



unicef   
per ogni bambino

**OGNI BAMBINO È VITA**

**Fermiamo la mortalità neonatale**

## Ringraziamenti

*(elencati in ordine alfabetico per cognome)*

**Responsabile di produzione:** Guy Taylor

**Autori principali:** Siobhan Devine, Guy Taylor

**Dati e analisi:** Liliana Carvajal-Aguirre, Lucia Hug, Tyler Porth, Danzhen You

**Analisi tecnica e revisione:** Maaike Arts, France Begin, Ted Chaiban, Laurence Chandy, Chika Hayashi, Mark Hereward, Vrinda Mehra, Anastasia Mshvidobadze, Luwei Pearson, Stefan Peterson, Katherine Rogers, David Sharrow, Irum Taqi, Nabila Zaka and Willibald Zeck.

Grazie a Sinae Lee, Padraic Murphy e Maria Eleanor Reserva per l'ulteriore supporto nell'analisi e nella revisione dei dati.

**Editing:** Tara Dooley, Meg French, Katherine Rogers

**Copy-editing:** Kristin Moehlmann

**Verifica dei fatti:** Xinyi Ge, Yasmine Hage

**Design:** QUO Global

Gli autori di questo rapporto sono particolarmente grati ai colleghi delle sedi UNICEF locali, in particolare dell'UNICEF Etiopia, dell'UNICEF Kyrgyzstan e dell'UNICEF Malawi, per il loro supporto, e alla dott.ssa Margaret E. Kruk della Harvard TH Chan School of Public Health e al Professor Joy Lawn della London School of Hygiene and Tropical Medicine, per i loro preziosi approfondimenti.

# OGNI BAMBINO È VITA

## Fermiamo la mortalità neonatale

# Indice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sintesi</b>   | <b>1</b>  |
| <b>La sfida per tutelare la vita di tutti i bambini</b>                                  | <b>5</b>  |
| La mortalità perinatale: una tragedia avvolta nel silenzio                               | 6         |
| <b>Dove muoiono i neonati</b>  | <b>11</b> |
| I luoghi più rischiosi nei quali nascere   | 11        |
| I luoghi più sicuri nei quali nascere  | 13        |
| I rischi neonatali variano da un paese all'altro e all'interno di uno stesso paese       | 14        |
| <b>Un piano d'azione</b>   | <b>19</b> |
| Aumentare accessibilità ai servizi sanitari è fondamentale                               | 19        |
| L'accessibilità da sola non basta: la qualità è il fattore determinante                  | 19        |
| La strada da seguire   | 20        |
| 1 <b>Strutture:</b> presidi sanitari puliti e funzionanti                                | 20        |
| 2 <b>Professionisti:</b> operatori sanitari qualificati                                  | 21        |
| 3 <b>Strumenti:</b> farmaci e attrezzature salvavita                                     | 21        |
| 4 <b>Emancipazione:</b> dignità, rispetto e responsabilità alla donne                    | 22        |
| <b>Ogni bambino è vita</b>   | <b>25</b> |
| <b>Note</b>  | <b>29</b> |
| Allegato: tassi di mortalità neonatale e classificazione dei paesi per gruppo di reddito | 31        |

© Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), 2018

Crediti fotografici

La riproduzione di qualsiasi parte di questa pubblicazione è soggetta al rilascio di autorizzazione. L'autorizzazione verrà concessa gratuitamente a organizzazioni accademiche o a enti non-profit.

Contatti:  
Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus  
Via Palestro 68, 00185 Roma  
www.unicef.it

Copertina: © UNICEF/UN0157449/Ayene  
Pag. 4: © UNICEF/UNI39905/Chute  
Pag. 7: © UNICEF/UNI150965/Asselin  
Pag. 9: © UNICEF/UN0157425/Ayene  
Pag. 10: © UNICEF/UNI139096/Chute  
Pag. 15: © UNICEF/UNI100595/Asselin  
Pag. 17: © UNICEF/UN0147842/BOSCH/AFP  
Pag. 18: © UNICEF/UN0155830/Zammit  
Pag. 23: © UNICEF/UN0157421/Ayene  
Pag. 24: © UNICEF/UNI100590/Asselin  
Pag. 27: © UNICEF/UN0146977/Voronin  
Pag. 28: © UNICEF/UNI182031/Rich  
Pag. 30: © UNICEF/UNI100801/Asselin

