'anemia, integratori alimentari e trattamenti preventivi intermittenti contro la malaria.
- La prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV tramite servizi che includano test, consulenza, profilassi antiretrovirale e trattamenti antiretrovirali per le donne che ne hanno bisogno, erogati in ogni struttura di assistenza prenatale e di assistenza al parto, secondo il tasso di prevalenza dell'HIV di ogni singolo paese.

L'OSM 5 può ancora essere raggiunto se si affronta il problema della mortalità materna con serietà e urgenza

- L'accesso all'assistenza di personale sanitario qualificato (medico, infermiera od ostetrica) per ogni parto.
- Cure ostetriche e neonatali di emergenza di base adattate alla situazione di ogni paese, in ogni struttura in cui avvengano parti.
- Servizi completi di cure ostetriche di emergenza e assistenza neonatale erogati in almeno una struttura per ogni distretto o una ogni 500.000 abitanti.
- Una visita post-parto per ogni madre e ogni neonato, il prima possibile dopo la nascita (idealmente entro 24 ore), e ulteriori visite verso la fine della prima settimana e dopo quattro e sei settimane.
- Tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie in grado di riconoscere i sintomi dei rischi per madri e neonati e sapere le strutture sanitarie a cui rivolgersi.
- Gestione integrata delle malattie neonatali e infantili in ogni struttura che fornisca assistenza pediatrica.

Questi approcci devono essere in coordinamento con le politiche nazionali e le procedure già in atto.

Dato che la via per ridurre la mortalità materna è ormai chiara e universalmente accettata, perché sono stati compiuti così pochi progressi? La mortalità materna è la prova del nove per i sistemi sanitari. Esistono grossi limiti negli attuali sistemi sanitari, soprattutto nell'Africa sub-sahariana. Le risorse dedicate alla salute materna sono sempre state insufficienti; gli ospedali sono pressoché inaccessibili ai più poveri, soprattutto nelle zone rurali; e il numero degli operatori sanitari qualificati è troppo esiguo per poter colmare queste lacune.

È fondamentale, inoltre, la qualità dell'assistenza fornita. La disponibilità e la distribuzione di ostetriche e personale medico qualificati rappresentano un grave problema anche nei paesi che hanno programmi di formazione medica ben sviluppati. I salari bassi possono essere un disincentivo per questi operatori sanitari che, negli ultimi anni, si sono trasferiti in numero sempre maggiore nei paesi industrializzati. In alcune regioni, invece, i sistemi sanitari sono stati indeboliti a causa dell'ingente numero di malati e decessi a causa dell'AIDS.

In definitiva, sebbene le cause di fondo della mortalità materna e delle disabilità legate alla gravidanza e al parto riflettano difficoltà pratiche, riflettono anche la condizione di forte svantaggio sociale delle donne. In paesi con livelli di

sviluppo economico simili, la mortalità materna tende a essere inversamente proporzionale allo status delle donne⁵¹. Un approccio basato sui diritti umani nei confronti della riduzione della mortalità materna può fornire un quadro di riferimento soprattutto nell'allocatione delle risorse a favore delle fasce di popolazione più povere ed emarginate, e comporta anche un'azione mirata all'eliminazione della disparità di genere attraverso cambiamenti sociali, culturali e comportamentali.

Nei paesi in cui il tasso di mortalità materna è alto, può volerci tempo prima che ogni madre riceva cure ostetriche di emergenza entro due ore; senza considerare la difficoltà di trovare e formare un numero sufficiente di operatori sanitari che assistano il parto. Ma anche nelle situazioni di maggiore disagio, è possibile adottare misure che possono avere un impatto sulla salute materna, quali: favorire l'accessibilità e la diffusione di metodi contraccettivi, prevenire l'anemia somministrando settimanalmente tavolette di integratori a base di ferro e acido folico alle adolescenti e alle giovani donne; prevenire la malaria e la tubercolosi nelle donne in gravidanza; formare gli operatori sanitari locali affinché visitino le donne a domicilio durante la gravidanza e subito dopo la nascita del bambino. Tali visite rappresenterebbero un'ottima occasione per discutere con le famiglie dei rischi durante la gravidanza e il parto, spiegare come riconoscerne i sintomi e a chi rivolgersi nel caso di complicazioni; e promuovere pratiche che hanno un impatto positivo quali un'alimentazione migliore e l'allattamento al seno esclusivo.

Per poter raggiungere l'OSM 5 e ottenere risultati soddisfacenti tra tre, quattro o cinque anni, è necessario lavorare da subito sugli interventi a lungo termine e i governi nazionali e la comunità internazionale si devono impegnare a stanziare risorse adeguate.

Aumentare rapidamente i servizi essenziali è possibile ed è un risultato già raggiunto in molti paesi. Le priorità devono essere:

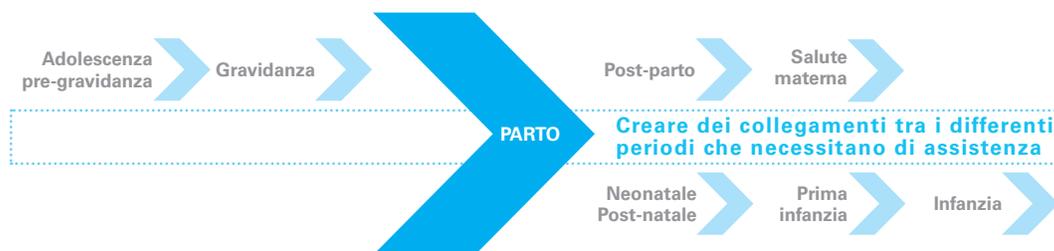
- **Incrementare i servizi** per garantire a ogni donna l'accesso alla pianificazione familiare, un'assistenza prenatale mirata che includa programmi di prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, personale qualificato che assista al parto e che sia in contatto con una struttura sanitaria efficiente che possa offrire cure ostetriche di emergenza, la capacità di riconoscere i sintomi di complicanze e l'assistenza post-parto.



