

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2008

**Nascere e
crescere sani**



uniti per
i bambini

unicef 

LA CONDIZIONE DELL'INFANZIA NEL MONDO 2008

Ringraziamenti

Questo rapporto non sarebbe stato possibile senza le raccomandazioni e le collaborazioni di molte persone interne ed esterne all'UNICEF che hanno fornito utili osservazioni e contributi.

Importanti contributi sono arrivati dai seguenti uffici sul campo dell'UNICEF: Afghanistan, Angola, Argentina, Bangladesh, Benin, Bolivia, Bosnia/Erzegovina, Brasile, Cambogia, Camerun, Cile, Cina, Colombia, Congo, Costa d'Avorio, Ecuador, Egitto, Eritrea, Gambia, Ghana, Giamaica, Giordania, Haiti, India, Iran (Repubblica islamica), Kazakistan, Kenya, Mongolia, Marocco, Mozambico, Nicaragua, Niger, Nigeria, Pakistan, Papua Nuova Guinea, Perù, Repubblica Dominicana, Saint Lucia, Senegal, Somalia, Sudafrica, Sudan, Suriname, Tagikistan, Tanzania (Repubblica Unita), Timor-Leste, Turkmenistan, Uganda, Uruguay, Venezuela (Repubblica bolivariana), Yemen, Zambia e Zimbabwe. Sono stati ricevuti suggerimenti anche dagli Uffici regionali dell'UNICEF e dal Centro di Ricerca Innocenti.

Un ringraziamento particolare alla Presidente Ellen Johnson-Sirleaf, a Tedros Adhanom, Paul Farmer, Paul Freeman, Melinda French Gates, Jim Yong Kim, Elizabeth N. Mataka ed Henry Perry.

RICERCA E SUPERVISIONE SCIENTIFICA

Programme Division; Division of Policy and Planning

TAVOLE STATISTICHE

Strategic Information Section, Division of Policy and Planning

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Prographics, Inc.

STAMPA

Hatteras Press, Inc.

Versione originale prodotta, tradotta e distribuita da Editorial, Design and Publications Section, Division of Communication.

© United Nations Children's Fund (UNICEF), 2007

Per riprodurre qualsiasi parte di questa pubblicazione è necessario chiedere l'autorizzazione.

Si prega di contattare:

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Direzione Attività culturali e di comunicazione

Via Palestro, 68 - 00185 Roma

Tel. 06 478091

Fax 06 47809270

pubblicazioni@unicef.it

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

Per correggere posteriori alla stampa, si prega di visitare il sito www.unicef.org/publications

ISBN: 88-89285-15-X

ISBN: 978-88-89285-15-2

United Nations Children's Fund

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017, USA

pubdoc@unicef.org

www.unicef.org

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68

00185 Roma

pubblicazioni@unicef.it

www.unicef.it

Stampato su carta ecologica e riciclata
Symbol Freelifa Satin



Traduzione di
Giampiero Cara e Maria Vittoria Ieranò

Edizione italiana a cura di
Michele Mazzone e Patrizia Paternò

Finito di stampare l'11 gennaio 2008
presso Primegraf, Roma

Foto di copertina: © UNICEF/HQ07-0108/Thierry Delvigne Jean

Introduzione

Nel 2006, per la prima volta nella storia recente, il numero totale di decessi annui dei bambini sotto i cinque anni è sceso sotto i 10 milioni, a 9,7 milioni. Ciò rappresenta un calo del 60% nel tasso di mortalità infantile dal 1960.

Tuttavia, non dobbiamo ritenerci soddisfatti. La perdita di 9,7 milioni di giovani vite ogni anno è inaccettabile, specialmente considerando che molti di questi decessi si possono prevenire. E malgrado i progressi, il mondo non è ancora sulla buona strada per raggiungere il traguardo dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio sulla riduzione di due terzi del tasso di mortalità infantile entro il 2015.

I dati riportati dall'Inter-agency Group for Child Mortality Estimation rivela che si sono fatti progressi in paesi di ogni regione del mondo. Dal 1990, il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni della Cina è sceso da 45 a 24 decessi ogni 1.000 nati vivi, una riduzione del 47%. Il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni dell'India è diminuito del 34%. I tassi in sei paesi – Bangladesh, Bhutan, Bolivia, Eritrea, Nepal e Repubblica Democratica Popolare del Laos – si sono ridotti del 50% o più dal 1990, nonostante i tassi di mortalità infantile sotto i cinque anni in questi paesi rimangono alti. E l'Etiopia ha raggiunto quasi il 40% di riduzione dal 1990.

Dei 62 paesi che hanno fatto progressi insufficienti o nessuno verso l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio sulla sopravvivenza infantile, quasi il 75% sono africani. In alcuni paesi dell'Africa meridionale, la prevalenza dell'HIV e dell'AIDS ha invertito il declino registrato precedentemente nella mortalità infantile. Raggiungere l'obiettivo in questi paesi richiederà un impegno condiviso.

L'ampia adozione di interventi sanitari di base, incluso il tempestivo ed esclusivo allattamento al seno, la vaccinazione, l'integrazione della dieta con vitamina A e l'uso di zanzariere trattate con insetticida per prevenire la malaria, sono essenziali per aumentare i progressi nell'Africa subsahariana e altrove.

Bisogna rispondere a diverse necessità per aumentare l'accesso alla cura e ai mezzi di prevenzione, e affrontare il devastante impatto di polmonite, diarrea, malaria, malnutrizione acuta grave e HIV.

Sappiamo che le vite si possono salvare quando i bambini hanno accesso a servizi sanitari comunitari sostenuti da un forte sistema di riferimento.

L'attenzione deve essere posta sulla fornitura di interventi chiave a livello di comunità, come parte di un impegno integrato per supportare la creazione di sistemi sanitari nazionali più forti. E una particolare attenzione deve essere data ai bisogni speciali delle donne, delle madri e dei neonati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Banca Mondiale e

l'UNICEF, su invito dell'Unione Africana, hanno sviluppato congiuntamente un quadro, esaminato nel dettaglio in questo rapporto su *La condizione dell'infanzia nel mondo*, per aiutare i paesi africani a raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio sulla sopravvivenza dell'infanzia.

Una fonte di speranza è rappresentata dalla nuova svolta nella salute globale. L'interesse pubblico e privato è forte e sono state create e rafforzate partnership innovative, e noi collettivamente cerchiamo di capitalizzare questa svolta.

Le partnership mantengono la grande promessa di accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. L'UNICEF lavora a stretto contatto con i partner del sistema delle Nazioni Unite e con i governi, le organizzazioni regionali e non governative, le fondazioni e il settore privato per coordinare le attività e mettere in comune *expertise* e conoscenza.

La nostra sfida adesso è quella di agire tutti insieme e al più presto per portare su ampia scala i risultati ottenuti con successo.



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



© UNICEF/H007-1608/Georgina Cranston

INDICE

Ringraziamenti	ii
----------------------	----

Introduzione

Ann M. Veneman

Direttore generale, UNICEF.....iii

1 Sopravvivenza dei bambini: a che punto siamo

Sommario	vi
----------------	----

Schede

Tasso di mortalità sotto i cinque anni: indicatore della salute infantile	2
Cause fondamentali e strutturali della mortalità materna e infantile	3
Sopravvivenza neonatale	4
Le principali cause dei decessi infantili	8
Polmonite: il killer dimenticato dei bambini	10
Il continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini	17
La salute infantile nelle emergenze complesse	18
L'empowerment delle donne per la salute di madri, neonati e bambini	20
Registrazione delle nascite: un passo importante verso i servizi essenziali	22
Sopravvivenza infantile nelle situazioni post-belliche: le sfide e i trionfi della Liberia, di Ellen Johnson-Sirleaf, Presidente della Liberia.....	24

Grafici

1.1 I benefici del raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4 e il costo di una mancata realizzazione.....	2
1.2 Tassi globali di mortalità neonatale, 2000.....	4
1.3 Semplici interventi a elevato impatto per salvare la vita dei neonati nell'ambito del continuum di assistenza sanitaria alle madri e ai bambini	5
1.4 Il tasso globale di mortalità infantile è diminuito di quasi un quarto tra il 1990 e il 2006	6
1.5 Nel 2006 sono morti meno di 10 milioni di bambini sotto i cinque anni	6
1.6 I progressi globali nella riduzione della mortalità infantile risultano insufficienti a raggiungere l'OSM 4	7
1.7 Dal 1990, quasi un terzo dei 50 paesi meno sviluppati è riuscito a ridurre i tassi di mortalità sotto i cinque anni del 40% o più.....	8
1.8 Cause della mortalità infantile sotto i cinque anni	8
1.9 La salute e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio	9
1.10 Più della metà dei bambini sotto i cinque anni con sospetta polmonite viene visitata da un operatore sanitario qualificato	10
1.11 L'Asia meridionale è la regione con il livello più elevato di denutrizione	11
1.12 La probabilità di mortalità materna è molto più elevata nel mondo in via di sviluppo che nei paesi industrializzati	12

1.13 Nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana, bassi livelli di assistenza alle madri contribuiscono a tassi elevati di mortalità materna	12
1.14 L'Africa subsahariana presenta quasi il 90% delle infezioni pediatriche da HIV	13
1.15 Circa l'80% del mondo in via di sviluppo ha accesso a fonti d'acqua "migliorate"	14
1.16 Solo metà della popolazione nel mondo in via di sviluppo ha accesso a servizi igienico-sanitari adeguati	14
1.17 I 60 paesi prioritari per la sopravvivenza infantile presi in considerazione in base al <i>Countdown to 2015</i>	16
1.18 Collegare le varie fasi dell'assistenza nel continuum per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini	17
1.19 Collegare l'assistenza tra le famiglie e le strutture sanitarie per ridurre i decessi materni, neonatali e infantili.....	17
1.20 Poche registrazioni delle nascite in Asia meridionale e Africa subsahariana.....	22

2 Le lezioni apprese dai progressi nell'assistenza sanitaria

Sommario	26
----------------	----

Schede

L'Iniziativa contro il morbillo.....	28
Giornate nazionali di vaccinazione e giornate della salute del bambino	32
Finanziamento del settore sanitario: gli approcci di settore e l'iniziativa per i paesi poveri altamente indebitati.....	33
Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia in India	35
L'Iniziativa di Bamako	36
Approcci trasversali: il metodo messicano	38
Sopravvivenza e sviluppo accelerati dell'infanzia in Africa occidentale	40
L'HIV e l'AIDS in Africa e il loro impatto su donne e bambini, di Elizabeth N. Mataka	42
Partnership per la salute di mamme, neonati e bambini.....	43

Grafici

2.1 Incidenza globale delle morti da morbillo.....	29
2.2 Assistenza sanitaria selettiva e andamento dei tassi di vaccinazione, dal 1980	35
2.3 La Gestione integrata delle malattie dell'infanzia nelle strutture sanitarie per pazienti ambulatoriali, in quelle di primo livello per l'affidamento a specialisti e in casa per i bambini malati di età compresa tra i due mesi e i cinque anni	37
2.4 Quadro concettuale per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute	39

Nascere e crescere sani

3 Alleanze comunitarie nell'assistenza sanitaria di base per madri, neonati e bambini

Sommario44

Schede

Pratiche fondamentali per gli interventi di assistenza sanitaria a livello comunitario47

Aspetti comuni e sfide delle alleanze comunitarie nell'ambito della salute e dell'alimentazione48

India: ridurre la denutrizione attraverso le alleanze comunitarie50

Prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio: impatto dei programmi mothers2mothers nell'Africa orientale e meridionale52

La leadership porta cambiamenti per madri e bambini in Etiopia, di *Tedros Adhanom*54

Focus Mozambico: ridurre la mortalità infantile sotto i cinque anni attraverso un programma basato sulla comunità59

Alleanze comunitarie per i sistemi idrici e i servizi igienico-sanitari nelle scuole60

Grafici

3.1 Prevalenza del ritardo nella crescita per età (mesi)51

4 Potenziare le alleanze a livello comunitario, il continuum di assistenza e i sistemi sanitari

Sommario62

Schede

Migliorare l'alimentazione di madri, neonati e bambini66

"Pianificazione marginale per gli ostacoli negli interventi"70

Migliorare l'accesso all'acqua potabile, i servizi igienico-sanitari e le pratiche igieniche74

L'urgenza di affrontare la crisi degli operatori sanitari in Africa76

Africa subsahariana: investire nella sopravvivenza infantile e negli altri Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute78

Focus Botswana: migliorare la prevenzione e la cura dell'HIV attraverso alleanze comunitarie81

Consolidare responsabilità e capacità nella fornitura dei servizi sanitari83

Finanziamento basato sulla performance in Ruanda84

Focus Brasile: creare un sistema sanitario nazionale basato sulla comunità86

Una nuova modalità di lavorare insieme per le organizzazioni multilaterali88

Diritti umani, assistenza sanitaria comunitaria e sopravvivenza infantile, di *Paul Farmer e Jim Yong Kim*90

Grafici

4.1 Quadro concettuale per l'ampliamento dell'assistenza sanitaria di base nei paesi in via di sviluppo64

4.2 Modalità per affrontare gli ostacoli nella fornitura di servizi sanitari69

4.3 Impatto e costo stimato dei pacchetti minimo, esteso e massimo per il Modello Strategico per l'Africa78

4.4 Fonti di finanziamento 2007-201579

4.5 Brasile: ampie disparità nei tassi di mortalità infantile tra e all'interno di regioni selezionate, per reddito familiare e per etnia della madre, 200287

5 Allearsi per la sopravvivenza infantile

Sommario94

Schede

Potenziare la raccolta di dati e monitorare le decisioni sulla salute pubblica100

Al capo opposto del tappeto: allearsi per la sopravvivenza e la salute materna, neonatale e infantile, di *Melinda French Gates*102

Grafici

5.1 Flussi finanziari selezionati verso i paesi in via di sviluppo99

Note104

Tavole statistiche109

Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni113

Tavola 1: Indicatori di base114

Tavola 2: Nutrizione118

Tavola 3: Salute122

Tavola 4: HIV/AIDS126

Tavola 5: Istruzione130

Tavola 6: Indicatori demografici134

Tavola 7: Indicatori economici138

Tavola 8: Donne142

Tavola 9: Protezione dell'infanzia146

Tavola 10: Tasso di progresso150

Acronimi154



SOMMARIO

La mortalità infantile costituisce sia un indicatore sensibile dello sviluppo di un paese sia una dimostrazione significativa di quali sono le sue priorità e i suoi valori. Investire nella salute dei bambini e delle loro madri non è soltanto un imperativo in fatto di diritti umani, ma anche una decisione economicamente saggia e uno dei modi più sicuri che un paese ha a disposizione per orientarsi verso un futuro migliore.

Dal 1990 sono stati compiuti progressi notevoli sia riguardo al miglioramento dei tassi di sopravvivenza sia riguardo alla salute dei bambini, persino in alcuni dei paesi più poveri del mondo. Ciononostante, per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4 (OSM 4), che mira a

ridurre di due terzi il tasso globale di mortalità sotto i cinque anni tra il 1990 e il 2015, sarà necessario un impegno ulteriore. Conseguire l'obiettivo in questione è ancora possibile, ma la sfida è enorme.

Raggiungere il traguardo prefissato significa ridurre il numero di decessi infantili da 9,7 milioni (2006) a circa 4 milioni entro il 2015. Per riuscirci si dovrà agire più in fretta su molteplici fronti, ossia: ridurre la povertà e la fame (OSM 1), migliorare la salute materna (OSM 5), combattere l'HIV e l'AIDS, la malaria e altre gravi malattie (OSM 6), aumentare l'utilizzo di fonti di acqua potabile e di servizi igienico-sanitari "migliorati" (OSM 7) e fornire farmaci essenziali a basso costo e su base sostenibile (OSM 8). Sarà necessario anche un riesame delle strategie

Ogni bambino ha il diritto di vivere una vita sana. *Un gruppo di bambini presso un centro comunitario per l'infanzia, Malawi.*

volte a raggiungere le comunità più povere ed emarginate.

Gli straordinari progressi compiuti negli ultimi decenni da molti paesi in via di sviluppo nella riduzione dei decessi infantili offrono motivi di ottimismo. Le cause dei decessi infantili sono ben note, così come le soluzioni al problema. Esistono e sono facilmente disponibili interventi semplici, sicuri e accessibili che possono salvare la vita di milioni di bambini. La sfida consiste nel fare in modo che questi rimedi, offerti attraverso un continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini, raggiungano i milioni di bambini e di famiglie che, finora, sono rimasti tagliati fuori.

Sopravvivenza dei bambini: a che punto siamo

La situazione attuale

Quanto vale una vita? La maggior parte di noi farebbe qualunque cosa per salvare anche un solo bambino. Tuttavia, su scala globale, le nostre priorità si sono confuse. In tutto il mondo muoiono in media ogni giorno, soprattutto per cause evitabili, più di 26.000 bambini sotto i cinque anni. Vivono quasi tutti nel mondo in via di sviluppo, o più precisamente in 60 paesi. Più di un terzo di questi bambini muore durante il primo mese di vita, di solito a casa e senza avere accesso a servizi sanitari di base e a beni di prima necessità che potrebbero salvare loro la vita. Alcuni bambini muoiono per infezioni respiratorie o diarroiche che non rappresentano più una minaccia nei paesi industrializzati, oppure per malattie della prima infanzia facilmente evitabili attraverso i vaccini, come il morbillo. Nella metà dei decessi sotto i cinque anni, una delle principali cause è rappresentata dalla malnutrizione, che priva il corpo e la mente di un bambino piccolo degli alimenti necessari per la crescita e lo sviluppo. Anche l'acqua non sicura, i servizi igienico-sanitari scadenti e le condizioni igieniche inadeguate contribuiscono ad aumentare la mortalità e la morbidità infantile.

Nel 2006, l'anno più recente per il

quale sono disponibili stime affidabili, quasi 9,7 milioni di bambini sono morti prima di compiere cinque anni. Benché i numeri siano cambiati, il problema non è meno toccante oggi di quanto lo fosse 25 anni fa, quando il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) lanciò la "rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia". L'attuale punto focale della comunità in via di sviluppo in relazione alla sopravvivenza infantile è rappresentato dall'Obiettivo per lo Sviluppo del Millennio 4 (OSM 4), che mira a ridurre di due terzi, tra il 1990 e il 2015, il tasso globale di mortalità sotto i cinque anni. Dato che, nel 1990, i decessi infantili ammontavano, in termini assoluti, a circa 13 milioni, raggiungere l'OSM 4 significa che, nei prossimi sette anni, il numero di decessi infantili dovrà essere ridotto della metà, cioè fino a circa 13.000 al giorno, o circa cinque milioni l'anno¹.

L'enormità della sfida non va sottovalutata. Tra il 2008 e il 2015, il mondo dovrà ridurre il numero di decessi infantili a un ritmo molto più rapido di quello che è riuscito a raggiungere dal 1990 a oggi (vedi Grafico 1.6, p. 7). Inoltre, gran parte dell'impegno deve essere concentrato sulle situazioni e sulle circostanze più difficili: nei paesi più poveri, tra le comunità e i quartieri più impoveriti,

isolati, non scolarizzati ed emarginati, all'interno di nazioni devastate dall'AIDS, dai conflitti armati, da governi deboli e dalla cronica mancanza di investimenti nei sistemi di sanità pubblica e nelle infrastrutture fisiche.

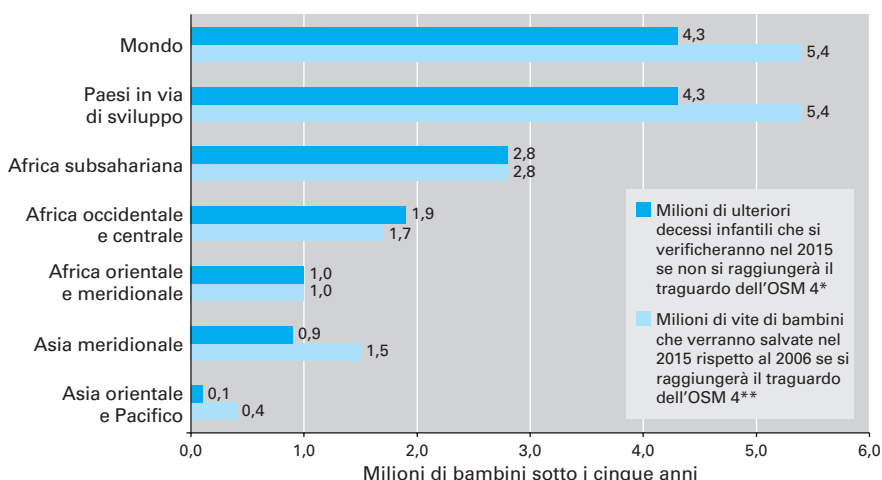
Se continueranno al ritmo attuale, i progressi risulteranno nettamente insufficienti a raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per l'infanzia relativi alla salute. Questo risulta particolarmente evidente nell'Africa subsahariana, la regione che sta più indietro in quasi tutti gli OSM relativi alla salute, ma anche in diversi paesi dell'Asia meridionale e in altri paesi del mondo in via di sviluppo. Se continuassero le tendenze attuali, nel 2015 si verificherebbero 4,3 milioni di decessi infantili che si possono evitare raggiungendo il traguardo dell'OSM 4 (vedi Grafico 1.1, p. 2).

Per sottolineare la necessità di porre i problemi dell'infanzia al centro dell'agenda internazionale, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008* torna a occuparsi di un tema che ha contrassegnato la serie nei primi anni Ottanta. Allora, come adesso, l'UNICEF e i suoi partner aspiravano a ridurre il numero di decessi infantili di circa la metà entro una data stabilita. Allora, come adesso, proponevano soluzioni e strate-

gie semplici, efficaci, a basso costo e pratiche per ridurre la mortalità infantile e migliorare le condizioni di salute dei bambini. Adesso, come allora, l'UNICEF sta invitando partner di ogni ceto sociale – dai leader religiosi agli ambasciatori di buona volontà, dai sindaci ai capi di Stato, dalle personalità dello sport ai parlamentari, dalle associazioni professionali ai sindacati – a unirsi al movimento per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia. Lungi dal tracciare un solco solitario, come invece ha fatto spesso negli anni Ottanta, oggi l'UNICEF sta difendendo la sopravvivenza infantile come parte di una grande comunità di interesse. Le partnership che si sono sviluppate negli ultimi due decenni si stanno dimostrando essenziali per affrontare problemi che richiedono cambiamenti sistematici socioculturali più complessi di quanto si fossero resi conto i primi artefici della rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia. *La condizione dell'infanzia del mondo 2008* illustra i risultati scaturiti

Grafico 1.1

I benefici del raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4 e il costo di una mancata realizzazione



* Numero di ulteriori decessi che si verificheranno nel 2015 tra i bambini sotto i cinque anni, se persisteranno gli attuali tassi di riduzione annua della mortalità sotto i cinque anni.

** Numero di decessi tra i bambini sotto i cinque anni che verranno evitati soltanto nell'anno 2015, rispetto al numero di decessi nel 2006, raggiungendo il traguardo dell'OSM 4, consistente nella riduzione di due terzi del tasso di mortalità sotto i cinque anni osservato nel 1990.

Fonte: Stime dell'UNICEF basate sui dati contenuti nelle Tavole Statistiche 1 e 10, alle pp. 114 e 150 di questo rapporto.

Tasso di mortalità sotto i cinque anni: indicatore della salute infantile

Il tasso di mortalità sotto i cinque anni, spesso indicato con l'acronimo MIS5 o semplicemente con l'espressione tasso di mortalità infantile, indica la probabilità che un bambino ha di morire, se soggetto ai correnti tassi di mortalità, tra il momento della nascita e i cinque anni esatti di età, espressa su 1.000 nati vivi. Presenta diversi vantaggi come barometro del benessere infantile in generale e della salute dei bambini in particolare.

Innanzitutto, misura un "esito" del processo di sviluppo piuttosto che un "input", come la disponibilità di calorie pro capite o il numero di medici per 1.000 unità di popolazione, che sono tutti mezzi per raggiungere un certo fine.

In secondo luogo, si sa che il tasso di MIS5 è il risultato di un'ampia varietà di input: tra i diversi fattori spiccano le condizioni alimentari e le conoscenze di carattere sanitario delle madri; il livello di vaccinazione e di somministrazione della terapia di reidratazione orale;

la disponibilità di servizi per la salute materna e infantile (assistenza prenatale inclusa); il reddito e la disponibilità di cibo in famiglia; la disponibilità di acqua potabile sicura e di servizi igienico-sanitari di base; e infine la sicurezza complessiva dell'ambiente in cui vivono i bambini.

In terzo luogo, il tasso di MIS5 è meno suscettibile alla fallacia della media rispetto, per esempio, al reddito nazionale lordo pro capite (PNL pro capite). Questo perché la scala naturale non permette ai figli dei ricchi di avere 1.000 volte più probabilità di sopravvivere, anche se le scale create dall'uomo permettono loro, invece, di avere un reddito 1.000 volte superiore. In altre parole, è molto più difficile che una minoranza ricca influisca sul tasso di MIS5, e perciò tale valore offre un quadro più accurato, anche se lungi dalla perfezione, della condizione di salute della maggioranza dei bambini (e della società nel suo insieme).

Vedi Note, p. 104.

da queste partnership, oltre che dalle esperienze e dagli approcci alla sopravvivenza e alla salute dell'infanzia che hanno caratterizzato gli ultimi decenni.

Il rapporto inizia esaminando lo stato della salute infantile e dell'assistenza sanitaria di base per l'infanzia, con una forte enfasi sull'andamento della mortalità infantile. In seguito valuta le lezioni apprese dai fallimenti e dai successi dell'ultimo secolo in materia di sopravvivenza dell'infanzia. La parte centrale del rapporto esamina diversi tra gli approcci più promettenti – come le alleanze a livello comunitario, la struttura del continuum di assistenza e il rafforzamento del sistema sanitario finalizzato al raggiungimento di risultati concreti – per raggiungere le madri, i neonati e i bambini che attualmente rimangono esclusi da interventi essenziali. Sottolineando gli esempi di paesi e distretti in cui i suddetti interventi hanno avuto successo, oltre che esplorando i principali ostacoli all'estensione di tali interventi,

questo rapporto offre modi concreti per sollecitare i progressi.

Perché la sopravvivenza infantile è importante

Investire nella salute dei bambini piccoli è una cosa sensata per numerosi motivi, non solo per il dolore e la sofferenza provocati dalla morte anche di un solo bambino. Privare i neonati e i bambini piccoli dell'assistenza sanitaria di base e negare loro i nutrienti necessari per la crescita e lo sviluppo li pre-dispone al fallimento nella vita. Quando invece sono ben nutriti e assistiti e vivono in un ambiente sicuro e stimolante, i bambini hanno più probabilità di sopravvivere, si ammalano di meno e sviluppano pienamente le loro capacità di pensiero, di linguaggio, emozionali e sociali. Quando cominciano a frequentare la scuola, poi, hanno maggiori probabilità di riuscire nella vita. E nel corso della loro esistenza, avranno migliori possibilità di diventa-

re persone creative e produttive nella società.

Investire nell'infanzia è saggio anche da un punto di vista economico. Secondo la Banca Mondiale, la vaccinazione e l'integrazione di vitamina A sono due fra gli interventi di salute pubblica più economici attualmente disponibili. Aumentare la copertura di vitamina A può rafforzare la resistenza alle malattie di un bambino e far diminuire la mortalità infantile². Con una piccola somma un bambino può essere protetto dalla carenza di vitamina A e da numerose malattie mortali, comprese difterite, pertosse, tetano, poliomielite, morbillo, tubercolosi infantile, epatite B e Hib (*Haemophilus influenzae* di tipo B), che è una delle cause principali della polmonite e della meningite³. Il semplice fatto di somministrare cotrimoxazolo, un antibiotico a basso costo, ai bambini sieropositivi, riduce nettamente la mortalità dovuta a infezioni opportunistiche.

Cause fondamentali e strutturali della mortalità materna e infantile

La morte e la malnutrizione delle madri, dei neonati e dei bambini sotto i cinque anni hanno in comune un certo numero di cause strutturali e fondamentali, tra cui:

- Servizi sanitari e nutrizionali con poche risorse, inefficienti e culturalmente inadeguati.
- Insicurezza alimentare.
- Pratiche alimentari inadeguate.
- Mancanza di igiene e di accesso ad acqua sicura o a servizi igienico-sanitari adeguati.
- Analfabetismo femminile.
- Gravidanze precoci.
- Discriminazione ed esclusione delle madri e dei bambini dall'accesso a servizi sanitari e nutrizionali e a beni essenziali, a causa della povertà e dell'emarginazione geografica o politica.

Questi fattori problematici provocano, ogni anno, milioni di morti inutili. La loro ampia diffusione e la loro correlazione richiedono che vengano affrontati a diversi livelli – comunitario, familiare, di fornitori del servizio, governativo e internazionale – in maniera integrata, per massimizzare l'efficacia e la portata degli interventi.

Le soluzioni a questi ostacoli sono ben note, soprattutto quelle che si riferiscono alle cause dirette dei decessi di madri, neonati e bambini. Gli interventi necessari implicano la distribuzione di pacchetti di servizi di assistenza sanitaria di base per l'infanzia attraverso un continuum di assistenza durante la gravidanza, la nascita e il puerperio, portando così ad assistere i bambini nei primi, cruciali anni di vita (*per una definizione completa del continuum di assistenza vedi Scheda p. 17*).

Vedi Note, p. 104.

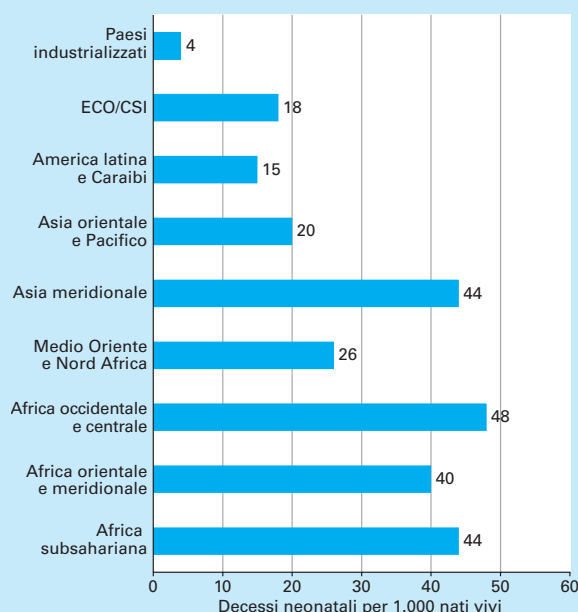
Sopravvivenza neonatale

Tra la metà e la fine degli anni Novanta, le stime del numero di decessi infantili durante il periodo neonatale (il primo mese di vita) venivano ricavate da dati storici approssimativi piuttosto che da indagini specifiche. Stime più rigorose dei decessi neonatali sono emerse nel 1995 e nel 2000, quando si sono resi disponibili dati provenienti da indagini a domicilio affidabili. L'analisi di questi dati ha evidenziato che le precedenti stime avevano gravemente sottovalutato la portata del problema. Benché, a livello globale, il tasso di mortalità neonatale sia leggermente diminuito dal 1980 a oggi, i decessi neonatali sono diventati, in proporzione, molto più significativi, perché la riduzione della mortalità neonatale è risultata più lenta rispetto alla mortalità sotto i cinque anni: tra il 1980 e il 2000, i decessi nel primo mese di vita sono diminuiti di un quarto, mentre i decessi tra un mese e cinque anni sono diminuiti di un terzo.

Gli ultimi dati disponibili dimostrano che quattro milioni di bambini muoiono ogni anno durante il primo mese di vita, e che la metà di questi bambini muore nell'arco delle prime 24 ore di vita, il che significa che è circa 500 volte più probabile che un bambino muoia nel primo giorno di vita che dopo un mese.

La mortalità neonatale costituisce quasi il 40% di tutti i decessi

Grafico 1.2
Tassi globali di mortalità neonatale, 2000



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso sistemi di registrazione civile e indagini a domicilio. I dati a livello nazionale e regionale relativi ai tassi di mortalità neonatale nel 2000 si possono trovare nella Tavola Statistica 1, a p. 114 di questo rapporto.

sotto i cinque anni e quasi il 60% dei decessi infantili (sotto un anno di età). Il maggior numero assoluto di decessi infantili si verifica in Asia meridionale (l'India da sola è responsabile di un quarto del totale mondiale), ma i tassi di mortalità neonatale più elevati si registrano nell'Africa subsahariana. Un fattore comune a tutti questi decessi è rappresentato dalla salute della madre: ogni anno, più di 500.000 donne muoiono durante il parto o per complicazioni insorte durante la gravidanza, e i bambini le cui madri sono morte durante il parto hanno probabilità molto maggiori di morire nell'arco del loro primo anno di vita rispetto a quelli le cui madri sopravvivono.

Persino questi dati tendono a sottovalutare la vasta portata dei problemi che influiscono sulla salute infantile durante il periodo neonatale. Ad esempio, più di un milione di bambini che ogni anno sopravvivono all'asfissia alla nascita soffrono poi di problemi come la paralisi cerebrale, le difficoltà di apprendimento e altre disabilità. Per ogni neonato che muore, altri 20 soffrono di lesioni alla nascita, di complicazioni dovute al parto prematuro o di altri disturbi neonatali.

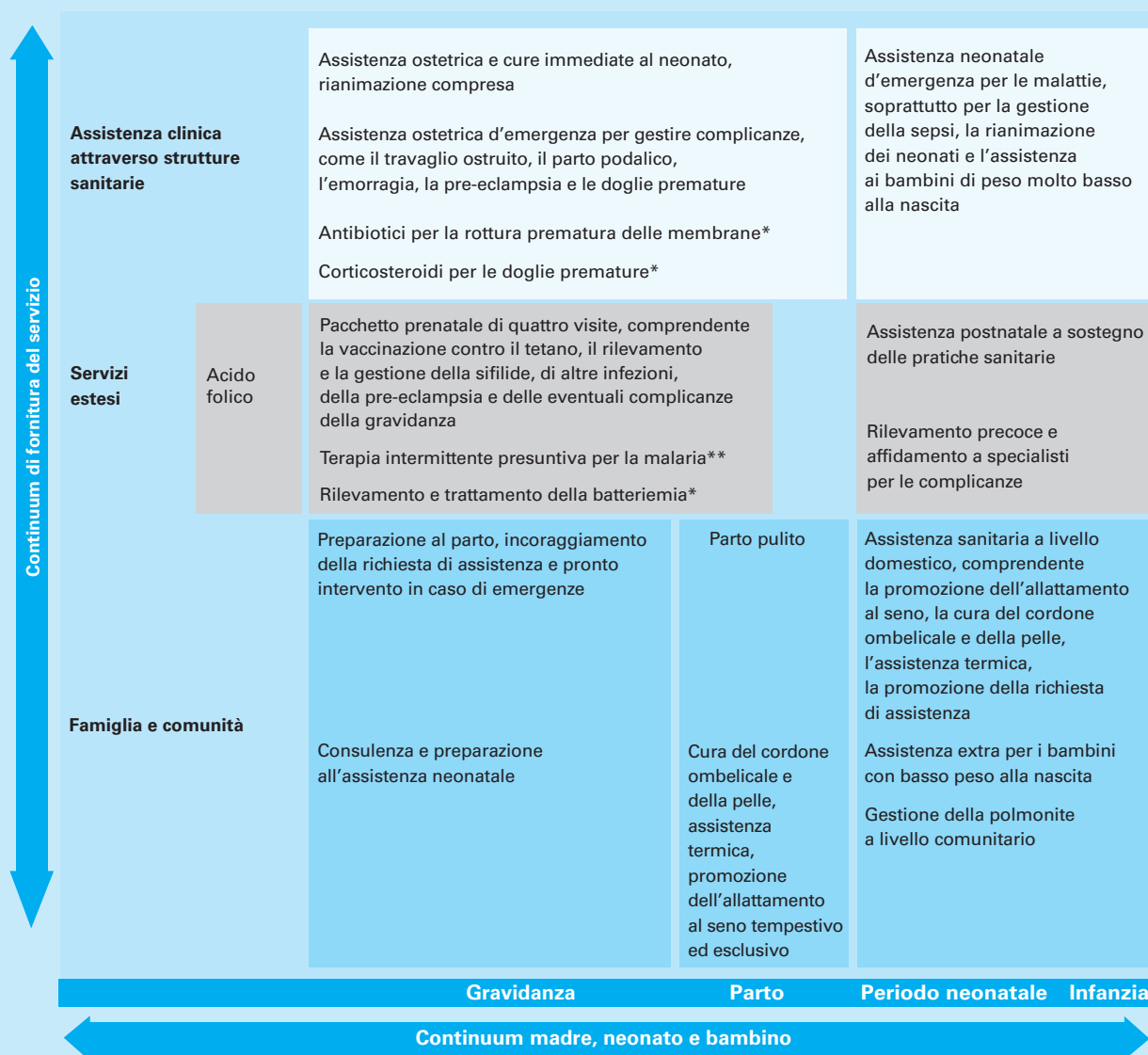
Miglioramenti significativi nel primo periodo neonatale dipenderanno da interventi essenziali per le madri e per i bambini prima, durante e immediatamente dopo il parto. Secondo le ultime stime relative al periodo 2000-2006, allo stato attuale, nel mondo in via di sviluppo, un quarto delle donne incinte non riceve neppure una visita da parte di personale sanitario qualificato (medico, infermieristico, ostetrico); solo il 59% delle nascite avviene con l'assistenza di un operatore qualificato e appena più della metà ha luogo in una struttura sanitaria.

Prevenire i decessi neonatali è fondamentale per ridurre la mortalità infantile. Secondo le stime della Serie sulla sopravvivenza neonatale della rivista *The Lancet*, pubblicate nel 2005, ogni anno si potrebbero prevenire 3 dei 4 milioni di decessi se si raggiungesse una copertura elevata (90%) su un pacchetto di interventi di provata efficacia e a basso costo forniti attraverso i servizi di solidarietà, le famiglie, le comunità e le strutture sanitarie, in un continuum di assistenza neonatale (prenatale, *intrapartum* e *postpartum*). Anche se risulta essenziale aumentare l'assistenza qualificata, la Serie sulla sopravvivenza neonatale sottolinea l'importanza di soluzioni provvisorie in grado di salvare la vita di quasi il 40% dei neonati in ambienti comunitari. È essenziale anche espandere i programmi per la prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio.

Le azioni necessarie per salvare i neonati comprendono l'istituzione di piani a livello nazionale basati sulle prove e orientati al risultato, con strategie specifiche per raggiungere i più poveri, maggiori finanziamenti, obiettivi concordati per la riduzione della mortalità neonatale e promozione di una maggiore armonizzazione e responsabilità delle parti interessate a livello internazionale.

Grafico 1.3

Semplici interventi a elevato impatto per salvare la vita dei neonati nell'ambito del continuum di assistenza sanitaria alle madri e ai bambini



* Interventi aggiuntivi per ambienti dotati di sistemi sanitari più efficienti e una mortalità più bassa.

** Interventi situazionali necessari in certi ambienti, come nelle zone a elevata prevalenza di malaria.

Nota: Questo grafico include 16 interventi di provata efficacia per la riduzione della mortalità neonatale. Durante questo periodo di tempo vengono effettuati altri importanti interventi, che però non vengono mostrati qui perché il loro effetto principale non è sui decessi neonatali (per esempio, la prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio). Per alcuni degli interventi elencati, le modalità di fornitura del servizio possono variare a seconda dell'ambiente.

Fonte: *The Lancet Series Team, "The Lancet Series on Neonatal Health Executive Summary", The Lancet, 3 marzo 2005, p. 3.*

Vedi Note, p. 104.



© UNICEF/HQ04-0675/Giacomo Pirozzi

I miglioramenti nella salute e nella sopravvivenza dell'infanzia possono anche favorire dinamiche demografiche più equilibrate. Se i genitori sono convinti che i loro figli possano sopravvivere, è più probabile che si prendano maggiormente cura dei bambini che già hanno senza necessariamente farne altri, e che i paesi, dal canto loro, possano investire di più nel benessere di ogni bambino⁴.

I numeri

Sono molti di meno i bambini che muoiono oggi rispetto al 1960, il primo anno in cui è stato reso disponibile il numero annuo di decessi infantili. In effetti, negli ultimi 46 anni, il numero annuo di decessi infantili si è dimezzato, da circa 20 milioni nel 1960 a meno di 10 milioni nel 2006. Negli ultimi anni, in particolare, si è assistito a progressi

importanti e, in alcuni casi, straordinari nell'ambito della sopravvivenza infantile. Nonostante i considerevoli ostacoli ancora da superare, rappresentati soprattutto dalla pandemia dell'AIDS nell'Africa orientale e meridionale e dai conflitti interni in molti paesi a elevata mortalità, il tasso globale di mortalità infantile si è costantemente ridotto dal 1990 in avanti. Nel 2006, è stato stimato pari a 72 decessi per 1.000 nati vivi, ossia un livello inferiore del 23% rispetto a quello registrato nel 1990.

In un certo numero di regioni, il tasso di riduzione della mortalità infantile dal 1990 in poi è risultato straordinario. I tassi di mortalità infantile si sono all'incirca dimezzati in Asia Orientale/Pacifico, in Europa centrale e orientale/Confederazione di Stati Indipendenti (ECO/CSI), nonché in America latina/Caraibi, portando il tasso di mor-

La vaccinazione e l'integrazione di micronutrienti forniscono una protezione a basso costo e salvavita contro le malattie. Un bambino riceve una dose di vitamina A, Tagikistan.

Grafico 1.4

Il tasso globale di mortalità infantile è diminuito di quasi un quarto tra il 1990 e il 2006

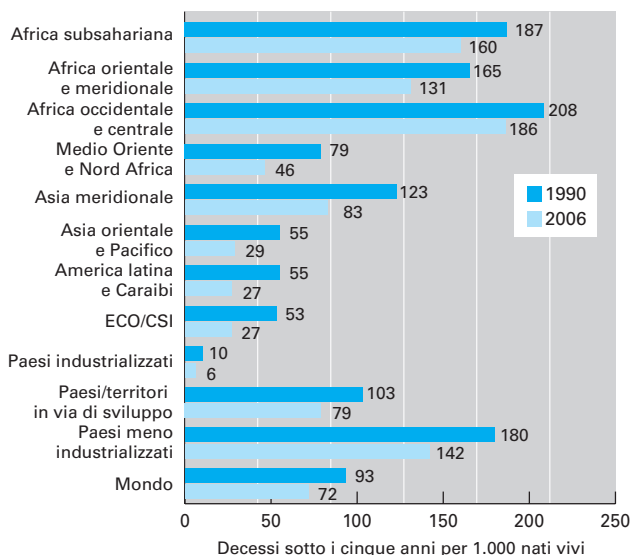
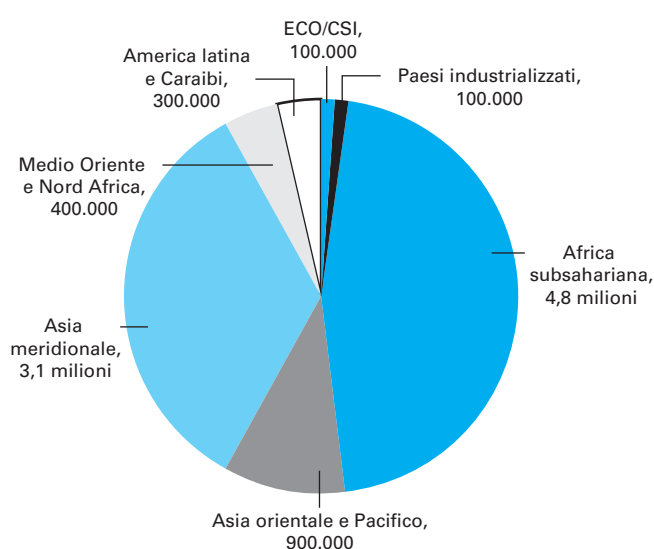


Grafico 1.5

Nel 2006 sono morti meno di 10 milioni di bambini sotto i cinque anni



Fonte: UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Divisione Statistica delle Nazioni Unite. I dati nazionali e regionali si possono trovare nelle Tavole Statistiche 1 e 10, alle pp. 114 e 150 di questo rapporto.

talità infantile sotto i cinque anni, per ognuna di queste regioni, a livelli inferiori a 30 per 1.000 nati vivi nel 2006. Anche se sarebbero necessari progressi maggiori per uguagliare il basso tasso medio dei paesi industrializzati (6 per 1.000 nati vivi nel 2006), attualmente soltanto un bambino su 36 nati in queste tre regioni muore prima di compiere cinque anni.

Tra le regioni rimaste più indietro rispetto a quelle citate, Medio Oriente/ Nord Africa ha fatto registrare progressi costanti nella riduzione dei tassi, ma nel 2006 aveva ancora un tasso di mortalità sotto i cinque anni pari a 46 per 1.000 nati vivi, equivalente a un bambino su 22 che muore prima di compiere cinque anni. Anche l'Asia meridionale sta compiendo progressi, sebbene sia ancora la regione che presenta il secondo numero più elevato di decessi tra i

bambini sotto i cinque anni, pari al 32% del totale globale. Nel 1990, 1 bambino su 8 in Asia meridionale moriva prima di compiere cinque anni; nel 2006, invece, il tasso era diminuito fino a 1 su 12.

L'Africa subsahariana resta l'area geografica più problematica. Oltre ad avere il tasso di gran lunga più elevato di mortalità infantile – in media 1 bambino su 6 muore prima dei cinque anni – la regione è quella che ha dimostrato meno progressi dal 1990 in poi, riuscendo a ridurre l'incidenza della mortalità infantile soltanto del 14% tra il 1990 e il 2006. Numerosi paesi della regione stanno ancora facendo registrare addirittura degli aumenti nei tassi di mortalità sotto i cinque anni. Nel 2006, il 49% di tutti i decessi di bambini sotto i cinque anni si è verificato nell'Africa subsahariana, nonostante il

fatto che vi sia nato soltanto il 22% dei bambini del mondo.

Sopravvivenza infantile e Obiettivi di Sviluppo del Millennio

La metà delle regioni del mondo sta compiendo progressi insufficienti verso il traguardo dell'OSM 4

Anche se complessivamente sono risultati imponenti, in diverse regioni gli aumenti della sopravvivenza infantile si sono rivelati insufficienti a raggiungere il traguardo dell'OSM 4. Quattro regioni sono sulla buona strada per raggiungerlo, ma in Medio Oriente e Nord Africa, nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana (Africa orientale e meridionale e Africa occidentale e centrale) i progressi nella riduzione della mortalità infantile risultano attualmente insufficienti.

Grafico 1.6

I progressi globali nella riduzione della mortalità infantile risultano insufficienti a raggiungere l'OSM 4*

Tasso medio di riduzione annua (AARR) della mortalità sotto i cinque anni (MIS5) osservato nel periodo 1990-2006 e richiesto per il 2007-2015 al fine di raggiungere l'OSM 4

	MIS5 Numero di decessi per 1.000 nati vivi		AARR		Progressi verso il traguardo OSM
	1990	2006	Osservato % 1990-2006	Richiesto % 2007-2015	
Africa subsahariana	187	160	1,0	10,5	Progressi insufficienti
Africa orientale e meridionale	165	131	1,4	9,6	Progressi insufficienti
Africa occidentale e centrale	208	186	0,7	11,0	Nessun progresso
Medio Oriente e Nord Africa	79	46	3,4	6,2	Progressi insufficienti
Asia meridionale	123	83	2,5	7,8	Progressi insufficienti
Asia orientale e Pacifico	55	29	4,0	5,1	Sulla buona strada
America latina e Caraibi	55	27	4,4	4,3	Sulla buona strada
ECO/CSI	53	27	4,2	4,7	Sulla buona strada
Paesi/territori industrializzati	10	6	3,2	6,6	Sulla buona strada
Paesi/territori in via di sviluppo	103	79	1,7	9,3	Progressi insufficienti
Mondo	93	72	1,6	9,4	Progressi insufficienti

* Progressi verso il traguardo dell'OSM 4, con paesi classificati secondo le seguenti soglie:

Sulla buona strada – Il tasso di MIS5 è inferiore a 40, oppure è pari o superiore a 40 e il tasso medio di riduzione annua (AARR) della mortalità infantile osservato dal 1990 al 2006 è pari o superiore al 4,0%.

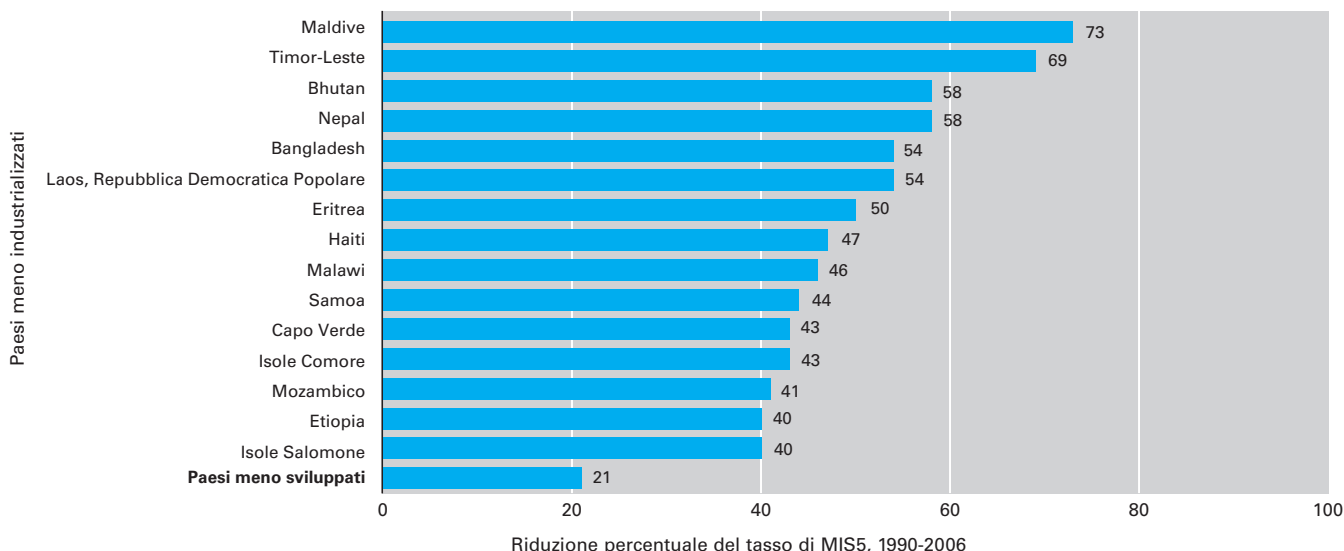
Progressi insufficienti – Il tasso di MIS5 è pari o superiore a 40 e l'AARR osservato per il periodo 1990-2006 è compreso tra l'1,0% e il 3,9%.

Nessun progresso – Il tasso di MIS5 è pari o superiore a 40 e l'AARR osservato per il periodo 1990-2006 è inferiore all'1,0%.

Fonte: Stime dell'UNICEF basate sul lavoro dell'Interagency Child Mortality Estimation Group.

Grafico 1.7

Dal 1990, quasi un terzo dei 50 paesi meno sviluppati è riuscito a ridurre i tassi di mortalità sotto i cinque anni del 40% o più



Fonte: UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, Divisione Statistica delle Nazioni Unite. I dati a livello nazionale e regionale si possono trovare nelle Tavole Statistiche 1 e 10, alle pp. 114 e 150 di questo rapporto.

Le principali cause dei decessi infantili

I paesi e le regioni in cui i bambini sotto i cinque anni stanno morendo in gran numero sono ben noti, e altrettanto note sono le principali cause di morti premature e di malattie.

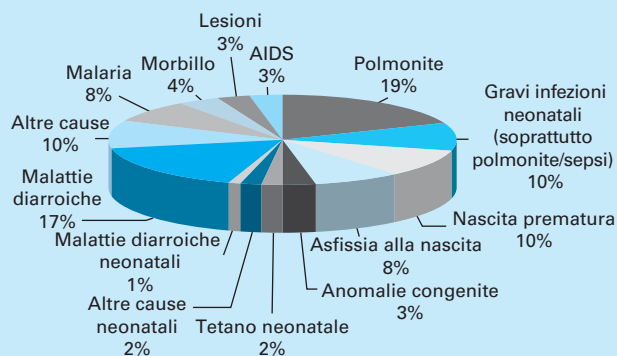
Quasi il 40% di tutti i decessi sotto i cinque anni si verifica durante il periodo neonatale, il primo mese di vita, a causa di una varietà di complicazioni (vedi Scheda, p. 4). Di queste morti neonatali, circa il 26%, che equivale al 10% di tutti i decessi sotto i cinque anni, è provocato da gravi infezioni. Una percentuale significativa di tali infezioni è provocata da polmonite e sepsi (una grave infezione batterica veicolata dal sangue, trattata anch'essa con antibiotici). Ogni anno circa due milioni di bambini sotto i cinque anni muoiono di polmonite (circa 1 decesso su 5 a livello globale). Inoltre, fino a un milione di bambini muore a causa di gravi infezioni, polmonite compresa, durante il periodo neonatale. Nonostante i progressi compiuti dagli anni Ottanta a oggi, le malattie diarroiche sono responsabili del 17% dei decessi sotto i cinque anni. La malaria, il morbillo e l'AIDS messi insieme, invece, sono responsabili del 15% dei decessi infantili.

Molti disturbi e malattie interagiscono tra loro in modo tale da aumentare la mortalità infantile ben al di là di quelli che sarebbero i loro effetti isolati, con la denutrizione che arriva a contribuire al 50% nei decessi infantili. L'acqua non sicura, le scarse pratiche igieniche e i servizi igienico-sanitari inad-

Grafico 1.8

Cause della mortalità infantile sotto i cinque anni

La denutrizione riguarda circa il 50% di tutte le morti di bambini sotto i cinque anni.



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF.

guati non sono soltanto le cause dell'incidenza sempre elevata delle malattie diarroiche, ma costituiscono anche fattori che contribuiscono alla mortalità sotto i cinque anni provocata dalla polmonite, dai disturbi neonatali e dalla denutrizione.

Vedi Note, p. 104.

Esaminando uno per uno i vari paesi, le prospettive risultano eterogenee. A livello globale, dei 191 paesi provvisti di dati adeguati per un confronto dei livelli di mortalità infantile nel periodo 1990-2006, l'UNICEF stima che 129 siano sulla buona strada, avendo ridotto il tasso di mortalità sotto i cinque anni a meno di 40 per 1.000 nati vivi o raggiunto un tasso medio annuo di riduzione pari o superiore al 3,9%, sempre dal 1990 al 2006, oppure abbiano addirittura già raggiunto il traguardo di riduzione della mortalità infantile fissato per il 2015. 35 paesi, pari a circa il 18%, stanno compiendo progressi, ma a un ritmo insufficiente a raggiungere pienamente e in tempo utile il traguardo dell'OSM 4.

Quelli che destano maggiori preoccupazioni sono i 27 paesi che hanno fatto registrare progressi insufficienti dal 1990 in avanti o presentano un tasso di mortalità sotto i cinque anni stazionario o addirittura più elevato rispetto al 1990. Dei 46 paesi dell'Africa subsahariana, solo Capo Verde, Eritrea e Seychelles sono sulla buona strada per raggiungere l'OSM 4, mentre quasi la metà dei paesi ha fatto registrare un'assenza di cambiamenti o addirittura un aumento dei tassi di mortalità infantile dal 1990 al 2006. Nello stesso periodo, la regione nel suo complesso è riuscita a ridurre la mortalità infantile soltanto a un tasso medio annuo dell'1%, e in ognuno degli anni che rimangono a disposizione per raggiungere il traguardo dell'OSM 4 saranno necessarie delle riduzioni in doppia cifra⁵.

I singoli paesi devono affrontare sfide diverse nell'ambito della sopravvivenza infantile, e in alcuni queste sfide sono senza dubbio più impegnative che in altri. Ma i notevoli risultati raggiunti indicano che la geografia non costituisce una barriera quando si tratta di salvare la vita dei bambini.

Grafico 1.9

La salute e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

Obiettivo	Traguardi sanitari	Indicatori sanitari
OBIETTIVO 1 Eliminare la povertà estrema e la fame	Traguardo 2 Dimezzare, tra il 1990 e il 2015, la percentuale di persone che soffrono la fame	Prevalenza dei bambini sottopeso sotto i cinque anni Percentuale di popolazione al di sotto del livello minimo di consumo di energia alimentare
OBIETTIVO 4 Ridurre la mortalità infantile	Traguardo 5 Ridurre di due terzi, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità sotto i cinque anni	Tasso di mortalità sotto i cinque anni Tasso di mortalità neonatale Percentuale di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo
OBIETTIVO 5 Migliorare la salute materna	Traguardo 6 Ridurre di tre quarti, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna	Tasso di mortalità materna Percentuale di nascite assistite da personale medico qualificato
OBIETTIVO 6 Combattere l'HIV e l'AIDS, la malaria e altre malattie	Traguardo 7 Arrestare la diffusione dell'HIV e dell'AIDS e cominciare a invertirla entro il 2015	Prevalenza dell'HIV tra le donne incinte tra i 15 e i 24 anni Percentuale di uso del profilattico come contraccettivo
	Traguardo 8 Arrestare l'incidenza della malaria e di altre gravi malattie e cominciare a invertirla entro il 2015	Rapporto tra la frequenza scolastica degli orfani e la frequenza scolastica dei non orfani tra i 10 e i 14 anni Prevalenza della malaria e tassi di mortalità a essa associati Percentuale di popolazione in aree a rischio di malaria che usa misure efficaci di prevenzione e trattamento della malaria Tassi di prevalenza e di mortalità associati alla tubercolosi Percentuale di casi di tubercolosi rilevati e curati ai sensi del trattamento di breve durata sotto stretta sorveglianza (Directly Observed Treatment Short-Course o DOTS)
OBIETTIVO 7 Garantire la sostenibilità ambientale	Traguardo 10 Dimezzare, entro il 2015, la percentuale di persone prive di accesso sostenibile ad acqua potabile sicura e a servizi igienico-sanitari di base	Percentuale di popolazione, urbana e rurale, che usa una fonte d'acqua "migliorata"
	Traguardo 10 Ottenere, entro il 2020, un miglioramento significativo nella vita di almeno 100 milioni di abitanti dei quartieri più poveri	Percentuale di popolazione, urbana e rurale, che utilizza servizi igienico-sanitari "migliorati"
OBIETTIVO 8 Sviluppare una partnership globale per lo sviluppo	Traguardo 17 In cooperazione con le industrie farmaceutiche, fornire accesso a farmaci essenziali a basso costo nei paesi in via di sviluppo	Percentuale di popolazione con accesso a farmaci essenziali a basso costo su base sostenibile

Fonte: Tratto da World Health Organization, Health and the Millennium Development Goals, WHO, Ginevra, 2005, p. 11.

Polmonite: il killer dimenticato dei bambini

La polmonite uccide più bambini di qualunque altra malattia, più dell'AIDS, della malaria e del morbillo messi insieme. È una delle cause più rilevanti di decessi infantili in ogni regione. I bambini affetti da polmonite possono manifestare un'ampia gamma di sintomi, a seconda dell'età e della causa dell'infezione. Tra i sintomi più comuni figurano respirazione rapida o difficile, tosse, febbre, brividi, mal di testa, perdita dell'appetito e asma. Nei bambini piccoli, i casi gravi di polmonite possono provocare convulsioni, ipotermia, letargia e problemi alimentari.

Nell'infanzia, la polmonite e la malaria presentano significative sovrapposizioni in termini di sintomi, di requisiti per una gestione efficace e di possibilità di offrire assistenza all'interno della comunità. In effetti, soprattutto nei bambini molto piccoli, potrebbe essere impossibile distinguere se la febbre alta, la tosse e la respirazione rapida siano prove di polmonite o di malaria, e in casi del genere spesso i bambini ricevono trattamenti per entrambe le malattie. Una volta che un bambino contrae la polmonite, chi si prende cura di lui deve riconoscerne i sintomi e cercare immediatamente delle cure adeguate.

I bambini sani hanno delle difese naturali capaci di proteggere i polmoni dagli agenti patogeni che provocano la polmonite. I bambini malnutriti, soprattutto quelli che non vengono allattati esclusivamente al seno o non assumono zinco in quantità adeguate, oppure quelli che presentano dei sistemi immunitari compromessi, corrono maggiori rischi di contrarre la polmonite. I bambini che soffrono di altre malattie, come il morbillo, o quelli che vivono con l'HIV, hanno maggiori probabilità di contrarre la polmonite. Anche i fattori ambientali, come il vivere in case affollate e l'essere esposti a genitori che fumano o all'inquinamento interno dell'aria, possono essere fattori importanti nell'aumento della suscetti-

bilità dei bambini alla polmonite e alle sue conseguenze.

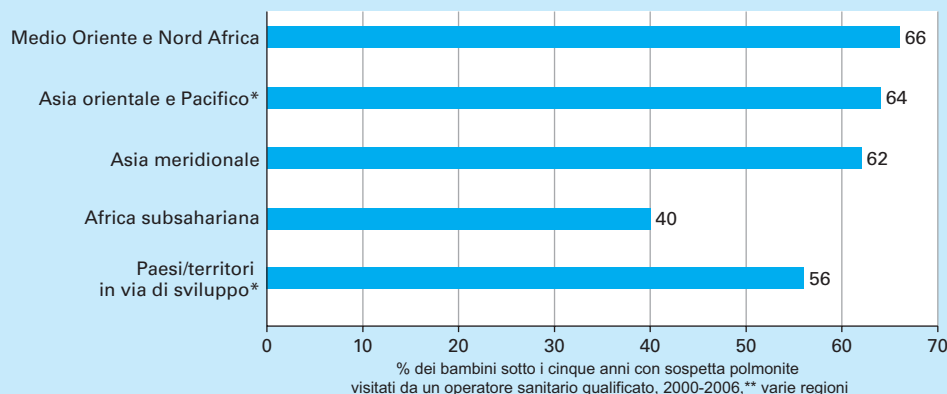
Le misure preventive fondamentali per i bambini sono l'alimentazione adeguata (comprendente l'allattamento esclusivo al seno, l'integrazione di vitamina A e l'assunzione di zinco), la riduzione dell'inquinamento dell'aria all'interno dell'abitazione e l'aumento dei tassi di immunizzazione con vaccini che aiutano a prevenire lo sviluppo, nei bambini, di infezioni che sono cause dirette di polmonite, come l'*Haemophilus influenzae* di tipo B (Hib), e che prevengono le infezioni che possono condurre, come complicazione, alla polmonite (per esempio, il morbillo e la pertosse). I vaccini contro lo *Streptococcus pneumoniae*, la causa più comune della polmonite grave tra i bambini del mondo in via di sviluppo, saranno sempre di più a disposizione.

Dato che una gran parte dei casi di polmonite grave nei bambini del mondo in via di sviluppo ha un'origine batterica, essendo provocata soprattutto dallo *Streptococcus pneumoniae* o dall'*Haemophilus influenzae*, tali casi possono essere trattati efficacemente con antibiotici non costosi anche a casa, purché le famiglie o i tutori curino i bambini in modo corretto, seguendo i consigli degli operatori sanitari. Se sussistono queste condizioni, riscontri provenienti da tutto il mondo in via di sviluppo indicano che la gestione della polmonite su base comunitaria può risultare molto efficace. Una meta-analisi dei risultati provenienti da nove studi compiuti in sette paesi, tra cui la Repubblica Unita di Tanzania, sull'impatto della gestione su base comunitaria della polmonite ha rivelato delle sostanziali riduzioni non soltanto della mortalità da polmonite, ma anche della mortalità infantile in generale. Alcuni studi hanno evidenziato, una riduzione della mortalità infantile pari al 26% e della mortalità da polmonite pari al 37%.

Vedi Note, p. 104.

Grafico 1.10

Più della metà dei bambini sotto i cinque anni con sospetta polmonite viene visitata da un operatore sanitario qualificato



* Cina esclusa.

** I dati si riferiscono all'anno più recente disponibile nel periodo specificato.

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

Cosa forse più importante, questi miglioramenti sono evidenti in alcuni dei paesi più poveri del mondo e nelle regioni in via di sviluppo, come illustra il Grafico 1.7. Questi miglioramenti indicano che è possibile compiere progressi notevoli, malgrado ostacoli come la posizione geografica o lo svantaggio socio-economico, quando prove, strategie concrete, risorse sufficienti, volontà politica e un orientamento ai risultati vengono utilizzati consapevolmente per migliorare la vita dei bambini.

Inoltre, si possono ottenere rapidamente netti miglioramenti nella mortalità e nella salute dell'infanzia. Dal 1990, più di 60 paesi sono riusciti a ridurre del 50% il loro tasso di mortalità sotto i cinque anni.

I progressi verso gli altri OSM relativi alla salute risultano contrastanti

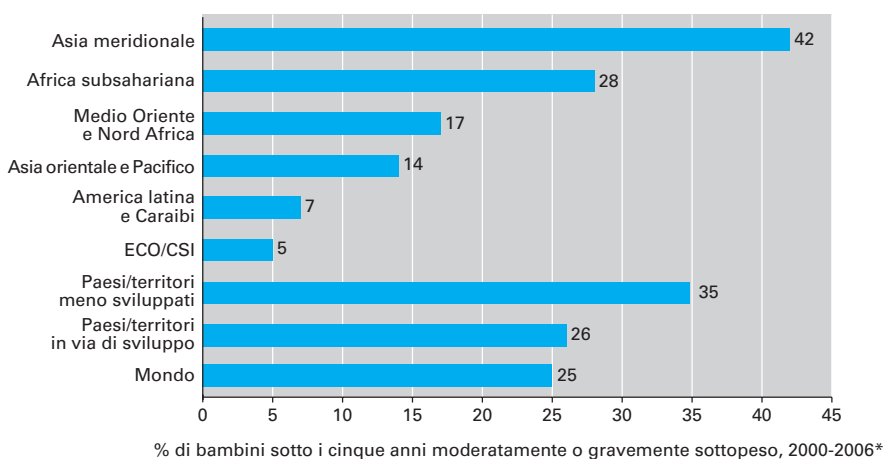
Benché i progressi in tutti e otto gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio siano importanti per la sopravvivenza e il benessere dell'infanzia, gli OSM 1, 5, 6, 7 e 8, oltre all'OSM 4, puntano a traguardi che influiscono direttamente sulla salute dell'infanzia. I progressi negli ambiti presi di mira da questi obiettivi potrebbero avere un effetto considerevole sull'infanzia.

Migliorare le condizioni alimentari (OSM 1)

La malnutrizione è il principale fattore della metà delle morti di bambini sotto i cinque anni. Il miglioramento delle condizioni alimentari e il raggiungimento dell'OSM 1, che mira a ridurre la povertà e la fame, contribuirebbero a evitare decessi infantili da diarrea, polmonite, malaria, HIV e morbillo, e ridurrebbero la mortalità neonatale. In altre parole, migliorare l'alimentazione delle madri e dei bambini è un requisito

Grafico 1.11

L'Asia meridionale è la regione con il livello più elevato di denutrizione



* I dati si riferiscono all'anno più recente disponibile nel periodo specificato.

Fonte: Ricerche demografiche e sanitarie, Indagini campione a indicatori multipli, Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF. I dati a livello nazionale e regionale si possono trovare nella Tavola Statistica 2, a p. 118 di questo rapporto.

to indispensabile per raggiungere l'OSM 4.

Gli indicatori standard usati per misurare i progressi verso il traguardo dell'OSM 1, però, non rivelano pienamente la portata della malnutrizione tra i bambini nel mondo in via di sviluppo. Uno degli indicatori si concentra sulla fame, misurata a partire dalla percentuale di bambini sotto i cinque anni che risultano sottopeso, ma coglie soltanto un aspetto dell'alimentazione. Un bambino può morire a causa di un sistema immunitario indebolito quando è carente la vitamina A, per esempio, senza essere apparentemente affamato o sottopeso.

È necessario che un'alimentazione adeguata inizi durante la gravidanza della madre e continui dopo la nascita del bambino. L'allattamento al seno tempestivo ed esclusivo costituisce la migliore fonte di nutrimento per un bambino, fornendogli calore fisico e rafforzandogli il sistema immunitario. Anche micronu-

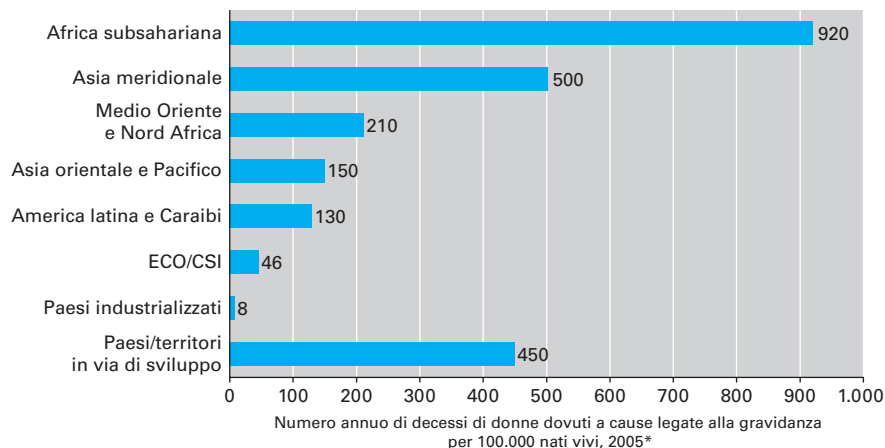
trienti come il ferro, la vitamina A e lo iodio possono avere un impatto profondo sullo sviluppo di un bambino e sulla salute di una madre. In casi di malnutrizione grave e acuta, sono consigliati cibi terapeutici specifici. Anche se questi rimedi sono a basso costo e a elevata efficacia, milioni di bambini e di madri ancora non vi possono accedere o non li adottano. Più del 30% delle famiglie del mondo in via di sviluppo non consuma sale iodurato. Più del 60% dei bambini non è stato allattato esclusivamente al seno durante i primi sei mesi di vita, e il 28% non ha ricevuto la piena copertura (con due dosi) dell'integrazione di vitamina A nel 2005.

Migliorare la salute materna (OSM 5)

Per ridurre la mortalità infantile, è fondamentale migliorare la salute delle donne incinte e delle neo mamme. Più di mezzo milione di donne muoiono ogni anno per cause legate alla gravidanza, e molte di più ne patiscono effetti debilitanti a lungo termine come la fistola, che

Grafico 1.12

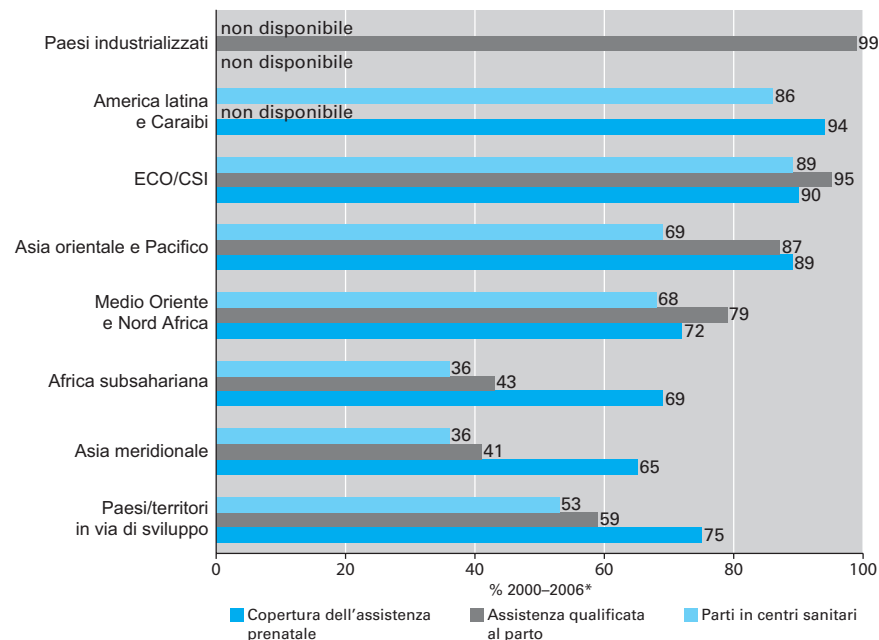
La probabilità di mortalità materna è molto più elevata nel mondo in via di sviluppo che nei paesi industrializzati



* Queste stime riflettono correzioni periodiche effettuate da UNICEF OMS, UNFPA e Banca Mondiale sui dati nazionali, per compensare i ben noti problemi di mancata segnalazione e di classificazione errata dei decessi materni, nonché per sviluppare stime anche per i paesi privi di dati. Di conseguenza, tali stime possono differire notevolmente da quelle riportate a livello nazionale.

Grafico 1.13

Nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana, bassi livelli di assistenza alle madri contribuiscono a tassi elevati di mortalità materna



* I dati si riferiscono all'anno più recente disponibile nel periodo specificato.

Copertura dell'assistenza prenatale – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che almeno una volta durante la gravidanza sono state visitate da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Parti in centri sanitari – Percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che hanno dato alla luce un bambino nei due anni precedenti la ricerca

Fonte: Tavola 8, Donne, p. 142 di questo rapporto.

potrebbero essere facilmente evitati attraverso un'adeguata assistenza.

Inoltre, migliorare la salute materna risulta di vitale importanza per le prospettive di sopravvivenza di un bambino. Le prove dimostrano che un bambino senza madre ha maggiori probabilità di morire prima di compiere due anni rispetto ai bambini le cui madri sopravvivono⁶.

Migliorare la salute e l'alimentazione delle future madri e fornire servizi sanitari riproduttivi di qualità è fondamentale per affrontare molte cause di fondo della mortalità infantile. L'alimentazione insufficiente per le donne può provocare nascite premature e bambini con basso peso alla nascita. Durante la gravidanza, farsi visitare da un operatore sanitario qualificato può aiutare a evitare i parti prematuri e il tetano neonatale, che risulta quasi sempre fatale.

La presenza, al momento del parto, di un assistente qualificato, con l'ausilio di assistenza ostetrica d'emergenza, fa diminuire il rischio che una donna muoia di parto e può aiutare a prevenire e a curare eventuali infezioni e complicanze. L'assistenza postnatale riveste un ruolo fondamentale nell'incoraggiamento delle nuove madri ad allattare al seno, nella rianimazione dei bambini, se necessaria, e nell'impegno per evitare l'ipotermia e la polmonite.

Nonostante l'importanza della salute materna, i dati disponibili riflettono un livello di accesso deplorabilmente inadeguato all'assistenza. Nei vari paesi e territori, una donna incinta su quattro non riceve alcuna assistenza prenatale, e più del 40% partorisce senza l'aiuto di un assistente qualificato.

Combattere l'AIDS, la malaria e altre gravi malattie (OSM 6)

L'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 6 si concentra sulla riduzione degli enor-

mi danni provocati dall'HIV e dall'AIDS, dalla malaria e da altre gravi malattie. Anche se sono pochi gli indicatori concentrati specificamente sull'infanzia, l'impatto diretto e indiretto delle principali malattie sui bambini può essere profondo. Metà dei bambini contagiati dal virus HIV morirà prima di compiere due anni⁷, e più di 15 milioni di bambini sotto i 18 anni hanno perso uno o entrambi i genitori per l'AIDS o per cause a esso collegate. La malaria è responsabile dell'8% delle morti di bambini sotto i cinque anni, mentre il morbillo è responsabile di un altro 4%.

HIV e AIDS

In tutto il mondo, 2,3 milioni di bambini sotto i 15 anni vivono con l'HIV, e 530.000 bambini sono stati nuovamente colpiti dal virus nel 2006, per lo più attraverso la trasmissione da madre a figlio. Le bambine sono particolarmente a rischio di contrarre l'HIV, a causa sia della loro fisiologia sia degli squilibri di potere a livello sociale e culturale che esistono nel loro rapporto con uomini e bambini. Prevenire nuove infezioni costituisce il primo strumento di difesa contro l'AIDS. È anche il modo migliore di proteggere la prossima generazione.

Una volta che una donna incinta viene contagiata dall'HIV, ci sono possibilità pari al 35% che, se non si interviene, trasmetta il virus al figlio durante la gravidanza, al momento della nascita o durante l'allattamento⁸. La terapia farmacologica antiretrovirale può ridurre notevolmente le possibilità che si verifichi questa trasmissione, quindi risulta essenziale per arrestare l'aumento dei tassi di mortalità infantile in paesi in cui l'AIDS è endemico. Con i farmaci e l'assistenza appropriati, i bambini sieropositivi possono rimanere sani a tempo indeterminato, anche se non si conoscono le loro prospettive di sopravvivenza a lungo termine⁹.

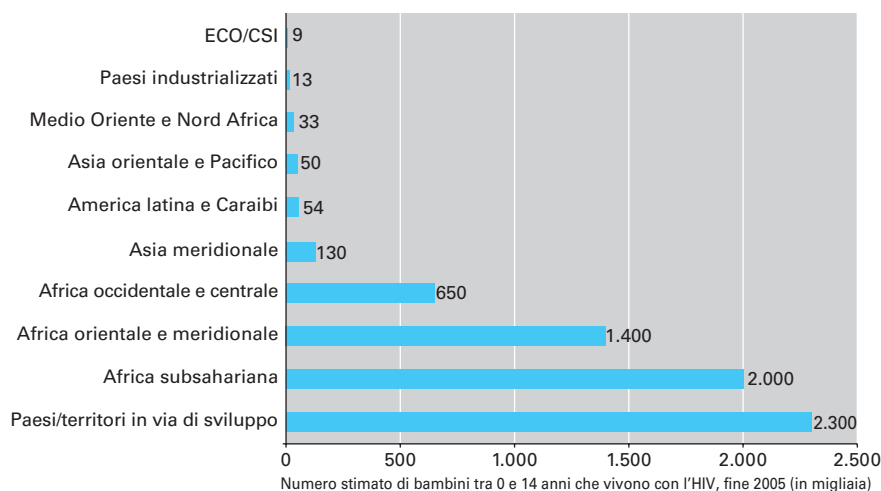
© UNICEF/HQ06-2770/Bruno Bironi



La malaria fa ammalare e uccide molti bambini ogni anno. Una madre dorme col suo bambino sotto una zanzariera trattata con insetticida, Costa d'Avorio.

Grafico 1.14

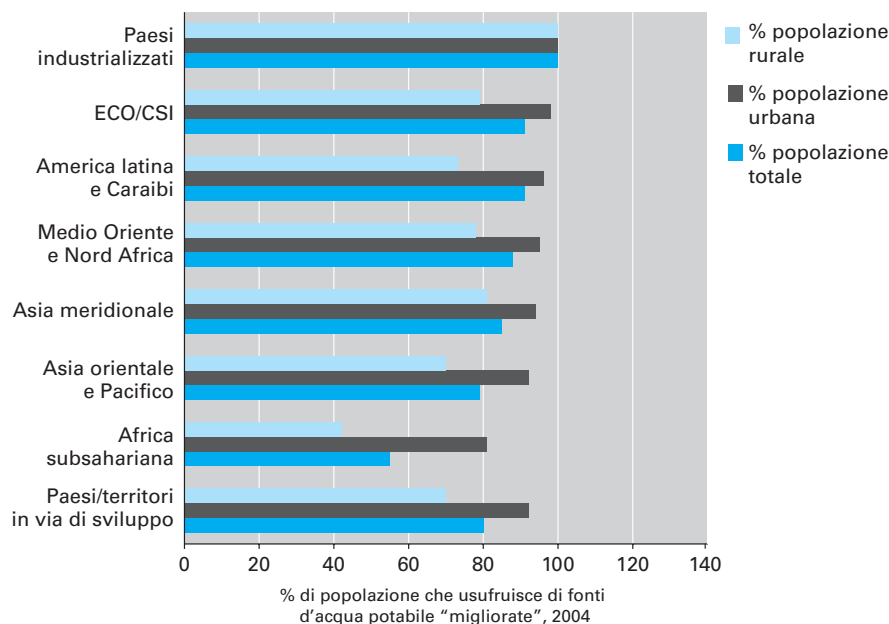
L'Africa subsahariana presenta quasi il 90% delle infezioni pediatriche da HIV



Fonte: UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Grafico 1.15

Circa l'80% del mondo in via di sviluppo ha accesso a fonti d'acqua "migliorate"



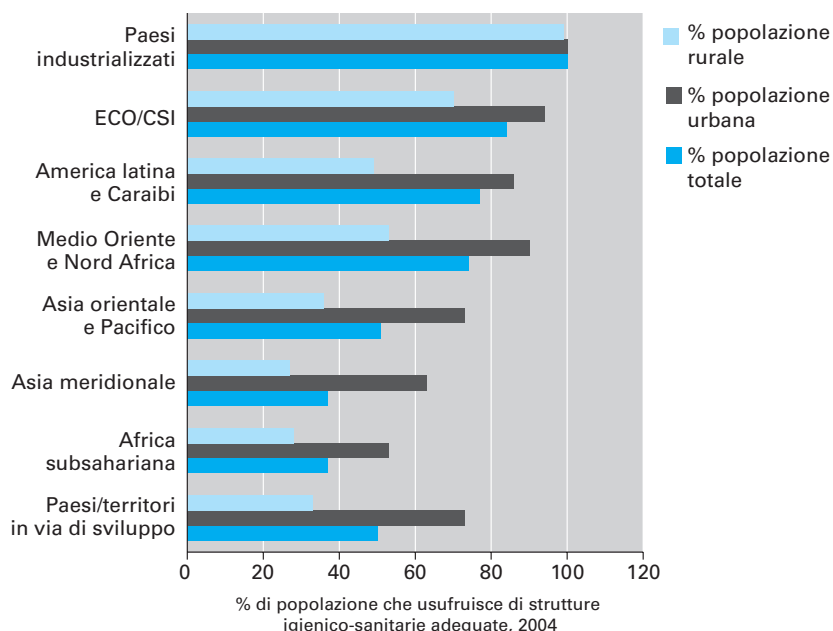
Ma nonostante gli ovvi benefici della terapia farmacologica e il suo costo relativamente basso, nel 2005 solo l'11% delle donne incinte dei paesi a basso e medio reddito risultate sieropositive hanno ricevuto servizi atti a prevenire la trasmissione del virus ai loro neonati. Stime preliminari relative al 2006, che non erano ancora state pubblicate quando questo rapporto è andato in stampa, indicano che i tassi di copertura sono saliti al 20% nel 2006¹⁰. L'ampia maggioranza di queste donne vive nell'Africa subsahariana.

Malaria

La malaria provoca ogni anno più di un milione di decessi, fino all'80% dei quali nei bambini sotto i cinque anni¹¹. Le donne incinte e i loro bambini non ancora nati sono particolarmente vulnerabili alla malattia, che è una causa primaria di basso peso alla nascita, di anemia e di decessi infantili.

Grafico 1.16

Solo metà della popolazione nel mondo in via di sviluppo ha accesso a servizi igienico-sanitari adeguati



Nella sola Africa subsahariana, più di 2.000 bambini sotto i cinque anni muoiono di malaria ogni giorno¹². Per quelli che sopravvivono, episodi di febbre e di anemia possono inibirne lo sviluppo fisico e mentale.

La prevenzione e il trattamento della malaria richiedono diversi interventi di base, tra la fornitura di zanzariere trattate con insetticida (ITN) e la fornitura di farmaci antimalarici a donne incinte e a bambini con sintomi evidenti di malattia. La copertura di ITN sta crescendo rapidamente, pur partendo da un livello basso, in parte grazie a un aumento di dieci volte dei finanziamenti internazionali per la lotta alla malaria. I dati dell'andamento relativi all'Africa subsahariana mostrano un aumento nell'uso di ITN in tutti i paesi e, in 16 dei 20 paesi in cui tali dati sono disponibili, i tassi di copertura sono almeno triplicati dal 2000. Nonostante questi recenti aumenti, i livelli complessivi sono ancora bassi,

Fonte: UNICEF, OMS, Indagini campione a indicatori multipli e Ricerche demografiche e sanitarie.

e la maggior parte dei paesi è lontana dal raggiungimento dei traguardi globali relativi alla malaria.

Nell'Africa subsahariana, appena un terzo dei bambini con febbre usa farmaci antimalarici. Inoltre, la resistenza ai farmaci antimalarici di provata efficacia sta aumentando. Una potenziale svolta nel trattamento è rappresentata dalla terapia combinata basata sull'artemisinina (Artemisin-based Combination Therapy o ACT). In quanto trattamento sicuro, efficace e di azione rapida contro i ceppi di malaria dotati di resistenza multifarmacologica, l'ACT aiuta anche a prevenire la ricorrenza della malattia¹³.

Aumentare l'uso di acqua potabile sicura e di servizi igienico-sanitari di base (OSM 7)

Secondo i dati più recenti, il mondo nel suo complesso è sulla buona strada per raggiungere il traguardo dell'OSM relativo all'acqua potabile sicura, con soltanto 23 paesi in via di sviluppo che stanno rimanendo indietro. Tuttavia, i progressi verso strutture igienico-sanitarie "migliorate" sono risultati insufficienti, con 41 paesi che hanno scarse probabilità di raggiungere il traguardo¹⁴.

Nei paesi in via di sviluppo, una persona su cinque non usufruisce di acqua potabile sicura, e circa metà della popolazione non dispone di servizi igienico-sanitari adeguati. Questo ha ripercussioni spesso letali. Il numero di bambini sotto i cinque anni che, in tutto il mondo, muore di diarrea è stimato pari a quasi due milioni l'anno; in molti paesi, la percentuale di decessi infantili dovuti principalmente a diarrea è intorno al 20%¹⁵. Secondo le stime, l'88% delle morti per diarrea sono attribuibili a pratiche igieniche inadeguate, ad acqua potabile non sicura e a un accesso inadeguato ai servizi igienico-sanitari¹⁶.



L'accesso a servizi igienico-sanitari adeguati aiuta a combattere la diarrea, uno dei principali killer di bambini in tutto il mondo. *Bambini che praticano una buona igiene a scuola, Filippine.*

Accelerare i progressi verso gli OSM relativi alla salute

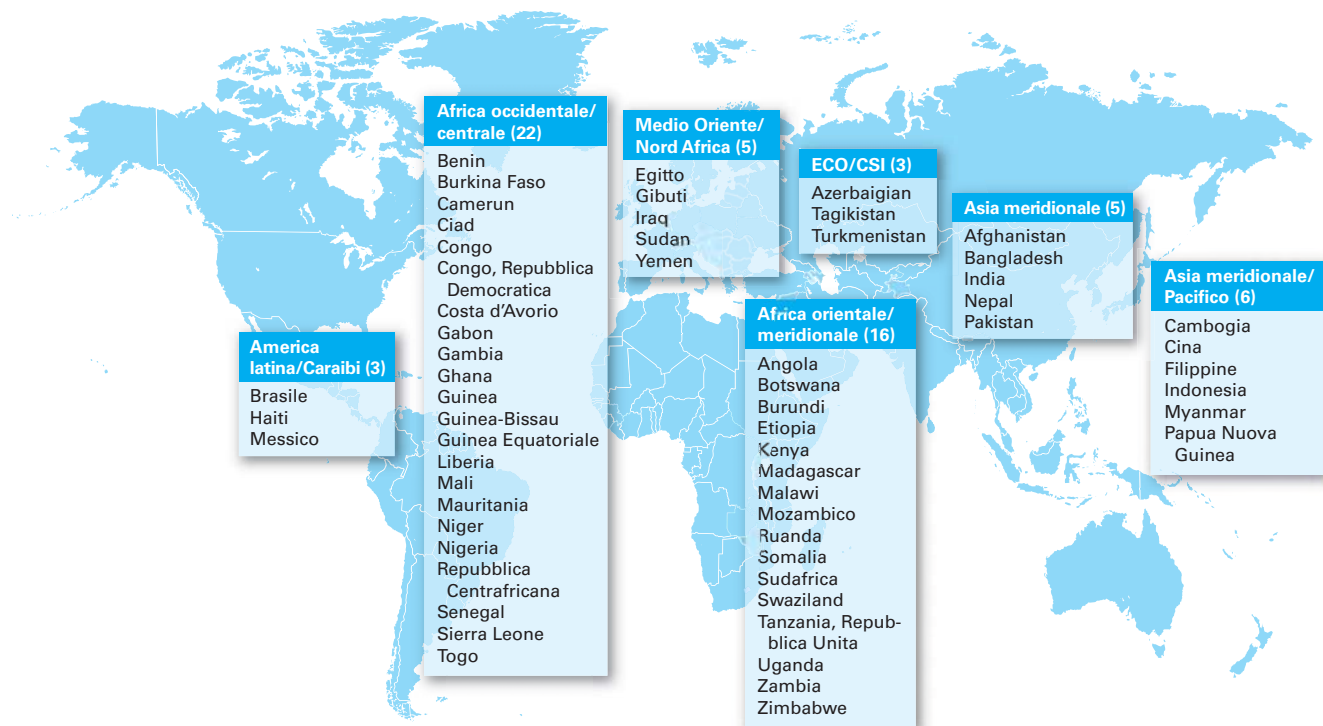
Gli interventi chiave necessari per affrontare le principali cause di decessi infantili sono comunemente riconosciuti e accettati. In effetti, la ricerca rivela che soltanto l'1% circa dei decessi tra i bambini sotto i cinque anni ha cause sconosciute, mentre i due terzi di tali decessi risultano del tutto prevenibili¹⁷.

I servizi e le pratiche più elementari, e tuttavia importanti, tra quelli identificati comprendono: assistenti qualificati al parto e assistenza neonatale; assistenza ai bambini con basso peso alla nascita; promozione delle pratiche igieniche; prevenzione della trasmissione da madre a figlio del virus HIV e trattamento dell'AIDS a livello pediatrico; alimentazione adeguata, soprattutto sotto forma di allattamento al seno tempestivo ed esclusivo nei primi sei mesi di vita; ali-

mentazione complementare combinata con la continuazione dell'allattamento al seno per almeno altri due anni; integrazione di micronutrienti per rafforzare il sistema immunitario; immunizzazione per proteggere i bambini contro le sei principali malattie prevenibili tramite vaccino; terapia di reidratazione orale e zinco per combattere le malattie diarroiche; antibiotici per combattere la polmonite; e infine, zanzariere trattate con insetticida e farmaci efficaci per prevenire e curare la malaria¹⁸.

Benché finora si sia ottenuto molto, tali soluzioni apparentemente semplici si sono dimostrate molto più ardue di quanto avessero previsto gli esperti all'inizio della rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia, e i risultati sono stati più inconsistenti. La comunità in via di sviluppo si sta coalizzando intorno a diverse priorità, organizzate secondo le seguenti categorie, che

I 60 paesi prioritari per la sopravvivenza infantile presi in considerazione in base al *Countdown to 2015*



Fonte: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 report*, UNICEF Health Section, New York, 2006, p. 37.

potrebbero fornire la spinta necessaria a raggiungere gli OSM relativi alla salute:

- Concentrarsi sui 60 paesi in cui l'incidenza della mortalità infantile è più elevata.
- Fornire un continuum di assistenza per le madri, i neonati e i bambini, raggruppando gli interventi di modo che possano essere erogati in corrispondenza di punti chiave del ciclo vitale.
- Rafforzare i sistemi sanitari e le partnership a livello comunitario.