---

*Immagina per un momento di essere sul punto di partorire. Sei a casa, assistita solo da alcuni membri della tua famiglia. Hai dolore, ma non puoi ricorrere a un medico, a un'infermiera o a un'ostetrica. Sai che c'è un reale rischio che tu e il bambino che hai atteso per tanti mesi di incontrare potreste non sopravvivere. E anche se tu e il bambino sopravviveste, sai che i prossimi giorni e settimane saranno pieni di pericoli.*

*Immagina ora di essere un'ostetrica, che si prepara a far nascere un bambino prematuro. La struttura sanitaria in cui lavori non ha acqua corrente, elettricità e ha pochi strumenti. Sei al buio, stringi il cellulare tra i denti, la sua luce fioca è la tua unica guida. La madre davanti a te ha 16 anni. Sta entrando nella fase attiva del travaglio. Tu sei la sua unica fonte di supporto medico e di speranza.*

*Questi scenari illustrano la dura realtà che devono affrontare milioni di madri, bambini e operatori sanitari in tutto il mondo.*

*È una realtà che possiamo e dobbiamo cambiare per*  
**GARANTIRE LA VITA A TUTTI I BAMBINI.**

---

## Sintesi

Ogni anno, 2,6 milioni di neonati muoiono prima di compiere un mese.<sup>1</sup> Un milione di loro emette il primo e l'ultimo respiro il giorno in cui nasce. Altri 2,6 milioni nascono morti.

Ciascuna di queste morti è una tragedia, soprattutto perché molto spesso è prevenibile. Oltre l'80 per cento delle morti neonatali è causata da parto prematuro, complicanze durante il travaglio e il parto, nonché infezioni come setticemia, meningite e polmonite. Cause analoghe, in particolare le complicanze durante il travaglio, sono responsabili di gran parte delle morti perinatali.

Milioni di giovani vite potrebbero essere salvate ogni anno se madri e neonati potessero accedere a un'assistenza sanitaria di qualità, a una buona alimentazione e ad acqua pulita. Ma troppo spesso anche queste misure basilari sono fuori dalla portata delle madri e dei neonati che ne hanno più bisogno.

Il tasso di mortalità dei bambini di età compresa tra 1 mese e 5 anni è diminuito notevolmente negli ultimi decenni. Ma i progressi nel ridurre la mortalità dei neonati - di età inferiore a 1 mese - sono stati meno incisivi, perché ancora oggi ne muoiono 7000 al giorno. Ciò è in parte dovuto al fatto che le morti neonatali sono difficili da affrontare con un singolo farmaco o intervento, ma richiedono un approccio sistematico. È anche dovuto alla mancanza di slancio e di impegno globale per la sopravvivenza neonatale. Stiamo fallendo verso i più giovani e i più vulnerabili del pianeta, e quando sono in gioco così tanti milioni di vite umane, il tempismo è fondamentale.

Come mostra questo rapporto, il rischio di morte neonatale varia enormemente in base a dove nasce un bambino. I bambini nati in Giappone hanno le più alte probabilità di sopravvivere, solo 1 neonato su 1.000 muore durante i primi 28 giorni.<sup>2</sup> I bambini nati in Pakistan hanno le aspettative peggiori: ogni 1.000 bambini nati, 46 muoiono prima della fine del loro primo mese - quasi 1 su 20.

La sopravvivenza neonatale è strettamente legata al livello di reddito di un paese. I paesi ad alto reddito hanno un tasso medio di mortalità neonatale (il numero di decessi per mille nascite) pari a 3.<sup>3</sup> A confronto, i paesi a basso reddito hanno un tasso di mortalità neonatale di 27. Questo divario è emblematico: se ogni paese riducesse il proprio tasso di mortalità neonatale al tasso medio dei paesi ad alto reddito, o inferiore, entro il 2030, si potrebbero salvare 16 milioni di vite appena nate.