- **Valutare e contrastare i fattori che, a livello locale, sono causa di mortalità e morbilità materne.** Se integrate nel sistema sanitario nazionale, le inchieste sui decessi materni forniscono prove e analisi che possono orientare i programmi di assistenza alle madri.
- **Registrare ogni decesso materno.** Le stime sui decessi materni potrebbero essere notevolmente migliorate a livello locale, regionale e globale, se i sistemi nazionali di registrazione civile fossero perfezionati.
- **Sviluppare le risorse umane.** Assicurarsi che gli operatori sanitari ricevano una formazione specialistica adeguata e vengano supervisionati. Il coordinamento delle risorse umane impiegate nell'assistenza materna può essere svolto anche dalle organizzazioni professionali.
- **Lavorare per abbassare le barriere finanziarie.** Lo scarso uso dei servizi di assistenza materna è spesso dovuto ai costi elevati. Incentivi quali il trasferimento condizionato di contanti e fondi di previdenza privati possono rendere tali servizi alla portata anche dei più poveri.
- **Coinvolgere il settore privato.** Promuovere alleanze tra settore pubblico e privato per estendere i servizi di assistenza alle madri.
- **Investire nella salute materna.** I donatori dovranno aumentare i contributi finanziari a sostegno della salute materna nei paesi a basso reddito. Nel 2006 i finanziamenti dell'assistenza globale allo sviluppo per la salute materna e neonatale in 68 paesi prioritari coinvolti nel "Countdown 2015" superavano 1,17 miliardi di dollari (circa 12 dollari per ogni nato vivo). Tale cifra rappresenta un incremento di 2/3 rispetto al 2003, ma non basta⁵².
- **Utilizzare i fondi in maniera più efficiente.** I governi dovranno essere più flessibili nell'utilizzo dei fondi. Ad esempio, è possibile ottenere economie di scala quando i servizi di prevenzione dell'HIV e i trattamenti preventivi intermittenti contro la malaria vengono integrati nei programmi di assistenza prenatale.
- **Istruire ogni bambina.** Le probabilità che una madre con un buon livello di istruzione muoia per cause legate alla gravidanza o al parto sono molto basse; ogni anno di istruzione in più, infatti, aumenta le opportunità di vita di una ragazza e dei suoi figli. L'istruzione per tutti dovrebbe, quindi, essere elemento essenziale di qualunque strategia per ridurre la mortalità materna.
- **Sostenere l'empowerment delle donne.** Si realizzeranno reali progressi nel miglioramento della salute materna quando anche lo status delle donne sarà migliorato. Se le donne acquisiscono autonomia e potere decisionale maggiori, potranno prendersi meglio cura della propria salute e di quella dei figli.

Gli alti tassi di mortalità materna possono essere drasticamente ridotti nei prossimi anni, e il traguardo dell'OSM 5 può ancora essere raggiunto.

Un'assistenza continuativa per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini



Fonte: Partenariato per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consultato il 30 settembre 2007.



NOTE

- ¹ WHO Regional Office for Africa, *The Health of the People: The African regional health report*, WHO Press, Geneva, 2006, p. 19.
- ² 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., April 2005, p. 4.
- ³ Ibid.
- ⁴ United Nations Population Fund and Family Care International, *Living Testimony: Obstetric fistula and inequities in maternal health*, UNFPA and FCI, New York, 2007, p. 1.
- ⁵ World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes*, WHO, Geneva, 2007, pp. 19–20.
- ⁶ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19–25 January 2008, pp. 243–244.
- ⁷ World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 44.
- ⁸ United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, *Children and AIDS: Second stocktaking report*, UNICEF, New York, April 2008, p. 6.
- ⁹ McIntyre, James, 'Mothers Infected with HIV: Reducing maternal death and disability', *British Medical Bulletin*, vol. 67, 2003, pp. 127, 128.
- ¹⁰ Stima dell'UNICEF basata sui dati del programma nazionale non pubblicato.
- ¹¹ World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United Nations Children's Fund, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, Progress report 2008, WHO, Geneva, 2008, p. 88.
- ¹² Paxton, A., et al., 'The United Nations Process Indicators for Emergency Obstetric Care: Reflections based on a decade of experience', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 95, 2006, p. 201.
- ¹³ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki and Ole Frithjof Norheim, 'Availability, Distribution and Use of Emergency Obstetric Care in Northern Tanzania', Oxford University Press, 2005, p. 167.
- ¹⁴ Countdown Coverage Writing Group, 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9260, 12–18 April 2008, pp. 1247–1258.
- ¹⁵ Cleland, John, et al., 'Family Planning: The unfinished agenda', *The Lancet*, vol. 368, no. 9549, 18–24 November 2006, pp. 1810–1827.
- ¹⁶ World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 50.
- ¹⁷ UN Millennium Project, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals*, United Nations Development Programme, New York, 2006, p. 38.
- ¹⁸ World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 50.
- ¹⁹ World Health Organization and United Nations Population Fund, *Pregnant Adolescents: Delivering on global promises of hope*, WHO, Geneva, 2006, p. 4.
- ²⁰ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, 2007, p. 45.
- ²¹ WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 'Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 June 2006, pp. 1835–1841.
- ²² Ibid.
- ²³ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, 2007, p. 44.
- ²⁴ World Bank, 'Education and Development', Education Advisory Service, World Bank, Washington, D.C., 2002, p. 20.
- ²⁵ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2004: Girls, education and development*, UNICEF, New York, December 2003, p. 20.
- ²⁶ United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria Partnership (RBM), *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, and RBM, Geneva, 2007, pp. 5, 68.
- ²⁷ Pearson, Luwei, et al., 'Review of progress in Maternal Death Review in Africa' (internal document).
- ²⁸ National Coordinating Agency for Population and Development (NCAPD) et al., *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*, NCAPD, Ministry of Health, Central Bureau of Statistics and ORC Macro, Nairobi, 2005, p. 148; and National Bureau of Statistics (NBS) and Macro International Inc., *Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006*, NBS and Macro International Inc., Dar es Salaam, 2007, p. 149.
- ²⁹ United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, *Children and AIDS: Second stocktaking report*, UNICEF, New York, April 2008, p. 5.
- ³⁰ Pearson, Luwei, et al., op. cit.
- ³¹ World Health Organization, *Working Together for Health: The World Health Report 2006*, WHO, Geneva, 2005, p. 12.
- ³² National Institute of Population Research and Training (NIPORT) et al., *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001*, NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University and International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka and Calverton (USA), 2003, pp. 67, 80.
- ³³ Costello, Anthony, Kishwar Azad and Sarah Barnett, 'An Alternative Strategy to Reduce Maternal Mortality', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 October–3 November 2006, pp. 1477–1479.
- ³⁴ International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International, *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*, IIPS, Mumbai, 2007, p. 203.
- ³⁵ National Institute of Population Research and Training (NIPORT) et al., *Bangladesh Demographic and Health Survey 2004*, NIPORT, Mitra and Associates, and ORC Macro, Dhaka and Calverton (USA), 2005, p. 59.