Come dimostrano le sezioni seguenti, le azioni volte all'adempimento della prima priorità sono abbondantemente

in corso. Anche per quanto riguarda la seconda priorità si sono già compiuti progressi, ma bisogna fare ancora molto. Quanto alla terza priorità, nonostante numerosi progetti pilota e programmi di provata efficacia, c'è urgente bisogno di ulteriori miglioramenti.

Priorità 1: Concentrarsi sui paesi in cui l'incidenza della mortalità infantile è più elevata

Nel 2003, preoccupato che il progresso relativo alla sopravvivenza infantile fosse rimasto indietro rispetto ai programmi, un gruppo di esperti tecnici operante su diversi aspetti della salute infantile si riunì per un workshop sulla sopravvivenza infantile a Bellagio, in Italia, sponsorizzato dalla Fondazione

Rockefeller. Più avanti, nel corso di quello stesso anno, il Gruppo di Bellagio per la Sopravvivenza dell'Infanzia pubblicò, sulla rivista medica britannica *The Lancet*, una serie di articoli sulla sopravvivenza e sulla salute della madri, dei neonati e dei bambini. Raccolti sotto il titolo *The Child Survival Series*, gli articoli in questione hanno richiesto un'azione immediata per tradurre in pratica le conoscenze acquisite. Il lavoro di quel gruppo è attualmente portato avanti da una nuova coalizione di scienziati, governanti, attivisti e direttori di programmi sanitari partecipanti al *Countdown to 2015: Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Mortality*.

L'iniziativa *Countdown* sta sponsorizzando una serie di conferenze che sono

Il continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini

Il continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini sottolinea la correlazione esistente tra la denutrizione e i decessi materni, neonatali e infantili. Tale continuum ha due aspetti essenziali:

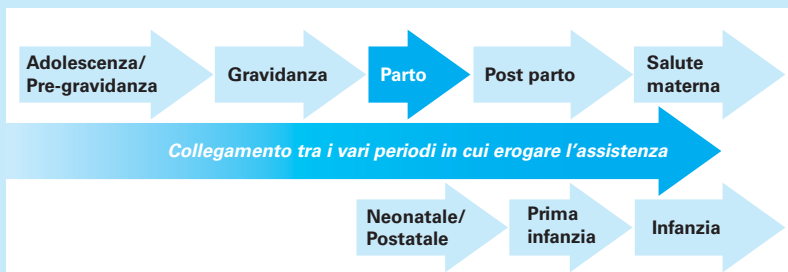
- **Tempo:** la necessità di garantire servizi essenziali per le madri e i bambini durante la gravidanza, il parto, il periodo post parto, quello neonatale e la prima infanzia (vedi Grafico 1.18). Ci si è concentrati su questo periodo dopo essersi resi conto che il periodo prima, durante e dopo la nascita è quello in cui i rischi di mortalità e di morbidità risultano più elevati sia per la madre sia per il bambino.
- **Luogo:** collegare la fornitura dei vari servizi essenziali in un sistema di assistenza sanitaria di base dinamico che integri casa, comunità, solidarietà e assistenza in strutture sanitarie (Vedi Grafico 1.19). Le lacune assistenziali infatti risultano spesso maggiormente prevalenti proprio nei luoghi in cui l'assistenza è più importante, ovvero la famiglia e la comunità.

Il concetto di continuum di assistenza nasce dal fatto che i decessi materni, neonatali e infantili condividono con la denutrizione un certo numero di cause strutturali simili e correlate. Queste cause comprendono: insicurezza alimentare, analfabetismo femminile, gravidanza precoce ed esiti insoddisfacenti del parto, tra cui il basso peso alla nascita; pratiche alimentari inadeguate, mancanza di igiene e di accesso ad acqua sicura o a servizi igienico-sanitari adeguati; esclusione dall'accesso a servizi alimentari e sanitari come conseguenza della povertà e dell'emarginazione geografica o politica; e infine, servizi sanitari e alimentari dotati di risorse insufficienti, indifferenti e culturalmente inadeguati.

Il continuum di assistenza riflette anche le lezioni apprese dalle prove e dalle esperienze accumulate negli ultimi decenni nel campo della salute materna, neonatale e infantile. In passato, spesso i programmi di maternità sicura e di sopravvivenza infantile operavano separatamente, lasciando una mancanza di collegamenti a livello assistenziale che colpiva tanto le madri quanto i neonati. Ora si è riconosciuto che l'erogazione di interventi specifici in corrispondenza di punti cruciali del continuum presenta molteplici benefici. Anche il raggruppamento dei vari interventi in pacchetti, poi, può aumentarne l'efficienza e l'economicità. L'integrazione dei servizi può incoraggiarne l'utilizzo e aumentarne la copertura. L'obiettivo principale, comunque, è rappresentato dalla copertura universale di interventi essenziali nel corso

Grafico 1.18

Collegare le varie fasi dell'assistenza nel continuum per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini



Fonte: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, ultimo accesso 30 settembre 2007.

di tutto il ciclo vitale, in un sistema integrato di assistenza sanitaria di base.

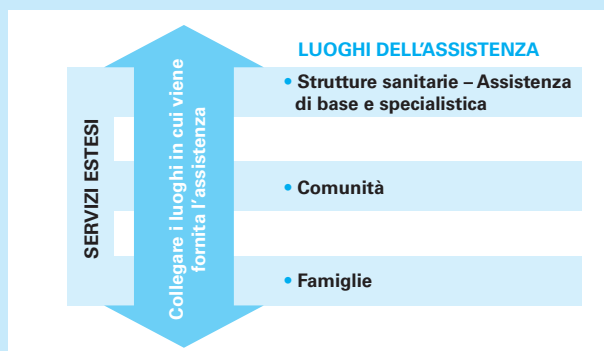
Nell'Africa subsahariana ottenere un continuum di assistenza in grado di coprire il 90% delle madri e dei neonati significherebbe riuscire a evitare due terzi dei decessi infantili, salvando così 800.000 vite ogni anno.

Questo paradigma viene adottato sempre più spesso nelle politiche e nei programmi internazionali di salute pubblica, e costituisce la base del lavoro della Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (vedi Capitolo 2, p. 43, per i dettagli relativi a questa partnership).

Vedi Note, p. 104.

Grafico 1.19

Collegare l'assistenza tra le famiglie e le strutture sanitarie per ridurre i decessi materni, neonatali e infantili



Fonte: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, ultimo accesso 30 settembre 2007.

iniziate nel dicembre del 2005 e che avranno luogo all'incirca ogni due anni fino al 2015 (la prossima si terrà nell'aprile del 2008 a Cape Town, in Sudafrica)¹⁹.

Il *Countdown* raccoglie dati sui progressi che i vari paesi stanno compiendo man mano che aumentano la copertura di interventi di provata efficacia nella riduzione dei decessi di bambini sotto i cinque anni. È stato riconosciuto molto presto che, sebbene ogni regione

del mondo avesse bisogno di accelerare i progressi, sarebbe stato necessario dare la priorità ai paesi col maggior numero o i tassi più elevati di decessi sotto i cinque anni. A questo fine, i partner del *Countdown to 2015*, UNICEF compreso, hanno identificato 60 paesi prioritari per le iniziative legate alla sopravvivenza dell'infanzia, in base a due criteri: paesi con più di 50.000 decessi di bambini sotto i cinque anni e paesi con un tasso annuo di mortalità infantile sotto i cinque anni pari ad

almeno 90 per 1.000 nati vivi. Nel 2005, questi 60 paesi hanno totalizzato il 93% dei decessi di bambini sotto i cinque anni in tutto il mondo. Di tali paesi, soltanto sette (Bangladesh, Brasile, Egitto, Filippine, Indonesia, Messico e Nepal) sono considerati sulla buona strada per il raggiungimento del traguardo dell'OSM 4. Per contro, 19 dei paesi prioritari dovrà ottenere riduzioni annuali pari o superiori al 10% per raggiungere l'obiettivo fissato per il 2015²⁰.

La salute infantile nelle emergenze complesse

Il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei bambini, delle donne e delle famiglie comporta sfide considerevoli da affrontare già in tempo di pace. Ma le difficoltà di queste sfide si aggravano parecchio durante le emergenze, che siano naturali o provocate dall'uomo. Tuttavia la fornitura di servizi sanitari alle popolazioni in generale e ai bambini in particolare risulta particolarmente decisiva in contesti del genere. In effetti, una percentuale significativa dei bambini che attualmente non vengono raggiunti dagli interventi esistenti vive in paesi dove la fornitura di servizi sanitari è stata gravemente sconvolta. Tra il 1989 e il 2000, sono stati registrati 110 conflitti; 103 di essi erano guerre civili, molte delle quali protratte nel tempo e accompagnate dal crollo istituzionale e dalla violenza contro i civili. Al momento, più di 40 paesi, per il 90% nazioni a basso reddito, stanno facendo i conti con dei conflitti armati. Il Rapporto sull'intervento umanitario UNICEF 2006 ha evidenziato 29 situazioni d'emergenza che colpiscono bambini e donne.

Un'emergenza complessa viene definita sommariamente come una situazione di conflitto armato, di spostamento di popolazione e/o di insicurezza alimentare, con gli aumenti della mortalità e della malnutrizione comunemente associati a fenomeni del genere. Per la maggior parte, le cause principali di mortalità infantile nelle emergenze complesse corrispondono ai principali killer dell'infanzia in generale. Comprendono il morbillo, la malaria, le malattie diarroiche, le infezioni respiratorie acute e la malnutrizione. Tutti questi elementi sono spesso aggravati da epidemie di altre malattie contagiose, come la meningite, e da carenze alimentari che possono contribuire in modo sostanziale alla morbidità e alla mortalità infantili. I tassi di mortalità più elevati nelle popolazioni rifugiate, per esempio, tendono a verificarsi tra i bambini sotto i cinque anni.

I tassi di mortalità infantile sono solitamente più elevati

durante la prima fase acuta di un'emergenza complessa. Per contro, nelle fasi di post-emergenza, in cui i bambini rimangono in campi profughi stabili per periodi prolungati, la mortalità infantile potrebbe risultare più bassa nella popolazione rifugiata che nei bambini residenti nelle zone circostanti. Tra gli ostacoli alla fornitura di assistenza sanitaria ai bambini nelle emergenze complesse figurano l'accesso limitato, le barriere culturali, l'insicurezza, la limitatezza di risorse come i farmaci e le provviste, nonché una mancanza di comunicazione tra le varie organizzazioni che offrono soccorso.

L'impegno e la leadership comunitari risultano particolarmente decisivi in contesti del genere. Contrariamente al presupposto secondo cui le comunità in situazioni di crisi sono fragili e tendono a frammentarsi a causa dello stress provocato dalla guerra, dalle carestie o dagli spostamenti di massa, la ricerca suggerisce sempre più insistentemente che una forma di mobilitazione comunitaria è quasi sempre possibile e che, in condizioni di stress, alcuni elementi importanti della comunità rimangono intatti e acquistano persino maggiore importanza. Le esperienze in paesi come Etiopia, Malawi e Sud Sudan, concentrate sulle sfide da affrontare per combattere la grave malnutrizione in emergenze complesse, indicano che il successo di un intervento dipende essenzialmente dal coinvolgimento di figure chiave a livello comunitario (leader tradizionali, insegnanti e operatori sanitari), oltre che organizzazioni comunitarie, reti di volontari e associazioni femminili. Inoltre, può risultare ugualmente importante coinvolgere gli operatori sanitari tradizionali, perché in molti casi sono loro i primi a essere consultati da chi cerca aiuto, e pertanto possono svolgere un ruolo importante nell'individuazione, a uno stadio precoce, dei bambini gravemente malnutriti.

Vedi Note, p. 104.

Priorità 2: Fornire un continuum di assistenza raggruppando gli interventi e somministrandoli in corrispondenza di momenti chiave del ciclo vitale

Alcuni programmi per la salute dell'infanzia rivolti a malattie e disturbi specifici hanno raggiunto risultati straordinari. Questi interventi, definiti “verticali”, sono di solito degli eventi una tantum o specifici per una malattia, come le campagne di vaccinazione mirate a una malattia soltanto. Le lezioni apprese in passato, esplorate in maggior dettaglio nel Capitolo 2, dimostrano che tali programmi sono inadatti a fornire l'assistenza più completa e prolungata di cui le madri, i neonati e i bambini hanno bisogno. L'esperienza più recente suggerisce che sarebbero possibili progressi ancora maggiori se questi interventi salvavita venissero combinati in “pacchetti” di assistenza e garantiti in momenti chiave del ciclo vitale.

Raggruppare e integrare interventi collaudati e a basso costo (come, per esempio, la vaccinazione e l'integrazione di vitamina A) risulta senza dubbio efficace. Garantisce anche un'assistenza più completa ai bambini che ne beneficiano.

Di recente, è stato identificato un pacchetto di 16 interventi di provata efficacia che potrebbe evitare fino al 72% di tutte le morti neonatali. Tra tali interventi figurano la vaccinazione con il tossoide del tetano, la presenza di assistenti qualificati al momento del parto, l'accesso all'assistenza ostetrica, l'allattamento al seno tempestivo ed esclusivo, la pratica di asciugare e riscaldare i neonati, l'accesso alla rianimazione, qualora risulti necessaria, la cura speciale dei bambini che presentano basso peso alla nascita e il trattamento delle infezioni²¹. La sincronizzazione di questi interventi raggruppati in pacchetti può risultare determinante. Più della metà di tutti i decessi materni e neonatali si verifica al momento del parto e durante i primi

mesi di vita, ma questo è anche il periodo in cui la copertura sanitaria è più bassa. Un efficace continuum di assistenza (vedi Scheda p. 17) collega tra di loro vari pacchetti essenziali di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini in corrispondenza della gravidanza, del parto e dei periodi postnatale e neonatale, fino all'infanzia e all'adolescenza. Il vantaggio è che ogni nuova fase si fonda sul successo della precedente. Per esempio, fornire servizi integrati alle adolescenti si traduce in un minor numero di gravidanze indesiderate o premature. Farsi visitare da un operatore sanitario può prevenire eventuali problemi durante la gravidanza e rendere più probabile che le madri ottengano assistenza adeguata al momento del parto. L'assistenza qualificata prima, durante e immediatamente dopo il parto riduce i rischi di morte o di invalidità sia per la madre sia per il bambino. L'assistenza continuata per i bambini rappresenta un sostegno concreto al loro diritto alla salute.

Un efficace continuum di assistenza affronta anche le lacune ovunque si verifichino, ossia in casa, nella comunità, nei centri sanitari o in ospedale. Bambini che presentano asfissia alla nascita, sepsi o complicazioni derivanti da un parto prematuro possono morire nel giro di alcune ore o persino di alcuni minuti, se non viene fornita loro un'assistenza appropriata. Poiché più di 60 milioni di donne nel mondo in via di sviluppo partoriscono a casa²², è fondamentale che un assistente qualificato sia presente al parto col forte sostegno di una clinica sanitaria locale, o di altre strutture di primo livello, e dell'ospedale, nel caso dovessero insorgere delle complicazioni. A tutti questi livelli, la qualità dell'assistenza risulta decisiva.

Priorità 3: Rafforzare i sistemi sanitari e le alleanze a livello comunitario

Per fornire ai bambini un'assistenza

sanitaria completa, sono necessarie delle misure preventive, oltre al trattamento delle malattie. Di solito la prevenzione richiede dei cambiamenti comportamentali che cominciano in famiglia e che possono poi venire adottati dalla comunità. Dei miglioramenti nella condizione alimentare, per esempio, sono spesso il risultato di migliori pratiche per l'alimentazione del neonato da parte di sua madre o di chi si prende cura di lui, allattandolo al seno e offrendogli, in seguito, una dieta diversificata cucinando per lui e sfruttando gli orti comunitari. Tali pratiche devono essere apprese individualmente e consolidate dalla comunità. Pozzi, pompe e gabinetti sono importanti per una buona igiene, ma la loro efficacia dipende da una comunità preparata alla loro manutenzione e al loro uso. I bambini devono imparare a lavarsi le mani e a praticare una buona igiene personale, con abitudini che vengono coltivate a casa, a scuola e tra vicini e amici.

Come parte integrante del sistema sanitario più ampio, le alleanze comunitarie nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base possono svolgere una duplice funzione: impegnare attivamente i membri della comunità, in veste di operatori sanitari, e mobilitare la comunità a sostegno di pratiche sanitarie “migliorate”. Tali alleanze possono anche sollecitare la richiesta ai governi di servizi sanitari di qualità. Il coinvolgimento della comunità favorisce il senso di appartenenza alla comunità stessa. Può altresì rivitalizzare un sistema sanitario oppresso dalla burocrazia, e risulta essenziale per raggiungere gli individui più isolati o esclusi. Come dimostreranno i capitoli successivi di questo rapporto, molti paesi, compresi alcuni dei più poveri del mondo, hanno realizzato con successo dei programmi sanitari basati sulla comunità. La sfida consisterà quindi nell'imparare dalle loro esperienze, tradurre i programmi su scala più ampia e raggiungere i milioni di

L'empowerment delle donne per la salute di madri, neonati e bambini

L'empowerment delle donne, soprattutto a livello comunitario, è essenziale sia per diminuire il numero di decessi dei bambini sotto i cinque anni sia per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 5, che mira a ridurre la mortalità materna di tre quarti entro il 2015. Tuttavia le precarie condizioni delle donne in molte società, nonché il limitato potere decisionale di cui godono all'interno della famiglia, aggravano spesso le sfide da affrontare per raggiungere progressi significativi in entrambi gli ambiti citati. L'analisi dei dati provenienti dalle recenti Ricerche demografiche e sanitarie compiute in 30 paesi, per esempio, indica che in molte famiglie, soprattutto nell'Asia meridionale e nell'Africa subsahariana, le donne hanno poca influenza sulle decisioni che si prendono in casa in materia di salute, sia che si tratti della loro salute o di quella dei loro bambini. In Burkina Faso, Mali e Nigeria, quasi il 75% delle donne che hanno risposto alle domande dei sondaggi ha dichiarato che solo i mariti prendono le decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria delle loro mogli. Nei due paesi oggetto di indagine in Asia meridionale, Bangladesh e Nepal, questa percentuale risultava invece intorno al 50%.

Questa esclusione compromette la salute e il benessere di tutti i membri della famiglia, soprattutto delle donne e dei bambini, ed è spesso legata a tassi elevati di mortalità materna e infantile; tutti e cinque i paesi summenzionati figurano tra i 60 selezionati come paesi prioritari per la sopravvivenza dell'infanzia dal *Countdown to 2015* (per ulteriori dettagli vedi Grafico 1.17, p. 16). La situazione risulta spesso più grave nelle zone rurali o nei bassifondi urbani, dove le donne sono in gran parte analfabete e devono affrontare barriere di natura socio-culturale, come le restrizioni sulla possibilità di uscire di casa o di interagire con estranei, e spesso non hanno accesso a un centro sanitario o a una clinica.

In Afghanistan alle donne è proibito ricevere assistenza sanitaria in ospedali dotati di personale medico esclusivamente maschile, mentre le norme culturali impediscono alle donne di lavorare e di ricevere una preparazione medica avanzata.

Un certo numero di programmi comunitari per operatori sanitari dedicati prevalentemente alle donne sono riusciti ad aggirare le barriere di genere all'utilizzo dei servizi sanitari. In Bangladesh, gli operatori sanitari formati dal BRAC sono donne sposate di mezza età, e i loro servizi sanitari a domicilio permettono alle donne di aggirare le restrizioni del *pardah*, che impediscono loro di uscire di casa per raggiungere da sole le strutture sanitarie. In Pakistan, dove nel 1999 solo la metà circa delle donne in età fertile era vaccinata contro il tetano, una campagna avviata dal Ministero della Sanità locale è riuscita a far aumentare questa percentuale fino all'80% di un gruppo target di 5 milioni di donne, facendo affidamento sulle visite a domicilio da parte delle *Lady Health Workers*.

In Ghana, la prevalenza della dracunculosi, che si diffonde attraverso l'acqua e può inabilitare una persona infetta per mesi, richiedeva una campagna globale di eradicazione. Delle volontarie donne, che avevano maggiore familiarità degli uomini con le fonti d'acqua "migliorate", hanno condotto assistenza porta a porta, distribuito filtri, identificato rifornimenti d'acqua potenzialmente contaminati ed educato la comunità. Grazie a questo, l'incidenza della malattia è diminuita del 36% tra il 2002 e il 2003. Analogamente, in Portorico, un programma per prevenire la febbre dengue, messo in atto da OMS e Centri Statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, ha fatto affidamento, come promotrici, su donne nominate dalla comunità. Le donne in questione hanno compiuto delle visite porta a porta, intervistando i capofamiglia e ispezionando i locali alla ricerca dei siti che producevano il vettore dell'infezione. Si sono impegnate anche in attività di informazione e sensibilizzazione a livello comunitario, tra cui l'allestimento di una mostra presso il supermercato locale per educare alla prevenzione della febbre dengue. Grazie a questa strategia, il 20% delle famiglie ha aderito alla campagna.

Vedi Note, p. 105.

bambini che il sistema sanitario ha finora trascurato.

Creare un ambiente in grado di sostenere le strategie per la sopravvivenza dell'infanzia

Le prospettive di sopravvivenza dell'infanzia sono modellate dal contesto istituzionale e ambientale in cui vivono i bambini e le loro famiglie. Non sorpren-

de, per esempio, che i tassi di mortalità neonatale e infantile siano più elevati nei paesi più poveri, nelle comunità e nei quartieri più depauperati, isolati, non alfabetizzati ed emarginati, nonché in paesi devastati da conflitti civili, governi deboli e mancanza cronica di investimenti nei sistemi di salute pubblica e nelle infrastrutture. Degli undici paesi in cui il 20% o più dei bambini muore prima di raggiungere i cinque anni

(Afghanistan, Angola, Burkina Faso, Ciad, Repubblica Democratica del Congo, Guinea Equatoriale, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Niger e Sierra Leone)²³, più della metà ha vissuto, dal 1989, almeno un grosso conflitto armato. Analogamente, gli Stati fragili, caratterizzati da istituzioni deboli e molto corrotte, da instabilità politica e legalità precaria, sono spesso incapaci di fornire servizi fondamentali ai loro cittadini.



© UNICEF/HQ06-264/Tom Pietrasik

Dare voce alle donne nelle decisioni in materia di salute significa una migliore assistenza per i loro bambini. *Un incontro per parlare di assistenza sanitaria, India.*

Talvolta i fattori istituzionali e ambientali possono essere fondamentali nella sopravvivenza dell'infanzia. In paesi in cui l'AIDS ha raggiunto livelli epidemici, per esempio, la lotta contro questa sindrome costituisce la principale sfida per la sopravvivenza dell'infanzia. La scala e la natura dell'epidemia sono tali che tutti gli altri interventi si rivelerebbero inefficaci se non verrà prima affrontato il problema dell'AIDS.

Anche i paesi che soffrono di insicurezza alimentare, o che sono soggetti a siccità, rischiano di riportare esiti più insoddisfacenti in materia di sopravvivenza dell'infanzia. L'incapacità di diversificare la dieta conduce i bambini a una malnutrizione cronica, rendendoli più soggetti ad ammalarsi e a morire.

La sfida da affrontare per raggiungere i bambini in paesi afflitti da problemi così difficili risulta quindi scoraggiante. Ciononostante, se esiste la volontà politica in tal senso, ci sono dei passi che questi paesi possono compiere al fine di creare un ambiente di sostegno per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia.

Creare leggi per proteggere i bambini dalla violenza, e fare in modo che vengano applicate

I dati provenienti da paesi appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) indicano che, tra i bambini al di sotto dei 18 anni, quelli sotto un anno sono i secondi a correre il rischio più elevato di morire per omicidio. Il rischio di

morte è circa tre volte più alto per i bambini sotto un anno rispetto a quelli di età compresa tra uno e quattro anni, e più il bambino è piccolo più è probabile che la sua morte sia provocata da un parente stretto. Dove i decessi non vengono registrati né investigati, non si conosce con esattezza la portata della violenza letale sui bambini, che potrebbe venire oscurata dai tassi generalmente elevati di mortalità sotto i cinque anni. Si presume che la violenza, in una forma o nell'altra (compresa l'incestualità), possa svolgere spesso un ruolo importante nei decessi di neonati e di bambini piccoli, che non vengono registrati come omicidi, o che magari non vengono registrati affatto. Si concorda ampiamente sul fatto che la violenza contro i bambini da parte di membri

della famiglia provochi la morte più spesso di quanto non indichino i documenti ufficiali²⁴.

Il matrimonio forzato rappresenta un'altra forma di violenza inflitta ai bambini, e spesso accettata socialmente, con implicazioni rilevanti sulla sopravvivenza infantile. Quando delle ragazzine partoriscono prima che il loro corpo sia pienamente sviluppato, c'è un rischio molto più elevato di morte sia per la madre sia per il figlio. Le morti collegate alla gravidanza rappresentano la causa principale di mor-

talità per le ragazze tra i 15 e i 19 anni in tutto il mondo, indipendentemente dal fatto che siano sposate o no²⁵. Le ragazze sotto i 15 anni hanno cinque volte più probabilità di morire di parto rispetto a quelle che hanno superato i 20 anni²⁶. Anche i loro figli hanno minori probabilità di sopravvivere. Se una madre ha meno di 18 anni, le possibilità che suo figlio muoia nel primo anno di vita sono superiori del 60% rispetto a un bambino nato da una madre di più di 19 anni²⁷.

Oltre alle leggi che proibiscono il

matrimonio precoce e altre forme di violenza contro i bambini, i paesi che cercano di creare un ambiente in cui i bambini possano sopravvivere e crescere dovrebbero adottare una politica di tolleranza zero. Un'altra forma essenziale di protezione è rappresentata dalla registrazione alla nascita di tutti i bambini. Questo riconoscimento legale dell'esistenza del bambino viene spesso richiesto per accedere a servizi essenziali, come le vaccinazioni e l'integrazione di vitamina A. Stabilisce anche legami familiari in cui l'eredità rappresenta un fattore importante²⁸.

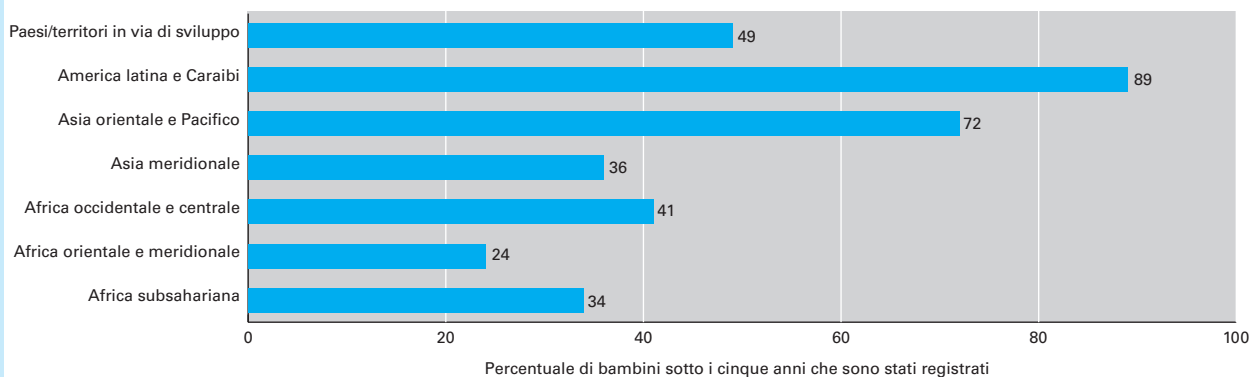
Registrazione delle nascite: un passo importante verso i servizi essenziali

Il diritto a un nome e a una nazionalità è stabilito con chiarezza dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia che, nell'articolo 7, richiede esplicitamente la registrazione di un bambino subito dopo la nascita. Tuttavia, ogni anno le nascite di circa 51 milioni di bambini non vengono registrate. Questi bambini provengono quasi sempre da famiglie povere, emarginate

e di sfollati, oppure da paesi in cui i sistemi di registrazione non funzionano, e le conseguenze per la loro salute e il loro benessere sono spesso gravi e di lunga durata. Benché l'Africa subsahariana presenti la percentuale più elevata (66%) di bambini non registrati alla nascita, l'Asia meridionale, con una percentuale corrispondente del 64%, ne ha

Grafico 1.20

Poche registrazioni delle nascite* in Asia meridionale e Africa subsahariana



* La registrazione delle nascite si riferisce alla percentuale di bambini sotto i cinque anni che risultavano registrati al momento dell'indagine. Il numeratore di questo indicatore comprende i bambini il cui certificato di nascita è stato visto dall'intervistatore, o la cui madre (o chi si prende cura di lui) ha detto che la sua nascita è stata registrata. I dati provenienti dalle Indagini campione a indicatori multipli si riferiscono a bambini vivi al momento dell'indagine stessa.

Fonte: Indagini campione a indicatori multipli, Ricerche demografiche e sanitarie, altre indagini e sistemi di registrazione civile a livello nazionale. I dati nazionali e regionali si possono trovare nella Tavola Statistica 9, a p. 146 di questo rapporto.

Istruzione ed empowerment delle donne

Le ultime stime indicano che, in media, quasi un adulto (ossia una persona di 15 anni o più) su quattro è analfabeta. Secondo i dati più recenti dell'UNESCO, Istituto di Statistica, quasi due terzi di questi analfabeti sono donne²⁹. La ricerca dimostra che i meno istruiti tra coloro che assistono i bambini hanno generalmente un minor accesso a informazioni relative all'assistenza sanitaria di base rispetto ai loro pari più istruiti³⁰.

Questo, a sua volta, può portare a decisioni poco consapevoli su quando e come cercare assistenza per bambini ammalati³¹. Per contro, dei dati provenienti dal Bangladesh dimostrano che un bambino nato da una madre con istruzione primaria ha circa il 20% di probabilità in più di sopravvivere rispetto a un bambino nato da una madre priva di qualunque forma di istruzione; le probabilità, poi, aumentano fino all'80% quando la madre ha ricevuto anche un'istruzione secondaria³².

Il fatto di garantire l'*empowerment*

delle donne a livello sociale ed economico può costituire un altro percorso verso il miglioramento della sopravvivenza infantile. In molti paesi, le donne sono private delle fondamentali responsabilità decisionali, anche per quanto riguarda la loro salute e quella dei loro figli.

È noto anche che, quando gestiscono le finanze familiari, le donne tendono a spendere una parte maggiore del bilancio domestico in cibo e in altri generi di prima necessità per i bambini. Per tutti questi motivi, è probabile che il fatto di dare alle donne i mezzi per

il numero più elevato. Le sfide da affrontare appaiono particolarmente scoraggianti in alcuni paesi, come Afghanistan, Bangladesh, Repubblica Unita della Tanzania e Zambia, dove i tassi di registrazione alla nascita sono molto bassi, a causa dell'assenza di sistemi di registrazione delle nascite efficaci e funzionanti. Secondo le stime dell'UNICEF, in Bangladesh e Zambia solo il 10% delle nascite viene registrato, mentre nella Repubblica Unita della Tanzania il tasso di registrazione è pari ad appena l'8%.

La registrazione delle nascite e l'accesso all'assistenza sanitaria in particolare sono strettamente legati tra loro, soprattutto per i bambini sotto i cinque anni. Ad esempio, i dati provenienti da diversi paesi africani indicano una stretta correlazione tra la presenza di un assistente qualificato al parto e la registrazione del neonato. Nel Benin, ad esempio, il 74% dei bambini partoriti con l'aiuto di un operatore sanitario qualificato è stato registrato, in confronto al tasso di registrazione pari al 28% dei bambini nati senza alcuna forma di assistenza qualificata. Inoltre, i dati indicano anche che i livelli di registrazione delle nascite sono associati al numero di vaccinazioni ricevute e alla fornitura di integratori di vitamina A, oltre che al livello di assistenza medica disponibile. Ad esempio, il Ciad, il 38% dei bambini che ricevono integratori di vitamina A è stato registrato, in confronto al 15% di coloro che non li ricevono. Per contro, in assenza di registrazione delle nascite, in molti paesi ai bambini viene negato l'accesso a interventi o programmi d'importanza vitale.

Le difficoltà incontrate dai genitori nel registrare la nascita dei loro figli sono spesso il segnale di forme più ampie di esclusione sociale e mancanza di accesso a servizi sociali. Pertanto, soprattutto nelle zone più remote, spesso i genitori

non si rendono conto dei benefici della loro cittadinanza e ancor meno dei benefici che la registrazione alla nascita garantirebbe ai loro figli. Inoltre, anche quando i genitori hanno effettivamente in programma di registrare una nascita, il costo elevato della registrazione e le lunghe distanze che li separano dall'ufficio anagrafico spesso rappresentano forti deterrenti. Una recente analisi dell'UNICEF ha rivelato che il costo elevato, in particolare, è il motivo principale della mancanza di registrazioni alla nascita in non meno di 20 paesi in via di sviluppo, determinando grandi disparità nella registrazione tra bambini ricchi e bambini poveri. Nella Repubblica Unita della Tanzania, dove il tasso complessivo di registrazione delle nascite è molto basso, esiste una forte disparità tra ricchi e poveri, poiché solo il 2% del quintile più povero di bambini viene registrato, in confronto al 25% del quintile più ricco.

Per ottenere la registrazione universale delle nascite, governi, genitori e comunità devono lavorare insieme in modo da rendere la registrazione delle nascite una priorità, e un approccio integrato, come quello consistente nel combinare le campagne di vaccinazione a livello nazionale con le campagne di registrazione delle nascite, spesso si dimostra la strategia migliore. Laddove è stata raggiunta, tale cooperazione ha portato risultati notevoli anche nelle circostanze più difficili. Ad esempio in Afghanistan, nel 2003, una campagna su scala nazionale per registrare tutti i bambini di meno di un anno venne abbinata alle Giornate Nazionali di Vaccinazione Antipolio del paese. Nel 2004, la campagna fu ampliata e, nel mese di ottobre di quell'anno, aveva raggiunto ben 2 milioni di bambini sotto i cinque anni.

Vedi Note, p. 105.

Sopravvivenza infantile nelle situazioni post-belliche: le sfide e i trionfi della Liberia

di Ellen Johnson-Sirleaf, Presidente della Liberia

Secondo la Commissione femminile per le donne e i bambini rifugiati, con base a New York, il modo in cui una società tratta i bambini è un riflesso del suo valore. Nel caso della Liberia post-conflitto, il destino del paese è inestricabilmente legato al destino della parte più vulnerabile della sua popolazione. La sopravvivenza dei bambini in Liberia costituisce il fondamento del nostro programma di sviluppo, perché dà forma ai nostri progressi come nazione.

L'impatto del conflitto sulla sopravvivenza dei bambini della Liberia è duro: con 235 morti per 1.000 nati vivi, il tasso di mortalità sotto i cinque anni della Liberia è il quinto più alto del mondo; la sua mortalità neonatale è la terza più alta, mentre la mortalità materna risulta al venticinquesimo posto. Le tendenze della mortalità materna sono un parametro di riferimento importante per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4 e altri traguardi OSM per l'infanzia relativi alla salute, perché la sopravvivenza infantile si fonda sulla salute materna e, senza una valida politica per lo sviluppo e il potenziamento delle donne, i bambini in qualunque situazione post-conflitto ricorderanno, in definitiva, i fallimenti di una nazione.

È sconcertante che, nonostante tutti i miglioramenti ottenuti nella medicina moderna, i bambini liberiani sotto i cinque anni muoiano ancora di malaria (18% dei decessi totali), diarrea e malattie prevenibili tramite vaccino, come morbillo, tetano neonatale, difterite, pertosse e infezioni respiratorie acute. Alla base di questi disturbi ci sono la malnutrizione cronica e le carenze di vitamine e di minerali, che risultano comuni nei bambini sotto i cinque anni. Il 51% della popolazione versa in condizioni di insicurezza alimentare. L'infezione da HIV nelle donne incinte è stimata al 5,7% nel 2007, in confronto al 4% nel 2004: un altro esempio dell'impatto di 15 anni di conflitti e dei problemi economici strutturali che colpiscono donne e bambine.

L'accesso all'assistenza sanitaria di base sta migliorando, ma la copertura e la distribuzione restano inadeguate, soprattutto nelle zone rurali. Il compito di ottenere l'accesso universale è enormemente difficile, a causa di effetti tanto devastanti del conflitto armato come la distruzione dell'infrastruttura sanitaria, la scarsa disponibilità di operatori sanitari qualificati e le altrettanto scarse risorse sanitarie del settore pubblico. Il governo della Liberia sta compiendo sforzi coraggiosi per ridurre significativamente la morbidità e la mortalità infantile entro il 2011. Una politica sanitaria nazionale e un piano d'azione mirato all'accesso universale sono stati sviluppati e sono in fase di realizzazione, mentre sono stati messi a

punto anche una strategia e un piano nazionali per aumentare i tassi di sopravvivenza infantile.

Sono in fase di sviluppo, inoltre, una strategia e un piano d'azione che fungano da linee guida per ridurre la mortalità materna. La pace ha consentito un aumento significativo della vaccinazione dei bambini piccoli e delle donne incinte.

Le sfide rimangono comunque.

L'acqua sicura, essenziale per la sopravvivenza, era stata disponibile, prima del conflitto, nei centri più grandi, tra cui Monrovia, la capitale della Liberia, ma poi la maggior parte dei sistemi di tubature è andata distrutta. Attualmente, a parte Monrovia, dove si sta gradualmente ristrutturando la rete idraulica, i centri urbani sono privi di accesso ad acqua intubata. I bambini non possono sopravvivere, e men che meno crescere, senza disporre di acqua potabile sicura, ossia di un bene essenziale che attualmente in Liberia ha una bassa percentuale di diffusione, pari al 32%.

La salute e l'istruzione sono i pilastri di qualunque strategia per la sopravvivenza dell'infanzia. Esistono due facce opposte della stessa medaglia, che in Liberia devono essere affrontate simultaneamente per garantire il raggiungimento del traguardo dell'OSM 4. L'analfabetismo risulta elevato tra la popolazione, e viene stimato al 68% (55% per i maschi e 81% per le femmine); l'alfabetizzazione e l'istruzione, soprattutto delle bambine, sono strettamente associate a dei migliori tassi di sopravvivenza infantile. La Politica di educazione delle bambine del 2006 mira a fornire un'istruzione a tutte le bambine. Per garantire la sopravvivenza infantile, bisogna proteggere anche le bambine. Il conflitto ha lasciato così tante bambine incinte o già madri. Sono necessari impegni particolari per proteggere le adolescenti dallo sfruttamento e dall'abuso sessuali, dalla gravidanza precoce e dall'AIDS, in modo da garantire sia i loro diritti alla sopravvivenza sia quelli dei loro figli.

C'è bisogno di uno slancio rinnovato per affrontare la questione della sopravvivenza infantile, e la Liberia sta guidando questo appello. Vogliamo fare in modo che i nostri bambini vadano oltre la sopravvivenza per entrare in una fase di sviluppo che permetta loro di prosperare e di trasformarsi in cittadini produttivi.

diventare più indipendenti economicamente abbia degli effetti positivi anche per i bambini.

Promuovere l'equità sociale

Negli ultimi decenni, poveri e privati dei loro diritti, milioni di donne e di bambini sono stati esclusi dal progresso. Le disparità, in termini di prospettive di sopravvivenza infantile, tra i bambini poveri e quelli più benestanti sono molto nette, non soltanto tra i vari paesi ma anche all'interno degli stessi. Per esempio, in ogni paese in cui sono disponibili dei dati in tal senso, risulta che i bambini appartenenti al 20% più povero delle famiglie abbiano molte più probabilità di morire prima del loro quinto compleanno rispetto ai bambini che vivono nel 20% più ricco della popolazione; in alcuni paesi, il rischio risulta fino a cinque volte più elevato³³. Gli interventi politici per eliminare queste ineguaglianze, ossia per portare i tassi di mortalità infantile nell'80% più povero della popolazione allo stesso livello di quelli del 20% più ricco, potrebbero avere un effetto considerevole sul tasso di mortalità sotto i cinque anni del paese nel suo complesso³⁴. In tutto il mondo, circa il 40% dei decessi sotto i cinque anni potrebbe

essere prevenuto in questo modo³⁵.

I bambini sono esclusi dai servizi sanitari anche per effetto della discriminazione, dell'isolamento geografico, dei bassi livelli di istruzione dei genitori, dell'AIDS a livelli epidemici e di emergenze complesse, come i conflitti armati e i disastri naturali. Molti bambini sono colpiti da tutte queste circostanze simultaneamente, il che fa diminuire ulteriormente le loro probabilità di essere raggiunti da interventi che potrebbero salvare loro la vita.

Tra gli approcci efficaci utilizzati per affrontare queste disuguaglianze figurano i programmi che tentano di erogare interventi sanitari alle persone più difficili da raggiungere. Altre opzioni sono rappresentate dal sovvenzionamento dell'assistenza sanitaria per i poveri e dall'impegno per dirigere il marketing sociale verso coloro che ne sono stati esclusi. Forse ancor più cruciale risulta garantire che l'equità sia prioritaria nel progetto degli interventi per la sopravvivenza infantile e delle strategie per l'erogazione di tali interventi. Per fare questo sarà necessaria una conoscenza accurata della situazione attraverso la raccolta di dati, che possono essere usati anche per attività educative e di *advocacy*. Devono essere istituiti dei

sistemi di monitoraggio regolare, insieme a dei meccanismi per garantire la responsabilità a livello sia nazionale sia internazionale.

Raccogliere la sfida per fornire un continuum di assistenza alle madri, ai neonati e ai bambini

Sono questi i tipi di sfide che gli operatori sanitari si trovano a dover affrontare nel tentativo di raggiungere i bambini attualmente esclusi dai servizi essenziali. La sfida principale per la sopravvivenza infantile non consiste più nel determinare le cause prossime della mortalità infantile o le sue soluzioni, bensì nel garantire che i servizi e l'educazione necessari per l'attuazione di queste soluzioni raggiungano le comunità e i paesi più emarginati. Come si dimostrerà nei prossimi capitoli, molti paesi, compresi alcuni dei più poveri del mondo, hanno compiuto dei passi significativi verso il raggiungimento dell'obiettivo di fornire servizi essenziali a grandi numeri di bambini e di famiglie. Tuttavia, per un aumento progressivo efficace di questi progressi, è necessario imparare dalle lezioni degli ultimi decenni, con un'enfasi particolare sul rafforzamento degli approcci integrati alla salute infantile a livello comunitario.



SOMMARIO

La marcata diminuzione dei decessi neonatali e infantili, avvenuta nel secolo scorso in molte parti del mondo, è una delle grandi storie di successo della salute pubblica internazionale. Ha avuto anche un profondo effetto positivo sulle speranze di vita. Tuttavia, uno sguardo più attento a questi risultati generalmente favorevoli rivela che i progressi sono stati distribuiti in modo non uniforme. In alcuni paesi e regioni, gli avanzamenti sono nettamente rallentati dagli anni Novanta in poi. Nell'Africa meridionale la mortalità infantile e quella sotto i cinque anni sono addirittura aumentate, mentre l'AIDS riduce la speranza di vita e aumenta la mortalità dovuta a infezioni opportunistiche, alla tubercolosi, alla malaria e alla denutrizione. La mortalità materna, nel frattempo, rimane inaccettabilmente elevata in Africa e nell'Asia meridionale, avendo fatto registrare, nei decenni passati, progressi piuttosto scarsi.

Dato che la scadenza del 2015 fissata per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) si avvicina, e che molti paesi stanno compiendo progressi insufficienti in relazione a tutti i traguardi, sorgono alcune domande importanti, e precisamente: come è possibile, nei prossimi otto anni, riprendere slancio sulle questioni della sopravvivenza materna, neonatale e infantile e accelerare i progressi? Quali livelli di riduzione della mortalità materna si possono realisticamente ottenere nello stesso periodo di tempo? In che modo i paesi dovrebbero stabilire delle priorità nei campi della salute materna, neonatale e infantile?

Un esame dei diversi approcci alla fornitura di servizi essenziali dall'inizio del ventesimo secolo a oggi dimostra l'esistenza di una gamma di politiche e di interventi efficaci che offre grandi potenzialità di fare progressi accelerati. Queste misure salvavita comprendono l'applicazio-

È necessario concentrarsi maggiormente su strategie mirate ad accelerare i progressi nell'ambito del continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini. *Un centro sanitario presso un campo profughi, ex Repubblica jugoslava di Macedonia.*

ne di interventi di provata efficacia per la salute, l'alimentazione, l'acqua, i servizi igienico-sanitari e l'igiene, nonché contro la diffusione del virus HIV e dell'AIDS, al fine di offrire un'assistenza sanitaria di qualità a donne e bambini. Includono anche la riduzione delle barriere all'accesso e alla mobilitazione di ulteriori risorse finanziarie e umane. Per concentrarsi sui risultati sono necessarie strategie fondate sulle conoscenze collettive riguardo alla sopravvivenza e alla salute delle madri, dei neonati e dei bambini, in modo da riuscire a identificare le soluzioni più efficaci per ogni paese e ogni comunità.

Le lezioni apprese dai progressi nell'assistenza sanitaria

Per un approccio, orientato ai risultati e basato sulle prove, alla formulazione di un continuum di assistenza sanitaria di base qualitativamente soddisfacente per le donne, i neonati e i bambini, è necessario riesaminare le informazioni, i dati e le analisi più attendibili, in modo da riuscire a individuare le lezioni più utili che possono documentare i provvedimenti correnti e futuri. Un passo necessario da compiere consiste nell'esaminare più da vicino i diversi approcci attualmente impiegati nella fornitura di servizi sanitari essenziali ai bambini e alle madri.

Si va quindi dalle iniziative concentrate su una singola malattia o un singolo disturbo, come il morbillo o la malnutrizione, all'ideale di un continuum di servizi di assistenza sanitaria di base ad ampio raggio, capace di integrare ospedali e strutture cliniche, pazienti ambulatoriali e servizi estesi, nonché assistenza domestica e assistenza a livello comunitario.

Nel corso degli anni, si è svolto un intenso dibattito sui pregi relativi dei principali interventi e cambiamenti di politica, e soprattutto sui benefici e i limiti delle strategie più ampie, in confronto a quelle più selettive, che ha prodotto un'abbondante letteratura. Le dif-

ferenze tra queste strategie sono tutt'altro che nette, dal momento che ogni nuova strategia è emersa almeno in parte come risposta ai limiti della precedente. Il conseguente esame storico dei risultati e delle sfide rimanenti ed emergenti per i sistemi di assistenza sanitaria e le pratiche di salute pubblica nel secolo scorso, anche se breve, fornisce prospettive importanti sulla situazione corrente e contribuisce a orientare i passi che si dovranno compiere.

Il periodo coloniale: 1900-1949

Fino all'alba del ventesimo secolo, le morti di neonati e bambini erano molto comuni in tutto il mondo. Gli elevati tassi di mortalità e invalidità dovuti a diarrea, malaria, morbillo, polmonite, vaiolo, tubercolosi e varie forme di denutrizione colpivano un'ampia percentuale della popolazione mondiale.

Nel 1900, la popolazione mondiale era pari a circa 1,65 miliardi di persone. A quel punto, anche se in vari luoghi, come l'Inghilterra e i paesi scandinavi, si erano già osservati alcuni aumenti, la speranza media di vita a livello globale era di soli trent'anni circa¹.

All'inizio del ventesimo secolo, gli impegni per controllare le malattie infettive, come l'anchilostoma, la mala-

ria e la febbre gialla, avrebbero gettato le basi dei futuri interventi per il controllo delle malattie. Nella prima metà del secolo, vennero sviluppati alcuni programmi antimalarici fondamentali che, nel continente africano, collegavano la ricerca sulla malattia al suo controllo. Questi primi tentativi risultavano frammentari, venivano intrapresi da governi coloniali che si concentravano su territori e forze lavoro coloniali.

Nonostante i loro obiettivi ristretti, alcune iniziative (come, ad esempio, quella attuata dal 1930 al 1950 per il controllo della malaria nelle miniere di rame dell'attuale Zambia e nelle zone circostanti) riportarono dei successi.

Tutti i servizi sanitari coloniali avevano nettamente segregato le strutture sanitarie che davano priorità ai loro espatriati e ai militari. In Africa e nell'India anglofona, la ricerca sulle malattie esotiche condusse a specializzazioni e programmi tropicali. Poche scuole di medicina ammettevano studenti locali, e quelle poche lo facevano soltanto come parte della "buonuscita" che, negli anni Cinquanta e Sessanta, accompagnò l'indipendenza di molti paesi in via di sviluppo. Furono soprattutto le missioni ad aprire la strada ai servizi sanitari per le popolazioni locali, e tali servizi consistevano per lo più di una forma di assi-

stenza dotata di strutture proprie. La formazione di personale locale cominciò con le scuole infermieristiche. A causa dello schiacciante carico di lavoro, gli infermieri di ambo i sessi cominciarono spesso a dirigere la maggior parte dei servizi periferici. In alcuni paesi, i governi dei distretti cominciarono a istituire delle cliniche e dei piccoli ospedali distrettuali, ma nella maggior parte dei paesi gli ospedali delle missioni fornivano dal 50% all'80% dei letti d'ospedale. La salute pubblica si concentrava sulla protezione ambientale, e in particolare sui primi sforzi di fornire acqua sicura e strutture igienico-sanitarie "migliorate" nelle zone urbane.

Nelle colonie francofone e di altri paesi europei, i servizi sanitari erano diversi, ognuno a suo modo, da quelli nei paesi

anglofoni, dato che davano molta importanza al programma *Grandes Endémies*. In tale programma, livelli distinti della rete nazionale si concentravano su una singola malattia, come la malattia del sonno, l'elefantiasi, la lebbra e altri disturbi molto diffusi all'epoca, che influivano sulla capacità di lavorare di chi li contraeva. L'assistenza di massa veniva offerta da unità mobili, spesso abbondantemente equipaggiate con attrezzature adeguate ai continui viaggi. Alla base c'era la convinzione che fare affidamento sulla solidarietà per trattare i pazienti in occasione di raduni di massa fosse più efficace, per raggiungere un maggior numero di persone, che investire in strutture statiche. Dei cicli ripetitivi di trattamento si concentravano su semplici interventi curativi piuttosto che sulla prevenzione e sul controllo.

Come in Africa, anche in Cina i primi ospedali vennero istituiti soprattutto dalle missioni. Un sistema nazionale di salute pubblica cominciò nel 1920 con i tentativi di controllare l'epidemia di polmonite che si stava rapidamente espandendo nella provincia della Manciuria.

Un'importante postilla storica è rappresentata dal fatto che il primo studio analitico pubblicato sull'efficace assistenza sanitaria di base a livello comunitario riguarda proprio un progetto risalente a quel periodo. Il progetto venne messo in atto nel Ding Xian (ex Ting Hsien), circa 200 km a sud di Pechino. In questa provincia di circa mezzo milione di abitanti, l'assistenza sanitaria era offerta da operatori sanitari che possono essere considerati i precursori dei "medici scalzi" cinesi. Per un quarto di secolo, e per

L'iniziativa contro il morbillo

L'iniziativa contro il morbillo dimostra come un'iniziativa verticale a livello globale ben fornita delle risorse necessarie e altrettanto ben mirata e gestita possa diffondersi rapidamente su scala più vasta e produrre risultati sensazionali. L'iniziativa in questione è una partnership che raggruppa l'UNICEF e l'OMS con altre importanti agenzie internazionali e organizzazioni private. Lanciata nel 2001, l'iniziativa contro il morbillo ha adottato l'obiettivo, stabilito in occasione della Sessione speciale dell'assemblea generale dell'ONU sull'infanzia del maggio 2002, di ridurre i decessi infantili dovuti al morbillo tra il 1999 e il 2005. È stata la principale promotrice della campagna di massa per incrementare l'immunizzazione contro il morbillo, che ha determinato la vaccinazione di più di 217 milioni di bambini tra il 2001 e il 2005, soprattutto in Africa.

I risultati sono andati addirittura oltre quello che era l'obiettivo dell'ONU: i decessi provocati dal morbillo sono diminuiti del 60% tra il 1999 e il 2005. L'Africa ha contribuito al 72% della riduzione assoluta di morti. Secondo alcune stime, la vaccinazione ha contribuito a evitare quasi 7,5 milioni di morti provocate dalla malattia.

La riduzione dei decessi provocati dal morbillo riflette il sostegno e l'impegno da parte dell'iniziativa contro il morbillo per aumentare la copertura della vaccinazione, e da parte dei governi nazionali per seguire l'ampia strategia dell'OMS/UNI-

CEF finalizzata alla riduzione della mortalità da morbillo. Tale strategia consiste di quattro componenti chiave:

- Fornire almeno una dose di vaccino contro il morbillo, somministrata a nove mesi di età o poco dopo, attraverso una copertura vaccinale di routine di almeno il 90% dei bambini di ogni distretto e nazionalità.
- Dare a tutti i bambini una seconda opportunità di vaccinazione contro il morbillo.
- Istituire un efficace sistema di controllo.
- Migliorare la gestione clinica dei casi complicati, includendo l'integrazione di vitamina A.

Le attività di controllo del morbillo stanno contribuendo allo sviluppo del sistema sanitario in diversi modi: a esempio, promuovendo la pratica di iniezioni sicure, sviluppando una maggiore capacità di fornire una catena del freddo adeguata per la conservazione dei vaccini e creando una rete globale di laboratori di salute pubblica. Inoltre, le campagne di vaccinazione vengono spesso abbinate ad altri interventi essenziali come l'integrazione di vitamina A, la fornitura di farmaci antelmintici e la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida.

più di un quinto della popolazione mondiale, la Cina aveva uno dei sistemi sanitari più equi mai concepiti. Da quest'esperienza derivarono lezioni importanti su cui ci si basò per pianificare la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base che ebbe luogo nel 1978 ad Alma-Ata, nell'Unione delle Repubbliche Socialiste Sovietiche (oggi Almaty, Kazakistan).

All'inizio del secolo, paesi come Danimarca, Norvegia, Paesi Bassi e Svezia riuscirono a ridurre molto rapidamente la mortalità materna. Il modo in cui venne organizzata l'assistenza qualificata al parto sembra essere stato il fattore principale che contribuì a questi miglioramenti. Nel caso di questi quattro paesi, gli impegni si concentrarono sulla garanzia di assistenza professionale

vicino a dove vivevano le donne, soprattutto migliorando le capacità delle levatrici appartenenti alle varie comunità².

Campagne di massa per il controllo delle malattie: 1950-1977

Nel 1950, la popolazione mondiale era superiore a 2,5 miliardi di individui, e la speranza media di vita, a livello globale, era salita a 47 anni.

Negli anni Cinquanta, Sessanta e Settanta del secolo scorso si è assistito a un certo numero di tentativi di controllare le malattie, spesso chiamati "campagne di massa" o "risposte incentrate sulla malattia". Questi tentativi si servivano di interventi scientificamente validi ed epidemiologicamente dimostrati attraverso programmi indipendenti studiati per combattere un disturbo o una

malattia specifici. Spesso caratterizzati da traguardi chiaramente definiti, questi programmi comprendevano obiettivi a tempo determinato per la riduzione o il debellamento della malattia, usando una tecnologia specifica offerta da operatori sanitari specializzati.

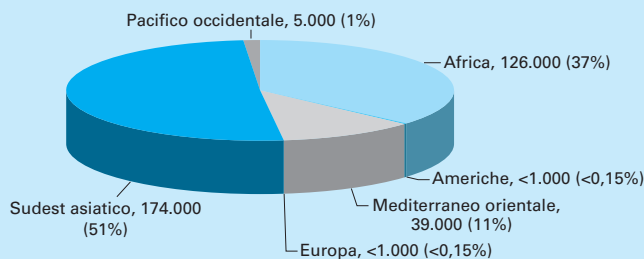
Quella di maggior successo tra queste campagne è stata l'iniziativa per il debellamento del vaiolo, grazie alla quale l'ultimo caso riportato di trasmissione di questa malattia tra gli esseri umani risale al 1977. Altre campagne di massa sono riuscite a debellare o a ridurre sostanzialmente malattie come la dracunculosi, il tracoma e la framboesia.

Il successo della campagna per il debellamento del vaiolo ha rappresentato un elemento fondamentale nell'ideazione

Grafico 2.1

Incidenza globale delle morti da morbillo*

Il 90% delle morti da morbillo colpisce i bambini sotto i cinque anni



* Le regioni fanno riferimento ai raggruppamenti utilizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Fonte: Stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicate su *The Lancet*, vol. 369, 20 gennaio 2007, p. 194.

Un nuovo traguardo globale è stato stabilito in occasione della World Health Assembly nel maggio del 2005: ridurre i decessi causati dal morbillo del 90% entro il 2010, in confronto ai dati relativi al 2000. Si tratta di un traguardo impegnativo e il suo raggiungimento richiederà di confermare i progressi compiuti nei paesi che sono andati meglio e di comin-

ciare a entrare in maniera consistente nei paesi che ancora presentano numeri elevati di decessi provocati da morbillo, come India e Pakistan. C'è ancora un po' di strada da percorrere nella lotta contro il morbillo: 345.000 persone sono morte a causa di questa malattia nel 2005, e il 90% di loro era composto da bambini sotto i cinque anni. Questa malattia altamente contagiosa resta una causa importante dei decessi sotto i cinque anni, determinandone circa il 4% del numero globale. Indebolisce le difese immunitarie dei bambini contro altre malattie e altri disturbi molto gravi, tra cui polmonite, dissenteria ed encefalite acuta, e rimane una delle principali cause di decessi infantili prevenibili.

Il successo degli impegni volti a ridurre l'incidenza del morbillo nel periodo 1999-2005 ha dimostrato cosa è possibile fare se la volontà politica, l'impegno finanziario e valide strategie da parte dei partner internazionali e dei governi nazionali vengono impiegati per riuscire a offrire trattamenti di provata efficacia e a basso costo. Se si manterrà questo grado di impegno, ci sono tutti i motivi per credere che il nuovo traguardo possa essere raggiunto, contribuendo ad aumentare i progressi verso l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 4.

Vedi Note, p. 105.

di quello che è stato probabilmente il programma preventivo di salute pubblica di maggior successo della storia, ossia il Programma Esteso di Vaccinazione (Extended Programme on Immunization o EPI), lanciato nel 1974. Inizialmente l'EPI mirava a vaccinare i bambini contro sei malattie (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, morbillo e tubercolosi) nel primo anno di vita. Quando questo programma ebbe inizio, meno del 5% dei bambini del mondo era vaccinato contro queste malattie. Le statistiche più recenti dimostrano invece che i tassi di vaccinazione globale, misurati dalla copertura dei vaccini contro difterite, tetano e pertosse, superano ormai il 75%.

All'inizio della storia delle campagne di massa, i vari approcci usati per erogare servizi sanitari venivano spesso definiti "verticali" (o "categorici"), oppure "orizzontali". Queste distinzioni misuravano essenzialmente due dimensioni della struttura del programma:

- Il grado di integrazione della gestione del programma nella gestione generale del sistema sanitario, soprattutto ai livelli di gestione più bassi (orizzontali), in contrasto con posizioni di gestione strettamente separate (verticali).
- La misura in cui gli operatori sanitari avevano un'unica funzione (verticale), invece di molte funzioni (orizzontale)⁴.

I meriti relativi e i limiti degli approcci verticale e orizzontale sono ben documentati, e un esame completo del dibattito va al di là degli intenti di questa retrospettiva. In molti sensi, i meriti di un approccio riflettono i limiti dell'altro.

Assistenza sanitaria di base: 1978-1989

La Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base, tenutasi ad

Alma-Ata nel 1978, fu il risultato di diverse innovazioni riuscite nell'ambito dell'assistenza sanitaria a livello comunitario sviluppatasi, dopo la seconda guerra mondiale, in ambienti poveri di risorse, tra cui le cliniche per bambini sotto i cinque anni in Nigeria, gli operatori sanitari comunitari in Indonesia, i "medici scalzi" in Cina, nonché i sistemi sanitari di Cuba e del Vietnam⁵.

La conferenza di Alma-Ata e la dichiarazione che l'accompagnava sono state delle pietre miliari di estrema importanza. La conferenza in questione fu, all'epoca, la più grande mai tenutasi su un unico tema nell'ambito della salute e dello sviluppo internazionali; vi parteciparono, infatti, 134 nazioni, i rappresentanti di 67 organizzazioni non governative, nonché le Nazioni Unite. Cristallizzando concetti innovativi destinati a diventare opinioni correnti, aprì la strada a grandi dimostrazioni d'impegno a livello globale come Salute per Tutti entro l'Anno 2000, concordato proprio in occasione della conferenza di Alma-Ata, gli impegni presi in occasione del Vertice Mondiale per l'Infanzia del 1990 e, più di recente, la Dichiarazione del Millennio e gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

L'approccio all'assistenza sanitaria di base emerso da Alma-Ata comprende i principi di equità, partecipazione comunitaria, collaborazione intersettoriale, utilizzo di tecnologie appropriate, economicità e promozione della salute. Questi sono diventati principi guida nello sviluppo di sistemi sanitari che tengono conto di questioni più ampie, riflettendo e rinforzando le funzioni di salute pubblica; che sottolineano l'integrazione dell'assistenza nel tempo e nello spazio; che collegano la prevenzione, l'assistenza intensiva e quella cronica in tutte le varie componenti del sistema; che valutano il rendimento e si sforzano di migliorarlo; e che tornano ai criteri di salute pubblica come base di un proces-

so decisionale in grado di influire sul mondo in cui i servizi di assistenza sanitaria vengono organizzati, finanziati e offerti agli individui e alle comunità⁶. La dichiarazione di Alma-Ata raccomandava che l'assistenza sanitaria di base comprendesse, come minimo, le seguenti attività:

- Educazione sanitaria.
- Promozione di adeguate scorte di cibo e di un'alimentazione appropriata.
- Acqua sicura e servizi igienico-sanitari di base.
- Assistenza alle madri e ai bambini.
- Vaccinazione contro le principali malattie dell'infanzia.
- Trattamento appropriato delle malattie e delle lesioni più comuni.
- Prevenzione e controllo di malattie localmente endemiche.
- Fornitura di farmaci essenziali.

Il concetto di sistema sanitario distrettuale, noto anche, in Europa e in altri paesi, come "accento sul bacino d'utenza" o come approccio alla "piccola zona" o al "gruppo intermedio", è stato successivamente sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come modello per la realizzazione dell'assistenza sanitaria di base⁷.

Nonostante i molteplici benefici dell'assistenza sanitaria di base, la sua realizzazione risentì, soprattutto negli anni Ottanta, di condizioni economiche sfavorevoli che provocarono una significativa rinuncia, da parte di alcuni Stati, all'erogazione di servizi pubblici come assistenza sanitaria, distribuzione idrica e controllo della qualità del cibo. Questa situazione portò quasi al collas-

so dei servizi sanitari periferici in molti paesi in via di sviluppo, oltre che a una diminuzione del sostegno per il lavoro sanitario a livello comunitario⁸.

Assistenza selettiva e rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia: gli anni Ottanta

All'inizio degli anni Ottanta, la salute infantile continuava a costituire un'emergenza "silenziosa", dato che quasi 15 milioni di bambini morivano ancora ogni anno prima del loro quinto compleanno. Verso la fine degli anni Settanta, due scienziati, Julia Walsh e Kenneth Warren, pubblicarono "Assistenza sanitaria selettiva: una strategia provvisoria per il controllo delle malattie nei paesi in via di sviluppo", uno studio fondamentale che proponeva una strategia alternativa per ridurre rapidamente la mortalità neonatale e infantile a un costo ragionevole⁹. Dopo aver analizzato il ruolo relativo di ogni principale causa di mortalità infantile ed elencato gli interventi che, tra quelli esistenti, si erano dimostrati efficaci nell'affrontare tali cause, i due scienziati conclusero che un numero ristretto di cause (tra cui diarrea, malaria, malattie respiratorie e morbillo) era responsabile della vasta maggioranza dei decessi sotto i cinque anni, e che questi decessi potevano essere facilmente evitati attraverso la vaccinazione (all'epoca era vaccinato solo il 15% dei bambini del mondo), la terapia di reidratazione orale, l'allattamento al seno e i farmaci antimalarici¹⁰. La loro ricerca giunse in un momento critico del dibattito sui meriti relativi degli approcci orizzontali rispetto a quelli verticali, e sulla possibilità o meno di tradurre i principi dell'assistenza sanitaria di base ad ampio raggio in programmi efficaci.

Il risultato fu una nuova strategia nota come "assistenza sanitaria selettiva"¹¹. Introdotta un anno dopo la Dichiarazione

di Alma-Ata, questa strategia fu inizialmente considerata un primo passo verso un'assistenza sanitaria di base ad ampio raggio, ma divenne ben presto un modello a sé stante. Poiché integrava elementi chiave degli approcci verticali, prendendo di mira le malattie identificate come fattori che contribuivano maggiormente agli elevati tassi di mortalità neonatale e infantile, voleva essere una forma più concentrata e più attuabile di assistenza sanitaria di base¹².

La "rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia", guidata dall'UNICEF e lanciata nel 1982, era basata su questa struttura. Si concentrava su quattro interventi a basso costo cui ci si riferiva collettivamente con la sigla GOBI: Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization – monitoraggio della crescita al fine di combattere la denutrizione, terapia di reidratazione orale contro la dissenteria infantile, allattamento al seno per garantire la salute dei bambini piccoli e vaccinazione contro sei malattie infantili letali. Il piano GOBI era supportato da altri importanti programmi condotti dall'OMS, tra cui il Programma Esteso di Vaccinazione e i programmi per il controllo delle malattie diarroiche e delle infezioni respiratorie acute.

Successivamente il GOBI acquistò tre nuove componenti: Food supplementation (integratori alimentari), Family spacing (distanziamento delle nascite) e Female education (istruzione femminile), e divenne GOBI FFF¹³. Iniziative a sostegno dell'importanza di questi interventi di base per la sopravvivenza dell'infanzia riuscirono effettivamente a stimolare un gran numero di paesi a creare propri sistemi nazionali per promuovere ed effettuare degli interventi essenziali¹⁴. Sin dall'inizio, l'assistenza sanitaria selettiva ricevette un sostegno concreto da parte dei donatori deside-

© UNICEF/HQ06-2765/Bruno Brioni



È dimostrato che la vaccinazione protegge i bambini dalle principali malattie dell'infanzia. Un bambino riceve il vaccino DPT3, Costa d'Avorio.

rosi di canalizzare le risorse in programmi per la "sopravvivenza dell'infanzia". Queste iniziative mantenevano le loro radici di assistenza sanitaria di base orientata verso la comunità ma, al tempo stesso, avevano anche l'attrattiva rappresentata dall'uso di tecnologie mediche relativamente poco costose per raggiungere obiettivi specifici.

Negli ultimi decenni, le iniziative di assistenza selettiva hanno ottenuto successi relativi. Al GOBI FFF e alle iniziative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità viene attribuito il merito di aver contribuito a notevoli miglioramenti nella copertura dell'assistenza sanitaria di base, soprattutto per quanto riguarda la vaccinazione e la terapia di reidratazione orale. Indubbiamente questi impegni hanno contribuito alla netta diminuzione del tasso globale di mortalità sotto

i cinque anni da 115 per 1.000 nati vivi nel 1980 a 93 sempre per 1.000 nati vivi nel 1990, con una riduzione del 19% nell'arco del decennio.

Concentrarsi sui sistemi sanitari e sugli approcci integrati e di settore: gli anni Novanta

Nonostante i miglioramenti ottenuti grazie all'assistenza sanitaria selettiva, alla fine degli anni Ottanta i sistemi sanitari di molti paesi in via di sviluppo versavano in gravi condizioni. La crescita demografica e la crisi del debito in molti paesi dell'America latina e dell'Africa subsahariana, nonché il periodo di transizione politica ed economica nell'ex Unione Sovietica e nell'Europa centrale e orientale non erano che tre dei fattori

che contribuivano a questa difficile situazione.

In risposta a tutto questo, un certo numero di paesi si sono impegnati per riformare sistemi sanitari ormai in fase di deterioramento e dotati di risorse insufficienti, nel tentativo di migliorarne l'efficacia, l'efficienza e la solvibilità finanziaria, oltre che per aumentarne l'equità.

L'iniziativa di Bamako

Un approccio del genere, utilizzato da molti paesi, è stato l'iniziativa di Bamako, lanciata nel 1987, in occasione dell'incontro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con i ministri della Sanità africani a Bamako, Mali.

Questa strategia si concentrava sull'aumento dell'accesso all'assistenza sanitaria di base e sulla soddisfazione dei bisogni fondamentali delle comunità nell'Africa subsahariana, offrendo un pacchetto minimo integrato di assistenza attraverso i centri sanitari. Una forte enfasi venne posta sull'accesso ai farmaci e sul regolare contatto tra operatori sanitari e comunità (*vedi Scheda p. 36 per ulteriori dettagli sull'iniziativa di Bamako*).

Integrazione

L'enfasi sull'integrazione dei servizi essenziali, che era già una caratteristica centrale dell'iniziativa di Bamako, doveva diventare la forza motrice degli approcci degli anni Novanta. Questi

Giornate nazionali di vaccinazione e giornate della salute del bambino

Le giornate nazionali di vaccinazione (National Immunization Days o NID) sono nate come campagne di vaccinazione antipolio di un giorno in tutto il mondo in via di sviluppo. Le NID, che ancora oggi si svolgono in molti paesi, non sostituiscono la vaccinazione di routine, ma sono complementari a essa. Il loro scopo originario era quello di prevenire il diffondersi della poliomielite vaccinando tutti i bambini sotto i cinque anni, indipendentemente dalla loro precedente storia di vaccinazione antipolio.

L'idea di istituire una giornata per interventi di massa per la salute infantile non è nuova. Tentativi riusciti di giornate del genere ebbero luogo, negli anni Ottanta, in paesi come Burkina Faso, Colombia e Turchia. Più di recente, sono state addirittura sospese delle guerre civili in corso per offrire delle giornate di tranquillità che permettessero ai bambini di farsi vaccinare senza pericolo in paesi come Angola, Sierra Leone e Somalia. Le vaccinazioni di massa consentono delle economie di scala, poiché professionisti qualificati possono avvalersi di gruppi di volontari, soprattutto per il vaccino antipolio orale, che non richiede un ago e una siringa.

Le giornate della salute del bambino hanno esteso la portata degli interventi al di là della vaccinazione antipolio, in modo tale da includere l'integrazione di vitamina A e, nel caso dello Zimbabwe, anche la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida e altre vaccinazioni. Tra gli altri paesi

che organizzano eventi del genere figurano Nepal e Nigeria.

Il programma nazionale per l'integrazione di vitamina A del Nepal risulta particolarmente degno di nota, perché impiega una rete esistente di volontarie per la salute a livello comunitario, allo scopo di fornire gli integratori necessari. Il programma viene ritenuto economicamente molto efficiente, dato che il costo stimato per ogni morte evitata si aggira intorno ai 327-397 dollari USA al giorno, mentre il costo risparmiato per ogni anno perso in condizioni di disabilità (Disability-Adjusted Life Year o DALY) risulta pari a circa 11-12 dollari. Il programma ha avuto una diffusione costante, espandendosi dagli originali 32 distretti prioritari fino a tutti i 75 distretti, con incrementi annui di 8-10 distretti nell'arco di un periodo di otto anni. Questa espansione è stata favorita dalle giornate nazionali di vaccinazione, che hanno permesso di aumentare la copertura.

Integrando la somministrazione di una gamma di interventi in un unico luogo e in un unico momento, le giornate della salute del bambino risultano efficaci sia per le famiglie sia per gli operatori sanitari. Iniziative simili, come le settimane della salute del bambino, stanno facendo aumentare le opportunità di raggiungere con interventi essenziali un gran numero di bambini normalmente esclusi.

Vedi Note, p. 106.

approcci integrati cercavano di combinare i pregi dell'assistenza selettiva con quelli dell'assistenza sanitaria di base. Come tutti gli approcci selettivi, anche questi enfatizzavano molto l'erogazione tempestiva di un gruppo essenziale di soluzioni a basso costo per affrontare sfide sanitarie precise; come l'assistenza sanitaria di base, anche gli approcci integrati si concentravano sulla partecipazione comunitaria, sulla collaborazione intersettoriale e sull'integrazione nel sistema generale di fornitura sanitaria.

Un esempio di lunga durata della maggiore enfasi sull'integrazione nel corso degli anni Novanta è rappresentato dalla IMCI – Integrated Management of Childhood Illness, ossia la Gestione integrata delle malattie dell'infanzia.

Messa a punto nel 1992 dall'UNICEF e dall'OMS e impiegata, da allora, in più di 100 paesi, la IMCI adotta un approccio ampio, trasversale alla gestione delle malattie infantili, riconoscendo che di solito le cause che contribuiscono a esse sono più di una¹⁵. In effetti, in molti casi, i bambini malati manifestano sintomi di malattia che si sovrappongono, complicando i tentativi di giungere a un'unica diagnosi anche in comunità dotate di strutture adeguate per l'esame di primo grado, per non parlare di quelle che versano in circostanze più difficili.

Le strategie della IMCI presentano tre componenti primarie, ognuna delle quali richiede un adattamento al contesto del paese:

- *Migliorare il rendimento degli operatori sanitari.* Ciò implica la necessità di formare operatori sanitari per metterli in grado di valutare i sintomi delle malattie, la corretta mappatura delle malattie per il trattamento, nonché la fornitura di un trattamento adeguato ai bambini e di informazioni corrette a chi se ne prende cura. Attraverso linee guida adattate localmente, al personale sanitario viene insegnato a gestire i casi che coinvolgono le cinque principali cause di mortalità infantile: infezioni respiratorie acute (soprattutto polmonite), malattie diarroiche, morbillo, malaria e denutrizione.
- *Migliorare i sistemi sanitari.* Questa componente ha lo scopo di rafforzare

Finanziamento del settore sanitario: gli approcci di settore e l'Iniziativa per i paesi poveri altamente indebitati

Nel corso degli anni Novanta, sono aumentate le preoccupazioni relative al potenziale predominio degli approcci verticali, che tendono a creare e a utilizzare, per affrontare il problema del controllo delle malattie, strutture gestionali, operative e logistiche distinte da quelle del sistema sanitario nazionale. Queste preoccupazioni hanno contribuito allo sviluppo di una nuova modalità di finanziamento sanitario: gli approcci di settore (SWAps). Con gli SWAps, i maggiori contributi finanziari per il settore sanitario vanno a sostegno di un unico piano per politiche, strategie e spese di settore, sostenuto dalla leadership governativa. In tutto il settore vengono adottati approcci comuni alla fornitura del servizio sanitario, e le procedure governative controllano sempre di più la spesa e la contabilità dei fondi.

Gli SWAps sono stati creati per diversi scopi: affrontare i limiti delle forme di assistenza ai donatori basate su progetti specifici, garantire il raggiungimento dei traguardi complessivi della riforma sanitaria, ridurre i grossi costi di transazione per i paesi e istituire delle partnership autentiche tra i donatori e i paesi, in cui entrambi abbiano diritti e responsabilità. Gli SWAps costituiscono un processo dinamico piuttosto che un punto di arrivo e presentano variazioni considerevoli da un paese all'altro. Hanno determinato un dialogo e una fiducia maggiori, una mag-

giore concentrazione su un numero selezionato di priorità di settore fondamentali e legami più stretti tra la politica e la realizzazione degli interventi. Tra i loro limiti, però, figurano un'eccessiva attenzione ai dettagli nella pianificazione e nello sviluppo dei procedimenti, una limitata partecipazione da parte della società civile, una debole gestione dei risultati e un lento passaggio dall'accentuare il coordinamento dei donatori al prendere in considerazione il miglioramento e i risultati del servizio.

Alla fine degli anni '90, nel contesto dell'Iniziativa per i paesi poveri altamente indebitati realizzata dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale, l'attenzione sulla riforma del settore sanitario e del settore finanziario si è estesa in modo da includere i Documenti strategici per la riduzione della povertà (Poverty Reduction Strategy Papers o PRSP). I quadri di spesa a medio termine, strumenti pluriennali di pianificazione pubblica associati ai PRSP, vengono usati allo scopo di pianificare le future necessità di bilancio per i servizi pubblici e di valutare le implicazioni a livello di risorse dei cambiamenti di politica e dei nuovi programmi.

Vedi Note, p. 106.



Gli approcci alla fornitura dell'assistenza sanitaria di base devono essere adattati ai bisogni e alle risorse di ogni singolo paese e comunità. *Un'infermiera misura la pressione sanguigna a una donna incinta, Bangladesh.*

i sistemi sanitari per un'efficace gestione delle malattie infantili. Tra le misure impiegate figurano il sostegno alla disponibilità di farmaci, il miglioramento della supervisione, il rafforzamento della pratica di affidare il paziente a uno specialista e l'approfondimento dei sistemi di informazione sanitaria. Ai manager a livello distrettuale e nazionale vengono poi fornite delle guide alla pianificazione.

- *Migliorare le pratiche comunitarie e familiari.* Questa componente finale viene definita spesso Community Integrated Management of Childhood Illness o C-IMCI (Gestione integrata a livello comunitario delle malattie dell'infanzia). Tale approccio si basa sulle pratiche fondamentali per le

famiglie e le comunità delineate nella Scheda del Capitolo 3 a p. 47¹⁶.

L'integrazione della gestione dei vari casi cerca di proteggere i bambini da tutte le principali malattie, non soltanto una o due, e di offrire loro trattamenti adeguati. Tale integrazione sottolinea anche la necessità di adattare le soluzioni terapeutiche alla capacità e alle funzioni dei sistemi sanitari locali, oltre a promuovere la prevenzione delle malattie educando gli operatori sanitari e chi si prende cura dei bambini sull'importanza dei servizi essenziali. Risulta poi fondamentale il ruolo dei genitori e di chi ne fa le veci nel rilevare i sintomi più comuni di cattiva salute, portando i bambini alle strutture sanitarie e adottando misure preventive

come pratiche alimentari e igieniche adeguate.

La Gestione integrata delle malattie dell'infanzia (IMCI) è stata sottoposta a valutazioni rigorose sin da quando ha avuto inizio, a metà degli anni Novanta. Nei primi anni di questo secolo, tali valutazioni sono state condotte da diverse agenzie, tra cui l'OMS, l'UNICEF, il Dipartimento britannico per lo sviluppo internazionale (DFID) e l'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID). Nel 2004 e 2005, l'UNICEF ha preso in esame anche la componente comunitaria e familiare (C-IMCI)¹⁷. Sebbene i risultati iniziali siano stati deludenti, soprattutto a causa di un'attuazione carente delle tre componenti fondamentali della IMCI, i risultati successivi hanno fatto registrare alcuni successi degni di nota. Secondo gli studi, la gestione IMCI dei casi ha fatto aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria erogata nelle strutture di primo livello, ha motivato gli operatori e i dirigenti sanitari e ha migliorato il rendimento degli operatori sanitari. Inoltre, tale tipo di gestione è stato realizzato a costi equivalenti a quelli dei servizi esistenti, se non addirittura più bassi¹⁸.

Risultati positivi per la IMCI si sono registrati in diversi paesi dell'Africa subsahariana. Uno studio condotto nei distretti rurali della Repubblica Unita di Tanzania, per esempio, ha scoperto che i distretti che adottavano un'iniziativa volta a rafforzare il sistema sanitario e la IMCI hanno mostrato un aumento del 13% nella riduzione dei tassi di mortalità rispetto ai distretti di controllo¹⁹.

I risultati delle indagini in Malawi, Sudafrica, Repubblica Unita di Tanzania e Uganda hanno indicato che la realizzazione su vasta scala della strategia C-IMCI può determinare un significativo miglioramento in alcune pratiche familiari chiave, come provve-

Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia in India

Nel corso degli anni Novanta, l'India ha sperimentato una netta riduzione dei tassi di mortalità sotto i cinque anni e di mortalità infantile. Queste tendenze non sono state accompagnate, però, da diminuzioni nella percentuale di decessi neonatali. Nel 2000, i decessi neonatali ammontavano a circa due terzi di tutti i decessi infantili del paese, e a circa il 45% dei decessi sotto i cinque anni. Quasi la metà dei decessi neonatali si verifica nella prima settimana di vita. Molti potrebbero essere evitati se i genitori riconoscessero i segnali di avvertimento, adottassero pratiche alimentari appropriate o avessero accesso a operatori sanitari qualificati e a forme di assistenza dotata di infrastrutture proprie.

Nel 2000 il governo indiano ha adattato la strategia di Gestione integrata della malattia dell'infanzia (IMCI) in modo da concentrare maggiormente l'attenzione sull'assistenza neonatale. L'approccio risultante, denominato Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia (IMNCI), modifica la IMCI con azioni specifiche volte a promuovere la salute e la sopravvivenza dei neonati. Come la IMCI, anche la IMNCI sostiene tre pratiche dell'efficace fornitura di servizi essenziali ai neonati e ai bambini piccoli: il rafforzamento

dell'infrastruttura del sistema sanitario, il miglioramento delle capacità degli operatori sanitari e la promozione della partecipazione comunitaria; il tutto con un'ulteriore enfasi sulla salute e sulla sopravvivenza neonatali.

In pratica, la IMNCI consiste di: tre visite a domicilio nei primi 10 giorni dopo la nascita per promuovere le pratiche migliori per il bambino piccolo; un provvedimento speciale a livello di villaggio per il *follow-up* dei neonati di basso peso alla nascita; il potenziamento dei messaggi attraverso incontri di gruppi di donne e la creazione di un collegamento tra il villaggio e l'abitazione; infine, la valutazione del bambino presso strutture sanitarie locali in base alla richiesta specialistica.

La IMNCI fa parte del programma di Salute Riproduttiva e Infantile II, un approccio integrato alla salute delle donne che mira a fornire un continuum di assistenza dalla nascita all'età adulta. Il costo supplementare dell'aggiunta della componente neonatale, soprattutto per le visite a domicilio, è di appena 10 centesimi di dollaro per ogni bambino.

Vedi Note, p. 106.

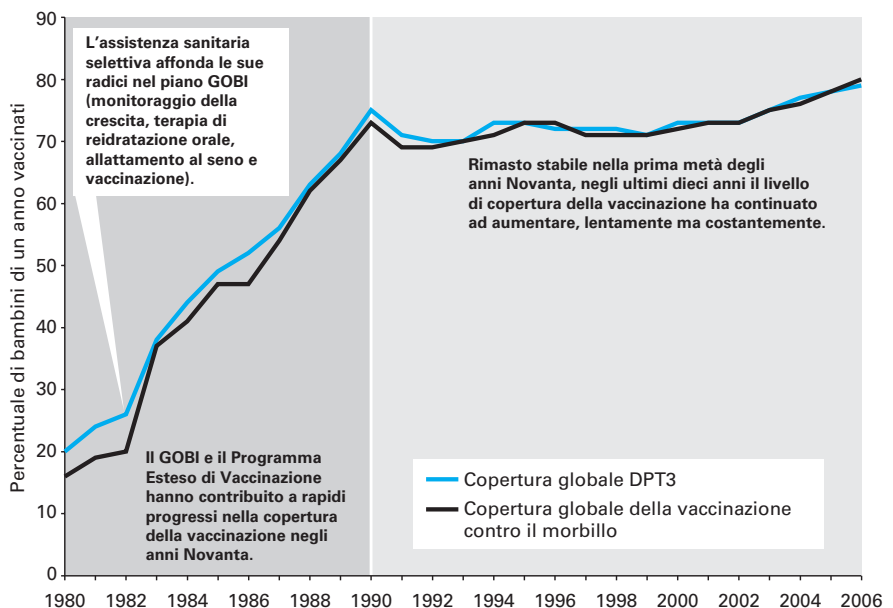
dimenti per migliorare l'alimentazione e la sopravvivenza in tenera età, prevenzione delle malattie, assistenza domestica o ricerca di assistenza per i bambini malati, e garantire un ambiente che sostenga la crescita e lo sviluppo dell'infanzia²⁰.

Successi del genere hanno spinto gli esperti di politica sanitaria a raccomandare lo sviluppo di politiche nazionali basate sulle priorità dei paesi, con ruoli chiaramente definiti per la IMCI e altri interventi di carattere sanitario per l'infanzia, nonché a sottolineare la necessità di analizzare criticamente e affrontare i limiti del sistema²¹.

Sollecitati da una serie di studi sulla sopravvivenza materna, neonatale e infantile pubblicati dalla rivista *The Lancet*, sono stati messi a punto modelli integrati di assistenza sanitaria nel contesto del continuum di assistenza materna, neonatale e infantile (vedi Capitolo 1, p. 17, per ulteriori dettagli sul conti-

Grafico 2.2

Assistenza sanitaria selettiva e andamento dei tassi di vaccinazione, dal 1980



Fonte: Dati forniti dalla Strategic Information Section, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia.

L'Iniziativa di Bamako

L'Iniziativa di Bamako, sponsorizzata dall'UNICEF e dall'OMS e adottata dai ministri della Sanità africani nel 1987, era basata sulla consapevolezza del fatto che alla fine degli anni Ottanta molti paesi, soprattutto nell'Africa subsahariana, pur accettando in linea di principio i punti principali dell'assistenza completa di base, erano gravati dalla mancanza di risorse e di strategie di attuazione pratica. In particolare, molte strutture sanitarie mancavano di risorse e di scorte sufficienti per funzionare in maniera efficace. Di conseguenza, talvolta gli operatori sanitari si limitavano a prescrivere farmaci da acquistare presso rivendite private, spesso prive di licenza e di supervisione, mentre molti pazienti avevano ormai perso fiducia nelle strutture sanitarie pubbliche, inefficienti e prive di risorse. Tutti questi sviluppi minacciavano di invertire i miglioramenti ottenuti negli anni Ottanta. Le sfide principali consistevano nel promuovere ulteriori investimenti da parte dei donatori, nel fermare e invertire la diminuzione delle spese governative nel settore sociale in generale e nella sanità in particolare, e nel riconvogliare nel sistema pubblico i soldi spesi nei settori privati e informali.

L'Iniziativa di Bamako mirava a incrementare l'accesso all'assistenza sanitaria di base aumentando l'efficacia, l'efficienza, la solvibilità finanziaria e l'equità dei servizi sanitari. I centri sanitari di Bamako realizzavano un pacchetto integrato di assistenza sanitaria minima per soddisfare i bisogni sanitari fondamentali della comunità, concentrandosi sull'accesso ai farmaci e sul regolare contatto tra i fornitori di assistenza sanitaria e le comunità. In base al concetto di partecipazione diretta delle comunità alla gestione e al finanziamento di scorte di farmaci essenziali, i comitati di villaggio si impegnarono in tutti gli aspetti della gestione di strutture sanitarie, con risultati positivi per la salute dell'infanzia, particolarmente nell'Africa occidentale.

Lo scopo del finanziamento comunitario consisteva nel prendere una minima parte dei fondi che le famiglie stavano già spendendo nel settore informale e combinarli con i finanziamenti da parte del governo e dei donatori per rivitalizzare i servizi sanitari e migliorarne la qualità. Gli interventi più efficaci avevano prezzi inferiori a quelli del settore privato e ricevevano sovvenzioni incrociate attraverso margini di profitto e co-pagamenti più elevati per interventi meno prioritari. La vaccinazione e la terapia di reidratazione orale venivano fornite gratuitamente. I criteri locali per l'esenzione dei poveri venivano stabiliti dalle comunità.

Sebbene seguissero percorsi diversi nell'attuazione dell'Iniziativa di Bamako, in pratica i paesi coinvolti avevano un obiettivo fondamentale in comune: fornire un pacchetto base di servizi integrati attraverso centri sanita-

ri rivitalizzati che impiegavano i pagamenti da parte degli utenti e la co-gestione comunitaria dei fondi. Un certo numero di strutture di supporto comuni venne organizzato intorno a questo programma di base, che comprendeva la fornitura di farmaci essenziali, la formazione, la supervisione e il monitoraggio.

L'"espansione in scala" rappresentò un passo cruciale del processo di attuazione dell'iniziativa. Il ritmo di tale espansione variava a seconda della disponibilità di risorse interne ed esterne, della capacità locale, della necessità di lavorare alla velocità necessaria per soddisfare i bisogni comunitari e della pressione da parte dei governi e dei donatori. La maggior parte dei paesi subsahariani che adottarono l'iniziativa impiegavano qualche forma di espansione progressiva suddivisa in fasi, e diversi paesi, soprattutto Benin, Mali e Ruanda, raggiunsero risultati significativi.

Essenzialmente, l'attuazione dell'Iniziativa di Bamako è stato un processo politico che implicò il cambiamento degli schemi prevalenti di autorità e di potere. La partecipazione della comunità alla gestione e al controllo delle risorse a livello di strutture sanitarie ha costituito il meccanismo principale per garantire agli utenti la responsabilità dei servizi di salute pubblica. I comitati sanitari che rappresentavano le comunità erano in grado di svolgere sessioni di monitoraggio durante le quali venivano stabiliti, esaminati, analizzati e comparati gli obiettivi della copertura, le entrate e le spese. Secondo le stime, l'iniziativa ha migliorato l'accesso, la disponibilità, la sostenibilità e l'uso dei servizi sanitari in ampie parti dell'Africa, ha aumentato e mantenuto i livelli di copertura della vaccinazione, e ha aumentato anche l'uso di servizi tra i bambini e le donne del quintile più povero della popolazione.

Naturalmente, l'Iniziativa di Bamako aveva i suoi limiti. L'applicazione di costi per gli utenti alle famiglie povere e il principio di recupero dei costi attrasse forti critiche e, anche se molti paesi africani adottarono questo approccio, soltanto in pochi assistettero a un aumento progressivo delle iniziative collegate. All'inizio del ventunesimo secolo, anche nei paesi in cui l'Iniziativa di Bamako è stata considerata un successo, i poveri consideravano il prezzo una barriera, e gran parte della gente non si serviva dei servizi sanitari essenziali, nonostante le esenzioni e i sussidi. La sfida che Benin, Guinea e Mali si trovano ancora ad affrontare, insieme ad altre nazioni africane che hanno adottato l'Iniziativa di Bamako, consiste nel proteggere i più poveri e nel fare in modo che i costi non impediscano l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di base da parte delle comunità povere ed emarginate.

Vedi Note, p. 106.

nuum di assistenza e la partnership). In effetti, il concetto di continuum di assistenza espande la IMCI fino a comprendere la gestione integrata delle malattie neonatali²². Una riuscita esperienza preliminare con il nuovo approccio, chiamata Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI), ossia Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia, è stata tentata e pienamente attuata in India (vedi Scheda p. 35).

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e gli approcci basati sui risultati: 2000 e oltre

Nel 2000, la speranza di vita globale era aumentata dai 47 anni dei primi anni Cinquanta a circa 65 anni. Molti paesi, però, non erano riusciti a partecipare ai miglioramenti che avevano contribuito a questo aumento di longevità, e la pandemia di AIDS minacciava di invertire tali miglioramenti nelle zone a elevata prevalenza di questa sindrome. Ciò ha portato all'inclusione di tre obiettivi relativi alla salute negli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio adottati da 189 paesi nel 2000, con scadenza nel 2015 (vedi Grafico 1.9, p. 9, per la lista completa degli OSM relativi alla salute e degli indicatori a essi associati).