Tuttavia, il livello di reddito di un paese è solo uno dei parametri. In Kuwait e negli Stati Uniti d'America, entrambi paesi ad alto reddito, il tasso di mortalità neonatale è 4. Questo è solo leggermente migliore rispetto ai paesi a reddito medio-basso come lo Sri Lanka e l'Ucraina, dove il tasso di mortalità neonatale è 5. Il Ruanda, un paese a basso reddito, ha più che dimezzato il proprio tasso di mortalità neonatale negli ultimi decenni, riducendolo da 41 nel 1990 a 17 nel 2016, il che mette il paese ben al di sopra dei paesi a reddito medio-alto come la Repubblica Dominicana, dove il tasso di mortalità neonatale è 21. Ciò dimostra che l'esistenza della volontà politica di investire in sistemi sanitari solidi, che diano la priorità ai neonati e raggiungano i più poveri e i più emarginati, riveste un'importanza fondamentale e può fare la differenza, anche dove le risorse sono limitate.

Inoltre, i tassi di mortalità nazionale spesso nascondono variazioni all'interno dei paesi: i bambini nati da madri senza istruzione affrontano un rischio di morte durante il periodo neonatale quasi doppio rispetto ai bambini nati da madri con almeno un'istruzione secondaria. I bambini nati nelle famiglie più povere hanno oltre il 40% di probabilità in più di morire durante il periodo neonatale rispetto a quelli nati nelle famiglie meno povere.<sup>4</sup>

Se consideriamo le cause alla radice, questi bambini non muoiono per ragioni mediche come il parto pretermine o la polmonite. Muoiono perché le loro famiglie sono troppo povere o emarginate per accedere alle cure di cui hanno bisogno. Tra tutte le ingiustizie del mondo, questa è probabilmente la più grave.

La buona notizia è che il progresso è possibile, anche quando le risorse sono scarse. I successi registrati in paesi come il Ruanda danno speranza e sono di insegnamento per altri paesi impegnati a garantire la vita a tutti i bambini. Nello specifico, dimostrano che ci sono due passi fondamentali:

- 1 aumentare l'accessibilità all'assistenza sanitaria
- 2 migliorare la qualità di tale assistenza

Bassi livelli di accessibilità ai servizi sanitari materni e neonatali forniti da operatori qualificati sono strettamente correlati ad alti tassi di mortalità neonatale. In Somalia, un paese con uno dei più alti tassi di mortalità neonatale al mondo (39), c'è un solo medico, infermiera o ostetrica per ogni 10.000 abitanti. Nella Repubblica Centrafricana, dove il tasso di mortalità neonatale è 42, ce ne sono solo tre. In confronto la Norvegia, che ha un tasso di mortalità neonatale di 2, ha 218 operatori sanitari qualificati per ogni 10.000 abitanti. Il Brasile, un paese a reddito medio-alto con un tasso di mortalità neonatale di 8, ne ha 93.

Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari materni e neonatali è quindi un primo passo necessario per ridurre i tassi di mortalità neonatale. E comunque, se la qualità dei servizi è scarsa, la semplice presenza di una struttura sanitaria o di un operatore sanitario non è sufficiente per fare la differenza tra la vita e la morte.

Salvare vite umane non è mai semplice e nessun governo o nessuna istituzione, singolarmente, riuscirà a porre fine alle morti neonatali prevenibili. Fornire assistenza sanitaria di qualità a prezzi accessibili per ogni madre e bambino, a partire dai più vulnerabili, richiederà:

- **Strutture:** presidi sanitari puliti e funzionanti dotati di acqua, detersivi ed elettricità disponibili per ogni madre e bambino
- **Professionisti:** assumere, formare, mantenere e gestire un numero adeguato di medici, infermiere e ostetriche con le conoscenze e le competenze necessarie per salvare vite appena nate
- **Strumenti:** rendere i 10 farmaci e le attrezzature salvavita più importanti disponibili per ogni madre e bambino (*vedere la figura 6*)
- **Emancipazione:** riconoscere alle ragazze adolescenti, alle madri e alle famiglie il potere di chiedere e ricevere assistenza di qualità

### Copertura sanitaria universale

Con il termine **copertura sanitaria universale** viene definito un sistema in cui tutti hanno accesso a servizi sanitari che coprano non solo la cura delle malattie, ma promuovano la buona salute e, prima di tutto, mettano in atto misure di profilassi. La copertura sanitaria universale è anche finalizzata a garantire che i servizi siano di qualità elevata e che le persone non abbiano difficoltà a pagarli.