- ³⁶ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on nutrition*, Number 4, UNICEF, New York, May 2006, p. 12.
- ³⁷ El-Zanaty, Fatma, and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005*, Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro, Cairo, 2006, p. 124; Department of Statistics [Jordan] and ORC Macro, *Jordan Population and Family Health Survey 2002*, Department of Statistics and ORC Macro, Calverton (USA), 2003, p. 98; Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro et Ligue des États Arabes, *Enquête sur la population et la santé familiale 2003–2004*, Ministère de la Santé and ORC Macro, Calverton (USA), 2005, p. 110.
- ³⁸ WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 'Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 June 2006, pp. 1835–1841.
- ³⁹ See, for example, Deneux-Tharoux, Catherine, et al., 'Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 108, no. 3, September 2006, pp. 541–548.
- ⁴⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*, INE and Ministerio de Salud y Deportes, Miraflores (Bolivia), 2004, p. 80; Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) et al., *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*, Profamilia, Bogota, Nov. 2005, p. 117; Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) and Macro International, *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005–2006*, Secretaría de Salud, INE and Macro International, Tegucigalpa, 2006, p. 76; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) et al., *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Informe Principal*, INEI, US Agency for International Development and Measure DHS+, Lima, Nov. 2005, p. 76.
- ⁴¹ UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, *Strategy to Reduce Maternal Deaths*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2003, pp. 4–5.
- ⁴² Westoff, Charles F., 'Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries', *DHS Analytical Studies*, no. 8, ORC Macro, Calverton (USA), February 2005, p. xi.
- ⁴³ Ibid., p. 10, and Ajadjanian, Victor, 'Is Abortion Culture Fading in the Former Soviet Union? Views about abortion and contraception in Kazakhstan', *Studies in Family Planning*, vol. 33, no. 3, September 2002, pp. 237–248; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, 13 October 2007, pp. 1138–1146.
- ⁴⁴ World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed., WHO, Geneva, 2004, pp. 13, 30.
- ⁴⁵ Westoff, Charles F., op. cit.
- ⁴⁶ Hoyert, D.L., *Maternal Mortality and Related Concepts*, National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, Series 3, Number 33, Feb. 2007, p. 8.
- ⁴⁷ Belizán, José M., Fernando Althabe and Maria Luisa Cafferata, 'Health Consequences of the Increasing Caesarean Section Rates', *Epidemiology*, vol. 18, no. 4, July 2007, pp. 485–486.
- ⁴⁸ Centers for Disease Control and Prevention, 'QuickStats: Percentage of all live births by cesarean delivery – National Vital Statistics System, United States, 2005', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 56, no. 15, 20 April 2007, <www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5615a8.htm>, accessed 21 May 2008.
- ⁴⁹ Confidential Enquiry into Maternal and Child Health, *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005*, CEMACH, London, December 2007, p. 1.
- ⁵⁰ Villamor, Eduardo, and Sven Cnattingius, 'Interpregnancy Weight Change and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A population-based study', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September–6 October 2006, p. 1164.
- ⁵¹ Filippi, Véronique, et al., 'Maternal Health in Poor Countries: The broader context and a call for action', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 October–3 November 2006, pp. 1535–1541.
- ⁵² 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, no. 9260, 12–18 April 2008, pp. 1268–1275.