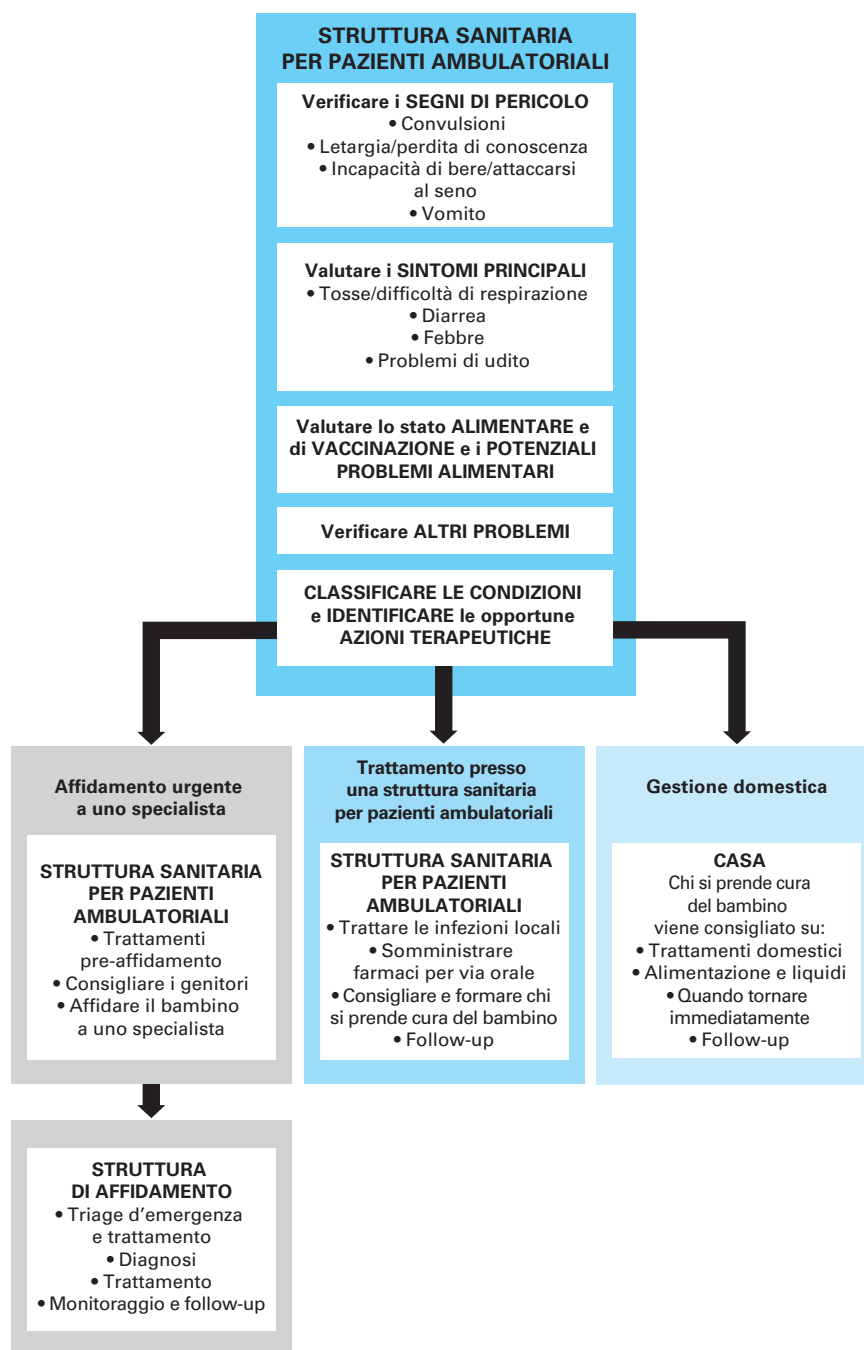
Come si è spiegato nel primo capitolo, i progressi verso gli OSM relativi alla salute sono stati meno rapidi di quanto avessero sperato gli artefici degli obiettivi stessi. Esistono serie preoccupazioni che, senza una spinta concertata e sostenuta per l'estensione dell'accesso a interventi essenziali a milioni di madri e bambini attualmente trascurati, gli obiettivi, soprattutto nell'Africa subsahariana, verranno mancati con un ampio margine.

Negli ultimi anni ha avuto luogo un certo numero di incontri ad alto livel-

Grafico 2.3

La Gestione integrata delle malattie dell'infanzia nelle strutture sanitarie per pazienti ambulatoriali, in quelle di primo livello per l'affidamento a specialisti e in casa per i bambini malati di età compresa tra i due mesi e i cinque anni

IL PROCESSO INTEGRATO DI GESTIONE DEI CASI



Fonte: WHO e UNICEF, Model Chapter for Textbooks: Integrated Management of Childhood Illness. WHO and UNICEF, Ginevra e New York, 2001, p. 6.

lo per identificare le opportunità di raggiungere gli OSM, esplorare le migliori pratiche adottabili, impegnarsi verso il conseguimento di risultati misurabili e attuare gli adattamenti istituzionali richiesti a livello nazionale, regionale o globale. La principale preoccupazione di questi incontri è rappresentata dai progressi nell'Africa

subsahariana, la regione con i tassi più elevati di mortalità materna, neonatale e infantile, ma anche quella che sta compiendo meno progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute. Al ritmo attuale la maggior parte dei 46 paesi dell'Africa subsahariana, insieme al Sudan, non riusciranno a raggiungere la maggior

parte degli OSM. Le attuali proiezioni indicano che il tasso di povertà dell'Africa subsahariana, misurato dalla percentuale di persone che vivono con meno di un dollaro al giorno, raggiungerà quasi il 40% nel 2015²³. In alcuni paesi, i tassi di mortalità sotto i cinque anni hanno ristagnato, o hanno fatto registrare addirittura

Approcci trasversali: il metodo messicano

Secondo uno dei suoi principali sostenitori, Jaime Sepulveda dell'Istituto Nazionale di Sanità messicano, l'approccio trasversale è una "fornitura dinamica, basata sull'offerta, di un insieme di interventi su vasta scala economicamente molto efficienti, che fanno da ponte tra i centri sanitari e le abitazioni private".

Gli interventi verticali rappresentano spesso il punto di partenza degli approcci trasversali, con il proposito di espandere, col tempo, il numero di questi interventi con il supporto delle strutture esistenti e degli operatori sul campo. L'approccio trasversale sottolinea l'importanza dell'integrazione e del coordinamento tra interventi verticali, iniziative su base comunitaria e strutture sanitarie o servizi di sviluppo. Tale approccio affronta, inoltre, un certo numero di questioni fondamentali applicando priorità d'intervento specifiche, tra cui la fornitura di farmaci, la progettazione di strutture, il finanziamento, lo sviluppo delle risorse umane, la garanzia di qualità e la prescrizione razionale.

Nel periodo 1980-2005 il Messico ha realizzato un certo numero di programmi verticali di successo che in seguito sono stati ampliati progressivamente. Questi programmi miravano a combattere le malattie diarroiche (la distribuzione dei sali di reidratazione orale e il programma Acqua Pulita), le malattie prevenibili tramite vaccino (giornate nazionali di vaccinazione, campagne di vaccinazione contro il morbillo, il Programma di Vaccinazione Universale, le settimane nazionali della salute), l'integrazione di vitamina A e la terapia antielmintica (settimane nazionali della salute).

PROGRESA, un programma di *cash transfer* condizionato, ideato per attrarre le famiglie più povere del paese, offriva incentivi finanziari a chi metteva in atto pratiche sanitarie e alimentari "migliorate" e manteneva i bambini a scuola. I benefici dipendevano dalla regolare frequentazione di centri sanitari in grado di fornire servizi sanitari e alimentari essenziali. Del cibo integrativo viene distribuito a tutti i bambini dai 6 ai 23 mesi e ai bambini sottopeso dai 2 ai 4 anni nelle famiglie selezionate. Il pro-

gramma è stato associato a un forte impatto positivo sulle condizioni alimentari dei bambini.

Un pacchetto più completo, che copre il continuum della salute materna, neonatale e infantile, è stato introdotto dal 2001, quando il ministero della Sanità ha lanciato l'Iniziativa *Arranque Parejo en la Vida* (Partenza paritaria nella vita). Questa iniziativa promuove, tra gli altri fattori, la partecipazione sociale e comunitaria, rafforza ed espande l'assistenza prenatale e neonatale e provvede a un'integrazione di acido folico per le donne, raggiungendo livelli di copertura elevati. Attraverso la *Seguro Popular*, un programma pubblico di assicurazione sanitaria, la salute materna e infantile è diventata un diritto.

In parte, l'approccio trasversale è emerso come risultato della ricerca compiuta sul sistema sanitario messicano e sul suo sviluppo negli ultimi 25 anni. A differenza di altri approcci, la sua genesi sembra essere emersa come risposta pratica alla crescente complessità dei profili di malattia e alle pressioni che il paese ha dovuto affrontare per mettere a punto interventi e sistemi sanitari in grado di fornire servizi di qualità, economicamente accessibili e di raggiungere le popolazioni più povere ed emarginate.

La sua attuazione ha fatto del Messico uno dei soli sette paesi sulla buona strada per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio tra i 60 scelti nel 2005 come adatti a ricevere un'attenzione prioritaria nell'ambito dell'iniziativa *Countdown to 2015* per la sopravvivenza dell'infanzia. Adesso l'approccio trasversale è stato ufficializzato e viene sostenuto dall'ex ministro della Sanità messicano, Julio Frenk, il quale ritiene che la sua struttura vada integrata in una politica sanitaria più ampia. L'approccio in questione mira a colmare le dicotomie tra approcci orizzontali e verticali, tra politiche intersettoriali e settoriali e tra impegni nazionali e internazionali offrendo una "terza via" attraverso cui interventi efficaci diventano le forze trainanti dello sviluppo del sistema sanitario.

Vedi Note, p. 106.

Grafico 2.4

Quadro concettuale per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute

Risultati nei campi sanitario, alimentare e demografico: gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio	Azioni al micro-livello: famiglie e comunità	Azioni al meso-livello: sistemi sanitari e altri settori	Azioni al macro-livello: politiche e finanziamenti
Raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute 1. <i>Eliminare la fame</i> 4. <i>Ridurre la mortalità sotto i cinque anni</i> 5. <i>Migliorare la salute materna</i> 6. <i>Combattere l'HIV e l'AIDS, la malaria e altre malattie</i> 7. <i>Garantire la sostenibilità ambientale</i>	Assistenza a livello familiare/comunitario Servizi (estesi) orientati alla popolazione	Sistemi di monitoraggio e d'informazione Formazione e supervisione Mobilitazione sociale Meccanismi finanziari equi Approvvigionamento e scorte Infrastruttura e logistica	Orientamento agli OSM e alle prove disponibili Politiche, strategie e piani a livello nazionale Documenti strategici per la riduzione della povertà (PRSPs) Approcci di settore (SWAps) Supporto di bilancio Quadro di spesa a medio termine (MTEF)
Tutelare il reddito familiare OSM1: Eliminare la povertà estrema	Assistenza individuale (clinica)		

una regressione, e i decessi dovuti all'AIDS pediatrico continuano ad aumentare.

Nonostante questa prospettiva piuttosto deprimente, un po' di speranza viene dall'esperienza di altri paesi, i cui approcci mirati hanno determinato significative diminuzioni nei tassi di mortalità infantile sotto i cinque anni²⁴. Negli ultimi anni, diversi esami dettagliati di interventi per la sopravvivenza dell'infanzia basati su prove concrete hanno riaffermato che gli interventi a basso costo esistenti possono evitare fino a due terzi dei decessi sotto i cinque anni e più della metà di quelli neonatali²⁵. Inoltre, dall'88% al 98% delle morti materne si possono prevenire²⁶.

Verso un quadro unificato per garantire risultati sanitari per madri, neonati e bambini

Negli ultimi anni i governi e i partner di sviluppo hanno rinnovato il loro impegno a raggiungere gli OSM e garantire che la loro rinnovata determinazione si traduca efficacemente in strategie congiunte o coordinate a livello regionale. Al tempo stesso, esperti di salute materna, neonatale e infantile si stanno coalizzando sempre più intorno a un insieme di principi strategici basati sulle lezioni apprese dal secolo scorso. Questi principi sono tre, e precisamente:

Un rinnovato riconoscimento dei principi dell'assistenza sanitaria di base, che sottolinei la supremazia della collabora-

zione tra famiglia e comunità per la sopravvivenza, la crescita e lo sviluppo dell'infanzia²⁷. Questo ha suscitato un rinnovato interesse in un altro principio dell'assistenza sanitaria di base, e precisamente la necessità che le alleanze comunitarie aiutino le famiglie a migliorare le loro pratiche sanitarie per i bambini e rendano i sistemi sanitari responsabili per quanto riguarda la fornitura di servizi di qualità ed economici (il Capitolo 3 esamina le alleanze comunitarie a sostegno della salute di madri, neonati e bambini, nonché le pratiche di assistenza familiare).

L'approccio "sviluppo di sistemi sanitari per ottenere risultati" alla fornitura di servizi sanitari combina tra loro i punti di forza degli approcci selettivi/verticali e

Sopravvivenza e sviluppo accelerati dell'infanzia in Africa occidentale

Un esempio più recente di approccio integrato all'assistenza sanitaria di base è rappresentato dalla Accelerated Child Survival and Development (ACSD), ossia Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia che, lanciata dai governi nazionali in cooperazione con l'UNICEF nell'Africa occidentale e centrale, mira a ridurre i tassi di mortalità neonatale (meno di un anno di età), sotto i cinque anni e materna. Il programma è nato quando l'Agenzia Internazionale Canadese per lo Sviluppo (CIDA) ha chiesto all'UNICEF di mettere a punto un progetto innovativo in grado di ridurre la mortalità infantile. Il progetto in questione ha preso il via nel 2002 in quattro paesi, coprendo 16 distretti e 3 milioni di persone. Da allora, l'ACSD è cresciuta rapidamente e, nel 2004, si rivolgeva già a più di 16 milioni di persone in distretti selezionati di 11 paesi dell'Africa occidentale e centrale dotati di tassi elevati di mortalità sotto i cinque anni. L'ACSD si concentra su tre strategie di fornitura dei servizi per aumentare la copertura in favore di donne e bambini:

- Promozione su base comunitaria di un pacchetto di pratiche familiari per la salute e l'alimentazione, impiegando prevalentemente volontari.
- Solidarietà e campagne per la fornitura di servizi e prodotti essenziali, come vaccinazione, vitamina A, trattamento antielmintico e servizi prenatali selezionati.
- Fornitura basata su infrastrutture proprie di un pacchetto integrato di assistenza minima, consistente di tutti gli interventi prioritari selezionati.

Questi interventi prioritari sono organizzati, a loro volta, intorno a tre ambiti fondati sulla forza dei programmi e degli approcci esistenti:

- Assistenza prenatale *plus* (ANC+), che offre un trattamento preventivo intermittente della malaria durante la gravidanza, l'integrazione di ferro e di acido folico, la vaccinazione antitetanica e la prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell'HIV.
- Programma esteso di vaccinazione *plus* (EPI+), comprendente vaccinazione, integrazione di vitamina A e misure antielmintiche.
- Gestione integrata delle malattie infantili *plus* (IMCI+), che copre la promozione di zanzariere trattate con insetticida, terapia di reidratazione orale, farmaci antimalarici, allattamento esclusivo al seno e alimentazione complementare.

La struttura di fornitura e d'intervento "tre per tre" è supportata da strategie trasversali studiate per affrontare i

limiti comportamentali, istituzionali e ambientali. Tra queste strategie figurano:

- *Advocacy*, mobilitazione sociale e comunicazione per il cambiamento comportamentale.
- Approccio basato sui risultati all'erogazione dei servizi a livello comunitario.
- Monitoraggio e micro-pianificazione su base distrettuale.
- Formazione integrata.
- Sistemi di fornitura "migliorati".

La strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia adotta una struttura integrativa, fondandosi sugli interventi esistenti con partner internazionali e locali. Il programma enfatizza fortemente la necessità di introdurre tale struttura nelle politiche e nei programmi a livello nazionale, come gli approcci sanitari di settore, le strategie di riduzione della povertà e gli associati quadri di spesa a medio-termine, *basket funding* e *budget support*. Sottolinea anche la necessità di aumentare le capacità a livello regionale, distrettuale e comunitario.

L'ACSD è dotata di una forte componente a base comunitaria ed è considerata un programma "incentrato sul comportamento", perché la maggior parte degli interventi – come l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticida nelle comunità afflitte da malaria endemica, il miglioramento dell'assistenza ai bambini e ai neonati malati e la promozione dell'allattamento al seno e dell'alimentazione complementare – promuove un cambiamento comportamentale. L'ACSD comprende anche una solidarietà attiva e strategie mobili essenziali per raggiungere le zone più remote.

Basato su dati preliminari presentati da team sanitari distrettuali in Ghana, questo approccio integrato, che comprende la vaccinazione, l'alimentazione neonatale e infantile, la gestione integrata delle malattie dell'infanzia e l'assistenza prenatale, sta già avendo un impatto positivo sulla copertura della vaccinazione di routine. Si stanno inoltre distribuendo zanzariere trattate con insetticida, in aggiunta alle attività di vaccinazione *plus*.

Vedi Note, p. 106.

di quelli globali/orizzontali. Questo nuovo approccio viene adottato come struttura per estendere progressivamente pacchetti di interventi a basso costo e per integrarli in un continuum di assistenza per madri, neonati e bambini. Mette in evidenza l'espansione di pratiche e interventi sanitari, alimentari e relativi all'HIV e all'AIDS, nonché all'acqua e ai servizi igienico-sanitari, basati sulle prove e a impatto elevato, e sottolinea l'importanza della rimozione di eventuali impedimenti a livello di sistema nella fornitura e nella fruizione dell'assistenza sanitaria. Ci si aspetta che questi interventi, se estesi progressivamente in maniera congiunta e applicati su vasta scala, abbiano un impatto duplice e sinergico non soltanto sulla sopravvivenza infantile ma anche sulla crescita e sullo sviluppo dell'infanzia.

© UNICEF/HQ05-2059/Donna DeCesare



I bambini piccoli hanno bisogno di un'alimentazione adeguata per iniziare la vita in modo sano. Alcuni bambini consumano un pasto in Honduras.

Questo approccio sfida la dicotomia di lunga data esistente tra gli approcci verticali per ottenere risultati e gli approcci integrati per rafforzare i sistemi, sostenendo che entrambi gli scopi possono essere realizzati adattando i sistemi sanitari in modo da raggiungere risultati concreti. Riconosce anche che è più probabile raggiungere e garantire nel tempo la sopravvivenza, la crescita e lo sviluppo ottimali del bambino se sono disponibili misure preventive per le future madri (cioè ragazze adolescenti e giovani donne), prima che i loro bambini nascano, e se queste future madri beneficiano di un continuum di assistenza inserito in un approccio integrato alla salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile (il Capitolo 4 parla in dettaglio di come estendere su vasta scala queste strategie).

Il miglioramento delle modalità di lavoro a livello nazionale e internazionale, con una forte concentrazione sul coordinamento, l'armonizzazione e il raggiungimento di risultati concreti. La comunità globale ha bisogno di un nuovo

modo di lavorare per sostenere i paesi nel loro tentativo di ampliare la portata dei loro progetti con approcci trasversali all'assistenza sanitaria di base. Armonizzare le molteplici iniziative e partnership globali relative alla salute e il sostegno dei donatori per raggiungere gli OSM relativi alla salute risulta decisivo al fine di ottenere un paradigma unificato. Tra gli altri requisiti figurano:

- Maggiore sostegno ai paesi in via di sviluppo nell'elaborazione di programmi, politiche e budget finalizzati al raggiungimento degli OSM relativi alla salute.
- Coinvolgere i donatori nel sostegno alle priorità e ai piani dei vari paesi e ad erogare finanziamenti prevedibili a lungo termine a beneficio degli OSM relativi alla salute.
- Rafforzamento dei sistemi finanziari e di altri settori per ottenere risultati relativi agli OSM.
- Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza

del sostegno multilaterale in un contesto di armonizzazione da parte delle Nazioni Unite, sollecitando un senso collettivo di urgenza a livello globale finalizzato al raggiungimento degli OSM relativi alla salute.

- Cambiamento dei modi istituzionali di fare affari, finalizzato a raggiungere i traguardi degli OSM; sviluppo di un approccio più sistematico e più consistente alla gestione della conoscenza e all'apprendimento.
- Capacità di cogliere l'opportunità rappresentata dal rinnovato interesse per i risultati in campo sanitario.
- Riconoscimento del fatto che il ruolo svolto dalla società civile e dal settore privato risulterà decisivo per il successo delle varie iniziative (il Capitolo 5 parla proprio di questa nuova modalità di lavorare).

Il Grafico 2.4 dimostra la complementarità di questi nuovi principi strategici per il raggiungimento degli Obiettivi di

L'HIV e l'AIDS in Africa e il loro impatto su donne e bambini

Elizabeth N. Mataka, Inviato speciale del Segretario generale delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS in Africa

È scoraggiante osservare che quasi la metà di tutti gli adulti che vivono con l'HIV nel mondo è costituita da donne. Nella sola Africa subsahariana, su 23 milioni di adulti tra i 15 e i 49 anni affetti da HIV, 13,1 milioni, ovvero il 57%, sono donne. Nello Zambia, per esempio, le donne e le bambine sono altamente vulnerabili all'HIV e all'AIDS, e le donne tra i 15 e i 24 anni hanno tre volte più probabilità di essere colpite rispetto ai maschi della stessa fascia di età. Il sacrificio che l'HIV ha inflitto alle donne, soprattutto quelle africane, è stato abbondantemente sottovalutato. Neanche i bambini sono stati risparmiati dagli effetti dell'AIDS, e l'impatto di questa sindrome è davvero devastante. Secondo le stime, alla fine del 2006 erano 2,3 milioni i bambini di meno di 15 anni che vivevano con l'HIV.

Molti bambini continuano a perdere i genitori a causa dell'AIDS, e questo ha determinato un numero in continuo aumento di orfani; secondo le previsioni, entro il 2010 saranno circa 15,7 milioni, soltanto nell'Africa subsahariana, i bambini resi orfani dall'AIDS. I bambini soffrono a lungo prima che i loro genitori muoiano, soprattutto le bambine, che magari vengono tolte dalla scuola per badare ai genitori malati, soprattutto le loro madri. Quando i genitori muoiono, è possibile che i bambini debbano trasferirsi altrove, perdendo gli amici e abbandonando gli ambienti familiari in cui si trovavano a loro agio. La vera entità del trauma patito da questi bambini resta ignota, perché in Africa non esistono servizi di consulenza per l'infanzia. Direi che l'accento è stato posto soprattutto sui bisogni fisici, visibili, trascurando i bisogni psicologici dei bambini, più complessi e impegnativi da affrontare.

I bambini non possono più fare affidamento sul supporto del tradizionale sistema familiare esteso, che forniva assistenza e sostegno agli anziani, agli orfani e a qualunque membro vulnerabile e svantaggiato della famiglia. Questo meccanismo, che permetteva di affrontare le difficoltà, è stato sopraffatto dalla povertà e dal crescente numero di bambini di cui prendersi cura, dato che l'AIDS colpisce i membri più produttivi della famiglia nel fiore dei loro anni produttivi e riproduttivi. Di conseguenza talvolta i bambini sono finiti in case già fin troppo oberate, dove non sono veramente i benvenuti o sono costretti a vivere per le strade delle principali città africane.

Tutti i bambini hanno bisogno di un tetto sulla testa, di un'alimentazione appropriata, dell'educazione da parte dei genitori e di strutture di supporto che aiutino a crescerli e a dar loro una rinnovata speranza per il futuro. Senza l'educazione e la socializzazione offerte dai genitori e da chi si

prende cura di loro, i bambini non possono acquisire le capacità e le conoscenze di cui hanno bisogno per diventare adulti pienamente produttivi della società. L'HIV e l'AIDS si stanno lasciando dietro una generazione di bambini cresciuti da nonni.

La disparità in termini di condizioni socio-economiche tra gli uomini e le donne contribuisce notevolmente ad alimentare la diffusione dell'AIDS, soprattutto tra le donne e le adolescenti. Le norme culturali e i matrimoni precoci aumentano ulteriormente la vulnerabilità alle infezioni delle ragazze. Una scarsa comunicazione in materia di questioni sessuali limita inoltre la loro capacità di negoziare pratiche più sicure, e può costringere le donne a mantenere rapporti rischiosi. I problemi socio-economici, poi, possono limitare l'accesso delle donne alla consulenza e al trattamento. In una situazione di questo tipo, le donne non hanno proprietà né accesso a risorse finanziarie, e sono quindi dipendenti, per il sostegno necessario, da mariti, padri, fratelli e figli. Prive di risorse, le donne sono soggette alla violenza sessuale, e la minaccia di questa violenza limita anche la loro capacità di proteggersi dall'HIV e dall'AIDS.

La crisi è ben lungi dalla conclusione. I governi africani devono impegnarsi a potenziare iniziative in grado di aumentare le capacità degli individui, e soprattutto delle donne e dei bambini, di proteggersi. L'*empowerment* delle donne non dovrebbe essere più affrontato sotto la dicitura generale di "Integrazione di genere in tutti gli aspetti dello sviluppo". L'*empowerment* delle donne, come pure il sostegno agli orfani e ai bambini più vulnerabili, deve passare al livello successivo, quello dei programmi mirati, dotati di scadenze precise, ben finanziati e capaci di ottenere risultati misurabili.

C'è bisogno di un maggior sostegno a beneficio di iniziative che vadano "oltre la consapevolezza", ossia che si concentrino sullo sviluppo di capacità professionali, la promozione della salute su base comunitaria, il vivere in modo propositivo, l'uguaglianza di genere e l'accesso universale alla prevenzione, all'assistenza e al trattamento.

Le ramificazioni della pandemia dell'AIDS sono molteplici e hanno effetti negativi su ogni aspetto dello sviluppo. C'è ancora molto da lavorare in Africa per far sì che la risposta risulti commisurata alle sfide poste, sul piano sia umano sia finanziario, dall'HIV e dall'AIDS. C'è bisogno di una prevenzione sostenuta a lungo termine, di programmi di assistenza e di supporto, nonché di un'erogazione costante, prevedibile e sostenuta di risorse. C'è bisogno anche dell'*empowerment* delle donne e di cambiamenti nelle pratiche culturali che le discriminano.

Vedi Note, p. 106.

Partnership per la salute di mamme, neonati e bambini

La partnership per la salute di mamme, neonati e bambini (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health o PMNCH), lanciata nel settembre 2005, riunisce 180 comunità partecipanti, composte appunto da madri, neonati e bambini, in un'alleanza finalizzata alla riduzione della mortalità e della morbidità. La PMNCH è il prodotto dell'alleanza fra le tre partnership principali per la salute materna, neonatale e infantile: la Partnership per la maternità sicura e la salute neonatale, presso l'OMS a Ginevra; la Partnership per il neonato sano, presso Save the Children USA; e la Partnership per la sopravvivenza dell'infanzia, presso l'UNICEF a New York.

La partnership si concentra su quattro ambiti di lavoro fondamentali:

- **L'advocacy**, che rappresenta la sua missione principale, per aumentare il profilo della salute materna, neonatale e infantile nei programmi politici e per esercitare pressioni al fine di ottenere più risorse, finanziarie e d'altro genere.
- La promozione e la valutazione di **interventi efficaci, basati su prove concrete**, per un'espansione progressiva, con una particolare attenzione rivolta alla riduzione delle ineguaglianze in materia di accesso all'assistenza sanitaria.

- **Il sostegno dei vari paesi** per inserire l'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini nei piani nazionali per lo sviluppo e gli investimenti, rafforzare i sistemi sanitari e migliorare l'equità della copertura.
- **Il controllo e la valutazione** della copertura degli interventi prioritari, dei progressi verso il raggiungimento degli OSM 4 e 5 e dell'equità nella copertura, in modo da responsabilizzare le parti interessate.

I membri della PMNCH sono divisi in sei gruppi di sostenitori: istituzioni accademiche e di ricerca, professionisti dell'assistenza sanitaria, agenzie dell'ONU, organizzazioni non governative, donatori e fondazioni, e infine governi.

La partnership mira a porre, entro il 2010, almeno il 50% dei 60 paesi identificati dal *Countdown to 2015* per la sopravvivenza dell'infanzia sulla buona strada verso il raggiungimento degli OSM 4 e 5. Un principio caratterizzante del suo lavoro è rappresentato dalla produzione di un continuum di assistenza che consenta di affrontare l'assistenza alle madri, ai neonati e ai bambini in maniera integrata, a livello di tempo (gravidanza, nascita, periodi neonatale e infantile) e di luogo (casa, comunità e strutture sanitarie).

Vedi Note, p. 106.

Sviluppo del Millennio relativi alla salute. Fa capire chiaramente che, anche se gli OSM verranno determinati principalmente a livello di famiglie e di comunità, il loro raggiungimento richiede che le famiglie e le comunità ricevano sostegno dai sistemi sanitari e da altri settori. C'è bisogno di politiche e di finanziamenti a livello sia globale sia nazionale, in modo da consentire ai sistemi sanitari e ad altri settori di supportare le famiglie e le comunità e di garantire la responsabilità per ottenere risultati²⁸.

Partire dalle lezioni apprese

Come ha dimostrato questo breve esame, la comunità che ruota intorno alla salute pubblica sta continuamente imparando ed evolvendosi. Esiste un bisogno di concentrarsi su strategie di provata efficacia mirate a combattere le principali cause di decessi infantili, e per

riuscirci bisogna prevedere interventi nell'ambito di un continuum di assistenza che impegni comunità e famiglie, da aggiungere alla solidarietà e all'assistenza basate su infrastrutture proprie.

I sistemi sanitari devono essere rafforzati e ampliati per sostenere nuove iniziative, comprese le alleanze comunitarie, e devono essere appoggiati da forti leadership e da un impegno altrettanto forte a livello nazionale e internazionale.

Inoltre, le numerose istituzioni coinvolte nelle iniziative per la sopravvivenza delle madri e dei bambini, nonché in quelle in ambito sanitario e alimentare, devono lavorare insieme in maniera efficace.

Secondo un principio dominante emerso dall'esame di sei decenni di approcci alla sopravvivenza e alla salute dell'infanzia, nessun singolo approccio è applicabile a tutte le circostanze.

L'organizzazione, la fornitura e l'orientamento dei servizi di assistenza sanita-

ria devono essere personalizzati in modo da potersi adattare ai limiti delle risorse umane e finanziarie, al contesto socio-economico, alle capacità correnti del sistema sanitario e, infine, all'urgenza di raggiungere dei risultati.

Il Capitolo 3, che sottolinea l'imperativo di sviluppare sistemi sanitari capaci di erogare un continuum di assistenza di fornire e si concentra sui benefici dell'impiego di alleanze comunitarie in paesi dotati di sistemi sanitari deboli, mostrerà in che modo vengono utilizzate le conoscenze acquisite. I risultati sono spesso promettenti e talvolta notevoli, ma si può fare molto di più, e c'è molto di più da imparare riguardo all'espansione progressiva di questi approcci per raggiungere milioni di madri, neonati e bambini che attualmente vivono e muoiono senza avere accesso a un'assistenza sanitaria di qualità.



SOMMARIO

Per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute bisognerà rafforzare i sistemi sanitari a tutti i livelli: servizi dotati di infrastruttura propria, programmi ufficiali di salute pubblica e alleanze comunitarie. La consistenza di prove dimostra che le pratiche sanitarie “migliorate” in comunità e in famiglia, combinate con le opportunità di affidare al sistema sanitario chi ne avesse bisogno, possono avere un forte impatto sulla riduzione della mortalità sotto i cinque anni. Di conseguenza, i sistemi sanitari integrati e l’assistenza sanitaria di base a livello di comunità stanno ricevendo ancora una volta un’attenzione e un rilievo maggiori nelle politiche nazionali, nelle alleanze e nei programmi sanitari a livello internazionale.

L’esperienza dimostra che le alleanze comunitarie di successo si basano su diversi fattori comuni: forme coesive

e inclusive di organizzazione e partecipazione a livello comunitario, assistenza e incentivi per gli operatori sanitari, supervisione e supporto adeguati del programma, sistemi efficaci di rimando a forme di assistenza basate su infrastrutture proprie, cooperazione e coordinamento con altri programmi e settori, finanziamenti sicuri e integrazione con i programmi e le politiche a livello distrettuale e nazionale.

Il fatto che le alleanze comunitarie possano contare su una guida e una partecipazione a livello nazionale risulta essenziale per garantire la sostenibilità e favorire l’espansione. I governi nazionali, infatti, rivestono un ruolo decisivo nello sviluppo e nell’attuazione delle politiche volte ad abbassare le barriere all’assistenza sanitaria di base, a migliorare la qualità e l’efficienza dei fornitori del servizio e ad aumentare la responsabilità pubblica.

Le alleanze comunitarie sono essenziali per ridurre la mortalità materna, neonatale e sotto i cinque anni. *Un’operatrice per lo sviluppo comunitario al lavoro, India.*

Lo sviluppo di politiche sanitarie efficaci e concentrate sull’infanzia e la costruzione di istituzioni forti in grado di collegare le comunità e i sistemi sanitari rappresentano passi fondamentali per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute, perché in molti paesi, per ottenere progressi significativi, gli aumenti della spesa sanitaria dovranno essere accompagnati da sostanziali miglioramenti dell’ambiente politico. I donatori, a loro volta, devono riunirsi dietro le politiche e le strategie nazionali per il miglioramento della sopravvivenza delle madri e dei bambini, della salute e dell’alimentazione e, insieme ai governi, devono investire risorse umane e finanziarie per ampliare e rafforzare le alleanze comunitarie.

Alleanze comunitarie nell'assistenza sanitaria di base per madri, neonati e bambini

Il ruolo e l'importanza delle alleanze comunitarie

Quando i neonati e i bambini si ammalano, sono le loro famiglie, e in particolare i genitori e altri tutori principali, a rappresentare la prima assistenza. I membri della famiglia, soprattutto le madri, si incaricano della diagnosi primaria della malattia, valutandone la gravità e i probabili esiti; scelgono le forme di cura e assistenza, tra cui il trattamento domestico, e procurano e somministrano farmaci e altri rimedi. Sono le famiglie e chi si occupa dei bambini a prendere le decisioni come quelle relative all'opportunità di cercare una regolare assistenza sanitaria per le donne incinte o per i bambini malati, o di adottare determinate pratiche alimentari e igieniche.

Dare potere alle comunità e alle famiglie, in modo da renderle partecipi dell'assistenza sanitaria e dell'alimentazione delle madri, dei neonati e dei bambini, è un modo logico di migliorare l'assistenza, soprattutto in paesi e comunità in cui l'assistenza sanitaria di base e i servizi ambientali sono carenti. L'imperativo della partecipazione della comunità all'assistenza sanitaria e all'alimentazione per gli individui e le famiglie è stato formalizzato quasi tre decenni fa, insieme al movimento che

ha portato al concetto di assistenza sanitaria di base completa concretizzata nella Dichiarazione di Alma-Ata del 1978¹. È chiaro da tempo che, senza la partecipazione delle comunità, l'obiettivo "assistenza sanitaria per tutti" rimarrà gravemente disatteso, soprattutto nelle aree più marginalizzate e impoverite².

I benefici noti delle alleanze comunitarie fanno parte dell'esperienza di apprendimento necessaria per migliorare l'assistenza sanitaria a lungo termine. La partecipazione comunitaria viene considerata un meccanismo per ridurre ed eliminare i profondi divari tra conoscenze, politiche e azioni che ostacolano i tentativi di affrontare gli aspetti dell'assistenza relativi alla domanda e all'offerta³.

L'importanza della partecipazione all'assistenza sanitaria, alle pratiche igieniche, ai servizi alimentari, idrici e igienico-sanitari va oltre i benefici diretti per i membri della comunità, che in questo modo si impegnano in attività che possono avere effetti positivi sulla loro salute. Costituisce il cuore di un approccio al progresso umano basato sui diritti. La partecipazione è decisiva per consentire alle persone di raggiungere la pienezza delle proprie capacità e di esercitare il loro diritto a impegnarsi

negli affari pubblici e comunitari, nonché per favorire l'equità, l'eguaglianza e l'autonomia, tutte caratteristiche fondamentali per uno sviluppo umano sostenibile e per gli obiettivi di patti internazionali come la Dichiarazione universale dei diritti umani, la Convenzione sui diritti dell'infanzia, la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna e la Dichiarazione del Millennio.

Una molteplicità di alleanze comunitarie

Non esiste una definizione universale di comunità nella letteratura sulla salute pubblica, pertanto questo termine può essere definito in modo più ampio o più ristretto, a seconda delle circostanze. Intuitivamente e in pratica, però, la parola "comunità" si riferisce spesso a un gruppo di persone residenti in una zona geografica specifica che hanno degli interessi e un patrimonio in comune, oltre che beni in proprietà. Queste persone possono anche avere in comune la mancanza di un'assistenza sanitaria di qualità, di un'alimentazione adeguata, dell'acqua e di servizi igienico-sanitari sicuri⁴.

In base a questa definizione ampia di comunità, le alleanze comunitarie rappresentano sostanzialmente approcci e



© UNICEF/HQ05-2186/Giacomo Pirozzi

Il sostegno alle donne incinte attraverso la solidarietà a livello comunitario migliora l'assistenza sia per la madre sia per il bambino. *Consulenza sull'HIV per donne incinte presso un centro sanitario locale, Repubblica Democratica del Congo.*

comunità stesse. I vari membri delle comunità possono avere patrimonio culturale e interessi in comune e patire condizioni di povertà, discriminazioni e privazioni di autonomia simili, ma membri diversi avranno ognuno necessità, preoccupazioni e aspettative specifici in relazione all'assistenza sanitaria. È probabile che le comunità comprendano anche degli individui forti, potenzialmente capaci tanto di agevolare quanto di ostacolare un programma sanitario, a seconda del loro punto di vista o dei loro interessi.

strategie che cercano di impegnare attivamente i membri della comunità nella propria assistenza sanitaria e nel proprio benessere, insieme a quelli dei loro figli e delle altre persone a loro carico.

Le varie alleanze comunitarie per la salute materna, neonatale e infantile possono essere molto diverse tra loro. Alcune sono su piccola scala, dato che coinvolgono soltanto qualche migliaio o addirittura qualche centinaio di persone, mentre altre, come la Rete brasiliana di operatori sanitari di comunità o il Programma Operatrici Sanitarie in Pakistan, comprendono migliaia di lavoratori che beneficiano milioni di bambini e di donne. Alcuni programmi enfatizzano aspetti dell'offerta, come l'erogazione del servizio attraverso operatori sanitari di comunità, mentre altri si concentrano maggiormente su iniziative sul fronte della domanda, in modo da mobilitare la richiesta sociale di responsabilità e di risultati da parte dei governi. Alcune iniziative per gli operatori sanitari di comunità fanno affidamento sulla partecipazione di volontari, mentre altre comprendono pagamenti

in natura, parziali o in contanti. Alcuni programmi di comunità ricevono sostegno a livello nazionale e vengono integrati nelle politiche di settore e nel sistema sanitario più ampio, mentre altri devono ancora essere incorporati, del tutto o in parte⁵.

La molteplicità di programmi e approcci alla partecipazione della comunità nell'ambito dell'assistenza sanitaria riflette, almeno in parte, la diversità delle varie comunità. Ognuna ha le proprie caratteristiche sociali, la propria struttura organizzativa e i propri legami con altri gruppi. Per essere efficaci, i programmi diretti alle comunità devono pertanto adattarsi al contesto e ai bisogni locali ed essere sentiti propri dalla comunità specifica a cui si rivolgono.

L'adattamento delle strategie ad ambienti specifici è un procedimento complesso perché le comunità, come i paesi e le regioni, sono spesso entità eterogenee. Marcate differenze esistono non soltanto tra le comunità in un particolare paese o distretto, ma anche all'interno delle

Nonostante queste differenze, le prove disponibili e le osservazioni compiute consentono di individuare fattori comuni negli approcci all'assistenza sanitaria e all'alimentazione basati sulle comunità. Uno scopo comune a tutti è che i programmi comunitari aumentino il potenziale della popolazione locale di accedere a servizi e interventi sanitari. In aggiunta a questo, tali programmi sono dotati del potenziale necessario per accelerare i progressi relativi al cambiamento comportamentale, alle pratiche assistenziali e alla ricerca di assistenza, nonché di conferire alle comunità e alle famiglie il potere di chiedere servizi di qualità⁶. Altri aspetti comuni degli approcci su base comunitaria all'assistenza sanitaria e all'alimentazione sono illustrati nella scheda a pagina 48.

Fattori di successo nelle alleanze comunitarie

Diversi fattori comuni si ritrovano negli approcci basati sulla comunità che hanno avuto successo. In qualunque ambiente, l'attuazione dipende dal con-

Pratiche fondamentali per gli interventi di assistenza sanitaria a livello comunitario

Alcune agenzie, tra cui l'UNICEF e l'OMS, hanno concordato su 12 pratiche domestiche fondamentali che possono contribuire a promuovere la sopravvivenza, la salute e l'alimentazione dell'infanzia nelle comunità:

- **Allattamento esclusivo al seno:** L'allattamento esclusivo al seno dalla nascita ai sei mesi (le madri risultate positive all'HIV hanno bisogno di consigli sulle possibili alternative all'allattamento al seno).
- **Alimentazione complementare:** Nutrire i bambini, a partire dai sei mesi, con cibi complementari altamente nutritivi, continuando contemporaneamente ad allattare al seno per almeno due anni, potrebbe prevenire più del 10% i decessi per diarrea e infezioni respiratorie acute, soprattutto la polmonite, e aumentare la resistenza al morbillo e ad altre malattie.
- **Integrazione di micronutrienti:** Il miglioramento dei livelli di assunzione di vitamina A attraverso la dieta o con integratori in comunità dove è carente, potrebbe ridurre del 20% la mortalità dei bambini tra i sei mesi e i cinque anni.
- **Igiene:** Migliori pratiche igieniche e lo smaltimento sicuro degli escrementi, potrebbero ridurre del 35% l'incidenza della diarrea.
- **Immunizzazione:** La vaccinazione contro il morbillo per i bambini di meno di un anno potrebbe prevenire la maggior parte delle morti collegate a questa malattia. Chi si prende cura dei bambini dovrebbe assicurarsi che completino una serie di vaccinazioni (bacillo Calmette-Guérin, vaccino contro difterite, pertosse e tetano, vaccino antipolio orale e vaccino contro il morbillo) prima di compiere un anno.
- **Prevenzione della malaria:** L'uso di zanzariere trattate con insetticida nelle famiglie che vivono in zone in cui la malaria è endemica dovrebbe ridurre del 23% i decessi infantili collegati a questa malattia.
- **Assistenza psicosociale e sviluppo:** Promuovere lo sviluppo mentale e sociale rispondendo ai bisogni di assistenza

di un bambino parlandoci, facendolo giocare, offrendogli un ambiente stimolante.

- **Alimenti e liquidi per i bambini malati:** Continuare a nutrire e a offrire una maggior quantità di liquidi, tra cui il latte materno, ai bambini malati.
- **Trattamento domestico:** Offrire ai bambini malati un trattamento domestico appropriato per le infezioni.
- **Ricerca di assistenza:** Riconoscere quando i bambini malati hanno bisogno di un trattamento fuori di casa e cercare l'assistenza necessaria dai fornitori appropriati.
- **Pratiche adeguate:** Seguire i consigli dell'operatore sanitario a proposito del trattamento, del follow-up e dell'affidamento a uno specialista.
- **Assistenza prenatale:** Ogni donna incinta dovrebbe ricevere adeguate cure prenatali sottoponendosi ad almeno quattro visite prenatali con un operatore sanitario qualificato e ricevendo le dosi raccomandate di vaccino con tossoide di tetano. La madre merita anche sostegno dalla famiglia e dalla comunità nella ricerca di assistenza al parto e durante il periodo post parto e l'allattamento.

Tra le altre pratiche importanti a protezione dell'infanzia figurano l'erogazione di assistenza a persone affette da HIV e AIDS, soprattutto orfani e bambini vulnerabili, la protezione dei bambini da lesioni e incidenti, da abusi e negligenza, e il coinvolgimento dei padri nella cura dei loro figli.

Con il necessario supporto e la distribuzione di prodotti e servizi, molte di queste pratiche possono essere svolte dagli operatori sanitari della comunità. Il coinvolgimento della comunità risulta più appropriato per quegli aspetti dell'assistenza sanitaria e dell'alimentazione che interessano quotidianamente i membri della comunità stessa: l'alimentazione del neonato e del bambino piccolo, altre pratiche assistenziali, l'acqua e i servizi igienico-sanitari.

Vedi Note, p. 107.

testo locale. Identificare i fattori di successo non è soltanto un modo positivo di valutare i programmi e "imparare facendo", è anche molto più facile che cercare di separare dai fattori contestuali gli elementi che non hanno funzionato in un programma comunitario. Di conseguenza, mentre la scheda a pagina 48 elenca diverse sfide comuni per le alleanze comunitarie nel campo dell'assistenza sanitaria di base, il capitolo si

concentrerà prevalentemente sull'identificazione e sulla spiegazione dei principi comuni delle iniziative di successo.

I fattori di successo ricavati dalle prove e dall'esperienza vengono identificati come segue e successivamente riassunti. Essi comprendono:

- Organizzazione e partecipazione comunitarie coesive e inclusive.

- Supporto e incentivi per gli operatori sanitari della comunità.
- Supervisione e supporto del programma.
- Efficaci sistemi di affidamento all'assistenza basata su infrastrutture proprie.
- Cooperazione e coordinamento con altri programmi e settori.

- Finanziamento sicuro.
- Integrazione di programmi e politiche a livello distrettuale e nazionale.

Ognuno di questi principi viene brevemente riassunto nelle pagine seguenti.

Organizzazione e partecipazione comunitarie coesive e inclusive

L'organizzazione coesiva e inclusiva è una caratteristica fondamentale delle alleanze comunitarie di successo.

Le comunità funzionano con norme e pratiche affermate che spesso risultano profondamente radicate nel patrimonio sociale, religioso o culturale. Si è scoperto che i programmi che rispettano questo patrimonio figurano tra gli approcci all'assistenza sanitaria e all'alimentazione di maggior successo su base comunitaria. In Asia, per esempio, le iniziative su vasta scala intraprese in Bangladesh (BRAC), in India (Jamkhed e altre), in Pakistan (Lady Health Workers) e in altri paesi sono state guidate da organizzazioni locali, spesso da

gruppi di donne. Questi gruppi si sono basati su strutture già affermate all'interno delle comunità che si estendono ad altri ambiti dello sviluppo, tra cui l'istruzione e il credito, oltre alla salute⁷.

L'organizzazione, da sola, non basta ad apportare cambiamenti durevoli. Per risultare veramente efficace e di portata universale, la partecipazione comunitaria deve essere socialmente inclusiva. Dato che le comunità hanno spesso composizione e struttura eterogenee, stabilire un'alleanza comunitaria social-

Aspetti comuni e sfide delle alleanze comunitarie nell'ambito della salute e dell'alimentazione

Scopo principale

- Ridurre la mortalità e la morbidità di madri, neonati e bambini.

Obiettivi

- Migliorare l'accesso ai servizi preventivi e per la cura di base.
- Favorire il contatto diretto e più frequente tra gli operatori sanitari, chi si prende cura dei bambini, le madri e tra i bambini stessi.
- Incoraggiare un cambiamento comportamentale sostenibile.
- Supportare le pratiche assistenziali.
- Sollecitare la mobilitazione sociale da parte della comunità per richiedere servizi migliori e responsabilità precise.

Caratteristiche fondamentali

- Le attività relative all'assistenza sanitaria e all'alimentazione hanno luogo al di fuori delle strutture sanitarie ufficiali.
- Gli operatori sanitari comunitari, di solito volontari o lavoratori part-time, hanno spesso un ruolo fondamentale nell'erogazione di servizi essenziali e nella promozione di pratiche di assistenza migliori.
- La formazione, il supporto e la supervisione per gli operatori sanitari della comunità sono caratteristiche fondamentali dei programmi.
- Esiste spesso un sito di riferimento, situato nelle vicinanze geografiche, per la fornitura di servizi o di visite a domicilio.
- Un'organizzazione comunitaria sostiene il programma e contribuisce non solo alla sua amministrazione e attua-

zione, ma spesso anche alla sua progettazione e alla sua valutazione.

- Fanno parte del programma anche altri aspetti dell'assistenza sanitaria di base, soprattutto quelli che riguardano l'acqua, le strutture igienico-sanitarie e gli interventi agricoli.

Ulteriori caratteristiche comuni ad alcune ma non a tutte le associazioni comunitarie

- Affidamento a forme di assistenza basate su infrastrutture proprie.
- Supporto da parte di operatori solidali.
- Integrazione dei programmi nel settore sanitario più ampio.
- Integrazione in programmi e politiche di sviluppo a livello nazionale.
- Misure per rafforzare l'ambiente di sostegno, per esempio attraverso iniziative per l'uguaglianza di genere.

Limiti comuni delle alleanze comunitarie

- Mancanza di operatori sanitari della comunità che offrano servizi di qualità.
- Coordinamento inadeguato di partecipanti diversi tra loro.
- Finanziamenti insufficienti per le attività a livello di comunità.
- Fornitura irregolare di farmaci e beni.
- Sostegno e supervisione insufficienti degli operatori sanitari di comunità.
- Pratiche tradizionali radicate per la cura del bambino.
- Condizione economica svantaggiata delle donne.

Vedi Note, p. 107.

mente inclusiva può rivelarsi impegnativo, ma anche stimolante. Schemi di vecchia data, che portano all'esclusione e alla discriminazione in base al genere, alla religione, all'etnia o all'invalidità, possono limitare la portata degli interventi. Anche le divisioni tra membri della stessa comunità possono affondare le loro radici in eventi e circostanze più recenti, come i conflitti civili e lo stigma legato all'AIDS e all'HIV⁸.

Anche quando le comunità hanno organizzazioni rispettate e socialmente inclusive, la loro partecipazione ai programmi non è automatica. Sono necessarie attività di patrocinio e di comunicazione per consentire alle organizzazioni comunitarie di dichiarare le loro preferenze e le loro necessità in materia di assistenza sanitaria, alimentazione, acqua e servizi igienico-sanitari. Una volta che un programma viene lanciato e attuato, i membri della comunità devono poterne constatare i progressi verso i loro obiettivi dichiarati, sia a livello individuale sia collettivo. Man mano che i programmi vanno avanti, ne andrebbe valutata regolarmente anche la continua rilevanza⁹.

I programmi che limitano la partecipazione comunitaria alla realizzazione corrono il rischio di essere poco sentiti a livello locale, col risultato che la partecipazione sarà probabilmente incerta e inconsistente¹⁰. Gli incontri periodici di organizzazioni comunitarie coinvolte nei programmi comunitari costituiscono una componente importante e necessaria della partecipazione. A questi incontri, i risultati e le prove possono venire discussi nell'ambito delle attività di pianificazione, monitoraggio e valutazione.

Supporto e incentivi per gli operatori sanitari della comunità

Gli operatori sanitari della comunità vengono considerati parte integrante

© UNICEF/HQ07-0463/Christine Nesbitt



I leader del villaggio possono essere forti sostenitori della promozione di interventi sanitari essenziali all'interno delle comunità. *Un capo di distretto vaccina suo figlio contro la poliomielite, Nigeria.*

dei programmi su base comunitaria, poiché fungono da ponte tra il personale sanitario professionale e la comunità, e aiutano le comunità a individuare i propri bisogni sanitari e a prendersene cura.

Gli operatori sanitari di comunità sono generalmente i principali agenti del trattamento, dell'educazione e della consulenza a livello comunitario, di solito attraverso visite a domicilio. Frequentano anche le strutture sanitarie locali, ottengono e distribuiscono scorte di medicinali e di altri prodotti essenziali, partecipano a incontri comunitari e adempiono alle loro responsabilità nella gestione dei programmi.

Tra i loro doveri figurano spesso anche la partecipazione a incontri a livello locale, distrettuale e regionale per la formazione e il *feedback*, nonché il compito di rappresentare la comunità nel dialogo con altre comunità e con il personale sanitario governativo.

Poiché sono in grado di raggiungere i bambini vulnerabili che altrimenti potrebbero non avere accesso ai servizi sanitari di base, gli operatori sanitari della comunità si sono rivelati particolarmente efficaci nel miglioramento dei risultati relativi alla sopravvivenza infantile attraverso progetti attuati in paesi diversi tra loro come Ecuador, Etiopia, Colombia e Nepal. La riuscita estensione di questi progetti in varie parti del mondo in via di sviluppo conferma il potenziale degli operatori sanitari nell'erogazione di servizi sanitari ai bambini che vivono in zone remote e nel soddisfacimento della richiesta di servizi sanitari regolari in paesi dotati di sistemi sanitari deboli.

I tentativi di estendere i programmi relativi agli operatori sanitari di comunità, di cui si parla più approfonditamente nel Capitolo 4, possono trovarsi a dover affrontare ostacoli e battute d'arresto. In effetti, il semplice fatto di riuscire a mantenere una struttura e un

numero di partecipanti adeguati rappresenta una delle maggiori sfide da affrontare. I programmi esistenti, indipendentemente dalla loro estensione, devono fare i conti con attività formative scadenti, supervisione inadeguata, mancanza di scorte e rapporti insoddisfacenti con le comunità che intendono servire. La demotivazione nei programmi relativi agli operatori sanitari di comunità risulta spesso elevata. Un esame, ad esempio, ha rilevato, per un periodo di nove mesi, un livello di disinteresse pari al 30% in Senegal e al 50%, per un periodo di due anni, in Nigeria. Analoghe sfide da affrontare sono state individuate in India, Sri Lanka e Repubblica Unita di Tanzania¹¹.

La demotivazione è collegata a molteplici fattori. Adempiere alle responsabilità di un operatore sanitario di comunità richiede tempo e risorse finanziarie, e può implicare costi significativi a livello di opportunità. Gli operatori sanitari di comunità, soprattutto quelli volontari oppure pagati in natura o soltanto in parte, possono avere obblighi da rispettare e necessitare di un reddito per mantenere le loro famiglie. Se le richieste in termini di tempo e risorse si dimostrano eccessive, c'è il rischio che non funzionino efficacemente come operatori sanitari o si ritirino dalle alleanze comunitarie.

La sostenibilità dei programmi per ope-

riori sanitari di comunità dipende dalla creazione di un pacchetto di incentivi per prevenire la demotivazione. Questi pacchetti varieranno a seconda degli ambienti, riflettendo le diverse funzioni che gli operatori sanitari di comunità ricoprono in comunità differenti. Ma tutti devono necessariamente concentrarsi su priorità che comprendano la necessità di compensare gli operatori sanitari di comunità per le opportunità economiche a cui hanno dovuto rinunciare, la garanzia di una supervisione e di un supporto adeguati tra pari, l'offerta di opportunità di crescita e sviluppo a livello personale e la creazione di un forte sistema di sostegno all'interno della comunità¹².

India: ridurre la denutrizione attraverso le alleanze comunitarie

La sfida

Nonostante i notevoli miglioramenti verificatisi nell'economia del paese, in India la denutrizione continua a rappresentare un problema. Nel 1999 il National Family Health Survey scoprì che il 47% di tutti i bambini sotto i tre anni era sottopeso, con una prevalenza media più elevata di quella dell'Africa subsahariana. Dati provenienti dal ciclo più recente di indagini, completato nel 2006, mostrano soltanto una diminuzione molto esigua, con i livelli di denutrizione che rimangono intorno al 45% per i bambini sotto i tre anni; in diversi stati, come il Madhya Pradesh e il Bihar, i livelli di denutrizione sono addirittura aumentati rispetto all'indagine precedente. Tra i motivi di questa elevata prevalenza figurano le conoscenze inadeguate di chi si prende cura dei bambini in materia di corretta alimentazione soprattutto dei neonati e dei bambini piccoli, le frequenti infezioni aggravate dalla cattiva igiene, l'elevata pressione demografica, la condizione svantaggiata delle donne e delle bambine e dei livelli sub-ottimali dei servizi sociali.

Per combattere la denutrizione dei bambini piccoli, il governo dell'India fa affidamento in gran parte sul Piano per lo sviluppo integrato dell'infanzia (Integrated Child Development Scheme o ICDS). Iniziato nel 1975, questo piano fornisce un'educazione alla salute e all'alimentazione alle madri di neonati e bambini piccoli, insieme ad altri servizi, come l'integrazione alimentare, l'assistenza sanitaria di base e prenatale, il monitoraggio e la promozione della crescita, l'educazione prescolastica non formale, l'integrazione di micronutrienti e la vaccinazione. Questi servizi vengono forniti attraverso una rete di circa 700.000 operatori comunitari *anganwadi*. L'efficacia dell'ICDS è stata tuttavia limitata da una varietà di fattori, che vanno dalle capacità e

conoscenze limitate degli operatori *anganwadi* alla mancanza di supervisione e alle lacune e ai difetti della politica del programma come, ad esempio, un'attenzione inadeguata nei confronti dei bambini molto piccoli.

Strategia e approccio

L'UNICEF sta collaborando con il Governo dell'India per aumentare l'efficacia dell'ICDS. Tra gli interventi specifici supportati figurano quelli per potenziare il sistema di gestione e supervisione, per migliorare le conoscenze e le capacità degli operatori *anganwadi* e aumentare il tempo e l'attenzione che questi dedicano ai neonati, per incrementare il coinvolgimento della comunità attraverso l'analisi congiunta della situazione del villaggio, per individuare volontari a livello di villaggio e offrire loro una formazione di base nel campo dell'assistenza neonatale, e per aumentare il numero di visite a domicilio compiute dagli operatori *anganwadi* e dai volontari, al fine di aumentare l'attenzione dei genitori nei confronti dei figli e di migliorare la capacità di agire sul territorio dei servizi sanitari.

Risultati

La strategia appena descritta è stata attuata in sei stati, in ognuno dei quali sono stati coperti almeno 1.000 villaggi, interessando più di un milione di persone per stato. Dopo un periodo di operatività degli interventi di circa tre anni, in diversi di questi stati si sono condotte valutazioni d'impatto, servendosi di indagini a domicilio rappresentative per comparare i villaggi che avevano ricevuto gli interventi con villaggi di controllo socialmente, economicamente e geograficamente simili. Nel Rajasthan, per esempio, si è scoperto che l'allattamento tempestivo al seno risultava più frequente,

Gli incentivi necessari per mantenere e motivare gli operatori sanitari di comunità non sono necessariamente di carattere monetario. I risultati deludenti riportati dalle valutazioni sulla formazione su vasta scala e sull'impiego di operatori sanitari di comunità del dopo Alma-Ata sottolineano il fatto che una solida gestione dei programmi e una serie di corsi di aggiornamento risultano più efficaci della formazione iniziale per mantenere l'efficienza degli operatori. La partecipazione e il supporto attivi da parte della comunità sono elementi vitali di programmi sostenibili per gli operatori sanitari di comunità in tutto il mondo. Nelle Filippine, ad esempio, gli operatori sanitari al livello di *barangay*, la più pic-

cola unità politica del paese, sono diventati una forza trainante significativa per il miglioramento della sopravvivenza infantile. Questo successo è stato incoraggiato dal Barangay Health Workers' Benefits and Incentives Act del 1995, che comprende provvedimenti come le indennità di sussistenza, i programmi di arricchimento della carriera e di formazione speciale, nonché l'accesso preferenziale al prestito. Analogamente a Ceara, in Brasile, un programma incentrato su un approccio decentralizzato, che permette agli operatori sanitari della comunità di guadagnare un sostanzioso reddito mensile (il doppio della media locale), ha determinato netti miglioramenti nelle condizioni di salute dei bam-

bini, compresa una riduzione del 32% della mortalità infantile¹³.

Supervisione e supporto del programma

I sistemi di supervisione e di supporto per le alleanze comunitarie nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base fanno diminuire il senso di isolamento degli operatori sanitari di comunità e contribuiscono a mantenere elevati l'interesse e le motivazioni, riducendo il rischio di disinteresse. Generalmente, operatori sanitari qualificati operanti in strutture sanitarie, o strettamente legati ad esse, svolgono una funzione di supervisione, che può gravare ulteriormente sui loro

mentre la diffusione del ritardo nella crescita risultava significativamente inferiore nei villaggi che avevano ricevuto gli interventi rispetto a quelli di controllo (vedi Grafico 3.1). Nel Bengali occidentale, l'allattamento tempestivo al seno (76% nei villaggi che avevano ricevuto gli interventi rispetto al 44% nei villaggi di controllo), l'integrazione di vitamina A (50% contro 33%) e i tassi di immunizzazione (89% contro 71% per il morbillo) erano maggiori nei villaggi che avevano ricevuto gli interventi rispetto a quelli di controllo, mentre i tassi di denutrizione risultavano inferiori (27% contro 32%). I costi di questi interventi "aggiuntivi" è modesto: 150-200 dollari l'anno per villaggio, che rappresentano il 9-10% delle spese annuali correnti del governo, per villaggio.

no per villaggio, che rappresentano il 9-10% delle spese annuali correnti del governo, per villaggio.

Lezioni apprese

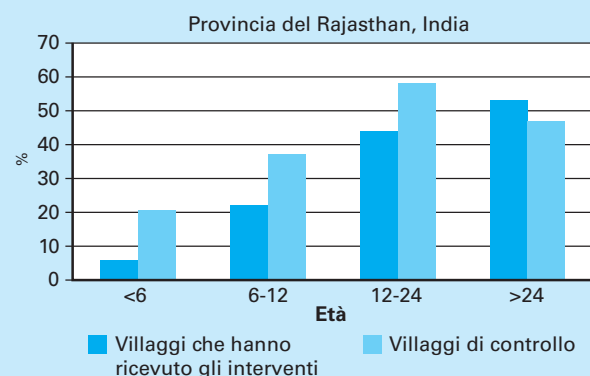
Considerando il livello sempre elevato della denutrizione infantile in India, è importante dimostrare che si possono effettuare cambiamenti a basso costo negli ICDS esistenti per migliorare significativamente l'assistenza sanitaria per i neonati e i bambini piccoli, e che questi cambiamenti possono portare a miglioramenti a livello alimentare in un periodo di tempo limitato. L'India ha circa il 43% di bambini sottopeso di meno di cinque anni, perciò il successo delle soluzioni a basso costo per il problema della denutrizione negli stati a priorità elevata di questo paese avrà un impatto globale.

Le sfide rimanenti

I governi degli stati in cui si stanno realizzando questi interventi hanno deciso di applicarli su scala più vasta usando le proprie risorse. L'UNICEF continuerà a collaborare per garantire che la qualità dell'attuazione rimanga adeguata, oltre che per affrontare alcuni comportamenti che si sono rivelati più difficili da cambiare, come la tendenza di chi si prende cura dei bambini a ritardare l'inizio dell'alimentazione complementare (molto più tardi dei sei mesi di età). Benché le condizioni alimentari dei neonati e dei bambini negli stati coinvolti siano migliorate, è chiaro che resta ampio spazio per ulteriori miglioramenti nel futuro.

Grafico 3.1

Prevalenza del ritardo nella crescita per età (mesi)



Fonte: UNICEF India, *Annual Report 2006*, p. 47.

Vedi Note, p. 107.

carichi di lavoro già pesanti. Gli stessi supervisori hanno bisogno di formazione per acquisire capacità che consentano loro di supervisionare i programmi di comunità. Le limitazioni a livello di risorse - umane, finanziarie od organizzative che siano - può limitare la portata e la profondità della formazione, lasciando sia i supervisori sia gli operatori sanitari di comunità in una posizione di considerevole svantaggio nell'attuazione e nella gestione dei programmi. Le visite da parte dei supervisori alle comunità, in particolare, sono importanti per la formazione e per l'opportunità di "imparare facendo" sul posto che offrono a entrambe le

parti, ma queste visite risultano spesso compromesse da limitazioni relative alle risorse finanziarie o da infrastrutture scadenti a livello di trasporti.

L'efficace amministrazione dei programmi comunitari agevola la valutazione, e il monitoraggio può contribuire a garantire che la copertura sia il più possibile universale. Gli archivi di pazienti, i trattamenti e gli esiti dovrebbero essere mantenuti aggiornati, e si dovrebbero anche tenere incontri periodici per costruire rapporti di cooperazione tra operatori sanitari e supervisori e per guidare la valutazione e la modifica dei programmi. L'impiego di tecnologie

come database computerizzati, email e telefoni cellulari può ottimizzare il processo di raccolta e diffusione di informazioni, lasciando contemporaneamente a operatori e supervisori un po' di tempo in più per visitare le comunità e le famiglie e per incontrarsi tra di loro.

Altri tipi di sostegno ai programmi comprendono le misure logistiche e le scorte e l'attrezzatura necessarie. Gli operatori sanitari di comunità hanno bisogno di strumenti sufficienti, tra cui la formazione e i prodotti necessari, per essere in grado di fare il loro lavoro e mantenere la loro posizione all'interno della comunità. Le precedentemente citate valuta-

Prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio: impatto dei programmi mothers2mothers nell'Africa orientale e meridionale

La prevenzione della trasmissione da madre a figlio (Preventing Mother To Child Transmission o PMTCT) del virus dell'HIV è urgente. Secondo le stime, altri 530.000 bambini sono stati contagiati nel 2006, prevalentemente attraverso la trasmissione da madre a figlio. Senza un trattamento adeguato, la metà dei bambini nati con il virus morirà prima di compiere due anni.

Tuttavia, si possono verificare significative riduzioni della trasmissione da madre a figlio attraverso la realizzazione di azioni semplici ma essenziali: individuare le donne incinte affette da HIV offrendo loro test di routine, iscrivendole a programmi di PMTCT, fare in modo che i sistemi sanitari siano pienamente in grado di fornire terapie antiretrovirali efficaci sia per la profilassi sia per il trattamento, e sostenere le donne per aiutarle a conformarsi a un'alimentazione del neonato ottimale e sicura.

Anche quando questi servizi e interventi risultano disponibili, molte donne incinte non vi hanno accesso perché non ricevono le informazioni necessarie o hanno paura dello stigma, oppure perché gli operatori sanitari sono gravati da carichi eccessivi di lavoro. La mancanza di partecipazione a programmi collegati alla PMTCT post parto è comune in molti paesi, anche se le donne hanno ricevuto servizi di PMTCT durante la gravidanza.

Mothers2Mothers (m2m) è un programma innovativo, dotato di infrastrutture proprie e attualmente operante in 73 siti in Sudafrica e 15 in Lesotho. Il programma adotta un approccio basato sull'istruzione e l'*empowerment* per prevenire la tra-

smmissione da madre a figlio dell'HIV, combatte lo stigma all'interno delle famiglie e delle comunità e garantisce la sopravvivenza delle madri facendole aderire al trattamento. Fondato dal dottor Mitch Besser nel 2001, il programma m2m si basa sul presupposto che le madri stesse possano consigliare e aiutare altre madri incinte meglio di chiunque altro.

Lo scopo del programma m2m è quello di riunire le donne che ricevono assistenza prenatale con le consulenti e le "madri educatrici" per parlare di salute, prevenzione del virus HIV e assistenza al bambino dopo il parto. Il programma forma e impiega le madri affette da HIV che hanno già tratto benefici dalla partecipazione ai programmi PMTCT in qualità di "educatrici alla pari" o "madri mentori", e sta lavorando con strutture locali di assistenza sanitaria e con organizzazioni non governative per attuare un modello che possa venire integrato con i tentativi di attuare dei programmi di PMTCT a livello nazionale nell'Africa subsahariana.

Le madri mentori sono educatrici alla pari per le donne incinte. Con le loro conoscenze acquisite sanno dare consigli sull'infezione da HIV e sul trattamento antiretrovirale, stimolare comportamenti che aiutino a prevenire la trasmissione da madre a figlio, parlare dell'importanza di un *follow-up* adeguato per la madre e il bambino dopo il parto, nonché offrire approcci utili per negoziare delle pratiche sessuali più sicure e linee guida alimentari per le donne che vivono con l'HIV.

L'organizzazione si sta espandendo rapidamente. Vanta già

zioni di programmi per operatori sanitari di comunità svolte negli anni Ottanta dimostrano che, quando questi strumenti e prodotti si sono rivelati inadeguati, o non sono stati forniti regolarmente, l'efficacia degli operatori sanitari ne è risultata compromessa. Quando le comunità sono situate lontano dalle strutture sanitarie di sostegno, le prove dimostrano che i programmi risultano più efficaci se esiste un prospetto chiaro di visite da parte di supervisori e operatori sanitari di comunità e si effettuano preparativi per il trasporto da un luogo all'altro.

Tuttavia, la supervisione non dovrebbe

essere limitata alle autorità sanitarie ufficiali, e le organizzazioni comunitarie rivestono un ruolo importante nel controllo degli operatori sanitari e degli esiti del programma. Nei principi largamente accettati dagli operatori si raccomanda che la comunità venga coinvolta nella scelta iniziale degli operatori, e che gli operatori sanitari accettino la partecipazione dei membri della comunità nelle fasi di individuazione delle priorità e di pianificazione dei progetti¹⁴.

Efficaci sistemi di affidamento a specialisti

Efficaci sistemi di affidamento a specia-

listi rappresentano un complemento essenziale dei programmi di maggior successo a livello comunitario, al fine di assicurare un continuum di assistenza (vedi Capitolo 4). Gli ospedali offrono servizi che non possono essere replicati efficacemente altrove, come il taglio cesareo e altre forme di assistenza ostetrica d'emergenza. Tuttavia, nei paesi più poveri con i tassi di mortalità materna e infantile più elevati, le risorse per l'assistenza sanitaria sono spesso limitate e l'accesso agli ospedali di riferimento è spesso altrettanto limitato. In situazioni del genere, è possibile assistere rapidamente milioni di bambini espandendo interventi di assistenza

delle partnership internazionali in Botswana e in Etiopia ed è sul punto di lanciare nuovi programmi in Kenya, Ruanda e Zambia.

L'importanza di programmi come il m2m non può tuttavia essere sopravvalutata, data la crescente intensificazione dei regimi di trattamento e le risorse carenti di molte strutture sanitarie in ambienti ad elevata prevalenza di HIV. Nuove linee guida della PMTCT da parte dell'OMS stanno richiedendo l'introduzione di regimi antiretrovirali più complessi, nel tentativo di ridurre ulteriormente i tassi di trasmissione del virus da madre a figlio. Si registrano una maggiore enfasi sulla necessità di aumentare l'accesso delle donne incinte affette da HIV a trattamenti benefici per la loro salute, e una spinta a fare in modo che un maggior numero di bambini provenienti da programmi di PMTCT siano sottoposti a test diagnostici precoci. Programmi come l'm2m, che richiedono la presenza di membri della comunità bene informati e disposti a impegnarsi per favorire il successo delle iniziative di PMTCT, risultano sempre più essenziali per offrire supporto agli operatori sanitari nella prevenzione e nel trattamento dell'AIDS.

Il programma m2m si fonda sulla ferma convinzione che le madri mentori debbano ricevere riconoscimenti adeguati per i loro significativi contributi. Il dottor Besser sostiene che "le madri mentori che hanno usufruito loro stesse dei servizi di PMTCT vengono reclutate localmente e retribuite con uno stipendio per il lavoro che fanno, rendendole così membri professionisti del team di assistenza sanitaria".

Di recente è stata condotta una valutazione indipendente del programma m2m da parte dell'Horizons Programme del Population Council. Sono stati osservati diversi risultati incoraggianti associati al programma, tra cui i seguenti:

- Le probabilità che le donne post-parto che avevano avuto due o più contatti con il programma m2m avessero rivelato la loro sieropositività a qualcuno erano significativamente maggiori rispetto alle probabilità riferite alle non partecipanti (97% contro 85%; valore-p <.01).
- Le probabilità che le partecipanti al programma post-parto avessero ricevuto la nevirapina per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell'HIV erano maggiori rispetto a quelle delle non partecipanti (95% contro 86%; valore-p <.05).
- Le probabilità che le partecipanti al programma m2m si sottoponevano al test CD4 durante la loro ultima gravidanza era significativamente maggiore rispetto a quelle delle non partecipanti (79% contro 57%; valore-p <.01). (Le cellule CD4 sono cellule sanguigne bianche che costituiscono una parte fondamentale del sistema immunitario umano. Sono anche quelle più vulnerabili all'infezione da HIV. Più il numero di cellule CD4 è basso e più il sistema immunitario è debole e il rischio di infezioni opportunistiche risulta elevato).

Vedi Note, p. 107.

La leadership porta cambiamenti per madri e bambini in Etiopia

di Tedros Adhanom, ministro della Sanità, Etiopia

L'esperienza dell'Etiopia nell'ambito della sopravvivenza infantile dimostra che una forte leadership politica può avere risultati netti. Nel 2004, il primo ministro Meles Zenawi sfidò il governo e i suoi partner a unirsi a lui nel tracciare delle linee guida per l'assistenza sanitaria universale, nonostante gli enormi ostacoli che si frapponivano a essa. Mentre più dell'80% dei decessi infantili è prevenibile, la copertura e l'utilizzo di servizi preventivi sono rimasti a livelli bassi, con meno del 30% delle donne che ricevono cure prenatali e solo il 49% di bambini che ricevono un corso completo di vaccinazioni prima di compiere un anno.

Il Programma di estensione sanitaria

Il governo e i suoi partner stanno affrontando direttamente queste sfide attraverso il Programma di estensione sanitaria, una strategia a livello nazionale progettata per promuovere la salute infantile e materna su base comunitaria. Fondato sulla filosofia che la salute è un prodotto e può essere quindi prodotta da persone, il Programma di sviluppo sanitario dà alle comunità il potere di prendere decisioni informate sulla propria salute, fornendole capacità e conoscenze adeguate.

Per la riuscita di questo piano, il governo sta impiegando 30.000 operatrici per lo sviluppo sanitario, con un impegno enorme di risorse finanziarie e umane per promuovere 16 interventi di base contro le cause principali della mortalità infantile e materna. Finora sono state impiegate più di 17.000 operatrici, mentre altre 7.000 sono in fase di formazione. Ogni *kebele* (l'unità amministrativa più piccola) impiega delle operatrici, che vengono reclutate e formate localmente dal ministero della Sanità. Il governo ha anche messo in atto una Strategia di solidarietà "migliorata", un programma di transizione che eroga pronto soccorso e assistenza di base alle comunità mentre attendono l'arrivo di operatori sanitari qualificati.

Al tempo stesso, sono in corso iniziative per rafforzare le infrastrutture che supportano gli ospedali ai quali vengono inviati i pazienti. Il governo sta investendo in un Sistema informatico di gestione sanitaria ideato per raccogliere dati a tutti i livelli. Nell'ottobre del 2006, il governo ha adottato un Sistema di offerta di beni sanitari per garantire l'immediata disponibilità di vaccini, farmaci essenziali e altri beni sanitari alle strutture sanitarie del settore pubblico. Queste iniziative sono d'importanza cruciale ai fini di garantire la sostenibilità dei progressi compiuti finora con iniziative verticali e su base comunitaria.

Lezioni apprese

Il Programma di estensione sanitaria ci ha impartito alcune lezioni preziose. La prima è che l'espansione progressiva

richiede velocità, volume e qualità. Efficaci processi di pianificazione hanno contribuito a garantire la velocità e il volume. Per esempio, quando il governo ha organizzato una campagna nazionale per la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida, i partner donatori, soprattutto il Carter Center, il Fondo Globale, l'UNICEF e la Banca Mondiale, hanno coordinato il loro sostegno per la campagna nazionale in questione, contribuendo a raggiungere l'obiettivo di 20 milioni di zanzariere nel giro di due anni. Ogni famiglia ha ricevuto due zanzariere da letto, che vengono usate per proteggere dalla malaria soprattutto donne e bambini.

La seconda lezione è che la velocità e il volume non garantiscono necessariamente la qualità. Si deve compiere uno sforzo supplementare per fare in modo che le famiglie sappiano quando e come usare le risorse sanitarie, comprese le zanzariere. Le Operatrici stanno lavorando per colmare le lacune a livello di comunicazione tra il settore sanitario e le comunità di cui è al servizio, conquistandosi la fiducia delle comunità e parlando direttamente alle madri.

La terza, e forse la più importante, tra le lezioni apprese riguarda l'importanza della leadership politica. Una vera leadership politica richiede un impegno attivo e significativo in ogni passo del processo, dall'individuare il problema e dal fissare obiettivi al mobilitare risorse e favorire la partecipazione della comunità. Il dibattito pubblico sulle necessità e sulle priorità sanitarie, nonché la cooperazione tra tutte le parti interessate, compresi donatori, operatori sanitari e di comunità, hanno contribuito a favorire un'ampia partecipazione al Programma di sviluppo sanitario.

I nostri partner, compresi l'UNICEF e altri donatori, appoggiano il processo di pianificazione a livello nazionale, armonizzando le loro attività e il loro sostegno per le priorità dell'Etiopia. È un risultato straordinario che tutti i partner donatori abbiano firmato un codice di condotta e approvato un manuale di armonizzazione unico, che mira alla creazione di un unico piano, un unico budget e un unico rapporto finale. Si tratta di un obiettivo ambizioso che ci proponiamo di raggiungere nel lungo termine.

Sul cammino dell'Etiopia verso il raggiungimento dell'OSM 4 ci sono ancora numerosi ostacoli, ma i progressi compiuti dimostrano che la nostra visione di accesso universale all'assistenza sanitaria a un costo sostenibile può trasformarsi in realtà.



Cambiamenti comportamentali positivi in famiglia e in comunità conducono a miglioramenti nella salute di madri, neonati e bambini. Un operatore sanitario della comunità mostra come utilizzare le scorte per il trattamento dell'acqua, Indonesia.

sanitaria di base di provata efficacia e a basso costo, soprattutto quelli a livello di comunità.

Al tempo stesso, c'è bisogno di investire nel potenziamento dei sistemi sanitari distrettuali, allo scopo di fornire un'assistenza di base per l'affidamento a specialisti e di sostenere l'espansione dei servizi essenziali di assistenza sanitaria di base. Gli operatori sanitari di comunità si sono dimostrati efficaci nella gestione di molte gravi malattie dell'infanzia, come la diarrea, la malaria, la denutrizione acuta e la polmonite; la supervisione e l'accesso ai servizi di riferimento rafforzano la qualità di tale attività.

Gli operatori sanitari di comunità si sono rivelati meno efficaci, però, nell'individuare e nel gestire le complica-

ze durante il parto. Pertanto, la riduzione della mortalità infantile richiede l'aumento progressivo dell'assistenza qualificata al parto, con sistemi di affidamento a specialisti per l'assistenza ostetrica d'emergenza.

I sistemi sanitari distrettuali fungono anche da punto focale per il coordinamento dei programmi di salute pubblica, integrando l'assistenza diretta ai pazienti con campagne rivolte alla popolazione e attraverso la supervisione e il coordinamento dell'assistenza su base comunitaria e di altri servizi sanitari di livello inferiore.

Nell'affidamento a specialisti dei livelli più alti (quello degli ospedali regionali o nazionali), questo ruolo viene spesso ampliato in modo da includere funzioni come la formazione e la ricerca, nonché

il supporto tecnico e la garanzia di qualità ai livelli più bassi.

Una componente essenziale di un sistema efficace di affidamento a specialisti è rappresentata da una buona comunicazione tra i partecipanti al programma comunitario e il personale della struttura sanitaria.

Rinforzando le argomentazioni portate nella sezione precedente, gli ospedali di riferimento dovrebbero impegnarsi nei programmi comunitari, offrire un consistente sostegno agli operatori sanitari di comunità e trascorrere una significativa parte di tempo a fornire indicazioni di carattere sanitario attraverso il contatto diretto o altre modalità di comunicazione. Il miglioramento delle tecniche di informazione e comunicazione può facilitare il dialogo e l'affidamento a specialisti, anche nei paesi a basso reddito¹⁵.



© UNICEF/MENA06218/Shehzad Noorani

Gli operatori sanitari di comunità sono le forze trainanti delle alleanze comunitarie in materia di assistenza sanitaria di base. *Un operatore sanitario pesa un bambino e ne controlla la crescita in una comunità rurale, Iraq.*

Cooperazione e coordinamento con altri programmi e settori

Così come i sistemi di affidamento a specialisti sono essenziali per il sostegno e il coordinamento delle attività a livello comunitario, anche la cooperazione e la comunicazione tra i vari programmi a livello distrettuale e la collaborazione intersettoriale risultano importanti. Il coordinamento con altri servizi sanitari può assumere molte forme. I possibili benefici sono molteplici, e tra di essi figurano la condivisione di nuove idee, di attività formative, di risorse e di capacità di valutazione, ma anche la prevenzione, la gestio-

ne e il contenimento tempestivi degli attacchi di malattie¹⁶.

In Cambogia, ad esempio, le organizzazioni non governative condividono le risorse attraverso una Ong nazionale per la sopravvivenza dell'infanzia che tiene regolarmente incontri a Phnom Penh. Membri di questo gruppo e rappresentanti del ministero della Sanità si scambiano visite ai rispettivi progetti per esaminare i progressi e i risultati raggiunti negli approcci all'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini e per apprendere da essi¹⁷. Attraverso gruppi del genere, diverse organizzazioni internazionali sono

state in grado di condividere le pratiche migliori in tutto il mondo.

Ad esempio, i metodi del Gruppo di Assistenza menzionati nella scheda sul Mozambico a pagina 59 vengono attualmente impiegati in Cambogia, Malawi e Ruanda¹⁸.

All'interno delle comunità, anche i collegamenti tra gruppi possono risultare importanti per la sostenibilità del programma sanitario. Si sono compiute indagini a domicilio su vasta scala in sette zone di paesi come Colombia, Ecuador, Nicaragua e Perù, allo scopo di valutare i problemi operativi a livello pratico nella distribuzione e nell'uso di zanzariere trattate con insetticida. Le indagini hanno rivelato ampie variazioni nelle percentuali di utilizzo di queste zanzariere, dal 25% delle famiglie residenti in zone del Nicaragua al 90% nell'Amazzonia peruviana. In quattro degli ambiti di studio, alcuni circoli di donne locali hanno fabbricato le zanzariere successivamente vendute nelle comunità dagli operatori sanitari di villaggio, i quali hanno depositato i guadagni in un fondo rotativo¹⁹.

La collaborazione intersettoriale richiede di lavorare con tutti i settori che influenzano gli esiti sanitari a livello di famiglia e di comunità. Una cooperazione del genere non solo fornisce una base integrata e potenzialmente più sostenibile per ottenere progressi in ambito sanitario, ma può anche potenziare le comunità strutturando una piattaforma in grado di accogliere il loro input su una gamma più vasta di problemi riguardanti la salute dei loro componenti. Senza un'azione collaborativa, i settori possono lavorare in condizioni di isolamento o fraintendimento, magari trascurando sinergie che potrebbero invece determinare effetti moltiplicatori.

Un approccio integrato alla salute materna, neonatale e infantile necessita

di un'azione collaborativa tra i vari programmi e settori che si occupano della salute, dell'alimentazione, dell'igiene, delle principali malattie e della sicurezza alimentare, oltre che di iniziative per affrontare i problemi creati dalla mancanza di infrastrutture per i trasporti e di accesso all'acqua e a strutture igienico-sanitarie²⁰.

Un altro motivo fondamentale in favore della collaborazione intersettoriale è rappresentato dall'elevata diffusione della comorbidità tra i bambini malati. Benché questo problema venga affrontato in parte attraverso la Gestione integrata a livello comunitario delle malattie dell'infanzia, le azioni per combattere le malattie vengono rafforzate dal simultaneo miglioramento delle condizioni ambientali. Ad esempio, nel caso delle malattie diarroiche, che rimangono tra le principali cause di mortalità infantile, il bambino potrebbe soffrire anche di denutrizione. La collaborazione intersettoriale tra gli operatori sanitari di comunità e quelli responsabili del miglioramento dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie è d'obbligo. Le misure per migliorare le pratiche alimentari – attraverso, ad esempio, una maggior attenzione all'igiene del cibo – sono spesso minate da scorte d'acqua insufficienti e contaminate e da strutture igienico-sanitarie inadeguate²¹. Analogamente, misure per rafforzare i sistemi di affidamento a specialisti beneficerebbero di infrastrutture stradali “migliorate”, in grado di facilitare il trasporto dei pazienti, degli operatori sanitari e delle scorte mediche e alimentari essenziali alle e dalle strutture sanitarie.

Finanziamento sicuro

Il finanziamento per i programmi sanitari a livello di comunità può provenire da una varietà di fonti, tra cui gli stessi

membri della comunità, i governi municipali o distrettuali attraverso le strutture sanitarie locali, i patrocinatori privati o le organizzazioni comunitarie e i governi nazionali o le organizzazioni non governative all'interno del paese o all'estero.

Il finanziamento sicuro per i programmi di comunità è un procedimento complesso e talvolta controverso, e un esame approfondito degli argomenti ad esso collegati va al di là dell'ambito di questo rapporto. Gran parte dei finanziamenti per la salute dell'infanzia nei paesi a basso reddito, comunque, continueranno a provenire da donatori esterni. Perché, per avere successo, un programma di comunità dev'essere sostenibile nel lungo termine, e deve avere anche una solida base finanziaria, in caso di ritiro delle sovvenzioni da parte dei donatori.

E questo risulta tutt'altro che facile. I paesi e i distretti dotati di sistemi sanitari di scarsa capacità e di mezzi finanziari limitati potrebbero avere difficoltà, in assenza di sovvenzioni da parte di donatori, anche a mantenere programmi di medie dimensioni. Inoltre, non esistono risposte semplici in materia di sviluppo di strutture finanziarie solide e autosufficienti. In particolare, gli operatori sanitari a livello comunitario hanno bisogno di qualche forma di incentivo finanziario per poter nutrire le loro famiglie e continuare a partecipare motivati al programma. Analogamente, professionisti qualificati ma spesso sottopagati possono richiedere un indennizzo finanziario per lavorare in aree impoverite e con programmi comunitari.

Considerazioni di equità e sostenibilità suggeriscono che la questione della divisione dei costi sotto forma di parcelle pagabili dagli utenti per l'assistenza sanitaria e altri servizi essenziali

all'interno della comunità debba essere affrontata dalle comunità stesse.

Quando applicate, le tariffe dovrebbero essere stabilite a livelli tali da non intralciare l'accesso a servizi importanti. Servizi come le vaccinazioni e il pronto soccorso, in particolare, dovrebbero essere gratuiti. È preferibile, in ogni caso, che qualunque piano di condivisione dei costi applicato a servizi forniti all'interno della comunità venga stabilito e gestito dalle comunità stesse e usato per attività che le favoriscano, come l'acquisto di farmaci o gli incentivi per il rendimento degli operatori sanitari. I comitati sanitari a livello di comunità, idealmente composti da soci, operatori sanitari e gestori di strutture sanitarie locali tutti interni alla comunità, dovrebbero rappresentare il canale per la retribuzione degli operatori sanitari di comunità.

Quando la comunità decide di applicare delle tariffe per i servizi sanitari, si dovrebbe istituire un sistema attraverso cui coloro che non possono permettersi di pagare, secondo i criteri stabiliti dalla comunità stessa, ricevano tutti i servizi gratuitamente²².

Integrazione dei programmi comunitari nei servizi distrettuali e nelle politiche nazionali

Le alleanze comunitarie nell'ambito della salute, dell'alimentazione, dell'acqua e dei servizi igienico-sanitari sono presenti in tutto il mondo in via di sviluppo. Il loro potenziale non è in discussione, anche se il loro successo, la loro sostenibilità e la loro portata dipende chiaramente da molti fattori. I due elementi chiave che possono aiutare a mantenere e a supportare delle iniziative a livello comunitario sono il sostegno attivo da parte dei governi provinciali e centrali e l'integrazione all'interno delle politiche, dei piani e dei bilanci governativi.



© UNICEF/HQ97-1086/Giuseppe Protti

I programmi di comunità si rafforzano quando esistono forme di accesso all'assistenza basata su infrastrutture proprie. Un'operatrice sanitaria prepara una soluzione di sali per la reidratazione orale in Eritrea.

La sopravvivenza, la salute e l'alimentazione delle madri e dei bambini dovrebbero figurare in primo piano nei programmi e nei bilanci nazionali e decentralizzati, con obiettivi chiari e punti di riferimento concreti. Le strategie per la sopravvivenza infantile andrebbero formulate attraverso processi consultivi che coinvolgano i rappresentanti a livello comunitario, distrettuale e nazionale, oltre alla comunità dei donatori. La comprensione delle variazioni nei profili epidemiologici esistenti all'interno di un paese rappresenta un primo passo essenziale verso lo sviluppo di una strategia mirata. Ugualmente importanti risultano poi le valutazioni dettagliate delle varie realtà finanziarie e della qualità delle infrastrutture a livello comunitario, distrettuale e nazionale per l'erogazione di assistenza sanitaria. Questi aspetti sono essenziali per applicare con successo una strategia nazionale a beneficio della salute infantile e materna e devono, pertanto, essere presi in considerazione all'inizio di qualunque tentativo di programmazione.

Le strategie nazionali devono dare attenzione prioritaria alla rimozione di eventuali ostacoli all'espansione e all'attuazione efficace a diversi livelli dei sistemi sanitari (*vedi Capitolo 4 per ulteriori dettagli sulle misure necessarie per affrontare gli ostacoli nella fornitura di servizi sanitari*). Tra gli ostacoli più conosciuti figurano le sedute di vaccinazione irregolari, le esperienze negative col sistema sanitario, la distanza dai centri sanitari e la mancanza d'informazioni. A livello di famiglie e di comunità, la copertura efficace dei servizi di assistenza sanitaria di base è spesso ostacolata dalla mancanza di scorte fondamentali a costi sostenibili, dalla bassa domanda e da altri problemi importanti, come quelli creati dalle zanzariere che non vengono trattate con insetticida²³.

È probabile che continuino a coesistere sia le iniziative a breve termine, rivolte a una malattia specifica e sempre più supportate dalle nuove partnership di donatori a livello internazionale, sia i pro-

grammi più a lungo termine per lo sviluppo del settore sanitario. Si dovrebbero investire risorse umane e finanziarie sufficienti in entrambi gli ambiti di iniziative, al fine di produrre miglioramenti sostenibili per la salute dell'infanzia. Le partnership condotte dai donatori e finalizzate a combattere malattie specifiche dovrebbero prendere in considerazione l'opportunità di adattare i loro approcci in strutture multisettoriali in linea con le priorità sanitarie nazionali, che apporterebbero benefici equi all'intero sistema sanitario nazionale²⁴.

La responsabilità di garantire i diritti dell'infanzia alla salute e all'alimentazione spetta ai governi nazionali, insieme alla società civile. I governi hanno un ruolo importante nello sviluppo e nella realizzazione di politiche per abbassare le barriere all'assistenza sanitaria di base, nel miglioramento della qualità e dell'efficienza dei fornitori di servizi e nell'aumento della responsabilità pubblica. Al tempo stesso, le politiche sanitarie devono rendere conto alle comunità e ai distretti di cui sono al servizio. I governi e i sistemi sanitari devono sintonizzarsi da vicino con i bisogni e gli interessi della popolazione. È fondamentale sviluppare politiche sanitarie efficaci, concentrate sull'infanzia, e costruire alleanze forti tra le comunità e i sistemi sanitari; nella maggior parte dei paesi, aumenti di spese sanitarie dovranno essere accompagnati da sostanziali miglioramenti dell'ambiente politico, in modo da poter compiere progressi significativi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute²⁵.