TAVOLE STATISTICHE

Tavola 1 – Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: indicatori

Paesi e territori	Registrato 2000–2006*	Tasso di mortalità materna †			Rischio di mortalità materna nel corso della vita, 1 sur	Tasso di fertilità totale 2006	Tasso di natalità tra le adolescenti 2006	Prevalenza contraccettiva (%) 2000–2006*	*Necessità non soddisfatta* di pianificazione familiare (%) 2000–2006*	Parti assistite da personale qualificato (%) 2000–2006*	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 2000–2006*		Tasso di cesarei nelle zone rurali (%) 2000–2006*
		Arrotondato 2005	Fascia inferiore 2005	Fascia superiore 2005							almeno una volta	almeno 4 volte	
AFRICA ORIENTALE E MERIDIONALE													
Angola	–	1.400	560	2.600	12	6,5	139	6	–	45	66	–	–
Botswana	330 x	380	120	1.000	130	3,0	55	48	27 x	94	97	–	–
Burundi	620	1.100	480	1.900	16	6,8	55	9	29	34	92	–	–
Comore	380	400	150	840	52	4,5	52	26	35 x	62	75	52 x	4
Eritrea	1.000 x	450	180	850	44	5,2	76	8	27	28	70	41	1
Etiopia	670	720	460	980	27	5,4	99	15	34	6	28	12	0
Kenya	410	560	340	800	39	5,0	104	39	25	42	88	52	3
Lesotho	760	960	570	1.400	45	3,5	78	37	31	55	90	70	5
Madagascar	470	510	290	740	38	4,9	138	27	24	51	80	40	1
Malawi	980	1.100	720	1.500	18	5,7	142	42	28	54	92	57	3
Mauritius	22	15	15	30	3.300	1,9	40	76	4	98	–	–	–
Mozambico	410	520	360	680	45	5,2	157	17	18	48	85	53	1
Namibia	270	210	110	300	170	3,3	62	44	22	76	91	69	–
Ruanda	750	1.300	770	1.800	16	6,0	42	17	38	39	94	13	2
Seychelles	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	1.000	1.400	550	2.700	12	6,2	68	15	–	33	26	–	–
Sudafrica	150 x	400	270	530	110	2,7	64	60	15 x	92	92	73 x	12
Swaziland	230 x	390	130	980	120	3,6	35	48	–	74	90	–	–
Tanzania	580	950	620	1.300	24	5,3	124	26	22	43	78	62	2
Uganda	510	550	350	770	25	6,6	158	24	41	42	94	42	2
Zambia	730	830	520	1.200	27	5,3	132	34	27	43	93	72	1
Zimbabwe	560	880	300	2.000	43	3,3	63	60	13	69	94	64 x	3
AFRICA OCCIDENTALE E CENTRALE													
Benin	500 x	840	330	1.600	20	5,6	125	17	30	78	88	62	2
Burkina Faso	480 x	700	390	1.000	22	6,1	131	17	29	54	85	18	0
Camerun	670	1.000	670	1.400	24	4,5	123	29	20	63	82	60	1
Capo Verde	76	210	68	530	120	3,5	86	53 x	14 x	89 x	99	64 x	–
Centrafricana Repubblica	540	980	380	1.900	25	4,7	120	19	16 x	53	69	40 x	2
Ciad	1.100	1.500	930	2.000	11	6,3	172	3	23	14	39	18	0
Congo	780	740	450	1.100	22	4,6	119	44	16	83	86	75	2
Congo, Repubblica Democratica	1.300	1.100	480	1.900	13	6,7	225	31	–	61	68	–	–
Costa d'Avorio	540	810	310	1.600	27	4,6	115	13	28 x	57	85	45	6
Gabon	520	520	290	760	53	3,1	86	33	28	86	94	63	4
Gambia	730	690	250	1.500	32	4,8	107	18	–	57	98	–	–
Ghana	210 x	560	200	1.300	45	4,0	59	17	34	50	92	69	2
Guinea	980	910	590	1.200	19	5,6	155	9	21	38	82	49	1
Guinea-Bissau	410	1.100	500	1.800	13	7,1	191	10	–	39	78	–	–
Guinea Equatoriale	–	680	210	1.600	28	5,4	125	–	–	65	86	–	–
Liberia	580 x	1.200	520	2.100	12	6,8	221	10	33 x	51	85	–	–
Mali	580	970	620	1.300	15	6,6	185	8	29	41	57	30	0
Mauritania	750	820	480	1.200	22	4,5	89	8	32	57	64	16	1
Niger	650	1.800	840	2.900	7	7,3	204	11	16	33	46	15	0
Nigeria	–	1.100	440	2.000	18	5,5	134	13	17	35	58	47	1
São Tomé e Príncipe	150	–	–	–	–	4,0	70	30	–	81	97	–	–
Senegal	430	980	590	1.400	21	4,9	92	12	32	52	87	40	1
Sierra Leone	1.800	2.100	880	3.700	8	6,5	169	5	–	43	81	–	–
Togo	480 x	510	290	750	38	5,0	94	17	32 x	62	84	46 x	1
MEDIO ORIENTE E NORD AFRICA													
Algeria	120 x	180	55	520	220	2,4	8	61	–	95	89	–	–
Arabia Saudita	–	18	12	24	1.400	3,5	29	32 x	–	91 x	90 x	–	5
Bahrain	46 x	32	21	42	1.300	2,4	17	62 x	–	98 x	97 x	–	–
Egitto	84	130	84	170	230	3,0	42	59	10	74	70	59	15
Emirati Arabi Uniti	3 x	37	10	130	1.000	2,3	20	28 x	–	99 x	97 x	–	8
Gibuti	74 x	650	240	1.400	35	4,1	25	9	–	61	67	–	–
Giordania	41 x	62	41	82	450	3,2	25	56	11	100	99	91	15
Iran (Repubblica Islamica di)	37 x	140	95	190	300	2,0	22	74	–	90	77 x	–	–
Iraq	290 x	300	110	600	72	4,4	39	50	–	89	84	–	–
Kuwait	5 x	4	4	8	9.600	2,2	13	50 x	–	98 x	95 x	–	–
Libano	100 x	150	41	500	290	2,2	26	58	–	98 x	96	–	–
Libia, Jamahiriya Araba	77 x	97	28	300	350	2,8	3	45 x	–	94 x	81 x	–	5
Marocco	230	240	140	350	150	2,4	19	63	10	63	68	31	2
Oman	15	64	18	200	420	3,1	11	32	–	95	100	–	5
Qatar	10 x	12	8	16	2.700	2,7	18	43 x	–	99 x	–	–	–
Siria, Repubblica Araba	65	130	40	370	210	3,2	39	58	–	93	84	–	–
Sudan	550 x	450	160	1.000	53	4,4	61	7	26 x	87	60	–	24
Territorio Palestinese Occupato	–	–	–	–	–	5,3	83	50	–	99	99	–	–
Tunisia	69 x	100	27	380	500	1,9	7	66	12	90	92	–	–
Yemen	370	430	150	900	39	5,6	74	23	39 x	27	41	11 x	1

Paesi e territori	Registrato 2000-2006*	Tasso di mortalità materna †			Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	Tasso di fertilità totale 2006	Tasso di natalità tra le adolescenti 2006	Prevalenza contraccettiva (%) 2000-2006*	*Necessità non soddisfatte* di pianificazione familiare (%) 2000-2006*	Parti assistite da personale qualificato (%) 2000-2006*	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 2000-2006*		Tasso di cesarei nelle zone rurali (%) 2000-2006*
		Arrotondato 2005	Fascia inferiore 2005	Fascia superiore 2005							almeno una volta	almeno 4 volte	
ASIA MERIDIONALE													
Afghanistan	1.600	1.800	730	3.200	8	72	119	10	-	14	16	-	-
Bangladesh	320	570	380	760	51	2,9	132	58	11	20	48	16	2
Bhutan	260	440	160	970	55	2,3	41	31	-	56	51	-	-
India	300	450	300	600	70	2,9	64	56	13	47	74	51	6
Maldivi	140	120	42	260	200	2,6	24	39	-	84	81	-	-
Nepal	280	830	290	1.900	31	3,4	117	48	25	19	44	29	2
Pakistan	530 x	320	99	810	74	3,6	32	28	33	31	36	14 x	1
Sri Lanka	43	58	39	77	850	1,9	26	70	18	96	95	-	-

ASIA ORIENTALE E PACIFICO

Brunei Darussalam	0 x	13	3	47	2.900	2,4	28	-	-	99 x	100 x	-	-
Cambogia	470	540	370	720	48	3,3	44	40	25	44	69	27	1
Cina	48	45	30	60	1.300	1,7	6	87	-	98	90	-	-
Corea, Repubblica di	20 x	14	14	27	6.100	1,2	4	81 x	-	100 x	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare di	110 x	370	110	1.200	140	1,9	1	62 x	-	97	-	-	-
Fiji	38 x	210	55	720	160	2,8	35	44	-	99	-	-	-
Filippine	170 x	230	60	700	140	3,3	5	49	17	60	88	70	5
Indonesia	310	420	240	600	97	2,2	77	57	9	72	92	81	2
Isole Cook	6 x	-	-	-	-	-	-	44	-	98	-	-	-
Isole Marshall	74	-	-	-	-	-	-	34	-	95 x	-	-	-
Kiribati	56	-	-	-	-	-	-	21 x	-	85 x	88 x	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare del	410	660	190	1.600	33	3,3	13	32	40	19	27	-	-
Malesia	28	62	41	82	560	2,7	17	55 x	-	98	79	-	-
Micronesia (Stati Federati di)	270 x	-	-	-	-	3,9	29	45 x	-	88	-	-	-
Mongolia	93	46	46	93	840	1,9	46	66	5	99	99	-	-
Myanmar	320	380	260	510	110	2,1	48	34	19	57	76	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-
Palau	0 x	-	-	-	-	-	-	17	-	100	-	-	-
Papua Nuova Guinea	370 x	470	130	1.300	55	4,0	57	26 x	-	41	78 x	-	-
Samoa	29	-	-	-	-	4,1	30	43 x	-	100 x	-	-	-
Salomone Isole	140 x	220	65	580	100	4,0	44	7	-	85 x	-	-	-
Singapore	6 x	14	14	27	6.200	1,3	42	62 x	-	100 x	-	-	-
Thailandia	24	110	70	140	500	1,8	57	77	11 x	97	98	-	-
Timor-Leste	-	380	150	700	35	6,7	42	10	4	18	61	30	-
Tonga	78	-	-	-	-	3,8	18	33	-	95	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-
Vanuatu	68 x	-	-	-	-	3,9	47	28	-	88 x	-	-	-
Vietnam	160	150	40	510	280	2,2	19	76	5	88	91	29	7