Trovare il giusto mix di soluzioni per ottenere migliori risultati in campo sanitario e alimentare

Ogni paese in via di sviluppo presenta un mix unico di opportunità e limiti

Mozambico: ridurre la mortalità infantile sotto i cinque anni attraverso un programma basato sulla comunità

Contesto e sfida: il Mozambico è uno dei paesi più poveri del mondo, con un reddito nazionale lordo pro capite pari ad appena 340 dollari (nel 2006), e un tasso di mortalità sotto i cinque anni pari a 138 decessi per 1.000 nati vivi. La speranza di vita alla nascita è di appena 42 anni, più del 40% dei bambini sotto i cinque anni soffre di forme gravi o moderate di ritardo nella crescita, e solo un terzo della popolazione utilizza strutture igienico-sanitarie adeguate. L'accesso ai servizi di assistenza sanitaria essenziali è limitato, col 23% dei bambini che non è stato neppure vaccinato contro il morbillo. Solo il 10% dei bambini dorme sotto una zanzariera (trattata con insetticida o senza). E quasi i due terzi della popolazione vivono in zone rurali, dove solo 1 abitante su 4 ha accesso a una fonte "migliorata" di acqua potabile.

La sfida consisteva nel riuscire a erogare, in comunità rurali dotate di infrastrutture sanitarie fisiche e ambientali scadenti, un efficace programma di sopravvivenza infantile a livello comunitario, e verificare che tale programma contribuisse effettivamente alla riduzione della mortalità.

Approccio: il progetto di partnership tra il ministero della Salute Chokwe e la World Relief International, operante nel periodo 1999-2003, ha usato l'approccio "Gruppo di assistenza" per attuare un programma di sopravvivenza infantile che mirava ad affrontare tre elementi della Gestione integrata a livello comunitario delle malattie dell'infanzia (C-IMCI):

- Migliori partnership tra il sistema sanitario e la comunità.
- Aumento dell'assistenza accessibile ai fornitori di servizi a livello comunitario.
- Promozione delle pratiche domestiche essenziali per la salute dell'infanzia.

L'approccio "Gruppo di assistenza" prevede la formazione degli educatori comunitari attraverso l'interazione di gruppo. Un'Educatrice volontaria per la salute delle donne fornisce educazione sanitaria da pari a pari a 15 famiglie circostanti, e 10 educatrici sanitarie formano un Gruppo di assistenza che si incontra una volta al mese con un supervisore retribuito. Durante gli incontri mensili del Gruppo di assistenza, un componente del personale sanitario di zona o un supervisore delle Educatrici per la salute delle donne presenta dei messaggi di carattere sanitario sulla sopravvivenza dei bambini e sulla salute delle donne. Quindi i membri del Gruppo di assistenza si esercitano tra loro, condividendo le informazioni presentate. Prima dell'incontro successivo del Gruppo di assistenza, ogni volontaria ha la responsa-

bilità di visitare le famiglie sotto la sua giurisdizione per comunicare i messaggi che ha appena appreso.

Il programma per la sopravvivenza infantile è stato ideato in modo da risultare completo, dato che integra l'allattamento al seno, l'alimentazione complementare, l'uso della terapia di reidratazione orale e le zanzariere trattate con insetticida. Il programma in questione ha rafforzato l'affidamento a strutture sanitarie locali e la gestione dei casi di malattie comuni presso le strutture stesse.

Le alleanze con l'UNICEF e con il Comitato Internazionale della Croce Rosa hanno facilitato l'approvvigionamento gratuito di zanzariere trattate con insetticida, vaccini e integratori di vitamina A. La stretta cooperazione con i comitati sanitari di villaggio e con il clero locale ha offerto ai volontari il supporto necessario per portare avanti la promozione sanitaria e la mobilitazione comunitaria finalizzate ad attività come la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida e la conduzione di campagne di vaccinazione.

Risultati: il progetto ha portato anche all'attuazione di forme di registrazione civile a livello di comunità e di un sistema d'informazione sanitaria fondato sui 2.300 volontari che ogni mese hanno raccolto dati sulle nascite, le morti e le malattie infantili. Questi dati sono stati aggregati durante gli incontri mensili e i registri sono stati inviati alle postazioni sanitarie gestite da fornitori comunitari di servizi, o *socorristas*, formati dal ministero della Salute del distretto. Le informazioni sono state comparate e poi rimandate ai locali comitati sanitari di villaggio e centri sanitari, nonché al ministero della Salute.

I dati provenienti dalle registrazioni civili e dai sistemi di informazione sanitaria a livello di comunità hanno mostrato una riduzione pari al 66% della mortalità infantile e una riduzione pari al 62% della mortalità sotto i cinque anni. Per verificare l'affidabilità di questi rilevamenti, è stata effettuata una valutazione indipendente della mortalità da parte di ricercatori esperti, servendosi di un'indagine sulla storia della gravidanza fondata sulle metodologie standard applicate nelle Ricerche demografiche e sanitarie. Questa indagine sulla mortalità ha portato alla scoperta di riduzioni pari al 49% e al 42% rispettivamente della mortalità infantile e della mortalità sotto i cinque anni.

Tali risultati hanno dimostrato l'efficacia della Gestione integrata a livello comunitario delle malattie dell'infanzia e hanno confermato, per gli operatori sanitari di comunità, la possibilità di raccogliere dati sanitari attendibili per tenere sotto controllo la mortalità.

Vedi Note, p. 107

Alleanze comunitarie per i sistemi idrici e i servizi igienico-sanitari nelle scuole

Sistemi idrici sicuri in Afghanistan

La fornitura di acqua sicura è stata considerata prioritaria per molti anni, sia nelle emergenze sia nei programmi di sviluppo nel mondo. Il miglioramento della qualità dell'acqua potabile a livello di unità familiari attraverso il trattamento al punto di utilizzo e l'immagazzinamento "migliorato" garantiscono una prevenzione a basso costo delle malattie portate dall'acqua. È emersa una partnership di sviluppo tra i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle malattie, il Population Services International, l'UNICEF, Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID) e l'OMS, insieme ad altre istituzioni, per produrre e distribuire i prodotti di cui le famiglie hanno bisogno per ottenere acqua sicura in casa; nel loro complesso, questi prodotti vengono denominati Safe Water Systems o SWS (Sistemi per l'acqua sicura).

I sistemi idrici sicuri incorporano tre elementi:

- Il trattamento dell'acqua al punto di utilizzo da parte dei consumatori con una soluzione diluita di ipoclorito di sodio (candeggina).
- L'immagazzinamento sicuro dell'acqua trattata in contenitori ideati in modo tale da prevenire la ricontaminazione.
- Il cambiamento comportamentale rispetto all'acqua "migliorata" e alle pratiche di trattamento del cibo e igienico-sanitarie, in casa e in comunità.

Combinando le capacità e le risorse di vari partner, i prodotti SWS vengono fabbricati e distribuiti attraverso partnership pubblico-private e approcci basati sull'andamento del mercato, con la mobilitazione comunitaria realizzata da organizza-

zioni non governative per incoraggiare l'uso corretto e costante e raggiungere le popolazioni ad alto rischio.

I sistemi di acqua sicura sono in corso di promozione e di introduzione in 23 paesi in tutto il mondo, ed è stato dimostrato che riducono del 25-84% l'incidenza delle malattie diarroiche. Si sono rivelati particolarmente efficaci nella protezione delle popolazioni più vulnerabili: i bambini, gli individui immunocompromessi e le loro famiglie, nonché le comunità che subiscono attacchi di colera.

In Afghanistan, un paese con una mortalità materna elevata e con una bassa percentuale di ricorsi a strutture sanitarie prima e dopo il parto, i SWS sono stati introdotti come parte dei programmi per la salute delle madri. Per attrarre una maggiore affluenza presso le strutture sanitarie, alle donne incinte e alle nuove madri sono stati offerti SWS e kit igienici, ed è stato insegnato loro a usare queste semplici tecnologie per proteggere loro stesse e le loro famiglie.

Bangladesh: Servizi igienico-sanitari ed educazione igienica a scuola

Un progetto per l'acqua, i servizi igienico-sanitari e l'igiene in un remoto villaggio del Bangladesh, combinato con una componente di educazione all'igiene e ai servizi igienico-sanitari (School Sanitation and Hygiene Education o SSHE) nella scuola secondaria, dimostra l'importanza della partecipazione e dell'azione da parte della comunità e gli effetti positivi sulla comunità stessa. Il villaggio di Gava è situato nel Bangladesh sud-occidentale. L'Ong Forum ha deciso di ripensare il suo approccio all'acqua, ai servizi igienico-sanitari e all'educazione igienica a livello di villaggio. Un approccio che sembrava prometten-

per lo sviluppo del suo sistema sanitario, a causa di livelli diversi di progresso economico, ma anche di circostanze ambientali e istituzionali, di situazioni politiche e di capacità sanitarie specifiche. Di conseguenza, non esiste un metodo universalmente applicabile per favorire lo sviluppo. Alcuni possono ritenere che la loro sfida principale non consista nell'estendere progressivamente gli approcci su base comunitaria in pacchetti di assistenza sanitaria essenziale a livello nazionale, bensì nel rafforzare e nell'estendere la fornitura del servizio attraverso programmi basati su infrastrutture proprie, decentralizzando così i servizi sanitari e affrontan-

do malattie e disturbi non trasmissibili, come il diabete e l'obesità²⁶.

Per i paesi a basso reddito – soprattutto quelli in cui ampie percentuali di madri e bambini rimangono escluse dai programmi basati sulle strutture sanitarie, e le cui capacità, a livello di sistema sanitario, sono state minate da anni di investimenti insufficienti e di cattive gestioni, da governi deboli, da migrazioni in massa di operatori sanitari professionisti, da emergenze complesse o dall'epidemia dell'AIDS – determinare la strategia migliore è cosa tutt'altro che semplice e priva di rischi. In questi paesi, un fattore importante e prioritario è rappresentato dalla fattibilità,

esprimibile con la seguente domanda: qual è la strategia più appropriata, a basso costo, tempestiva e sostenibile per migliorare la sopravvivenza e la salute di madri, neonati e bambini e aumentare la copertura di servizi e beni essenziali, considerata l'attuale forza dei sistemi sanitari, alimentari e ambientali di un paese²⁷?

Questo modello di fattibilità mira ad affrontare i bisogni urgenti delle società più povere e più emarginate, in cui i tassi di mortalità materna, neonatale e infantile risultano maggiormente elevati, e che sono più carenti nei servizi preventivi di base, come la vaccinazio-

te consisteva nel cominciare con le scuole del villaggio. I giovani in età scolare sono aperti a nuove informazioni e possono essere facilmente motivati, quindi l'organizzazione era entusiasta di poter utilizzare questo potenziale.

I comitati "WatSan" si sono formati a livello scolastico e per ogni classe. Il dirigente scolastico della scuola è stato scelto come presidente del Comitato Scolastico WatSan. I comitati di classe consistevano di insegnanti e studenti, sia maschi sia femmine. Per questi comitati sono state organizzate alcune sedute di orientamento, in cui ci si è occupati di questioni come la promozione e l'uso di acqua sicura e di migliori pratiche igienico-sanitarie, l'efficace comunicazione interpersonale tra studenti e genitori e la mobilitazione comunitaria. Sono state organizzate proiezioni per motivare gli studenti, e sia agli insegnanti sia agli studenti sono stati distribuiti diversi materiali informativi, educativi e di comunicazione sul cambiamento comportamentale, affinché potessero essere utilizzati per condurre discussioni di gruppo all'interno della comunità.

Gli studenti hanno poi organizzato raduni e cortei usando vari tipi di poster e striscioni promozionali, cantando slogan sull'importanza dell'utilizzo di acqua sicura e di latrine igieniche e praticando una migliore igiene personale. Ciò ha fatto aumentare la consapevolezza del problema in tutto il villaggio. Insieme ai comitati, in ogni classe si sono formati anche dei gruppi di studenti formati da cinque ragazzi e ragazze, allo scopo di monitorare l'uso di pratiche WatSan e igieniche sicure a livello domestico e di fornire aiuto mediante servizi di assistenza sanitaria di base non tecnici, come la reidratazione orale. I gruppi di studenti hanno messo a punto, inoltre, piani per rispondere a

eventuali calamità naturali. È stato creato anche un altro comitato, il "Forum di insegnanti e genitori", che teneva degli incontri trimestrali per esaminare i progressi compiuti.

Un esame del progetto ha dimostrato che la SSHE può contribuire al benessere e al rendimento degli studenti, permettendo, ad esempio, alle ragazze di rimanere a scuola. Coinvolgere le scuole e gli studenti in veste di animatori della comunità è uno strumento potente per migliorare le pratiche WatSan e igieniche. Nel villaggio di Gava, studi compiuti prima e dopo l'iniziativa mostrano una maggiore conoscenza delle malattie collegate ai problemi affrontati, un aumento della costruzione e dell'uso di latrine igieniche, un maggior uso di acqua potabile sicura e una tendenza a lavarsi le mani più spesso da parte dei capifamiglia. Il processo motivazionale è cominciato dal vertice ed è continuato fino alla base.

L'Ong Forum si sta espandendo da pochi villaggi pilota a molti altri, ognuno dei quali necessita di un approccio programmatico. Attualmente si trova a dover affrontare due problemi principali. Uno consiste nel perfezionare gli aspetti finanziari di progetti del genere a livello di villaggio, di modo che possano mantenersi in maniera autosufficiente, mentre l'altro è rappresentato dagli sforzi per ottenere gli stessi effetti in numerosi villaggi dotati di una quantità molto inferiore di input. Ciononostante, i programmi di questo tipo presentano importanti benefici potenziali per gli studenti e le comunità in cui vivono. Progetti pilota come quello di Gava dimostrano che è possibile ottenere concretamente questi benefici.

Vedi Note, p. 107.

ne e l'accesso ai farmaci e al pronto soccorso. In paesi dotati di sistemi sanitari, alimentari, idrici e igienico-sanitari relativamente deboli e di una scarsa capacità del sistema sanitario, gli approcci basati sulla comunità, che fanno minore affidamento sulle strutture sanitarie e sui servizi di solidarietà, possono contribuire ad espandere la copertura dei servizi, delle pratiche e dei prodotti essenziali, soprattutto se

esistono già servizi preventivi di base, come la vaccinazione²⁸. Va sottolineato, comunque, che per rafforzare la sostenibilità, l'estensione delle alleanze comunitarie deve essere condotta insieme ai tentativi di superare eventuali ostacoli strutturali nei servizi sanitari e alimentari per le madri e i bambini basati su infrastrutture proprie, e di affrontare altri eventuali limiti comportamentali, istituzionali e ambientali.

Il prossimo capitolo si concentra sull'estensione graduale delle alleanze comunitarie negli ambiti della sanità, dell'alimentazione e dell'assistenza sanitaria ambientale. Benché molti degli argomenti citati siano forse più applicabili a paesi a basso reddito e a comunità emarginate o impoverite, gran parte del discorso risulta rilevante anche per i paesi e le comunità in situazioni meno svantaggiate.



SOMMARIO

Per accelerare i progressi per la sopravvivenza infantile bisogna mettere a frutto le esperienze acquisite in un secolo di sviluppo del settore sanitario e adottare approcci efficaci per potenziare le partnership comunitarie, il continuum di assistenza e i sistemi sanitari.

Il presente capitolo unisce due elementi – *azione e alleanze* – per creare un modello di potenziamento del continuum di assistenza per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini, come mezzo fondamentale per garantire lo sviluppo del sistema sanitario. Nel capitolo sono delineate cinque azioni distinte ma correlate su cui dovranno basarsi i programmi, le politiche e le alleanze nel prossimo decennio.

Azione I: Riorganizzare i programmi, spostando l'enfasi dagli interventi

per malattie specifiche ai pacchetti integrati basati sulle verifiche, a forte impatto, per garantire il continuum di assistenza.

Azione II: Rendere la salute materna e infantile un principio fondamentale dei processi integrati di pianificazione nazionale per incrementare i servizi essenziali.

Azione III: Migliorare la qualità e la consistenza dei finanziamenti per potenziare i sistemi sanitari.

Azione IV: Promuovere e sostenere l'impegno politico, la leadership nazionale e internazionale e i finanziamenti sostenuti per sviluppare i sistemi sanitari.

Azione V: Creare le condizioni per una maggiore armonizzazione dei programmi sanitari e delle partnership a livello globale.

Per incrementare gli interventi e le iniziative per l'assistenza sanitaria di base bisogna conoscere bene sia le strategie che accelerano i progressi, sia le sfide che li ostacolano. *Un'operatrice sanitaria pesa un bambino per monitorarne la crescita, Filippine.*

A tal fine, i governi, i donatori, le agenzie internazionali e le partnership globali nel campo della salute dovranno trovare un nuovo modo di lavorare insieme nel settore dell'assistenza sanitaria di base. Il tema centrale di questo modello è *l'unità*. Le iniziative e le alleanze che hanno l'obiettivo di migliorare la salute materna e infantile abbondano e continuano a moltiplicarsi, ma per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute delle madri e dei bambini avranno bisogno di maggiore coesione e armonizzazione.

Potenziare le alleanze a livello comunitario, il continuum di assistenza e i sistemi sanitari

La rassegna di alleanze comunitarie presentata nel Capitolo 3 ne sottolinea la capacità di accelerare i miglioramenti nel campo della salute materna, neonatale e infantile. È dimostrato, per esempio, che unendo i programmi comunitari estesi e le strategie di assistenza basate sulla famiglia e la comunità con una copertura del 90%, è possibile ridurre la mortalità neonatale del 18-37% anche senza migliorare i servizi di assistenza basati sulle strutture¹. Pertanto, sono necessarie strategie innovative che sfruttino appieno il potenziale delle alleanze a livello di comunità nel settore dell'assistenza sanitaria di base su vasta scala, come parte di un impegno globale volto al potenziamento dei sistemi sanitari nazionali.

Le esperienze acquisite con le iniziative che si sono rivelate efficaci si stanno attualmente applicando a un modello maggiormente basato sulla collaborazione. Le principali agenzie internazionali che si occupano di sopravvivenza e salute materna e infantile, come l'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Banca Mondiale, collaborano con i donato-

ri, i governi e altre importanti organizzazioni internazionali, come l'Unione Africana, per mettere a punto modelli e strategie in grado di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria di base.

Che cosa serve per migliorare?

Aumentare gli interventi in atto è fondamentale per accelerare i progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute materna e infantile, soprattutto nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale che, insieme, contano l'80% di tutti i decessi infantili (2006).

Tutti concordano che bisogna ampliare su larga scala la fornitura dei servizi di base e delle pratiche, ma è chiaro che questo è più facile a dirsi che a farsi. Questo ampliamento richiede una serie complessa di azioni correlate per garantirne la portata e la sostenibilità a lungo termine.

A livello dei programmi e delle politiche, non basta semplicemente ampliare la fornitura di pacchetti di interventi efficaci e a basso costo, ma bisogna anche affrontare gli impedimenti istituzionali e ambientali e i comportamenti che possono ostaco-

lare l'accesso. Per avere successo, bisogna conoscere bene sia gli ostacoli, sia le strategie per aggirarli. Perché questo ampliamento sia efficace, i governi, i donatori, le agenzie internazionali e le partnership globali nel campo della salute dovranno trovare un nuovo modo di lavorare insieme nel settore dell'assistenza sanitaria di base. Il tema centrale di questo modello è *l'unità*. Le iniziative e le alleanze che hanno l'obiettivo di migliorare la salute materna e infantile abbondano e continuano a moltiplicarsi, ma senza una maggiore coesione e armonizzazione, questi impegni diversi rischiano, nei prossimi anni, di mancare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute.

Il presente capitolo mette insieme questi due elementi – *azione e alleanze* – per potenziare il continuum di assistenza per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini, come mezzo fondamentale per garantire lo sviluppo del sistema sanitario. Nel capitolo sono delineate cinque azioni distinte ma correlate su cui dovranno basarsi i programmi, le politiche e le alleanze nel prossimo decennio.

Azione I: Riorganizzare i programmi, spostando l'enfasi da interventi speci-

fici per malattia a pacchetti integrati basati sulle verifiche, a forte impatto, per garantire il continuum di assistenza spazio-temporale.

Azione II: Garantire che la salute materna e quella infantile siano al centro di un processo di pianificazione strategica nazionale migliorato e integrato allo scopo di incrementare i servizi e potenziare i sistemi sanitari.

Azione III: Migliorare la qualità e la consistenza dei finanziamenti per potenziare i sistemi sanitari.

Azione IV: Promuovere e sostenere l'impegno politico, la leadership nazionale e internazionale e i finanziamenti sostenuti per sviluppare i sistemi sanitari al fine di garantire l'accesso al continuum di assistenza².

Azione V: Creare le condizioni per una maggiore armonizzazione dei pro-

grammi sanitari e delle alleanze a livello globale.

I. Riorganizzare i programmi

Dall'intervento al continuum di assistenza

Fino a questo momento, la maggior parte del lavoro e del sostegno della comunità internazionale a favore della salute materna, neonatale e infantile si è concentrato sugli approcci per le malattie specifiche che si sono dimostrati efficaci. Quando questi interventi specifici sono stati ben mirati, gestiti, finanziati e realizzati, hanno contribuito a ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità infantile.

Tuttavia, questi interventi hanno dei limiti, soprattutto perché non hanno tenuto conto dei vincoli a monte, come l'amministrazione, la gestione e le risorse umane limitate. Inoltre, l'o-

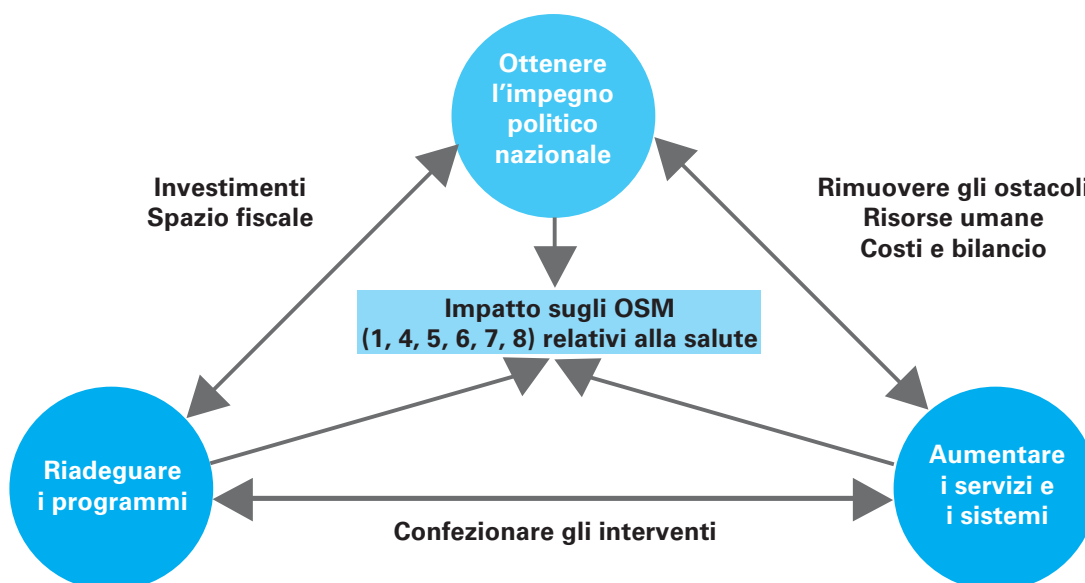
biiettivo di questi approcci specifici può limitare le sinergie che potrebbero invece rafforzare il sistema sanitario più generale.

L'ampliamento per realizzare un continuo spazio-temporale di assistenza oggi è considerato uno dei metodi più promettenti per accelerare i progressi verso il raggiungimento degli OSM relativi alla salute. Tuttavia, dal momento che la base dei dati relativi all'efficacia e alla praticabilità del continuum di assistenza è molto meno sviluppata rispetto a quella relativa agli interventi per malattie specifiche, bisogna raccogliere prove su come potrebbe funzionare concretamente quest'ultimo approccio.

Naturalmente, saranno necessari nuovi sistemi e nuovi processi, soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione dei programmi e questo richiederà diversi cambiamenti, in particolare:

Grafico 4.1

Quadro concettuale per l'ampliamento dell'assistenza sanitaria di base nei paesi in via di sviluppo



Fonte: Tratto da UNICEF, "Joint Health and Nutrition Strategy for 2008-2015"; UNICEF, New York, novembre 2005, p. 10.

- Definire i pacchetti degli interventi.
- Identificare i punti di riferimento e i traguardi.
- Integrare le strategie di fornitura.

L'ampliamento del continuum di assistenza richiederà inoltre un adeguamento delle strutture di gestione dei programmi che rifletta l'integrazione delle varie componenti dei pacchetti di interventi. A tal fine, sarà necessario migliorare le capacità istituzionali e individuali, superare la resistenza ai cambiamenti e integrare e coordinare i flussi di finanziamenti frammentati, soprattutto quelli provenienti dai donatori e dalle alleanze internazionali³.

Preparare interventi mirati

Il confezionamento di una serie di interventi basati sulla verifica ed efficaci in termini di costi potrebbe rivelarsi uno dei metodi più efficaci per accelerare i progressi nel campo della salute materna, neonatale e infantile. Per aumentare la fornitura di servizi bisogna che i paesi definiscano un continuum di assistenza basato sui tre metodi seguenti di fornitura di servizi:

Servizi orientati verso la famiglia, basati sulla comunità. Forniti regolarmente dai promotori della salute/nutrizione della comunità, con la supervisione periodica da parte di professionisti qualificati.

Servizi programmati orientati verso la popolazione. Forniti da personale sanitario qualificato o semi-qualificato, come infermieri, assistenti al parto e altri paramedici, tramite programmi o strutture.

Servizi clinici diretti al singolo. Interventi che richiedono l'attenzione

di operatori sanitari qualificati, come ostetriche, infermieri professionali o medici, su base permanente⁴.

I servizi forniti dipenderanno dal contesto nazionale e dalla capacità del sistema sanitario del paese. La rimozione degli ostacoli può consentire una maggiore copertura.

Fornendo pacchetti di interventi a basso costo, come vaccini, antibiotici, zanzariere trattate con insetticida e integratori di vitamina A e promuovendo, allo stesso tempo, una migliore nutrizione e le buone pratiche igieniche si può aumentare notevolmente la copertura dei servizi⁵.

Le alleanze a livello di comunità sono fondamentali per il successo dei pacchetti integrati. Un intervento efficace può fare da battistrada per l'integrazione di altri provvedimenti in un pacchetto sanitario per l'infanzia.

In Nepal, ad esempio, con la campagna nazionale per la vitamina A i volontari delle comunità sono stati formati a sviluppare le proprie capacità e hanno costituito un gruppo apprezzato e credibile. Nel momento in cui i volontari erano in grado di valutare e curare le infezioni respiratorie acute nei bambini, si erano già guadagnati la fiducia dei genitori ed erano abbastanza sicuri di sé da svolgere questo compito complesso.

Un'esperienza simile riguarda il Madagascar, dove alle famiglie viene spiegata l'importanza di adottare allo stesso tempo diverse pratiche sanitarie e la vaccinazione rappresenta il punto di accesso per gli altri servizi. Un programma di ampia portata di mobilitazione della comunità richiama l'attenzione sulle azioni che devono compiere le famiglie per tutelare la salute dei bambini⁶.

Quando si forniscono i pacchetti di

interventi, bisogna fare attenzione che raggiungano le madri e i bambini più poveri ed emarginati. Sebbene questo approccio aumenterà l'accesso di molte madri e bambini a una gamma più ampia di servizi, potrebbe anche aumentare il divario tra le persone che hanno accesso ai servizi e quelle che ne rimangono escluse⁷.

II. Pianificazione strategica nazionale per migliorare i servizi e potenziare i sistemi sanitari

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di base, spostando l'enfasi dagli interventi per malattie specifiche al continuum di assistenza e all'ampliamento della copertura con i pacchetti di interventi, richiederà delle politiche solide. Questo concetto è stato portato avanti in un serie di incontri ad alto livello che si svolgono sin dal 2003 allo scopo di valutare le modalità per accelerare i progressi verso gli OSM relativi alla salute⁸. Nel corso di questi incontri sono stati individuati alcuni vincoli delle politiche che devono essere affrontati con urgenza per sostenere l'ampliamento efficace degli interventi. Una delle principali conclusioni è stata che i sistemi sanitari deboli e la carenza di finanziamenti per lo sviluppo del sistema sanitario rischiano di limitare l'impatto degli impegni per combattere le malattie specifiche e di lasciare le madri e i bambini in condizioni di particolare vulnerabilità.

Per incrementare i servizi e i sistemi saranno necessarie strategie concrete ed efficaci a livello nazionale che tengano conto non solo del potenziale di ampliamento degli interventi, ma anche dei vincoli e degli ostacoli che possono impedire i progressi e delle misure per superare gli ostacoli. Le misure basilari che devono preve-

Migliorare l'alimentazione di madri, neonati e bambini

La denutrizione è uno dei fattori di fondo del 50% dei decessi di bambini sotto i cinque anni ed è dimostrato il legame tra lo stato nutrizionale della madre e il rischio di mortalità materna e infantile. Tra il 2000 e il 2006, oltre un quarto dei bambini sotto i cinque anni dei paesi e territori in via di sviluppo era moderatamente o gravemente sottopeso o in ritardo nella crescita e nel 2005, il 28% dei bambini da 6 a 59 mesi non riceveva ancora integratori di vitamina A.

La sola sicurezza alimentare, sebbene necessaria, non è sufficiente a evitare la denutrizione, come testimonia il numero di bambini sottopeso o con ritardo nella crescita in contesti non poveri dove c'è sicurezza alimentare. La denutrizione deriva da una serie di fattori correlati, come l'alimentazione e le cure inadeguate, la mancanza di igiene, le malattie, la mancanza di accesso ai servizi sanitari e la scarsa conoscenza dei vantaggi dell'allattamento esclusivo al seno, dell'alimentazione complementare e del ruolo dei micronutrienti. La diarrea, che è spesso causata da strutture igienico-sanitarie e pratiche igieniche inadeguate, è un fattore che contribuisce alla denutrizione. Un altro fattore che contribuisce alla denutrizione nei neonati e nei bambini piccoli è l'assenza di contesti di sostegno per le madri, che spesso hanno poco tempo da dedicare alla propria cura durante la gravidanza o a quella dei neonati, a causa degli oneri familiari e all'accesso inadeguato ai servizi sanitari.

Per incrementare le strategie efficaci per la nutrizione e fornire alle madri, ai neonati e ai bambini un continuum, bisogna adottare un approccio integrato. È inoltre necessario l'impegno costante dei genitori e delle comunità, sostenuto dallo sviluppo dell'assistenza sanitaria primaria a livello locale e nazionale e dai servizi di salute ambientale, in particolare l'acqua e i servizi igienico-sanitari. Una volta soddisfatti questi requisiti indispensabili, si potranno conseguire risultati straordinari in tempi relativamente brevi. In Thailandia, per esempio, la denutrizione moderata e grave è stata ridotta del 75% o più nel corso di un decennio con questi mezzi. E, malgrado le notevoli difficoltà economiche, molti paesi in via di sviluppo hanno compiuto progressi spettacolari nella fornitura di vitamine e minerali essenziali ai propri cittadini. Quasi il 70% delle famiglie nei paesi in via di sviluppo usa il sale iodato e circa 450 milioni di bambini ricevono attualmente capsule di vitamina A. Inoltre, come parte delle strategie per la salute, soprattutto le alleanze a livello comunitario, sono stati adottati metodi innovativi per promuovere e sostenere l'allattamento al seno.

I livelli più alti di denutrizione nelle regioni in via di sviluppo si riscontrano nell'Asia meridionale, che ha i tassi

più elevati di bambini nati sottopeso e di bambini sotto i cinque anni moderatamente o gravemente sottopeso e con ritardo nella crescita, e i tassi più bassi di assunzione di integratori di vitamina A. Anche se nell'Africa subsahariana si registrano tassi moderatamente migliori per questi indicatori, è la regione con i tassi più bassi di allattamento esclusivo al seno dei bambini sotto i sei mesi, e la denutrizione acuta grave rappresenta comunque un problema urgente. Gli esempi riportati sotto illustrano i modi in cui questi problemi vengono affrontati con successo in alcuni paesi della regione.

Benin: insegnare alle madri l'importanza dell'allattamento al seno

In Benin, le Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) del 1996 hanno evidenziato che solo il 16% circa dei neonati nella regione di Borgou veniva allattato al seno entro la prima ora di vita, e nel 1998 meno di 1 neonato su 5 sotto i quattro mesi, ovvero il 14%, era allattato esclusivamente al seno. Per affrontare questo e altri problemi nutrizionali associati ai tassi elevati di malnutrizione e di mortalità infantile, nel 1997 è stato introdotto il programma Azioni per la nutrizione di base. Allo scopo di modificare i comportamenti relativi alla nutrizione di base, il programma ha delineato sei misure per le strutture sanitarie e le comunità:

- Allattamento esclusivo al seno dei neonati fino a 6 mesi.
- Alimentazione complementare adeguata con il proseguimento dell'allattamento al seno da 6 a 24 mesi.
- Integratori di vitamina A per i bambini.
- Ferro e acido folico per le donne in gravidanza.
- Integratori di sale iodato.
- Sostegno o consulenza per i bambini denutriti e malati.

Il programma ha unito in modo efficace le misure volte a potenziare il sistema sanitario, come la formazione degli operatori sanitari, alla mobilitazione delle comunità e a una campagna di informazione su larga scala, adattata alle condizioni specifiche della popolazione mirata.

I leader delle comunità hanno partecipato scegliendo i volontari delle comunità, noti come *relais communautaires*, che hanno fatto da collegamento tra le comunità e le strutture sanitarie e sono stati formati per le attività nutrizionali. Giovani, cantanti popolari, gruppi teatrali e gruppi

femminili e altri gruppi delle comunità hanno partecipato a seminari per elaborare messaggi e materiale vario. I gruppi teatrali si sono esibiti nei villaggi e nei quartieri, mentre le stazioni radio delle comunità hanno trasmesso spot, giochi e opere teatrali create durante i seminari.

Questa grande mobilitazione della comunità ha determinato un vero e proprio cambiamento nelle pratiche di allattamento al seno delle madri. Nel 2001, quasi il 50% delle madri con bambini sotto i quattro mesi di queste zone ha riferito che i loro bambini erano allattati esclusivamente al seno. Inoltre, nel 2002, in alcune comunità di Borgou, il tasso di allattamento esclusivo al seno dei bambini sotto i quattro mesi era arrivato al 61%, rispetto al 40% del 1999.

Impegno della comunità contro la malnutrizione acuta grave in Etiopia, Malawi e Sudan

La malnutrizione acuta grave continua a essere una delle principali cause di morte dei bambini sotto i cinque anni. Fino a poco tempo fa, le cure venivano somministrate solo nelle strutture sanitarie, con gravi limitazioni per la copertura e l'impatto, dal momento che in molti paesi poveri i bambini gravemente malnutriti non sono mai portati in una struttura sanitaria. Tuttavia, secondo nuovi riscontri, un gran numero di questi bambini può essere curato presso le comunità senza dover essere ricoverati in una struttura sanitaria o in un centro di alimentazione terapeutica. L'approccio basato sulla comunità prevede l'individuazione precoce della malnutrizione acuta grave nella comunità e la cura a casa dei bambini senza complicanze mediche con alimenti terapeutici pronti all'uso o altri alimenti ad alto valore nutrizionale. Se adeguatamente associata a un approccio basato sulle strutture sanitarie per i bambini malnutriti con complicanze mediche e realizzato su vasta scala, la gestione della malnutrizione acuta grave a livello di comunità può prevenire la morte di centinaia di migliaia di bambini.

Dati recenti provenienti dall'Etiopia, dal Malawi e dal Sudan confermano il grande impatto e l'efficacia in termini di costi della gestione basata sulle comunità della malnutrizione acuta grave. Rispetto al trattamento presso le strutture sanitarie – dove, nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, i tassi di mortalità sono rimasti pressoché invariati negli ultimi cinque decenni – le terapie basate sulle comunità hanno determinato un cambiamento fondamentale nella comprensione della malattia e nell'attuazione del trattamento. A oggi, i dati derivanti da oltre 20 programmi attuati in Etiopia, Malawi e nel Sudan meridionale e settentrionale tra il 2000 e il 2005, indicano che questi programmi hanno determinato tassi di guarigione

di quasi l'80% e hanno ridotto i tassi di mortalità fino al 4%. I tassi di copertura hanno raggiunto il 73%, mentre più di tre quarti dei bambini con malnutrizione grave sono stati curati come pazienti esterni. Inoltre, i dati iniziali indicano che questi programmi sono accessibili, in quanto hanno costi che vanno dai 12 dollari ai 132 dollari all'anno per vita salvata.

I programmi terapeutici basati sulle comunità utilizzano nuovi alimenti terapeutici pronti all'uso che, in molti casi, sono prodotti a livello locale con prodotti locali. La loro attuazione si basa su tre presupposti:

- Alla base di tutti i programmi vi è una forte enfasi sull'importanza del trattamento precoce della malnutrizione e la necessità che i pazienti rimangano nel programma nutrizionale fino alla guarigione.
- I programmi partono dal presupposto che, perché le famiglie e le comunità si presentino e seguano la cura, devono capire, accettare e partecipare al programma.
- I programmi si basano sulla partecipazione dei principali interessati che possono trarre vantaggio dalle reazioni e dall'attenzione che provocano i programmi che hanno successo e pertanto hanno un interesse nella loro sostenibilità a lungo termine.

I risultati dei programmi basati sulle comunità per la malnutrizione acuta grave indicano che, pur non potendo fare a meno dell'assistenza esterna, il trattamento può avere un forte impatto sulla salute pubblica evitando centinaia di migliaia di decessi infantili.

Vedi Note, p. 108.

dere i piani strategici nazionali per ampliare i pacchetti di interventi illustrati nella sezione precedente sono:

- Individuare e rimuovere gli ostacoli dei sistemi sanitari.
- Monitorare i progressi e i problemi di copertura.
- Introdurre gradualmente i pacchetti di interventi e il potenziamento del sistema sanitario.
- Affrontare la crisi delle risorse umane nell'assistenza sanitaria.
- Sviluppare sistemi sanitari efficaci.
- Potenziare i sistemi sanitari a livello regionale.

Identificare e affrontare gli ostacoli del sistema sanitario

Le reti di fornitura dei servizi sono necessarie per garantire un continuum di assistenza basata sui tre livelli di fornitura di servizi illustrati nella sezione precedente: famiglia e comunità; servizi di base decentralizzati, vicini all'utente; servizi di assistenza preventiva e specializzata basati sulle strutture sanitarie. La fase iniziale consiste nella raccolta di dati e di informazioni qualitative su tutti i fornitori di servizi (pubblici, privati e informali) e le organizzazioni (comprese le organizzazioni non governative) che si possono mobilitare a sostegno dell'ampliamento.

Un esempio di questo processo è fornito dal Ghana orientale, dove ci sono molte organizzazioni non governative che sostengono diversi interventi sanitari. La collaborazione tra i Club delle Madri della Croce Rossa del Ghana, i servizi sanitari nazionali e l'UNICEF nell'ambito della

Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia, è riuscita a integrare gli impegni di tutte queste organizzazioni e incentivare il loro sostegno sulla fornitura accelerata di un pacchetto di interventi basati sulle verifiche, ad alto impatto e a basso costo⁹.

Altre misure importanti consistono nell'identificare e analizzare le strozzature e i vincoli insiti nel sistema e nel formulare strategie atte a rimuoverli e superarli¹⁰. Queste possono essere generate a livello delle strutture, di programmi, o delle famiglie e comunità, o dal sistema strategico e burocratico che stabilisce le politiche, controlla la logistica e le scorte e formula e attua i regolamenti. Il grafico 4.2 a pagina 69 illustra gli ostacoli potenziali nella fornitura di servizi a ciascun livello del sistema sanitario di un paese, nonché il contesto politico e amministrativo in cui opera. Un nuovo strumento per l'analisi di questi vincoli è la pianificazione marginale per gli ostacoli, illustrata nella Scheda a pagina 70.

Molte difficoltà richiederanno una soluzione specifica che comporterà la rimozione di vincoli a vari livelli di fornitura dei servizi. Per esempio, una scarsa domanda di servizi sanitari di qualità da parte dei membri della comunità o una capacità limitata delle strutture sanitarie e di operatori sanitari a fornire i servizi di base potrebbe limitare la copertura dei pacchetti di interventi, così come le barriere finanziarie, sociali e fisiche all'accesso. È proprio qui che le alleanze a livello di comunità illustrate nel Capitolo 3 possono svolgere un ruolo unico e vitale nel migliorare i contatti tra gli operatori sanitari – compresi gli operatori sanitari delle comunità – e i servizi e le famiglie e le comunità che non usufruiscono

ancora degli interventi di base.

Tuttavia, sia l'assistenza presso le strutture che gli operatori di programmi dovranno sostenere gli operatori sanitari delle comunità e fornire servizi per molti interventi sanitari che necessitano di assistenza specializzata¹¹.

Migliorare le prestazioni e la motivazione degli operatori sanitari e garantire che le strutture siano adeguatamente attrezzate e i farmaci disponibili sono requisiti secondari essenziali per il sostegno delle alleanze a livello di comunità nel campo della salute e della nutrizione e per migliorare la qualità della fornitura dei servizi. Una parte della soluzione è l'aumento delle risorse umane, finanziarie e di gestione e la formazione, ma possono essere necessari anche altri incentivi e una migliore gestione delle risorse.

I fattori che determinano un livello più alto di performance dei servizi sanitari, vale a dire le politiche e la gestione strategica, le politiche pubbliche multisettoriali e i cambiamenti ambientali e contestuali – sono alcuni degli ostacoli più complessi allo sviluppo dei sistemi sanitari, in quanto fanno parte di un contesto politico e istituzionale che potrebbe non cambiare tempestivamente o facilmente¹². Ciononostante, una leadership solida, l'*advocacy*, l'assistenza tecnica e le alleanze possono contribuire a solleccitare i cambiamenti.

Monitorare progressi e vincoli nell'ampliare la copertura

Il costante monitoraggio e l'adeguamento dei programmi in base alla valutazione e alle verifiche sono parti integranti di un sistema sanitario che funziona. Senza di questi, non è possibile effettuare una valutazione rigorosa dell'efficacia dei programmi. Una salute pubblica affidabile e basata

sulle prove richiede una buona conoscenza della frequenza e della diffusione delle malattie, dei fattori determinanti e delle conseguenze delle malattie, nonché della sicurezza, efficacia ed efficienza degli interventi e dei loro costi. Le indagini sanitarie e gli studi sull'impatto degli approcci e delle strategie sono fondamentali per il riscontro dei dati, per applicare le esperienze acquisite e per sviluppare le buone pratiche.

Anche il monitoraggio della copertura è fondamentale per il tempestivo adeguamento delle politiche e degli interventi. La valutazione degli OSM relativi alla salute dipende sostanzialmente dagli strumenti su larga scala come le Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) e le Indagini campione a indi-

catori multipli (MICS). Gli indicatori degli OSM forniscono i parametri basilari per misurare i progressi verso gli obiettivi relativi alla salute. Molti di questi fanno parte di una serie minima di indicatori di alta priorità per la sopravvivenza infantile che sono stati concordati dall'UNICEF e l'OMS in collaborazione con i partner nel contesto del *Countdown* per il processo di sopravvivenza materna, neonatale e infantile.

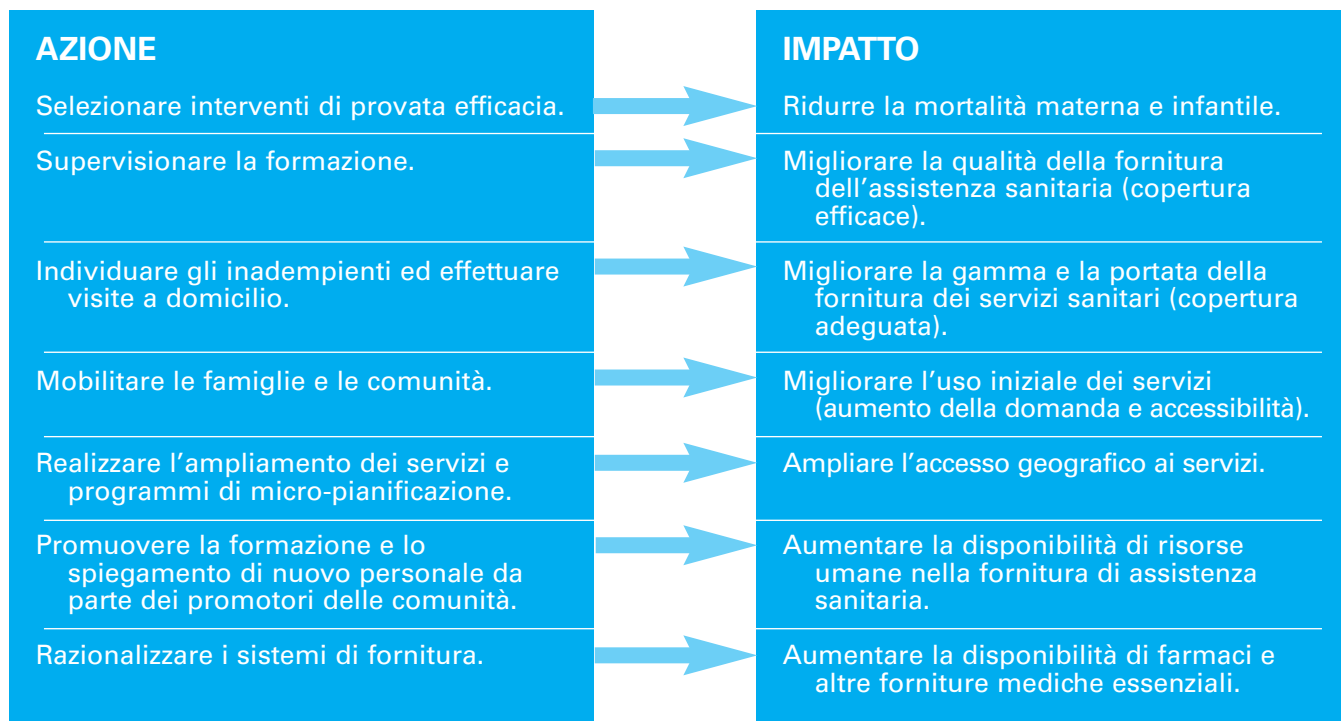
Le MICS e le DHS forniscono dati periodici per determinare la copertura effettiva dei pacchetti minimi degli interventi di base. Per aumentare il controllo, l'intervallo tra queste indagini è stato ridotto da cinque a tre anni. Inoltre, i processi di monitoraggio a livello nazionale, subnazionale e

basato sulle comunità sono fondamentali per l'analisi dei progressi e dei problemi che comporta l'ampliamento degli interventi a forte impatto.

Diversi paesi in via di sviluppo stanno adottando misure innovative per monitorare l'impatto dei programmi sanitari sulla popolazione e per raccogliere le informazioni fondamentali. Uno di questi paesi è la Bolivia, dove un approccio basato sul censimento è stato usato per identificare la popolazione che partecipa al programma visitando tutte le case ogni sei mesi. Questo censimento è stato usato per destinare gli interventi a forte impatto ai bambini a più alto rischio di mortalità. In seguito a questo approccio, il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni nelle zone in cui i programmi

Grafico 4.2

Modalità per affrontare gli ostacoli nella fornitura di servizi sanitari



Fonte: UNICEF, Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale della Sanità, "A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions", elaborato su richiesta dell'Unione Africana da UNICEF, OMS e Banca Mondiale, settembre 2006, p. 25.

“Pianificazione marginale per gli ostacoli negli interventi”

La “Pianificazione marginale per gli ostacoli negli interventi” è uno strumento per la pianificazione e l'impostazione di bilancio basato sui risultati che applica le conoscenze relative all'impatto degli interventi sulla mortalità materna e infantile in un paese, identifica i vincoli all'attuazione e valuta i costi marginali per superare questi vincoli. Questo strumento, usato per sviluppare i principali modelli strategici per la salute materna, neonatale e infantile nell'Africa subsahariana, è stato ideato dall'UNICEF, la Banca Mondiale e l'OMS. Attualmente viene utilizzato per stabilire gli obiettivi degli interventi a forte impatto e per stimarne gli effetti, il costo di ogni vita salvata e il fabbisogno aggiuntivo di fondi, nonché per le proiezioni dello spazio fiscale necessario per finanziare questi costi aggiuntivi. (Lo spazio fiscale si può definire la disponibilità di bilancio che consente a un governo di destinare risorse a un obiettivo determinato come, per esempio, superare gli ostacoli all'assistenza sanitaria materna, neonatale e infantile senza compromettere la sostenibilità della situazione finanziaria di un governo).

La pianificazione marginale consiste di cinque misure:

- *La valutazione di indicatori, tendenze e cause principali della mortalità e morbidità materna, neonatale e infantile e l'accesso ai servizi di base, e la selezione di pacchetti di interventi a forte impatto, basati sull'evidenza per affrontare le cause prossime mediante la fornitura di servizi, ovvero, l'assistenza basata sulla famiglia/comunità, servizi programmabili orientati alla popolazione e strategie mobili, o assistenza clinica orientata al singolo presso le strutture di base o specialistiche.*
- *Identificazione degli ostacoli della domanda e dell'offerta in tutto il sistema che limitano la copertura adeguata ed efficace dei servizi essenziali di assistenza sanitaria di base, e gli ostacoli all'applicazione dei pacchetti di interventi a forte impatto con ciascuna delle principali modalità di fornitura dei servizi. La copertura adeguata comprende la disponibilità di farmaci e scorte essenziali, l'accesso ai servizi sanitari e agli operatori sanitari, l'utilizzo iniziale dei servizi di assistenza sanitaria e la continuità di utilizzo del servizio. La successiva valutazione delle cause di fondo degli ostacoli e lo sviluppo di strategie per superarli, consente di stabilire delle “frontiere”, ovvero dei livelli di copertura dei pacchetti di interventi che sono adeguati, efficaci e conseguibili una volta rimossi gli ostacoli.*
- *Valutazione dell'impatto previsto sui tassi di sopravvivenza per ciascuno degli interventi. Queste stime si basano su una recente analisi dell'evidenza dell'efficacia di interventi a forte impatto nel determinare i risultati della sopravvivenza e della salute materna, neonatale e infantile. Sono calcolati tenendo conto della differenza tra valore osservato e valore teorico.*
- *Selezione delle tipologie, le quantità e i costi aggiuntivi, come i salari, i farmaci e la formazione necessari per rimuovere gli ostacoli ed estendere la copertura dei pacchetti di interventi.*
- *Analisi delle implicazioni budgetarie, identificazione delle probabili fonti di finanziamento e confronto tra costi marginali e fabbisogno aggiuntivo di fondi per lo “spazio fiscale”*

sanitari sono stati attuati era di un terzo o di metà rispetto al tasso medio di mortalità infantile sotto i cinque anni nei distretti di controllo¹³.

Introdurre gradualmente pacchetti di interventi e potenziare i sistemi sanitari

È opinione diffusa che le azioni volte ad aumentare i pacchetti di interventi debbano essere introdotte gradualmente, a seconda delle disponibilità di bilancio, dei vincoli logistici, delle capacità tecniche o dei fattori socio-economici e culturali. Mentre alcuni interventi si prestano a un ampliamento rapido, altri potrebbero richiedere

tempi più lunghi. L'ampliamento dei pacchetti minimi di interventi essenziali è una componente fondamentale delle nuove strategie che hanno l'obiettivo di raggiungere traguardi specifici di copertura. I pacchetti di interventi sono confezionati per raggiungere questi obiettivi concordati mediante le tre modalità fondamentali di fornitura dei servizi illustrate in precedenza, che vengono forniti in tre fasi¹⁴.

L'approccio della fornitura graduale dei servizi sanitari consentirà a ciascun paese di definire e realizzare un pacchetto iniziale di interventi che può essere ampliato in seguito. Sia il confezionamento dei pacchetti che la forniture

degli interventi prioritari dipenderà dalla capacità del sistema sanitario del paese. La rimozione graduale degli ostacoli agevolerà l'estensione della fornitura dei servizi, anche in situazioni di emergenza. Dato che l'approccio dei pacchetti di interventi è orientato ai risultati, la realizzazione degli interventi prioritari può essere pianificata e monitorata per fasi.

Le tre fasi consigliate per l'ampliamento della copertura dei servizi per i paesi i cui sistemi sanitari hanno scarse capacità sono le seguenti:

Fase uno: la fase iniziale prevede di dimezzare le difficoltà dell'assistenza

della spesa sanitaria. (Lo spazio fiscale per la spesa sanitaria in ciascun paese è stimato dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale).

Esempi di analisi degli ostacoli in alcuni paesi

L'analisi degli ostacoli è stata effettuata in circa 25 paesi in via di sviluppo e su tutte le modalità di fornitura dei servizi. Alcuni dei parametri applicati per valutare i fattori determinanti della copertura con ciascuna delle tre modalità di fornitura dei servizi sono i seguenti (l'elenco non è completo):

- **Assistenza basata sulla famiglia e sulla comunità:** gli indicatori comprendono l'uso di acqua potabile e di servizi igienico-sanitari e di zanzariere trattate con insetticida; l'alimentazione e la cura di bambini malati e neonati.
- **Servizi programmabili orientati alla popolazione:** gli indicatori comprendono i livelli di vaccinazione e l'assistenza prenatale.
- **Assistenza clinica:** gli indicatori comprendono l'assistenza qualificata al parto e l'assistenza ostetrica di emergenza e neonatale.

I risultati ottenuti nei paesi in cui è stato utilizzato questo strumento hanno rivelato degli ostacoli che non emergono subito dall'analisi dei livelli o dai dati relativi alle tendenze.

Da recenti seminari è risultato:

Honduras: l'analisi degli ostacoli relativi all'acqua e ai servizi

igienico-sanitari ha rivelato che, malgrado l'ampio accesso all'acqua potabile, meno del 50% delle famiglie consumava acqua resa potabile. Le strategie scelte per affrontare questi ostacoli sono state l'aumento del trattamento dell'acqua e le iniziative di informazione, educazione e comunicazione per promuovere l'uso esclusivo di acqua potabile.

Guinea: nel 2000, il 70% dei villaggi del distretto in cui è stata attuata la Strategia accelerata per la sopravvivenza e sviluppo dell'infanzia (ACSD) avevano un promotore della salute e della nutrizione della comunità; il 50% delle famiglie aveva una zanzariera e il 25% delle donne in gravidanza vi dormiva sotto. Tuttavia, la copertura non era adeguata, visto che meno del 5% dei soggetti dormiva al riparo di una zanzariera recentemente trattata con insetticida. Questo ostacolo alla protezione contro la malaria è stato eliminato mediante il trattamento gratuito con insetticida di tutte le zanzariere esistenti, unito alla distribuzione fortemente sovvenzionata di zanzariere trattate con insetticida alle donne in gravidanza che usufruivano dell'assistenza prenatale e i cui figli avevano ricevuto un ciclo completo di vaccini. Nel 2004 questo approccio integrato alla rimozione degli ostacoli aveva aumentato la copertura di zanzariere trattate con insetticida del 40%, aumentando allo stesso tempo la copertura della vaccinazione e dell'assistenza prenatale dal 40% nel 2002 al 70% due anni dopo.

Vedi Note, p. 108.

basata sulla famiglia/comunità e i servizi di programmi orientati verso la popolazione, la promozione della domanda di servizi clinici di qualità e la fornitura di un pacchetto *minimo* di interventi a forte impatto e a basso costo che possono essere attuati in base alla politica corrente, alle risorse umane e alle capacità. Le strategie operative prevedono la formazione e lo spiegamento di promotori della salute e della nutrizione delle comunità per migliorare le pratiche di assistenza delle famiglie. Il pacchetto minimo di interventi è generalmente costituito da:

- Interventi contro la malaria

- Nutrizione
- Promozione dell'igiene
- Vaccinazione associata a campagne per la riduzione della mortalità dovuta al morbillo
- Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia
- Assistenza qualificata al parto e neonatale e assistenza ostetrica di emergenza
- Prevenzione e cura dell'HIV e dell'AIDS
- Assistenza basata sulle strutture

Fase due: la seconda fase consiste in un pacchetto esteso che prevede ulteriori interventi di assistenza neonatale e materna, il miglioramento delle scorre idriche e di servizi igienico-sanitari adeguati mediante le politiche nazionali e la mobilitazione di fondi aggiuntivi. Questa fase ha l'obiettivo di sostenere e di potenziare le tre modalità di fornitura dei servizi riducendo le difficoltà della domanda e dell'offerta.

Fase tre: la fase finale prevede l'introduzione e l'aumento degli interventi innovativi, come la vaccinazione anti rotavirus e pneumococco e l'aumento della domanda e dell'offerta per questo *pacchetto massimo*¹⁵.

Affrontare la crisi delle risorse umane nell'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo

In molti paesi, le difficoltà economiche e la crisi finanziaria hanno destabilizzato e ridotto il personale sanitario, creando un circolo vizioso di demotivazione, bassa produttività e sottoinvestimento nelle risorse umane.

Per affrontare la crisi delle risorse umane nei paesi in via di sviluppo, sono necessarie una varietà di misure da applicare in tempi diversi.

Breve termine: una priorità immediata è garantire che le iniziative a livello nazionale e globale per la salute materna e infantile non provochino ulteriori sconvolgimenti del sistema sanitario o perdite significative di personale.

Dal breve al medio termine: aumentare la produttività e motivare il personale sanitario, anche mediante incentivi come gli aumenti salariali e una migliore supervisione. È inoltre necessario aumentare il personale sanitario, compresi gli operatori sanitari delle comunità, entro i limiti del sistema macroeconomico del paese e delle strategie di riduzione della povertà.

Lungo termine: per affrontare la crisi del personale sanitario sarà anche necessario aumentare notevolmente l'istruzione e la formazione del personale medico. Se non si migliora la formazione del personale medico e non si aumentano i finanziamenti, la crisi potrebbe peggiorare con effetti devastanti per la sopravvivenza e la salute materna, neonatale e infantile.

Queste misure necessitano di una forte leadership a livello nazionale per dare la priorità, con il consenso di tutta la società, all'assistenza sanitaria di qua-

lità. Per risolvere la crisi del personale sanitario servono programmi in grado di avviare i paesi verso l'accesso universale al continuum di assistenza. Inoltre, questi piani devono andare oltre il settore sanitario e includere questioni quali la riforma del servizio civile, la decentralizzazione e il contesto macroeconomico.

L'entità di questa sfida non deve essere sottovalutata. Per affrontare la crisi degli operatori sanitari nella sola Africa subsahariana servirà un aumento senza precedenti della dotazione di personale nel prossimo decennio. Degli 860.000 operatori aggiuntivi che, secondo le stime, sono necessari per aumentare la fornitura dell'assistenza sanitaria al livello necessario a raggiungere gli OSM relativi alla salute in quella regione, oltre la metà sarebbero promotori della salute e della nutrizione della comunità.

C'è un forte impegno ad aumentare il numero di operatori sanitari delle comunità in molti paesi in via di sviluppo, nonché per ideare dei pacchetti di incentivi che riducano la demotivazione. Diversi paesi, tra cui l'India, il Kenya, l'Africa meridionale e l'Uganda stanno prendendo in considerazione dei programmi nazionali per gli operatori sanitari delle comunità, mentre l'Etiopia sta formando 30.000 operatrici sanitarie delle comunità che si concentreranno sulla salute materna, neonatale e infantile, sulla malaria e sull'HIV e l'AIDS¹⁶. Anche paesi diversi tra loro come l'Afghanistan, l'Indonesia, il Mozambico, il Nepal e il Pakistan stanno avviando programmi per operatori sanitari delle comunità.

Il potenziamento dei programmi relativi agli operatori sanitari sarebbe inizialmente focalizzato sui promotori della salute e della nutrizione per

migliorare la fornitura di servizi in tre settori:

- Migliorare le pratiche di assistenza familiare tramite le visite domiciliari.
- Distribuire beni per la salute e la nutrizione di prima necessità per le famiglie nelle comunità con bassi livelli di accesso all'assistenza presso le strutture.
- Fornire assistenza di prima linea ai bambini malati.

Incentivi basati sul rendimento, come salari legati al cambiamento positivo dei comportamenti nelle loro comunità potrebbero essere usati per motivare gli operatori, al posto di una retribuzione fissa.

L'evidenza suggerisce che i pacchetti di incentivi multipli, che spesso uniscono incentivi economici o pagamenti "in natura" a una forte enfasi sul riconoscimento e la supervisione della comunità, come pure sulle opportunità di crescita e di sviluppo personale, tendono ad avere effetti significativi sulla riduzione della demotivazione degli operatori sanitari delle comunità. In Guatemala, per esempio, tra gli operatori sanitari delle comunità supervisionati si sono riscontrati livelli di disinteresse di due o tre volte più bassi di quelli degli operatori non supervisionati in quanto il loro collegamento con gli esperti esterni migliorava la loro reputazione¹⁷.

Migliorare le capacità degli operatori sanitari è parte integrante del processo di ampliamento. Una migliore supervisione e un più efficace monitoraggio, unito agli incentivi sul rendimento basati sui risultati e ai contratti, possono motivare gli operatori sanitari e rappresentare un'attrattiva per i futuri operatori.



© UNICEF/HQ03-0459/Shehzad Noorani

L'efficacia degli interventi di assistenza sanitaria è riconosciuta attraverso il monitoraggio e la valutazione regolare. *Bambini sottoposti a un controllo sanitario per la malnutrizione prima della distribuzione di biscotti ad alto contenuto proteico, Iraq.*

Sviluppare sistemi sanitari per ottenere risultati

L'impegno per migliorare l'armonizzazione dell'assistenza e per incrementare le attività, soprattutto in Africa, si sono incentrati sempre più spesso sull'impiego degli OSM relativi alla salute e altri indicatori come punto di riferimento per il potenziamento dei sistemi sanitari. L'enfasi sui risultati serve a creare una sinergia tra i risultati e gli input. Lo sviluppo dei sistemi sanitari è sempre più inteso come parte del processo di raggiungimento degli obiettivi, anziché essere distinto da esso.

Questo collegamento tra sistemi e risultati è stato puntualizzato nel quadro strategico per il raggiungimento degli OSM 4 e 5 mediante il poten-

ziamento dei sistemi sanitari, formulato congiuntamente dall'UNICEF, l'OMS e la Banca Mondiale su richiesta dell'Unione Africana. Il quadro analizza le difficoltà di sistema in 16 paesi africani e simula l'impatto potenziale dell'eliminazione di queste difficoltà in ogni paese sull'OSM. Sulla base di questo modello, oltre 10 paesi africani stanno revisionando i loro piani e meccanismi di bilancio, come i Documenti Strategici per la Riduzione della Povertà, i piani di sviluppo del settore sanitario, gli approcci relativi a tutto il settore e le spese a medio termine per potenziare i sistemi sanitari con l'obiettivo di conseguire risultati concreti per la salute delle madri e dei bambini.

Questi paesi stanno anche considerando le proprie difficoltà, prevedendo strategie e risultati sanitari e i fab-

bisogni aggiuntivi di fondi come "casi di investimento" per ottenere sostegno politico e finanziario per i loro piani nazionali.

Potenziare i sistemi sanitari a livello distrettuale

Il potenziamento dei sistemi sanitari continua a essere un compito impegnativo e complesso, soprattutto in molti dei paesi i cui progressi non sono sufficienti a raggiungere gli OSM relativi alla salute. La decentralizzazione dei sistemi sanitari e una crescente attenzione al livello regionale possono essere considerati un mezzo efficace per fornire l'assistenza sanitaria di base ai bambini e alle famiglie emarginate della comunità¹⁸. Tuttavia, la decentralizzazione non è esente da rischi: può avere conseguenze non pre-

Migliorare l'accesso all'acqua potabile, i servizi igienico-sanitari e le pratiche igieniche

L'acqua potabile e i servizi igienici sicuri possono cambiare la vita dei bambini. I bambini sono esposti più di qualsiasi altro gruppo ai rischi derivanti dall'acqua contaminata e dalla mancanza di igiene. L'acqua potabile impura, la disponibilità inadeguata di acqua per lavarsi e cucinare e la mancanza di accesso ai servizi igienici insieme contribuiscono all'88% dei decessi dovuti a malattie diarroiche, ovvero a oltre 1,5 milioni di decessi all'anno.

Il solo miglioramento dei servizi igienico-sanitari potrebbe ridurre di oltre un terzo la morbidità associata alla diarrea; i servizi igienici migliorati associati a comportamenti più igienici potrebbero ridurla di due terzi. Il lavaggio delle mani con il sapone o la cenere eviterebbe da 0,5 milioni a 1,4 milioni di morti all'anno. Il miglioramento delle abitudini familiari comprende l'uso costante di un servizio igienico o di una latrina da parte di tutti i membri della famiglia, lo smaltimento sicuro delle feci dei bambini piccoli, il lavaggio delle mani con il sapone dopo la defecazione e prima di mangiare e l'installazione di fonti di acqua potabile nelle case e nelle comunità. Fornire alle comunità le informazioni e le risorse per attuare queste pratiche di base è un primo passo importante verso il miglioramento delle misure igienico-sanitarie.

Nicaragua e Perù: promuovere un'igiene migliore per combattere la diarrea

Come l'Asia meridionale, l'America latina e i Caraibi hanno compiuto progressi significativi nei settori dell'acqua e dell'igiene, con 16 dei 33 paesi della regione sulla buona strada verso il raggiungimento dei traguardi degli OSM. Eppure, le disparità persistono, soprattutto tra le zone urbane e quelle rurali.

Nel 2002, il Progetto congiunto di salute ambientale dell'Organizzazione Pan Americana della Salute "Progetto di cambiamento dei comportamenti igienici" ha avviato delle strategie comunitarie per una regione in cui, ogni anno, si registra un totale di 15.000 morti e 75.000 ricoveri ospedalieri a causa della diarrea da rotavirus, nonostante la presenza di buone infrastrutture di latrine e di distribuzione di acqua mediante tubazioni. In Perù, dopo l'attuazione del programma, i casi riferiti di diarrea si sono ridotti al 9%, mentre in Nicaragua non è stato riportato quasi nessun caso di diarrea nei bambini di tre anni e nessun caso in quelli di quattro o cinque anni. Molte delle pratiche igieniche promosse come parte degli interventi in entrambi i paesi, come il lavaggio delle mani e l'uso sicuro e la raccolta dell'acqua, hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi dal periodo precedente all'intervento fino al medio termine.

Mozambico: i comitati *child-to-child* per i servizi igienici

I bambini possono spesso diventare fautori dei cambiamenti nelle proprie comunità. In Mozambico, i comitati per i servizi sanitari *child-to-child* sono alla base dei programmi di educazione all'igiene incentrati sui bambini nelle scuole e hanno inoltre l'obiettivo di essere un punto di accesso per le comunità per l'adozione delle pratiche igieniche nelle famiglie tramite i canali bambino-bambino e bambino-genitore. Un comitato per l'igiene *child-to-child* consiste di un gruppo di 15 bambine e bambini formati all'educazione partecipativa all'igiene, compresa la diffusione di informazioni sulle vie e gli ostacoli alla trasmissione delle malattie associate all'acqua e all'igiene, il lavaggio adeguato delle mani con il sapone (o la cenere) e l'uso appropriato delle latrine. L'inclusione delle bambine nei comitati è particolarmente importante in quanto la frequenza scolastica delle bambine è compromessa dall'inadeguatezza delle strutture idriche e igieniche e dal tempo che impiegano a raggiungere fonti idriche molto distanti. Insieme alle strategie giovanili, questi impegni hanno contribuito all'aumento dei tassi di iscrizione scolastica delle bambine del 15-20% su scala nazionale dal 2002-2003 a oggi.

Per attirare l'attenzione degli altri bambini, i comitati usano discussioni di gruppo, poster, canzoni, teatro, danza, interviste, disegni e gare. Seguendo questo esempio, i comitati per l'igiene da bambino a bambino sono stati istituiti e sono attivi in 251 scuole.

Sud Sudan: interventi per l'acqua e l'igiene basati sulle comunità in contesti complessi

Spesso si presume che gli approcci basati sulle comunità siano difficili, se non addirittura impossibili da realizzare nelle zone che sono state colpite da conflitti armati, disastri naturali o altre emergenze complesse. Tuttavia, l'esperienza del Sudan dimostra che quando gli approcci basati sulle comunità sono realizzati con successo possono avere un ruolo importante nei contesti difficili. Nel Sud Sudan, a un progetto per l'acqua e i servizi igienico-sanitari lavorano squadre locali specializzate nella perforazione manuale di pozzi. Ciascuna squadra è composta di 10 persone, generalmente appartenenti alle comunità locali; di questi, 7 sono di solito trivellatori e tre sono responsabili della manutenzione delle pompe a mano e uno di loro è il supervisore della squadra. La perforazione manuale è un metodo a basso costo e a bassa tecnologia per fornire accesso all'acqua. Le attrezzature possono essere smontate e trasportate da un sito all'altro dalle stesse comunità. La loro portabilità ne consente il trasporto anche su terreni accidentati e permette di eseguire le perforazioni anche nella stagione delle piogge. Inoltre, il basso costo e la trasportabilità delle

attrezzature è importante nelle zone poco sicure. Grazie alla collaborazione delle comunità, questo progetto ha consentito l'installazione di pozzi con tubazioni in vaste zone del Bahr el Ghazal occidentale.

Bangladesh e India: “servizi igienici totali” gestiti dalle comunità

Sebbene investire nella costruzione di servizi igienici sia una delle condizioni essenziali per aumentare la copertura dei servizi igienico-sanitari, i dati dell'Asia meridionale indicano che non è sempre sufficiente a ottenere risultati nel settore della salute pubblica. Studi sul settore in India, per esempio, mostrano che le persone vanno all'aperto per le proprie necessità non perché non hanno accesso ai servizi igienici, ma soprattutto perché non vedono il motivo di modificare il loro comportamento, non essendo consapevoli dei rischi associati alla salute. Infatti, l'uso dei servizi igienici è maggiore quando le famiglie sono consapevoli della necessità di avere un servizio igienico e, pertanto, ne costruiscono uno per conto proprio.

Nel distretto di Rajshahi, in Bangladesh, nel 2001 è stata pilotata un'iniziativa di mobilitazione delle comunità per raggiungere una copertura del 100% nel campo dell'igiene. I “servizi igienici totali” gestiti dalle comunità si basano sul principio che bisogna incentivare il cambiamento collettivo dei comportamenti. Questo approccio aiuta le comunità a comprendere gli effetti negativi della mancanza di igiene e consente di trovare insieme le soluzioni. Nel Rajshahi, con questo approccio le comunità sono riuscite a proibire la defezione all'aperto nel villaggio. Il divieto è stato possibile senza sussidi esterni, ma solo grazie alla mobilitazione della comunità. Le comunità hanno usato le proprie risorse, hanno istituito comitati di azione, sviluppato tecnologie innovative a basso costo e monitorato i progressi.

L'iniziativa del Rajshahi rappresenta un modello di cambiamento nella promozione delle buone pratiche igieniche tramite una strategia incentrata sulle comunità. L'esperienza del Rajshahi ha suscitato l'interesse dell'India che ha inviato diversi politici, tra cui i rappresentanti del governo dello stato di Maharashtra. Basandosi sull'esperienza del Bangladesh, il governo dello stato di Maharashtra ha formulato una strategia per porre fine alla defezione all'aperto nello stato. Gli obiettivi principali di questa strategia consistevano nel portare alla ribalta i governi locali, fornire sostegno fiscale ai poveri e mettere in atto sistemi solidi di monitoraggio e di valutazione. La campagna ha anche posto l'enfasi sull'informazione, l'educazione e le attività di comunicazione e su visite ai villaggi con le migliori prestazioni. Di conseguenza, tra il 2002 e il 2006, lo stato di

Maharashtra è passato da una situazione in cui la defezione all'aperto era una pratica comune a tutti i villaggi, all'aver 3.800 villaggi in cui era stata abolita, con oltre 5 milioni di famiglie che ora vivono in un ambiente più sano.

Il successo del Maharashtra, a sua volta, ha portato alla revisione delle direttive nazionali sull'igiene in India e all'istituzione del *Nirmal Gram Puraskar*, ovvero il “Premio per il villaggio pulito”, introdotto dal governo indiano nel 2004. Il programma offre premi in contanti ai governi locali che raggiungono il 100% dell'igiene. La risposta è stata straordinaria: a febbraio del 2005, 38 *gram panchayats* (il livello più basso dei governi rurali locali eletti) ha ricevuto il premio; a febbraio del 2006, il numero è salito a 760 *gram panchayats* e 9 *block panchayats* (un livello intermedio del governo rurale eletto).

Ghana: colmare il divario tra zone urbane e rurali

Le disparità più grandi nel settore dell'acqua potabile e dei servizi igienico-sanitari esistono tra le popolazioni urbane e rurali. A livello globale, l'accesso alle fonti “migliorate” di acqua potabile è pari al 95% nelle aree urbane, rispetto al 73% nelle zone rurali. Il divario più ampio tra zone urbane e rurali nel settore dell'acqua potabile esiste nell'Africa subsahariana, dove l'81% degli abitanti delle aree urbane usufruisce del servizio, rispetto al 41% della popolazione rurale.

In Ghana, la copertura delle zone rurali di acqua e servizi igienico-sanitari, fino a poco tempo fa, era sotto la media dell'Africa subsahariana, ma sta aumentando al tasso di circa 200.000 persone, o più dell'1% della popolazione all'anno. Il cambiamento è stato marcato e si riflette nel programma di ampia portata introdotto dal governo all'inizio degli anni Novanta per far fronte alle inefficienze di un sistema discendente e assistenziale che non funzionava, soprattutto nelle zone rurali. A seguito del processo di riforma, la responsabilità delle forniture idriche è stata trasferita ai governi locali e alle comunità rurali e sono state istituite nuove strutture politiche per la gestione dell'acqua. Le strutture dei villaggi fanno ora parte del nuovo sistema. Per l'assegnazione di fondi, le comunità devono istituire dei comitati per l'acqua nei villaggi ed elaborare dei piani che descrivono in dettaglio come intendono gestire i loro sistemi, contribuire con l'equivalente in contanti del 5% delle spese di capitale e sostenere i costi di manutenzione. Questo approccio partecipativo ha prodotto un aumento marcato nell'accesso all'acqua, dal 55% nel 1990 al 75% nel 2004.

Vedi Note, p. 108.

viste, come l'acuirsi delle ineguaglianze esistenti nelle comunità, basate su povertà, genere, lingua e appartenenza etnica¹⁹. Inoltre, anche nei contesti in cui la decentralizzazione è riuscita, l'esperienza indica che la trasformazione di un distretto amministrativo in un sistema sanitario funzionante richiede del tempo. Nel 2000, per esempio, soltanto 13 degli ospedali di zona della Nigeria erano attrezzati per eseguire un parto cesareo. Soltanto 17 dei 53 ospedali di zona del Burkina Faso avevano strutture adeguate 10 anni dopo l'istituzione dei distretti. Inoltre, soltanto 5 di questi 17 ospe-

dali avevano i 3 medici necessari a garantire la continuità dell'assistenza per tutto l'anno²⁰. Ciononostante, l'esperienza della decentralizzazione dell'ultimo decennio suggerisce che, nel complesso, i distretti sanitari continuano a essere un metodo razionale con il quale i governi possono fornire l'assistenza sanitaria tramite reti di centri, pratiche familiari o strutture decentralizzate equivalenti, con l'appoggio degli ospedali specializzati. Nei luoghi in cui i distretti sono diventati delle strutture stabili e praticabili, hanno ottenuto risultati degni di nota, anche in situa-

zioni di emergenze complesse, come hanno dimostrato la Repubblica Democratica del Congo e la Guinea. Analogamente, il Mali ha ampliato le reti dei centri sanitari e i servizi per le madri e i bambini²¹. Nei paesi in cui la decentralizzazione è stata associata a riforme della pubblica amministrazione, sono stati realizzati progressi significativi in pochi anni. Alcuni di questi paesi sono il Mozambico, il Ruanda e l'Uganda, tutti paesi che hanno vissuto anni di conflitti e di crisi economiche, ma che sono in seguito riusciti a compiere progressi significativi nel riformare le istituzioni

L'urgenza di affrontare la crisi degli operatori sanitari in Africa

La carenza di risorse umane adeguate è uno dei principali ostacoli che si frappongono all'ampliamento degli approcci integrati basati sulle comunità per la sopravvivenza, la salute e la nutrizione delle madri, dei neonati e dei bambini. Le esperienze attuali suggeriscono che l'efficacia limitata, l'avvicendamento del personale e la supervisione inadeguata caratterizzano molti dei programmi nei paesi in via di sviluppo. La migrazione massiccia del personale medico, l'impatto dell'AIDS, che in alcuni paesi ad alta prevalenza ha decimato la forza lavoro, nonché il verificarsi di conflitti armati, hanno indebolito la forza lavoro in molti paesi in via di sviluppo i cui progressi nella riduzione della mortalità infantile sono attualmente lenti o inesistenti. In questi contesti, gli operatori sanitari delle comunità possono avere un ruolo importante nel migliorare la salute delle comunità in generale, e la salute dei bambini in particolare. Tuttavia, bisogna sottolineare che gli operatori sanitari delle comunità dovrebbero fare da complemento e non sostituire il personale medico qualificato.

Gli operatori sanitari a livello distrettuale e delle comunità

Il numero di operatori sanitari per 1.000 bambini, soprattutto di infermieri e medici, è un fattore importante che determina i tassi di mortalità infantile, sotto i cinque anni e materna in tutti i paesi. Per esempio, gli studi mostrano che le prospettive di raggiungere la copertura dell'80% nella vaccinazione contro il morbillo e di avere assistenti qualificati al parto migliorano notevolmente nei luoghi in cui la densità degli operatori sanitari supera il 2,5 per mille abitanti. Eppure, molti paesi in via di sviluppo,

soprattutto dell'Africa subsahariana, devono far fronte a enormi carenze di personale sanitario.

La migrazione del personale medico è un motivo di grande preoccupazione in molti paesi in via di sviluppo. Un fatto che desta particolare allarme è la migrazione massiccia di personale medico dai paesi poveri verso i paesi ricchi (la cosiddetta "fuga di cervelli"). Ma anche altre forme di spostamenti di personale medico all'interno di un paese – dalle aree rurali alle città, dal settore pubblico al settore privato e dal settore sanitario ad altri settori – stanno riducendo il numero di operatori sanitari qualificati che si occupano di assistenza sanitaria di base nei paesi in via di sviluppo.

I motivi che spingono gli infermieri e i medici ad abbandonare il settore sanitario appaiono simili in paesi diversi come le Isole del Pacifico e l'Unione Europea. Alcuni di questi motivi sono la retribuzione inadeguata, gli orari poco flessibili e le mansioni aggiuntive che sono tenuti a svolgere, l'impossibilità di proseguire l'istruzione, le condizioni difficili di lavoro, i pazienti esigenti e la carenza di scorte e attrezzature. Secondo recenti statistiche, per esempio, la metà dei laureati in medicina del Ghana emigra entro 4-5 anni dalla laurea, e il 75% parte entro 10 anni. In Sudafrica, oltre 300 infermieri professionali al mese lasciano il paese e molti non fanno più ritorno. Le destinazioni principali degli operatori sanitari migranti sono l'Europa e il Nord America. Questo vale soprattutto per il Regno Unito, dove un terzo della forza lavoro del settore sanitario proviene da altri paesi. La ricerca suggerisce che la densità degli operatori sanitari (medici, infer-

governative e nella performance dei loro sistemi sanitari²².

Negli ultimi decenni, i dati sulla performance dei sistemi sanitari distrettuali sono aumentati. Tuttavia, la base dei dati è ancora relativamente esigua, gli studi sono incostanti e gli approcci sostenuti dai professionisti non godono dello stesso consenso e della stessa visibilità nella comunità scientifica di quelli sugli interventi essenziali.

Le attività a livello distrettuale per fornire il continuum di assistenza sani-

taria a madri, neonati e bambini hanno bisogno di nuovo impeto e di una più rigorosa sistematizzazione. In particolare, la ricerca dovrebbe focalizzarsi su un nuovo orientamento dei sistemi sanitari nazionali per creare delle condizioni che consentano lo sviluppo dei sistemi sanitari e nutrizionali di zona che forniscono un continuum di assistenza. L'analisi sistematica e le casistiche dei paesi che hanno sperimentato questo approccio potrebbero fornire una comprensione profonda del funzionamento dei processi delle politiche attuali e del modo di migliorarli. Alcune questioni impor-

tanti, come lo sviluppo delle capacità istituzionali e l'acquisizione di informazioni strategiche per la gestione e il monitoraggio dei flussi di risorse e della performance dei sistemi sanitari, sono già ben note ai professionisti.

È evidente che bisogna raccogliere dati ed esperienze sui metodi per sviluppare le capacità di formulazione delle politiche e sulle norme che devono ispirare la gestione del settore sanitario nel suo insieme, come pure sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria continua per le madri, i neonati e i bambini a livello distrettuale.

mieri, ostetriche) in Europa e nel Nord America è più di 10 volte quella dell'Africa subsahariana. L'impatto negativo della migrazione sulla fornitura dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo è spesso grave, dato che il movimento del capitale umano riguarda i professionisti più qualificati, nei quali il governo ha investito molto attraverso la formazione e lo sviluppo professionale.

Oltre a queste cause generali, anche l'epidemia di AIDS e i conflitti armati hanno determinato la perdita di personale medico nell'Africa subsahariana in particolare.

In situazioni di conflitto e di ricostruzione dopo i conflitti, gli operatori sanitari qualificati sono fondamentali per fornire i servizi generici e specializzati alle popolazioni vulnerabili di sfollati e feriti. Tuttavia, in molti paesi colpiti dai conflitti, gli anni e talvolta i decenni di conflitti hanno provocato una carenza grave di personale sanitario qualificato.

Per far fronte a questa carenza, almeno nel breve e medio termine, i sistemi sanitari nazionali devono incentivare la pratica dell'assistenza sanitaria a domicilio. Sebbene questa sia una sfida ancora in atto, diversi paesi sono riusciti a reclutare e a trattenere gli operatori sanitari, anche nelle aree rurali in cui le carenze sono di solito più gravi. Si stanno sviluppando pacchetti di incentivi per trattenere gli operatori sanitari e per invertire il flusso migratorio. Uno di questi esempi riguarda il Mali, dove il ministero della Salute incoraggia i laureandi in medicina a lavorare nelle zone rurali offrendo loro formazione, alloggi, attrezzature e mezzi di trasporto, se necessario.

Anche la formazione mirata alle condizioni locali può contribuire a limitare il logoramento della forza lavoro. Gli impegni di lunga data di aumentare il numero di operatori sanitari nelle zone rurali indicano che la formazione degli operatori locali nelle lingue locali e in abilità inerenti alle condizioni del luogo, ne facilitano la permanenza. Questi approcci alla formazione forniscono credenziali che spesso non sono riconosciute a livello internazionale e questo limita ulteriormente la migrazione. Il successo, tuttavia, dipende dagli incentivi e dal sostegno a livello locale.

Una questione che desta preoccupazione è che i paesi ricchi traggano beneficio dalla fuga di cervelli a spese dell'Africa. Di conseguenza, è nato un movimento che chiede di fermare il reclutamento di operatori sanitari dall'Africa o, se ciò si dimostrasse poco realistico, come è probabile che sia, di condurre questo reclutamento in modo tale da beneficiare entrambe le parti. Negli ultimi cinque anni, sono stati emanati circa una dozzina di atti internazionali da autorità nazionali, ordini professionali ed enti internazionali che hanno fissato delle norme di comportamento tra le parti coinvolte nel reclutamento internazionale di operatori sanitari. Questioni analoghe sono anche state al centro di accordi bilaterali.

Vedi Note, p. 108.

Africa subsahariana: investire nella sopravvivenza infantile e negli altri Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute

Le strategie illustrate nel "Modello Strategico per il Raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sulla Sopravvivenza Infantile in Africa", elaborato per l'Unione Africana a luglio del 2005, dovrebbero creare in un lasso di tempo relativamente breve, le condizioni minime necessarie ad aumentare la copertura effettiva dell'assistenza sanitaria di base nell'Africa subsahariana. Tale copertura comprende anche un pacchetto minimo di servizi basati sulla verifica, a forte impatto e a basso costo che possono essere forniti mediante l'assistenza basata sulle famiglie e le comunità e tramite servizi orientati verso la popolazione e l'assistenza clinica.

Gli interventi principali dovrebbero essere: antibiotici per combattere la polmonite e le infezioni neonatali; terapie combinate contro la malaria; promozione dell'alimentazione neonatale e dell'igiene; zanzariere trattate con insetticida; terapie di reidratazione orale; assistenza qualificata al parto; integratori di vitamina A; prevenzione e cura dell'AIDS pediatrico e assistenza ostetrica d'emergenza e neonatale. Si prevede che queste strategie e interventi avranno un impatto significativo sul miglioramento della nutrizione infantile, della mortalità materna, della condizione delle donne e sulla

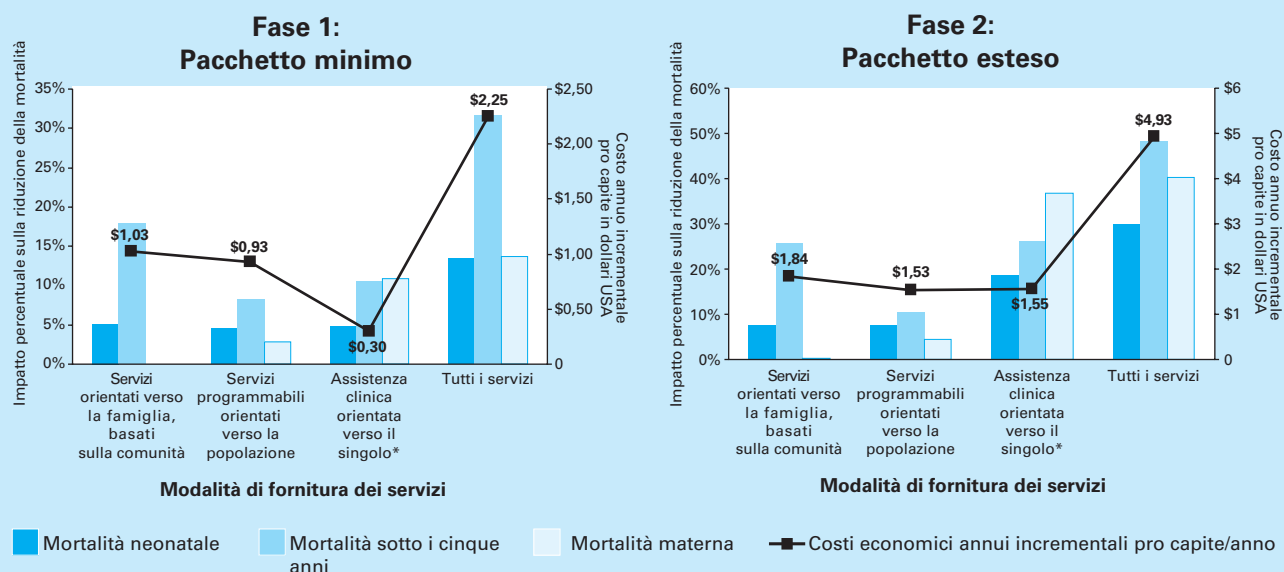
riduzione della povertà tramite l'*empowerment* delle donne. (Le tre fasi di attuazione sono illustrate nelle pp. 70-71). Nella fase uno, si stima che questa strategia possa ridurre il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni in Africa di oltre il 30% e determinare una riduzione iniziale del 15% del tasso di mortalità materna a un costo incrementale annuo stimato di 2-3 dollari USA pro capite, ovvero circa 1.000 dollari per vita salvata.

Nella fase due, l'attuazione di un pacchetto ampliato determinerebbe una riduzione stimata del tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni nella regione superiore al 45% e ridurrebbe la mortalità materna del 40% e la mortalità neonatale di circa il 30%. Il costo incrementale annuo stimato è di circa 5 dollari pro capite, ovvero meno di 1.500 dollari per vita salvata.

Nella fase tre, si stima che il raggiungimento della copertura con i pacchetti massimi di interventi, consentirebbe ai paesi di raggiungere o di avvicinarsi ai traguardi principali degli OSM 1, 4, 5 e 6 riducendo i tassi di mortalità materna di oltre il 60% e di mortalità neonatale del 50%, oltre a dimezzare l'incidenza della malaria e della malnutrizione. Il costo incremen-

Grafico 4.3

Impatto e costo stimato dei pacchetti minimo, esteso e massimo per il Modello Strategico per l'Africa



* Ipotesi che l'assistenza clinica orientata verso il singolo è disponibile in maniera continuativa.

tale annuo stimato per raggiungere la fase tre è di 12-15 dollari pro capite, ovvero circa 2.500 per vita salvata. Ipotizzando un ritmo di attuazione incrementale, il fabbisogno annuo di finanziamenti aggiuntivi aumenterebbe a 2-3 dollari pro capite all'anno per realizzare in scala il pacchetto minimo nella fase uno; mentre aumenterebbe di oltre 12-15 dollari pro capite all'anno per realizzare in scala il pacchetto massimo entro il 2015 nella fase tre.

È importante notare che questi costi aggiuntivi sono stati recentemente stimati usando diversi strumenti di determinazione dei costi, ciascuno dei quali ha prodotto proiezioni simili: ciò indica che le stime sono valide. Il costo si riferisce a beni, farmaci e scorte. Le zanzariere trattate con insetticida costituiscono una quota considerevole di questo costo, come pure i farmaci. Il costo è ripartito per risorse umane, strutture e attrezzature sanitarie e per la promozione, la creazione della domanda, il monitoraggio e la valutazione.

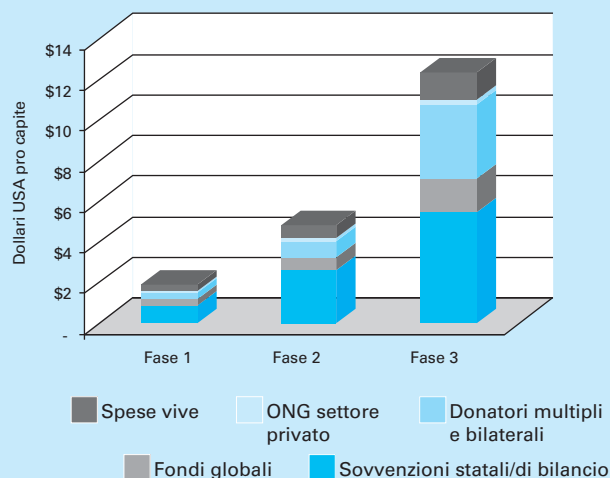
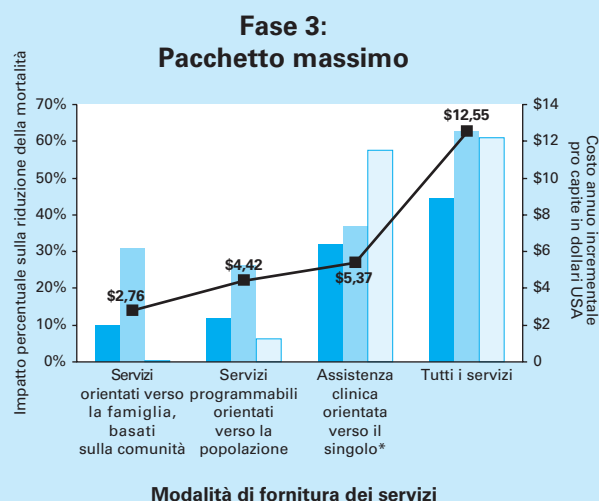
Nel contesto del modello strategico, è stato proposto il seguente scenario di co-finanziamento: in tutte e tre le fasi, quasi la metà dei finanziamenti aggiuntivi per aumentare il

pacchetto minimo deriverebbero dal bilancio dello Stato, comprese le sovvenzioni, di cui il 15% imputabile alle spese vive e un terzo al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria (GFATM), l'UNICEF, la Banca Mondiale, l'OMS e altri donatori.