AMERICA LATINA E CARAIBI

Antigua e Barbuda	0	-	-	-	-	-	-	53 x	-	100	100	-	-
Argentina	39	77	51	100	530	2,3	58	-	-	99	99	-	-
Bahamas	-	16	16	33	2.700	2,0	54	-	-	99	-	-	-
Barbados	0 x	16	16	31	4.400	1,5	42	55 x	-	100	100	-	-
Belize	130	52	52	100	560	3,0	82	56 x	21 x	84 x	96	76 x	8
Bolivia	230	290	160	430	89	3,6	80	58	23	67	79	58	6
Brasile	76	110	74	150	370	2,3	89	77 x	7 x	88 x	97	76 x	20
Cile	17	16	16	32	3.200	1,9	60	56 x	-	100	95 x	-	-
Colombia	78	130	38	370	290	2,3	68	78	6	96	94	83	16
Costarica	36	30	30	60	1.400	2,1	73	96	5 x	99	92	-	18
Cuba	37	45	45	90	1.400	1,5	48	77	-	100	100	-	-
Dominica	0	-	-	-	-	-	-	50 x	-	100	100	-	-
Ecuador	110	210	65	560	170	2,6	83	73	7	99 x	84	58	16
El Salvador	71	170	55	460	190	2,7	83	67	9	92	86	71	15
Giamaica	95	170	51	510	240	2,5	81	69	12	97	91	87 x	-
Grenada	0	-	-	-	-	2,3	45	54	-	100	100	-	-
Guatemala	150	290	100	650	71	4,3	110	43	28	41	84	-	8
Guyana	120	470	140	1.600	90	2,4	65	35	-	94	90	-	-
Haiti	630	670	390	960	44	3,7	48	32	38	26	85	54	1
Honduras	110 x	280	190	380	93	3,4	96	65	17	67	92	81	8
Messico	62	60	60	120	670	2,3	66	74	12	86 x	86 x	-	-
Nicaragua	87	170	120	230	150	2,8	115	69	15	67	86	72	7
Panama	40	130	39	410	270	2,6	85	-	16 x	93	72	-	-
Paraguay	170	150	99	200	170	3,2	75	73	7	77	94	79	16
Perù	190	240	170	310	140	2,5	61	71	9	73	92	87	6
Repubblica Dominicana	92	150	90	210	230	2,9	110	61	11	96	99	94	25
Saint Vincent e Grenadine	0	-	-	-	-	2,2	65	48	-	100	95	-	-
San Kitts e Nevis	0	-	-	-	-	-	-	54	-	100	100	-	-
Santa Lucia	35	-	-	-	-	2,2	61	47 x	-	100	99	-	-
Suriname	150	72	72	140	530	2,5	41	42	-	85	91	-	-
Trinidad e Tobago	45 x	45	45	89	1.400	1,6	35	43	16 x	98	96	-	-
Uruguay	26 x	20	20	40	2.100	2,1	62	84 x	-	100 x	94 x	-	-
Venezuela (Repubblica Bolivariana di)	60	57	57	110	610	2,6	91	77 x	19 x	95	94	-	-

Tavola 1 – Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5: indicatori

Paesi e territori	Tasso di mortalità materna [†]		Fascia inferiore 2005	Fascia superiore 2005	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 sur.	Tasso di fertilità totale 2006	Tasso di natalità tra le adolescenti 2006	Prevalenza contraccettiva (%) 2000-2006*	"Necessità non soddisfatte" di pianificazione familiare (%) 2000-2006*	Parti assistite da personale qualificato (%) 2000-2006*	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 2000-2006*		Tasso di cesarei nelle zone rurali (%) 2000-2006*
	Registrato 2000-2006*	Arrotondato 2005									almeno una volta	almeno 4 volte	
EUROPA CENTRALE E ORIENTALE E COMUNITÀ DI STATI INDIPENDENTI													
Albania	17	92	26	300	490	2,1	16	60	1	100	97	-	11
Armenia	27	76	23	250	980	1,3	30	53	13	98	93	71	6
Azerbaigian	26	82	21	290	670	1,7	29	55	12	100	70	30	1
Bielorussia	10	18	18	35	4.800	1,2	22	73	-	100	99	-	-
Bosnia-Erzegovina	3	3	3	6	29.000	1,2	21	36	-	100	99	-	-
Bulgaria	10	11	11	22	7.400	1,3	41	86 x	30 x	99	-	-	-
Croazia	7	7	7	15	10.500	1,3	14	-	-	100	-	-	-
Federazione Russa	23	28	28	55	2.700	1,3	28	-	-	99	-	-	-
Georgia	23	66	18	230	1.100	1,4	32	47	16	99	94	75	12
Kazakistan	70	140	40	500	360	2,2	30	51	9 x	100	100	70 x	8
Kirghizistan	100	150	43	460	240	2,5	31	48	12 x	98	97	81 x	6
Macedonia, Ex Repubblica jugoslava	13	10	10	20	6.500	1,5	22	-	-	99	81	-	-
Moldavia	19	22	22	44	3.700	1,4	14	68	7	100	98	89	7
Montenegro	-	-	-	-	-	1,8	17	39	-	99	97	-	-
Romania	17	24	24	49	3.200	1,3	33	70	12	99	94	76	12
Serbia	-	-	-	-	-	1,8	25	41	-	99	98	-	-
Tagikistan	97	170	53	460	160	3,5	29	38	-	83	77	-	-
Turchia	29	44	29	58	880	2,2	40	71	6	83	81	54	13
Turkmenistan	14	130	37	400	290	2,6	16	48	10	100	99	83	2
Ucraina	13	18	18	36	5.200	1,2	29	66	18 x	100	99	-	-
Uzbekistan	28	24	24	49	1.400	2,6	35	65	14 x	100	99	79 x	2
PAESI INDUSTRIALIZZATI													
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	-	4	4	9	13.300	1,8	15	-	-	100 x	100 x	-	-
Austria	-	4	4	7	21.500	1,4	12	51 x	-	100 x	100 x	-	-
Belgio	-	8	8	16	7.800	1,6	8	78 x	3 x	-	-	-	-
Canada	-	7	7	13	11.000	1,5	14	75 x	-	98	-	-	-
Cipro	0 x	10	10	20	6.400	1,6	8	-	-	-	-	-	-
Danimarca	10 x	3	3	6	17.800	1,8	6	-	-	-	-	-	-
Estonia	29	25	25	50	2.900	1,5	22	70 x	-	100	-	-	-
Finlandia	6 x	7	7	15	8.500	1,8	10	-	-	100 x	100 x	-	-
Francia	10 x	8	8	16	6.900	1,9	7	75 x	7 x	99 x	99 x	-	-
Germania	8 x	4	4	9	19.200	1,4	10	75 x	-	-	-	-	-
Giappone	8 x	6	6	12	11.600	1,3	3	56	-	100 x	-	-	-
Grecia	1 x	3	2	4	25.900	1,3	9	-	-	-	-	-	-
Irlanda	6 x	1	1	2	47.600	2,0	17	-	-	100	-	-	-
Islanda	-	4	4	8	12.700	2,0	15	-	-	-	-	-	-
Israele	5 x	4	4	9	7.800	2,8	15	-	-	-	-	-	-
Italia	7 x	3	3	6	26.600	1,4	7	60 x	12 x	-	-	-	-
Lettonia	10	10	10	19	8.500	1,3	15	48 x	17 x	100	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	16	11	11	22	7.800	1,3	19	47 x	18 x	100	-	-	-
Lussemburgo	0 x	12	12	23	5.000	1,7	10	-	-	100	-	-	-
Malta	-	8	8	17	8.300	1,4	14	-	-	98 x	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuova Zelanda	15 x	9	9	18	5.900	2,0	24	75 x	-	100 x	95 x	-	-
Norvegia	6 x	7	7	15	7.700	1,8	9	-	-	-	-	-	-
Paesi Bassi	7 x	6	6	12	10.200	1,7	5	79 x	-	100 x	-	-	-
Polonia	4	8	5	10	10.600	1,2	33	49 x	-	100	-	-	-
Portogallo	8 x	11	7	14	6.400	1,5	14	-	-	100	-	-	-
Regno Unito	7 x	8	8	15	8.200	1,8	25	84	-	99 x	-	-	-
Repubblica Ceca	5	4	4	9	18.100	1,2	11	69 x	11 x	100	99 x	97 x	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovacchia	6	6	6	12	13.800	1,2	20	74 x	-	100	-	-	-
Slovenia	17 x	6	6	12	14.200	1,3	7	74 x	9 x	100	98 x	-	-
Spagna	6 x	4	4	9	16.400	1,4	10	81 x	12 x	-	-	-	-
Svezia	5 x	3	3	7	17.400	1,8	5	-	-	-	-	-	-
Svizzera	5 x	5	5	11	13.800	1,4	4	82 x	-	-	-	-	-
Stati Uniti	8 x	11	11	21	4.800	2,1	43	76 x	4 x	99 x	-	-	-
Ungheria	4	6	6	11	13.300	1,3	20	77 x	7 x	100	-	-	-
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE													
Africa sub-sahariana	-	920	470	1.500	22	5,3	126	23	24	43	69	42	2
Africa orientale e meridionale	-	760	440	1.100	29	5,0	106	30	26	40	71	40	2
Africa occidentale e centrale	-	1.100	490	1.800	17	5,6	146	17	22	46	67	44	1
Medio Oriente e Nord Africa	-	210	93	430	140	3,1	34	55	-	79	72	-	12
Asia meridionale	-	500	300	770	59	3,0	69	53	15	41	65	46	5
Asia orientale e Pacifico	-	150	80	270	350	1,9	19	79	11 y	87	89	-	4 y
America Latina e Caraibi	-	130	81	230	280	2,4	78	70	11	-	94	-	13
ECO/CSI	-	46	27	110	1.300	1,7	31	63	11	95	90	-	8
Paesi industrializzati	-	8	8	15	8.000	1,7	23	-	-	99	-	-	-
Paesi in via di sviluppo	-	450	240	720	76	2,8	58	61	15 y	59	75	49	4
Paesi meno sviluppati	-	870	460	1.400	24	4,7	121	30	24	38	61	31	2
Mondo	-	400	220	650	92	2,6	54	61	14 y	63	75	49	4