Vedi Note, p. 108.

Grafico 4.4

Fonti di finanziamento 2007-2015



Fonti dei Grafici 4.3 e 4.4, pp. 78-79: Stime preliminari basate sulla versione riveduta e corretta dell'UNICEF, della Banca Mondiale e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health systems strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions", elaborato su richiesta dell'Unione Africana dall'UNICEF, l'OMS e la Banca Mondiale. Riveduto a ottobre 2007.



© UNICEF/HQ04-0689/Giandom Pirozzi

La carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo deve essere considerata nei piani nazionali per invertire il suo impatto negativo sulla salute delle madri, dei neonati e dei bambini. *Un operatore sanitario visita un bambino presso il centro regionale di prevenzione e protezione dall'AIDS, Federazione Russa.*

III. Migliorare la qualità e il volume dei finanziamenti per potenziare i sistemi sanitari

Reperire il denaro per finanziare l'assistenza sanitaria è un ostacolo notevole che si frappone al potenziamento del sistema sanitario nei paesi a basso reddito, dove il settore deve già far fronte a gravi deficit di bilancio. Le politiche che regolano il finanziamento della sanità possono avere effetti profondi sui risultati per i bambini e le donne, tramite il sovvenzionamento o la tassazione dei servizi fondamentali che influenzano sulla sopravvivenza, la salute e la nutrizione delle madri, dei neo-

nati e dei bambini, o dal sostegno equo dei meccanismi di ripartizione dei costi.

Il finanziamento adeguato del settore sanitario è importante non solo per combattere malattie specifiche, ma anche per il suo potenziamento sostenibile ed efficace. I non eccellenti risultati del sostegno precedente e attuale al settore sanitario sono stati attribuiti in larga parte ai seguenti fattori:

La mancanza di verifica e di pianificazione del bilancio a livello nazionale per il settore sanitario. Data la predominanza delle iniziative per malattie specifiche, le strategie nazionali per la salute materna, neonatale e infantile spesso non prestano sufficiente attenzione all'approccio pluri-settoriale per conseguire risultati nel settore sanitario, per eliminare i vincoli alla fornitura dei servizi o per pianificare adeguatamente le strategie sanitarie, compresa la rimozione dei vincoli alla domanda e all'offerta dei servizi di assistenza sanitaria di base.

La lentezza dei progressi e il mancato allineamento con i processi nazionali e l'armonizzazione. I collegamenti tra il settore sanitario e i processi di sviluppo in generale a livello nazionale (settore pubblico e riforma del bilancio, strategie di riduzione della povertà, pianificazione macroeconomica e fiscale, ecc.) sono spesso molto deboli nei paesi a basso reddito. I sistemi di monitoraggio dei flussi di risorse, dei progressi e dei risultati sono spesso inadeguati e, spesso, gli impegni internazionali sull'efficacia dell'assistenza non si traducono in azioni concrete a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda la fornitura di fondi prevedibili a lungo termine e la riduzione degli aiuti frammentati che comportano costi elevati di trasferimento, in linea con

la Dichiarazione di Parigi sull'armonizzazione e l'efficacia dell'assistenza.

L'enfasi insufficiente sui finanziamenti per superare gli ostacoli al potenziamento dei sistemi sanitari.

Malgrado l'impegno crescente della comunità internazionale nei confronti degli obiettivi relativi alla salute, i paesi devono far fronte alla carenza di fondi per il potenziamento dei loro sistemi sanitari, compresi i fondi per le risorse umane, gli incentivi per il personale, lo sviluppo di sistemi di approvvigionamento e di logistica e per agevolare i trasferimenti alle famiglie più povere per superare gli ostacoli alla domanda di una sanità migliore. Mentre si mobilita una quantità crescente di fondi per malattie specifiche come l'HIV, lo squilibrio a livello nazionale aumenta, in quanto i meccanismi di fornitura dell'assistenza sanitaria e di finanziamento necessari ad assorbire i fondi messi a disposizione per le iniziative speciali sono spesso assenti. Di conseguenza, si osserva un livello basso di attuazione e di efficacia dei programmi di controllo delle malattie. Il controllo debole o assente da parte dei governi sul comportamento dei fornitori di servizi sanitari e da parte dei beneficiari dei servizi sanitari sull'uso dei fondi pubblici ne pregiudicano l'attuazione²³.

Recenti partnership internazionali hanno proposto di destinare maggiori risorse per il raggiungimento degli OSM. Queste iniziative mettono l'enfasi sui risultati e sul legame esistente tra le risorse allocate e i risultati sulla salute. Per far questo, bisogna potenziare i sistemi sanitari, come mezzo per conseguire gli obiettivi dello sviluppo, sia direttamente sia influenzando gli altri donatori e facendo appello a una maggiore coerenza nell'architettura dell'assistenza per la sanità²⁴.

Tutti sono concordi sull'importanza di sostenere i piani settoriali e di garantire la loro coerenza con gli sforzi già in atto per il potenziamento dei sistemi sanitari. Le questioni principali relative a queste iniziative sono lo sviluppo e la qualità dei piani di potenziamento, il monitoraggio dei processi e la selezione dei paesi, nonché il flusso e la gestione dei fondi²⁵.

In questo contesto, è opinione diffusa che l'assistenza debba basarsi su cinque principi:

- Premiare la performance in maniera prevedibile attraverso accordi.
- Allineare l'assistenza allo sviluppo con i sistemi nazionali.

- Finanziamento basato sui risultati.
- Stabilire dei punti di riferimento e indicatori dei risultati per lo sviluppo dei sistemi sanitari.
- Formulare strategie di finanziamento innovative ed eque.

Premiare la performance in maniera prevedibile attraverso accordi

È opinione diffusa che oltre a porre l'enfasi sui risultati, bisogna destinare le risorse sulla base di criteri quali la necessità (in base a fattori come il numero di abitanti, il livello di povertà e lo stato della sanità pubblica) e la performance (risultati e capacità di assorbire efficacemente i fondi). La

performance sarebbe associata ai risultati principali e le politiche concordate a livello nazionale con un "accordo" basato sui sistemi esistenti legati ai risultati, sul tipo di quelli sviluppati dalla Commissione Europea, la Banca Mondiale, la Banca di Sviluppo Africana e i donatori bilaterali²⁶.

Questi accordi rappresentano intese tra paesi in via di sviluppo e donatori basate sulla responsabilità di soddisfare i criteri di performance da parte dei beneficiari e sulla provvista di fondi prevedibili da parte dei donatori.

Allineare l'aiuto allo sviluppo ai sistemi nazionali

L'allineamento dell'erogazione e del-

Focus

Botswana: migliorare la prevenzione e la cura dell'HIV attraverso alleanze comunitarie

Contesto e sfide: l'AIDS è una delle principali cause di mortalità materna, neonatale e infantile nell'Africa meridionale. In Botswana, quasi una persona su 4 tra i 15 e i 49 anni ha l'infezione da HIV. I bambini sono già a rischio prima della nascita; un terzo delle donne in gravidanza tra i 15 e i 24 anni del Botswana sono sieropositive. Questa condizione determina un aumento della natimortalità e della mortalità nel periodo neonatale e infantile, anche se l'HIV non viene trasmesso al nascituro. Il rischio delle donne che contraggono l'HIV durante la gravidanza o durante l'allattamento al seno di trasmettere l'infezione ai loro neonati è molto alto. Inoltre, il rischio di mortalità delle madri aumenta e questo riduce le probabilità di sopravvivenza dei figli. L'AIDS è una causa importante di disabilità e di morte nei neonati e nei bambini di oltre un mese.

Interventi e approcci: in Botswana, la prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio (PMTCT) è stata avviata nel 1999 con un forte impegno politico e un'ampia allocazione di risorse. Fin dall'inizio, il governo del Botswana ha pianificato la copertura degli interventi. I servizi sono forniti gratuitamente alle donne e ai bambini e sono integrati nei servizi esistenti di assistenza sanitaria materna e infantile. Questi interventi comprendono l'ostetricia, la consulenza, i test per l'HIV, la profilassi o il trattamento dell'infezione da HIV e il test per l'HIV dei neonati alla sesta settimana di età. Anche la terapia antiretrovirale viene fornita

alle madri e alle loro famiglie. Si effettuano un monitoraggio e una valutazione rigorosi e le catene di fornitura sono gestite attentamente.

Uno dei fattori che hanno determinato il successo in Botswana è stato il meccanismo unificato di coordinamento incentrato su un unico piano di potenziamento. La PMTCT è stata integrata nei servizi di assistenza sanitaria materna e infantile, ma sono stati effettuati costanti adeguamenti per aumentare la qualità e la ricettività dei servizi. L'impegno politico è stato importante, così come la gestione coerente dei programmi. La partecipazione della comunità e il coinvolgimento degli uomini sono anche stati elementi fondamentali nel sostenere le donne che hanno scelto di non allattare i figli al seno e nell'agevolare l'assistenza pediatrica.

Risultati: in Botswana, la copertura del programma è stata ampliata su scala nazionale nel 2004. Nel 2005, il 54% delle madri sieropositive ricevevano farmaci antiretrovirali durante la gravidanza.

Vedi Note, p. 108.



© UNICEF/HQ05-1876/Donna DeCesare

Finanziamento basato sui risultati

Uno dei settori chiave sostenuti dalle nuove iniziative di potenziamento è il finanziamento basato sui risultati. Si tratta di un importante complemento dei flussi di fondi esistenti e un approccio promettente per superare gli ostacoli inerenti ai sistemi sanitari al fine di raggiungere risultati per la salute, la nutrizione e la popolazione. Le recenti esperienze dell'Afghanistan, dell'Argentina, della Cambogia e del Ruanda (*vedi Scheda, p. 84, sul finanziamento basato sulla performance in Ruanda*) hanno prodotto risultati positivi e sono in programma valutazioni più rigorose.

Il finanziamento basato sulla performance offre diversi vantaggi rispetto agli approcci tradizionali basati sugli input, tra cui:

- L'enfasi sul raggiungimento di risultati rapidi, entro un periodo di tempo prestabilito.
- Incentivi per la performance ai punti critici della catena di fornitura dei servizi.
- Colma importanti divari di finanziamento, fornisce ai governi finanziamenti flessibili per controbilanciare le distorsioni dei fondi e offre loro la possibilità di concentrarsi sulle priorità, come indirizzarli ai poveri.
- Il finanziamento basato sui risultati è concepito come uno strumento di monitoraggio e di valutazione, basato su strategie misurabili e mirate che hanno bisogno di dati di base, di traguardi e di progressi ai rispettivi livelli. Di conseguenza, le iniziative basate sui risultati consentiranno l'analisi regolare dei

Un maggiore impegno politico e il finanziamento adeguato da parte dei governi sono necessari per garantire l'accesso all'assistenza continua delle madri, dei neonati e dei bambini. *Un bambino tiene in braccio la sua sorellina, Guatemala.*

l'attuazione ai sistemi nazionali è fondamentale per aumentare l'efficacia dell'aiuto. Nei paesi con sistemi a circolazione fiduciaria (gestione finanziaria e approvvigionamento statale) che, nel complesso, sono considerati adeguati dai donatori multilaterali e bilaterali e sono monitorati congiuntamente dai partner tramite il meccanismo di spesa pubblica e di responsabilità finanziaria, i finanziamenti per il potenziamento potrebbero essere erogati come stanziamento di fondi in bilancio per il settore, fornendo fondi supplementari per la realizzazione della componente del settore sanitario del bilancio dello Stato e per le attività correlate. Un meccanismo simile potrebbe essere utilizzato nei paesi con approcci estesi a tutto il settore e con meccanismi di paniere di fondi, in aggiunta ai metodi di valutazione esistenti.

È opinione sempre più diffusa che le risorse per il settore sanitario debba-

no essere convogliate attraverso istituzioni che si propongono di fornire una copertura universale, piuttosto che tramite progetti e programmi. I servizi di assistenza sanitaria materna, neonatale e infantile devono far parte del paniere degli interventi di base coperti da qualsiasi pacchetto di prestazioni finanziate tramite queste istituzioni. L'aumento delle risorse destinate alla salute materna, neonatale e infantile potrebbe richiedere degli scambi nella spesa statale, sia nell'ambito dello stanziamento di bilancio per la salute o del bilancio dello Stato. Questi scambi devono essere negoziati nel contesto macroeconomico che può consentire una spesa supplementare nel settore, se i fabbisogni dell'assistenza sanitaria sono ben argomentati. A livello nazionale, le risorse devono essere mobilitate anche fuori del settore pubblico coinvolgendo il settore privato, le organizzazioni della società civile, le comunità e le famiglie.

Consolidare responsabilità e capacità nella fornitura dei servizi sanitari

La responsabilità nella fornitura dei servizi si può concepire come dei processi tramite i quali le comunità e le famiglie possono ritenere i fornitori responsabili dell'adeguatezza e dell'efficacia dei servizi offerti. Le comunità e le famiglie povere ed emarginate possono farlo se si dà loro voce e diritto di voto; dai decisori si può esigere la responsabilità tramite il patto sociale, mediante il quale i governi aiutano, finanziano e controllano i fornitori di assistenza sanitaria, nutrizione e servizi di salute ambientale. Quando le comunità sono messe in grado di esigere servizi efficaci e adeguati, le famiglie sono informate sui servizi che lo Stato si è impegnato a fornire e sugli standard minimi che devono avere.

Radicare la partecipazione alla vita pubblica e l'educazione civica nei programmi di sopravvivenza e sviluppo materno, neonatale e infantile consente alle famiglie di conoscere le misure che possono prendere per proteggere la vita dei loro figli e migliorare lo sviluppo precoce del bambino. La conoscenza da parte delle famiglie e della comunità dei servizi disponibili e degli standard di qualità che devono avere questi servizi, aumentano la loro capacità di ritenere responsabili i governi e i fornitori di servizi.

Anche i patti sociali tra governi e fornitori di servizi possono essere strumenti efficaci per la responsabilità relativa alla sopravvivenza e alla salute materna, neonatale e infantile quando i governi danno la priorità a questi aspetti nelle leggi, nei bilanci, nei programmi e nella ricerca, e compensano in maniera adeguata i fornitori di servizi essenziali, monitorando allo stesso tempo gli standard di fornitura.

La responsabilità deve essere adattata alle diverse modalità di fornitura dei servizi. Al livello primario dei servizi basati sulla famiglia e la comunità, compresi gli aspetti quali l'informazione e il sostegno sociale per la promozione dell'allattamento al seno o i servizi di assistenza neonatale, la capacità delle famiglie di acquistare beni, di avere accesso alle informazioni sui servizi e trasformarli in risultati migliori per la salute è fondamentale per aumentare la responsabilità dal lato della domanda. Le comunità e le organizzazioni della società civile e le reti commerciali sono spesso in grado di fornire alle famiglie povere ed emarginate meccanismi per monitorare direttamente l'efficacia dei servizi ed esercitare la responsabilità.

Vedi Note, p. 108.

successi, delle carenze e delle difficoltà, nonché l'adeguamento dei piani di attuazione durante lo svolgimento.

- Inoltre, consente una più ampia gamma di soluzioni per i problemi relativi alla salute oltre a quelli che sono ufficialmente sotto il controllo del settore sanitario, come il miglioramento delle strade, le forniture idriche e i servizi igienico-sanitari.
- Ma la cosa più importante è che il finanziamento basato sui risultati offre l'opportunità di consolidare l'assistenza frammentaria, riducendo in tal modo i costi elevati per il trasferimento ai paesi. Questo si può realizzare tramite accordi sui finanziamenti basati sui risultati incentrati su risultati ai quali possono contribuire diversi donatori allo stesso tempo²⁷.

Stabilire punti di riferimento e indicatori dei risultati per lo sviluppo del sistema sanitario

Gli indicatori associati agli OSM relativi alla salute possono essere usati per valutare la performance dei sistemi sanitari. Le nuove iniziative si propongono di fornire sostegno ai governi per conseguire i risultati concordati in settori specifici tramite i finanziamenti basati sui risultati, stabilendo dei modelli adeguati di incentivi.

L'obiettivo consiste nel raggiungere traguardi specifici di copertura di servizi strettamente correlati con i risultati positivi per la salute e la sopravvivenza materna, neonatale e infantile come, per esempio, la percentuale di servizi forniti a una struttura accreditata; la copertura della vaccinazione con tre dosi di vaccino contro la difterite, il tetano e la pertosse; o la fornitura di zanzariere trattate con insetti-

cida nelle zone in cui la malaria è endemica. Questi risultati e traguardi sarebbero selezionati in base ai fattori di rischio che contribuiscono alla mortalità e alla morbidità in ciascun paese.

Gli indicatori principali dei risultati possono essere stabiliti in varie forme. Questi parametri possono valutare sia i risultati diretti, come il numero assoluto di bambini vaccinati; la copertura, come per esempio la percentuale della popolazione target vaccinata, per antigene, in un bacino di utenza specifico; o le tendenze, come per esempio l'aumento del numero di bambini vaccinati o i livelli di copertura raggiunti nel tempo. Si può anche stabilire una serie di indicatori di base per tutti i progetti per consentire dei raffronti tra paesi. I paesi potrebbero anche introdurre degli indicatori aggiuntivi per monitorare aspetti importanti dei loro programmi di salute materna, neonatale e infantile.

Sviluppare strategie di finanziamento innovative ed eque

L'investimento nelle risorse umane e il potenziamento dei servizi sanitari necessita di notevoli risorse. I paesi in cui il sostegno dei donatori svolge un ruolo importante nel finanziamento di questi programmi, non possono pianificare le attività a lungo termine se i finanziamenti non sono sicuri. Tuttavia, gli studi sull'assistenza dei donatori alla salute materna, neonatale e infantile mostrano che i 60 paesi prioritari che incidono per oltre il 90% della mortalità infantile, nel

2004 hanno ricevuto soltanto 1,4 miliardi di dollari USA in aiuto pubblico allo sviluppo, ovvero appena 3,10 dollari a bambino²⁸.

Pur indicando che è possibile colmare la lacuna tra gli attuali livelli e la copertura quasi universale entro il 2015, il Modello Strategico mostra anche che gli interventi di ampliamento non saranno possibili senza prima aumentare massicciamente gli investimenti nella salute materna, neonatale e infantile²⁹.

Tuttavia, per avvicinarsi all'accesso

universale a un continuum di assistenza sanitaria di qualità per le madri, i neonati e i bambini non basta semplicemente trovare i soldi per estendere l'erogazione dei servizi o per pagare chi li fornisce. Per raggiungere gli OSM relativi alla salute bisognerà che le strategie di finanziamento si concentrino sul superamento delle barriere finanziarie all'accesso delle donne e dei bambini ai servizi e proteggano gli utenti dalle difficoltà finanziarie che il fatto di pagare per ricevere assistenza potrebbe determinare.

Questo ha conseguenze importanti.

Finanziamento basato sulla performance in Ruanda

Il governo del Ruanda, con il sostegno dei donatori, ha recentemente ampliato diversi programmi innovativi che trasferiscono sussidi condizionati dal governo centrale alle municipalità per l'acquisto di prodotti sanitari essenziali. Il programma sanitario comprende tre elementi principali:

Alleanze comunitarie per la salute. Questo elemento comporta il trasferimento delle risorse (circa 0,25 dollari statunitensi pro capite) direttamente alle municipalità per impegnare, attraverso un contratto basato sul rendimento, le istituzioni comunitarie, le organizzazioni non governative, i promotori sanitari, i fornitori di assistenza sanitaria privati e altri servizi collegati affinché forniscano gli interventi essenziali in ambito familiare e di comunità. Un contratto basato sul rendimento chiamato IMIHIGO – una parola tradizionale che è diventata sinonimo di responsabilità nei servizi governativi di tutto il paese – viene firmato ogni anno tra il presidente del Ruanda e i sindaci dei vari distretti, a beneficio dei rispettivi elettorati. I servizi forniti attraverso questo tipo di approccio sono semplici e a basso costo, e si concentrano sulla promozione di pratiche sanitarie e igieniche “migliorate”, di interventi per il cambiamento comportamentale e di servizi preventivi come la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida, la terapia di reidratazione orale, l'integrazione alimentare e i sistemi idrici sicuri.

Queste alleanze sono state introdotte in diversi distretti nel corso del 2005 e sono state ampliate a livello nazionale dal 2006, servendosi di fondi del tesoro. Il governo centrale ha firmato dei contratti sulla performance con le trenta municipalità nell'aprile 2006 e ha scelto, come indicatore principa-

le di performance, la copertura di zanzariere trattate con insetticida. Sin dal principio, quest'iniziativa ha portato al raggiungimento di risultati concreti. Una valutazione effettuata nel luglio del 2007 ha rilevato che l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticida da parte dei bambini sotto i cinque anni è aumentato dal 4% nel 2004 a più del 70% nel 2007. Il numero di casi di malaria è diminuito nettamente, determinando uno svuotamento dei reparti pediatrici, e le indagini demografiche basate sugli esami del sangue mostrano una netta diminuzione nella prevalenza della malaria. I governanti considerano la situazione senza precedenti e attualmente stanno elaborando una strategia per eliminare completamente la malaria.

Centri sanitari. Quest'altro elemento determina il trasferimento di risorse (circa 1 dollaro pro capite nel 2007, pari a circa il 15% delle risorse governative assegnate alla salute) a centri di assistenza primaria attraverso un contratto legato alla performance. Il piano è stato sperimentato inizialmente, dal 2002, in due province, Butare e Cyangugu, con il sostegno di organizzazioni non governative e di aiuti bilaterali. Il contratto legato alla performance comprende degli indicatori riferiti alla copertura adeguata (quantità), oltre che efficace (qualità) dei servizi. Una valutazione ha evidenziato un aumento significativo dell'utilizzo di servizi sanitari, vaccinazioni e parti assistiti compresi, nelle province in cui erano stati firmati i contratti in questione, rispetto alle province non coperte da essi.

Il governo del Ruanda ha successivamente deciso di estendere gradualmente il programma ad altre province, incor-

Richieste di eliminazione immediata e universale delle spese a carico degli utenti per i servizi di assistenza sanitaria potrebbero rivelarsi troppo semplicistiche o non realistiche. Le decisioni politiche relative alle spese a carico degli utenti andrebbero affrontate all'interno del contesto più ampio del bilancio del settore sanitario e del modello di bilancio nazionale. Col tempo, le spese a carico degli utenti potrebbero venire gradualmente eliminate in favore di un pre-pagamento e di progetti di gruppo, a condizione che tutto questo sia accompagnato, sin dall'inizio, da cambiamenti

strutturali per garantire la sostenibilità a lungo termine del finanziamento sanitario.

IV. Ottenere un impegno politico a livello nazionale

Considerato il livello di risorse necessario per garantire l'accesso a servizi di assistenza sanitaria di base di qualità e la protezione finanziaria, l'ampiamiento delle iniziative rappresenta una sfida a livello politico oltre che tecnico.

Miglioramenti sostenuti nell'ambito

della salute materna, neonatale e infantile necessiteranno di impegni a lungo termine che vadano ben oltre la durata politica di molti *decision makers*. Paesi come il Brasile, lo Sri Lanka e la Thailandia hanno fondato i notevoli risultati raggiunti su un'estensione graduale della copertura del sistema sanitario e dei servizi alimentari nell'arco di molti anni. Negli ultimi decenni, la performance dell'America latina nel processo di miglioramento della copertura del servizio sanitario, nonostante le periodiche crisi economiche, le deficienze istituzionali e le ampie dispa-

porandovi le lezioni apprese dai programmi pilota. Nel 2005, gli stanziamenti del bilancio per i programmi sono stati distribuiti in due province che avevano attuato i progetti pilota. L'anno seguente, il programma è stato esteso a livello nazionale e trasferito completamente al bilancio del paese, creando un collegamento diretto tra l'erogazione del servizio, i risultati e il pagamento.

In ogni provincia è stato istituito un comitato direttivo per effettuare un monitoraggio indipendente del rendimento dei centri sanitari usando le tecniche di campionamento della qualità del lotto e dei sondaggi sul gradimento. I risultati della verifica indipendente influiscono direttamente sulla quantità di fondi ricevuti da ogni centro. Ancora una volta, i risultati raggiunti dai vari centri sono stati notevoli, con tassi di copertura della vaccinazione pari al 95% e aumenti nell'utilizzo annuo dei servizi da 0,4 visite pro capite nel 2004 a 0,7 nel 2006, e nei parti assistiti dal 29% nel 2000 al 52% nel 2006. Si sta ancora valutando l'impatto complessivo di questi progetti sugli esiti sanitari attraverso uno studio prospettico controllato randomizzato. Il programma è stato anche esteso a tutti gli ospedali distrettuali del paese.

Piani di micro-assicurazione sanitaria. Le Mutuelles (piani di micro-assicurazione che mettono in comune fondi provenienti dai vari membri della comunità per la copertura di un pacchetto di servizi sanitari di base erogati dai centri sanitari e per il trasferimento di pazienti, se necessario, a ospedali specializzati) sono state sperimentate con successo nel decennio scorso. Il loro scopo è quello di appianare il costo dei servizi sanitari per i membri, eliminando la difficoltà dei

pagamenti diretti.

Le Mutuelles hanno un ruolo importante nell'intermediazione tra i centri sanitari, gli ospedali distrettuali e la popolazione. Le valutazioni effettuate dimostrano che sono più efficaci quando vantano una forte partecipazione comunitaria nelle loro strutture amministrative ed effettuano pagamenti ai centri sanitari su base pro-capite, essenzialmente trasferendo tutti i rischi assicurativi ai centri sanitari.

All'inizio, l'attenzione era concentrata sulla costruzione di un supporto a livello amministrativo e gestionale e di una capacità tecnica, comprendenti la formazione e lo sviluppo di strumenti appropriati. Dal 2006, però, il governo del Ruanda ha trasferito fondi (circa 0,15 dollari pro capite) per coprire i premi assicurativi per le persone più povere della comunità, individuate in base a una valutazione partecipativa del livello di povertà chiamata Ubudehe. Il Ruanda ha sistematicamente appoggiato l'espansione delle mutuelles, che nel 2007 hanno coperto circa il 70% della popolazione, rispetto al 7% registrato nel 2003. L'iscrizione dei poveri alle mutuelles rappresenta un indicatore chiave del contratto basato sul rendimento firmato dal sindaco e dal presidente. Il governo è impegnato anche nella creazione di fondi municipali comuni, oltre che di un fondo nazionale per la riassicurazione finanziata dai contributi di chi ha ufficialmente un lavoro.

Vedi Note, p. 108.

rità socio-economiche, è stata notevole. Tutti i paesi menzionati sono passati attraverso varie fasi distinte:

- Costituire, come base, un gruppo di operatori sanitari professionali.
- Sviluppare una rete accessibile di servizi basati sulle comunità, di base e specialistici.

- Consolidare i progressi migliorando la qualità dell'assistenza, tutto in concomitanza con i miglioramenti delle condizioni di vita e in generale e della condizione delle donne in particolare.
- Dare priorità ad ampie reti di sicurezza sociale che hanno già garantito un accesso equo alla salute,

all'alimentazione e all'istruzione, rendendo ampiamente disponibili i servizi sanitari e alimentari.

- Ridurre le barriere ai servizi fondamentali e fornire un'istruzione primaria e secondaria a tutti i bambini.

Anche in alcuni dei paesi più poveri dell'America latina, in cui le crisi eco-

Focus

Brasile: creare un sistema sanitario nazionale basato sulla comunità

Contesto e sfida. Il Brasile è uno dei 60 paesi scelti dal gruppo *Countdown to 2015* come prioritario per la sopravvivenza infantile nella corsa agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (per una spiegazione più dettagliata del *Countdown to 2015*, vedi Capitolo 1, p. 16). Si tratta di paesi con almeno 50.000 decessi infantili o con un tasso di mortalità sotto i cinque anni di 90 o più decessi per 1.000 nati vivi. Secondo le ultime stime pubblicate dall'UNICEF, nel 2006 sono stati 74.000 i bambini morti prima di raggiungere il loro quinto compleanno.

Benché il Brasile abbia compiuto forti e costanti progressi nella riduzione dei tassi di mortalità per i bambini sotto i cinque anni, nei tassi di mortalità per i neonati esistono disparità etniche e geografiche evidenti. Secondo i dati del 2002, il tasso globale di mortalità infantile per la regione del nordest è due volte più elevato rispetto ai tassi corrispondenti delle province del sud, del sudest e del centro-ovest. Nell'Alagoas, lo stato più colpito della regione del nordest, il tasso di mortalità infantile, nel 2002, era pari a 58 per 1.000 nati vivi, in confronto a una media regionale, per quello stesso anno, di circa 28 per 1.000. Risultano evidenti anche le disparità razziali ed etniche nei rischi di mortalità infantile, e i bambini le cui madri sono di origini indigene o africane risultano molto più a rischio di mortalità rispetto ai bambini con madri di origine europea.

Pertanto, la sfida che il Brasile si trova a dover affrontare consiste nel mantenere la tendenza alla diminuzione nella mortalità infantile complessiva, dando contemporaneamente un forte orientamento regionale ed etnico alla fornitura di assistenza sanitaria.

Approccio e interventi. Dopo i progetti pilota attuati nelle città brasiliane nei primi anni Ottanta, è stata creata, con il sostegno dell'UNICEF, una rete di operatori sanitari di comunità che fa parte di un'ampia iniziativa di assistenza sanitaria di base, il Programa da Saúde da Família (Programma di Salute

Familiare). Ognuno di questi operatori sanitari ha la responsabilità di visitare famiglie della sua comunità, fornendo informazioni aggiornate sulla salute, l'igiene e l'assistenza all'infanzia, e controllando e valutando la crescita e la salute dei bambini sotto i sei anni, oltre alle condizioni delle donne incinte. Gli operatori sanitari di comunità, inoltre, rimandano i residenti alle unità sanitarie locali e allertano dei team di salute familiare - comprendenti di solito un medico, un infermiere, un tecnico infermiere, un assistente sociale e un dentista - sui disturbi o sulle crisi locali. I medici e gli infermieri partecipanti al Programma di Salute Familiare vengono retribuiti con salari competitivi, per incoraggiarli a lavorare nelle zone povere e rurali. Ogni team è responsabile di circa 1.000 famiglie, e tutti i team vengono finanziati congiuntamente dai governi federali, statali e municipali.

Secondo il Programa da Saúde, l'attività degli operatori sanitari di comunità consiste anche nell'impartire un'educazione per lo sviluppo e la protezione dei bambini. L'UNICEF fornisce agli operatori kit informativi per la famiglia comprendenti lavagne a fogli mobili sull'allattamento al seno e sul ruolo di tutti i componenti della famiglia nella promozione di una vita sana per le madri e per i bambini. Più di 222.280 operatori sanitari di comunità coprono quasi 110 milioni di persone in tutto il Brasile, rendendo questa rete una delle più grandi del mondo. Tale rete, inoltre, risulta integrata all'interno del sistema nazionale, e i governi federale, statale e municipale sono interamente responsabili del finanziamento e dell'amministrazione del programma in tutto il Brasile.

L'uso di test sul campo prima della realizzazione del programma ha permesso di stabilire che esso era dotato del potenziale necessario per produrre netti miglioramenti in campo sanitario. L'impegno politico nei confronti della rete ne ha garantito la fattibilità. I ruoli per gli operatori sanitari sono ben definiti, compresa la loro designazione a componenti di unità

nomiche, le deficienze istituzionali e le ampie disparità socio-economiche continuano a ostacolare i miglioramenti, si sono registrati marcati progressi verso l'accesso generalizzato all'assistenza sanitaria di qualità.

La partecipazione a livello nazionale e la leadership del settore pubblico possono far aumentare notevolmente

le prospettive di successo dell'ampliamento delle iniziative. Si è ripetutamente dimostrato che, quando i governi assumono una posizione di guida e s'impegnano a espandere progetti pilota e su piccola scala che hanno avuto successo, queste iniziative possono far raggiungere rapidamente una copertura a livello nazionale. Il programma per gli operatori

sanitari di comunità (*vedi Scheda, p. 86*) e l'iniziativa Bolsa Familia del Brasile, il programma di salute, alimentazione e istruzione, denominato PROGRESA, e il programma di assistenza sanitaria Seguro Popular de Salud del Messico, gli operatori sanitari di comunità dell'Indonesia e le iniziative per la reidratazione orale dell'Egitto, insieme a molti altri

Grafico 4.5

Brasile: ampie disparità nei tassi di mortalità infantile tra e all'interno di regioni selezionate, per reddito familiare e per etnia della madre, 2002

Tasso di mortalità infantile
(su 1.000 nati vivi)

2000

Disparità per reddito familiare

20% famiglie più ricche	15,8
20% famiglie più povere	34,9

Disparità per etnia della madre

Bianca	22,9
Afro-discendente	38
Indigena	94

Media nazionale 30,2

2002

Regioni/Stati selezionati

Centro-ovest	20,4
Distretto federale	17,5
Nordest	41,4
Alagoas	57,7
Nord	27,7
Sudest	20,2
San Paolo	17,4
Sud	17,9
Rio Grande do sol	15,4
Media nazionale	28,4

Fonte: Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, "The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development, UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

sanitarie locali. I criteri di affidamento e di supervisione sono chiari: l'unità supporta gli operatori sanitari che, a loro volta, fungono da estensioni del sistema sanitario nelle comunità. A livello locale, gli operatori sanitari di comunità diventano una parte fondamentale delle loro comunità, e l'integrazione della rete all'interno dei governi nazionale, statale e municipale contribuisce a garantire sia la sostenibilità del programma sia la sua estensione a nuovi ambiti del sistema sanitario nazionale.

Risultati. Dal 1990 in poi, l'introduzione del programma di operatori sanitari di comunità ha contribuito a una riduzione dei decessi infantili in tutto il paese. Inoltre, il governo si è concentrato, negli ultimi anni, sulla regione del nordest e sui gruppi etnici marginalizzati. Ha anche dato un forte orientamento regionale all'assistenza sanitaria ai bambini e alle madri, e quasi la metà dei partecipanti che ricevono sussidi in contanti dal Programa da Saúde vive nel nordest del Brasile.

Vedi Note, p. 108.

esempi, mostrano quale sia il potenziale di ampliamento di queste iniziative quando i governi sono disposti a finanziare, anche in misura limitata, programmi per la salute e la previdenza sociale.

Tuttavia, la partecipazione implica qualcosa di più del semplice finanziamento. I governi devono anche impegnarsi a creare e a mantenere la necessaria capacità tecnica e amministrativa. Il sostegno a ogni livello dell'amministrazione del sistema sanitario – federale, provinciale e

distrettuale – risulta necessario per il coordinamento e la supervisione dell'espansione. Bisogna anche affrontare delle questioni di sostenibilità a livello nazionale, e il programma deve essere pienamente appoggiato dal sistema politico, corpo legislativo incluso, per garantire che sopravviva alle transizioni e ai cambiamenti politici.

I governi possono fornire la capacità e la volontà necessarie per la creazione di una rete nazionale basata sulla salute della comunità. Quando ciò è

accaduto, i risultati sono stati spesso significativi. Nel caso della Cina, per esempio, il governo stesso ha stabilito un'enorme sfida con il lancio del Programma Nazionale per l'Eliminazione dei Disturbi da Carezza di Iodio, una strategia volta a garantire una fornitura a livello nazionale di sale iodurato attraverso la vendita sul mercato, nonché a promuovere la conformità universale.

All'epoca, la Cina aveva il numero più elevato di bambini non protetti dalla carezza di iodio, che costituisce

Una nuova modalità di lavorare insieme per le organizzazioni multilaterali

A New York, il 19 luglio del 2007, i leader mondiali della salute appartenenti a otto organizzazioni internazionali si sono incontrati ufficiosamente per discutere sui possibili modi di rafforzare la loro collaborazione, al fine di raggiungere migliori risultati sanitari nei paesi in via di sviluppo. Traendo vantaggio dalle recenti nomine di diversi leader, nel corso degli incontri si sono stabiliti gli obiettivi per esaminare i progressi compiuti negli ultimi anni, valutate le attuali tendenze e le sfide future per la salute globale e concordata un'azione collettiva, nel contesto delle opportunità correnti. Sono stati raccomandati diversi impegni chiave, tra cui:

- **Sollecitare la condivisione a livello globale sull'urgenza di raggiungere gli OSM relativi alla salute.** I partecipanti hanno concordato che, nonostante gli importanti progressi compiuti nel campo dell'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini in alcuni paesi e rispetto ad alcuni indicatori, la comunità internazionale, in associazione coi governi nazionali, deve accelerare e intensificare nettamente gli impegni per raggiungere tutti gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute. Le otto organizzazioni rappresentate hanno un ruolo importante per sollecitare quest'azione. I partecipanti hanno accettato di comune accordo la responsabilità di provvedere al necessario sostegno ai paesi per raggiungere gli obiettivi e accelerare l'azione a tutti i livelli all'interno di ognuna delle loro organizzazioni.

Azione. I leader della salute mondiali hanno accettato di catalizzare un maggior senso di urgenza nelle loro organizzazioni e di sostenerlo attraverso decisioni relative al bilancio e alle risorse umane.

- **Modificare le modalità istituzionali di operare.** Per raggiungere gli OSM relativi alla salute ci vorranno una maggiore

collaborazione e un maggior lavoro di squadra. L'accento è stato posto sul chiarimento delle responsabilità fondamentali di ogni agenzia, sulla necessità di un approccio coordinato tra le varie agenzie alla fornitura di assistenza tecnica di alta qualità e determinata dalla domanda, nonché sull'attuazione di un sistema di monitoraggio e di valutazione efficace e supportato dalla collettività. Approcci del genere hanno bisogno di fondarsi su strutture e programmi esistenti ai livelli globale, regionale e nazionale. Ognuna delle organizzazioni coinvolte ha accettato di sottoporre a valutazione il proprio personale, i propri programmi di formazione e la propria struttura di incentivi, così da riflettere questo modo nuovo, collaborativo di operare, riconoscendo che ci sarà bisogno di sviluppare nuove capacità, soprattutto a livello nazionale. Lo sviluppo di un modello di responsabilità reciproca assicurerebbe una maggiore chiarezza sui ruoli, sulle responsabilità e sulle tappe fondamentali, nonché un sistema per monitorare gli impegni.

Azione. I leader globali della salute hanno accettato di lavorare insieme per definire meglio le loro responsabilità individuali e collettive, in modo da ottenere risultati migliori e più rapidi.

- **Favorire un approccio più sistematico ed efficace alla gestione e all'apprendimento delle conoscenze necessarie.** Considerati i significativi nuovi investimenti effettuati in campo sanitario a livello globale, sono disponibili opportunità per assimilare la conoscenza e le lezioni apprese nei programmi sanitari. I partecipanti hanno sottolineato l'opportunità di condurre una mappatura più sistematica del settore sanitario a livello nazionale, includendo il ruolo svolto dal settore privato.

Azione: I leader mondiali della salute hanno accettato di esplo-

la principale causa di disabilità mentali nel mondo. I disturbi da carenza di iodio si possono prevenire con un singolo cucchiaino di iodio distribuito nell'arco di una vita. La sfida consisteva nel far aumentare la consapevolezza, da parte del pubblico, dell'importanza vitale del sale iodato, soprattutto nelle regioni produttrici di sale i cui residenti hanno fatto resistenza all'idea di pagare il sale.

Con il sostegno politico dei governatori provinciali, il controllo rigoroso e l'applicazione di regolamenti sul

sale iodurato, oltre a una campagna di salute pubblica su scala nazionale condotta attraverso manifesti sugli autobus, editoriali sui giornali e documentari televisivi per informare i consumatori e creare una richiesta di sale rinforzato, il sale adeguatamente iodato ha raggiunto il 90% delle case intorno al 2005, rispetto al 51% registrato intorno al 1995³⁰.

Per affrontare la dimensione politica della creazione di continuum sostenibili di assistenza di qualità, gli argomenti tecnici convincenti non basta-

no. C'è bisogno anche di una diffusa comprensione dei limiti e delle opportunità di incoraggiare la volontà e l'impegno tra i principali attori politici.

È possibile che ci sia bisogno di convincere i politici che le azioni a sostegno del continuum di assistenza soddisfano diversi criteri opportuni, ovvero devono:

- Dimostrare risultati visibili e tangibili entro un periodo di tempo relativamente breve.

rare i mezzi necessari per assimilare sistematicamente le conoscenze ottenute attraverso i programmi sanitari e per sviluppare un approccio più efficace e coordinato alla gestione della conoscenza in generale. Infine, il gruppo ha accettato di mettere in comune le proprie risorse ogni volta che le varie organizzazioni conducono esercizi di mappatura e valutazioni del settore sanitario.

- **Riconoscimento dell'importante opportunità offerta dal rinnovato interesse per i sistemi sanitari.** I partecipanti hanno gradito l'impegno per il raggiungimento degli OSM relativi alla salute, così come è stato articolato in diverse nuove iniziative globali sviluppate intorno al rafforzamento del sistema sanitario. Un sostegno del genere risulta in linea con le priorità delle organizzazioni partecipanti. Si è registrato un forte accordo in merito all'adozione di un approccio di elaborazione di "sistemi per raggiungere dei risultati", secondo il quale il rafforzamento verrebbe valutato in base al rapporto tra le potenzialità del sistema e i risultati sanitari effettivamente ottenuti. Inoltre, il gruppo ha riconosciuto anche il fondamentale ruolo di intermediazione delle agenzie delle Nazioni Unite nel fare da ponte tra il bisogno di responsabilità e il desiderio di ognuno dei vari paesi di guidare i propri processi di sviluppo. È stato altresì sottolineata l'urgenza di testare il rendimento del sistema sanitario. Infine, considerato il numero crescente di parti interessate operanti nell'ambito della salute globale, è stato sottolineato anche il bisogno di un maggiore allineamento intorno a una strategia ad ampio respiro nel settore sanitario a livello nazionale. A questo proposito, i leader della salute mondiali hanno parlato dell'esperienza di programmazione della lotta contro l'HIV e l'AIDS, che potrebbe offrire delle opportunità di apprendimento.

Azione. I leader sanitari mondiali hanno accettato di impegnar-

si in modo coordinato nelle iniziative emergenti a livello globale, per far sì che le loro organizzazioni supportino efficacemente i paesi attraverso il finanziamento e/o l'assistenza tecnica e politica. Inoltre, l'OMS e la Banca Mondiale si sono impegnati ad accelerare l'analisi del rendimento del sistema sanitario.

- **Riconoscimento dell'importanza critica del ruolo della società civile e del settore privato per il successo delle iniziative.** Il settore privato ha diversi ruoli da svolgere nell'erogazione dei servizi sanitari, nel finanziamento dell'assistenza sanitaria e nell'immissione sul mercato di nuove tecnologie. Le innovazioni possono contribuire ad accelerare i progressi, sia quelli orientati tecnologicamente sia quelli determinati da nuovi modelli di programma, come la micro-impresa e il finanziamento basato sul rendimento. È da molto tempo che le organizzazioni non governative erogano servizi nei paesi in via di sviluppo, quindi la loro esperienza sul campo è fonte di importanti lezioni. Il sostegno ai paesi in via di sviluppo per il raggiungimento degli OSM relativi alla salute richiederà il potenziamento dei sistemi di erogazione integrati nei settori pubblici e privati e la creazione di opportunità per il coinvolgimento e l'investimento del settore privato.

Azione. I leader sanitari mondiali hanno espresso il loro impegno per cercare di coinvolgere il settore privato e la società civile in maniera più sistematica, man mano che il lavoro sugli OSM relativi alla salute si espande ai livelli globale, regionale e nazionale. Il gruppo ha accettato di monitorare i progressi verso il raggiungimento degli impegni presi in occasione di questo incontro.

Vedi Note, p. 108.

Diritti umani, assistenza sanitaria comunitaria e sopravvivenza infantile

di Paul Farmer e Jim Yong Kim

Con vent'anni di esperienza nel tentativo di introdurre, nella parte rurale di Haiti, l'assistenza medica moderna per milioni di persone che precedentemente non ne avevano mai goduto, ormai conosciamo molti dei requisiti necessari per un programma di assistenza sanitaria di successo in aree devastate dalla malattia e dalla povertà. Per fornire un'assistenza di base, insieme al trattamento specialistico per le malattie infettive, gli operatori sanitari di comunità devono essere formati e mobilitati per prevenire la malattia e garantire assistenza sanitaria di qualità. Con la recente espansione in Lesotho, Malawi e Ruanda, ora vediamo che molte delle lezioni apprese ad Haiti hanno una validità universale per migliorare la salute di bambini e adulti in tutto il mondo.

In ognuno degli ambienti in cui opera Partners in Health, il nostro scopo è quello di "fare tutto il necessario" per migliorare la salute e il benessere degli individui di cui siamo al servizio, che vivono quasi tutti in povertà. In ogni ambiente, abbiamo imparato che i problemi non si verificano in condizioni isolate rispetto ad altre necessità fondamentali, come l'alimentazione adeguata, l'acqua pulita, i servizi igienico-sanitari, gli alloggi e l'istruzione primaria. Abbiamo anche appreso che le organizzazioni non governative non possono lavorare in condizioni di isolamento, ma devono collaborare con i membri delle comunità servite e con le autorità sanitarie locali per rafforzare la salute pubblica.

Questo approccio basato sui diritti e sulle comunità alla promozione della salute porta a una visione chiara della salute infantile

In nazioni come Haiti, Lesotho, Malawi e Ruanda, Partners in Health, in collaborazione con le comunità locali e un'ampia gamma di organizzazioni, tra cui la Clinton Foundation, i ministeri della Sanità, l'UNICEF e il Centro François-Xavier Bagnou per i Diritti Umani, ha individuato cinque componenti chiave per un programma di vasta portata per la sopravvi-

venza dell'infanzia basato sulla comunità.

In primo luogo, lavoriamo con le autorità sanitarie pubbliche per realizzare gli interventi che si sono dimostrati fondamentali per il miglioramento della sopravvivenza infantile. Tra questi figurano le campagne di vaccinazione estesa, la distribuzione di vitamina A, l'uso dei sali di reidratazione orale per trattare le malattie diarroiche e i programmi per l'acqua sicura per prevenirle, un programma esteso per la prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell'HIV, la prevenzione della malaria con le zanzariere, appoggiata da forme migliorate di assistenza clinica e basata sulla comunità, l'assistenza alimentare per i bambini che soffrono o sono a rischio di denutrizione, nonché l'erogazione di servizi pediatrici per pazienti interni o ambulatoriali a beneficio dei bambini che si ammalano. Attualmente, stiamo lavorando con il governo del Ruanda e altri partner per dimostrare come un pacchetto integrato di interventi fondamentali per la sopravvivenza dell'infanzia possa essere attuato rapidamente in conformità con il modello potenziato di assistenza sanitaria rurale del governo. Con il sostegno da parte dell'International Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, un esercizio intersettoriale e interdisciplinare di collaborazione tra medici, governanti e studiosi di primo piano, i medici impegnati a estendere gli interventi per la sopravvivenza dell'infanzia ai distretti rurali stanno condividendo innovazioni e risultati attraverso una rete collaborativa che permetterà loro di migliorare la qualità del servizio pur raggiungendo numeri sempre maggiori di bambini e di famiglie in zone precedentemente sottoservite.

In secondo luogo, dal momento che la salute e il benessere delle madri sono cause determinanti per la sopravvivenza dei bambini, i nostri impegni tendono a promuovere una forma integrata di salute materna e infantile. Il nostro lavoro a beneficio dei bambini è legato agli impegni a vantaggio delle loro madri e di altri membri della famiglia attraverso i programmi di pianificazione familiare, all'assistenza prenatale e l'ostetricia moderna, all'interno dei programmi per la

- Essere accessibili ed efficaci in termini di costi.
- Adattarsi alle strutture e alle gerarchie esistenti e avere il sostegno di gruppi e lobby professionali.

È probabile che queste considerazioni di natura politica limitino alcune delle scelte tecniche che i sostenitori

del continuum preferiscono ma, almeno che queste preoccupazioni politiche non vengano riconosciute e affrontate, le strategie promosse dai sostenitori in questione hanno scarse possibilità di successo.

La stabilità in termini politici e macroeconomici e una politica di bilancio sana sono dei prerequisiti

indispensabili per mobilitare le risorse istituzionali, umane e finanziarie necessarie per rafforzare i sistemi sanitari e i servizi alimentari. Molti dei paesi che lottano per raggiungere gli OSM, soprattutto nell'Africa subsahariana, non godono di stabilità politica o economica. In circostanze del genere, è importante mobilitare tutte le possibili

salute delle donne, nonché a tentativi di promuovere l'alfabetizzazione e di alleviare la povertà in generale.

In terzo luogo, iniziamo e/o rafforziamo programmi di prevenzione e di controllo dell'AIDS pediatrico. Come parte di una prossima campagna, e come delineato in precedenza, stiamo lanciando una grande iniziativa contro l'AIDS pediatrico in Ruanda, di concerto con la Clinton Foundation e i funzionari e gli operatori di servizi sanitari del Ruanda. Questa iniziativa porterà all'istituzione di un centro nazionale di eccellenza per l'assistenza per l'AIDS pediatrico. I servizi pediatrici di qualità saranno legati all'assistenza su base comunitaria per i bambini colpiti dal virus HIV, nonché agli impegni preventivi all'interno della scuola primaria e secondaria nelle zone rurali del Ruanda.

In quarto luogo, abbiamo bisogno di lanciare programmi funzionali di ricerca e di formazione, ideati per migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai bambini delle zone rurali. Questo tipo di ricerca porterà all'esame delle pratiche più riuscite per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio, della diagnosi e della gestione dell'HIV tra i neonati, della diagnosi e dell'assistenza per la tubercolosi pediatrica, del ruolo degli operatori sanitari di comunità nel miglioramento dell'assistenza per i disturbi pediatrici cronici, compresi l'AIDS e la tubercolosi, e nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento domestico di disturbi comuni come la malaria e la diarrea, oltre che alla valutazione dell'impatto degli interventi sociali sulla salute e sul benessere dei bambini di tutto il mondo.

In quinto luogo, lavoriamo per mandare avanti questi tentativi in concomitanza con quelli che mirano a promuovere i diritti di base del bambino, soprattutto i diritti sociali ed economici. Il Partners In Health Program on Social and Economic Rights (POSER) diffonde, attraverso progetti concreti e attraverso l'*advocacy*, un modello basato sui diritti di alleviamento della povertà, usando l'accesso all'assistenza sanitaria come mezzo per incontrare i bambini e le famiglie più povere delle comunità. Il POSER sostiene l'istruzione, l'a-

gricoltura, i progetti edilizi e idrici per assicurare a ogni bambino e a ogni famiglia i diritti sociali ed economici di base. La fame e la denutrizione sono le cause di fondo di milioni di decessi infantili ogni anno, pertanto dobbiamo affrontare la sfida consistente nel prescrivere il cibo come medicina essenziale per l'immunizzazione e per l'assistenza pediatrica. Analogamente, se gli studi dimostrano che l'istruzione riduce il rischio di infezione da HIV, allora dobbiamo essere pronti a investire nell'accesso alla scolarizzazione come elemento potente ed efficace in termini di costi nel nostro formulario per combattere l'HIV e altre malattie favorite dalla povertà.

Senza una strategia ad ampio raggio e basata sulla comunità, gli impegni per curare i bambini non riescono a produrre i risultati desiderati. Lavorando insieme con i ministeri della Sanità, le istituzioni internazionali e altre organizzazioni non profit, siamo impegnati ad arginare la marea di decessi e di malattie infantili che imperversa nelle zone in cui prestiamo servizio. Dalle esperienze realizzate ad Haiti, e ora anche in tutto il mondo, sappiamo che i servizi basati sulle comunità per migliorare la salute e ridurre la povertà, collegati, ogniqualvolta sia necessario, a eccellenti risorse cliniche costituiscono la chiave per migliorare la sopravvivenza infantile.

Il dottor Paul Farmer e il dottor Jim Yong Kim sono co-fondatori di Partners in Health, un'organizzazione internazionale per la salute e la giustizia sociale che opera in Stati come Haiti, Lesotho, Malawi, Perù, Federazione Russa, Ruanda e Stati Uniti. Paul Farmer è Presley Professor di Antropologia Medica presso l'Harvard University e medico curante presso il Brigham and Women's Hospital di Boston. Jim Yong Kim è Presidente del Dipartimento di Medicina Sociale e Ineguaglianze Sanitarie presso il Brigham and Women's Hospital, Direttore del Centro François-Xavier Bagnoud per la Salute e i Diritti Umani ed ex direttore del Dipartimento HIV/AIDS dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

forme di leadership efficace nella società, sia a livello nazionale, dove vengono prese decisioni settoriali di ampia portata, sia ai vari livelli subnazionali (provinciali, distrettuali), dove si verifica l'interazione con le comunità.

In contrasto con l'ampia conoscenza degli interventi tecnici e contestuali

necessaria per migliorare la salute delle madri, dei neonati e dei bambini, molto meno si sa su come sollecitare e mantenere l'impegno politico nei confronti di un approccio alla fornitura dei servizi sanitari basato sui risultati, soprattutto in ambienti dotati di sistemi sanitari di bassa capacità. La comunità internazionale sa stabilire i programmi; si veda,

infatti, come gli OSM siano stati ricavati dalla Dichiarazione del Millennio, per poi diventare un punto di riferimento dello sviluppo umano nei primi anni del nuovo millennio. Tuttavia, a metà strada del cammino verso il raggiungimento degli obiettivi, esiste ancora un divario tra le intenzioni manifestate e le azioni effettivamente intraprese.

Leadership e sostenitori forti sono spesso determinanti per il successo dell'ampliamento delle iniziative

Una delle scoperte più interessanti di uno studio sull'ampliamento delle iniziative condotto dal Disease Control Priorities Project, un tentativo che i maggiori specialisti sanitari del mondo stanno compiendo per stabilire le priorità per il controllo della malattie, è quella dell'importanza del ruolo dei vari sostenitori delle iniziative a livello nazionale al fine di generare e sostenere la volontà politica e l'impegno necessari per l'ampliamento dei programmi sanitari. Questi sostenitori non sono soltanto dei forti paladini delle iniziative, ma sono stati anche in grado di mettere insieme degli *stakeholder* chiave, di coordinare le attività e di mantenere lo slancio che l'ampliamento richiede.

La leadership può avere diverse fonti. Può venire da un individuo come Fazle Hasan Abed, il fondatore del BRAC, un riuscito programma per la fornitura di servizi essenziali di assistenza sanitaria a milioni di persone in Bangladesh; oppure dai livelli più elevati del governo di un paese, com'è avvenuto per il Messico, il cui programma PROGRESA è stato patrocinato dal Presidente Ernesto Zedillo de Leon, e mantenuto ed esteso dai suoi successori, Vicente Fox e Felipe Calderón; oppure ancora da iniziative a livello internazionale, come il Programma Esteso di Vaccinazione, la rivoluzione per la sopravvivenza dell'infanzia e il GOBI (monitoraggio della crescita, terapia di reidratazione orale, allattamento al seno e vaccinazione), i molteplici programmi e le partnership globali ideati per combattere varie malattie negli ultimi sei decenni e, più di recente, la Gestione integrata delle malattie dell'infanzia (GIMI) e la

Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'Infanzia.

Uno dei punti che emergono dall'esame delle prove e delle esperienze relative agli ampliamenti dei programmi è che le attività di patrocinio richiedono tempo e impegno. Per un ampliamento continuo dei programmi è necessario un investimento sostenuto, in termini di tempo e di risorse, nell'arco di molti anni. Tra gli esempi più significativi di tale impegno figurano il progetto cinquantenario dello Sri Lanka per creare una rete sanitaria rurale e le campagne di vecchia data del Nepal per l'integrazione di micronutrienti³¹.

L'inserimento degli impegni nazionali in un modello legale può fornire la necessaria continuità a sostegno dell'ampliamento del continuum di assistenza ben oltre la durata politica dei suoi iniziali sostenitori. Un modello del genere consente di tradurre l'impegno politico in una mobilitazione di risorse e in misure di bilancio. Questo programma politico più a lungo termine richiede un'alleanza tra governo, organizzazioni della società civile e agenzie di sviluppo per mantenere lo slancio politico, superare la resistenza al cambiamento e mobilitare le risorse. Richiede anche meccanismi di responsabilità, controlli e bilanci per mantenere il sistema sul binario giusto.

V. Maggiore armonizzazione delle partnership e dei programmi sanitari a livello globale

Nell'ultimo decennio, la struttura degli aiuti in campo sanitario è diventata ancor più complessa con l'emergere di grandi partnership globali per la salute (Global Health Partnerships o GPH). A seconda della definizione usata, si stima che ci siano più di 100

partnership globali³². Costituiscono un gruppo eterogeneo, con funzioni che vanno dalla sensibilizzazione all'attuazione di progetti, e sono differenti per natura, scala e portata. La grande maggioranza di esse si concentra sulle malattie trasmissibili, e in particolare l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Alcune partnership promuovono anche interventi di carattere alimentare, come l'allattamento al seno tempestivo ed esclusivo e l'integrazione di vitamina A, oppure la fornitura di acqua e di servizi igienico-sanitari migliorati. Negli ultimi anni una sempre maggiore attenzione è stata rivolta ad attività concentrate sul raggiungimento dell'OSM 1, che mira a dimezzare la fame e la povertà entro il 2015, attraverso iniziative come quella per Debellare la fame e la denutrizione infantile, l'Alleanza globale per il miglioramento nutrizionale, la Micronutrients Initiative e la Flour Fortification Initiative.

Sebbene le partnership siano numerose, soltanto alcune hanno un impatto considerevole sul finanziamento sanitario, e precisamente l'Alleanza GAVI e il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Le partnership globali per la salute hanno mobilitato nuove risorse importanti per affrontare gravi minacce sanitarie e, cosa di cui c'era molto bisogno, hanno attratto l'attenzione sia dei politici sia dei tecnici sulle malattie o sugli interventi prioritari. Hanno infuso nuova energia nell'assistenza allo sviluppo supportando il settore privato e incoraggiando le partnership comunitarie ad assumere un ruolo di maggior rilievo nell'erogazione di assistenza sanitaria.

Si sta dimostrando impegnativo, per i paesi in via di sviluppo, già soltanto tenere sotto controllo la rapida creazione di nuove istituzioni in campo

sanitario, per non parlare della loro gestione e del loro coordinamento. Inoltre, le nuove iniziative possono complicare gli sforzi volti ad armonizzare e a coordinare le azioni a livello globale a sostegno della sopravvivenza e della salute delle madri, dei neonati e dei bambini. Data la particolare attenzione rivolta dalle partnership al raggiungimento di risultati rapidi, efficaci in termini di costi e misurabili, la loro proliferazione rischia di rafforzare la natura “verticale” dei finanziamenti sanitari, concentrando grandi quantità di nuovi finanziamenti su programmi e interventi specifici per malattia, creando canali separati per il finanziamento e l'erogazione, e lasciando ai governi beneficiari poca flessibilità per riallocare i fondi secondo le loro priorità o per finanziare costi e investimenti del sistema sanitario come i salari e le strutture.

Creare le condizioni per una maggiore unità nei programmi e nelle associazioni per la salute a livello globale

In risposta alla proliferazione delle partnership e delle iniziative per la salute a livello globale, è stata sviluppata una serie di principi pratici più efficaci per tali partnership. Basati sulla Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli aiuti, tali principi sono stati approvati dai partecipanti all'iniziativa e adesso sono stati adottati dai comitati di diverse partnership. Inoltre, il Comitato di aiuto allo Sviluppo dell'OCSE ha preso in esame una “Guida alle buone pratiche per l'organizzazione dei programmi globali a livello nazionale”. Ciò risponde al

bisogno, identificato nella Dichiarazione di Parigi, di prendere provvedimenti concreti ed efficaci per affrontare l'insufficiente integrazione di programmi e iniziative globali nei programmi di sviluppo più ampi dei paesi partner. Per quanto riguarda l'amministrazione e la realizzazione dei programmi globali, le buone pratiche affrontano i ruoli concatenati dei finanziatori (donatori bilaterali, istituzioni multilaterali e fondazioni private), dei paesi partner e dei programmi globali stessi.

I programmi globali per la salute, sia nelle partnership sia attraverso azioni individuali di organizzazioni e singoli donatori, sono diventati un importante strumento di assistenza allo sviluppo, con donatori bilaterali, istituzioni multilaterali e fondazioni private che forniscono finanziamenti in rapido aumento per l'erogazione dei servizi a livello nazionale. Questi programmi, che attraggono anche un forte sostegno pubblico, richiamano l'attenzione internazionale su questioni d'importanza globale, incoraggiano l'innovazione e la divulgazione delle migliori pratiche ed erogano fondi comuni provenienti da molteplici donatori (armonizzazione a monte).

I principi della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli aiuti, con il loro accento sulla partecipazione a livello nazionale, l'armonizzazione, l'organizzazione e la responsabilità reciproca, si applicano a programmi su base sia globale sia nazionale. Studi a livello nazionale confermano che i problemi di attuazione sono simili per entrambi i tipi di programmi, ma anche che

molti programmi globali si trovano a dover affrontare delle sfide specifiche. Tra queste figurano la penuria di rappresentanza sul campo e la relativa assenza dai tentativi di armonizzazione dei donatori, l'incoerenza rispetto alle priorità e ai bilanci governativi, i meccanismi paralleli di coordinamento, oltre che di attuazione, e una spinta centrifuga sulle risorse umane e finanziarie dei programmi nazionali collegati.

Le buone pratiche si fondano sui principi e sui relativi indicatori della Dichiarazione di Parigi, applicandoli ed estendendoli in modo da riflettere il caso specifico dei programmi globali. Il loro intento primario è quello di migliorare l'efficacia di quei programmi globali, attualmente in corso o ancora a livello di proposta, che forniscono finanziamenti significativi a livello nazionale. Tuttavia, alcune di queste buone pratiche, comprese quelle relative alla selettività e all'amministrazione, hanno possibili conseguenze per i programmi globali in generale.

Finanziatori, paesi partner, programmi globali e donatori privati sono tutti invitati ad applicare la guida a titolo di prova. Verrà infine effettuato il monitoraggio di un programma pilota di applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'utilizzo della sanità come settore guida per controllare l'efficacia dell'attuazione della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli aiuti, i cui risultati verranno riferiti in occasione dell'High Level Forum on Aid Effectiveness che si terrà ad Accra, in Ghana, a settembre del 2008.



SOMMARIO

Gli Obiettivi di Sviluppo del

Millennio non sono una serie di traguardi utopistici, ma il frutto di serie riflessioni e calcoli rigorosi di politici, esperti di sviluppo, economisti e scienziati tra i più eminenti al mondo. Al momento, rappresentano la migliore speranza del mondo per accelerare il progresso umano.

Il raggiungimento di questi obiettivi consentirà a centinaia di milioni di bambini, uomini e donne di non patire la fame, avere accesso all'acqua potabile e a servizi igienico-sanitari, ricevere un'istruzione e

godere degli stessi vantaggi economici e opportunità politiche di cui godono tutti gli altri. Anche se diverse regioni e paesi sono rimasti indietro, potranno comunque raggiungere gli obiettivi nel tempo che rimane, a condizione che vi sia la volontà politica e che le risorse e le strategie necessarie siano rese disponibili.

È possibile fare appello alla volontà politica? È possibile unire strategie, risorse e azioni per raggiungere completamente gli OSM nei tempi prestabiliti? La risposta è affermativa, ma soltanto se governi, donatori, società civile e tutte le parti coin-

Per il raggiungimento degli OSM relativi alla salute servono azioni coese e partnership a sostegno della sopravvivenza e della salute di madri, neonati e bambini. *Bambini in fila per la vaccinazione, Bangladesh.*

volte si coalizzano a favore della sopravvivenza infantile e si impegnano a garantire il conseguimento degli obiettivi relativi alla salute.

La sfida consiste nel liberarsi dal cinismo e dall'apatia, mettendo da parte le promesse infrante nel passato. Alla fine, nessuna impresa sarà più importante e nessuna ricompensa più gratificante dell'avere salvato la vita di un bambino.

Allearsi per la sopravvivenza infantile

Anche se gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio saranno raggiunti, non tutti i problemi globali saranno risolti. La povertà continuerà a esistere. I bambini e le loro madri continueranno a morire inutilmente. E l'ambiente continuerà a esigere la nostra attenzione.

Ciononostante, secondo le stime del Progetto del Millennio, l'organo consultivo indipendente che ha formulato le raccomandazioni per il raggiungimento degli OSM in occasione del Vertice Mondiale del 2005, il conseguimento degli obiettivi consentirà di salvare la vita di 30 milioni di bambini e di 2 milioni di madri. Più di 300 milioni di persone non patiranno più la fame. Centinaia di milioni avranno accesso all'acqua potabile e ai servizi igienico-sanitari di base. Altri milioni di bambini andranno a scuola e milioni di donne godranno di opportunità economiche e politiche¹.

Gli OSM non sono stati inventati da un gruppo di utopisti, ma sono il frutto di serie riflessioni e calcoli rigorosi di politici, esperti di sviluppo, economisti e scienziati tra i più eminenti del mondo e, al momento, rappresentano la migliore speranza per l'umanità di indirizzare il mondo su un percorso più sostenibile. Si tratta di obiettivi *rag-*

giungibili e assolutamente possibili, se la volontà politica, le risorse e le strategie a essi necessarie saranno rese disponibili. Il primo passo fondamentale è decidere di conseguire gli obiettivi. Poi si potranno compiere i passi successivi, usando gli approcci già esistenti nell'ambito dell'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini.

È possibile fare appello alla volontà politica? È possibile unire le strategie, le risorse e le azioni per raggiungere gli OSM nei tempi prestabiliti? *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008* delinea sei azioni fondamentali che richiedono un impegno congiunto per la sopravvivenza materna, neonatale e infantile e per adempiere ai diritti delle donne e dei bambini alla salute e al benessere.

Queste azioni sono:

- Creare un ambiente di sostegno per la sopravvivenza e la salute di madri, neonati e bambini.
- Sviluppare e rafforzare un continuum spazio-temporale di assistenza.
- Aumentare gradualmente i pacchetti dei servizi di base rafforzando i sistemi sanitari e le partnership a livello comunitario.

- Ampliare la base dei dati, della ricerca e delle verifiche.
- Destinare maggiori risorse alle madri, ai neonati e ai bambini.
- Rendere la sopravvivenza materna, neonatale e infantile un imperativo globale.

Creare un ambiente in grado di sostenere la sopravvivenza e la salute infantile

Sebbene *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008* si concentri soprattutto sugli interventi essenziali e gli approcci dimostratisi efficaci nel campo della sopravvivenza infantile, sono necessari cambiamenti più sistematici e lungimiranti. Per fornire assistenza sanitaria di qualità alle donne e ai bambini bisogna creare un ambiente che garantisca la loro sopravvivenza e il loro benessere. Il requisito più evidente è l'assenza di conflitti. La pace e la sicurezza sono fondamentali perché i programmi sanitari funzionino in maniera adeguata, sia che si tratti di servizi basati sulle strutture, servizi per l'ampliamento delle strutture o di partnership a livello comunitario. Laddove non è possibile trovare una strada verso la risoluzione dei conflitti, è di importanza vitale raggiungere e proteggere i bambini e le



© UNICEF/HQ05-1173/Roger LeMoine

Un ambiente sano e sicuro è una condizione fondamentale per la sopravvivenza e il benessere delle madri e dei loro figli. *Una donna riceve un diploma per avere completato un corso sulla crescita dei bambini, Turchia.*

famiglie coinvolte in emergenze complesse. Sebbene non sia stato ancora possibile introdurre nelle normative internazionali il concetto di bambini come “zone di pace”, nel corso degli ultimi decenni le “giornate di tranquillità”, durante le quali i combattimenti vengono sospesi e gli operatori sanitari possono somministrare i vaccini, sono state attuate in Afghanistan, Angola, Repubblica Democratica del Congo, El Salvador, Libano, Somalia, Sri Lanka e Sudan².

Altrettanto importante è la sicurezza interiore vissuta dai bambini, che può essere compromessa da conflitti armati, violenza e criminalità o dal vivere in

una famiglia gravata da difficoltà. I neonati e i bambini piccoli sono estremamente sensibili nei confronti del mondo che li circonda. Presagire una crisi, sia che si tratti dell'esplosione di una mina terrestre o di un atto di violenza sessuale da parte di un parente o di un amico di famiglia, può essere altrettanto traumatica e destabilizzante dell'atto in sé. Il riconoscimento del diritto dei bambini a un ambiente protettivo è fondamentale per prevenire la violenza nei loro confronti e deve essere suffragato da leggi adeguate e da una loro efficace applicazione.

Un altro aspetto cruciale di un ambiente di sostegno per i bambini è l'equità.

In troppi paesi, essere poveri significa essere trascurati ed emarginati dal sistema sanitario. Altri sono esclusi dai servizi essenziali per motivi di genere, di disabilità, di razza o di origine etnica. Pertanto, garantire che i sistemi sanitari e i programmi di sopravvivenza materna e infantile si basino sui diritti e cerchino di rimediare a queste ingiustizie è di vitale importanza. Inoltre, affinché i programmi sanitari possano raggiungere le persone escluse, devono essere associati a strategie che affrontino tanto le cause principali quanto gli effetti dell'emarginazione e dell'esclusione sociale.

Il miglioramento della salute delle donne e dei bambini richiede anche una maggiore uguaglianza di genere e l'*empowerment* femminile. Per quanti siano i servizi forniti, molti bambini continueranno a rimanere esclusi, a meno che le donne non abbiano poteri decisionali più ampi all'interno della famiglia. Diversi studi hanno confermato gli effetti efficaci e positivi dell'istruzione e delle opportunità economiche delle donne, che si traducono in una migliore cura e in migliori prospettive di sopravvivenza per i loro figli.

Sviluppare e rafforzare un continuum spazio-temporale di assistenza

I bambini sono maggiormente vulnerabili alla nascita e durante i primi giorni di vita. Pertanto, l'assistenza sanitaria è fondamentale durante la gravidanza e il puerperio. L'assistenza dovrebbe coprire l'intero periodo neonatale e quello della prima infanzia con la fornitura di pacchetti di servizi di base per le madri e i bambini durante i periodi chiave del ciclo vitale. Per realizzare tale continuum è necessario fornire istruzione, *empowerment*, conoscenze e servizi sulla salute riproduttiva alle ragazze a partire dall'adolescenza.

za (nel 2005, circa il 13% dei bambini sono nati da madri tra i 15 e i 19 anni)³, fino all'età adulta. Per essere efficace, l'assistenza deve creare legami solidi tra le famiglie e le comunità, i servizi clinici devono essere capillari e di qualità presso le strutture sanitarie periferiche che, a loro volta, hanno forti legami con gli ospedali di zona. La creazione di questi collegamenti spesso si concretizza in un maggiore utilizzo dei servizi e in un minor numero di donne e bambini che passano tra le maglie della rete.

La famiglia e la comunità sono i luoghi privilegiati in cui le pratiche e i comportamenti relativi all'assistenza all'infanzia vengono appresi e sostenuti. Spesso si instaurano in occasione di una visita presso un ambulatorio durante la gravidanza, che può rappresentare il primo contatto di una donna con il sistema sanitario formale. L'assistenza prenatale aiuta la donna a conoscere i potenziali rischi e a pianificare una gravidanza sicura. Qualora l'ambulatorio non si trovi nelle vicinanze, l'assistenza dovrà essere fornita dal personale delle strutture periferiche e locali. Questi servizi generalmente forniscono una combinazione di assistenza sanitaria prenatale, postnatale e infantile.

L'ospedale di zona è al vertice del sistema sanitario per le comunità e le famiglie, pertanto deve essere adeguatamente dotato di personale e attrezzature per gestire le eventuali complicazioni che si verificano durante il parto. Le strutture e il personale devono essere pronti ad assistere parti senza complicazioni e a fornire l'assistenza ostetrica di emergenza e l'assistenza immediata ai neonati, compresa la rianimazione. La qualità dell'assistenza fornita a tutti e tre i livelli e il forte legame tra essi è la chiave per garantire il continuum spazio-temporale di assistenza⁴.

Aumentare gradualmente i pacchetti dei servizi di base rafforzando i sistemi sanitari e le alleanze a livello comunitario

I sistemi sanitari in molti dei paesi più poveri sono fragili e frammentati, soffocati da problemi come la grave carenza di personale qualificato, la mancanza di finanziamenti, attrezzature e scorte e l'incapacità di utilizzare le informazioni. Il modo più sicuro per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nel campo della salute, dal medio al lungo termine, è tramite il potenziamento dei sistemi sanitari. Le alleanze a livello comunitario nel campo dell'assistenza sanitaria di base possono rivelarsi efficaci nell'incrementare i servizi nelle zone meno accessibili di un paese. Come mostra questo rapporto, esiste una quantità crescente di prove che i pacchetti di interventi possono essere forniti a livello delle comunità durante l'intero ciclo vitale. Inoltre, l'*empowerment* dei singoli affinché si assumano una parte della responsabilità della propria salute e di quella delle loro famiglie può avere effetti profondi e duraturi sullo sviluppo.

La modalità di trasmissione ai membri delle comunità delle informazioni necessarie per effettuare cambiamenti nella loro vita può essere notevolmente migliorata dai mass media, in grado di comunicare messaggi chiave sulla salute a basso costo. Inoltre, si possono mobilitare le organizzazioni della società civile specializzate in politiche di partecipazione per promuovere aspetti specifici della sopravvivenza e della salute infantile. I ministeri della Salute non devono necessariamente essere i soli ad assumersi la responsabilità di mobilitare le comunità. Al contrario, le amministrazioni locali e i ministeri per lo Sviluppo delle donne possono avere un ruolo cardine, assie-

me alle organizzazioni femminili e ai leader nazionali, se sono invitati a partecipare al processo sin dall'inizio.

Sebbene i programmi attuali per la sopravvivenza infantile pongano l'enfasi sulle soluzioni a bassa tecnologia, gli approcci tecnici moderni possono fornire benefici inaspettati nel raggiungere ciò che è difficile da raggiungere. Ad esempio, sono stati sviluppati strumenti diagnostici per la malaria, test per l'HIV e per l'analisi della qualità dell'acqua. Questi test possono essere somministrati anche negli ambulatori più rudimentali. La biotecnologia sta producendo vaccini ricombinanti più sicuri e sono in corso studi per sviluppare vaccini che non hanno bisogno di essere refrigerati e possono essere somministrati mediante patch cutanei, spray nasali o per altre vie, anziché essere iniettati. Entrambe queste conquiste potrebbero avere enormi ripercussioni sull'ampliamento dei servizi di vaccinazione⁵.

Sebbene la sua applicazione in questo campo sia ancora nella fase iniziale, anche la tecnologia informatica ha un ruolo nella sopravvivenza e nella salute infantile nei paesi in via di sviluppo. L'utilizzo crescente dei telefoni cellulari, della posta elettronica e di internet significa che la telemedicina e la salute on line sono già in grado di raggiungere le persone che vivono in zone remote e si prestano ad applicazioni molto più vaste. Inoltre, per gli operatori sanitari è più facile collegarsi alle strutture sanitarie di base e, se necessario, anche ai reparti e ai centri specialistici degli ospedali⁶.

Ampliare la base delle verifiche

Capire il problema è spesso metà della soluzione. Sebbene le linee generali della condizione dell'infanzia nel mondo siano chiaramente delineate, gli aspetti specifici sono piuttosto vaghi.



© UNICEF/HQ06-2407/Susan Markisz

Un approccio integrato allo sviluppo dei sistemi sanitari è fondamentale per migliorare la sopravvivenza e la salute infantile. Questa famiglia partecipa al programma *Trio por la Vida* ("Trio per la Vita") che promuove la registrazione delle nascite, l'allattamento al seno e la vaccinazione, Venezuela.

A causa della scarsità di statistiche attendibili in molti paesi, spesso i responsabili hanno difficoltà a stabilire le priorità, valutare l'efficacia dei programmi o monitorare i progressi. Anche i sistemi vitali di registrazione anagrafica, che documentano gli eventi principali della vita, come la nascita e la morte, a volte coprono soltanto una parte di un paese o non esistono affatto. La registrazione delle nascite, in particolare, è essenziale per tutelare i diritti dei bambini e per generare informazioni accurate sulla popolazione di un paese (vedi Capitolo 1, p. 22).

Informazioni accurate e analisi sullo stato di salute, di nutrizione, dell'acqua e dei servizi igienico-sanitari e dell'HIV e AIDS dei bambini del mondo sono indispensabili per formu-

lare strategie volte a potenziare le partnership nelle comunità e il continuum spazio-temporale di assistenza. Alla base della diffusione dei dati, della valutazione dei risultati e della pianificazione strategica nei paesi in via di sviluppo vi è una vasta gamma di risorse, tra cui le indagini a domicilio, le Indagini campione a indicatori multipli, i rapporti statistici come *Progressi per l'infanzia*, la collana dei "Report cards" prodotta dall'UNICEF, la serie *The Lancet* che si è occupata della sopravvivenza e della salute infantile, neonatale e materna e le pubblicazioni che valutano i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, prodotte dal Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, dalla Banca Mondiale e dall'Organizzazione Mondiale della

Sanità, tra le altre. Queste iniziative integrano gli sforzi nazionali del mondo in via di sviluppo volti a generare, analizzare e diffondere dati e informazioni relative agli input e ai risultati conseguiti per le madri, i neonati e i bambini.

Sia gli OSM che le nuove iniziative sanitarie su scala mondiale esigono una maggiore assunzione di responsabilità e, di conseguenza, la necessità di una base solida di riscontro è diventata un imperativo. Anche se la quantità di informazioni è più che sufficiente per intraprendere le azioni, servono comunque ricerche e valutazioni più rigorose per capire quali siano le iniziative più efficaci per lo scambio sistematico di buone pratiche e per uno scambio maggiore di nuove informazioni.

Destinare maggiori risorse alle madri, ai neonati e ai bambini

È un dato di fatto che i paesi più poveri, oltre alla mobilitazione delle loro risorse nazionali, necessiteranno di un aiuto sostanziale da parte delle nazioni più ricche per raggiungere gli OSM. Secondo le stime del Progetto del Millennio, l'ammontare totale dell'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) necessario per gli OSM, nel 2006 era 135 miliardi di dollari USA, mentre l'APS effettivamente fornito ammontava a 104 miliardi⁷ (vedi Grafico 5.1). Se continuano le tendenze attuali, l'APS aumenterà a circa 200 miliardi di dollari USA nel 2015. Queste stime equivalgono a circa lo 0,5% del prodotto interno lordo (PIL) dei paesi donatori – rispettivamente 0,44% nel 2006 e 0,54% nel 2015. Se si includono nel calcolo i costi aggiuntivi per le infrastrutture, per l'adeguamento ai cambiamenti climatici e per la ricostruzione del dopo conflitto, per esempio,

molto probabilmente il target sarà lo 0,7% del PIL dei paesi donatori. Per ironia della sorte, questa cifra rientra già negli impegni assunti dai paesi donatori. Più di 35 anni fa, le principali nazioni industrializzate hanno promesso di destinare lo 0,7% del proprio PIL all'APS⁸. Nel 2002, il target dello 0,7% è stato riconfermato da tutti i paesi che hanno partecipato al Monterrey Consensus.

A che punto siamo? Sedici dei 22 paesi del Comitato di aiuto allo sviluppo dell'OCSE hanno raggiunto i traguardi dell'APS per il 2006 fissati a Monterrey. Ma i restanti sei paesi devono essere incoraggiati a mantenere le promesse⁹.

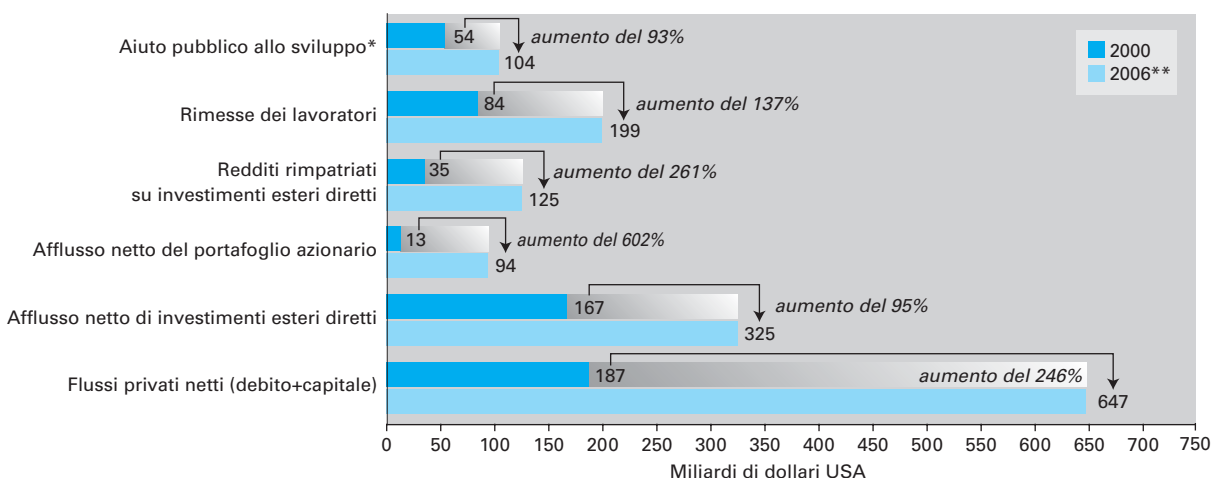
Naturalmente, le esigenze dei paesi che tentano di raggiungere gli OSM sono diverse. Sulla base dei migliori riscontri disponibili, l'UNICEF sta elaborando un elenco specifico per paese delle diverse politiche necessarie per il

conseguimento degli OSM da sottoporre ai governi e ai loro partner nel campo della salute materna e infantile. Inoltre, sta aiutando i paesi a identificare e colmare le lacune del sostegno finanziario.

Nell'Africa subsahariana, dove la situazione dei bambini piccoli è più pressante, nel 2006 l'UNICEF, l'OMS e la Banca Mondiale hanno collaborato a un'analisi del costo che comporterebbe la riduzione della mortalità infantile in questa regione (vedi Scheda, Capitolo 4, p. 78). Aumentando gli interventi evidenziati in questo rapporto, la mortalità infantile sotto i cinque anni potrebbe essere ridotta del 35% entro il 2009, con un costo aggiuntivo di circa 2,50 dollari USA pro capite (o circa 800 dollari USA per ogni vita salvata). Per realizzare pienamente l'OSM 4 – riduzione della mortalità sotto i cinque anni di due terzi entro il 2015 – bisognerebbe potenziare ulteriormente i sistemi sanitari dell'Africa ed effettuare

Grafico 5.1

Flussi finanziari selezionati verso i paesi in via di sviluppo



* Riferito all'aiuto fornito dai membri del Comitato di aiuto allo sviluppo dell'OCSE.

** stima

Fonte: Banca Mondiale, *Global Development Finance 2007. The globalization of corporate finance in developing countries*. Washington, D.C., 2007, pp. 37, 55.

nuovi interventi, come per esempio la vaccinazione contro il rotavirus e l'infezione da pneumococco. L'analisi ha rivelato che è assolutamente possibile salvare la vita di oltre 5 milioni di bambini e di circa 200.000 madri all'anno. Quanto costerebbe salvare queste vite? Altri 10 dollari USA pro capite all'anno (o meno di 2.000 dollari USA per ogni vita salvata)¹⁰.

Al vertice del G8 di Ginevra del 2005, tenutosi a Gleneagles in Scozia, le principali nazioni industrializzate si sono impegnate a raddoppiare gli aiuti per l'Africa entro il 2010. Eppure, a metà del 2007, si sono avuti pochi progressi in questa direzione¹¹. Anche i paesi africani hanno trascurato il loro impegno nei confronti dei propri bambini. Nella Dichiarazione di Abuja, adottata

in occasione del Vertice sull'AIDS dell'Organizzazione dell'Unità Africana nel 2001, i leader africani si sono impegnati a destinare il 15% dei propri bilanci nazionali alla salute. Tuttavia, sei anni dopo, soltanto pochi paesi sono riusciti a farlo¹².

Le risorse per raggiungere gli OSM relativi alla salute sono disponibili.

Potenziare la raccolta di dati e monitorare le decisioni sulla salute pubblica

“Non è a causa della povertà se i paesi non possono permettersi buone informazioni sulla salute, ma è proprio perché sono poveri che non possono permettersi di farne a meno” – Health Metrics Network, Organizzazione Mondiale della Sanità

Informazioni attendibili sono fondamentali per prendere decisioni sulla salute pubblica, per guidare le politiche, i programmi, i bilanci e le valutazioni e per creare le basi della responsabilità dei governi nei confronti dei loro impegni e dei loro cittadini. Eppure, in molti paesi in via di sviluppo, il sottoinvestimento nei servizi di informazione sanitaria ha creato delle lacune nella raccolta, analisi e diffusione dei dati. Con l'aumento delle sfide e l'approssimarsi della scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nel campo della salute, è imperativo soddisfare la domanda di informazioni affidabili.

Prima della metà degli anni Novanta, le gravi lacune nei dati non consentivano di effettuare un'analisi accurata ed efficace per prendere decisioni sulla salute pubblica. Per esempio, solo 38 paesi in via di sviluppo avevano dati disponibili per stabilire se i tassi di malnutrizione nei bambini – uno degli indicatori principali della salute e del benessere infantile – fossero in aumento o in calo. Per colmare queste importanti lacune e per facilitare il monitoraggio degli obiettivi del Vertice Mondiale per l'Infanzia del 1990, nel 1995 l'UNICEF ha avviato le Indagini campione a indicatori multipli (MICS). Le MICS avevano l'obiettivo di fornire dati quantitativi su una vasta gamma di argomenti, tra cui la salute e la nutrizione infantile, la protezione dell'infanzia, l'istruzione, l'HIV e l'AIDS e la salute materna.

Dal 1995 a oggi, circa 200 MICS sono state condotte in quasi 100 paesi e territori. La serie attuale di indagini, realizzate in oltre 50 paesi tra il 2005 e il 2006, fornisce dati su 21 dei 53 sotto indicatori degli OSM. Insieme alle Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), un'altra iniziativa finanziata

dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID) con la quale vengono armonizzati i dati, questa è la singola fonte più ricca di informazioni per il monitoraggio degli OSM.

Il monitoraggio dei progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ha anche incentivato la formazione di una serie di gruppi interagenzie che si occupano di questioni tecniche e metodologiche specifiche, come la standardizzazione degli indicatori e degli strumenti di monitoraggio, lo sviluppo delle capacità statistiche a livello nazionale, la formulazione di stime congiunte e l'armonizzazione delle attività tra i partner. Questi gruppi si concentrano su settori come la mortalità materna e sotto i cinque anni, l'acqua e i servizi igienico-sanitari, la vaccinazione, la malaria, l'HIV e l'AIDS.

Vi è inoltre la necessità urgente di migliorare i sistemi globali di raccolta dati a livello nazionale affinché siano in grado di guidare le decisioni sulla salute pubblica. Si tratta di un impegno a lungo termine e l'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme all'Health Metrics Network (HMN), tra gli altri, sta lavorando con i paesi a una serie di iniziative per migliorare i sistemi di informazione sulla salute. In particolare, l'obiettivo è sviluppare un sistema globale che incorpori tutti i sottosistemi e le fonti dei dati che, insieme, contribuiscono a generare le informazioni sulla salute: indagini, registrazioni, censimenti, controllo delle malattie e risposte, servizi statistici, informazioni sulla gestione sanitaria, dati finanziari e monitoraggio delle risorse. Lo sviluppo di questo sistema globale necessiterebbe di una maggiore collaborazione e di un maggiore coordinamento tra i paesi e i partner internazionali, che dovrebbero lavorare insieme basandosi su un programma armonizzato per realizzare un sistema unificato.

Vedi Note, p. 108.

Il mondo è più ricco che mai. I flussi finanziari verso i paesi in via di sviluppo sono a livelli record, in termini di afflussi di debito privato, di investimenti esteri diretti di capitali e di rimesse. Ciononostante, mentre l'aiuto pubblico allo sviluppo è raddoppiato dal 2000, il suo aumento è marginalmente arretrato rispetto agli altri flussi finanziari (vedi Grafico 5.1, p. 99). I donatori non hanno ancora tenuto fede alla loro promessa di aumentare gli aiuti per l'Africa e dovranno incrementare notevolmente gli impegni nei prossimi anni.

Rendere la sopravvivenza materna, neonatale e infantile un imperativo globale

Molti hanno sentito invocare l'appello alla sopravvivenza infantile e materna. Sin dai primi anni della rivoluzione per la sopravvivenza infantile, le alleanze globali per la salute, spesso finanziate da fonti private, si sono moltiplicate e hanno dato nuovo vigore a questo settore. Alcune di queste sono, per esempio, l'Iniziativa per l'arricchimento della farina, l'Alleanza globale per una nutrizione migliore, l'Alleanza GAVI, la Partnership per la salute materna, neonatale e infantile, l'iniziativa Roll Back Malaria e il Programma speciale per la ricerca e la formazione nelle malattie tropicali.

Queste e altre alleanze sono riuscite a focalizzare maggiormente l'attenzione dell'opinione pubblica, a livello mondiale, sui problemi relativi alla salute. La ricerca e lo sviluppo finanziati da queste partnership iniziano a dare i loro frutti: 25 farmaci, 8 microbiciidi e 50 vaccini sono in arrivo per combattere le malattie che colpiscono soprattutto i poveri. Alcune di queste partnership sono riuscite a fornire alle comunità farmaci gratuiti o a costo ridotto, di qualità garantita, assieme ai vaccini.

© UNICEF/HQ00-0001/Giacomo Prozzi



Per soddisfare le esigenze sanitarie di tutte le madri, i neonati e i bambini servono partnership e nuovi impegni da parte di tutte le parti coinvolte. Un'operatrice sanitaria informa una madre sulla vaccinazione, Repubblica Unita di Tanzania.

Altre sono impegnate a migliorare le decisioni relative alle nuove politiche e a sostenere le riforme istituzionali. Altre ancora stanno contribuendo alla formulazione di norme e di standard per i protocolli terapeutici¹³.

Tuttavia si sostiene che, per la loro risolutezza di ottenere risultati, le partnership su scala globale sono più incentrate sui donatori e sui beni che sui paesi e gli individui. Inoltre, il fatto di essersi spesso concentrate su una sola malattia, le avrebbe spinte a fare troppo affidamento sugli interventi verticali e a non porre sufficiente enfasi sull'integrazione dei servizi e il potenziamento dei sistemi sanitari nazionali¹⁴. Il messaggio più diffuso e a cui si è prestata maggiore attenzione è che i paesi in via di sviluppo devono prendere l'iniziativa e "avere" le soluzioni ai loro problemi sanitari. Questo richiederà una maggiore armonizzazione e un migliore allineamento con le priorità, i

sistemi e le procedure dei paesi in via di sviluppo.

Questa stessa posizione, adottata nella Dichiarazione di Parigi del marzo 2005 sull'efficacia dell'assistenza, fornisce un modello tramite il quale le partnership tra donatori e paesi in via di sviluppo potranno sfruttare appieno il loro potenziale.

A che punto è il mondo oggi, a metà strada dalla data di scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio? A conti fatti, il 50% delle regioni del mondo è sulla buona strada per raggiungere il quarto OSM e ridurre di due terzi i tassi di mortalità infantile tra il 1990 e il 2015. Questo è senza dubbio uno scenario senza precedenti, che rispecchia i progressi nel campo della salute materna e infantile compiuti nel secolo scorso e l'impegno dei donatori e dei governi nazionali ad allearsi per garantire la sopravvivenza e il benessere dei bambini.

Al capo opposto del tappeto: allearsi per la sopravvivenza e la salute materna, neonatale e infantile

*di Melinda French Gates, Co-presidente
Bill & Melissa Gates Foundation*

Quando Bill e io conosciamo delle persone nei paesi in via di sviluppo che visitiamo, è facile vedere quello che abbiamo in comune, malgrado le nostre condizioni economiche diverse. Come noi, anche loro hanno speranze per il futuro. Hanno genitori che li amano e bambini che hanno bisogno di loro. Hanno curiosità intellettuali, spirito imprenditoriale e sono determinati a rendere la vita migliore per sé e per i propri figli.

Personalmente, provo grande commozione per le madri che incontro. Mi invitano nelle loro case e ci sediamo insieme sul pavimento, spesso ai capi opposti di un tappeto, e parliamo. Avendo anch'io dei bambini piccoli, cerco di mettermi nei loro panni. Che cosa farei se fossi seduta al capo opposto del tappetino? Che cosa vorrei per i miei figli?

Se fossi una donna incinta del Bangladesh, vorrei un assistente qualificato che mi aiutasse a partorire senza rischi. Se fossi una giovane madre in India, vorrei sapere che l'allattamento al seno, anziché il latte artificiale, è uno dei modi migliori di proteggere il mio neonato dal colera. Se fossi una madre del Malawi e mia figlia soffrisse di diarrea, vorrei che assumesse elettroliti, prima che fosse troppo tardi.

Sarebbero queste le mie speranze, i miei sogni e i miei desideri. Ma per molte persone la realtà è questa: nel 2006, 9,7 milioni di bambini sono morti prima di compiere 5 anni – la maggior parte a causa di malattie che si sareb-

bero potute facilmente prevenire o curare.

In alcuni dei paesi che ho visitato, le madri lasciano i propri figli per settimane o anche mesi senza un nome per evitare di affezionarsi a loro. La possibilità che i loro neonati muoiano in quelle prime settimane sono troppo alte. Quando sento queste storie, mi ritrovo sul mio lato del tappeto. Com'è possibile che queste tragedie siano così comuni nel mondo in via di sviluppo?

Dal mio lato del tappeto, quando i miei bambini si ammalano, prendono gli antibiotici, mentre i figli delle madri sul lato opposto, quando si ammalano, forse ricevono una sentenza di morte. Tutti noi che viviamo nei paesi ricchi dobbiamo metterci nei panni di quelli che stanno dall'altra parte del tappeto.

Per fortuna, la storia sta iniziando a cambiare. I governi di tutto il mondo stanno facendo di più per la salute dei propri bambini. Gli sforzi per curare e prevenire le malattie più devastanti stanno migliorando la vita di milioni di bambini.

Per mantenere lo slancio, dobbiamo ricordare che queste madri amano i propri figli quanto noi amiamo i nostri. Dobbiamo fare in modo che questi bambini abbiano un potenziale illimitato. E dobbiamo aiutarli a realizzarlo, facendo partecipare a questo sforzo molti più governi, più imprese e più persone, tutti uniti per la sopravvivenza e la salute materna, neonatale e infantile. Quando lo faremo, tutte le madri avranno la possibilità di veder crescere i loro figli sani e forti, e tutti i bambini potranno realizzare i loro sogni.

Molti paesi in via di sviluppo e diverse regioni sono riusciti a compiere grandi progressi nella riduzione della mortalità infantile e alcuni hanno portato i tassi di mortalità a livelli vicini a quelli dei paesi industrializzati, pur avendo livelli di reddito pro capite di gran lunga inferiori. Tre regioni, America latina e Caraibi, Asia orientale e Pacifico, Europa centrale e orientale e Comunità di Stati Indipendenti (ECO/CSI), hanno ridotto notevolmente i tassi di mortalità infantile sin dal 1960, nonostante i periodi di instabilità economica e politica. Questo suc-

cesso fa sperare che i tassi di mortalità infantile possano continuare a diminuire a un ritmo ancora più veloce in tutto il mondo, se si troverà il modo di fornire accesso alle madri, ai neonati e ai bambini a un'assistenza sanitaria di qualità.

La sfida consiste nel trarre vantaggio dai progressi compiuti in tutto il mondo in via di sviluppo tramite gli interventi di prevenzione forniti dai servizi di sanitari di base, soprattutto negli ultimi anni. Gli interventi di prevenzione, in particolare l'ampliamento dei

programmi di vaccinazione, l'aumento della distribuzione di zanzariere trattate con insetticida, di terapie per la reidratazione orale e di integratori di vitamina A, hanno migliorato la voce "avere" dello stato patrimoniale della salute. L'analisi di questi risultati, insieme al miglioramento della raccolta di dati, fa presagire un effetto significativo sulla sopravvivenza infantile e materna nei prossimi anni. Nonostante i programmi, le iniziative e le politiche che si sono moltiplicate sin dal primo anno del nuovo millennio, l'opportunità di ridurre la mortalità infantile sotto i cin-

que anni non è mai stata tanto evidente quanto lo è oggi. Quello che bisogna fare per compiere progressi nella sopravvivenza infantile è ormai chiaro. La necessità di essere uniti, sia a parole che nei fatti, per garantire a madri, neonati e bambini il diritto a un'assistenza sanitaria di qualità, è ancora più evidente.

Pertanto, la sfida consiste nel liberarsi

del cinismo e dell'apatia, mettendo da parte le promesse infrante del passato. A metà strada tra il lancio degli OSM nel 2000 e la data di scadenza del 2015 per il loro raggiungimento, sono stati conseguiti molti risultati. La base dell'azione – dati, ricerca, valutazione – è già stata creata. È giunta l'ora di mobilitarsi per raggiungere gli obiettivi della sopravvivenza e della salute materna, neonatale e infantile con rinnovata

energia e una visione più nitida, e di porre questi obiettivi al centro dell'agenda internazionale per tenere fede ai principi di giustizia sociale e rispettare l'inviolabilità della vita.

I mezzi sono disponibili. Ora è solo questione di volontà e di azione, perché non esiste impresa più nobile o ricompensa più preziosa della salvezza della vita di un bambino.

Note

CAPITOLO 1

- ¹ Stime dell'UNICEF, basate sul lavoro dell'Inter-agency Group for Mortality Estimation.
- ² World Health Organization and United Nations Children's Fund, 'Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications, Meeting report (WHO/EPI/GEN/98.07)' WHO, Ginevra, 1998, pp. 4-12.
- ³ Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 365, n. 9463, 12 Marzo 2005, pp. 977-988.
- ⁴ Phillips, James F., Ayaya A. Bawah and Fred N. Binka, 'Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana', Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, n. 12, Dic. 2006, pp. 949-953.
- ⁵ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, Numero 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, p. 19.
- ⁶ WHO Regional Office for Africa, The Health of the People: The African regional health report, WHO Press, Ginevra, 2006, p. 19.
- ⁷ Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', The Lancet, vol. 364, n. 9441, 2 Ott. 2004, pp. 1236-1243.
- ⁸ De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', Journal of the American Medical Association, vol. 283, n. 9, 1 Marzo 2000, pp. 1175-1182.
- ⁹ 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, Aprile 2007, WHO, Ginevra, 2007, pp. 6, 30.
- ¹⁰ Ngongo, Ngashi, 'PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV', UNICEF, New York, p. 5.
- ¹¹ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, Numero 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, p. 36.
- ¹² United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria Partnership, 'Malaria & Children: Progress in intervention coverage', UNICEF and RBM, New York, 2007, pp. 1, 7.
- ¹³ Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria: The status and impact of the three diseases, GFATM, Ginevra, 2005, p. 39.
- ¹⁴ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, Numero 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, pp. 39-41.
- ¹⁵ World Health Organization, 'Health Status: Mortality', World Health Statistics 2006, WHO, Ginevra, 2007, pp. 29-31.
- ¹⁶ United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, N. 5, UNICEF, New York, Sett. 2006, p. 3.

- ¹⁷ Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', The Lancet, vol. 361, n. 9376, 28 Giugno 2003, p. 2230.
- ¹⁸ World Health Organization, 'Improving Child Health in the Community', WHO, Ginevra, Dic. 2002, p. 7.
- ¹⁹ Countdown to 2015: Child Survival, Tracking Progress in Child Survival: 2005 report, UNICEF Health Section, New York, 2005, p. 9.
- ²⁰ Stime dell'UNICEF, basate sui dati dell'Inter-agency Group for Mortality Estimation.
- ²¹ Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of newborn babies can we save?', The Lancet, <www.thelancet.com>, 3 Marzo 2005, p. 11.
- ²² World Health Organization, Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health, WHO, Ginevra, 2006, p. 9.
- ²³ 'Tavola 1. Indicatori di base', pp. 114-117 di questo rapporto.
- ²⁴ Pinheiro, Paulo Sérgio, Rapporto sulla violenza sui bambini, Studio del Segretario Generale ONU sulla violenza contro i bambini, New York, 2006, p. 51.
- ²⁵ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, 'Matrimonio precoce', Innocenti Digest, n. 7, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti, Firenze, Marzo 2001, p. 11.
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ Ibid.
- ²⁸ United Nations Children's Fund, The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration, UNICEF, New York, 2005, pp. 1, 13.
- ²⁹ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations – Early childhood care and education, UNESCO, Paris, 2006, p. 2.
- ³⁰ Porterfield, Shirley L., and Timothy D. McBride, 'The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs', American Journal of Public Health, vol. 97, n. 2, Feb. 2007, p. 323.
- ³¹ Ibid.
- ³² White, Howard, Maintaining Momentum to 2015: An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh, World Bank, Washington, D.C., Sett. 2005, p. 25.
- ³³ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, La condizione dell'infanzia nel mondo 2006: Esclusi e invisibili, UNICEF, New York, Dic. 2005, p. 18.
- ³⁴ Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', The Lancet, vol. 362, n. 9379, 19 Luglio 2003, p. 234.
- ³⁵ Ibid.

CAPITOLO 1 SCHEDE

Tasso di mortalità sotto i cinque anni: indicatore della salute infantile

Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, La condizione dell'infanzia nel mondo 2007: Donne e bambini –

Il doppio vantaggio dell'uguaglianza di genere, UNICEF, New York, Dic. 2006, pp. 137, 141.

Cause fondamentali e strutturali della mortalità materna e infantile

United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 3-4.

Sopravvivenza neonatale

Darmstadt, Gary L., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 365, n. 9463, 12 Marzo 2005, pp. 977-988; The Lancet Series Team, 'Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series', The Lancet, 3 Marzo 2005, p. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', The Lancet, 5 Marzo 2005, vol. 365, n. 9462, pp. 891-900; Save the Children, State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns, Save the Children, Westport, CT, May 2006, pp. 3, 8; 'Tavola 8. Donne', pp. 142-145 di questo rapporto; World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Ginevra, 2005, pp. 9-10.

Le principali cause dei decessi infantili

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', The Lancet, vol. 370, n. 9583, 21 Luglio 2007, pp. 285-289; United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, N. 5, UNICEF, New York, Sett. 2006, p. 2 e Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, N. 6, Dic. 2007, pp. 19, 24; UNICEF and World Health Organization, Pneumonia: The forgotten killer of children, UNICEF e WHO, New York e Ginevra, 2006, p. 5.

Polmonite: il killer dimenticato dei bambini

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', The Lancet, vol. 370, n. 9583, 21 Luglio 2007, pp. 285-289; Sazawal, Sunil e Robert E. Black, 'Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials', The Lancet Infectious Diseases, vol. 3, n. 9, Sett. 2003, pp. 547-556; United Nations Children's Fund and World Health Organization, Pneumonia: The forgotten killer of children, UNICEF e WHO, New York e Ginevra, 2006, p. 5, 7-9, 14, 26, 27; World Health Organization, 'Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (WHO/FCH/CAH/02.23)', WHO Dept. of Child and Adolescent Health and Development, Stockholm, Giugno 2002, pp. 2, 5-6.

Il continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini

Lawn, Joy e Kate Kerber, redattori, Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Ginevra, 2006, p. 3, 5, 9, 24; Le Galès-Camus, Catherine, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015', dichiarazione alla prima sessione del meeting dell'Executive Board, New York, 17 Gen. 2006, pp. 3-4; United Nations Children's Fund, UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8), UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, p. 3.

La salute infantile nelle emergenze complesse

CIEDRS Working Group, 'Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0', Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public

Health, Baltimore, MD, Sett. 2003, pp. 3-4, 11, 14-15; Collins, Steve, 'Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises – Network paper n. 48', Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, Londra, Nov. 2004, p. 24; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', Food and Nutrition Bulletin, vol. 27, n. 3 (suppl.), Sett. 2006, p. 58; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, Londra, 2005, p. 77; World Health Organization, Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments, WHO, Ginevra, 2005, p. 2.

L'empowerment delle donne per la salute di madri, neonati e bambini

Perry, Henry, et al., 'Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment', International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, Aprile 2007, pp. 16-19; Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dic. 2005, p. 20; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, Londra, 2005, p. 36; WHO Centre for Health Development, 'A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare', Kobe, Giappone, 2005, pp. 26-28; World Health Organization, 'Women's Health in Afghanistan', WHO Dept. of Gender and Women's Health, Family and Community Health Cluster, Ginevra, Marzo 2002, pp. 1-2.

Registrazione delle nascite: un passo importante verso i servizi essenziali

'Tavola 9. Protezione dell'infanzia', pp. 146-147 di questo rapporto; UNICEF Innocenti Research Centre, 'Birth Registration and Armed Conflict', Innocenti Insight, UNICEF IRC, Firenze, 2005, p. vii; United Nations Children's Fund, 'Birth Registration', Child Protection Information Sheets, UNICEF, New York, Maggio 2007, pp. 13-14; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, N. 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, p. 42 e The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration, 2005, pp. 2, 15-16.

CAPITOLO 2

- 1 Lee, Ronald, 'The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change', Journal of Economic Perspectives, vol. 17, n. 4, 2003, pp. 167-190.
- 2 Van Lerberghe, Wim, and Vincent De Brouwere, 'Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality', Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence, edited by Wim Van Lerberghe and Vincent De Brouwere, Studies in Health Services Organisation & Policy, vol. 17, 2001, pp. 7-34.
- 3 Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, n. 10, 2000, p. 1235; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski e Anne Mills, 'Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate', Journal of International Development, vol. 15, 2003, p. 68; e Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, 1946-2006: Sessant'anni per i bambini, UNICEF, New York, 2006, pp. 7-9.

- 4 Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 88.
- 5 Green, Andrew, An Introduction to Health Planning in Developing Countries, 2nd ed., Oxford University Press, New York, 1999; and Morley, David, 'Under-Five Clinics', Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere, edited by Maurice H. King, Oxford University Press, New York, 1966.
- 6 Basch, Paul F., Textbook of International Health, 2nd ed., Oxford University Press, New York, Luglio 1999.
- 7 Thieren, Michel, 'Background Paper on the Concept of Universal Access', Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Ginevra, Ott. 2005; e Vaccine Safety Datalink Group, 'The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam', Bulletin of the World Health Organization, vol. 83, n. 8, Ago. 2005, p. 605.
- 8 Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', The International Journal of Health Planning and Management, vol. 12, n. S1, 12 Giugno 1997, pp. S29-S47.
- 9 Walsh, J. A. e K. S. Warren, 'Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries', New England Journal of Medicine, vol. 301, n. 18, 1 Nov. 1979, pp. 967-974.
- 10 Ibid.
- 11 Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, n. 10, 2000, p. 1235.
- 12 Ibid.
- 13 Black, Maggie, 'Children First: The story of UNICEF, past and present', Oxford University Press, New York, 1996, p. 19.
- 14 Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, n. 10, 2000, p. 1235.
- 15 UNICEF Statistics, 'Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management', UNICEF End Decade Databases: IMCI, <www.childinfo.org/eddb/imci/> visitato il 15 Nov. 2007.
- 16 World Health Organization e UNICEF, 'Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy', IMCI Information WHO/CHS/CAH/98.1A Rev. 1), WHO, Ginevra, 1999, p. 3.
- 17 Bryce, Jennifer, et al., 'The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the evaluation of public health interventions', American Journal of Public Health, vol. 94, n. 3, Marzo 2004, pp. 406-415; Lucas, Jane E., et al., Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival, UNICEF New York and UNICEF ESARO, 2005, p. xii.

- 18 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Capitolo 63, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 1189.
- 19 Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania', The Lancet, vol. 364, n. 9445, 30 Ott. 2004, p. 1583.
- 20 Lucas, Jane E., et al., Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival, UNICEF New York e UNICEF ESARO, 2005, p. 86.
- 21 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Capitolo 63, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 1188-1189.
- 22 Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', The Lancet, vol. 365, n. 9465, 26 Marzo 2005, p. 1191.
- 23 Chen, Shaohua e Martin Ravallion, 'Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004', Development Research Group, World Bank, Washington, D.C., Marzo 2007, p. 12.
- 24 Bryce, Jennifer, et al., 'Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival', The Lancet, vol. 368, n. 9541, 23 Sett. 2006, pp. 1070-1071.
- 25 Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent this Year?', The Lancet, vol. 362, n. 9377, 5 Luglio 2003, p. 65; e Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Capitolo 27, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 547.
- 26 Campbell, Oona M. R., and Wendy J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', The Lancet, vol. 368, n. 9543, 28 Sett. 2006, p. 1297.
- 27 Hill, Zelee, Betty Kirkwood e Karen Edmond, Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence, World Health Organization, Ginevra, 2004, p. 1.
- 28 Wagstaff, Adam, et al., 'Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress?', Capitolo 9, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 181-194.

CAPITOLO 2 SCHEDE

L'iniziativa contro il morbillo

Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Un mondo a misura di bambino, UNICEF, New York, 2006, p. 29; Wolfson, Lara J., et al., 'Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study', The Lancet, vol. 369, n. 9557, 20 Gen. 2007, pp. 191-192; World Health Organization, 'World Health Assembly Resolution WHA 52.20: Reducing global measles mortality', WHO, Ginevra, 28 May 2003; World Health Organization and United Nations Children's Fund, Measles: Mortality Reduction and Regional Elimination – Strategic plan 2001-2005, WHO, Ginevra, 2001, pp. 6-7.

Giornate nazionali di vaccinazione e giornate della salute del bambino

Levine, Ruth, 'Case 4: Reducing Child Mortality with Vitamin A in Nepal', Chapter 4, Case Studies in Global Health: Millions saved, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Global Polio Eradication Initiative, 'National Immunization Days', <www.polioeradication.org/content/fixd/national.shtm>, visitato il 24 Ago. 2007; United Nations Children's Fund, Annual Report 2006, UNICEF, New York, Giugno 2007, p. 12, e 1946-2006: Sessant'anni per i bambini, Nov. 2006, pp. 18-19.

Finanziamento del settore sanitario: gli approcci di settore e l'iniziativa per i paesi poveri altamente indebitati

Gottret, Pablo, e George Schieber, Health Financing Revisited: A practitioner's guide, World Bank, Washington, D.C., 2006; Schieber, George, et al., 'Financing Health Systems in the 21st Century', Capitolo 12, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 225-242; World Bank, 'Health and Nutrition Services', Capitolo 8, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank e Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Gestione integrata delle malattie neonatali e dell'infanzia in India

Ramji, Siddarth, 'Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India', Indian Pediatrics, vol. 43, n. 12, 17 Dic., 2006, pp. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker e Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', Policy Perspectives on Newborn Health, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., Marzo 2006, p. 2.

L'iniziativa di Bamako

Ebrahim, G. J., 'The Bamako Initiative', Journal of Tropical Pediatrics, vol. 39, n. 2, 1993, pp. 66-67; Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', International Journal of Health Planning and Management, vol. 12, n. S1, 1997, pp. S29-S47; Küchler, Von Felix, 'Manageable Bamako Initiative Schemes', Bulletin von Medicus Mundi Schweiz, n. 84, Aprile 2002; Paganini, Agostino, 'The Bamako Initiative Was Not about Money', Health Policy and Development, vol. 2, n. 1, 2004, pp. 11-13; World Bank, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank e Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 72-73, 76-77.

Approcci trasversali: il metodo messicano

Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico', Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 Giugno 2006, pp. 4-5; Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico', The Lancet, vol. 368, n. 9539, 9 Sett. 2006, pp. 954, 957; Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', The Lancet, vol. 368, n. 9551, 2 Dic. 2006, pp. 2017-2027.

Sopravvivenza e sviluppo accelerati dell'infanzia in Africa occidentale

Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', sottoposta all'UNICEF e all'Agenzia canadese per lo sviluppo internazionale, 15 Gen. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)', presentazione al secondo Global Immunization Meeting, New York, 13-15 Feb. 2007; United Nations Children's Fund, Accelerated Child Survival and Development in Ghana, UNICEF Ghana, Marzo 2005, pp. 1-2.

L'HIV e l'AIDS in Africa e il loro impatto su donne e bambini

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development, Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 10; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Population Fund and United Nations Development Fund for Women, Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis, UNAIDS, UNFPA and UNIFEM, Ginevra e New York, 2004, p. 2; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 'AIDS Epidemic Update', UNAIDS e WHO, Ginevra, Dic. 2006, p. 1.

Partnership per la salute di mamme, neonati e bambini

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/en>, visitato il 24 Ago. 2007.

CAPITOLO 3

- 1 Dichiarazione di Alma-Ata, articoli 6-8, Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, Alma-Ata, URSS, 6-12 Sett. 1978, <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, visitato il 15 Ott. 2007.
- 2 Adattato da Claeson, Mariam, et al., 'Health, Nutrition and Population', Capitolo 18, A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies, vol. 2, redatto da Jeni Klugman, World Bank, Washington, D.C., 2002, pp. 211-212.
- 3 Zakus, J. David L. e Catherine L. Lysack, 'Revisiting Community Participation', Health Policy and Planning, vol. 13, n. 1, Oxford University Press, New York, 1998, pp. 1-12.
- 4 Gryboski, Kristina, et al., 'Working with the Community for Improved Health', Health Bulletin N. 3, Population Reference Bureau, Washington, D.C., Giugno 2006, pp. 1-3.
- 5 Lehmann, Uta e David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?', World Health Organization, Ginevra, Gen. 2007, p. 26.
- 6 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capitolo 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, pp. 1053.
- 7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, visitato il 22 Ott. 2007; Comprehensive Rural Health Project: Jamkhed, <www.jamkhed.org>, visitato il 22 Ott. 2007; e World Health Organization, 'Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)', 51a sessione, WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Cairo, 3-6 Ott. 2004.
- 8 Wallerstein, Nina B. e Bonnie Duran, 'Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities', Health Promotion Practice, vol. 7, n. 3, Luglio 2006, pp. 312-323.
- 9 World Health Organization, 'What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?' WHO Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, Feb. 2006, p. 5.
- 10 Rifkin, Susan B., 'Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes', Acta Tropica, vol. 61, 1996, pp. 88-90.
- 11 Bhattacharyya, Karabi, et al., Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Ott. 2001, pp. 1-3, 20-21.
- 12 Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', The Lancet, vol. 369, n. 9579, 23 Giugno 2007, p. 2121.
- 13 Bhattacharyya, Karabi, et al., Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Ott. 2001, p. 6.
- 14 Lehmann, Uta e David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?' World Health Organization, Ginevra, Gen. 2007, pp. 21-22.
- 15 Hensher, Martin, Max Price e Sarah Adomakoh, 'Referral Hospitals', Capitolo 66, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, New York, 2006, p. 1233.
- 16 Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dic. 2005.
- 17 Adventist Development and Relief Agency International, Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province, ADRA, Silver Spring, MD, 2006, p. 26.
- 18 Laughlin, Megan, The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators, World Relief, Baltimore, MD, 2004, p. 5.
- 19 Kroeger, A., et al., 'Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia', Tropical Medicine & International Health, vol. 2, n. 6, Giugno 1997, pp. 590, 593.
- 20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley e Alejandra Villafuerte, 'Como Sera, Pues?: The NGO contribution to neonatal health in Bolivia', The CORE Group, Washington, D.C., Aprile 2006, pp. 1-26.
- 21 Perry, Henry B., David S. Shanklin and Dirk G. Schroeder, 'Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia', Journal of Health, Population and Nutrition, vol. 21, n. 4, Dic. 2003, p. 386.
- 22 England, Sarah, et al., 'Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries', Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Ginevra, 2001, pp. 10-11.
- 23 UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals, United Nations Development Programme, New York, p. 34; e United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, pp. 25, 26.
- 24 Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, n. 10, 2000, p. 1238.
- 25 Wagstaff, Adam e Mariam Claeson, The Millennium Development Goals for Health: Rising

to the challenges, World Bank, Washington, D.C., 2004, p. 132.

²⁶ Tollman, Stephen, Jane Doherty e Jo-Ann Mulligan, 'General Primary Care', Capitolo 64, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, New York, 2006, p. 1195.

²⁷ United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 1-13.

²⁸ Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capitolo 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, New York, 2006, p. 1056.

CAPITOLO 3 SCHEDE

Pratiche fondamentali per gli interventi di assistenza sanitaria a livello comunitario

World Health Organization, Improving Child Health in the Community, WHO, Ginevra, 2002, pp. 7-8.

Aspetti comuni e sfide delle alleanze comunitarie nell'ambito della salute e dell'alimentazione

Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capitolo 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, New York, 2006, pp. 1054-1055.

India: ridurre la denutrizione attraverso le alleanze comunitarie

UNICEF India, Annual Report 2006, pp. 46-47.

Prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio: impatto dei programmi mothers2mothers nell'Africa orientale e meridionale

Baek, Carolyn, et al., Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa, Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, p. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, visitato il 11 Sett. 2007; Population Council, 'Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative', <www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, visitato il 15 Ott. 2007; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Bambini e AIDS: Un bilancio, Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità, New York, 2007, p. 6; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Bambini: il volto invisibile dell'AIDS, UNICEF, New York, 2005, p. 7.

Focus Mozambico: ridurre la mortalità infantile sotto i cinque anni attraverso un programma basato sulla comunità

Bradbury, Kathryn e Anbrasi Edward, 'Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique', World Relief, The CORE Group and United States Agency for International Development, Washington, D.C., 2005, p. 7; Edward, Anbrasi, et al., 'Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique', Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 101, n. 8, Ago. 2007, pp. 816-819; 'Tavola 1. Indicatori di base', 'Tavola 2. Nutrizione', 'Tavola 3. Salute e 'Tavola 6. Indicatori demografici', pp. 114-117, 120-121, 122-125 e 134-137 di questo rapporto.

Alleanze comunitarie per i sistemi idrici e i servizi igienico-sanitari nelle scuole

Rashid, S. M. A., 'Bangladesh: School sanitation and hygiene education - The story of its impact on one village and its school', NGO Forum, <www.schools.watsan.net/redir/content/download/219/1923/file/Bangladesh.doc>, visitato il 2 Nov.

2007; 'Safe Water System: A low-cost technology for safe drinking water', Marzo 2006, World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., pp. 1-2; 'Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? - Afghanistan', Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/where_afghanistan.htm>, visitato il 23 Sett. 2007; Snel, Marielle, The Worth of School Sanitation and Hygiene Education (SSHE), IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, the Netherlands, 2004, pp. 57-64.

CAPITOLO 4

¹ Dormstadt, Gary, et al, 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 265, n. 9463, 12 Marzo 2005, p. 977.

² United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank e WHO, New York, 24 Marzo 2007, pp. 4-5, 10-11.

³ Ibid., p. 5.

⁴ United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, p. 18.

⁵ Ibid., p. 24.

⁶ Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dic. 2005, p. 10.

⁷ United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, p. 24.

⁸ High-Level Forum Secretariat, 'High-Level Forum on the Health MDGs', World Health Organization and World Bank, Geneva and Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, visitato il 16 Nov. 2007.

⁹ United Nations Children's Fund, Accelerated Child Survival and Development in Ghana, UNICEF Ghana, Accra-North, Marzo 2005, pp. 1-2.

¹⁰ United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, pp. 24-28.

¹¹ Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Capitolo 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 101.

¹² Ibid., p. 90.

¹³ Perry, Henry, et al., 'The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting child health in Bolivia', Health Policy and Planning, vol. 13, n. 2, 1998, p. 140.

¹⁴ United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, p. 5.

¹⁵ Ibid., pp. 5, 28-30.

¹⁶ Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', The Lancet, vol. 369, n. 9579, 23 Giugno 2007, p. 2121.

¹⁷ Bhattacharyya, Karabi, et al., 'Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability', Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASIC II) for USAID, Arlington, VA, Ott. 2001, p. 19.

¹⁸ World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Ginevra, 2005, pp. 21-22.

¹⁹ Ibid., pp. 25-30.

²⁰ Bodart, Claude, 'The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso', Health Policy and Planning, vol. 16, n. 1, Marzo 2001, p. 74.

²¹ World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Ginevra, 2005, p. 33.

²² Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Capitolo 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a edizione, redatto da Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., p. 91.

²³ United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank e WHO, New York, 24 Marzo 2007, pp. 4-8.

²⁴ World Bank, The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges, World Bank, Ginevra, 2004, p. ix.

²⁵ United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, p. 40.

²⁶ 'International Health Partnership: A global 'compact' for achieving the health Millennium Development Goals', accordo firmato da tutti i partner al lancio della International Health Partnership, Londra, 5 Sett. 2007.

²⁷ Soeters, Robert, Christian Habineza e Peter Bob Peerenboom, 'Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda', Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, n. 11, Nov. 2006, pp. 885, 887.

²⁸ Powell-Jackson, Timothy, et al., 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health', The Lancet, vol. 368, n. 9541, Sett. 2006, p. 25.

²⁹ United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006.

³⁰ Center for Global Development, 'Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China',

Millions Saved: Proven successes in global health, <www.cgdev.org> visitato il 16 Nov. 2007; e Fondo della Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino – Rapporto statistico, UNICEF, New York, Dic. 2007, p. 8.

- 31 Levine, Ruth, 'Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka', Case Studies in Global Health: Millions saved, Jones and Bartlett Publisher, Sudbury, MA, 2007, pp. 41-48; e MOST: The USAID Micronutrient Program, Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 4.

- 32 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper n. 15, ODI, London, Gen. 2007, p. 1.

CAPITOLO 4 SCHEDE

Migliorare l'alimentazione di madri, neonati e bambini

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, Basics II Country Report: Benin, BASICS II, United States Agency for International Development, Arlington, VA, 2004, pp. 7-15; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', Food and Nutrition Bulletin, vol. 27, n. 3, 2006, pp. S49-S51; Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', The Lancet, vol. 368, n. 9551, 2 Dic. 2006, p. 1992; World Bank, Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action, World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 10-11; e World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, 'Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition', WHO, WFP, SCN and UNICEF, Ginevra, Roma, New York, Maggio 2007, p. 2.

"Pianificazione marginale per gli ostacoli negli interventi"

United Nations Children's Fund, World Bank e World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, p. 25.

Migliorare l'accesso all'acqua potabile, i servizi igienico-sanitari e le pratiche igieniche

Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, 'Where and why are 10 million children dying every year?', The Lancet, vol. 361, 28 Giugno 2003, p. 2227; Curtis, Val, and Sandy Cairncross, 'Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review', The Lancet Infectious Diseases, vol. 3, n. 5, Maggio 2003, p. 275; Favin, Michael, Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: The Peru and Nicaragua experience, Activity Report 143, Environmental Health Project, Washington, D.C., Ott. 2004, p. xi; IRC International Water and Sanitation Centre and United Nations Children's Fund, Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools, final report from Oxford Roundtable, 24-26 Gen. 2005, UNICEF e IRC, New York, p. 32; Lane, Jon, 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', caso studio da 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: What works, what doesn't, and why – A global exchange for scaling up success', documento distribuito alla conferenza Scaling Up Poverty Reduction a Shanghai, 25-27 Maggio 2004, World Bank Group, 2004, pp. 1-10; Pan American Health Organization, 'Rotavirus Update', Immunization Newsletter, vol. 27, n. 3, Giugno 2005, pp. 1-2; Slaymaker, Tom e Karin Christiansen, 'Community-Based Approaches and Service

Delivery: Issues and options in difficult environments and partnerships', Overseas Development Institute, Londra, Feb. 2005, p. 26; United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, N. 5, UNICEF, New York, Sett. 2006, pp. 3, 22, 30; Water and Sanitation Program, 'Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An approach that works', WSP, New Delhi, Feb. 2007, pp. 4, 6-9.

L'urgenza di affrontare la crisi degli operatori sanitari in Africa

The Health Workforce in Africa, Challenges and Prospects, 'A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development', Sett. 2006, p. 3; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, Londra, 2005, p. 77; World Health Organization, 'Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments', WHO, Ginevra, 2005, pp. 6-13, 52-77, 119-122; World Health Organization, 'Working together for health', The World Health Report 2006, WHO, Ginevra, 2006.

Africa subsahariana: investire nella sopravvivenza infantile e negli altri Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute

United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', elaborato su richiesta dell'Unione Africana, 27 Sett. 2006, pp. 5-6, 38-43.

Focus Botswana: migliorare la prevenzione e la cura dell'HIV attraverso alleanze comunitarie

Botswana Progress Report, 'A World Fit for Children 2007', Government of Botswana, Luglio 2007, pp. 11-12, 15, 18; Kak, Lily, et al., 'Prevention of Mother-to-Child transmission of HIV/AIDS Programmes', Capitolo 7, Opportunities for Africa's Newborns, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Cape Town, 2006, pp. 113-127; e Fondo della Nazioni Unite per l'Infanzia, Progressi per l'infanzia – Rapporto statistico, N. 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, pp. 30, 34, 60.

Consolidare responsabilità e capacità nella fornitura dei servizi sanitari

World Bank, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Finanziamento basato sulla performance in Ruanda

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa and Agnes Soucat, 'What it Takes to Scale up for Better Health: The experience of Rwanda 2004-2007', Background paper to 'Innovations in service delivery', 2007.

Focus Brasile: creare un sistema sanitario nazionale basato sulla comunità

United Nations Children's Fund, The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development, UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

Una nuova modalità di lavorare insieme per le organizzazioni multilaterali

United Nations Children's Fund, 'Informal Meeting of Global Health Leaders: Final summary', UNICEF, New York, Luglio 2007.

CAPITOLO 5

- 1 UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals, Earthscan, Londra, 2005, pp. 1-2.
- 2 Fondo della Nazioni Unite per l'Infanzia, La condizione dell'infanzia nel mondo 2005: Infanzia a rischio, UNICEF, New York, 2004, pp. 57-58; UNI-

CEF, Children Affected by Armed Conflict: UNICEF actions, Maggio 2002, p. 15; e UNICEF, Outlook Special Edition: Crisis in Middle East, Ago. 2006, p. 2.

- 3 Dipartimento Affari economici e sociali delle NU, database della Divisione Popolazione, World Population Prospects: The 2006 revision and World Urbanization Prospects: The 2005 revision, <http://esa.un.org/unpp>, visitato il 30 Sett. 2007.
- 4 World Health Organization, World Health Report 2006: Working together for health, WHO, Ginevra, 2006, p. 119; Sines, Erin, Anne Tinker e Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', Policy Perspectives on Newborn Health, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., Marzo 2006, pp. 2-3.
- 5 Juma, Calestous e Lee Yee-Cheong, 'Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation', The Lancet, vol. 365, n. 9464, 19 Marzo 2005, pp. 1105-1106; Acharya, Tara, Abdallah S. Daar e Peter A. Singer, 'Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals', Nature Biotechnology, vol. 21, n. 12, Dic. 2003, pp. 1434-1436.
- 6 Department of Essential Health Technologies, World Health Organization, 'Strategy for 2004-2007: Health for health-care delivery', WHO, Ginevra, 2004, p. 2.
- 7 UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals', Earthscan, Londra, 2005, p. 240; United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, Giugno 2007, p. 28.
- 8 United Nations, Report on the World Social Situation 2005: The inequality predicament, UN, New York, 2005, p. 114.
- 9 United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, Giugno 2007, p. 28.
- 10 Gautum, Kul C., 'Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs', Presentato alla BioVision 2007 Pre-Conference on Diseases of Poverty, Lione, Francia, 12 Marzo 2007.
- 11 United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, Giugno 2007, p. 29.
- 12 Martinez, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', The Lancet, vol. 365, n. 9465, 26 Marzo 2005, pp. 1193-1194.
- 13 Buse, Kent e Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', Social Science & Medicine, vol. 64, n. 2, Gen. 2007, p. 261.

CAPITOLO 5 SCHEDA

Potenziare la raccolta di dati e monitorare le decisioni sulla salute pubblica

United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, N. 6, UNICEF, New York, Dic. 2007, p. 68; Health Metrics Network, Framework and Standards for Country Health Information Systems, 2a edizione, WHO, Ginevra, 2007, pp. 5, 17, 60.

TAVOLE STATISTICHE

Statistiche sociali ed economiche su paesi e territori nel mondo, con particolare riferimento alla condizione dei bambini.

Note generali sui dati	p. 110
Spiegazione dei simboli	p. 112
Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni	p. 113
Elenco di paesi per aree regionali e di sviluppo	p. 148
Misurare lo sviluppo umano:	
Un'introduzione alla tavola 10	p. 149

TAVOLE	1 Indicatori di base	p. 114
	2 Nutrizione	p. 118
	3 Salute	p. 122
	4 HIV/AIDS	p. 126
	5 Istruzione	p. 130
	6 Indicatori demografici	p. 134
	7 Indicatori economici	p. 138
	8 Donne	p. 142
	9 Protezione dell'infanzia	p. 146
	10 Tasso di progresso	p. 150

Note generali sui dati

Le informazioni presentate nelle seguenti tavole statistiche sono basate su dati comparabili a livello internazionale e statisticamente validi, e sono accompagnate da definizioni, fonti e spiegazioni dei simboli. Laddove possibile si è fatto uso di dati forniti dalle agenzie delle Nazioni Unite, come per gli indicatori economici e demografici. In mancanza di queste stime elaborate secondo norme internazionali si è ricorso ad altre fonti, in particolare agli uffici dell'UNICEF sul campo. Informazioni più dettagliate sulla metodologia e le fonti dei dati presentati sono disponibili sul sito www.childinfo.org.

Alcuni indicatori, come la speranza di vita, il tasso totale di fertilità e i dati di natalità e mortalità non elaborati, fanno parte della normale attività di rilevazione e proiezione svolta dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Questi dati, insieme con altri forniti da organizzazioni internazionali, sono sottoposti a continui aggiornamenti, e ciò spiega le eventuali discrepanze rispetto a quelli presentati nelle più recenti pubblicazioni dell'UNICEF. Questo rapporto contiene le ultime stime e proiezioni del *World Population Prospects 2006*.

Nei paesi in cui sono avvenute catastrofi naturali o provocate dall'uomo, anche la qualità dei dati può averne risentito. Ciò vale in particolare laddove si siano verificati danni alle infrastrutture nazionali di base o migrazioni di grandi masse di popolazione.

Stime sulla mortalità

Ogni anno, l'UNICEF include ne *La condizione dell'infanzia nel mondo* le stime sulla mortalità, come il tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno), il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni, i decessi sotto i 5 anni, per almeno due anni di riferimento, se possibile.

Questi dati rappresentano le migliori stime disponibili al momento della produzione del rapporto e si basano sul lavoro dell'*Inter-agency Group for Mortality Estimation*, composto dall'UNICEF, l'OMS, la Banca Mondiale e la Divisione Popolazione delle Nazioni Unite. Questo Gruppo aggiorna le stime ogni anno, intraprendendo un riesame dettagliato di tutti i punti relativi ai recenti dati disponibili. Talvolta, questo riesame ha come risultato una variazione rispetto alle stime riportate in precedenza. Pertanto, le stime pubblicate nelle edizioni successive de *La condizione dell'infanzia nel mondo* possono non essere comparabili e non dovrebbero essere utilizzate per analizzare l'andamento della mortalità nel tempo. È importante notare che stime

comparabili sulla mortalità sotto i 5 anni, tra il 1970, il 1990 e l'anno dell'ultima rilevazione, sono disponibili alla Tavola 10. Inoltre la serie temporale completa per tutti i paesi è pubblicata sul sito www.childinfo.org. Questa serie temporale si basa sulle stime più recenti prodotte dall'*Inter-agency Group for Mortality Estimation*.

Inoltre, in questo rapporto vengono presentate le stime aggiornate sulla mortalità materna per il 2005. Queste stime, frutto del lavoro di un gruppo inter-agenzie composto da OMS/UNICEF/Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione UNFPA/Banca Mondiale, sono state pubblicate congiuntamente dal gruppo in *Maternal Mortality in 2005*, WHO, Ginevra, 2007. Queste stime, basate su un modello, utilizzano un approccio bivalente per correggere questi dati in modo da compensare i casi frequenti di mancata segnalazione ed errata classificazione dei decessi materni.

Indagini campione a indicatori multipli (MICS)

Per più di un decennio l'UNICEF ha supportato i paesi nella raccolta di dati statisticamente validi e comparabili a livello internazionale, attraverso le Indagini campione a indicatori multipli (MICS). Dal 1995, sono state condotte quasi 200 ricerche in circa 100 paesi, e l'ultima fase delle MICS è stata condotta in più di 50 paesi nel 2005-2006, consentendo una nuova e più esaustiva valutazione della situazione dei bambini e delle donne nel mondo. Le MICS supportate dall'UNICEF, insieme alle Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), sono tra le più grandi fonti di dati per il monitoraggio dei progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e possono essere utilizzati per riferire su 21 dei 53 indicatori degli OSM. Questi dati sono utilizzati, inoltre, per monitorare altri impegni concordati a livello internazionale, come il Piano d'azione per "Un mondo a misura di bambino" e i traguardi globali contro l'AIDS e la malaria. Sono stati incorporati nelle tavole statistiche di questo rapporto e sono stati utilizzati per informare le analisi del rapporto stesso. Maggiori informazioni su questi dati sono disponibili sul sito www.childinfo.org.

Revisioni

Quest'anno alcune tavole statistiche sono state sottoposte a revisione.

Tavola 2. Nutrizione: Il tasso di copertura dell'integrazione della dieta con Vitamina A è ora riportato per i bambini tra i 6

e i 59 mesi che hanno ricevuto due alte dosi di Vitamina A, in aggiunta all'indicatore precedentemente riportato di bambini tra i 6 e i 59 mesi che hanno ricevuto almeno una dose negli ultimi sei mesi. La copertura totale è definita come quella attraverso cui sono state ricevute due alte dosi di integratori di Vitamina A durante l'anno solare trascorso.

Tavola 3. Salute: Ci sono due importanti cambiamenti riguardo gli indicatori di quest'anno sulla salute dei bambini.

Vaccinazioni – Per la stima della protezione alla nascita (PAB) contro il tetano è stata sviluppata dall'OMS e l'UNICEF una nuova metodologia, perciò i dati presentati nel rapporto di quest'anno non sono comparabili con le stime pubblicate nelle edizioni precedenti.

Questa nuova metodologia segue le corti di donne dall'infanzia lungo tutta la vita, utilizzando sia le stime OMS/UNICEF sulla copertura con tre dosi di vaccino contro difterite, pertosse e tetano (DPT3), sia le stime riportate e basate sulle ricerche sulla proporzione di donne incinte che ricevono vaccinazioni di routine con il tossoide del tetano (TT). In seguito vengono eseguite correzioni per dare conto della proporzione di donne che sono state raggiunte con TT attraverso attività supplementari di immunizzazione. I dati riportati possono, inoltre, essere revisionati per prendere in considerazione i modelli di copertura effettuati in altri anni e/o i risultati disponibili attraverso le indagini. La durata della protezione è poi calcolata in base alle stime, pubblicate dall'OMS, sulla durata della protezione attraverso tutte le dosi ricevute. Il risultato finale è la probabilità che un/a bambino/a sia protetto/a contro il tetano a seguito della immunizzazione della madre, considerando che lei/lui sia nato/a in un dato anno.

Uso di antibiotici per sospetta polmonite – I dati adesso includono le stime della percentuale di bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici, in aggiunta alle stime riportate precedentemente di bambini con sospetta polmonite visitati da operatori sanitari qualificati. Le Indagini campione a indicatori multipli implementate recentemente hanno fornito un gran numero di nuovi dati sull'uso degli antibiotici per la polmonite in età infantile.

Tavola 4. HIV/AIDS: I dati sulla prevalenza stimata di HIV negli adulti e il numero stimato di persone affette da HIV si basano sulle stime del Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) e dell'OMS, fornite nel 2005.

È stato programmato di aggiornare queste stime alla fine del 2007, ma i nuovi dati non erano disponibili al momento della pubblicazione di questo rapporto.

L'osservazione globale sull'HIV e l'AIDS e le infezioni sessualmente trasmissibili è il risultato del lavoro congiunto di OMS e UNAIDS. Nei paesi dove l'epidemia è generalizzata, le stime nazionali sulla prevalenza dell'HIV si basano sui dati prodotti dai sistemi di osservazione focalizzati sulle donne incinte che accedono a centri prenatali sentinella selezionati. Recentemente, un numero maggiore di paesi sta adottando il test dell'HIV come parte delle ricerche basate sulla popolazione rappresentative a livello nazionale. Quando disponibili, i risultati di queste ricerche sulla popolazione sono inclusi nella stima del tasso di prevalenza dell'HIV negli adulti di un paese. Nei paesi in cui l'epidemia presenta un basso tasso o è concentrata, le stime nazionali della prevalenza dell'HIV si basano principalmente sull'osservazione dei dati raccolti nelle fasce di popolazione ad alto rischio (lavoratori nel mercato del sesso, uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, consumatori di droghe iniettabili) e sulle stime dell'entità delle fasce di popolazione ad alto e basso rischio. Maggiori informazioni su queste stime sono disponibili sul sito www.epidem.org.

Tavola 5. Istruzione: Il tasso di alfabetismo degli adulti è stato sostituito dal tasso di alfabetismo dei giovani (15-24 anni), disaggregato per genere.

Tavola 8. Donne: Ci sono tre importanti cambiamenti sulla tavola di quest'anno:

Iscrizione/frequenza scuola primaria e secondaria delle femmine – Precedentemente, questa tavola riportava il rapporto lordo di iscrizione (femmine in percentuale rispetto ai maschi) sia per l'istruzione primaria che per la secondaria. Quest'anno, quei dati sono stati sostituiti dal rapporto netto di frequenza (femmine in percentuale rispetto ai maschi) per entrambi i gradi di istruzione e questi dati vengono presentati accanto al rapporto netto di iscrizione (femmine in percentuale rispetto ai maschi) per entrambi i gradi. I rapporti netti di iscrizione e frequenza riflettono meglio i livelli di partecipazione scolastica in entrambi i gradi di istruzione, primaria e secondaria.

Parti in centri sanitari – Oltre a presentare la proporzione di parti assistiti da operatori sanitari qualificati, la tavola di

Note generali sui dati (continua)

quest'anno presenta la proporzione di parti che hanno avuto luogo in un centro sanitario.

Mortalità materna – Come menzionato sopra, le stime aggiornate sulla mortalità materna per l'anno 2005 presentate in questo rapporto si basano sul lavoro del gruppo inter-agenzie composto dall'UNICEF, l'OMS, la Banca Mondiale e la Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e sono pubblicate in *Maternal Mortality in 2005*, WHO, Ginevra, 2007. Queste stime sulla mortalità materna sono state corrette in modo da compensare la mancata segnalazione e la classificazione errata dei decessi materni. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito www.childinfo.org.

Tavola 9. Protezione dell'infanzia: Tre nuovi indicatori sono stati inseriti in questa tavola, e sono largamente basati sulla ricchezza di nuovi dati sulla protezione dell'infanzia, divenuti disponibili recentemente grazie alle MICS, le DHS e altre ricerche a livello nazionale.

Atteggiamento verso la violenza domestica – Questo indicatore è definito come la percentuale di ragazze e donne tra i 15 e i 49 anni che hanno risposto che un marito o partner è giustificato quando colpisce o picchia la propria moglie in una serie di circostanze. Alle donne è stato chiesto se un marito o un partner è giustificato quando colpisce o picchia la propria moglie in una serie di circostanze, ad esempio, quando trascura i figli, esce senza comunicarglielo, discute con lui, rifiuta di avere rapporti sessuali o fa bruciare il cibo.

Bambini con disabilità – L'indicatore è definito come la percentuale di bambini tra i 2 e i 9 anni che presentavano almeno una delle forme di disabilità indicate nelle domande (ad esempio, disabilità cognitiva, motoria, epilettica, della vista o dell'udito). Le domande sulla disabilità sono state somministrate ai genitori o a chi si prende cura di loro, a cui è stato chiesto di fornire una valutazione personale sullo sviluppo fisico e mentale del bambino e sulle sue capacità funzionali. I dati sulla diffusione della disabilità si riferiscono alla percentuale di bambini i cui genitori hanno risposto alle domande somministrategli affermando che i loro figli presentano disabilità e perciò devono rientrare nella percentuale di bambini con maggiori probabilità di presentare una forma di disabilità e che potrebbero richiedere ulteriori valutazioni mediche e sullo sviluppo.

Punizione dei bambini – Questo indicatore è definito come la percentuale di bambini tra i 2 e i 14 anni che subiscono qualsiasi tipo di punizione psicologica o fisica. Nel caso della punizione psicologica, il bambino/la bambina viene sgridato/a e gli/le vengono rivolte parole offensive. Le punizioni fisiche o corporali comprendono azioni volte a causare dolore fisico o malessere al bambino, ma non ferite. Le punizioni fisiche lievi comprendono: scuotere il bambino e schiaffeggiarlo o colpirlo sulle mani, le braccia, le gambe o il fondo della schiena. Le punizioni fisiche gravi comprendono: colpire il bambino sul volto, la testa o le orecchie, o colpire il bambino con forza o ripetutamente.

Spiegazione dei simboli

Dato che lo scopo delle tavole statistiche è di fornire un quadro complessivo della situazione dei bambini e delle donne nel mondo, si è ritenuto più opportuno inserire a parte le note e le spiegazioni più dettagliate sui dati presentati. I seguenti simboli compaiono in tutte le tavole; i simboli relativi a singole tavole sono spiegati in calce alle tavole stesse.

- Indica che non esistono dati disponibili.
- x Indica che i dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- y Indica che i dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * Indica che i dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- § Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

Classifica dei paesi in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni

La tavola seguente elenca i paesi e i territori in ordine decrescente in base al tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5), stimato nel 2006. Il tasso di MIS5 è un indicatore fondamentale della condizione dei bambini.

Nelle tavole successive, i paesi e i territori sono elencati in ordine alfabetico.

Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2006)			Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2006)			Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (2006)		
Valore		Posizione	Valore		Posizione	Valore		Posizione
Sierra Leone	270	1	Turkmenistan	51	67	Saint Lucia	14	130
Angola	260	2	Iraq	46	68	Siria, Repubblica Araba	14	130
Afghanistan	257	3	Mongolia	43	69	Bielorussia	13	135
Niger	253	4	Uzbekistan	43	69	Seychelles	13	135
Liberia	235	5	Guatemala	41	71	Sri Lanka	13	135
Mali	217	6	Kirghizistan	41	71	Barbados	12	138
Ciad	209	7	Micronesia (Stati Federati)	41	71	Costarica	12	138
Guinea Equatoriale	206	8	Suriname	39	74	Malesia	12	138
Congo, Repubblica Democratica	205	9	Algeria	38	75	Oman	12	138
Burkina Faso	204	10	Trinidad e Tobago	38	75	Uruguay	12	138
Guinea-Bissau	200	11	Tuvalu	38	75	Antigua e Barbuda	11	143
Nigeria	191	12	Marocco	37	78	Kuwait	11	143
Zambia	182	13	Nicaragua	36	79	Palau	11	143
Burundi	181	14	Vanuatu	36	79	Bahrein	10	146
Repubblica Centrafricana	175	15	Egitto	35	81	Montenegro	10	146
Swaziland	164	16	Messico	35	81	Brunei Darussalam	9	148
Guinea	161	17	Capo Verde	34	83	Cile	9	148
Ruanda	160	18	Indonesia	34	83	Lettonia	9	148
Camerun	149	19	Iran (Repubblica Islamica)	34	83	Lituania	8	151
Benin	148	20	Georgia	32	86	Serbia	8	151
Somalia	145	21	Filippine	32	86	Slovacchia	8	151
Mozambico	138	22	Giamaica	31	88	Thailandia	8	151
Uganda	134	23	Libano	30	89	Emirati Arabi Uniti	8	151
Lesotho	132	24	Maldiva	30	89	Stati Uniti	8	151
Gibuti	130	25	Nauru	30	89	Cuba	7	157
Costa d'Avorio	127	26	Repubblica Dominicana	29	92	Estonia	7	157
Congo	126	27	Kazakistan	29	92	Ungheria	7	157
Mauritania	125	28	Samoa	28	94	Polonia	7	157
Botswana	124	29	Honduras	27	95	Australia	6	161
Etiopia	123	30	Turchia	26	96	Canada	6	161
Kenya	121	31	El Salvador	25	97	Croazia	6	161
Ghana	120	32	Giordania	25	97	Malta	6	161
Malawi	120	32	Perù	25	97	Nuova Zelanda	6	161
Tanzania, Repubblica Unita	118	34	Arabia Saudita	25	97	Regno Unito	6	161
Senegal	116	35	Armenia	24	101	Austria	5	167
Madagascar	115	36	Cina	24	101	Danimarca	5	167
Gambia	113	37	Ecuador	24	101	Irlanda	5	167
Togo	108	38	Tonga	24	101	Israele	5	167
Zimbabwe	105	39	Ucraina	24	101	Corea, Repubblica	5	167
Myanmar	104	40	Panama	23	106	Paesi Bassi	5	167
Yemen	100	41	Tunisia	23	106	Portogallo	5	167
Pakistan	97	42	Territorio Palestinese Occupato	22	108	Svizzera	5	167
Sao Tomé/Principe	96	43	Paraguay	22	108	Belgio	4	175
Gabon	91	44	Colombia	21	110	Cipro	4	175
Sudan	89	45	Qatar	21	110	Repubblica Ceca	4	175
Azerbaigian	88	46	Venezuela (Repubblica bolivariana)	21	110	Finlandia	4	175
Cambogia	82	47	Brasile	20	113	Francia	4	175
Haiti	80	48	Grenada	20	113	Germania	4	175
India	76	49	Saint Vincent/Grenadines	20	113	Grecia	4	175
Laos, Repubblica Democratica Popolare	75	50	Isole Cook	19	116	Italia	4	175
Eritrea	74	51	Moldavia	19	116	Giappone	4	175
Papua Nuova Guinea	73	52	Saint Kitts/Nevis	19	116	Lussemburgo	4	175
Isole Salomone	73	52	Figi	18	119	Monaco	4	175
Bhutan	70	54	Libia, Jamahiriya Araba	18	119	Norvegia	4	175
Bangladesh	69	55	Romania	18	119	Slovenia	4	175
Sudafrica	69	55	Albania	17	122	Spagna	4	175
Comore	68	57	Macedonia, ex Repubblica jugoslava	17	122	Andorra	3	189
Tagikistan	68	57	Vietnam	17	122	Islanda	3	189
Kiribati	64	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
Guyana	62	60	Belize	16	125	San Marino	3	189
Bolivia	61	61	Federazione Russa	16	125	Singapore	3	189
Namibia	61	61	Bosnia/Erzegovina	15	128	Svezia	3	189
Nepal	59	63	Dominica	15	128	Santa Sede	-	-
Isole Marshall	56	64	Bahamas	14	130	Niue	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	55	65	Bulgaria	14	130			
Timor-Leste	55	65	Mauritius	14	130			

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

Paesi e territori	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2000	Popolazione totale (in migliaia) 2006	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2006	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2006	PNL pro capite (USD) 2006	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2006	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2005*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2006*	% di reddito familiare 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									più basso 40%	più alto 20%
Afghanistan	3	260	257	168	165	60	26088	1272	327	250x	43	28	53s	-	-
Albania	122	45	17	37	15	12	3172	52	1	2960	76	99	94	21	40
Algeria	75	69	38	54	33	20	33351	694	26	3030	72	70	97	19	43
Andorra	189	6	3	5	3	4	74	0	0	d	-	-	80	-	-
Angola	2	260	260	154	154	54	16557	792	206	1980	42	67	58s	-	-
Antigua e Barbuda	143	-	11	-	10	8	84	0	0	11210	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	44	25	35	21	12	24175	612	15	12510x	72	83	78	-	-
Argentina	125	29	16	25	14	10	39134	690	11	5150	75	97	99	11	55
Armenia	101	56	24	47	21	17	3010	36	1	1930	72	99	99s	21	43
Australia	161	10	6	8	5	3	20530	255	2	35990	81	-	97	18x	41x
Austria	167	10	5	8	4	3	8327	77	0	39590	80	-	97	22	38
Azerbaigian	46	105	88	84	73	36	8406	129	11	1850	67	99x	85	19	45
Bahamas	130	29	14	22	13	10	327	6	0	14920x	73	-	91	-	-
Bahrein	146	19	10	15	9	11	739	13	0	14370x	75	87	97	-	-
Bangladesh	55	149	69	100	52	36	155991	4013	277	480	63	48	81s	21	43
Barbados	138	17	12	15	11	8	293	3	0	d	77	-	98	-	-
Belgio	175	10	4	8	4	3	10430	110	0	38600	79	-	99	21	41
Belize	125	43	16	35	14	18	282	7	0	3650	76	70x	95	-	-
Benin	20	185	148	111	88	38	8760	358	53	540	56	35	54s	19	44
Bhutan	54	166	70	107	63	38	649	12	1	1410	65	-	70s	-	-
Bielorussia	135	24	13	20	12	5	9742	91	1	3380	69	100x	89	22	38
Bolivia	61	125	61	89	50	27	9354	264	16	1100	65	87	78s	7	63
Bosnia/Erzegovina	128	22	15	18	13	11	3926	35	1	2980	75	97	91s	24	36
Botswana	29	58	124	45	90	40	1858	47	6	5900	49	81	85	7x	70x
Brasile	113	57	20	48	19	15	189323	3720	74	4730	72	89	95	9	61
Brunei Darussalam	148	11	9	10	8	4	382	8	0	24100x	77	93	93	-	-
Bulgaria	130	18	14	14	12	8	7693	69	1	3990	73	98	93	22	38
Burkina Faso	10	206	204	123	122	36	14359	641	131	460	52	24	45	18	47
Burundi	14	190	181	114	109	41	8173	381	69	100	49	59	71s	15	48
Cambogia	47	116	82	85	65	40	14197	377	31	480	59	74	75s	17	50
Camerun	19	139	149	85	87	40	18175	649	97	1080	50	68	84s	15	51
Canada	161	8	6	7	5	4	32577	338	2	36170	80	-	100	20	40
Capo Verde	83	60	34	45	25	10	519	15	1	2130	71	81	90	-	-
Ciad	7	201	209	120	124	45	10468	482	101	480	50	26	36s	-	-
Cile	148	21	9	18	8	6	16465	249	2	6980	78	96	90	11	60
Cina	101	45	24	36	20	21	1320864	17309	415	2010	73	91	99	13	52
Cipro	175	12	4	11	3	4	846	10	0	18430x	79	97	99	-	-
Colombia	110	35	21	26	17	14	45558	884	19	2740	73	93	87	9	63
Comore	57	120	68	88	51	29	818	28	2	660	65	-	72	-	-
Congo	27	103	126	67	79	32	3689	132	17	950x	54	85	86s	-	-
Congo, Repubblica															
Democratica	9	205	205	129	129	47	60644	3026	620	130	46	67	52s	-	-
Corea, Repubblica	167	9	5	8	5	3	48050	455	2	17690	78	-	100	21	37
Corea, Repubblica															
Democratica Popolare	65	55	55	42	42	22	23708	321	18	a	67	-	-	-	-
Costa d'Avorio	26	153	127	105	90	65	18914	684	87	870	48	49	62s	14	51
Costarica	138	18	12	16	11	7	4399	80	1	4980	79	95	92	12	54
Croazia	161	12	6	10	5	5	4556	41	0	9330	76	98	87	21	40
Cuba	157	13	7	11	5	4	11267	121	1	1170x	78	100	97	-	-
Danimarca	167	9	5	7	4	4	5430	62	0	51700	78	-	95	23	36
Dominica	128	17	15	15	13	7	68	0	0	3960	-	-	84	-	-
Ecuador	101	57	24	43	21	16	13202	285	7	2840	75	91	98	11	58
Egitto	81	91	35	67	29	21	74166	1828	64	1350	71	71	94	21	44
El Salvador	97	60	25	47	22	16	6762	159	4	2540	72	81	93	10	56
Emirati Arabi Uniti	151	15	8	13	8	5	4248	69	1	23950x	78	89	71	-	-
Eritrea	51	147	74	88	48	25	4692	186	14	200	57	-	67s	-	-
Estonia	157	16	7	12	5	6	1340	14	0	11410	71	100	95	18	43
Etiopia	30	204	123	122	77	51	81021	3159	389	180	52	36	45s	22	39
Federazione Russa	125	27	16	23	14	9	143221	1506	24	5780	65	99	92	17	47
Figi	119	22	18	19	16	9	833	18	0	3300	69	-	96	-	-
Filippine	86	62	32	41	24	15	86264	2295	73	1420	71	93	94	15	51
Finlandia	175	7	4	6	3	2	5261	58	0	40650	79	-	98	24	37
Francia	175	9	4	7	4	3	61330	763	3	36550	80	-	99	20	40

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2000	Popolazione totale (in migliaia) 2006	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2006	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2006	PNL pro capite (USD) 2006	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2006	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2005*	Iscrizione/ frequenza scuola primaria 2000-2006*	% di reddito familiare 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									più basso 40%	più alto 20%
Gabon	44	92	91	60	60	31	1311	34	3	5000	56	84	94s	-	-
Gambia	37	153	113	103	84	46	1663	60	7	310	59	-	61s	13	53
Georgia	86	46	32	39	28	25	4433	48	2	1560	71	-	93	16	46
Germania	175	9	4	7	4	3	82641	683	3	36620	79	-	96	22	37
Ghana	32	120	120	76	76	27	23008	700	84	520	59	58	75s	16	47
Giamaica	88	33	31	28	26	10	2699	55	2	3480	72	80	97s	14	52
Giappone	175	6	4	5	3	2	127953	1087	4	38410	82	-	100	25x	36x
Gibuti	25	175	130	116	86	38	819	24	3	1060	54	-	79s	-	-
Giordania	97	40	25	33	21	17	5729	152	4	2660	72	91	99s	18	46
Grecia	175	11	4	9	4	4	11123	103	0	21690	79	96	99	19	41
Grenada	113	37	20	30	16	13	106	2	0	4420	68	-	84	-	-
Guatemala	71	82	41	60	31	19	13029	445	18	2640	70	69	94	10	59
Guinea	17	235	161	139	98	48	9181	374	60	410	55	30	51s	18	46
Guinea-Bissau	11	240	200	142	119	48	1646	82	16	190	46	-	54s	14x	53x
Guinea Equatoriale	8	170	206	103	124	40	496	19	4	8250	51	87	81	-	-
Guyana	60	88	62	64	46	25	739	13	1	1130	66	-	96s	14	50
Haiti	48	152	80	105	60	34	9446	269	22	480	60	-	50s	9	63
Honduras	95	58	27	45	23	18	6969	199	5	1200	70	80	79s	11	58
India	49	115	76	82	57	43	1151751	27195	2067	820	64	61	84s	19	45
Indonesia	83	91	34	60	26	18	228864	4427	151	1420	70	90	96	20	43
Iran (Repubblica Islamica)	83	72	34	54	30	22	70270	1407	48	3000	71	82	95	15	50
Iraq	68	53	46	42	37	63	28506	937	43	2170x	58	74	88	-	-
Irlandia	167	10	5	8	4	4	4221	66	0	45580	79	-	96	20	42
Islanda	189	7	3	5	2	2	298	4	0	50580	82	-	99	-	-
Isole Cook	116	32	19	26	16	12	14	0	0	-	-	-	77	-	-
Isole Marshall	64	92	56	63	50	26	58	0	0	3000	-	-	90	-	-
Isole Salomone	52	121	73	86	55	12	484	15	1	680	63	-	63	-	-
Israele	167	12	5	10	4	4	6810	137	1	18580x	80	-	97	16	45
Italia	175	9	4	8	4	3	58779	544	2	32020	80	98	99	18	42
Kazakistan	92	60	29	51	26	32	15314	289	8	3790	66	100x	98s	19	41
Kenya	31	97	121	64	79	29	36553	1447	175	580	53	74	79	16	49
Kirghizistan	71	75	41	63	36	31	5259	113	5	490	66	99x	92s	22	39
Kiribati	59	88	64	65	47	27	94	0	0	1230	-	-	97	-	-
Kuwait	143	16	11	14	9	6	2779	50	1	30630x	77	93	87	-	-
Laos, Repubblica															
Democratica Popolare	50	163	75	120	59	35	5759	156	12	500	64	69	84	20	43
Lesotho	24	101	132	81	102	28	1995	59	8	1030	42	82	87	6	66
Lettonia	148	18	9	14	8	7	2289	21	0	8100	72	100	88	18	45
Libano	89	37	30	32	26	20	4055	74	2	5490	72	-	92	-	-
Liberia	5	235	235	157	157	66	3579	184	43	140	45	52	66	-	-
Libia, Jamahiriya Araba	119	41	18	35	17	11	6039	144	3	7380	74	84	-	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	3	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituania	151	13	8	10	7	5	3408	30	0	7870	73	100	89	18	43
Lussemburgo	175	10	4	8	4	4	461	5	0	76040	79	-	95	21	39
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	122	38	17	33	15	9	2036	23	0	3060	74	96	92	17	46
Madagascar	36	168	115	103	72	33	19159	714	82	280	59	59	76s	13	54
Malawi	32	221	120	131	76	40	13571	566	68	170	47	64x	87s	18	47
Maldiva	89	111	30	78	26	37	300	7	0	2680	68	96	79	-	-
Malesia	138	22	12	16	10	5	26114	556	7	5490	74	89	95	13	54
Mali	6	250	217	140	119	55	11968	579	126	440	54	24	51	16	47
Malta	161	11	6	10	5	5	405	4	0	13610x	79	88x	86	-	-
Marocco	78	89	37	69	34	21	30853	635	23	1900	71	52	86	17	47
Mauritania	28	133	125	85	78	70	3044	102	13	740	64	51	72	17	46
Mauritius	130	23	14	21	13	12	1252	19	0	5450	73	84	95	-	-
Messico	81	53	35	42	29	15	105342	2109	74	7870	76	92	98	13	55
Micronesia (Stati Federati)	71	58	41	45	33	12	111	3	0	2380	68	-	92	-	-
Moldavia	116	37	19	30	16	16	3833	44	1	1100	69	99	86	20	41
Monaco	175	9	4	7	3	3	33	0	0	d	-	-	-	-	-
Mongolia	69	109	43	79	34	26	2605	49	2	880	66	98	97s	20	40
Montenegro	146	16	10	15	9	-	601	8	0	3860	74	96	97s	-	-
Mozambico	22	235	138	158	96	48	20971	856	118	340	42	39x	60s	15	54
Myanmar	40	130	104	91	74	40	48379	897	93	220x	61	90	84s	-	-

TAVOLA 1. INDICATORI DI BASE

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2000	Popolazione totale (in migliaia) 2006	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2006	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2006	PNL pro capite (USD) 2006	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2006	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2005*	Iscrizione/frequenza scuola primaria 2000-2006*	% di reddito familiare 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									più basso 40%	più alto 20%
Namibia	61	86	61	60	45	25	2047	53	3	3230	52	85	72	4x	79x
Nauru	89	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
Nepal	63	142	59	99	46	40	27641	791	47	290	63	49	87	15	55
Nicaragua	79	68	36	52	29	18	5532	139	5	1000	72	77	87	15	49
Niger	4	320	253	191	148	43	13737	683	173	260	56	29	40	10	53
Nigeria	12	230	191	120	99	53	144720	5909	1129	640	47	69	68	15	49
Niue	-	-	-	-	-	13	2	0	-	-	-	-	90	-	-
Norvegia	175	9	4	7	3	3	4669	56	0	66530	80	-	98	24	37
Nuova Zelanda	161	11	6	9	5	4	4140	57	0	27250	80	-	99	18	44
Oman	138	32	12	25	10	6	2546	57	1	9070x	75	81	73	-	-
Paesi Bassi	167	9	5	7	4	4	16379	188	1	42670	79	-	99	21	39
Pakistan	42	130	97	100	78	57	160943	4358	423	770	65	50	68	22	40
Palau	143	21	11	18	10	14	20	0	0	7990	-	-	96	-	-
Panama	106	34	23	27	18	11	3288	70	2	4890	75	92	99	9	60
Papua Nuova Guinea	52	94	73	69	54	32	6202	191	14	770	57	57	-	12	57
Paraguay	108	41	22	33	19	16	6016	153	3	1400	71	94	88	9	62
Perù	97	78	25	58	21	16	27589	584	15	2920	71	88	97	11	57
Polonia	157	18	7	16	6	6	38140	358	3	8190	75	-	96	19	42
Portogallo	167	14	5	11	3	3	10579	113	1	18100	78	94	98	17	46
Qatar	110	26	21	21	18	5	821	13	0	12000x	75	89	96	-	-
Regno Unito	161	10	6	8	5	4	60512	715	4	40180	79	-	99	18	44
Repubblica Ceca	175	13	4	11	3	2	10189	93	0	12680	76	-	92	25	36
Repubblica Centrafricana	15	173	175	114	115	48	4265	157	27	360	44	49	59s	7x	65x
Repubblica Dominicana	92	65	29	50	25	19	9615	231	7	2850	72	87	88	12	57
Romania	119	31	18	23	16	9	21532	213	4	4850	72	97	93	21	39
Ruanda	18	176	160	106	98	45	9464	420	67	250	46	65	86s	14	53
Saint Kitts/Nevis	116	36	19	30	17	12	50	1	0	8840	-	-	93	-	-
Saint Lucia	130	21	14	17	12	10	163	3	0	5110	73	-	97	15	48
Saint Vincent/Grenadines	113	25	20	20	17	11	120	2	0	3930	71	-	90	-	-
Samoa	94	50	28	40	23	13	185	5	0	2270	71	99	90	-	-
San Marino	189	14	3	13	3	2	31	0	0	d	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	43	100	96	65	63	38	155	5	0	780	65	85	97	-	-
Senegal	35	149	116	72	60	31	12072	435	50	750	63	39	58s	17	48
Serbia	151	-	8	-	7	-	9851	126	1	3910	74	96	96	-	-
Seychelles	135	19	13	17	12	9	86	3	0	8650	-	92	99	-	-
Sierra Leone	1	290	270	169	159	56	5743	262	71	240	42	35	69s	3x	63x
Singapore	189	9	3	7	2	1	4382	37	0	29320	80	89x	-	14	49
Siria, Repubblica Araba	130	38	14	31	12	9	19408	529	7	1570	74	81	95	-	-
Slovacchia	151	14	8	12	7	5	5388	53	0	9870	74	-	92	24	35
Slovenia	175	10	4	8	3	4	2001	18	0	18890	78	100	98	23	36
Somalia	21	203	145	121	90	49	8445	371	54	130x	47	-	22s	-	-
Spagna	175	9	4	7	4	3	43887	468	2	27570	81	97x	99	19	42
Sri Lanka	135	32	13	26	11	11	19207	295	4	1300	72	91	97	17	48
Stati Uniti	151	12	8	10	6	5	302841	4248	34	44970	78	-	92	16	46
Sudafrica	55	60	69	45	56	21	48282	1102	76	5390	50	82x	87	10	62
Sudan	45	120	89	74	61	29	37707	1225	109	810	58	61	58s	-	-
Suriname	74	48	39	35	29	18	455	9	0	3200	70	90	94	-	-
Svezia	189	7	3	6	3	2	9078	101	0	43580	81	-	96	23	37
Svizzera	167	9	5	7	4	3	7455	69	0	57230	81	-	93	20	41
Swaziland	16	110	164	78	112	38	1134	33	5	2430	40	80	80	13	56
Tagikistan	57	115	68	91	56	38	6640	185	13	390	66	100	89s	20	41
Tanzania, Repubblica Unita	34	161	118	102	74	43	39459	1589	188	350	52	69	73s	19	42
Territorio Palestinese Occupato	108	40	22	34	20	-	3889	143	3	1230x	73	92	80	-	-
Thailandia	151	31	8	26	7	13	63444	936	7	2990	70	93	98s	16	49
Timor-Leste	65	177	55	133	47	40	1114	46	3	840	60	-	75s,y	-	-
Togo	38	149	108	88	69	40	6410	242	26	350	58	53	78	-	-
Tonga	101	32	24	26	20	10	100	3	0	2170	73	99x	95	-	-
Trinidad e Tobago	75	34	38	30	33	13	1328	20	1	13340	69	98	98s	16x	46x
Tunisia	106	52	23	41	19	14	10215	172	4	2970	74	74	97	16	47
Turchia	96	82	26	67	24	22	73922	1378	36	5400	72	87	89	15	50
Turkmenistan	67	99	51	81	45	35	4899	108	6	1340x	63	99x	99s	16	47
Tuvalu	75	54	38	42	31	22	10	0	0	-	-	-	100	-	-

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni		Tasso di mortalità infantile (sotto 1 anno)		Tasso di mortalità neonatale 2000	Popolazione totale (in migliaia) 2006	Numero annuo di nascite (in migliaia) 2006	Numero annuo di decessi sotto i 5 anni (in migliaia) 2006	PNL pro capite (USD) 2006	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2006	Tasso totale alfabetismo adulti 2000-2005*	Iscrizione/frequenza scuola primaria (%) 2000-2006*	% di reddito familiare 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									più basso 40%	più alto 20%
Ucraina	101	25	24	22	20	9	46557	417	10	1950	68	99	97s	23	38
Uganda	23	160	134	93	78	32	29899	1406	188	300	50	67	82s	15	53
Ungheria	157	17	7	15	6	6	10058	93	1	10950	73	-	89	23	37
Uruguay	138	23	12	20	11	7	3331	51	1	5310	76	97x	93	14	50
Uzbekistan	69	74	43	61	38	27	26981	619	27	610	67	-	100s	19	45
Vanuatu	79	62	36	48	30	19	221	6	0	1710	70	74	94	-	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	110	33	21	27	18	12	27191	595	12	6070	73	93	91	12	52
Vietnam	122	53	17	38	15	15	86206	1654	28	690	74	90x	94s	20	44
Yemen	41	139	100	98	75	37	21732	839	84	760	62	54	75	20	41
Zambia	13	180	182	101	102	40	11696	470	86	630	41	68x	57s	11	55
Zimbabwe	39	76	105	52	68	33	13228	372	39	340x	42	89	82	13	56

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	187	160	111	95	44	748886	29889	4786	851	50	58	66	13	55
Africa orientale e meridionale	165	131	102	83	40	370361	14074	1844	1171	50	60	70	11	58
Africa occidentale e centrale	208	186	119	107	48	378525	15815	2942	553	50	57	62	16	49
Medio Oriente e Nord Africa	79	46	58	36	26	382048	9617	442	2104	69	73	85	17	46
Asia meridionale	123	83	87	62	44	1542571	37942	3149	777	64	58	82	19	46
Asia orientale e Pacifico	55	29	41	23	20	1968675	29764	863	2371	72	91	97	17	46
America latina e Caraibi	55	27	43	22	15	559525	11418	308	4847	73	90	93	12	56
ECO/CSI	53	27	43	24	18	405584	5529	149	4264	68	97	92	20	42
Paesi industrializzati ^a	10	6	9	5	4	969949	11003	66	37217	79	-	96	21	40
Paesi in via di sviluppo ^a	103	79	70	54	33	5358223	121685	9614	1967	66	76	84	15	50
Paesi meno sviluppati ^a	180	142	113	90	43	785444	28661	4070	438	55	55	65	15	50
Mondo	93	72	64	49	30	6577236	135163	9733	7406	68	78	86	20	42

^a Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni – Probabilità di morire entro i primi 5 anni di vita su 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità infantile – Probabilità di morire entro il primo anno di vita su 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità neonatale – Probabilità di morire entro i primi 28 giorni di vita su 1.000 nati vivi.

PNL pro capite – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) provenienti dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.

Speranza di vita alla nascita – Durata di vita media prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso di alfabetismo degli adulti – Numero di persone alfabetizzate con 15 anni o più, espresso come percentuale sul totale della popolazione in quella fascia di età.

Rapporti netti iscrizione/frequenza scuola primaria – Numero di bambini iscritti o frequentanti la scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale di bambini di età corrispondente alla scuola primaria. L'indicatore corrisponde al rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria o al rapporto netto di frequenza della scuola primaria. In generale, se sono disponibili entrambi gli indicatori, si predilige il rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria, a meno che i dati sulla frequenza della scuola primaria non siano di qualità superiore. Le definizioni per entrambi i rapporti netti di iscrizione e di frequenza della scuola primaria sono presenti nella Tavola 5, a pagina 130.

Quote di reddito – Percentuale dei guadagni percepiti dal 20% delle famiglie a reddito più elevato e dal 40% di quelle a reddito più basso.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tassi di mortalità infantile e sotto i cinque anni – UNICEF, OMS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Divisione Statistiche delle Nazioni Unite.

Tasso di mortalità neonatale – OMS, attraverso sistemi di registrazione demografici e indagini a domicilio.

Popolazione totale – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Nascite – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Decessi sotto i 5 anni – UNICEF.

PNL pro capite – Banca Mondiale.

Speranza di vita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Alfabetismo degli adulti – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS), incluso l'Education for All 2000 Assessment.

Iscrizione/frequenza scolastica – UIS, Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Ricerche demografiche e sanitarie (DHS).

Reddito familiare – Banca Mondiale.

NOTE

- a: Reddito basso (pari o inferiore a 905 USD).
b: Reddito medio-basso (varia tra 906 e 3.595 USD).
c: Reddito medio-alto (varia tra 3.596 e 11.115 USD).
d: Reddito alto (pari a 11.116 USD o superiore).

- Dati non disponibili.
x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
s Indagini nazionali a domicilio.

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

Paesi e territori	% nati sottopeso 1999-2006*	% bambini (2000-2006*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2006*) che presentano:				Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2005		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2006*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso		deperimento moderato e grave	ritardo nella crescita moderato e grave	almeno una dose [‡] (%)	copertura totale ^Δ (%)	
					moderato e grave	grave					
Afghanistan	-	-	29	54	39	12	7	54	95	91	28
Albania	7	2	38	20	8	1	7	22	-	-	62
Algeria	6	7	39	22	4	1	3	11	-	-	61
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	12	11	77	37	31	8	6	45	79	65	35
Antigua e Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	11	31x,k	60x	30x	14x	3x	11x	20x	-	-	-
Argentina	7	-	-	-	4	-	1	4	-	-	90x
Armenia	8	33	57	15	4	0	5	13	-	-	97
Australia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaigian	12	7	39	16	7	1	2	13	29	29w	26
Bahamas	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	8	34x,k	65x	41x	9x	2x	5x	10x	-	-	-
Bangladesh	22	37	52	89	48	13	13	43	83	82	84
Barbados	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgio	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	6	24x,k	54x	23x	7	-	1	18	-	-	90x
Benin	16	70	50	57	23	5	7	38	94	92	72
Bhutan	15	-	-	-	19x	3x	3x	40x	-	-	96
Bielorussia	4	9	38	4	1	0	1	3	-	-	55
Bolivia	7	54	74	46	8	1	1	27	39	39	90
Bosnia/Erzegovina	5	18	29	10	2	0	3	7	-	-	62
Botswana	10	34	57	11	13	2	5	23	-	-	66
Brasile	8	-	30x	17x	6x	1x	2x	11x	-	-	88
Brunei Darussalam	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Burkina Faso	16	7	50	85	37	14	23	35	95	95	34
Burundi	11	45	88	-	39	14	7	53	69	17	98
Cambogia	11	60	82	54	36	7	7	37	79	65	73
Camerun	11	21	64	21	19	5	6	30	95	95	49
Canada	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	13	57x,k	64x	13x	-	-	-	-	-	-	0x
Ciad	22	2	77	65	37	14	14	41	95	93	56
Cile	6	63	47	-	1	-	0	1	-	-	100
Cina	2	51	32	15	7	-	-	11	-	-	90
Cipro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	9	47	65	32	7	1	1	12	-	-	92x
Comore	25	21	34	45	25	-	8	44	-	-	82
Congo	13	19	78	21	14	3	7	26	90	9	82
Congo, Repubblica Democratica	12	24	79	52	31	9	13	38	92	87	72
Corea, Repubblica	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	7	65	31	37	23	8	7	37	95	95	40
Costa d'Avorio	17	4	54	37	20	4	7	34	95	89	84
Costarica	7	35x,k	47x	12x	5x	0x	2x	6x	-	-	97x
Croazia	6	23x	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
Cuba	5	41	42	9	4	0	2	5	-	-	88
Danimarca	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16	40	77	23	9	1	2	23	-	-	99x
Egitto	14	38	67	37	6	1	4	18	-	-	78
El Salvador	7	24	76	43	10	1	1	19	-	-	62
Emirati Arabi Uniti	15	34x,k	52x	29x	14x	3x	15x	17x	-	-	-
Eritrea	14	52	43	62	40	12	13	38	57	50	68
Estonia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	20	49	54	-	38	11	11	47	59	59	20
Federazione Russa	6	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
Figi	10	47x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
Filippine	20	34	58	32	28	-	6	30	85	85	56
Finlandia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	% nati sottopeso 1999-2006*	% bambini (2000-2006*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2006*) che presentano:				Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2005		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2006*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso		deperimento moderato e grave	ritardo nella crescita moderato e grave	almeno una dose ¹ (%)	copertura totale ² (%)	
					moderato e grave	grave					
Gabon	14	6	62	9	12	2	3	21	-	-	36
Gambia	20	41	44	53	20	4	6	22	95	16	7
Georgia	7	18x,k	12x	12x	3x	0x	2x	12x	-	-	91
Germania	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	9	54	58	56	18	3	5	22	95	95	32
Giamaica	12	15	36	24	4	-	4	3	-	-	100x
Giappone	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gibuti	10	1	23	18	29	10	21	33	52	0	0
Giordania	12	27	70	12	4	1	2	9	-	-	88
Grecia	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	9	39x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	12	51	67	47	23	4	2	49	44	36w	67
Guinea	12	27	41	71	26	7	9	35	95	95	51
Guinea-Bissau	24	16	35	61	19	4	7	41	-	-	1
Guinea Equatoriale	13	24	-	-	19	4	7	39	-	-	33
Guyana	13	11	42	31	14	3	11	11	-	-	-
Haiti	25	41	87	35	22	6	9	24	42	42	3
Honduras	10	30	69	48	11	1	1	25	40	40	80x
India	30	46	56	-	43	16	20	48	64	64w	51
Indonesia	9	40	75	59	28	9	-	-	76	76	73
Iran (Repubblica Islamica)	7	44	-	0	11x	2x	5x	15x	-	-	99
Iraq	15	25	51	36	8	1	5	21	-	-	28
Irlanda	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islanda	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Cook	3	19x,k	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	12	63x,k	-	-	-	-	-	-	6	6	-
Isole Salomone	13	65k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israele	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	6	17	39	16	4	1	4	13	-	-	92
Kenya	10	13	84	57	20	4	6	30	69	69	91
Kirghizistan	5	32	49	26	3	0	4	14	88	87	76
Kiribati	5	80x,k	-	-	13x	-	-	-	62	60	-
Kuwait	7	12x,k	26x	9x	10x	3x	11x	24x	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	14	23	10	47	40	13	15	42	63	62	75
Lesotho	13	36	79	60	20	4	4	38	9	2	91
Lettonia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	6	27k	35	11	4	-	5	11	-	-	92
Liberia	-	35	70	45	26	8	6	39	95	79	-
Libia, Jamahiriya Araba	7	-	-	23x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	37x	8x	10x	2	0	2	9	-	-	94
Madagascar	17	67	78	64	42	11	13	48	95	95	75
Malawi	13	56	89	73	19	3	3	46	94	86	48
Maldiva	22	10	85	-	30	7	13	25	-	-	44
Malesia	9	29x,k	-	12x	8	1	-	-	-	-	-
Mali	23	25	32	69	33	11	11	38	66	66	74
Malta	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marocco	15	31	66	15	10	2	9	18	-	-	59
Mauritania	-	20	78	57	32	10	13	35	96	57	2
Mauritius	14	21k	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
Messico	8	38x,k	36x	21x	5	-	2	13	68	63	91
Micronesia (Stati Federati)	18	60x,k	-	-	15x	-	-	-	89	73	-
Moldavia	6	46	18	2	4	1	4	8	-	-	60
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	6	57	57	65	6	1	2	21	92	92	83
Montenegro	4	19	35	13	3	1	3	5	-	-	71
Mozambico	15	30	80	65	24	6	4	41	95	16	54
Myanmar	15	15k	66	67	32	7	9	32	95	95	60

TAVOLA 2. NUTRIZIONE

	% nati sottopeso 1999-2006*	% bambini (2000-2006*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2006*) che presentano:				Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2005		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2006*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso moderato e grave	sottopeso grave	deperimento moderato e grave	ritardo nella crescita moderato e grave	almeno una dose [†] (%)	copertura totale [‡] (%)	
Namibia	14	19	57	37	24	5	9	24	68	0	63
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	21	53	75	95	39	11	13	49	96	96	63
Nicaragua	12	31	68	39	10	2	2	20	98	0	97
Niger	13	14	62	62	44	15	10	50	94	94	46
Nigeria	14	17	64	34	29	9	9	38	73	73	97
Niue	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuova Zelanda	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
Oman	8	-	92	73	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
Paesi Bassi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	19	16x,k	31x	56x	38	13	13	37	95	95	17
Palau	9	59x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	10	25x	38x	21x	8x	1x	1x	18x	4	4	95x
Papua Nuova Guinea	11	59x	74x	66x	-	-	-	-	90	0	-
Paraguay	9	22	60	-	5	-	1	14	-	-	88
Perù	11	64	81	41	8	0	1	24	-	-	91
Polonia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portogallo	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	10	12x,k	48x	21x	6x	-	2x	8x	-	-	-
Regno Unito	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Ceca	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	13	23	55	47	29	8	10	38	-	-	62
Repubblica Dominicana	11	4	36	15	5	1	1	7	-	-	19
Romania	8	16	41	-	3	0	2	10	-	-	74
Ruanda	6	88	69	77	23	4	4	45	100	99	88
Saint Kitts/Nevis	9	56x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	8	60	60	18	9	1	8	23	33	28	37
Senegal	19	34	61	42	17	3	8	16	95	86	41
Serbia	5	15	39	8	2	0	3	6	-	-	73
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	24	8	52	57	30	8	9	40	95	95	45
Singapore	8	-	-	-	3	0	2	2	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	9	29	37	16	10	2	9	22	-	-	79
Slovacchia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	11	9	15	35	36	12	11	38	-	-	1
Spagna	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	22	53	-	73	29	-	14	14	64	61w	94
Stati Uniti	8	-	-	-	2	0	0	1	-	-	-
Sudafrica	15	7y	46y	-	12x	2x	3x	25x	33	29	62x
Sudan	31	16	47	40	41	15	16	43	90	90	1
Suriname	13	9	25	11	13	2	7	10	-	-	-
Svezia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Svizzera	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Swaziland	9	24	60	25	10	2	1	30	59	40	59
Tagikistan	10	25	15	34	17	4	7	27	98	98	46
Tanzania, Repubblica Unita	10	41	91	55	22	4	3	38	95	95	43
Territorio Palestinese Occupato	7	27	-	-	3	0	1	10	-	-	86
Thailandia	9	5	43	19	9	0	4	12	-	-	58
Timor-Leste	12	31	82	35	46	15	12	49	91	35	72
Togo	12	28	35	44	26	7	14	24	95	92	25
Tonga	3	62x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	19	13	43	22	6	1	4	4	-	-	28
Tunisia	7	47	-	22	4	1	2	12	-	-	97
Turchia	16	21	38	24	4	1	1	12	-	-	64

	% nati sottopeso 1999-2006*	% bambini (2000-2006*) che sono:			% bambini sotto i 5 anni (2000-2006*) che presentano:				Tasso somministrazione vitamina A (6-59 mesi) 2005		% famiglie che consumano sale iodato 2000-2006*
		allattati esclusivamente al seno (<6 mesi)	allattati al seno più alimenti supplementari (6-9 mesi)	ancora allattati al seno (20-23 mesi)	sottopeso moderato e grave	sottopeso grave	deperimento moderato e grave	ritardo nella crescita moderato e grave	almeno una dose [‡] (%)	copertura totale ^Δ (%)	
Turkmenistan	4	11	54	37	11	2	6	15	-	-	87
Tuvalu	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	4	6	83	11	1	0	0	3	-	-	18
Uganda	12	60	80	54	20	5	5	32	78	78	95
Ungheria	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	8	-	-	-	5	1	2	11	-	-	-
Uzbekistan	5	26	45	38	5	1	3	15	82	82	53
Vanuatu	6	50x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	9	7x,k	50x	31x	5	1	4	13	-	-	90x
Vietnam	7	17	70	23	25	3	7	30	99	99w	93
Yemen	32	12	76	-	46	15	12	53	15	15w	30
Zambia	12	40	87	58	20	-	6	50	66	66	77
Zimbabwe	11	22	79	28	17	3	6	29	81	81	93x

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	14	30	67	50	28	8	9	38	79	73	64
Africa orientale e meridionale	14	39	71	56	28	7	7	41	73	64	54
Africa occidentale e centrale	14	21	63	46	28	9	10	36	85	82	72
Medio Oriente e Nord Africa	16	28	57	25	17	5	8	25	-	-	64
Asia meridionale	29	45	55	-	42	15	18	46	71	71	51
Asia orientale e Pacifico	6	43	45	27	14	-	-	16	84	82**	84
America latina e Caraibi	9	-	-	-	7	-	2	16	-	-	85
ECO/CSI	6	19	44	23	5	1	2	12	-	-	50
Paesi industrializzati [§]	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo [§]	16	38	56	40	26	10	11	32	75	72**	69
Paesi meno sviluppati [§]	17	35	64	63	35	10	10	42	82	77	55
Mondo	15	38	56	39	25	9	11	31	75	72**	68

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Nati sottopeso – Neonati che pesano meno di 2.500 grammi.

Sottopeso – Moderato e grave: peso inferiore di due punti percentili rispetto al peso medio di quella fascia di età; grave – peso inferiore di tre punti percentili rispetto al peso medio di quella fascia di età.

Deperimento – Moderato e grave: rapporto peso/altezza inferiore di due punti percentili rispetto al valore medio di quella fascia di età.