† I dati sulla mortalità materna nella prima colonna sono quelli registrati dalle autorità nazionali. Periodicamente, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA e la Banca Mondiale valutano questi dati e fanno delle correzioni per sopperire ai ben noti problemi di mancanza di informazioni ed errata classificazione dei decessi materni, e per sviluppare delle stime per i paesi su cui non si hanno dati. La colonna con le stime "arrotondate" per l'anno 2005 riflette la più recente di queste revisioni. *I dati fanno riferimento all'anno più recente disponibile per il periodo indicato dall'intestazione di colonna. x I dati fanno riferimento ad anni o periodi diversi da quelli specificati nell'intestazione di colonna, che differiscono dalla definizione standard o che fanno riferimento solo ad una parte del paese. Questi dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e globali. y Ad esclusione della Cina a causa della mancanza di dati comparabili.

Tavola 2: Confronto della mortalità materna per regione UNICEF, 1990-2005

Regione	Tasso di mortalità materna			Numero di decessi materni	
	1990	2005	Percentuale di riduzione tra il 1990 ed il 2005	1990	2005
Africa sub-sahariana	940	920	1,5	206.000	265.000
Africa orientale e meridionale	790	760	3,9	85.000	103.000
Africa occidentale e centrale	1.100	1.100	0,7	121.000	162.000
Medio Oriente/Nord Africa	270	210	21,1	26.000	21.000
Asia meridionale	650	500	22,0	238.000	187.000
Asia orientale e Pacifico	220	150	30,3	80.000	45.000
America Latina e Caraibi	180	130	26,0	21.000	15.000
ECO/CSI	63	46	27,5	4.400	2.600
Paesi industrializzati	8	8	8,3	960	830
Paesi in via di sviluppo	480	450	6,3	574.000	534.000
Paesi meno sviluppati	900	870	2,5	201.000	247.000
Mondo	430	400	5,4	576.000	536.000

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità materna – Numero di decessi registrati ogni anno tra le donne per cause legate alla gravidanza, ogni 100 000 nati vivi.

Rischio di mortalità materna nel corso della vita – Il rischio di mortalità materna nel corso della vita è determinato sia dalla probabilità di rimanere incinta che dal rischio di morire per gravidanza o parto, calcolato nell'intero periodo fertile della donna.