Ritardo nella crescita – Moderato e grave: altezza inferiore di due punti percentili rispetto all'altezza media di quella fascia d'età.

Vitamina A – Percentuale di bambini tra i 6 e i 59 mesi che hanno ricevuto capsule di vitamina A nel 2005.

Consumo sale iodato – Percentuale di famiglie che consumano sale iodato in misura adeguata (15 parti per milione o più).

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Nascite sottopeso – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS), altre indagini nazionali a domicilio e dati provenienti da sistemi di rilevamento routinario.

Allattamento al seno – DHS, MICS e UNICEF.

Sottopeso, deperimento e ritardo nella crescita – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Vitamina A – UNICEF e OMS.

Iodurazione del sale – MICS, DHS e UNICEF.

NOTE

-	Dati non disponibili.
x	I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
y	I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
*	I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
k	Indica l'allattamento esclusivo al seno per un periodo inferiore a quattro mesi.
w	Si riferisce ai paesi che hanno programmi di somministrazione di vitamina A rivolti a bambini di una ridotta fascia di età. La cifra della copertura corrisponde ai bambini raggiunti.
‡	Si riferisce alla percentuale di bambini che hanno ricevuto almeno una dose nel 2005 (il livello più recente di copertura al momento del reporting).
Δ	La percentuale di bambini raggiunti con due dosi nel 2005 è la più bassa tra i due livelli di copertura. '0' (zero) indica che è stata somministrata solo una dose, nel 2005.
**	Esclusa la Cina.

TAVOLA 3. SALUTE

Paesi e territori	% popolazione che ha accesso a fonti "migliorate" di acqua potabile 2004						% popolazione che ha accesso a impianti igienici adeguati 2004						% vaccinazioni regolari dell'EPI finanziate dal governo 2006						Vaccinazioni 2006										% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario ²	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici ²	% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare 2000-2006*	Malaria: 2003-2006*		
																			bambini di 1 anno vaccinati contro						% neonati protetti contro il tetano ^{3A}	2000-2006*	2000-2006*	% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera				% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera trattata	% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici	
																			TB	DPT	Polio	Morbillo	HepB	Hib										
																			vaccini corrispondenti:															
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	totale	BCG	DPT1 ¹	DPT3 ²	polio3	morbillo	HepB3	Hib3																				
Afghanistan	39	63	31	34	49	29	0	90	90	77	77	68	-	-	88	28	-	48	-	-	-	-	-	-	-									
Albania	96	99	94	91	99	84	-	98	98	98	97	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-	-	-	-	-									
Algeria	85	88	80	92	99	82	100	99	98	95	95	91	80	-	70	53	59	24	-	-	-	-	-	-	-									
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	97	93	93	91	84	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Angola	53	75	40	31	56	16	67	65	66	44	44	48	-	-	80	58	-	32	-	-	-	-	-	-	-									
Antigua e Barbuda	91	95	89	95	98	94	100	-	96	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Arabia Saudita	-	97	-	-	100	-	100	95	97	96	96	95	96	96	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Argentina	96	98	80	91	92	83	-	99	93	91	92	97	84	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Armenia	92	99	80	83	96	61	30	91	95	87	87	92	78	-	-	36	11	59	-	-	-	-	-	-	-									
Australia	100	100	100	100	100	100	-	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Austria	100	100	100	100	100	100	88	-	94	83	83	80	83	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Azerbaigian	77	95	59	54	73	36	70	99	97	95	97	96	93	-	-	36	-	40	12x	1x	1x	-	-	-	-									
Bahamas	97	98	86	100	100	100	100	-	95	95	94	88	96	95	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Bahrein	-	100	-	-	100	-	100	-	99	98	98	99	98	97	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Bangladesh	74	82	72	39	51	35	63	96	96	88	88	81	88	-	92	30	22	49	-	-	-	-	-	-	-									
Barbados	100	100	100	100	99	100	100	-	81	84	85	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Belgio	-	100	-	-	-	-	-	-	98	97	97	88	78	95	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Belize	91	100	82	47	71	25	100	97	96	98	98	99	98	98	80	66x	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Benin	67	78	57	33	59	11	10	99	99	93	93	89	93	93	84	35	-	42	47	20	54	-	-	-	-									
Bhutan	62	86	60	70	65	70	-	92	98	95	96	90	95	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Bielorussia	100	100	100	84	93	61	100	99	99	99	97	97	98	-	-	90	67	54	-	-	-	-	-	-	-									
Bolivia	85	95	68	46	60	22	69	93	94	81	79	81	81	81	-	52	-	54	-	-	-	-	-	-	-									
Bosnia/Erzegovina	97	99	96	95	99	92	85	97	94	87	91	90	82	85	85	91	73	53	-	-	-	-	-	-	-									
Botswana	95	100	90	42	57	25	100	99	98	97	97	90	85	-	71	14	-	7	-	-	-	-	-	-	-									
Brasile	90	96	57	75	83	37	-	99	99	99	99	99	97	99	84	46x	15x	28x	-	-	-	-	-	-	-									
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Bulgaria	99	100	97	99	100	96	100	98	97	95	96	96	96	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Burkina Faso	61	94	54	13	42	6	17	99	99	95	94	88	76	76	-	39	15	42	18	10	48	-	-	-	-									
Burundi	79	92	77	36	47	35	1	84	86	74	64	75	74	74	84	38	26	23	13	8	30	-	-	-	-									
Cambogia	41	64	35	17	53	8	0	87	85	80	80	78	80	-	80	48	-	59	88	4	0	-	-	-	-									
Camerun	66	86	44	51	58	43	20	85	87	81	78	73	81	-	52	35	38	22	27	13	58	-	-	-	-									
Canada	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	94	94	14	94	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Capo Verde	80	86	73	43	61	19	90	70	74	72	72	65	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Ciad	42	41	43	9	24	4	55	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	32x	-	-	-	-									
Cile	95	100	58	91	95	62	100	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Cina	77	93	67	44	69	28	-	92	94	93	94	93	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Cipro	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Colombia	93	99	71	86	96	54	100	88	95	86	86	88	86	86	88	62	-	39	24x	-	-	-	-	-	-									
Comore	86	92	82	33	41	29	0	84	78	69	69	66	69	-	77	49	-	31	36x	9x	63x	-	-	-	-									
Congo	58	84	27	27	28	25	75	84	81	79	79	66	-	-	84	48	-	39	68	6	48	-	-	-	-									
Congo, Repubblica Democratica	46	82	29	30	42	25	0	87	87	77	78	73	-	-	77	36	-	17	12x	1x	52x	-	-	-	-									
Corea, Repubblica	92	97	71	-	-	-	-	98	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Corea, Repubblica Democratica Popolare	100	100	100	59	58	60	-	96	91	89	98	96	96	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Costa d'Avorio	84	97	74	37	46	29	28	77	95	77	76	73	77	-	-	35	19	45	17	6	36	-	-	-	-									
Costarica	97	100	92	92	89	97	-	88	89	91	91	89	90	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Croazia	100	100	100	100	100	100	100	98	96	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	96	89	99	96	89	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Danimarca	100	100	100	-	-	-	100	-	93	93	93	99	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Dominica	97	100	90	84	86	75	100	99	99	95	88	99	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Ecuador	94	97	89	89	94	82	100	99	99	98	97	97	98	98	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Egitto	98	99	97	70	86	58	100	99	98	98	98	98	98	-	86	63	-	27	-	-	-	-	-	-	-									
El Salvador	84	94	70	62	77	39	100	93	98	96	96	98	96	96	91	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Emirati Arabi Uniti	100	100	100	98	98	95	-	98	97	94	94	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Eritrea	60	74	57	9	32	3	10	99	99	97	96	95	97	-	79	44	-	54	12x	4x	4x	-	-	-	-									
Estonia	100	100	99	97	97	96	100	99	98	95	95	96	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Etiopia	22	81	11	13	44	7	0	72	80	72	69	63	-	-	80	19	-	15	2	2	3	-	-	-	-									
Federazione Russa	97	100	88	87	93	70	-	97	99	99	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Figi	47	43	51	72	87	55	100	93	84	81	83	99	81	81	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Filippine	85	87	82	72	80	59	100	91	90	88	88	92	77	-	57	55	-	76	-	-	-	-	-	-	-									
Finlandia	100	100	100	100	100	100	100	98	99	97	97	97	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Francia	100	100	100	-	-	-	-	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									

	% popolazione che ha accesso a fonti "migliorate" di acqua potabile 2004			% popolazione che ha accesso a impianti igienici adeguati 2004			% vaccinazioni regolari dell'EPI finanziate dal governo 2006	Vaccinazioni 2006										% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario ²	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici ²	% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare 2000-2006*	Malaria: 2003-2006*		
								bambini di 1 anno vaccinati contro						% neonati protetti contro il tetano ¹									
								TB	DPT	Polio	Morbillo	HepB	Hib										
								vaccini corrispondenti:															
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale		totale	BCG	DPT1 ⁶	DPT3 ⁶	polio3	morbillo	HepB3	Hib3	2000-2006*	% bambini sotto i 5 anni che domono sotto una zanzariera trattata				% bambini sotto i 5 anni che domono sotto una zanzariera trattata	% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici	
Gabon	88	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	63	48	-	44	-	-	-		
Gambia	82	95	77	53	72	46	35	99	95	95	95	95	95	95	94	69	61	38	63	49	63		
Georgia	82	96	67	94	96	91	71	95	99	87	88	95	83	-	87	99	-	-	-	-	-		
Germania	100	100	100	100	100	100	-	-	96	90	96	94	86	94	-	-	-	-	-	-	-		
Ghana	75	88	64	18	27	11	-	99	87	84	84	85	84	84	-	59	33	29	33	22	61		
Giamaica	93	98	88	80	91	69	100	90	86	85	86	87	87	87	72	75	52	39	-	-	-		
Giappone	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	97	99	-	-	86	-	-	-	-	-	-		
Gibuti	73	76	59	82	88	50	-	88	76	72	72	67	-	-	77	62	43	33	9	1	10		
Giordania	97	99	91	93	94	87	100	95	99	98	98	99	98	98	-	78	-	44	-	-	-		
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	88	96	88	87	88	88	88	69	-	-	-	-	-	-		
Grenada	95	97	93	96	96	97	100	-	87	91	91	98	91	91	-	-	-	-	-	-	-		
Guatemala	95	99	92	86	90	82	-	96	93	80	81	95	80	80	91	64	-	22x	6x	1x	-		
Guinea	50	78	35	18	31	11	40	90	99	71	70	67	-	-	79	42	-	38	12	0	44		
Guinea-Bissau	59	79	49	35	57	23	-	87	85	77	74	60	-	-	91	57	42	25	73	39	46		
Guinea Equatoriale	43	45	42	53	60	46	0	73	65	33	39	51	-	-	59	-	-	36	15x	1x	49x		
Guyana	83	83	83	70	86	60	100	96	95	93	92	90	93	93	31	78	-	40	74	6	1		
Haiti	54	52	56	30	57	14	-	75	83	53	52	58	-	-	94	31	3	43	-	-	5		
Honduras	87	95	81	69	87	54	100	90	95	87	87	91	87	87	-	56	54	49	-	-	1		
India	86	95	83	33	59	22	100	78	78	55	58	59	6	-	83	69	-	32	-	-	12x		
Indonesia	77	87	69	55	73	40	87	82	88	70	70	72	70	-	87	61	-	56	32x	0x	1		
Iran (Repubblica Islamica)	94	99	84	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-		
Iraq	81	97	50	79	95	48	100	91	83	60	63	60	75	-	89	82	82	64	7x	0x	1x		
Irlanda	-	100	-	-	-	-	100	93	97	91	91	86	-	91	-	-	-	-	-	-	-		
Islanda	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	86	-	-	-	-	-	-		
Isole Cook	94	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-		
Isole Marshall	87	82	96	82	93	58	100	92	90	74	95	96	97	60	-	-	-	-	-	-	-		
Isole Salomone	70	94	65	31	98	18	-	84	96	91	91	84	93	-	74	-	-	-	-	-	-		
Israele	100	100	100	-	100	-	-	-	98	95	93	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-		
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	97	87	96	95	52	-	-	-	-	-	-		
Kazakistan	86	97	73	72	87	52	100	99	99	99	99	99	99	-	-	71	32	48	-	-	-		
Kenya	61	83	46	43	46	41	80	92	90	80	77	77	80	80	74	49	-	33	15	5	27		
Kirghizistan	77	98	66	59	75	51	40	99	96	92	93	97	90	-	82	62	45	22	-	-	-		
Kiribati	65	77	53	40	59	22	100	99	98	86	86	61	88	-	-	-	-	-	-	-	-		
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	90	-	-	-	-	-	-		
Laos, Repubblica Democratica Popolare	51	79	43	30	67	20	0	61	68	57	56	48	57	-	52	36	-	37	82x	18x	9x		
Lesotho	79	92	76	37	61	32	1	96	95	83	80	85	85	-	72	59	-	53	-	-	-		
Lettonia	99	100	96	78	82	71	100	99	99	98	98	95	97	99	-	-	-	-	-	-	-		
Libano	100	100	100	98	100	87	100	-	98	92	92	96	88	92	72	74	-	-	-	-	-		
Liberia	61	72	52	27	49	7	0	89	99	88	87	94	-	-	-	70	-	-	11	3	-		
Libia, Jamahiriya Araba	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-		
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lituania	-	-	-	-	-	-	100	99	98	94	94	97	95	94	-	-	-	-	-	-	-		
Lussemburgo	100	100	100	-	-	-	-	-	99	99	99	95	95	98	-	-	-	-	-	-	-		
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	-	-	-	-	-	-	-	92	95	93	92	94	89	-	88	93	74	45	-	-	-		
Madagascar	50	77	35	34	48	26	18	72	71	61	63	59	61	-	67	48	-	47	30x	0x	34		
Malawi	73	98	68	61	62	61	20	99	99	99	99	85	99	99	84	51	29	26	29	23	24		
Maldiva	83	98	76	59	100	42	75	99	99	98	98	97	98	-	85	22	-	-	-	-	-		
Malesia	99	100	96	94	95	93	100	99	88	96	96	90	87	89	88	-	-	-	-	-	-		
Mali	50	78	36	46	59	39	77	85	95	85	83	86	90	16	-	36	-	45	-	-	-		
Malta	100	100	100	-	100	-	70	-	85	85	83	94	86	83	62	-	-	-	-	-	-		
Marocco	81	99	56	73	88	52	100	95	99	97	97	95	95	10	-	38	-	46	-	-	-		
Mauritania	53	59	44	34	49	8	100	86	85	68	68	62	68	-	94	41	-	9	31	2	33		
Mauritius	100	100	100	94	95	94	100	97	96	97	98	99	97	96	-	-	-	-	-	-	-		
Messico	97	100	87	79	91	41	100	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-		
Micronesia (Stati Federati)	94	95	94	28	61	14	100	55	86	67	81	83	84	59	-	-	-	-	-	-	-		
Moldavia	92	97	88	68	86	52	-	99	97	97	98	96	98	-	-	60	-	48	-	-	-		
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	90	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Mongolia	62	87	30	59	75	37	-	98	99	99	98	99	98	56	87	63	71	47	-	-	-		
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	98	95	90	90	90	90	90	85	89	57	64	-	-	-		
Mozambico	43	72	26	32	53	19	100	87	88	72	70	77	72	-	85	55	-	47	10	-	15		
Myanmar	78	80	77	77	88	72	-	85	86	82	82	78	75	-	87	66	-	65	-	-	-		

TAVOLA 3. SALUTE

	% popolazione che ha accesso a fonti "migliorate" di acqua potabile 2004			% popolazione che ha accesso a impianti igienici adeguati 2004			% vaccinazioni regolari dell'EPI finanziate dal governo 2006	Vaccinazioni 2006										% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario ²	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici ²	% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare 2000-2006*	Malaria: 2003-2006*		
								bambini di 1 anno vaccinati contro						% neonati protetti contro il tetano ^{3A}									
								TB	DPT	Polio	Morbillo	HepB	Hib										
								vaccini corrispondenti:															
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	totale	BCG	DPT1 ¹	DPT3 ¹	polio3	morbillo	HepB3	Hib3	2000-2006*	% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera	% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera trattata	% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici					
Namibia	87	98	81	25	50	13	100	88	90	74	74	63	-	-	81	53	-	39	7x	-	14x		
Nauru	-	-	-	-	-	-	0	99	98	72	45	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-		
Nepal	90	96	89	35	62	30	18	93	93	89	91	85	69	-	83	43	25	43	-	-	-		
Nicaragua	79	90	63	47	56	34	83	99	94	87	88	99	87	87	94	57	-	49	-	-	2x		
Niger	46	80	36	13	43	4	19	64	58	39	55	47	-	-	53	27	-	43	15	7	33		
Nigeria	48	67	31	44	53	36	100	69	72	54	61	62	41	-	71	33	-	28	6	1	34		
Niue	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Norvegia	100	100	100	-	-	-	100	-	97	93	93	91	-	94	-	-	-	-	-	-	-		
Nuova Zelanda	-	100	-	-	-	-	100	-	92	89	89	82	87	80	-	-	-	-	-	-	-		
Oman	-	-	-	-	97	-	-	99	98	98	98	96	99	98	94	-	-	-	-	-	-		
Paesi Bassi	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-		
Pakistan	91	96	89	59	92	41	100	89	90	83	83	80	83	-	80	66x	16x	-	-	-	-		
Palau	85	79	94	80	96	52	100	-	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-		
Panama	90	99	79	73	89	51	100	99	99	99	99	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Papua Nuova Guinea	39	88	32	44	67	41	100	75	85	75	75	65	70	-	81	75x	-	-	-	-	-		
Paraguay	86	99	68	80	94	61	100	75	90	73	72	88	73	73	82	51x	29x	-	-	-	-		
Perù	83	89	65	63	74	32	96	99	98	94	95	99	94	94	64	68	-	57	-	-	-		
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	94	99	99	99	99	98	31	-	-	-	-	-	-	-		
Portogallo	-	-	-	-	-	-	-	89	94	93	93	93	94	93	-	-	-	-	-	-	-		
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	99	99	96	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-		
Regno Unito	100	100	100	-	-	-	100	-	97	92	92	85	-	92	-	-	-	-	-	-	-		
Repubblica Ceca	100	100	100	98	99	97	-	99	98	98	98	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-		
Repubblica Centrafricana	75	93	61	27	47	12	0	70	65	40	40	35	-	-	74	32	39	47	33	15	57		
Repubblica Dominicana	95	97	91	78	81	73	69	95	93	81	85	99	74	69	85	63	-	42	-	-	-		
Romania	57	91	16	-	89	-	100	99	98	97	97	95	99	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ruanda	74	92	69	42	56	38	28	98	99	99	99	95	99	99	82	28	-	24	16	13	12		
Saint Kitts/Nevis	100	99	99	95	96	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Saint Lucia	98	98	98	89	89	89	-	94	94	85	85	94	85	85	-	-	-	-	-	-	-		
Saint Vincent/Grenadines	-	-	93	-	-	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Samoa	88	90	87	100	100	100	100	84	80	56	57	54	56	-	-	-	-	-	-	-	-		
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	94	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-		
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Sao Tomé/Principe	79	89	73	25	32	20	0	98	99	99	97	85	75	-	-	47	-	63	53	42	25		
Senegal	76	92	60	57	79	34	37	99	99	89	89	80	89	89	86	47	-	43	14	7	27		
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	99	97	92	97	88	93	42	-	93	57	31	-	-	-		
Seychelles	88	100	75	-	-	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-		
Sierra Leone	57	75	46	39	53	30	-	82	77	64	64	67	-	-	-	48	21	31	20	5	52		
Singapore	100	100	-	100	100	-	-	98	96	95	95	93	94	-	4	-	-	-	-	-	-		
Siria, Repubblica Araba	93	98	87	90	99	81	100	99	99	99	99	98	98	99	87	77	71	34	-	-	-		
Slovacchia	100	100	99	99	100	98	100	98	99	99	99	98	99	99	73	-	-	-	-	-	-		
Slovenia	-	-	-	-	-	-	70	-	98	97	97	96	-	97	74	-	-	-	-	-	-		
Somalia	29	32	27	26	48	14	0	50	40	35	35	35	-	-	-	13	32	7	18	9	8		
Spagna	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	97	81	98	72	-	-	-	-	-	-		
Sri Lanka	79	98	74	91	98	89	68	99	99	99	98	99	98	-	93	-	-	-	-	-	-		
Stati Uniti	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-		
Sudafrica	88	99	73	65	79	46	100	97	99	99	99	85	99	99	88	75x	-	37x	-	-	-		
Sudan	70	78	64	34	50	24	0	77	91	78	77	73	60	-	-	57	-	38	23x	0x	50x		
Suriname	92	98	73	94	99	76	-	-	94	84	84	83	84	84	-	58	-	43	77x	3x	-		
Svezia	100	100	100	100	100	100	-	17	99	99	99	95	-	99	86	-	-	-	-	-	-		
Svizzera	100	100	100	100	100	100	5	-	98	95	94	86	-	92	93	-	-	-	-	-	-		
Swaziland	62	87	54	48	59	44	100	78	73	68	67	57	68	-	-	60	-	24	0x	0x	26x		
Tagikistan	59	92	48	51	70	45	5	94	93	86	81	87	86	-	88	64	41	22	2	1	2		
Tanzania, Repubblica Unita	62	85	49	47	53	43	83	99	94	90	91	93	90	-	-	59	-	53	31	16	58		
Territorio Palestinese Occupato	92	94	88	73	78	61	-	99	98	96	96	99	97	-	-	65	-	-	-	-	-		
Thailandia	99	98	100	99	98	99	100	99	99	98	98	96	96	-	-	84	65	46	-	-	-		
Timor-Leste	58	77	56	36	66	33	0	72	75	67	66	64	-	-	63	24	-	-	48x	8x	47x		
Togo	52	80	36	35	71	15	100	96	91	87	87	83	-	-	84	23	26	22	41	38	48		
Tonga	100	100	100	96	98	96	75	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
Trinidad e Tobago	91	92	88	100	100	100	100	-	93	92	89	89	89	89	-	74	34	32	-	-	-		
Tunisia	93	99	82	85	96	65	100	99	99	99	99	98	99	-	89	43	-	-	-	-	-		
Turchia	96	98	93	88	96	72	-	88	92	90	90	98	82	-	67	41	-	19x	-	-	-		
Turkmenistan	72	93	54	62	77	50	-	99	99	98	98	99	98	-	-	83	50	25	-	-	-		
Tuvalu	100	94	92	90	93	84	10	99	99	97	97	84	97	-	-	-	-	-	-	-	-		

	% popolazione che ha accesso a fonti "migliorate" di acqua potabile 2004			% popolazione che ha accesso a impianti igienici adeguati 2004			% vaccinazioni regolari dell'EPI finanziate dal governo 2006	Vaccinazioni 2006										% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario ²	% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici ²	% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare 2000-2006*	Malaria: 2003-2006*		
								bambini di 1 anno vaccinati contro						% neonati protetti contro il tetano ^A	2000-2006*	% bambini sotto i 5 anni che ricevono zanzariera trattata	% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera				% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici		
								TB	DPT	Polio	Morbillo	HepB	Hib										
								vaccini corrispondenti:															
	totale	urbana	rurale	totale	urbana	rurale	totale	BCG	DPT1 ³	DPT3 ³	polio3	morbillo	HepB3	Hib3									
Ucraina	96	99	91	96	98	93	99	97	98	98	99	98	96	11	-	-	-	-	-	-			
Uganda	60	87	56	43	54	41	8	85	89	80	81	89	80	80	88	67	-	29	22	10	62		
Ungheria	99	100	98	95	100	85	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-		
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	99	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-		
Uzbekistan	82	95	75	67	78	61	64	98	96	95	94	95	97	-	87	68	56	28	-	-	-		
Vanuatu	60	86	52	50	78	42	100	92	90	85	85	99	85	-	52	-	-	-	-	-	-		
Venezuela (Repubblica bolivariana)	83	85	70	68	71	48	-	83	78	71	73	55	71	71	88	72	-	51	-	-	-		
Vietnam	85	99	80	61	92	50	80	95	94	94	94	93	93	-	61	71	-	65	94	5	3		
Yemen	67	71	65	43	86	28	100	70	92	85	85	80	85	85	-	47	-	18x	-	-	-		
Zambia	58	90	40	55	59	52	85	94	94	80	80	84	80	80	90	69	-	48	27	23	58		
Zimbabwe	81	98	72	53	63	47	0	99	95	90	90	90	90	-	80	50x	-	80x	7	3	5		

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	55	81	41	37	53	28	49	82	83	72	74	72	48	24	77	40	-	30	15	8	34
Africa orientale e meridionale	56	86	42	38	58	30	43	85	86	78	77	76	58	36	81	44	-	32	15	9	28
Africa occidentale e centrale	55	76	40	36	49	26	55	79	81	67	70	68	38	13	72	36	-	29	16	7	40
Medio Oriente e Nord Africa	88	95	78	74	90	53	88	92	95	91	91	89	88	24	81	66	-	38	-	-	-
Asia meridionale	85	94	81	37	63	27	91	82	82	63	66	65	25	-	84	62	-	35	-	-	-
Asia orientale e Pacifico	79	92	70	51	73	36	-	91	92	89	89	89	86	2	-	64**	-	61**	-	-	-
America latina e Caraibi	91	96	73	77	86	49	96	96	96	92	92	93	89	90	84	-	-	-	-	-	-
ECO/CSI	91	98	79	84	93	70	-	95	96	95	95	97	92	3	-	57	-	-	-	-	-
Paesi industrializzati [§]	100	100	100	100	100	99	-	-	98	96	94	93	64	82	-	-	-	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo [§]	80	92	70	50	73	33	78	86	88	78	79	78	59	17	80	56**	-	38**	-	-	-
Paesi meno sviluppati [§]	59	79	51	36	55	29	33	85	87	77	77	74	50	17	82	40	-	37	-	-	-
Mondo	83	95	73	59	80	39	78	87	89	79	80	80	60	22	80	56**	-	38**	-	-	-

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Finanziamento statale dei vaccini – Percentuale delle vaccinazioni di routine dei bambini, effettuate in un paese, finanziate dal governo nazionale (inclusi prestiti).
EPI – Programma esteso di vaccinazione: le vaccinazioni di questo programma comprendono quelle contro tubercolosi (TB), difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano (DPT), poliomielite e morbillo, oltre alla protezione dei bambini dal tetano neonatale tramite la vaccinazione delle donne in gravidanza. Alcuni paesi inseriscono nel programma altre vaccinazioni come ad esempio contro l'epatite B (HepB), l'Haemophilus influenzae tipo B (Hib) o la febbre gialla.
BCG – Percentuale di neonati che hanno ricevuto il Bacile Calmette-Guérin (vaccino contro la tubercolosi).
DPT1 – Percentuale di neonati che hanno ricevuto la loro prima dose di vaccino contro difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano.
DPT3 – Percentuale di neonati che hanno ricevuto tre dosi di vaccino contro difterite, pertosse (tosse convulsa) e tetano.
HepB3 – Percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino contro l'epatite B.
Hib3 – Percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino Haemophilus influenzae tipo B.
% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici – Percentuale di bambini (0-4 anni) che hanno presentato casi di sospetta polmonite nelle due settimane precedenti alla ricerca, e ricevono antibiotici.
% bambini sotto i 5 anni con sospetta polmonite visitati da un operatore sanitario –Percentuale di bambini (0-4 anni) che nelle due settimane precedenti alla ricerca hanno presentato casi di sospetta polmonite, e sono stati visitati da un operatore sanitario qualificato.
% bambini sotto i 5 anni con diarrea che ricevono reidratazione orale e alimentazione regolare – Percentuale di bambini (0-4 anni) con diarrea nelle due settimane precedenti l'indagine, che hanno ricevuto una terapia di reidratazione orale (Soluzione di Reidratazione Orale o liquidi consigliati fatti in casa) o una maggiore quantità di liquidi, e che sono stati alimentati in maniera regolare.
Malaria
% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera – % di bambini (0-4 anni) che hanno dormito sotto una zanzariera.
% bambini sotto i 5 anni che dormono sotto una zanzariera trattata – % di bambini (0-4 anni) che hanno dormito sotto una zanzariera trattata con insetticida.
% bambini sotto i 5 anni con febbre che ricevono farmaci antimalarici – % di bambini (0-4 anni) affetti da febbre malarica nelle ultime due settimane che hanno ricevuto cure adeguate (in base agli standard locali) e farmaci antimalarici.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici – UNICEF, OMS, Indagini campione a indicatori multipli (MICS), Ricerche demografiche e sanitarie (DHS).
Finanziamento statale dei vaccini – UNICEF e OMS.
Vaccinazioni – UNICEF e OMS.
Sospetta polmonite – DHS, MICS e altre indagini nazionali a domicilio.
Reidratazione orale – DHS e MICS.
Malaria – DHS e MICS.

NOTE	- Dati non disponibili.
x	I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel Calcolo delle medie regionali e mondiali.
*	I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
β	La copertura per la DPT1 dovrebbe essere alta almeno come quella per la DPT3. Le discrepanze presenti nei casi in cui la copertura per la DPT1 è inferiore a quella per la DPT3 riflettono le mancanze nella raccolta dei dati e nel processo di presentazione degli stessi. L'UNICEF e l'OMS stanno lavorando con sistemi nazionali e territoriali al fine di eliminare queste discrepanze.
±	Nel rapporto di quest'anno, come su quello dello scorso anno, usiamo il termine "sospetta polmonite" al posto di "infezione respiratoria acuta (ARI)", che veniva usato nelle precedenti edizioni. In ogni modo, la metodologia di raccolta dei dati non è cambiata e le stime presentate in questa edizione sono comparabili con quelle dei precedenti rapporti. Per un'analisi più dettagliata su questi aggiornamenti, si vedano le Note generali sui dati a pag. 110.
λ	Nel rapporto di quest'anno, OMS e UNICEF hanno impiegato un modello per calcolare la percentuale di nascite che possono essere considerate protette contro il tetano perché le donne incinte sono state vaccinate con due o più dosi di tosse del tetano (TT). Il modello ha l'obiettivo di migliorare l'accuratezza di questo indicatore catturando o includendo altri scenari potenziali in cui le donne possono essere protette (ad esempio le donne che ricevono dosi di TT in attività di immunizzazione integrale). Una spiegazione esauriente della metodologia si trova nelle Note generali sui dati a pag. 110.
**	Esclusa la Cina.

TAVOLA 4. HIV/AIDS

Paesi e territori	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2005	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2005 (in migliaia)		Trasmissione madre-figlio		Infezioni pediatriche		Prevenzione tra i giovani						Orfani		
				Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2005 (in migliaia)	Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale			Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2005	% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2000-2006*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2000-2006*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani	
					anno				media	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi		femmine
		stima	stima minima	stima massima	(in migliaia)			(in migliaia)	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima (in migliaia)	stima (in migliaia)
Afghanistan	<0,1	<1,0	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Albania	-	-	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Algeria	0,1	19	9,0 - 59	4,1	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	3,7	320	200 - 450	170	2004	2,8	35	0,9	2,5	-	-	-	-	160	1200	90
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	0,6	130	80 - 220	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	690	-
Armenia	0,1	2,9	1,8 - 5,8	<1,0	-	-	-	-	-	15	23	86	-	-	-	-
Australia	0,1	16	9,7 - 27	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	0,3	12	7,2 - 20	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaigian	0,1	5,4	2,6 - 17	<1,0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Bahamas	3,3	6,8	3,3 - 22	3,8	-	-	<0,5	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Bahrein	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0,1	11	6,4 - 18	1,4	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	4400	-
Barbados	1,5	2,7	1,5 - 4,2	<1,0	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Belgio	0,3	14	8,1 - 22	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	2,5	3,7	2,0 - 5,7	1,0	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Benin	1,8	87	57 - 120	45	2003	1,7 - 2,1	9,8	0,4	1,1	14	8	44	17	62	370	-
Bhutan	<0,1	<0,5	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-
Bielorussia	0,3	20	11 - 47	5,1	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
Bolivia	0,1	7,0	3,8 - 17	1,9	-	-	-	-	-	18	15	37	20	-	310	74
Bosnia/Erzegovina	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
Botswana	24,1	270	260 - 350	140	2005	33,5	14	5,7	15,3	33	40	88	75	120	150	99
Brasile	0,5	620	370 - 1000	220	-	-	-	-	-	67	67	71	58	-	3700	-
Brunei Darussalam	<0,1	<0,1	<0,2	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Bulgaria	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	-	-
Burkina Faso	2,0	150	120 - 190	80	2005	1,8	17	0,5	1,4	23	19r	67	64r	120	710	71
Burundi	3,3	150	130 - 180	79	2004	8,6	20	0,8	2,3	-	30	-	25	120	600	86
Cambogia	1,6	130	74 - 210	59	2002	2,7	-	0,1h	0,3h	45	50	84	-	-	470	80
Camerun	5,4	510	460 - 560	290	2002	7,0	43	1,4h	4,8h	34	32r	57	62r	240	1000	87
Canada	0,3	60	48 - 72	9,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciad	3,5	180	88 - 300	90	2005	3,6	16	0,9	2,2	20	8	25	17	57	600	105
Cile	0,3	28	17 - 56	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200	-
Cina	0,1	650	390 - 1100	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20600	-
Cipro	-	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	0,6	160	100 - 320	45	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	870	-
Comore	<0,1	<0,5	<1,0	<0,1	-	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	10	-	-	-	33	59
Congo	5,3	120	75 - 160	61	2002	3,0	15	1,2	3,7	22	10	38	20	110	270	90
Congo, Repubblica Democratica	3,2	1000	560 - 1500	520	2003	3,2	120	0,8	2,2	-	-	-	-	680	4200	72
Corea, Repubblica	<0,1	13	7,9 - 25	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	450	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	7,1	750	470 - 1000	400	2002	5,2	74	0,3h	2,4h	28	18	53	39	450	1400	121
Costarica	0,3	7,4	3,6 - 24	2,0	2002	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Croazia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,1	4,8	2,3 - 15	2,6	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	120	-
Danimarca	0,2	5,6	3,4 - 9,3	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	0,3	23	11 - 74	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230	-
Egitto	<0,1	5,3	2,9 - 13	<1,0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
El Salvador	0,9	36	22 - 72	9,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	2,4	59	33 - 95	31	-	-	6,6	0,6	1,6	-	37	-	-	36	280	83
Estonia	1,3	10	4,8 - 32	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopia	-	-	420 - 1300	-	2003	11,5	-	0,3h	1,2h	33	21	50	28	-	4800	60
Federazione Russa	1,1	940	560 - 1600	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Figi	0,1	<1,0	0,3 - 2,1	<0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
Filippine	<0,1	12	7,3 - 20	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2000	-
Finlandia	0,1	1,9	1,1 - 3,1	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	0,4	130	78 - 210	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2005	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2005 (in migliaia)		Trasmissione madre-figlio		Infezioni pediatriche		Prevenzione tra i giovani						Orfani		
				Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2005 (in migliaia)	Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale		Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, 2005 (in migliaia)	Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2005		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2000-2006*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2000-2006*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani
					anno	media		maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	orfani per l'AIDS, 2005 (in migliaia)	orfani in generale, 2005 (in migliaia)	
		stima	stima minima	stima massima												
Gabon	7,9	60	40-87	33	-	-	3,9	1,8	5,4	22	24	48	33	20	65	98
Gambia	2,4	20	10-33	11	-	-	1,2	0,6	1,7	-	39	-	54	4	64	87
Georgia	0,2	5,6	2,7-18	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Germania	0,1	49	29-81	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	2,3	320	270-380	180	2003	3,9	25	0,1h	1,2h	44	34r	52	42r	170	1000	79p
Giamaica	1,5	25	14-39	6,9	-	-	<0,5	-	-	-	60	-	-	-	55	101
Giappone	<0,1	17	10-29	9,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gibuti	3,1	15	3,9-34	8,4	-	-	1,2	0,7	2,1	22	18	50	26	6	48	82
Giordania	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	0,2	9,3	5,6-15	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,9	61	37-100	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370	98
Guinea	1,5	85	69-100	53	2004	4,4	7,0	0,6h	1,2h	23	17	37	26	28	370	73
Guinea-Bissau	3,8	32	18-50	17	-	-	3,2	0,9	2,5	-	18	-	39	11	100	97
Guinea Equatoriale	3,2	8,9	7,3-11	4,7	-	-	<1,0	0,7	2,3	-	4	-	-	5	29	95
Guyana	2,4	12	4,7-23	6,6	-	-	<1,0	-	-	47	53	68	62	-	26	-
Haiti	3,8	190	120-270	96	2000	3,7	17	0,6h	1,5h	40	32	43	29	-	490	86
Honduras	1,5	63	35-99	16	-	-	2,4	-	-	-	30	-	24	-	180	-
India [#]	0,9	2500	2000-3100	1600	-	-	-	-	-	43	24	37	22	-	25700	84
Indonesia	0,1	170	100-290	29	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	5300	82
Iran (Repubblica Islamica)	0,2	66	36-160	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1500	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84
Irlanda	0,2	5,0	3,0-8,3	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islanda	0,2	<0,5	<1,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Salomone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israele	-	4,0	2,2-9,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	0,5	150	90-250	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	0,1	12	11-77	6,8	-	-	-	-	-	-	22	65	32	-	-	98
Kenya	6,1	1300	1100-1500	740	-	-	150	1,3h	5,9h	47	34	47	25	1100	2300	95
Kirghizistan	0,1	4,0	1,9-13	<1,0	-	-	-	-	-	-	20	-	56	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos, Repubblica																
Democratica Popolare	0,1	3,7	1,8-12	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	290	-
Lesotho	23,2	270	250-290	150	2004	27,3	18	6,0h	15,4h	18	26	53	53	97	150	95
Lettonia	0,8	10	6,1-17	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	0,1	2,9	1,4-9,2	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250	-
Libia, Jamahiriya Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	0,2	3,3	1,6-10	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	0,2	<1,0	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-
Madagascar	0,5	49	16-110	13	-	-	1,6	0,6	0,3	16	19	12	5	13	900	76
Malawi	14,1	940	480-1400	500	2001	15,0	91	2,1h	9,1h	36	41r	47	40r	550	950	96
Maldivi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malesia	0,5	69	33-220	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-
Mali	1,7	130	96-160	66	2002	2,5	16	0,4	1,2	15	9	35	17	94	710	104
Malta	0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marocco	0,1	19	12-38	4,0	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Mauritania	0,7	12	7,3-23	6,3	-	-	1,1	0,2	0,5	-	-	-	-	7	170	-
Mauritius	0,6	4,1	1,9-13	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-
Messico	0,3	180	99-440	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia	1,1	29	15-69	16	-	-	-	-	-	54	42	63	44	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	<0,1	<0,5	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	79	96
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-
Mozambico	16,1	1800	1400-2200	960	2002	14,7	140	3,6	10,7	33	20	33	29	510	1500	80
Myanmar	1,3	360	200-570	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1700	-

TAVOLA 4. HIV/AIDS

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2005	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2005 (in migliaia)			Trasmissione madre-figlio		Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani						Orfani			
					Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2005 (in migliaia)	Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale		Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, 2005 (in migliaia)	Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2005		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2000-2006*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2000-2006*		Bambini (0-17 anni)		Rapporto frequenza scolastica orfani 2000-2006*
						anno	media		maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	orfani per l'AIDS, 2005	orfani in generale, 2005	
Namibia	19,6	230	110-360	130	2004	7,5	17	4,4	13,4	41	31	69	48	85	140	92	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	0,5	75	41-180	16	-	-	-	-	-	44	28	78	-	-	970	-	
Nicaragua	0,2	7,3	3,9-18	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	130	-	
Niger	1,1	79	39-130	42	-	-	8,9	0,1h	0,5h	16	13	37	18	46	800	-	
Nigeria	3,9	2900	1700-4200	1600	-	-	240	0,9	2,7	21	18	46	24	930	8600	64p	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Norvegia	0,1	2,5	1,5-4,1	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nuova Zelanda	0,1	1,4	0,8-2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paesi Bassi	0,2	18	11-29	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistan	0,1	85	46-210	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4400	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panama	0,9	17	11-34	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	
Papua Nuova Guinea	1,8	60	32-140	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	350	-	
Paraguay	0,4	13	6,2-41	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-	
Perù	0,6	93	56-150	26	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-	660	85p	
Polonia	0,1	25	15-41	7,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Portogallo	0,4	32	19-53	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regno Unito	0,2	68	41-110	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Repubblica Ceca	0,1	1,5	0,9-2,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Repubblica Centrafricana	10,7	250	110-390	130	2002	14,0	24	2,5	7,3	-	17	-	41	140	330	96	
Repubblica Dominicana	1,1	66	56-77	31	-	-	3,6	0,4h	0,7h	-	36	52	29	-	220	93	
Romania	<0,1	7,0	3,4-22	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-	
Ruanda	3,1	190	180-210	91	2003	10,3	27	0,4h	1,5h	54	51	40	26	210	820	82	
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé/Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	109	
Senegal	0,9	61	29-100	33	2005	0,9	5,0	0,2h	0,6h	24	19	52	36	25	560	83p	
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	74	-	-	-	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leone	1,6	48	27-73	26	2003	3,2	5,2	0,4	1,1	-	17	-	20	31	340	83	
Singapore	0,3	5,5	3,1-14	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	106	
Slovacchia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Slovenia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	0,9	44	23-81	23	-	-	4,5	0,2	0,6	-	4	-	-	23	630	87	
Spagna	0,6	140	84-230	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	<0,1	5,0	3,0-8,3	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310	-	
Stati Uniti	0,6	1200	720-2000	300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudafrica	18,8	5500	4900-6100	3100	2004	25,2	240	4,4h	16,9h	-	-	-	-	1200	2500	-	
Sudan	1,6	350	170-580	180	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	1700	96	
Suriname	1,9	5,2	2,8-8,1	1,4	-	-	<0,1	-	-	-	41	-	49	-	10	97	
Svezia	0,2	8,0	4,8-13	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Svizzera	0,4	17	9,9-27	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Swaziland	33,4	220	150-290	120	2004	37,3	15	7,7	22,7	52	52	70	54	63	95	97	
Tagikistan	0,1	4,9	2,4-16	<0,5	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	
Tanzania, Repubblica Unita	6,5	1400	1300-1600	710	2003	8,2	110	3,0h	4,0h	40	45	46	34	1100	2400	102	
Territorio Palestinese Occupato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Thailandia	1,4	580	330-920	220	-	-	16	-	-	-	46	-	-	-	1200	99	
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Togo	3,2	110	65-160	61	2004	9,3	9,7	0,8	2,2	-	28	-	50	88	280	94	
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trinidad e Tobago	2,6	27	15-42	15	-	-	<1,0	-	-	-	54	-	51	-	28	101	
Tunisia	0,1	8,7	4,7-21	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Turchia	-	<2,0	<5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Turkmenistan	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), fine 2005	Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, 2005 (in migliaia)			Trasmissione madre-figlio		Infezioni pediatriche	Prevenzione tra i giovani						Orfani				
					Numero stimato di donne (15+) affette da HIV, 2005 (in migliaia)			Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale		Prevalenza dell'HIV tra i giovani (15-24 anni), 2005		% con una conoscenza esauriente dell'HIV, 2000-2006*		% che ha utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio, 2000-2006*		Bambini (0-17 anni)		
																orfani per l'AIDS, 2005	orfani in generale, 2005	Rapporto frequenza scolastica orfani
		stima	stima minima	stima massima	(in migliaia)	anno	media	(in migliaia)	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	stima (in migliaia)	stima (in migliaia)	2000-2006*	
Ucraina	1,4	410	250 - 680	200	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	98		
Uganda	6,7	1000	850 - 1200	520	2005	5,2	110	1,1h	4,3h	35	30	55	53	1000	2300	94		
Ungheria	0,1	3,2	1,9 - 5,3	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Uruguay	0,5	9,6	4,6 - 30	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-		
Uzbekistan	0,2	31	15 - 99	4,1	-	-	-	-	-	7	31r	50	61r	-	-	-		
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Venezuela (Repubblica																		
bolivariana)	0,7	110	54 - 350	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-		
Vietnam	0,5	260	150 - 430	84	-	-	-	0,8h	0h	50	42r	68	-	-	1800	84		
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Zambia	17,0	1100	1100 - 1200	570	2004	20,7	130	3,0h	11,1h	46	41	38	26	710	1200	103		
Zimbabwe	20,1	1700	1100 - 2200	890	2004	18,6	160	4,2h	11,0h	46	44	68	42	1100	1400	95		

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	6,1	24500	21600 - 27400	13200	-	9,7	2000	1,4	4,3	31	25	47	31	12000	46600	80
Africa orientale e meridionale	8,6	17500	15800 - 19200	9400	-	13,5	1400	2,1	6,2	37	31	46	32	8700	24300	84
Africa occidentale e centrale	3,5	6900	5300 - 8700	3700	-	4,0	650	0,7	2,3	24	19	47	31	3300	22200	76
Medio Oriente e Nord Africa	0,2	510	320 - 830	210	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridionale#	0,7	5900	3600 - 9700	1600	-	-	130	-	-	43	23	38	22	-	37500	84
Asia orientale e Pacifico	0,2	2300	1800 - 3200	750	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	34800	-
America latina e Caraibi	0,6	1900	1500 - 2800	640	-	-	54	-	-	-	-	47	-	-	10700	-
ECO/CSI	0,6	1500	1000 - 2300	450	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi industrializzati§	0,4	2000	1400 - 3000	530	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo§	1,1	35100	30300 - 41900	16400	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	-	-	-
Paesi meno sviluppati§	2,7	11700	10100 - 13500	6000	-	7,5	1100	1,1	2,9	-	24	-	-	-	-	82
Mondo	1,0	38600	33400 - 46000	17300	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	15200	132700	-

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti – Percentuale di adulti (15-49 anni) affetti da HIV, alla fine del 2005.

Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV – Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV, alla fine del 2005.

Numero stimato di donne (15+ anni) affette da HIV – Numero stimato di donne affette da HIV, alla fine del 2005.

Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale – Percentuale di campioni di sangue di donne incinte (15-24 anni) risultati positivi al test dell'HIV attraverso "test che garantiscono l'anonimato" in centri per l'assistenza prenatale.

Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV – Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV, alla fine del 2005.

Prevalenza dell'HIV tra i giovani (maschi e femmine) – Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) affetti da HIV, alla fine del 2005.

Conoscenza esauriente dell'HIV – Percentuale di ragazze e ragazzi (15-24 anni) che conoscono i due principali modi di prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un partner stabile e non affetto dal virus), che rifiutano le due maggiori false convinzioni, che hanno origine a livello locale, sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che sanno che una persona apparentemente sana può essere sieropositiva.

Uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio – Percentuale di giovani tra 15 e 25 anni (maschi e femmine) che hanno dichiarato di avere utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale avuto con un partner diverso dal coniuge o dal convivente, su tutti quelli che hanno avuto questo tipo di rapporto negli ultimi 12 mesi.

Bambini resi orfani dall'AIDS – Numero stimato di bambini (0-17 anni), alla fine del 2005, che hanno perso uno o entrambi i genitori biologici a causa dell'AIDS.

Bambini orfani in generale – Numero stimato di bambini (0-17 anni), alla fine del 2005, che hanno perso uno o entrambi i genitori biologici per una qualsiasi causa.

Rapporto frequenza scolastica orfani – Percentuale di bambini (10-14 anni) che hanno perso entrambi i genitori biologici e che frequentano attualmente la scuola, in rapporto ai bambini della stessa età non orfani che vivono con almeno un genitore e che frequentano la scuola.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti – Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Numero stimato di donne (15+ anni) affette da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Tasso di prevalenza dell'HIV tra le donne incinte (15-24 anni) nella capitale – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006.

Prevalenza dell'HIV tra i giovani (maschi e femmine) – UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006, Ricerche sugli indicatori dell'AIDS (AIS), Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), 2001-2006.

Conoscenza esauriente dell'HIV – AIS, Indagini di monitoraggio sul comportamento (BSS), DHS, Indagini campione a indicatori multipli (MICS), Indagini sulla Salute Riproduttiva (RHS), 2000-2006; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

Uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio – AIS, BSS, DHS e RHS, 2000-2006; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

Bambini resi orfani dall'AIDS – UNAIDS, UNICEF e Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations*, 2006.

Bambini orfani in generale – UNAIDS, UNICEF e USAID, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations*, 2006.

Rapporto frequenza scolastica orfani – AIS, DHS e MICS, 2000-2006; "Database delle Ricerche sugli indicatori dell'HIV/AIDS", www.measuredhs.com/hivdata.

NOTE

- Dati non disponibili.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

p La percentuale di orfani (10-14 anni) che frequentano la scuola è calcolata su piccoli denominatori (generalmente 25-49 casi non ponderati).

Dati corretti sulla prevalenza dell'HIV negli adulti in India non erano disponibili al momento della pubblicazione; i dati più recenti sull'India in riferimento al "numero stimato di persone (di tutte le età) affette da HIV" non sono compresi nelle sintesi per aree geografiche.

r Indica che l'anno dei dati sulla popolazione femminile è più recente di quello sulla popolazione maschile.

h I dati derivano da ricerche DHS e AIS condotte tra il 2001 e il 2006.

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

Paesi e territori	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2006*		Numero su 100 abitanti 2005		Rapporto iscrizione scuola elementare 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola primaria (2000-2006*) netto		% iscritti alla scuola primaria che raggiungono il 5° anno 2000-2006*		Rapporto iscrizione scuola secondaria 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola secondaria (2000-2006*) netto	
					lordo		netto						lordo		netto			
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Afghanistan	51	18	4	1	108	64	-	-	66	40	-	92	24	8	-	-	18	6
Albania	99	100	60	6	106	105	94	94	92	92	90y	9	79	77	75	73	79	77
Algeria	94	86	49	6	116	107	98	95	97	96	96	95	80	86	65	68	57	65
Andorra	-	-	149	33	89	85	82	79	-	-	-	-	84	93	73	80	-	-
Angola	84	63	11	1	69x	59x	-	-	58	59	-	75	19	15	-	-	22	20
Antigua e Barbuda	-	-	150	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	95	73	12	91	91	77	79	-	-	96	-	89	86	63	68	-	-
Argentina	99	99	82	18	113	112	99	98	-	-	97	-	83	89	76	82	-	-
Armenia	100	100	30	5	92	96	77	81	99	98	-	100	87	89	83	86	93	95
Australia	-	-	142	70	104	104	96	97	-	-	-	-	152	145	86	87	-	-
Austria	-	-	152	49	106	106	96	98	-	-	99y	-	105	100	-	-	-	-
Azerbaigian	100x	100x	40	8	97	96	85	84	91	91	98y	99	84	81	79	76	87	84
Bahamas	-	-	112	32	101	101	90	92	-	-	99	-	90	91	83	85	-	-
Bahrain	97	97	130	21	105	104	97	97	86	87	99	99	96	102	87	93	77	85
Bangladesh	67	60	7	0	107	111	93	96	79	84	65	94	47	48	44	45	36	41
Barbados	-	-	127	59	108	108	98	98	-	-	98	-	113	113	96	97	-	-
Belgio	-	-	135	46	104	104	99	99	-	-	-	-	112	108	97	98	-	-
Belize	76x	77x	57	14	130	125	93	96	-	-	91	-	84	85	71	72	-	-
Benin	59	33	11	6	107	85	86	70	60	47	52	92	41	23	23	11	19	12
Bhutan	-	-	9	3	-	-	80	79	74	67	93	-	-	-	-	-	-	-
Bielorussia	100x	100x	76	35	103	100	91	88	93	94	99y	100	95	96	88	89	95	97
Bolivia	99	96	33	5	113	113	94	96	78	77	85	50	90	87	73	72	57	56
Bosnia/Erzegovina	100	100	66	21	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
Botswana	92	96	54	3	107	105	85	84	83	86	91	96y	72	75	57	62	36	44
Brasile	96	98	68	21	146	135	95	95	95	95	81y	84x,y	101	111	75	81	42x	50x
Brunei Darussalam	99	99	85	36	108	107	93	94	-	-	100	-	94	98	85	90	-	-
Bulgaria	98	98	113	21	103	102	94	93	-	-	92y	-	106	101	89	87	-	-
Burkina Faso	40	27	5	0	64	51	50	40	49	44	76	91	16	12	13	9	17	15
Burundi	77	70	2	1	91	78	63	58	72	70	67	87	16	12	-	-	8	6
Cambogia	88	79	8	0	139	129	93	90	73	76	56	95	35	24	27	22	24	21
Camerun	-	-	14	2	126	107	-	-	86	81	64	91	49	39	-	-	45	42
Canada	-	-	117	68	100	99	99	100	-	-	93	-	119	116	-	-	-	-
Capo Verde	96	97	32	6	111	105	91	89	97	96	78	-	65	70	55	60	-	-
Ciad	56	23	2	0	92	62	72	50	41	31	33	64y	23	8	16	5	13	7
Cile	99	99	90	29	106	101	91	89	-	-	100	-	90	91	-	-	-	-
Cina	99	99	57	8	114	112	99	99	-	-	-	-	74	75	-	-	-	-
Cipro	100	100	136	39	101	101	99	99	-	-	99	-	96	98	93	95	-	-
Colombia	98	98	65	10	113	111	87	87	90	92	81	89	74	82	53	58	64	72
Comore	-	-	4	3	91	80	80	65	31	31	80	25	40	30	-	-	10	11
Congo	98	97	13	1	91	84	40	48	86	87	66	95	42	35	-	-	39	42
Congo, Repubblica Democratica	78	63	5	0	69	54	-	-	55	49	-	54	28	16	-	-	18	15
Corea, Repubblica	-	-	135	68	105	104	100	99	-	-	99	-	96	96	94	94	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	71	52	14	1	80	63	62	50	66	57	88	92	32	18	26	15	32	22
Costarica	97	98	58	21	110	109	91	93	87	89	87	-	77	82	58	64	59	65
Croazia	100	100	122	32	95	94	88	87	-	-	100y	-	88	89	84	86	-	-
Cuba	100	100	9	2	104	99	98	96	-	-	97	99y	94	94	87	88	-	-
Danimarca	-	-	162	53	98	99	95	96	-	-	93	-	122	126	91	93	-	-
Dominica	-	-	88	-	93	92	83	85	-	-	93	-	109	106	92	92	-	-
Ecuador	96	97	60	7	117	117	97	98	-	-	76	-	61	61	52	53	-	-
Egitto	90	79	34	7	104	97	96	91	96	94	95	99	89	82	85	79	72	67
El Salvador	87	90	49	9	115	111	93	93	-	-	69	-	62	64	52	54	-	-
Emirati Arabi Uniti	98	96	128	29	85	82	71	70	-	-	97	-	62	66	56	59	-	-
Eritrea	-	-	2	2	71	57	51	43	69	64	79	82y	40	23	30	20	23	21
Estonia	100	100	142	52	102	99	95	95	-	-	99	-	100	101	90	93	-	-
Etiopia	62	39	1	0	107	94	71	66	45	45	68y	78	41	28	38	26	30	23
Federazione Russa	100	100	112	15	129	129	92	93	-	-	-	-	93	91	-	-	-	-
Figi	-	-	37	8	107	105	97	96	-	-	99	-	85	91	80	85	-	-
Filippine	94	97	45	5	113	112	93	95	88	89	75	93	81	90	55	66	55	70
Finlandia	-	-	141	53	100	99	98	98	-	-	100	-	108	113	95	95	-	-
Francia	-	-	135	43	112	110	99	99	-	-	98x	-	116	116	98	100	-	-

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2006*		Numero su 100 abitanti 2005		Rapporto iscrizione scuola elementare 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola primaria (2000-2006*) netto		% iscritti alla scuola primaria che raggiungono il 5° anno 2000-2006*		Rapporto iscrizione scuola secondaria 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola secondaria (2000-2006*) netto	
					lordo		netto						lordo		netto			
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Gabon	97	95	50	5	130	129	77	77	94	94	69	91y	49	42	-	-	34	36
Gambia	-	-	19	4	79	84	78	77	60	62	-	97	51	42	49	41	39	34
Georgia	-	-	39	6	93	94	93	93	99y	100y	98y	-	82	83	81	81	-	-
Germania	-	-	162	43	101	101	96	96	-	-	99y	-	101	99	-	-	-	-
Ghana	76	66	14	2	94	93	69	70	75	75	63	90	50	43	40	36	45	45
Giamaica	-	-	118	46	95	94	90	90	97	98	90	99	86	89	77	80	88	92
Giappone	-	-	121	67	100	100	100	100	-	-	-	-	102	102	99	100	-	-
Gibuti	-	-	8	1	44	36	37	30	80	78	77x	96	29	19	27	18	50	42
Giordania	99	99	66	13	96	96	88	90	99	99	96	99y	87	88	77	80	85	89
Grecia	99	99	149	18	101	101	99	99	-	-	99	-	103	101	90	92	-	-
Grenada	-	-	72	19	94	91	84	83	-	-	79	-	99	102	78	80	-	-
Guatemala	86	78	46	8	118	109	96	92	80	76	68	73x,y	54	49	35	32	23x	24x
Guinea	59	34	3	1	88	74	70	61	55	48	76	97	39	21	31	17	27	17
Guinea-Bissau	-	-	8	2	84	56	53	38	54	53	-	80	23	13	11	6	8	7
Guinea Equatoriale	95	95	21	1	117	111	85	77	61	60	33	72y	38	22	-	-	23	22
Guyana	-	-	52	21	133	131	-	-	96	96	64	97	101	103	-	-	66	73
Haiti	-	-	8	7	-	-	-	-	48	51	-	89	-	-	-	-	18	21
Honduras	87	91	25	4	113	113	90	92	77	80	70	83	59	73	-	-	29	36
India	84	68	13	5	123	116	92	86	84	85	73	95y	63	50	-	-	64	58
Indonesia	99	99	27	7	119	115	97	94	94	95	90	96y	64	63	59	58	54	56
Iran (Repubblica Islamica)	98	97	38	11	100	122	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraq	89	81	6	0	108	89	94	81	91	80	81	95	54	36	44	31	46	34
Irlanda	-	-	152	34	108	106	96	96	-	-	100	-	108	118	85	91	-	-
Islanda	-	-	169	62	101	98	100	97	-	-	100	-	107	109	87	89	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	83	81	78	77	-	-	-	-	72	73	62	68	-	-
Isole Marshall	-	-	9	-	105	101	90	89	-	-	-	-	75	78	72	77	-	-
Isole Salomone	-	-	3	1	99	94	65	62	-	-	-	-	32	27	28	24	-	-
Israele	-	-	155	24	109	110	97	98	-	-	100	-	93	92	89	89	-	-
Italia	100	100	167	48	103	102	99	98	-	-	100	-	100	99	92	93	-	-
Kazakistan	100x	100x	55	4	110	108	92	90	99	98	100y	100	100	97	92	91	97	97
Kenya	80	81	14	3	114	110	78	79	79	79	83	98	50	48	42	42	12	13
Kirghizistan	100x	100x	19	5	98	97	87	86	91	93	97y	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	-	-	-	2	111	113	96	98	-	-	82	-	82	93	65	71	-	-
Kuwait	100	100	108	26	99	97	87	86	-	-	99y	-	92	98	76	80	-	-
Laos, Repubblica																		
Democratica Popolare	83	75	12	0	123	108	86	81	81	77	63	92	53	40	41	35	40	33
Lesotho	-	-	17	3	132	132	84	89	82	88	73	91	34	43	19	30	16	27
Lettonia	100	100	113	45	94	90	86	89	-	-	98y	-	98	99	-	-	-	-
Libano	-	-	46	20	108	105	93	92	97	97	93	96	85	93	-	-	61	68
Liberia	65	70	-	-	115	83	74	58	-	-	-	-	37	27	22	12	-	-
Libia, Jamahiriya Araba	100	97	20	4	106	105	-	-	-	-	-	-	96	115	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	137	63	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituania	100	100	150	26	95	95	89	89	-	-	98y	-	97	96	91	91	-	-
Lussemburgo	-	-	207	68	100	100	95	95	-	-	92	-	91	97	79	85	-	-
Macedonia, ex Repubblica																		
jugoslava	99	99	88	8	98	98	92	92	97	93	98y	100	85	83	83	81	79	78
Madagascar	59	57	3	1	141	136	93	92	74	77	43	93	14x	14x	11x	11x	17	21
Malawi	82x	71x	4	0	121	124	92	97	86	88	42	87	31	25	25	22	27	26
Maldiva	98	98	-	-	95	93	79	79	-	-	92	-	68	78	60	66	-	-
Malesia	97	97	92	42	96	96	96	95	-	-	98	-	72	81	71	81	-	-
Mali	32x	17x	8	1	74	59	56	45	45	33	87	93	29	18	-	-	15	11
Malta	94x	98x	131	32	101	95	88	84	-	-	99	-	98	101	84	83	-	-
Marocco	81	61	45	15	111	99	89	83	91	87	79	86y	54	46	38	32	39	36
Mauritania	68	56	26	1	93	94	72	72	46	42	57	69y	22	19	17	14	15	9
Mauritius	94	95	81	24	102	102	94	96	-	-	97	-	89	88	81	82	-	-
Messico	98	98	62	17	110	108	98	98	97	97	94	-	78	83	64	66	-	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	24	13	116	113	-	-	-	-	-	-	83	88	-	-	-	-
Moldavia	100	100	48	13	93	92	86	86	84	85	91y	100	80	83	75	77	82	85
Monaco	-	-	145	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	97	98	27	10	92	94	83	85	96	98	91y	96	86	98	79	90	85	91
Montenegro	-	-	-	-	98	98	-	-	98	97	-	97	88	89	-	-	90	92
Mozambico	60x	37x	8	1	111	94	81	74	63	57	62	84	16	11	8	6	8	7
Myanmar	96	93	1	0	99	101	89	91	83	84	70	100	41	40	38	37	51	48

TAVOLA 5. ISTRUZIONE

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2006*		Numero su 100 abitanti 2005		Rapporto iscrizione scuola elementare 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola primaria (2000-2006*) netto		% iscritti alla scuola primaria che raggiungono il 5° anno 2000-2006*		Rapporto iscrizione scuola secondaria 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola secondaria (2000-2006*) netto	
					lordo		netto						lordo		netto			
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Namibia	91	94	31	4	99	100	69	74	78	78	86	95	52	60	33	44	29	40
Nauru	-	-	-	-	84	83	-	-	-	-	31	-	46	50	-	-	-	-
Nepal	81	60	3	1	129	123	90	83	86	82	79	95	46	40	-	-	46	38
Nicaragua	84	89	23	2	113	110	88	86	77	84	54	63	62	71	40	46	35	47
Niger	52	23	2	0	54	39	46	33	36	25	65	89	10	7	9	6	6	6
Nigeria	87	81	15	4	111	95	72	64	66	58	73	97	37	31	29	25	38	33
Niue	-	-	-	-	78	97	-	-	-	-	-	-	104	94	91x	96x	-	-
Norvegia	-	-	149	58	98	98	98	98	-	-	100	-	114	114	97	97	-	-
Nuova Zelanda	-	-	131	68	102	102	99	99	-	-	-	-	119	127	90	93	-	-
Oman	98	97	62	11	81	82	73	74	-	-	100	-	90	86	77	77	-	-
Paesi Bassi	-	-	144	74	108	106	99	98	-	-	99	-	120	117	86	88	-	-
Pakistan	77	53	12	7	99	75	77	59	62	51	70	90	31	23	24	18	23	18
Palau	-	-	-	-	108	101	98	95	-	-	-	-	97	105	-	-	-	-
Panama	97	96	67	6	113	109	99	98	-	-	85	-	68	73	61	67	-	-
Papua Nuova Guinea	69	64	2	2	80	70	-	-	-	-	68	-	29	23	-	-	-	-
Paraguay	96	96	36	3	106	103	87	88	95	96	81	90x,y	63	64	-	-	81	80
Perù	98	96	28	16	113	112	96	97	94	94	90	95	91	92	70	69	70	70
Polonia	-	-	106	26	98	98	96	97	-	-	99	-	100	99	92	94	-	-
Portogallo	100	100	149	27	117	112	98	98	-	-	-	-	94	104	79	87	-	-
Qatar	95	98	119	28	107	106	96	96	-	-	-	-	101	99	91	89	-	-
Regno Unito	-	-	167	54	107	107	99	99	-	-	-	-	104	107	94	97	-	-
Repubblica Ceca	-	-	147	27	102	100	91	93	-	-	98	-	95	97	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	70	47	3	0	67	44	44	37	64	54	-	73	-	-	13	9	16	10
Repubblica Dominicana	93	95	51	17	116	110	87	88	84	88	86	91	64	78	47	59	27	39
Romania	98	98	82	22	108	106	93	92	-	-	95y	-	85	86	79	82	-	-
Ruanda	79	77	3	1	119	121	72	75	84	87	46	84	15	13	11	10	5	5
Saint Kitts/Nevis	-	-	83	-	97	102	91	96	-	-	87	-	95	93	87	85	-	-
Saint Lucia	-	-	-	34	111	107	98	96	-	-	96	-	71	85	61	76	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	78	8	117	105	92	88	-	-	88	-	67	83	57	71	-	-
Samoa	99	99	24	3	100	100	90	91	-	-	94	-	76	85	62	70	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	96	95	12	15	135	132	97	96	94	95	76	87	43	46	30	34	39	41
Senegal	59	41	17	5	80	77	70	67	58	59	73	95	24	18	19	15	20	16
Serbia	-	-	-	-	98	98	-	-	98	98	-	100	88	89	-	-	90	93
Seychelles	99	99	97	26	115	116	99	100	-	-	99	-	106	105	94	100	-	-
Sierra Leone	60	37	-	0	171	139	-	-	69	69	-	92	35	26	-	-	22	17
Singapore	99x	99x	143	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	95	90	31	6	127	121	97	92	97	96	92	99	70	65	64	60	64	65
Slovacchia	-	-	106	35	99	98	91	92	-	-	97y	-	94	95	-	-	-	-
Slovenia	100	100	131	55	102	101	99	98	-	-	99y	-	100	100	94	95	-	-
Somalia	-	-	7	1	-	-	-	-	24	20	56y	92	-	-	-	-	8	4
Spagna	100x	100x	142	40	108	105	100	99	-	-	100	-	121	127	97	100	-	-
Sri Lanka	95	96	22	2	102	101	99	98	-	-	100	-	82	83	-	-	-	-
Stati Uniti	-	-	130	66	100	99	92	93	-	-	-	-	94	96	88	90	-	-
Sudafrica	94x	94x	82	11	106	102	87	87	80	83	82	98x,y	90	97	58	65	41x	48x
Sudan	85	71	7	8	65	56	47	39	60	57	79	71	35	33	-	-	19	20
Suriname	96	94	70	7	120	120	93	96	94	93	-	93	75	100	63	87	55	66
Svezia	-	-	171	76	97	97	96	96	-	-	-	-	103	103	99	100	-	-
Svizzera	-	-	161	51	102	101	93	93	-	-	-	-	98	91	87	81	-	-
Swaziland	87	90	23	4	111	104	80	81	73	72	77	89	46	44	31	35	24	33
Tagikistan	100	100	8	0	103	99	99	96	89	88	98y	99	89	74	86	73	89	74
Tanzania, Repubblica Unita	81	76	9	1	112	109	99	97	71	75	85	96	7x	5x	-	-	8	8
Territorio Palestinese Occupato	99	99	39	7	89	88	80	80	91	92	98y	99	96	103	92	98	-	-
Thailandia	98	98	59	11	98	94	90	86	98	98	-	99	69	72	62	66	77	84
Timor-Leste	-	-	-	-	157	145	-	-	76y	74y	-	-	52	52	-	-	-	-
Togo	84	64	10	6	109	92	84	72	82	76	75	92	54	27	30	14	45	32
Tonga	99x	99x	44	3	118	112	97	93	-	-	89	-	94	102	61	75	-	-
Trinidad e Tobago	100	100	86	12	102	99	90	90	98	98	91	99	79	82	68	70	84	90
Tunisia	96	92	69	9	111	108	97	97	95	93	97	92y	80	88	62	68	-	-
Turchia	98	93	86	15	96	91	92	87	91	87	97	97x,y	83	68	72	61	53	47
Turkmenistan	100x	100x	10	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Tuvalu	-	-	-	-	95	102	-	-	-	-	70	100	87	81	-	-	-	-

	Tasso alfabetismo giovani (15-24 anni) 2000-2006*		Numero su 100 abitanti 2005		Rapporto iscrizione scuola elementare 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola primaria (2000-2006*) netto		% iscritti alla scuola primaria che raggiungono il 5° anno 2000-2006*		Rapporto iscrizione scuola secondaria 2000-2006*				Rapporto frequenza scuola secondaria (2000-2006*) netto	
					lordo		netto						lordo		netto			
	maschi	femmine	telefoni	Internet	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	Dati amministrativi	Dati della ricerca	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Ucraina	100	100	90	10	107	107	83	83	96	98	-	100	92	85	82	77	90	93
Uganda	83	71	5	2	119	119	-	-	82	81	48	89	21	17	16	14	16	16
Ungheria	-	-	126	30	99	97	90	88	-	-	98y	-	97	96	90	90	-	-
Uruguay	98x	99x	66	21	110	108	92	93	-	-	91	-	98	113	-	-	-	-
Uzbekistan	-	-	9	3	100	99	-	-	100	100	96y	100	96	93	-	-	91	90
Vanuatu	-	-	9	3	120	116	95	93	-	-	78	-	44	38	42	36	-	-
Venezuela																		
(Repubblica bolivariana)	96	98	60	13	106	104	91	92	91	93	91	96	70	79	59	68	30	43
Vietnam	94x	94x	30	13	98	91	97	92	94	94	87	98	77	75	71	68	77	78
Yemen	91	59	14	1	102	75	87	63	68	41	73	88x,y	62	31	46	21	35x	13x
Zambia	73x	66x	9	3	114	108	89	89	55	58	94	88	31	25	29	23	17	19
Zimbabwe	98	98	8	8	97	95	81	82	85	87	70	88	38	35	35	33	45	45

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	76	64	14	3	102	91	75	70	64	60	70	86	37	30	30	25	25	22
Africa orientale e meridionale	75	64	17	3	110	104	83	81	66	67	69	87	41	35	35	30	20	19
Africa occidentale e centrale	76	64	11	2	95	79	68	59	62	55	71	86	34	25	26	20	30	25
Medio Oriente e Nord Africa	92	83	37	9	100	94	86	81	89	86	88	91	74	68	67	62	54	52
Asia meridionale	81	65	12	5	118	109	90	83	81	79	72	94	56	46	-	-	55	50
Asia orientale e Pacifico	99	98	52	10	112	110	98	97	91	92	84**	96**	72	72	61**	62**	60**	63**
America latina e Caraibi	96	97	61	16	120	115	95	94	90	91	85	-	85	92	67	71	-	-
ECO/CSI	99	98	84	14	105	102	91	89	93	91	97	-	90	86	80	75	80	78
Paesi industrializzati ^s	-	-	138	55	102	101	95	96	-	-	-	-	102	103	92	93	-	-
Paesi in via di sviluppo ^s	90	84	35	8	111	105	90	86	80	78	77**	92**	63	59	52**	50**	50**	46**
Paesi meno sviluppati ^s	74	59	6	1	100	91	80	75	65	63	67	85	36	29	33	28	26	24
Mondo	91	85	53	15	110	104	91	87	80	78	78**	92**	68	64	59**	58**	50**	47**

^s Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di alfabetismo dei giovani – Numero di persone alfabetizzate che hanno tra i 15 e i 24 anni, espresso come percentuale sul totale della popolazione di quella fascia di età.

Rapporto lordo di iscrizione alla scuola primaria – Numero dei bambini iscritti alla scuola primaria, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.

Rapporto lordo di iscrizione alla scuola secondaria – Numero dei bambini iscritti alla scuola secondaria, di qualunque età, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.

Rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria – Il numero di bambini iscritti alla scuola primaria appartenenti alla fascia di età a essa corrispondente, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.

Rapporto netto di iscrizione alla scuola secondaria – Il numero di bambini iscritti alla scuola secondaria appartenenti alla fascia di età a essa corrispondente, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.

Rapporto netto di frequenza alla scuola primaria – Il numero di bambini che frequentano la scuola primaria o secondaria, in età di scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.

Rapporto netto di frequenza alla scuola secondaria – Il numero di bambini che frequentano la scuola secondaria o post-secondaria, in età di scuola secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.

Iscritti alla scuola primaria che raggiungono il 5° anno – Percentuale di bambini iscritti alla prima classe della scuola primaria che completano il ciclo di cinque anni.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Alfabetismo dei giovani – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

Uso del telefono e di internet – Unione Internazionale delle Telecomunicazioni, Ginevra.

Iscrizione alla scuola primaria e secondaria – UIS.

Frequenza della scuola primaria e secondaria – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) e Indagini campione a indicatori multipli (MICS).

Raggiungimento del 5° anno – Dati amministrativi: UIS. Dati delle ricerche: DHS e MICS.

NOTE

- Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Esclusa la Cina.

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

Paesi e territori	Popolazione (in migliaia) 2006		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2006	% popolazione urbana 2006	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Afghanistan	13982	4823	0,3	4,5	29	23	20	52	52	49	35	41	43	7,2	23	2,9	6,0
Albania	1003	250	2,2	-0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	46	2,9	1,2
Algeria	11870	3213	3,0	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	64	4,4	3,0
Andorra	14	4	3,9	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3,8	1,9
Angola	8797	3082	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	54	7,3	5,2
Antigua e Barbuda	28	8	-0,6	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0,3	2,4
Arabia Saudita	9671	2879	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	72	3,5	81	7,5	2,8
Argentina	12277	3346	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2,0	1,4
Armenia	789	164	1,7	-1,0	5	8	9	23	21	12	70	68	72	1,3	64	2,3	-1,4
Australia	4803	1267	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	88	1,4	1,4
Austria	1584	394	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Azerbaigian	2604	547	1,7	1,0	7	7	7	29	27	15	65	66	67	1,7	52	2,0	0,7
Bahamas	106	28	2,0	1,6	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2,0	91	3,1	2,1
Bahrein	226	65	4,0	2,5	9	4	3	40	29	18	62	72	75	2,4	97	4,3	3,1
Bangladesh	64194	18951	2,4	2,0	20	12	8	45	35	26	44	54	63	2,9	25	7,2	3,6
Barbados	67	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	53	1,0	1,6
Belgio	2138	561	0,2	0,3	12	11	10	14	12	11	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Belize	123	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	26	66	72	76	3,0	48	1,7	2,7
Benin	4437	1488	3,0	3,3	22	15	12	47	47	41	46	53	56	5,6	40	6,7	4,3
Bhutan	252	61	3,0	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	65	2,3	11	6,1	4,0
Bielorussia	1936	455	0,6	-0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Bolivia	4131	1243	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,6	65	4,0	3,1
Bosnia/Erzegovina	842	195	0,9	-0,6	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	46	2,8	0,5
Botswana	784	216	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	49	3,0	58	11,8	4,0
Brasile	62408	18092	2,2	1,5	10	7	6	35	24	20	59	66	72	2,3	85	3,7	2,3
Brunei Darussalam	131	40	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,4	74	3,7	3,2
Bulgaria	1331	341	0,2	-0,9	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	70	1,4	-0,5
Burkina Faso	7573	2605	2,4	3,0	24	17	15	51	49	45	42	50	52	6,1	19	6,8	4,9
Burundi	4249	1461	2,4	2,3	20	19	16	44	48	46	44	46	49	6,8	10	7,3	5,4
Cambogia	6261	1690	1,7	2,4	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,3	20	2,0	5,4
Camerun	8791	2851	2,9	2,5	19	13	15	45	42	36	46	55	50	4,5	56	6,4	4,4
Canada	6948	1716	1,2	1,0	7	7	7	17	14	10	73	77	80	1,5	80	1,3	1,3
Capo Verde	240	73	1,4	2,4	12	8	5	40	39	30	56	65	71	3,5	58	5,5	4,1
Ciad	5528	1943	2,5	3,4	21	16	16	46	48	46	45	52	50	6,3	26	5,5	4,7
Cile	4897	1233	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	78	1,9	88	2,1	1,7
Cina	348276	84390	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	41	3,9	3,4
Cipro	202	49	0,5	1,4	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	69	3,0	1,6
Colombia	16233	4438	2,2	1,7	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,3	73	3,2	2,0
Comore	395	129	3,3	2,8	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,5	38	5,1	4,6
Congo	1788	587	3,0	2,6	14	11	12	44	39	36	54	57	54	4,6	61	4,7	3,3
Congo, Repubblica Democratica	32671	11843	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	3,9
Corea, Repubblica	10616	2369	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	78	1,2	81	4,5	1,3
Corea, Repubblica Democratica Popolare	6744	1606	1,7	1,0	7	6	10	35	21	14	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
Costa d'Avorio	9179	2849	4,4	2,5	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,6	45	6,1	3,3
Costarica	1490	393	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	62	4,0	3,5
Croazia	859	205	0,4	0,1	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Cuba	2630	652	1,0	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2,0	0,5
Danimarca	1210	321	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Dominica	23	6	0,3	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2,1	0,3
Ecuador	5064	1414	2,7	1,6	12	6	5	42	29	22	58	68	75	2,6	63	4,4	2,4
Egitto	29263	8634	2,2	1,9	17	9	6	41	32	25	50	62	71	3,0	43	2,4	1,8
El Salvador	2685	775	1,8	1,8	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3,0
Emirati Arabi Uniti	976	315	10,6	5,1	11	3	1	36	27	16	61	73	78	2,3	77	10,5	5,0
Eritrea	2330	808	2,7	2,5	21	16	10	47	41	40	43	48	57	5,2	20	3,8	3,9
Estonia	261	67	0,7	-1,0	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	-1,2
Etiopia	41299	13439	2,7	2,9	21	18	13	49	47	39	43	47	52	5,4	16	4,6	4,4
Federazione Russa	27839	7195	0,7	-0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	-0,3
Figi	321	90	1,6	0,9	8	6	7	34	29	22	60	67	69	2,8	51	2,5	2,2
Filippine	36430	11027	2,6	2,1	11	7	5	40	33	27	57	65	71	3,3	63	4,5	3,8

	Popolazione (in migliaia) 2006		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2006	% popolazione urbana 2006	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Finlandia	1097	286	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
Francia	13555	3834	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	80	1,9	77	0,8	0,7
Gabon	554	158	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	56	3,1	84	6,6	3,5
Gambia	784	261	3,5	3,4	28	15	11	50	43	36	37	51	59	4,8	55	6,8	5,7
Georgia	1043	237	0,7	-1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	-1,6
Germania	14517	3548	0,1	0,2	12	11	10	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Ghana	10452	3195	2,7	2,4	16	11	10	45	40	30	49	57	59	4,0	49	3,9	4,2
Giamaica	1011	277	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	53	2,1	1,3
Giappone	21393	5622	0,8	0,2	7	7	9	19	10	9	72	79	82	1,3	66	1,7	0,5
Gibuti	368	107	6,2	2,4	21	14	12	49	42	29	43	51	54	4,1	87	7,3	3,2
Giordania	2460	718	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,2	83	4,8	4,4
Grecia	1917	513	0,7	0,6	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Grenada	43	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	68	2,3	31	0,1	0,3
Guatemala	6463	2066	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,3	48	3,2	3,3
Guinea	4576	1544	2,3	2,6	27	19	12	50	47	41	38	47	55	5,6	33	5,1	3,7
Guinea-Bissau	889	322	2,8	3,0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,3
Guinea Equatoriale	241	81	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2,0	3,1
Guyana	268	73	0,1	0,1	11	9	9	38	25	18	60	62	66	2,4	28	0,2	-0,2
Haiti	4190	1244	2,1	1,8	18	13	10	39	37	28	47	54	60	3,7	39	4,1	3,6
Honduras	3235	943	3,0	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,4	47	4,6	3,2
India	445361	126843	2,2	1,8	16	10	8	38	32	24	49	59	64	2,9	29	3,5	2,6
Indonesia	76870	21720	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	49	5,0	4,4
Iran (Repubblica Islamica)	24682	6270	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2,0	67	4,9	2,5
Iraq	13691	4223	3,0	2,7	12	8	10	46	39	33	56	63	58	4,4	67	4,1	2,4
Irlanda	1047	315	0,9	1,1	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2,0	61	1,3	1,6
Islanda	78	21	1,1	1,0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2,0	93	1,4	1,1
Isole Cook	5	2	-0,9	-1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0,5	-0,2
Isole Marshall	22	6	4,2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4,3	1,5
Isole Salomone	226	70	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	4,0	17	5,5	4,2
Israele	2231	679	2,2	2,6	7	6	5	27	22	20	71	76	80	2,8	92	2,6	2,7
Italia	9886	2729	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	80	1,4	68	0,4	0,3
Kazakistan	4595	1253	1,2	-0,5	9	9	10	26	23	19	62	67	66	2,2	58	1,7	-0,3
Kenya	18155	6161	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5,0	21	6,5	3,7
Kirghizistan	1959	504	2,0	1,1	11	8	8	31	31	21	60	66	66	2,5	36	2,0	0,8
Kiribati	35	10	2,5	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,0	4,0
Kuwait	769	236	5,3	1,6	6	2	2	48	24	18	66	75	77	2,2	98	6,0	1,6
Laos, Repubblica Democratica Popolare	2682	715	2,3	2,2	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,3	21	4,7	4,1
Lesotho	952	272	2,2	1,4	17	11	19	43	36	30	49	59	42	3,5	19	5,7	2,0
Lettonia	427	102	0,6	-0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	72	1,3	68	1,3	-1,1
Libano	1367	363	1,0	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,2
Liberia	1922	690	2,2	3,2	22	21	19	49	50	50	42	43	45	6,8	59	4,9	4,9
Libia, Jamahiriya Araba	2154	676	3,9	2,0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,5
Liechtenstein	7	2	1,5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,6	1,5
Lituania	713	151	0,8	-0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	-0,6
Lussemburgo	101	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	12	70	75	79	1,7	83	1,0	1,3
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	486	117	1,0	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,5	70	2,0	1,6
Madagascar	9613	3142	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,9	27	5,3	3,8
Malawi	7286	2425	3,7	2,3	24	18	16	56	50	42	41	49	47	5,7	18	7,0	4,8
Maldiva	123	30	2,9	2,1	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	30	6,8	3,0
Malesia	9623	2758	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,7	68	4,5	4,3
Mali	6528	2247	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,6	31	4,7	4,6
Malta	85	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Marocco	11135	2978	2,4	1,4	17	8	6	47	30	21	52	64	71	2,4	59	4,1	2,6
Mauritania	1415	456	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,5	41	7,6	2,9
Mauritius	360	94	1,2	1,1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,8
Messico	37911	10445	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,3	76	3,4	1,7
Micronesia (Stati Federati)	50	14	2,2	0,9	9	7	6	41	34	27	62	66	68	3,9	22	2,4	0,0
Moldavia	975	213	1,0	-0,8	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	-0,8
Monaco	6	2	1,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,2	0,5

TAVOLA 6. INDICATORI DEMOGRAFICI

	Popolazione (in migliaia) 2006		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2006	% popolazione urbana 2006	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Mongolia	918	233	2,8	1,0	14	9	7	42	33	19	53	61	66	1,9	57	4,0	1,0
Montenegro	145	38	0,6	0,1	3	5	9	10	11	13	69	75	74	1,8	-	-	-
Mozambico	10674	3670	1,8	2,7	25	20	20	48	43	41	39	43	42	5,2	35	8,3	5,9
Myanmar	15772	4146	2,1	1,2	15	11	10	40	27	19	51	59	61	2,1	31	2,5	2,6
Namibia	942	248	3,0	2,3	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,3	36	4,1	3,9
Nauru	4	1	1,7	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,7	0,6
Nepal	12487	3626	2,3	2,3	21	13	8	42	39	29	43	54	63	3,4	16	6,3	6,1
Nicaragua	2446	671	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	72	2,8	59	3,3	2,5
Niger	7455	2713	3,1	3,5	26	22	14	58	56	50	40	46	56	7,3	17	5,9	4,1
Nigeria	73703	24503	2,8	2,7	22	18	17	47	47	41	42	47	47	5,5	49	5,3	4,8
Niue	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
Norvegia	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	77	0,9	1,1
Nuova Zelanda	1066	284	1,0	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2,0	86	1,2	1,3
Oman	1014	269	4,5	2,0	17	4	3	50	38	22	49	70	75	3,1	71	9,3	2,6
Paesi Bassi	3592	987	0,7	0,6	8	9	9	17	13	12	74	77	79	1,7	81	1,2	1,6
Pakistan	70673	19012	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,6	35	4,2	3,1
Palau	8	2	1,4	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2,2	1,8
Panama	1172	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	72	3,0	3,7
Papua Nuova Guinea	2899	898	2,4	2,5	19	11	10	42	37	31	43	54	57	4,0	13	3,9	2,7
Paraguay	2522	731	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	71	3,2	59	4,0	3,4
Perù	10318	2815	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,8
Polonia	7684	1765	0,8	0,0	8	10	10	17	15	9	70	71	75	1,2	62	1,6	0,1
Portogallo	1996	557	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	58	1,8	1,6
Qatar	204	64	7,2	3,5	13	3	2	34	23	17	60	69	75	2,7	96	7,4	3,7
Regno Unito	13155	3467	0,1	0,3	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,4
Repubblica Ceca	1857	466	0,2	-0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	-0,2
Repubblica Centrafricana	2107	668	2,4	2,2	22	16	19	42	42	37	42	50	44	4,7	38	3,9	2,4
Repubblica Dominicana	3760	1110	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,9	68	3,9	3,0
Romania	4276	1058	0,7	-0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	-0,5
Ruanda	4844	1617	3,3	1,6	20	33	17	53	49	44	44	33	46	6,0	20	5,9	9,9
Saint Kitts/Nevis	17	5	-0,5	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0,4	0,7
Saint Lucia	55	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	73	2,2	28	2,4	0,7
Saint Vincent/Grenadines	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	46	3,0	1,4
Samoa	88	25	0,6	0,9	10	7	5	39	34	26	55	65	71	4,1	23	0,8	1,3
San Marino	6	2	1,2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	3,1	1,4
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	75	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	4,0	59	4,2	3,7
Senegal	5888	1913	2,9	2,7	21	12	9	48	43	36	45	57	63	4,9	42	4,2	3,1
Serbia	2222	605	0,8	0,2	9	10	11	18	15	13	68	71	74	1,8	-	-	-
Seychelles	44	15	1,6	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,8	1,2
Sierra Leone	2827	999	2,1	2,1	29	26	23	47	48	46	35	39	42	6,5	41	4,8	4,1
Singapore	1010	207	1,9	2,3	5	5	5	23	18	9	69	75	80	1,3	100	1,9	2,3
Siria, Repubblica Araba	8342	2500	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,2	51	4,1	2,9
Slovacchia	1114	259	0,7	0,2	10	10	10	19	15	10	70	72	74	1,2	56	2,3	0,1
Slovenia	349	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,3
Somalia	4261	1507	3,1	1,4	24	22	17	51	46	44	40	42	47	6,2	36	4,5	2,6
Spagna	7671	2268	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Sri Lanka	5576	1483	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1,0	-0,1
Stati Uniti	75757	20776	1,0	1,0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,5
Sudafrica	18349	5254	2,4	1,7	14	8	16	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,6
Sudan	17697	5483	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,4	42	5,3	5,1
Suriname	160	45	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,5	74	2,4	1,3
Svezia	1925	499	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Svizzera	1500	362	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	81	1,4	76	1,6	1,2
Swaziland	536	147	3,2	1,7	18	10	20	50	41	29	48	59	40	3,6	24	7,5	2,1
Tagikistan	3090	858	2,9	1,4	10	8	6	40	39	28	60	63	66	3,5	25	2,2	-0,2
Tanzania, Repubblica Unita	20171	6953	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,3	25	7,5	4,4
Territorio Palestinese Occupato	2039	673	3,4	3,7	19	7	4	49	46	37	54	68	73	5,3	72	4,5	4,0
Thailandia	16522	4514	1,9	1,0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,6

	Popolazione (in migliaia) 2006		Tasso di crescita annua della popolazione (%)		Tasso di mortalità non elaborato			Tasso di natalità non elaborato			Speranza di vita			Tasso totale di fertilità 2006	% popolazione urbana 2006	Tasso di crescita media annua della popolazione urbana (%)	
	sotto i 18 anni	sotto i 5 anni	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Timor-Leste	570	190	1,0	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	60	6,7	27	3,4	4,1
Togo	3192	1045	3,1	3,0	18	12	10	48	44	38	48	58	58	5,0	41	4,9	4,9
Tonga	44	12	-0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,7
Trinidad e Tobago	365	93	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	69	1,6	13	-0,5	2,9
Tunisia	3225	823	2,4	1,4	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2,0
Turchia	24632	6630	2,3	1,6	12	8	6	39	26	19	56	65	72	2,2	68	4,5	2,4
Turkmenistan	1865	491	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,6	47	2,3	2,0
Tuvalu	4	1	1,3	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4,6	2,7
Ucraina	8676	2001	0,4	-0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	-0,5
Uganda	16828	5840	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	50	6,6	13	5,7	4,1
Ungheria	1935	475	0,0	-0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	-0,1
Uruguay	943	254	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Uzbekistan	10673	2861	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,6	37	3,1	1,2
Vanuatu	102	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,9	24	4,9	4,0
Venezuela (Repubblica bolivariana)	10052	2880	3,0	2,0	7	5	5	37	29	22	65	71	73	2,6	94	3,8	2,7
Vietnam	30570	8101	2,2	1,7	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,4
Yemen	11482	3639	3,3	3,6	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,6	28	5,5	5,3
Zambia	6164	2012	3,2	2,3	17	16	20	49	44	40	49	49	41	5,3	35	4,5	1,6
Zimbabwe	6199	1703	3,5	1,5	13	8	19	48	37	28	55	63	42	3,3	36	6,1	2,9

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	376047	125254	2,9	2,6	20	16	15	48	45	40	45	50	50	5,3	35	4,7	4,1
Africa orientale e meridionale	183232	60197	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	5,0	29	4,7	3,7
Africa occidentale e centrale	192816	65057	2,9	2,7	22	17	16	48	47	42	43	49	50	5,6	42	4,8	4,3
Medio Oriente e Nord Africa	152632	44126	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,1	58	4,4	2,8
Asia meridionale	612647	174830	2,3	1,9	17	11	8	39	33	25	49	59	64	3,0	29	3,8	2,8
Asia orientale e Pacifico	566804	144870	1,8	1,1	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	43	3,9	3,4
America latina e Caraibi	197134	55715	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,1
ECO/CSI	101837	26218	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,2
Paesi industrializzati [§]	204920	54768	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Paesi in via di sviluppo [§]	1958948	559069	2,2	1,6	13	9	8	38	29	23	55	63	66	2,8	43	3,8	2,9
Paesi meno sviluppati [§]	376727	122114	2,5	2,5	21	16	13	47	42	36	44	51	55	4,7	27	4,9	4,1
Mondo	2212024	625781	1,8	1,4	12	9	9	32	26	21	59	65	68	2,6	49	2,7	2,2

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Speranza di vita alla nascita – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso di mortalità non elaborato – Numero annuo di decessi su 1.000 abitanti.

Tasso di natalità non elaborato – Numero annuo di nascite su 1.000 abitanti.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

Popolazione urbana – Percentuale di popolazione che vive in aree urbane, definita in base ai criteri adottati a livello nazionale per il censimento della popolazione più recente.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione infantile – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Tassi di mortalità e di natalità non elaborati – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Speranza di vita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Popolazione urbana – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

Paesi e territori	PNL pro capite (USD) 2006	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2006	% di popolazione con meno di 1 USD al giorno 1995-2005*	% spesa statale (1995-2005*) stanziata per:			Flusso di APS in milioni di USD 2005	Flusso di APS % sul PNL del paese beneficiario 2005	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2006			sanità	istruzione	difesa			1990	2005
Afghanistan	250x	1,6x	-	-	-	-	-	-	2775	40	-	-
Albania	2960	-0,7x	5,2	20	<2	4	2	4	319	4	4x	2x
Algeria	3030	2	1,3	13	<2	4	24	17	371	0	62	19x
Andorra	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1980	0,4x	2,1	361	-	6x	15x	34x	442	2	7	9
Antigua e Barbuda	11210	6,5x	1,8	2	-	-	-	-	7	1	-	-
Arabia Saudita	12510x	-2	0,1x	3x	-	6x	14x	36x	26	0	-	-
Argentina	5150	-1	1,3	6	7	5	5	3	100	0	30	12
Armenia	1930	-	5,2	78	<2	-	-	-	193	4	-	5x
Australia	35990	2	2,5	2	-	15	10	6	-	-	-	-
Austria	39590	2	1,9	1	-	14	10	2	-	-	-	-
Azerbaijan	1850	-	1,5	78	4	1	4	12	223	2	-	4x
Bahamas	14920x	2	0,4x	3x	-	16	20	3	-	-	-	-
Bahreïn	14370x	-1,3x	2,3x	2x	-	8	15	14	0	0	-	-
Bangladesh	480	1	3	4	41	7	17	10	1321	2	17	5
Barbados	d	2	1,5x	3x	-	-	-	-	-2	0	14	5
Belgio	38600	2	1,8	2	-	16	3	3	-	-	-	-
Belize	3650	3	2,3	1	-	8	20	5	13	1	5	34
Benin	540	0	1,4	6	31	6x	31x	17x	349	8	7	6x
Bhutan	1410	4,7x	4,8	8	-	9	13	-	90	11	5x	5x
Bielorussia	3380	-	2,8	180	<2	3	4	3	54	0	-	1x
Bolivia	1100	-1	1,3	7	23	10	21	5	583	6	31	13
Bosnia/Erzegovina	2980	-	11,6x	5x	-	-	-	-	546	5	-	3x
Botswana	5900	8	4,8	8	28x	5	26	8	71	1	4	1
Brasile	4730	2	1,1	81	8	6	6	3	192	0	19	26
Brunei Darussalam	24100x	-2,1x	-0,8x	0x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	3990	3,4x	2	55	<2	12	5	6	-	-	19	28
Burkina Faso	460	1	1,5	5	27	7x	17x	14x	660	13	6	10x
Burundi	100	1	-2,6	12	55	2	15	23	365	50	41	41
Cambogia	480	-	5,8x	3x	34	-	-	-	538	9	-	0x
Camerun	1080	3	0,7	4	17	3	12	10	414	3	18	11x
Canada	36170	2	2,2	2	-	9	2	6	-	-	-	-
Capo Verde	2130	-	3,3	4	-	-	-	-	161	16	5	6
Ciad	480	-1	2,4	7	-	8x	8x	-	380	10	2	7x
Cile	6980	2	3,7	6	<2	14	17	7	152	0	20	15
Cina	2010	7	8,8	5	10	0	2	12	1757	0	10	3
Cipro	18430x	5,9x	2,3x	4x	-	6	12	4	-	-	-	-
Colombia	2740	2	0,8	15	7	9	20	13	511	0	39	34
Comore	660	0,1x	-0,4	4	-	-	-	-	25	6	2	3x
Congo	950x	3	-0,8	8	-	4	4	10	1449	38	32	2
Congo, Repubblica Democratica	130	-2	-4,7	385	-	0	0	18	1828	26	5x	0x
Corea, Repubblica	17690	6	4,5	4	<2	0	14	10	-	-	10x	10x
Corea, Repubblica Democratica Popolare	a	-	-	-	-	-	-	-	81	0	-	-
Costa d'Avorio	870	-2	-0,5	6	15	4x	21x	4x	119	1	26	4
Costarica	4980	1	2,4	13	3	21	22	0	30	0	21	5
Croazia	9330	-	2,8	37	<2	13	8	4	125	0	-	27x
Cuba	1170x	-	3,5x	4x	-	23x	10x	-	88	0	-	-
Danimarca	51700	2	1,9	2	-	1	12	5	-	-	-	-
Dominica	3960	4,7x	1,4	2	-	-	-	-	15	5	4	13
Ecuador	2840	1	1	5	18	11x	18x	13x	210	1	27	28
Egitto	1350	4	2,4	7	3	3	15	9	926	1	18	6
El Salvador	2540	-2	1,6	5	19	13	15	3	199	1	14	7
Emirati Arabi Uniti	23950x	-4,8x	-0,9x	3x	-	7	17	30	-	-	-	-
Eritrea	200	-	0x	12x	-	-	-	-	355	47	-	13x
Estonia	11410	1,5x	4,9	26	<2	16	7	5	-	-	-	15x
Etiopia	180	-	1,9	4	23	1	5	17	1937	17	33	4
Federazione Russa	5780	-	0,6	78	<2	9	4	13	-	-	-	9x
Figi	3300	0,6x	1,4x	3x	-	9	18	6	64	2	12	6x
Filippine	1420	1	1,7	7	15	2	19	5	562	1	23	16
Finlandia	40650	3	2,6	2	-	3	10	4	-	-	-	-
Francia	36550	2	1,6	1	-	16x	7x	6x	-	-	-	-

	PNL pro capite (USD) 2006	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2006	% di popolazione con meno di 1 USD al giorno 1995-2005*	% spesa statale (1995-2005*) stanziata per:			Flusso di APS in milioni di USD 2005	Flusso di APS % sul PNL del paese beneficiario 2005	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2006			sanità	istruzione	difesa			1990	2005
Gabon	5000	0	-1	6	-	-	-	-	54	1	4	11x
Gambia	310	1	0,3	8	59	7x	12x	4x	58	13	18	11
Georgia	1560	3	1	116	7	3	4	9	310	5	-	8x
Germania	36620	2,2x	1,4	1	-	19	1	4	-	-	-	-
Ghana	520	-2	2,1	25	45	7x	22x	5x	1120	11	21	6
Giamaica	3480	-1	0,7	16	<2	7	15	2	36	0	20	16
Giappone	38410	3	0,9	-1	-	2x	6x	4x	-	-	18	5
Gibuti	1060	-	-2,4	3	-	-	-	-	79	10	-	4x
Giordania	2660	2,5x	1,8	2	<2	10	16	19	622	5	18x	7x
Grecia	21690	1	2,7	6	-	7	11	8	-	-	-	-
Grenada	4420	4,9x	2,3	2	-	10x	17x	-	45	9	2	6
Guatemala	2640	0	1,2	9	14	11x	17x	11x	254	1	11	5
Guinea	410	0,3x	1,3	8	-	3x	11x	29x	182	5	18	17x
Guinea-Bissau	190	0	-2,5	17	-	1x	3x	4x	79	28	21	11x
Guinea Equatoriale	8250	-	21,6	13	-	-	-	-	39	1	2	0x
Guyana	1130	-2	3	8	<2x	-	-	-	137	18	-	5x
Haiti	480	0	-2	19	54	-	-	-	515	13	5	3
Honduras	1200	1	0,6	14	15	10x	19x	7x	681	8	30	7
India	820	2	4,4	6	34	2	2	13	1724	0	25	18x
Indonesia	1420	5	2,2	15	8	1	4	7	2524	1	31	20x
Iran (Repubblica Islamica)	3000	-2	2,5	23	<2	6	7	14	104	0	1	4x
Iraq	2170x	-4,3x	-	-	-	-	-	-	21654	0	-	-
Irlanda	45580	3	6	4	-	16	14	3	-	-	-	-
Islanda	50580	3	2,3	4	-	26	10	-	-	-	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-
Isole Marshall	3000	-	-2,2	5	-	-	-	-	57	31	-	-
Isole Salomone	680	3	-2,3	8	-	-	-	-	198	67	10	7x
Israele	18580x	2	1,5x	7x	-	13	15	19	-	-	-	-
Italia	32020	3	1,3	3	-	3	10	3	-	-	-	-
Kazakistan	3790	-	2,6	83	<2	4	4	5	229	1	-	38x
Kenya	580	1	0	11	23	7	26	6	768	4	26	4
Kirghizistan	490	-	-0,9	51	<2	11	20	10	268	12	-	11x
Kiribati	1230	-5	1,9	2	-	-	-	-	28	22	-	22x
Kuwait	30630x	-6,8x	0,6x	4x	-	6	12	15	-	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	500	-	4,1	26	27	-	-	-	296	12	8	8x
Lesotho	1030	3	2,3	8	36	6	25	5	69	4	4	5
Lettonia	8100	3	4,2	23	<2	11	6	4	-	-	-	18x
Libano	5490	-	2,5	9	-	2	7	11	243	1	1x	63x
Liberia	140	-4	2,2	44	36x	5x	11x	9x	236	54	-	0x
Libia, Jamahiriya Araba	7380	-4,8x	-	-	-	-	-	-	24	0	-	-
Liechtenstein	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	7870	-	2,5	32	<2	10	7	4	-	-	-	13x
Lussemburgo	76040	3	3,3	2	-	13	10	1	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	3060	-	0,2	34	<2	-	-	-	230	4	-	9x
Madagascar	280	-2	-0,5	15	61	8	13	5	929	17	32	14
Malawi	170	0	1,1	28	21	7x	12x	5x	575	28	23	6x
Maldiva	2680	-	4,2x	1x	-	9	14	10	67	9	4	7
Malesia	5490	4	3,2	3	<2	6	23	11	32	0	12	5
Mali	440	-1	2,2	5	36	2x	9x	8x	691	13	8	5x
Malta	13610x	7	2,7x	3x	-	14	13	2	0	0	0x	3x
Marocco	1900	2	1,6	2	<2	3	18	13	652	1	18	11
Mauritania	740	-1	0,5	8	26	4x	23x	-	190	11	24	20x
Mauritius	5450	5,1x	3,7	6	-	9	16	1	32	0	6	6
Messico	7870	2	1,5	14	3	5	25	3	189	0	16	17
Micronesia (Stati Federati)	2380	-	-0,2	2	-	-	-	-	106	42	-	-
Moldavia	1100	1,8x	-2	57	<2	13	9	1	192	6	-	10x
Monaco	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	880	-	3,3x	11x	11	6	9	9	212	12	-	2x
Montenegro	3860	-	2,6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambico	340	-1x	4,4	21	36	5x	10x	35x	1286	21	21	3
Myanmar	220x	2	6,6x	24x	-	5	15	22	145	0	17	3x

TAVOLA 7. INDICATORI ECONOMICI

	PNL pro capite (USD) 2006	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2006	% di popolazione con meno di 1 USD al giorno 1995-2005*	% spesa statale (1995-2005*) stanziata per:			Flusso di APS in milioni di USD 2005	Flusso di APS % sul PNL del paese beneficiario 2005	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2006			sanità	istruzione	difesa			1990	2005
Namibia	3230	-2,3x	1,5	9	35x	10x	22x	7x	123	2	12	4
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Nepal	290	1	1,9	6	24	5	18	11	428	6	12x	5x
Nicaragua	1000	-4	1,9	22	45	13x	15x	6x	740	15	2	6
Niger	260	-2	-0,5	4	61	-	-	-	515	15	12	6x
Nigeria	640	-1	0,7	22	71	1x	3x	3x	6437	9	22	16
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0	-	-
Norvegia	66530	3	2,6	3	-	16	6	5	-	-	-	-
Nuova Zelanda	27250	1	2,1	2	-	18	20	3	-	-	-	-
Oman	9070x	3	1,8x	1x	-	7	15	33	31	0	12	7
Paesi Bassi	42670	2	1,8	2	-	10	11	4	-	-	-	-
Pakistan	770	3	1,4	10	17	1	1	20	1666	2	16	9
Palau	7990	-	-	3x	-	-	-	-	23	15	-	-
Panama	4890	0	2,3	2	7	18	16	-	20	0	3	17
Papua Nuova Guinea	770	-1	0,2	8	-	7	22	4	266	6	37	9
Paraguay	1400	3	-0,5	11	14	7x	22x	11x	51	1	12	11
Perù	2920	-1	2,3	14	11	13	7	-	398	1	6	25
Polonia	8190	-	4,3	14	<2	11	12	4	-	-	4	28
Portogallo	18100	3	1,9	4	<2x	16	16	3	-	-	-	-
Qatar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regno Unito	40180	2	2,5	3	-	15	4	7	-	-	-	-
Repubblica Ceca	12680	-	2,1	8	<2	16	10	4	-	-	-	10x
Repubblica Centrafricana	360	-1	-0,6	3	67x	-	-	-	95	7	8	12x
Repubblica Dominicana	2850	2	3,7	11	3	10	13	4	77	0	7	6
Romania	4850	0,9x	2	62	<2	14	7	5	-	-	0	17
Ruanda	250	1	0,3	9	60	5x	26x	-	576	28	10	7
Saint Kitts/Nevis	8840	6,3x	2,8	3	-	-	-	-	4	1	3	23
Saint Lucia	5110	5,3x	1,1	2	-	-	-	-	11	1	2	6
Saint Vincent/Grenadines	3930	3	1,7	3	-	12	16	-	5	1	3	11
Samoa	2270	-0,1x	2,5	6	-	-	-	-	44	12	5	5
San Marino	d	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	780	-	0,5x	34x	-	-	-	-	32	47	28	31x
Senegal	750	0	1,2	4	17	3	14	7	689	8	14	9x
Serbia	3910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	8650	3	1,4	2	-	10	9	4	19	3	7	6
Sierra Leone	240	0	-0,8	20	57x	10x	13x	10x	343	28	8	8
Singapore	29320	6	3,7	0	-	6	22	29	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	1570	2	1,4	7	-	2	9	24	78	0	20	2
Slovacchia	9870	-	2,9	8	<2	18	4	5	-	-	-	13x
Slovenia	18890	-	3,3	16	<2	15	13	3	0	0	10x	16x
Somalia	130x	-1	-	-	-	1x	2x	38x	236	0	25x	-
Spagna	27570	2	2,5	4	-	15	2	4	-	-	-	-
Sri Lanka	1300	3	3,8	9	6	6	10	18	1189	5	10	4
Stati Uniti	44970	2	2,1	2	-	24	3	20	-	-	-	-
Sudafrica	5390	0	0,8	9	11	-	-	-	700	0	-	6x
Sudan	810	0	3,7	37	-	1	8	28	1829	8	4	6
Suriname	3200	-2,2x	1,4	55	-	-	-	-	44	4	-	-
Svezia	43580	2	2,2	2	-	3	6	5	-	-	-	-
Svizzera	57230	1	0,7	1	-	0	4	6	-	-	-	-
Swaziland	2430	2	0,4	11	48	8	20	8	46	2	6	2
Tagikistan	390	-	-3,1	109	7	2	4	9	241	11	-	6x
Tanzania, Repubblica Unita	350	-	1,6	15	58	6x	8x	16x	1505	12	25	2
Territorio Palestinese Occupato	1230x	-	-2,8x	4x	-	-	-	-	1102	25	-	-
Thailandia	2990	5	2,8	3	<2	8	20	6	-171	0	14	14
Timor-Leste	840	-	-	-	-	-	-	-	185	31	-	-
Togo	350	-1	-0,1	4	-	5x	20x	11x	87	4	8	0x
Tonga	2170	-	1,9	4	-	7x	13x	-	32	14	2	2x
Trinidad e Tobago	13340	1	4,7	5	12x	8	17	2	-2	0	18	4x
Tunisia	2970	3	3,3	4	<2	5	20	5	376	1	22	12
Turchia	5400	2	1,9	57	3	3	10	8	464	0	27	29

	PNL pro capite (USD) 2006	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso medio annuo di inflazione (%) 1990-2006	% di popolazione con meno di 1 USD al giorno 1995-2005*	% spesa statale (1995-2005*) stanziata per:			Flusso di APS in milioni di USD 2005	Flusso di APS % sul PNL del paese beneficiario 2005	Servizio del debito % sulle esportazioni di beni e servizi	
		1970-1990	1990-2006			sanità	istruzione	difesa			1990	2005
Turkmenistan	1340x	-	-6,8x	408x	12x	-	-	-	28	0	-	30x
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Ucraina	1950	-	-1,5	104	<2	3	6	3	410	1	-	10x
Uganda	300	-	3,1	8	85x	2x	15x	26x	1198	15	47	7
Ungheria	10950	3	3,2	14	<2	6	5	3	-	-	30	30
Uruguay	5310	1	1,2	20	<2	7	8	4	15	0	31	27
Uzbekistan	610	-	0,7	117	<2	-	-	-	172	1	-	21x
Vanuatu	1710	-0,5x	-0,3	3	-	-	-	-	39	12	2	1
Venezuela (Repubblica bolivariana)	6070	-2	-0,6	36	19	8	21	5	49	0	22	9
Vietnam	690	-	6	10	<2x	4	14	-	1905	4	7x	3x
Yemen	760	-	1,5	18	16	4	22	19	336	3	4	2
Zambia	630	-2	0	35	64	13	14	4	945	16	13	22x
Zimbabwe	340x	0	-2,4	76	56	8	24	7	368	8	19	6x

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	851	-	1,1	35	43	-	-	-	28779	5	11	10
Africa orientale e meridionale	1171	-	1,2	38	34	-	-	-	12571	4	6	6
Africa occidentale e centrale	553	-	1	29	52	-	-	-	16208	9	20	15
Medio Oriente e Nord Africa	2104	0	2,2	15	4	5	13	15	28451	3	21	14
Asia meridionale	777	2	3,9	6	32	2	3	14	9260	1	21	-
Asia orientale e Pacifico	2371	6	6,7	5	9	1	7	11	8968	0	16	6
America latina e Caraibi	4847	1	1,4	37	9	7	15	4	5363	0	20	18
ECO/CSI	4264	-	1,1	74	2	7	6	9	4006	0	-	18
Paesi industrializzati [§]	37217	2	1,9	2	-	18	4	12	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo [§]	1967	3	4,1	19	20	3	9	10	82952	1	18	13
Paesi meno sviluppati [§]	438	-	2,3	62	38	5	14	14	25979	10	13	8
Mondo	7406	2	2,3	8	19	14	5	11	84828	0	18	14

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

PNL pro capite – Il prodotto nazionale lordo (PNL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto oltre alle rimesse nette delle entrate (redditi da lavoro o da proprietà) provenienti dai non residenti. Il PNL pro capite equivale al prodotto nazionale lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il PNL è convertito in dollari USA utilizzando il metodo Atlas della Banca Mondiale.

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il tasso di crescita è calcolato sulla base di dati espressi in valuta locale, depurati dell'inflazione.

% popolazione che vive con meno di 1 dollaro al giorno – Percentuale di popolazione che vive con meno di 1,08 dollari al giorno ai prezzi internazionali del 1993 (equivalente a 1 dollaro al giorno ai prezzi del 1985, adeguati al potere d'acquisto attuale). A seguito delle revisioni nei tassi di cambio, i tassi di povertà riferiti a singoli paesi non possono essere comparati con i tassi di povertà riportati nelle precedenti edizioni.

APS – Aiuto pubblico allo sviluppo.

Servizio del debito – Somma degli interessi e dei rimborsi di capitale sul debito estero e dei debiti di lungo termine pubblicamente garantiti.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

PNL pro capite – Banca Mondiale.

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Tasso di inflazione – Banca Mondiale.

% popolazione che vive con meno di 1 dollaro al giorno – Banca Mondiale.

Spesa per sanità, istruzione e difesa – Fondo Monetario Internazionale (FMI).

APS – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Servizio del debito – Banca Mondiale.

NOTE

- a: Reddito basso (pari o inferiore a 905 USD).
- b: Reddito medio-basso (varia tra 906 e 3.595 USD).
- c: Reddito medio-alto (varia tra 3.596 e 11.115 USD).
- d: Reddito alto (pari a 11.116 USD o superiore).

- Dati non disponibili.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

TAVOLA 8. DONNE

Paesi e territori	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2006	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2006*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi						Diffusione contraccettivi (%) 2000-2006*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2006*	Assistenza qualificata al parto (%) 2000-2006*	Parti in centri sanitari (%) 2000-2006*	Tasso di mortalità materna†		
			netto scuola primaria 2000-2006*		netto scuola secondaria 2000-2006*		2000-2006* registrato	arrotondato					Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti									
Afghanistan	100	30	-	61	-	33	10	16	14	13	1600	1800	8		
Albania	109	99	100	100	97	97	60	97	100	98	17	92	490		
Algeria	104	75	97	99	105	114	61	89	95	95	120x	180	220		
Andorra	-	-	96	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-		
Angola	108	65	-	102	-	91	6	66	45	16x	-	1400	12		
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	53x	100	100	-	0	-	-		
Arabia Saudita	106	86	103	-	108	-	32x	90x	91x	91x	-	18	1400		
Argentina	111	100	99	-	108	-	-	99	99	99	39	77	530		
Armenia	110	99	105	99	104	102	53	93	98	97	27	76	980		
Australia	106	-	101	-	101	-	-	100x	100x	-	-	4	13300		
Austria	107	-	102	-	-	-	51x	100x	100x	-	-	4	21500		
Azerbaigian	112	98x	99	100	96	97	55	70	100	74	26	82	670		
Bahamas	108	-	102	-	102	-	-	-	99	-	-	16	2700		
Bahrein	104	94	100	101	107	110	62x	97x	98x	98x	46x	32	1300		
Bangladesh	103	76	103	106	102	114	58	48	20	16	320	570	51		
Barbados	108	-	100	-	101	-	55x	100	100	-	0x	16	4400		
Belgio	108	-	100	-	101	-	78x	-	-	-	-	8	7800		
Belize	108	100x	103	-	101	-	56x	96	84x	77	130	52	560		
Benin	104	48	81	78	48	63	17	88	78	78	500x	840	20		
Bhutan	105	-	99	91	-	-	31	51	56	37	260	440	55		
Bielorussia	119	99x	97	101	101	102	73	99	100	100	10	18	4800		
Bolivia	107	87	102	99	99	98	58	79	67	57	230	290	89		
Bosnia/Erzegovina	107	95	-	97	-	100	36	99	100	100	3	3	29000		
Botswana	101	103	99	104	109	122	48	97	94	80x	330x	380	130		
Brasile	111	101	100	100x	108	119x	77x	97	88x	97	76	110	370		
Brunei Darussalam	106	95	101	-	106	-	-	100x	99x	-	0x	13	2900		
Bulgaria	110	99	99	-	98	-	86x	-	99	-	10	11	7400		
Burkina Faso	106	55	80	90	69	88	17	85	54	51	480x	700	22		
Burundi	106	78	92	97	-	75	9	92	34	29	620	1100	16		
Cambogia	109	75	97	104	81	88	40	69	44	22	470	540	48		
Camerun	102	78	-	94	-	93	29	82	63	61	670	1000	24		
Canada	106	-	101	-	-	-	75x	-	98	-	-	7	11000		
Capo Verde	109	86	98	99x	109	-	53x	99	89x	49x	76	210	120		
Ciad	106	32	69	76	31	54	3	39	14	13	1100	1500	11		
Cile	108	100	98	-	-	-	56x	95x	100	100	17	16	3200		
Cina	105	92	100	-	-	-	87	90	98	83	48	45	1300		
Cipro	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	0x	10	6400		
Colombia	111	100	100	102	109	113	78	94	96	92	78	130	290		
Comore	107	-	81	100	-	110	26	75	62	43x	380	400	52		
Congo	105	87	120	101	-	108	44	86	83	82	780	740	22		
Congo, Repubblica Democratica	106	67	-	89	-	83	31	68	61	-	1300	1100	13		
Corea, Repubblica	110	-	99	-	100	-	81x	-	100x	-	20x	14	6100		
Corea, Repubblica Democratica Popolare	106	-	-	-	-	-	62x	-	97	-	110x	370	140		
Costa d'Avorio	104	64	81	86	58	69	13	85	57	54	540	810	27		
Costarica	106	100	102	102	110	110	96	92	99	94	36	30	1400		
Croazia	110	98	99	-	102	-	-	-	100	-	7	7	10500		
Cuba	105	100	98	-	101	-	77	100	100	-	37	45	1400		
Danimarca	106	-	101	-	102	-	-	-	-	-	10x	3	17800		
Dominica	-	-	102	-	100	-	50x	100	100	-	0	-	-		
Ecuador	108	98	101	-	102	-	73	84	99x	74	110	210	170		
Egitto	107	71	95	98	93	93	59	70	74	65	84	130	230		
El Salvador	109	96	100	-	104	-	67	86	92	69	71	170	190		
Emirati Arabi Uniti	106	99	99	-	105	-	28x	97x	99x	99x	3x	37	1000		
Eritrea	109	-	84	93	67	91	8	70	28	26	1000x	450	44		
Estonia	117	100	100	-	103	-	70x	-	100	-	29	25	2900		
Etiopia	105	46	93	100	68	77	15	28	6	5	670	720	27		
Federazione Russa	123	99	101	-	-	-	-	-	99	-	23	28	2700		
Figi	107	-	99	-	106	-	44	-	99	-	38x	210	160		
Filippine	106	102	102	101	120	127	49	88	60	38	170x	230	140		
Finlandia	108	-	100	-	100	-	-	100x	100x	100	6x	7	8500		
Francia	109	-	100	-	102	-	75x	99x	99x	-	10x	8	6900		

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2006	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2006*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi								Tasso di mortalità materna ^a			
			netto scuola primaria 2000-2006*		netto scuola secondaria 2000-2006*		Diffusione contraccettivi (%) 2000-2006*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2006*	Assistenza qualificata al parto (%) 2000-2006*	Parti in centri sanitari (%) 2000-2006*	2000-2006* registrato	2005		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti						arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
Gabon	102	91	100	100	-	106	33	94	86	85	520	520	53	
Gambia	104	-	99	103	84	87	18	98	57	55	730	690	32	
Georgia	112	-	100	101x,y	100	-	47	94	99	92	23	66	1100	
Germania	107	-	100	-	-	-	75x	-	-	-	8x	4	19200	
Ghana	101	76	101	100	90	100	17	92	50	49	210x	560	45	
Giamaica	108	116	100	101	104	105	69	91	97	94	95	170	240	
Giappone	109	-	100	-	101	-	56	-	100x	-	8x	6	11600	
Gibuti	105	-	81	98	67	84	9	67	61	74	74x	650	35	
Giordania	105	92	102	100	104	105	56	99	100	97	41x	62	450	
Grecia	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	1x	3	25900	
Grenada	105	-	99	-	103	-	54	100	100	-	0	-	-	
Guatemala	111	84	96	95	91	104x	43	84	41	42	150	290	71	
Guinea	106	42	87	87	55	63	9	82	38	31	980	910	19	
Guinea-Bissau	107	-	72	98	55	88	10	78	39	36	410	1100	13	
Guinea Equatoriale	105	87	91	98	-	96	-	86	65	-	-	680	28	
Guyana	109	-	-	100	-	111	35	90	94	-	120	470	90	
Haiti	106	-	-	106	-	117	32	85	26	25	630	670	44	
Honduras	111	100	102	104	-	124	65	92	67	67	110x	280	93	
India	105	66	93	101	-	91	56	74	47	41	300	450	70	
Indonesia	106	93	97	101	98	104	57	92	72	40	310	420	97	
Iran (Repubblica Islamica)	105	88	110	97	95	-	74	77x	90	84	37x	140	300	
Iraq	107	76	86	88	70	74	50	84	89	63	290x	300	72	
Irlanda	106	-	100	-	107	-	-	-	100	100	6x	1	47600	
Islanda	104	-	97	-	102	-	-	-	-	-	-	4	12700	
Isole Cook	-	-	99	-	110	-	44	-	98	-	6x	-	-	
Isole Marshall	-	-	99	-	107	-	34	-	95x	-	74	-	-	
Isole Salomone	103	-	95	-	86	-	7	-	85x	-	140x	220	100	
Israele	105	-	101	-	100	-	-	-	-	-	5x	4	7800	
Italia	108	99	99	-	101	-	60x	-	-	-	7x	3	26600	
Kazakistan	118	99x	98	99	99	100	51	100	100	100	70	140	360	
Kenya	104	90	101	100	100	108	39	88	42	40	410	560	39	
Kirghizistan	113	99x	99	102	101	102	48	97	98	97	100	150	240	
Kiribati	-	-	102	-	109	-	21x	88x	85x	-	56	-	-	
Kuwait	105	97	99	-	105	-	50x	95x	98x	98x	5x	4	9600	
Laos, Repubblica Democratica Popolare	104	79	94	95	85	83	32	27	19	-	410	660	33	
Lesotho	101	122	106	107	158	169	37	90	55	52	760	960	45	
Lettonia	116	100	103	-	-	-	48x	-	100	-	10	10	8500	
Libano	106	-	99	100	-	111	58	96	98x	-	100x	150	290	
Liberia	104	79	78	-	55	-	10	85	51	36	580x	1200	12	
Libia, Jamahiriya Araba	107	81	-	-	-	-	45x	81x	94x	-	77x	97	350	
Liechtenstein	-	-	102	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	117	100	100	-	100	-	47x	-	100	-	16	11	7800	
Lussemburgo	108	-	100	-	108	-	-	-	100	-	0x	12	5000	
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	107	96	100	96	98	99	-	81	99	98	13	10	6500	
Madagascar	106	87	99	104	100x	124	27	80	51	32	470	510	38	
Malawi	101	72x	105	102	88	96	42	92	54	54	980	1100	18	
Maldiva	102	100	100	-	110	-	39	81	84	-	140	120	200	
Malesia	107	92	99	-	114	-	55x	79	98	98	28	62	560	
Mali	109	48x	80	73	-	73	8	57	41	38	580	970	15	
Malta	105	103x	95	-	99	-	-	-	98x	-	-	8	8300	
Marocco	106	61	93	96	84	92	63	68	63	61	230	240	150	
Mauritania	106	72	100	91	82	60	8	64	57	49	750	820	22	
Mauritius	110	92	102	-	101	-	76	-	98	98	22	15	3300	
Messico	107	97	100	100	103	-	74	86x	86x	86	62	60	670	
Micronesia (Stati Federati)	102	-	-	-	-	-	45x	-	88	-	270x	-	-	
Moldavia	111	99	100	101	103	104	68	98	100	99	19	22	3700	
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	110	100	102	102	114	107	66	99	99	99	93	46	840	
Montenegro	106	95	-	99	-	102	39	97	99	100	-	-	-	
Mozambico	103	45x	91	90	75	88	17	85	48	48	410	520	45	
Myanmar	111	91	102	101	97	94	34	76	57	16	320	380	110	

TAVOLA 8. DONNE

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2006	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2006*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi								Tasso di mortalità materna [†]			
			netto scuola primaria 2000-2006*		netto scuola secondaria 2000-2006*		Diffusione contraccettivi (%) 2000-2006*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2006*	Assistenza qualificata al parto (%) 2000-2006*	Parti in centri sanitari (%) 2000-2006*	2005			
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti					2000-2006* registrato	arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
Namibia	102	97	107	100	133	138	44	91	76	75	270	210	170	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	101	56	92	95	-	83	48	44	19	18	280	830	31	
Nicaragua	109	100	98	109	115	134	69	86	67	66	87	170	150	
Niger	97	35	72	69	67	100	11	46	33	17	650	1800	7	
Nigeria	102	77	89	88	86	87	13	58	35	33	-	1100	18	
Niue	-	-	-	-	105x	-	-	-	100	-	-	-	-	
Norvegia	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	6x	7	7700	
Nuova Zelanda	105	-	100	-	103	-	75x	95x	100x	-	15x	9	5900	
Oman	104	85	101	-	100	-	32	100	95	94	15	64	420	
Paesi Bassi	106	-	99	-	102	-	79x	-	100x	-	7x	6	10200	
Pakistan	101	55	77	82	75	78	28	36	31	28	530x	320	74	
Palau	-	-	97	-	-	-	17	-	100	-	0x	-	-	
Panama	107	98	99	-	110	-	-	72	93	92	40	130	270	
Papua Nuova Guinea	111	81	-	-	-	-	26x	78x	41	-	370x	470	55	
Paraguay	106	99	101	101	-	99	73	94	77	74	170	150	170	
Perù	107	88	101	100	99	100	71	92	73	70	190	240	140	
Polonia	112	-	101	-	102	-	49x	-	100	-	4	8	10600	
Portogallo	108	96	100	-	110	-	-	-	100	-	8x	11	6400	
Qatar	102	100	100	-	98	-	43x	-	99x	98x	10x	12	2700	
Regno Unito	106	-	100	-	103	-	84	-	99x	-	7x	8	8200	
Repubblica Ceca	109	-	102	-	-	-	69x	99x	100	-	5	4	18100	
Repubblica Centrafricana	106	52	84	84	69	63	19	69	53	51	540	980	25	
Repubblica Dominicana	109	100	101	105	126	144	61	99	96	95	92	150	230	
Romania	110	98	99	-	104	-	70	94	99	98	17	24	3200	
Ruanda	107	85	104	104	91	100	17	94	39	28	750	1300	16	
Saint Kitts/Nevis	-	-	105	-	98	-	54	100	100	-	0	-	-	
Saint Lucia	105	-	98	-	125	-	47x	99	100	-	35	-	-	
Saint Vincent/Grenadines	106	-	96	-	125	-	48	95	100	-	0	-	-	
Samoa	109	99	101	-	113	-	43x	-	100x	-	29	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé/Principe	106	85	99	101	113	105	30	97	81	78	150	-	-	
Senegal	107	57	96	102	79	80	12	87	52	62	430	980	21	
Serbia	107	95	-	100	-	103	41	98	99	99	-	-	-	
Seychelles	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	57	-	-	
Sierra Leone	108	51	-	100	-	77	5	81	43	19	1800	2100	8	
Singapore	105	87x	-	-	-	-	62x	-	100x	-	6x	14	6200	
Siria, Repubblica Araba	105	84	95	99	94	102	58	84	93	70	65	130	210	
Slovacchia	111	-	101	-	-	-	74x	-	100	-	6	6	13800	
Slovenia	110	100	99	-	101	-	74x	98x	100	-	17x	6	14200	
Somalia	105	-	-	83	-	50	15	26	33	9	1000	1400	12	
Spagna	109	97x	99	-	103	-	81x	-	-	-	6x	4	16400	
Sri Lanka	111	97	99	-	-	-	70	95	96	97	43	58	850	
Stati Uniti	107	-	101	-	102	-	76x	-	99x	-	8x	11	4800	
Sudafrica	104	96x	100	104x	112	117x	60	92	92	-	150x	400	110	
Sudan	105	73	83	95	-	105	7	60	87	-	550x	450	53	
Suriname	110	95	103	99	138	120	42	91	85	-	150	72	530	
Svezia	106	-	100	-	101	-	-	-	-	-	5x	3	17400	
Svizzera	107	-	100	-	93	-	82x	-	-	-	5x	5	13800	
Swaziland	101	96	101	99	113	138	48	90	74	-	230x	390	120	
Tagikistan	108	99	97	99	85	83	38	77	83	62	97	170	160	
Tanzania, Repubblica Unita	104	79	98	106	-	100	26	78	43	47	580	950	24	
Territorio Palestinese Occupato	104	91	100	101	107	-	50	99	99	97	-	-	-	
Thailandia	114	96	96	100	106	109	77	98	97	97	24	110	500	
Timor-Leste	103	-	-	97y	-	-	10	61	18	10	-	380	35	
Togo	106	57	86	93	47	71	17	84	62	63	480x	510	38	
Tonga	103	100x	96	-	123	-	33	-	95	-	78	-	-	
Trinidad e Tobago	106	99	100	100	103	107	43	96	98	97	45x	45	1400	
Tunisia	106	78	100	98	110	-	66	92	90	89	69x	100	500	
Turchia	107	84	95	96	85	89	71	81	83	78	29	44	880	

	Speranza di vita: femmine in % rispetto ai maschi 2006	Tasso alfabetismo adulti: femmine in % rispetto ai maschi 2000-2006*	Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi							Assistenza qualificata al parto (%) 2000-2006*	Parti in centri sanitari (%) 2000-2006*	Tasso di mortalità materna†		
			netto scuola primaria 2000-2006*		netto scuola secondaria 2000-2006*		Diffusione contraccettivi (%) 2000-2006*	Diffusione assistenza prenatale (%) 2000-2006*	2000-2006* registrato			2005		
			iscritti	frequentanti	iscritti	frequentanti						arrotondato	Rischio di mortalità materna nel corso della vita. 1 su:	
Turkmenistan	115	99x	-	100	-	100	48	99	100	98	14	130	290	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-	-	
Ucraina	119	99	100	102	94	103	66	99	100	100	13	18	5200	
Uganda	102	75	-	99	88	100	24	94	42	41	510	550	25	
Ungheria	112	-	98	-	100	-	77x	-	100	-	4	6	13300	
Uruguay	110	101x	101	-	-	-	84x	94x	100x	-	26x	20	2100	
Uzbekistan	110	-	-	100	-	99	65	99	100	97	28	24	1400	
Vanuatu	106	-	98	-	86	-	28	-	88x	-	68x	-	-	
Venezuela (Repubblica bolivariana)	108	100	101	102	115	143	77x	94	95	95	60	57	610	
Vietnam	105	93x	95	100	96	101	76	91	88	64	160	150	280	
Yemen	105	48	72	60x	46	37x	23	41	27	20	370	430	39	
Zambia	101	79x	100	105	79	112	34	93	43	44	730	830	27	
Zimbabwe	97	92	101	102	94	100	60	95	80	68	560	880	43	

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	104	72	93	95	84	87	23	69	43	36	-	920	22		
Africa orientale e meridionale	104	74	98	101	88	91	30	71	40	32	-	760	29		
Africa occidentale e centrale	104	69	87	89	78	85	17	67	46	39	-	1100	17		
Medio Oriente e Nord Africa	105	77	94	97	93	96	55	72	79	68	-	210	140		
Asia meridionale	104	66	92	98	-	90	53	65	41	36	-	500	59		
Asia orientale e Pacifico	106	92	99	101**	102**	105**	79	89	87	69	-	150	350		
America latina e Caraibi	109	99	99	101	106	-	70	94	-	86	-	130	280		
ECO/CSI	115	96	98	98	94	97	63	90	95	89	-	46	1300		
Paesi industrializzati§	108	-	101	-	102	-	-	-	99	-	-	8	8000		
Paesi in via di sviluppo§	105	83	96	98**	97**	93**	61	75	59	53	-	450	76		
Paesi meno sviluppati§	105	68	94	97	85	93	30	61	38	27	-	870	24		
Mondo	106	86	96	98**	98**	94**	61	75	63	53	-	400	92		

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Speranza di vita alla nascita – Durata media di vita prevedibile per i neonati, se fossero soggetti agli stessi rischi di mortalità prevalenti nel campione di popolazione esaminato al momento della loro nascita.

Tasso di alfabetismo degli adulti – Numero di persone alfabetizzate, oltre i 15 anni di età, espresso come percentuale sul totale della popolazione di quella fascia di età.

Rapporti di iscrizione e frequenza: femmine in % rispetto ai maschi – Rapporti di iscrizione e frequenza scolastica netti delle femmine rispetto ai maschi, espressi in percentuale.

Rapporto netto di iscrizione alla scuola primaria o secondaria – Il numero di bambini iscritti alla scuola primaria o secondaria in età di scuola primaria o secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria o secondaria.

Rapporto netto di frequenza alla scuola primaria – Il numero di bambini che frequentano la scuola primaria o secondaria, in età di scuola primaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola primaria.

Rapporto netto di frequenza alla scuola secondaria – Il numero di bambini che frequentano la scuola primaria o post-secondaria, in età di scuola secondaria, espresso come percentuale sul numero totale dei bambini in età di scuola secondaria.

Diffusione contraccettivi – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che ricorrono alla contraccezione.

Assistenza prenatale – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che almeno una volta durante la gravidanza hanno ricevuto cure prenatali da parte di personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Assistenza qualificata al parto – Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche).

Parti in centri sanitari – Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno dato alla luce a un bambino nei due anni precedenti la ricerca e partorito in un centro sanitario.

Tasso di mortalità materna – Numero annuo di decessi di donne per cause legate alla gravidanza su 100.000 nati vivi. La dicitura "registrati" indica i dati raccolti nei paesi per i quali non si è tenuto conto dei casi non segnalati o mal classificati.

Rischio di mortalità materna nel corso della vita – Il rischio di morte materna nel corso della vita tiene conto sia della probabilità di rimanere incinta sia della probabilità di morire in conseguenza della gravidanza, accumulate nell'arco degli anni riproduttivi di una donna.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Speranza di vita alla nascita – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Alfabetismo degli adulti – Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS).

Iscrizione alla scuola primaria e secondaria – UIS.

Frequenza alla scuola primaria e secondaria – Ricerche demografiche e sanitarie (DHS), Indagini campione a indicatori multipli (MICS).

Diffusione contraccettivi – DHS, MICS, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e UNICEF.

Assistenza prenatale – DHS, MICS, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e UNICEF.

Assistenza qualificata al parto – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Parti in centri sanitari – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Mortalità materna – OMS e UNICEF.

Rischio nel corso della vita – OMS e UNICEF.

† I dati sulla mortalità materna, nella colonna chiamata "registrati" sono quelli rilevati dalle autorità nazionali. Periodicamente UNICEF, OMS, UNFPA e Banca Mondiale valutano questi dati e fanno degli aggiustamenti per risolvere i problemi rappresentati dai decessi non registrati o mal classificati e per effettuare stime per i paesi privi di qualunque dato. La colonna "arrotondato" stima, con riferimento all'anno 2005, la più recente di queste revisioni.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
 - ** Esclusa la Cina.

TAVOLA 9. PROTEZIONE DELL'INFANZIA

Paesi e territori	Lavoro minorile (5-14 anni) 1999-2006*			Matrimoni precoci 1987-2006*			Registrazioni delle nascite 1999-2006*			Mutilazione genitale femminile/escissione 2000-2006*				Atteggia- mento verso la violenza domestica 1999-2006*	Bambini con disabilità 1999-2006*	Punizione dei bambini 2005-2006*
										donne ^a (15-49 anni)		figlie ^b				
	totale	maschi	femmine	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale	totale	urbano		rurale			
Afghanistan	30	28	33	43	-	-	6	12	4	-	-	-	-	-	-	-
Albania	12	14	9	8	7	8	98	97	98	-	-	-	-	30	11	49
Algeria	5	6	4	2	2	2	99	99	99	-	-	-	-	68	1y	86
Angola	24	22	25	-	-	-	29	34	19	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	7y	8y	5y	-	-	-	91y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	-	-	-	10	7	16	96	97	95	-	-	-	-	22	-	-
Azerbaigian	11	11	11	-	-	-	97	98	96	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	-	-	-	-	-	18	-
Belize	40	39	42	-	-	-	93y	92y	94y	-	-	-	-	-	-	-
Benin	26y	23y	29y	37	25	45	70	78	66	17	13	20	6	60	-	-
Bhutan	19y	16y	22y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bielorussia	5	6	4	7	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Bolivia	22	22	22	26	22	37	82	83	79	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia/Erzegovina	5	7	4	6	2	7	100	99	100	-	-	-	-	5	7	36
Botswana	-	-	-	10	13	9	58	66	52	-	-	-	-	-	-	-
Brasile	6y	8y	4y	24	22	30	89y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	-	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	-	-	-	-	-	-	-
Cambogia	45y	45y	45y	23	-	-	66	71	66	-	-	-	-	55	-	-
Camerun	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	23	92
Capo Verde	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciad	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
Cile	3	3	2	-	-	-	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3y	-
Colombia	5	6	4	23	19	38	90	97	77	-	-	-	-	-	-	-
Comore	27	26	28	30	23	33	83	87	83	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	31	24	40	81y	88y	75y	-	-	-	-	76	-	-
Congo, Repubblica Democratica	32	29	34	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	-	90
Costarica	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	100y	100y	100y	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	12	12	13	26y	21y	34y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egitto	7	8	5	17	-	-	-	-	-	96	92	98	28y	50	8y	92y
El Salvador	6y	9y	4y	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	47	31	60	-	-	-	89	86	91	63	-	-	-
Etiopia	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	-	-
Filippine	12	13	11	14	10	22	83	87	78	-	-	-	-	24	-	-
Gabon	-	-	-	34	30	49	89	90	87	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	-	84
Georgia	-	-	-	16	-	-	93y	97y	89y	-	-	-	-	30y	-	-
Ghana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	16	89
Giamaica	6	7	5	9	7	11	89	88	89	-	-	-	-	6	15	87
Gibuti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	-	35	70
Giordania	-	-	-	11	11	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	29	25	32	34	25	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	-	-
Guinea-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	-	80
Guinea Equatoriale	28	28	28	-	-	-	32	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	19	21	17	-	-	-	97	99	96	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	-	-	-	30	-	-	81	-	-	-	-	-	-	29	-	-
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	-	-	-	-	16	-	-
India	12	-	-	45	28	53	41	59	35	-	-	-	-	54	-	-
Indonesia	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	-	-	-	-	25	-	-
Iraq	11	12	9	17	16	19	95	95	96	-	-	-	-	59	15	84
Kazakistan	2	2	2	7	6	9	99	99	99	-	-	-	-	10	-	52
Kenya	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	-	-
Kirghizistan	4	4	3	10	7	14	94	96	93	-	-	-	-	38	-	51
Laos, Repubblica Democratica Popolare	25	24	26	-	-	-	59	71	56	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23	25	21	23	13	26	26	39	24	-	-	-	-	-	-	-
Libano	7	8	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	6	7	5	4	3	4	94	95	93	-	-	-	-	21	10	69
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	-	-	-	-	28	-	-
Malawi	29	28	29	51	38	53	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-
Maldiva	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	34	35	33	65	46	74	47y	84y	34y	92	90	93	73	89	-	-
Marocco	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	4y	5y	3y	37	32	42	55	72	42	71	65	77	66	-	-	-
Messico	16y	15y	16y	28y	31y	21y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia	32	32	33	19	16	22	98	98	98	-	-	-	-	21	-	-
Mongolia	18	19	17	9	7	12	98	98	99	-	-	-	-	20	17	79
Montenegro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	-	-	-	-	11	13	61
Mozambico	-	-	-	56	41	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	-	-	-	-	-	-	65y	66y	64y	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	13y	15y	12y	10	9	10	71	82	64	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	31y	30y	33y	51	-	-	35	-	-	-	-	-	-	23	-	-
Nicaragua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	-	-	-	-	17	-	-
Niger	38y	39y	38y	75	-	-	32	71	25	2	2	2	1	70	-	-
Nigeria	13y	-	-	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	-	-
Pakistan	-	-	-	32	21	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Lavoro minorile (5-14 anni) 1999-2006*			Matrimoni precoci 1987-2006*			Registrazioni delle nascite 1999-2006*			Mutilazione genitale femminile/escissione 2000-2006*			Atteggia- mento verso la violenza domestica 1999-2006*	Bambini con disabilità 1999-2006*	Punizione dei bambini 2005-2006*
	totale	maschi	femmine	totale	urbano	rurale	totale	urbano	rurale	donne ^a (15-49 anni)	figlie ^b	figlie ^b	totale	totale	totale
Paraguay	15	17	12	24	18	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perù	19	20	19	17	13	30	93	93	92	-	-	-	-	-	-
Portogallo	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	31	88
Repubblica Dominicana	10	12	7	41	-	-	78	82	70	-	-	-	9	-	-
Romania	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	48	2y	-
Sao Tomé/Principe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	32	16	-
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	-
Serbia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	6	11	73
Sierra Leone	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	92
Siria, Repubblica Araba	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-	87
Somalia	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudafrica	-	-	-	8	5	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudan	13	14	12	27y	19y	34y	64	82	46	90	92	88	58	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	95	94	94	-	-	-	-	-	-
Swaziland	9	9	9	-	-	-	53	72	50	-	-	-	-	-	-
Tagikistan	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	74y	-	74
Tanzania, Repubblica Unita	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-
Territorio Palestinese Occupato	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-	95y
Thailandia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	12	-
Timor-Leste	4	4	4	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	90
Trinidad e Tobago	1	1	1	8	-	-	96	-	-	-	-	-	8	-	75
Tunisia	-	-	-	10y	7y	14y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	5	4	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	-
Turkmenistan	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	38y	-	-
Ucraina	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	5	-	70
Uganda	36	37	36	54	34	59	4	11	3	-	-	-	77	-	-
Uzbekistan	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	70	2	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	16	15	16	10	3	13	87	94	85	-	-	-	64	-	93
Yemen	11y	11y	12y	37	-	-	-	-	-	23	26	22	20	-	-
Zambia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	85	-	-
Zimbabwe	13y	12y	14y	29	21	36	42	56	35	-	-	-	51	-	-

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-
Africa orientale e meridionale	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	66	-	-
Africa occidentale e centrale	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-
Medio Oriente e Nord Africa	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridionale	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	53	-	-
Asia orientale e Pacifico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	34**	-	-
America latina e Caraibi	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-
ECO/CSI	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	31	-	-
Paesi industrializzati [§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi in via di sviluppo [§]	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	51**	-	-
Paesi meno sviluppati [§]	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-
Mondo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Lavoro minorile – Percentuale di bambini tra i 5 e i 14 anni che al momento della ricerca erano coinvolti in attività legate al lavoro minorile. Un bambino è considerato coinvolto in attività legate al lavoro minorile, secondo la seguente classificazione: (a) bambini tra i 5 e gli 11 anni che, durante la settimana precedente la ricerca, hanno svolto almeno un'ora di attività economica o almeno 28 ore di lavoro domestico, e (b) bambini tra i 12 e i 14 anni che, durante la settimana precedente la ricerca, hanno svolto almeno 14 ore di attività economica o almeno 28 ore di lavoro domestico.

Variabili socio-culturali del lavoro minorile – Sesso del bambino; area di residenza urbana o rurale; il 20% più povero o il 20% più ricco della popolazione, calcolato in base alle risorse familiari (una descrizione più dettagliata della procedura di valutazione del benessere familiare, si può trovare sul sito www.childinfo.org); istruzione delle madri, che indica le madri con o senza un livello minimo di istruzione.

Matrimoni precoci – Percentuale di ragazze tra i 20 e i 24 anni che si sono sposate o hanno iniziato a convivere prima dei 18 anni.

Registrazioni delle nascite – Percentuale di bambini con meno di 5 anni che sono stati registrati al momento della ricerca. Il numeratore di questo indicatore include bambini il cui certificato di nascita è stato visionato dall'intervistatore o le cui madri o tutori abbiano dichiarato l'avvenuta registrazione della nascita. I dati del MICS fanno riferimento a bambini vivi al momento della ricerca.

Mutilazione genitale femminile/escissione – (a) Donne – la percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che sono state vittime di mutilazione/escissione. (b) Figlie – la percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni con almeno una figlia vittima di mutilazione/escissione. La mutilazione genitale femminile/escissione (FGM/C) riguarda il taglio o altri interventi sui genitali femminili per ragioni sociali.

Atteggimento verso la violenza domestica – Percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che giustificano un marito se colpisce o picchia la propria moglie per almeno una delle ragioni specificate. Alle donne è stato chiesto se un marito è giustificato quando colpisce o picchia la propria moglie in una serie di circostanze, ad esempio, quando fa bruciare il cibo, discute con lui, esce senza comunicarglielo, trascura i figli o rifiuta di avere rapporti sessuali.

Bambini con disabilità – Percentuale di bambini tra i 2 e i 9 anni che riportano almeno una forma di disabilità (ad esempio, cognitiva, motoria, epilettica, della vista o dell'udito).

Punizione dei bambini – Percentuale di bambini tra i 2 e i 14 anni che subiscono qualsiasi punizione psicologica o fisica.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Lavoro minorile – Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Ricerche demografiche e sanitarie (DHS).

Matrimoni precoci – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Registrazioni delle nascite – MICS, DHS, altre ricerche nazionali e sistemi di registrazione demografici.

Mutilazioni genitale femminili/escissione – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Atteggimento verso la violenza domestica – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Bambini con disabilità – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

Punizione dei bambini – MICS, DHS e altre ricerche nazionali.

NOTE

- Dati non disponibili.
- y I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
- * I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.
- ◇ Le stime mondiali e regionali sulla registrazione alla nascita incluse in questa tavola si basano sul sottoinsieme di paesi per i quali i dati sono disponibili per il periodo 1999-2006. Le stime mondiali e regionali per un insieme più ampio di paesi sono disponibili per il periodo 1997-2006 e si possono trovare sul sito www.childinfo.org/areas/birthregistration.
- ** Esclusa la Cina.

Elenco di paesi per aree regionali e di sviluppo

Le medie alla fine di ogni tavola sono calcolate utilizzando i dati dei paesi e dei territori come di seguito riportati.

Africa subsahariana

Angola; Benin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Camerun; Capo Verde; Ciad; Comore; Congo; Congo, Repubblica Democratica; Costa d'Avorio; Eritrea; Etiopia; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritania; Mauritius; Mozambico; Namibia; Niger; Nigeria; Repubblica Centrafricana; Ruanda; Sao Tomé/Principe; Senegal; Seychelles; Sierra Leone; Somalia; Sudafrica; Swaziland; Tanzania, Repubblica Unita; Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Medio Oriente e Nord Africa

Algeria; Arabia Saudita; Bahrein; Egitto; Emirati Arabi Uniti; Iran (Repubblica Islamica); Iraq; Gibuti; Giordania; Kuwait; Libano; Libia; Jamahiriya Araba; Marocco; Oman; Qatar; Sudan; Siria, Repubblica Araba; Territorio Palestinese Occupato; Tunisia; Yemen

Asia meridionale

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; India; Maldive; Nepal; Pakistan; Sri Lanka

Asia orientale e Pacifico

Brunei Darussalam; Cambogia; Cina; Corea, Repubblica; Corea, Repubblica Democratica Popolare; Figi; Filippine; Indonesia; Isole Cook; Isole Marshall; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Malesia; Micronesia (Stati Federati); Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nuova Guinea; Samoa; Singapore; Thailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnam

America latina e Caraibi

Antigua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolivia; Brasile; Cile;

Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Giamaica; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Messico; Nicaragua; Panama; Paraguay; Perù; Repubblica Dominicana; Saint Kitts/Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent/Grenadines; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguay; Venezuela (Repubblica bolivariana)

ECO/CSI

Albania; Armenia; Azerbaigian; Bielorussia; Bosnia/Erzegovina; Bulgaria; Croazia; Federazione Russa; Georgia; Kazakistan; Kirghizistan; Macedonia, ex Repubblica jugoslava; Moldavia; Montenegro; Romania; Serbia; Tagikistan; Turchia; Turkmenistan; Ucraina; Uzbekistan

Paesi/territori industrializzati

Andorra; Australia; Austria; Belgio; Canada; Cipro; Danimarca; Estonia; Finlandia; Francia; Germania; Giappone; Grecia; Irlanda; Islanda; Israele; Italia; Lettonia; Liechtenstein; Lituania; Lussemburgo; Malta; Monaco; Norvegia; Nuova Zelanda; Paesi Bassi; Polonia; Portogallo; Regno Unito; Repubblica Ceca; San Marino; Santa Sede; Slovacchia; Slovenia; Spagna; Stati Uniti; Svezia; Svizzera; Ungheria

Paesi/territori in via di sviluppo

Afghanistan; Algeria; Angola; Antigua e Barbuda; Arabia Saudita; Argentina; Armenia; Azerbaigian; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belize; Benin; Bhutan; Bolivia; Botswana; Brasile; Brunei Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambogia; Camerun; Capo Verde; Ciad; Cile; Cina; Cipro; Colombia; Comore; Congo; Congo, Repubblica Democratica; Corea, Repubblica; Corea, Repubblica Democratica Popolare; Costa d'Avorio; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; Egitto; El Salvador; Emirati Arabi Uniti; Eritrea; Etiopia; Figi; Filippine; Gabon; Gambia; Georgia; Ghana; Giamaica; Gibuti; Giordania; Grenada; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Guyana;

Haiti; Honduras; India; Indonesia; Iran (Repubblica Islamica); Iraq; Isole Cook; Isole Marshall; Isole Salomone; Israele; Kazakistan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Kuwait; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Lesotho; Libano; Liberia; Libia; Jamahiriya Araba; Madagascar; Malawi; Maldive; Malesia; Mali; Marocco; Mauritania; Mauritius; Messico; Micronesia (Stati Federati); Mongolia; Mozambico; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Niger; Nigeria; Niue; Oman; Pakistan; Palau; Panama; Papua Nuova Guinea; Paraguay; Perù; Qatar; Repubblica Centrafricana; Repubblica Dominicana; Ruanda; Saint Kitts/Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent/Grenadines; Samoa; Sao Tomé/Principe; Senegal; Seychelles; Sierra Leone; Singapore; Siria, Repubblica Araba; Somalia; Sri Lanka; Sudafrica; Sudan; Suriname; Swaziland; Tagikistan; Tanzania, Repubblica Unita; Territorio Palestinese Occupato; Thailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad e Tobago; Tunisia; Turchia; Turkmenistan; Tuvalu; Uganda; Uruguay; Uzbekistan; Vanuatu; Venezuela (Repubblica bolivariana); Vietnam; Yemen; Zambia; Zimbabwe

Paesi/territori meno sviluppati

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Benin; Bhutan; Burkina Faso; Burundi; Cambogia; Capo Verde; Ciad; Comore; Congo, Repubblica Democratica; Eritrea; Etiopia; Gambia; Gibuti; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Equatoriale; Haiti; Isole Salomone; Kiribati; Laos, Repubblica Democratica Popolare; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldive; Mali; Mauritania; Mozambico; Myanmar; Nepal; Niger; Repubblica Centrafricana; Ruanda; Samoa; Sao Tomé/Principe; Senegal; Sierra Leone; Somalia; Sudan; Tanzania, Repubblica Unita; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Misurare lo sviluppo umano

Un'introduzione alla Tavola 10

Se si vuole che lo sviluppo sia valutato complessivamente e nei suoi diversi aspetti, sarà necessario disporre di strumenti per misurare, oltre allo sviluppo economico, anche quello umano. Dal punto di vista dell'UNICEF c'è l'esigenza di stabilire un metodo per valutare il livello del benessere dei bambini e il suo tasso di variabilità.

Il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5) viene utilizzato nella Tavola 10 (pagine 150-153) quale principale indicatore di questo progresso. Nel 2006, per la prima volta da quando si rilevano i dati, il numero di bambini che muoiono prima di compiere cinque anni si è attestato sotto la soglia dei 10 milioni, a 9,7 milioni – un'importante pietra miliare per la sopravvivenza infantile. Intorno al 1960, ogni anno morivano approssimativamente 20 milioni di bambini – evidenziando un'importante riduzione di lungo termine nel numero globale di decessi sotto i cinque anni.

Il tasso di MIS5 presenta molti vantaggi. Anzitutto misura un risultato finale del processo di sviluppo, piuttosto che un input iniziale, quale ad esempio il livello di scolarizzazione, o la disponibilità di calorie pro capite, o il numero di medici su mille abitanti: tutti strumenti per raggiungere un fine.

In secondo luogo il tasso di MIS5 è, come noto, il risultato di un'ampia gamma di fattori: gli antibiotici per curare la polmonite; le zanzariere trattate con insetticida per prevenire la malaria; lo stato di salute nutrizionale e le conoscenze sanitarie delle madri; il livello di vaccinazione e di uso dei sali reidratanti; la disponibilità di servizi per la salute per i bambini e le madri (compresa l'assistenza prenatale); la disponibilità di reddito e di cibo in famiglia; la disponibilità di acqua potabile sicura e servizi igienici; e le condizioni generali dell'ambiente in cui vive il bambino.

In terzo luogo il tasso di MIS5 è meno sensibile, ad esempio rispetto al PNL pro

capite, agli errori comportati dalla media. Questo avviene perché la scala naturale non consente che i bambini ricchi abbiano mille volte più probabilità di sopravvivere, anche se la scala umana consente loro di avere un reddito mille volte superiore. In altre parole è molto più difficile che l'esistenza di una minoranza ricca influenzi il tasso di MIS5 di un paese e quindi questo indicatore offre un quadro più accurato, anche se non perfetto, della situazione sanitaria della maggioranza dei bambini (e della società nel suo insieme).

La velocità dei progressi compiuti nel ridurre il tasso di MIS5 può essere misurata calcolando il suo tasso medio di riduzione annua (AARR), che riflette – contrariamente a quanto avviene confrontando mutamenti nei valori assoluti – il fatto che, avvicinandosi ai valori limite del tasso di MIS5, diventa sempre più difficile ridurre tale tasso. Man mano che si raggiungono livelli più bassi di mortalità infantile, una riduzione identica in termini assoluti rappresenta un valore maggiore in percentuale.

Di conseguenza l'AARR indica, per esempio, un tasso di progresso maggiore a fronte di una stessa riduzione di 10 punti percentuali, se questa si verifica ad un livello inferiore di mortalità infantile. Una caduta del tasso di MIS5 di 10 punti da 100 a 90 rappresenta una riduzione del 10%, mentre la stessa caduta di 10 punti da 20 a 10 rappresenta una riduzione del 50%. (Un valore negativo nella riduzione percentuale indica una crescita nel MIS5 durante il periodo specificato).

Se utilizzati congiuntamente ai tassi di crescita del PIL, la MIS5 e il suo tasso di riduzione possono offrire un quadro dei progressi compiuti da un paese o da una regione, in un dato periodo, verso l'obiettivo di soddisfare i bisogni umani fondamentali. Come mostra la Tavola 10, non esiste un rapporto fisso tra il tasso di riduzione annua della MIS5 e il tasso di crescita annua del PNL pro capite. Questi paragoni mettono in

evidenza la relazione tra crescita economica e sviluppo umano.

Infine la Tavola indica il tasso totale di fertilità di ciascun paese e il suo tasso medio annuo di riduzione. Si noterà come molti paesi, che hanno ottenuto riduzioni significative della mortalità infantile, abbiano parimenti ottenuto riduzioni significative della fertilità.

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

Paesi e territori	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ^{a)}		Riduzione dal 1990 (%) ^{a)}	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Afghanistan	3	320	260	257	1,0	0,1	1	1,6x	-	7,7	8,0	7,2	-0,2	0,6
Albania	122	109	45	17	4,4	6,1	62	-0,7x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2,0
Algeria	75	220	69	38	5,8	3,7	45	2	1,3	7,4	4,7	2,4	2,3	4,2
Andorra	189	-	6	3	-	4,3	50	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2	300	260	260	0,7	0,0	0	0,4x	2,1	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Antigua e Barbuda	143	-	-	11	-	-	-	6,5x	1,8	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	185	44	25	7,2	3,5	43	-2	0,1x	7,3	5,8	3,5	1,1	3,3
Argentina	125	71	29	16	4,5	3,7	45	-1	1,3	3,1	3,0	2,3	0,1	1,7
Armenia	101	-	56	24	-	5,3	57	-	5,2	3,2	2,5	1,3	1,2	4,0
Australia	161	20	10	6	3,5	3,2	40	2	2,5	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Austria	167	33	10	5	6,0	4,3	50	2	1,9	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Azerbaijan	46	-	105	88	-	1,1	16	-	1,5	4,6	3,0	1,7	2,2	3,4
Bahamas	130	49	29	14	2,6	4,6	52	2	0,4x	3,6	2,6	2,0	1,6	1,5
Bahrein	146	82	19	10	7,3	4,0	47	-1,3x	2,3x	6,5	3,7	2,4	2,8	2,9
Bangladesh	55	239	149	69	2,4	4,8	54	1	3	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Barbados	138	54	17	12	5,8	2,2	29	2	1,5x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,7
Belgio	175	29	10	4	5,3	5,7	60	2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	-0,2
Belize	125	-	43	16	-	6,2	63	3	2,3	6,3	4,5	3,0	1,7	2,4
Benin	20	252	185	148	1,5	1,4	20	0	1,4	7,0	6,8	5,6	0,2	1,2
Bhutan	54	267	166	70	2,4	5,4	58	4,7x	4,8	6,7	5,9	2,3	0,6	5,8
Bielorussia	135	-	24	13	-	3,8	46	-	2,8	2,3	1,9	1,2	1,0	2,8
Bolivia	61	243	125	61	3,3	4,5	51	-1	1,3	6,6	4,9	3,6	1,5	1,9
Bosnia/Erzegovina	128	82	22	15	6,6	2,4	32	-	11,6x	2,9	1,7	1,2	2,6	2,1
Botswana	29	142	58	124	4,5	-4,7	-114	8	4,8	6,6	4,7	3,0	1,7	2,9
Brasile	113	136	57	20	4,3	6,5	65	2	1,1	5,0	2,8	2,3	2,9	1,3
Brunei Darussalam	148	78	11	9	9,8	1,3	18	-2,1x	-0,8x	5,7	3,2	2,4	2,8	2,0
Bulgaria	130	32	18	14	2,9	1,6	22	3,4x	2	2,2	1,7	1,3	1,2	1,7
Burkina Faso	10	287	206	204	1,7	0,1	1	1	1,5	7,6	7,3	6,1	0,2	1,1
Burundi	14	244	190	181	1,3	0,3	5	1	-2,6	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
Cambogia	47	-	116	82	-	2,2	29	-	5,8x	5,9	5,8	3,3	0,1	3,6
Camerun	19	215	139	149	2,2	-0,4	-7	3	0,7	6,2	5,9	4,5	0,2	1,7
Canada	161	23	8	6	5,3	1,8	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,6
Capo Verde	83	-	60	34	-	3,5	43	-	3,3	7,0	5,5	3,5	1,2	2,8
Ciad	7	-	201	209	-	-0,2	-4	-1	2,4	6,5	6,7	6,3	-0,1	0,3
Cile	148	98	21	9	7,7	5,3	57	2	3,7	4,0	2,6	1,9	2,1	1,9
Cina	101	118	45	24	4,8	3,9	47	7	8,8	5,6	2,2	1,7	4,7	1,6
Cipro	175	33	12	4	5,1	6,9	67	5,9x	2,3x	2,6	2,4	1,6	0,4	2,6
Colombia	110	105	35	21	5,5	3,2	40	2	0,8	5,6	3,0	2,3	3,1	1,7
Comore	57	215	120	68	2,9	3,5	43	0,1x	-0,4	7,1	6,1	4,5	0,7	2,0
Congo	27	142	103	126	1,6	-1,3	-22	3	-0,8	6,3	5,4	4,6	0,8	1,0
Congo, Repubblica														
Democratica	9	245	205	205	0,9	0,0	0	-2	-4,7	6,4	6,7	6,7	-0,3	0,0
Corea, Repubblica	167	54	9	5	9,0	3,7	44	6	4,5	4,5	1,6	1,2	5,2	1,9
Corea, Repubblica														
Democratica Popolare	65	70	55	55	1,2	0,0	0	-	-	4,0	2,4	1,9	2,6	1,6
Costa d'Avorio	26	237	153	127	2,2	1,2	17	-2	-0,5	7,4	6,6	4,6	0,5	2,2
Costarica	138	83	18	12	7,6	2,5	33	1	2,4	5,0	3,2	2,1	2,3	2,5
Croazia	161	42	12	6	6,3	4,3	50	-	2,8	2,0	1,7	1,3	0,9	1,4
Cuba	157	43	13	7	6,0	3,9	46	-	3,5x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,8
Danimarca	167	19	9	5	3,7	3,7	44	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	-0,5
Dominica	128	-	17	15	-	0,8	12	4,7x	1,4	-	-	-	-	-
Ecuador	101	140	57	24	4,5	5,4	58	1	1	6,3	3,7	2,6	2,7	2,0
Egitto	81	235	91	35	4,7	6,0	62	4	2,4	6,2	4,4	3,0	1,7	2,4
El Salvador	97	162	60	25	5,0	5,5	58	-2	1,6	6,4	3,7	2,7	2,7	1,9
Emirati Arabi Uniti	151	84	15	8	8,6	3,9	47	-4,8x	-0,9x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,9
Eritrea	51	237	147	74	2,4	4,3	50	-	0x	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Estonia	157	26	16	7	2,4	5,2	56	1,5x	4,9	2,1	1,9	1,5	0,4	1,8
Etiopia	30	241	204	123	0,8	3,2	40	-	1,9	6,8	6,8	5,4	0,0	1,4
Federazione Russa	125	40	27	16	2,0	3,3	41	-	0,6	2,0	1,9	1,3	0,3	2,1
Figi	119	65	22	18	5,4	1,3	18	0,6x	1,4x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Filippine	86	90	62	32	1,9	4,1	48	1	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹⁾		Riduzione dal 1990 (%) ⁹⁾	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Finlandia	175	16	7	4	4,1	3,5	43	3	2,6	1,9	1,7	1,8	0,3	-0,2
Francia	175	24	9	4	4,9	5,1	56	2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	-0,5
Gabon	44	-	92	91	-	0,1	1	0	-1	4,8	4,8	3,1	0,0	2,6
Gambia	37	311	153	113	3,5	1,9	26	1	0,3	6,7	6,0	4,8	0,5	1,4
Georgia	86	-	46	32	-	2,3	30	3	1	2,6	2,1	1,4	1,0	2,5
Germania	175	26	9	4	5,3	5,1	56	2,2x	1,4	2,0	1,4	1,4	1,9	0,1
Ghana	32	183	120	120	2,1	0,0	0	-2	2,1	6,7	5,8	4,0	0,7	2,3
Giamaica	88	62	33	31	3,2	0,4	6	-1	0,7	5,5	2,9	2,5	3,1	1,0
Giappone	175	21	6	4	6,3	2,5	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,4
Gibuti	25	-	175	130	-	1,9	26	-	-2,4	7,4	6,2	4,1	0,9	2,5
Giordania	97	107	40	25	4,9	2,9	38	2,5x	1,8	7,9	5,5	3,2	1,8	3,4
Grecia	175	54	11	4	8,0	6,3	64	1	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Grenada	113	-	37	20	-	3,8	46	4,9x	2,3	4,6	3,7	2,3	1,1	3,0
Guatemala	71	168	82	41	3,6	4,3	50	0	1,2	6,2	5,6	4,3	0,6	1,6
Guinea	17	338	235	161	1,8	2,4	31	0,3x	1,3	7,0	6,7	5,6	0,2	1,1
Guinea-Bissau	11	-	240	200	-	1,1	17	0	-2,5	6,8	7,1	7,1	-0,2	0,0
Guinea Equatoriale	8	-	170	206	-	-1,2	-21	-	21,6	5,7	5,9	5,4	-0,2	0,5
Guyana	60	-	88	62	-	2,2	30	-2	3	5,6	2,6	2,4	3,8	0,6
Haiti	48	222	152	80	1,9	4,0	47	0	-2	5,8	5,4	3,7	0,3	2,5
Honduras	95	170	58	27	5,4	4,8	53	1	0,6	7,3	5,1	3,4	1,7	2,6
India	49	192	115	76	2,6	2,6	34	2	4,4	5,4	4,0	2,9	1,5	2,0
Indonesia	83	172	91	34	3,2	6,2	63	5	2,2	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Iran (Repubblica Islamica)	83	191	72	34	4,9	4,7	53	-2	2,5	6,6	5,0	2,0	1,3	5,6
Iraq	68	125	53	46	4,3	0,9	13	-4,3x	-	7,2	5,9	4,4	1,0	1,8
Irlanda	167	27	10	5	5,0	4,3	50	3	6	3,9	2,1	2,0	3,1	0,4
Islanda	189	14	7	3	3,5	5,3	57	3	2,3	3,0	2,2	2,0	1,6	0,4
Isole Cook	116	-	32	19	-	3,3	41	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	64	-	92	56	-	3,1	39	-	-2,2	-	-	-	-	-
Isole Salomone	52	-	121	73	-	3,2	40	3	-2,3	6,9	5,9	4,0	0,8	2,4
Israele	167	27	12	5	4,1	5,5	58	2	1,5x	3,8	3,0	2,8	1,2	0,4
Italia	175	33	9	4	6,5	5,1	56	3	1,3	2,4	1,3	1,4	3,1	-0,2
Kazakistan	92	-	60	29	-	4,5	52	-	2,6	3,5	2,8	2,2	1,1	1,5
Kenya	31	156	97	121	2,4	-1,4	-25	1	0	8,1	5,9	5,0	1,6	1,1
Kirghizistan	71	-	75	41	-	3,8	45	-	-0,9	4,9	3,9	2,5	1,2	2,8
Kiribati	59	-	88	64	-	2,0	27	-5	1,9	-	-	-	-	-
Kuwait	143	59	16	11	6,5	2,3	31	-6,8x	0,6x	7,2	3,5	2,2	3,6	3,0
Laos, Repubblica														
Democratiche Popolare	50	218	163	75	1,5	4,9	54	-	4,1	6,4	6,2	3,3	0,2	4,0
Lesotho	24	186	101	132	3,1	-1,7	-31	3	2,3	5,8	4,9	3,5	0,8	2,2
Lettonia	148	26	18	9	1,8	4,3	50	3	4,2	1,9	1,9	1,3	0,0	2,5
Libano	89	54	37	30	1,9	1,3	19	-	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,2
Liberia	5	263	235	235	0,6	0,0	0	-4	2,2	6,9	6,9	6,8	0,0	0,1
Libia, Jamahiriya Araba	119	160	41	18	6,8	5,1	56	-4,8x	-	7,6	4,8	2,8	2,3	3,4
Liechtenstein	189	-	10	3	-	7,5	70	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	151	28	13	8	3,8	3,0	38	-	2,5	2,3	2,0	1,3	0,7	2,9
Lussemburgo	175	26	10	4	4,8	5,7	60	3	3,3	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,4
Macedonia, ex Repubblica														
jugoslava	122	119	38	17	5,7	5,0	55	-	0,2	3,2	1,9	1,5	2,4	1,8
Madagascar	36	180	168	115	0,3	2,4	32	-2	-0,5	6,8	6,2	4,9	0,4	1,5
Malawi	32	341	221	120	2,2	3,8	46	0	1,1	7,3	7,0	5,7	0,2	1,2
Maldiva	89	264	111	30	4,3	8,2	73	-	4,2x	7,0	6,2	2,6	0,6	5,4
Malesia	138	70	22	12	5,8	3,8	45	4	3,2	5,6	3,7	2,7	2,0	2,1
Mali	6	400	250	217	2,4	0,9	13	-1	2,2	7,5	7,4	6,6	0,0	0,8
Malta	161	32	11	6	5,3	3,8	45	7	2,7x	2,1	2,0	1,4	0,0	2,5
Marocco	78	184	89	37	3,6	5,5	58	2	1,6	7,1	4,0	2,4	2,8	3,3
Mauritania	28	250	133	125	3,2	0,4	6	-1	0,5	6,6	5,8	4,5	0,6	1,6
Mauritius	130	86	23	14	6,6	3,1	39	5,1x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Messico	81	110	53	35	3,7	2,6	34	2	1,5	6,7	3,4	2,3	3,4	2,5
Micronesia (Stati Federati)	71	-	58	41	-	2,2	29	-	-0,2	6,9	5,0	3,9	1,7	1,5
Moldavia	116	65	37	19	2,8	4,2	49	1,8x	-2	2,6	2,4	1,4	0,3	3,3
Monaco	175	-	9	4	-	5,1	56	-	-	-	-	-	-	-

TAVOLA 10. TASSO DI PROGRESSO

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ^{a)}		Riduzione dal 1990 (%) ^{a)}	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Mongolia	69	-	109	43	-	5,8	61	-	3,3x	7,5	4,1	1,9	3,0	4,8
Montenegro	146	-	16	10	-	2,9	38	-	2,6x	2,4	2,0	1,8	0,9	0,6
Mozambico	22	278	235	138	0,8	3,3	41	-1x	4,4	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Myanmar	40	179	130	104	1,6	1,4	20	2	6,6x	6,1	3,4	2,1	2,8	3,1
Namibia	61	135	86	61	2,3	2,1	29	-2,3x	1,5	6,5	5,8	3,3	0,5	3,6
Nauru	89	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	63	238	142	59	2,6	5,5	58	1	1,9	5,9	5,2	3,4	0,6	2,7
Nicaragua	79	165	68	36	4,4	4,0	47	-4	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,3
Niger	4	330	320	253	0,2	1,5	21	-2	-0,5	8,1	7,9	7,3	0,1	0,5
Nigeria	12	265	230	191	0,7	1,2	17	-1	0,7	6,9	6,8	5,5	0,1	1,3
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	175	15	9	4	2,6	5,1	56	3	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nuova Zelanda	161	20	11	6	3,0	3,8	45	1	2,1	3,1	2,1	2,0	2,0	0,3
Oman	138	200	32	12	9,2	6,1	63	3	1,8x	7,2	6,6	3,1	0,4	4,7
Paesi Bassi	167	15	9	5	2,6	3,7	44	2	1,8	2,4	1,6	1,7	2,2	-0,6
Pakistan	42	181	130	97	1,7	1,8	25	3	1,4	6,6	6,3	3,6	0,2	3,5
Palau	143	-	21	11	-	4,0	48	-	-	-	-	-	-	-
Panama	106	68	34	23	3,5	2,4	32	0	2,3	5,3	3,0	2,6	2,8	0,9
Papua Nuova Guinea	52	158	94	73	2,6	1,6	22	-1	0,2	6,2	4,8	4,0	1,2	1,2
Paraguay	108	78	41	22	3,2	3,9	46	3	-0,5	5,7	4,5	3,2	1,2	2,2
Perù	97	174	78	25	4,0	7,1	68	-1	2,3	6,3	3,9	2,5	2,4	2,7
Polonia	157	36	18	7	3,5	5,9	61	-	4,3	2,2	2,0	1,2	0,4	3,2
Portogallo	167	62	14	5	7,4	6,4	64	3	1,9	2,8	1,5	1,5	3,0	0,3
Qatar	110	65	26	21	4,6	1,3	19	-	-	6,9	4,4	2,7	2,3	3,0
Regno Unito	161	23	10	6	4,2	3,2	40	2	2,5	2,3	1,8	1,8	1,2	0,1
Repubblica Ceca	175	24	13	4	3,1	7,4	69	-	2,1	2,0	1,8	1,2	0,5	2,5
Repubblica Centrafricana	15	232	173	175	1,5	-0,1	-1	-1	-0,6	5,7	5,7	4,7	0,0	1,2
Repubblica Dominicana	92	127	65	29	3,3	5,0	55	2	3,7	6,2	3,3	2,9	3,1	0,9
Romania	119	57	31	18	3,0	3,4	42	0,9x	2	2,9	1,9	1,3	2,0	2,4
Ruanda	18	209	176	160	0,9	0,6	9	1	0,3	8,2	7,6	6,0	0,4	1,5
Saint Kitts/Nevis	116	-	36	19	-	4,0	47	6,3x	2,8	-	-	-	-	-
Saint Lucia	130	-	21	14	-	2,5	33	5,3x	1,1	6,1	3,3	2,2	3,0	2,6
Saint Vincent/Grenadines	113	-	25	20	-	1,4	20	3	1,7	6,0	3,0	2,2	3,5	1,9
Samoa	94	101	50	28	3,5	3,6	44	-0,1x	2,5	6,1	4,8	4,1	1,2	1,0
San Marino	189	-	14	3	-	9,6	79	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	43	106	100	96	0,3	0,3	4	-	0,5x	6,5	5,4	4,0	0,9	1,9
Senegal	35	276	149	116	3,1	1,6	22	0	1,2	7,0	6,6	4,9	0,3	1,9
Serbia	151	-	-	8	-	-	-	-	-	2,4	2,1	1,8	0,6	1,1
Seychelles	135	59	19	13	5,7	2,4	32	3	1,4	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1	368	290	270	1,2	0,4	7	0	-0,8	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0
Singapore	189	27	9	3	5,5	6,9	67	6	3,7	3,0	1,8	1,3	2,7	2,0
Siria, Repubblica Araba	130	128	38	14	6,1	6,2	63	2	1,4	7,6	5,5	3,2	1,6	3,5
Slovacchia	151	29	14	8	3,6	3,5	43	-	2,9	2,5	2,0	1,2	1,0	3,2
Slovenia	175	29	10	4	5,3	5,7	60	-	3,3	2,3	1,5	1,3	2,0	1,1
Somalia	21	-	203	145	-	2,1	29	-1	-	7,3	6,8	6,2	0,3	0,6
Spagna	175	34	9	4	6,6	5,1	56	2	2,5	2,9	1,3	1,4	3,9	-0,1
Sri Lanka	135	100	32	13	5,7	5,6	59	3	3,8	4,4	2,5	1,9	2,7	1,8
Stati Uniti	151	26	12	8	3,9	2,5	33	2	2,1	2,2	2,0	2,1	0,6	-0,2
Sudafrica	55	-	60	69	-	-0,9	-15	0	0,8	5,6	3,6	2,7	2,2	1,8
Sudan	45	172	120	89	1,8	1,9	26	0	3,7	6,6	6,0	4,4	0,5	1,9
Suriname	74	-	48	39	-	1,3	19	-2,2x	1,4	5,7	2,7	2,5	3,6	0,6
Svezia	189	15	7	3	3,8	5,3	57	2	2,2	2,0	2,0	1,8	0,1	0,8
Svizzera	167	18	9	5	3,5	3,7	44	1	0,7	2,0	1,5	1,4	1,4	0,5
Swaziland	16	196	110	164	2,9	-2,5	-49	2	0,4	6,9	5,7	3,6	0,9	3,0
Tagikistan	57	140	115	68	1,0	3,3	41	-	-3,1	6,9	5,2	3,5	1,4	2,5
Tanzania, Repubblica Unita	34	218	161	118	1,5	1,9	27	-	1,6	6,8	6,1	5,3	0,5	0,9
Territorio Palestinese Occupato	108	-	40	22	-	3,7	45	-	-2,8x	7,9	6,4	5,3	1,0	1,3
Thailandia	151	102	31	8	6,0	8,5	74	5	2,8	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
Timor-Leste	65	-	177	55	-	7,3	69	-	-	6,3	5,3	6,7	0,8	-1,4
Togo	38	219	149	108	1,9	2,0	28	-1	-0,1	7,0	6,4	5,0	0,5	1,6

	Posizione secondo il tasso di MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni			Tasso medio annuo di riduzione (%) ⁹		Riduzione dal 1990 (%) ⁹	Tasso di crescita media annua del PIL pro capite (%)		Tasso di fertilità totale			Tasso medio annuo di riduzione (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Tonga	101	50	32	24	2,2	1,8	25	-	1,9	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Trinidad e Tobago	75	54	34	38	2,3	-0,7	-12	1	4,7	3,5	2,4	1,6	1,8	2,6
Tunisia	106	201	52	23	6,8	5,1	56	3	3,3	6,6	3,6	1,9	3,0	3,9
Turchia	96	201	82	26	4,5	7,2	68	2	1,9	5,5	3,0	2,2	3,0	2,2
Turkmenistan	67	-	99	51	-	4,1	48	-	-6,8x	6,3	4,3	2,6	1,9	3,3
Tuvalu	75	-	54	38	-	2,2	30	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	101	36	25	24	1,8	0,3	4	-	-1,5	2,1	1,9	1,2	0,6	2,8
Uganda	23	170	160	134	0,3	1,1	16	-	3,1	7,1	7,1	6,6	0,0	0,5
Ungheria	157	39	17	7	4,2	5,5	59	3	3,2	2,0	1,8	1,3	0,6	2,2
Uruguay	138	56	23	12	4,4	4,1	48	1	1,2	2,9	2,5	2,1	0,7	1,0
Uzbekistan	69	-	74	43	-	3,4	42	-	0,7	6,5	4,2	2,6	2,2	3,1
Vanuatu	79	155	62	36	4,6	3,4	42	-0,5x	-0,3	6,3	4,9	3,9	1,2	1,5
Venezuela (Repubblica bolivariana)	110	62	33	21	3,2	2,8	36	-2	-0,6	5,4	3,4	2,6	2,2	1,8
Vietnam	122	87	53	17	2,5	7,1	68	-	6	7,0	3,7	2,2	3,2	3,2
Yemen	41	303	139	100	3,9	2,1	28	-	1,5	8,6	8,1	5,6	0,3	2,3
Zambia	13	181	180	182	0,0	-0,1	-1	-2	0	7,4	6,5	5,3	0,7	1,2
Zimbabwe	39	135	76	105	2,9	-2,0	-38	0	-2,4	7,4	5,2	3,3	1,8	2,9

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	243	187	160	1,3	1,0	14	-	1,1	6,8	6,3	5,3	0,4	1,1
Africa orientale e meridionale	220	165	131	1,4	1,4	21	-	1,2	6,8	6,0	5,0	0,6	1,1
Africa occidentale e centrale	264	208	186	1,2	0,7	11	-	1	6,8	6,6	5,6	0,1	1,1
Medio Oriente e Nord Africa	195	79	46	4,5	3,4	42	0	2,2	6,8	5,0	3,1	1,5	3,1
Asia meridionale	199	123	83	2,4	2,5	33	2	3,9	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2
Asia orientale e Pacifico	121	55	29	3,9	4,0	47	6	6,7	5,6	2,5	1,9	4,1	1,7
America latina e Caraibi	123	55	27	4,0	4,4	51	1	1,4	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8
ECO/CSI	91	53	27	2,7	4,2	49	-	1,1	2,8	2,3	1,7	0,9	2,1
Paesi industrializzati [§]	27	10	6	5,0	3,2	40	2	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2
Paesi in via di sviluppo [§]	164	103	79	2,3	1,7	23	3	4,1	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6
Paesi meno sviluppati [§]	244	180	142	1,5	1,5	21	-	2,3	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3
Mondo	145	93	72	2,2	1,6	23	2	2,3	4,7	3,2	2,6	1,9	1,4

§ Include territori compresi all'interno di ogni categoria di paesi o aree regionali. I paesi e i territori compresi in ogni categoria di paesi o aree regionali sono elencati a pagina 148.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni – Probabilità di morire tra la nascita e il compimento del quinto anno espressa su 1.000 nati vivi.

Riduzione dal 1990 (%) – Percentuale di riduzione del tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (MIS5) dal 1990 al 2006. Nel 2000 la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite ha stabilito l'obiettivo della riduzione di due terzi (67%) del MIS5 dal 1990 al 2015. Questo indicatore permette di valutare il progresso verso questo obiettivo.

PIL pro capite – Il prodotto interno lordo (PIL) equivale al valore totale di beni e servizi prodotti dai residenti, a cui va aggiunta ogni imposta (meno i sussidi) non inclusa nella valutazione del prodotto. Il PIL pro capite equivale al prodotto interno lordo diviso per la popolazione rilevata a metà anno. Il tasso di crescita è calcolato sulla base di dati espressi in valuta locale, depurati dall'inflazione.

Tasso totale di fertilità – Numero di bambini che nascerebbero da ogni donna se visse fino al termine del suo periodo di fertilità e rimanesse incinta a qualunque età, secondo il tasso di fertilità corrispondente.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Mortalità sotto i 5 anni – UNICEF, Divisione Popolazione delle Nazioni Unite e Divisione Statistica delle Nazioni Unite.

PIL pro capite – Banca Mondiale.

Fertilità – Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

- NOTE**
- Dati non disponibili.
 - x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli specificati nel titolo della colonna, oppure differiscono dalla definizione standard, o si riferiscono solo a una parte del territorio nazionale. Tali dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
 - 9 Un valore negativo indica un aumento nel tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni dal 1990.

Acronimi

AARR	Tasso medio di riduzione annua	ITN	Zanzariera trattata con insetticida
ACSD	Accelerated Child Survival and Development – Strategia accelerata per la sopravvivenza e lo sviluppo dell’infanzia	MIS5	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni
ACT	Terapia combinata a base di artemisina	MTEF	Quadro di spesa a medio termine
AIDS	Sindrome da immunodeficienza acquisita	OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
AI	Ricerche sugli indicatori dell’AIDS	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
APS	Aiuto pubblico allo sviluppo	OSM	Obiettivo di Sviluppo del Millennio
BCG	Vaccino contro la tubercolosi (bacillo di Calmette Guérin)	PAB	Protezione alla nascita
BSS	Indagini di monitoraggio sul comportamento	PIL	Prodotto interno lordo
C-IMCI	Gestione integrata a livello comunitario delle malattie dell’infanzia	PMTCT	Prevenzione della trasmissione dell’HIV da madre a figlio
CAS	Comitato di aiuto allo sviluppo (OCSE)	PMNCH	Gestione integrata delle malattie dell’infanzia
DALY	Disability-Adjusted Life Year – Anno perso in condizioni di disabilità	PNL	Prodotto nazionale lordo
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course – Trattamento di breve durata sotto stretta sorveglianza	PRSP	Documento strategico per la riduzione della povertà
FFF	Food supplementation, family spacing, female education – Integratori alimentari, distanziamento delle nascite, istruzione femminile	RNL	Reddito nazionale lordo
FGM/C	Mutilazione genitale femminile/escissione	SSHE	Servizi igienico-sanitari nelle scuole ed educazione all’igiene
GFATM	Fondo Globale per la lotta all’HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria	SWAp	Approccio di settore
GOBI	Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization – Monitoraggio della crescita, reidratazione orale, allattamento al seno, vaccinazione	SWS	Sistema per l’acqua sicura
HepB	Vaccino contro l’epatite B	TB	Tubercolosi
Hib	Haemophilus influenzae tipo B	TT	Tossoide del tetano
HIV	Virus dell’immunodeficienza umana	UIS	Istituto di statistica dell’UNESCO
HMN	Health Metrics Network	UNAIDS	Programma congiunto delle Nazioni Unite sull’HIV/AIDS
IMCI	Gestione integrata delle malattie dell’infanzia	UNESCO	Organizzazione delle Nazioni Unite per l’educazione, la scienza e la cultura
IMNCI	Gestione integrata delle malattie neonatali e dell’infanzia	UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione
		UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l’Infanzia
		USAID	Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale



Uffici UNICEF

UNICEF Sede centrale

UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

UNICEF Ufficio regionale per l'Europa

Palais des Nations
CH-1211 Ginevra 10, Svizzera

UNICEF Ufficio regionale per l'Europa centrale e orientale e la Comunità di Stati indipendenti

Palais des Nations
CH-1211 Ginevra 10, Svizzera

UNICEF Ufficio regionale per l'Africa orientale e meridionale

P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

UNICEF Ufficio regionale per l'Africa occidentale e centrale

P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

UNICEF Ufficio regionale per le Americhe e i Caraibi

Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

UNICEF Ufficio regionale per l'Asia orientale e il Pacifico

P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailandia

UNICEF Ufficio regionale per il Medio Oriente e il Nord Africa

P.O. Box 1551
Amman 11821, Giordania

UNICEF Ufficio regionale per l'Asia meridionale

P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

**Per ulteriori informazioni consultare
il sito www.unicef.org**

**Per ogni bambino
Salute, Scuola, Uguaglianza, Protezione**

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68

00185 Roma

Tel. 06 478091 – Fax 06 47809270

pubblicazioni@unicef.it

www.unicef.org

ISBN: 88-89285-15-X

ISBN: 978-88-89285-15-2

© Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF)
Gennaio 2008