Tasso di fertilità totale – Numero di figli che ogni donna avrebbe se, in tutta la sua vita riproduttiva, avesse in ogni età un numero di figli pari al tasso di fertilità specifico per quella fascia di età.

Tasso di natalità tra le adolescenti – Numero di parti registrati ogni anno tra le donne di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, ogni 1.000 donne della stessa fascia di età. In alternativa, si fa riferimento ad esso come il tasso di fertilità specifico per le donne di età compresa tra i 15 ed i 19 anni.

Prevalenza contraccettiva – Percentuale di donne sposate o che convivono, di età compresa tra i 15 ed i 49 anni, che utilizzano un metodo di contraccezione.

“Necessità non soddisfatte” di pianificazione familiare – Indicatore che fa riferimento alle donne che sono fertili e sessualmente attive ma che non utilizzano alcun metodo di contraccezione e dichiarano di non voler più avere bambini o di voler posticipare la nascita di un altro figlio.

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medico, infermiera od ostetrica).

Copertura dell'assistenza prenatale – Percentuale di donne di età compresa tra i 15 ed i 49 anni che, durante la gravidanza, è stata visitata almeno una volta da personale sanitario specializzato (medico, infermiera od ostetrica) e la percentuale visitata da qualsiasi operatore almeno quattro volte.

Tasso di cesarei – Percentuale di nati vivi partoriti tramite taglio cesareo.

FONTI PRINCIPALI

Mortalità materna – OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale.

Rischio di mortalità materna nel corso della vita – Rischio di mortalità materna nel corso della vita.

Tasso di fertilità totale – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tasso di natalità tra le adolescenti – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Prevalenza contraccettiva – DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale.

“Necessità non soddisfatte” sulla pianificazione familiare – DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale.

Assistenza qualificata al parto – DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale.

Copertura dell'assistenza prenatale – DHS, MICS ed altre indagini a domicilio su scala nazionale.

Tasso di cesarei – DHS, MICS e altre indagini a domicilio su scala nazionale.

STIMARE LA MORTALITÀ MATERNA

Diverse agenzie ONU stanno lavorando per creare sistemi più accurati di misurazione dei livelli di mortalità materna nel mondo e valutare i progressi compiuti per il raggiungimento dell'OSM 5. Un gruppo di lavoro sulla mortalità materna, composto da OMS, UNICEF e UNFPA ha sviluppato delle stime sulla mortalità materna che possono essere comparate internazionalmente, per il 1990, il 1995 e il 2000, in cui ogni esercizio si basa sulla precedente metodologia.

Nel 2006 al Gruppo di lavoro sulla mortalità materna si sono unite la Banca Mondiale e la Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Così composto, il gruppo ha sviluppato una nuova serie di stime sulla mortalità materna per il 2005, basate su una metodologia perfezionata e su nuovi dati, e ha stimato le tendenze¹. Con questo processo vengono generate stime per i paesi senza dati nazionali e vengono corretti i dati disponibili per gli altri paesi, che possono non essere precisi a causa della mancanza di informazioni o di un'errata classificazione. Dei 171 paesi coinvolti nell'indagine condotta dal Gruppo di lavoro interagenzie sulla mortalità materna per le stime più recenti, 61 non avevano dati appropriati a livello nazionale, un quarto di tutti i parti del mondo. Per stimare i tassi di mortalità materna di questi paesi, quindi, sono stati utilizzati dei modelli.

I ricercatori hanno sviluppato metodi di raccolta delle informazioni sulla mortalità materna per le società che non utilizzano sistemi di registrazione. Poiché un decesso materno è un evento relativamente raro (ragion per cui i tassi di mortalità materna vengono calcolati su 100.000 nati vivi), è difficile ottenere un campione abbastanza grande per

effettuare dei calcoli accurati utilizzando i dati delle inchieste a domicilio. Uno strumento di questo tipo, sviluppato per aumentare il numero degli eventi inclusi nei campioni di indagine, è il *“sisterhood method”* (lett. Metodo della sorellanza), dove le intervistate danno informazioni sulla sopravvivenza di tutte le loro sorelle adulte. Ciò aiuta a generare una stima generale sulla mortalità materna per un periodo di tempo che arriva fino a 12 anni prima dell'inchiesta. Questo metodo fornisce dati utili, ma le analisi hanno dimostrato che sottostima sistematicamente i livelli di mortalità².

A causa di tali difficoltà, l'utilizzo di indicatori di processo è fondamentale per individuare e quantificare i progressi compiuti verso il raggiungimento dell'OSM 5. La proporzione di parti assistiti da personale sanitario qualificato, ad esempio, è un indicatore di processo per il traguardo relativo alla mortalità materna; la prevalenza contraccettiva e la copertura dell'assistenza prenatale e post-parto sono indicatori di processo per l'obiettivo dell'accesso universale alla salute riproduttiva. Oltre a essere più semplici da misurare, gli indicatori di processo hanno il vantaggio di tracciare la copertura degli interventi piuttosto che il mero impatto che essi hanno, fornendo in questo modo informazioni utili a chi stabilisce le politiche.

¹ 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, Geneva, 2007.

² World Health Organization and United Nations Children's Fund, *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance notes for potential users: WHO/RHT/97.28, UNICEF/EPP/97.1, WHO/UNICEF, 1997, pp. 5, 6, 11.*



Per maggiori informazioni:
UNICEF Strategic Information Section
Division of Policy and Planning

Pubblicato dall'UNICEF
Division of Communication
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, USA

www.unicef.org
pubdoc@unicef.org

Edizione italiana
Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68
00185 Roma
Tel. 06 478091 Fax 06 47809270
www.unicef.it
press@unicef.it

Traduzione: Erika Coniglione

Grafica: Green Communication Design inc., Montreal

Stampa: Primegraf srl, Roma

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