La campagna globale dell'UNICEF per garantire la vita a tutti i bambini è un appello urgente affinché governi, aziende, addetti all'assistenza sanitaria, comunità e individui tengano fede alla promessa di fornire copertura sanitaria universale<sup>5</sup> (UHC) e di garantire la vita a tutti i bambini. La campagna che si focalizza su 10 paesi: Bangladesh, Etiopia, Guinea-Bissau, India, Indonesia, Malawi, Mali, Nigeria, Pakistan e Tanzania. Insieme, questi paesi contano oltre la metà delle morti neonatali nel mondo.

Ogni sforzo per salvare vite appena nate, non importa quanto grande o piccolo, può garantire la sopravvivenza dei neonati. Nessun bambino dovrebbe perdere la possibilità di sopravvivere e crescere così prematuramente. E nessun genitore dovrebbe vedere un figlio soffrire o morire, specialmente quando esistono le soluzioni per mantenerlo vivo e sano.

### Qualità dell'assistenza

La qualità dell'assistenza viene definita in base a quanto i servizi sanitari migliorano i risultati desiderati in termini di salute. Per ottenere assistenza di qualità e migliorare i risultati, medici, infermiere e ostetriche devono essere formati, avere le risorse e gli incentivi per fornire un trattamento tempestivo, efficace e rispettoso a ogni madre e a ogni bambino. Per migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre le malattie e le morti prevedibili di mamme e neonati, l'OMS e l'UNICEF hanno lanciato nel 2017 il programma denominato Quality of Care Network, dedicato al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria materna, neonatale e infantile.

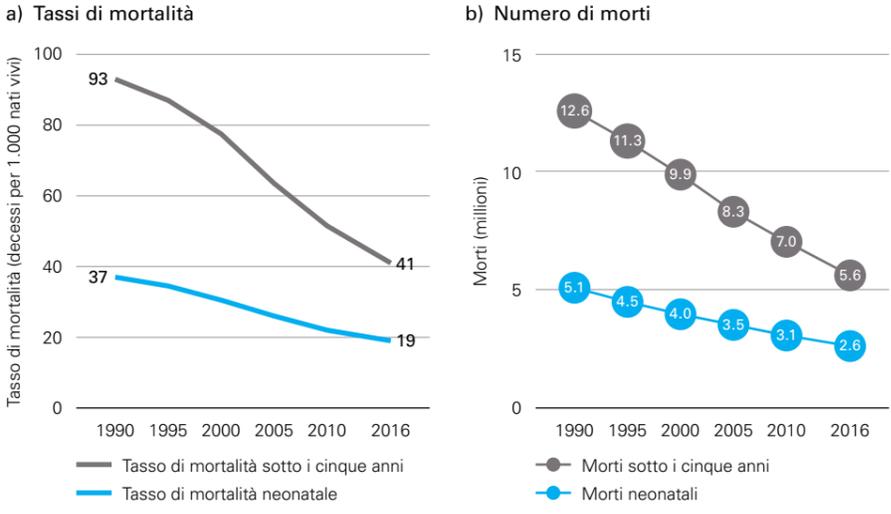


# La sfida per tutelare la vita di tutti i bambini

**Le morti neonatali rappresentano attualmente una percentuale maggiore e in crescita di tutte le cause di mortalità tra i bambini di età inferiore ai 5 anni.**

Ogni giorno muoiono circa 7.000 neonati in tutto il mondo. Oltre l'80% di queste morti è causato da eventi che si sarebbero potuti evitare con soluzioni basilari come assistenza sanitaria di qualità e accessibile fornita da medici, infermiere e ostetriche qualificati, alimentazione prenatale e postnatale per madre e bambino e acqua pulita. Nonostante negli ultimi decenni i tassi di mortalità neonatale siano diminuiti, i grandi progressi realizzati nella fascia di età compresa tra 1 e 5 anni sono ancora molto lontani. Tra il 1990 e il 2016, il tasso di mortalità in questa fascia d'età è diminuito del 62%, pari a quasi i due terzi. Al contrario, il tasso di mortalità neonatale è diminuito solo del 49%. Le morti neonatali rappresentano ora una percentuale maggiore e in crescita di tutte le cause di mortalità tra i bambini di età inferiore ai 5 anni.

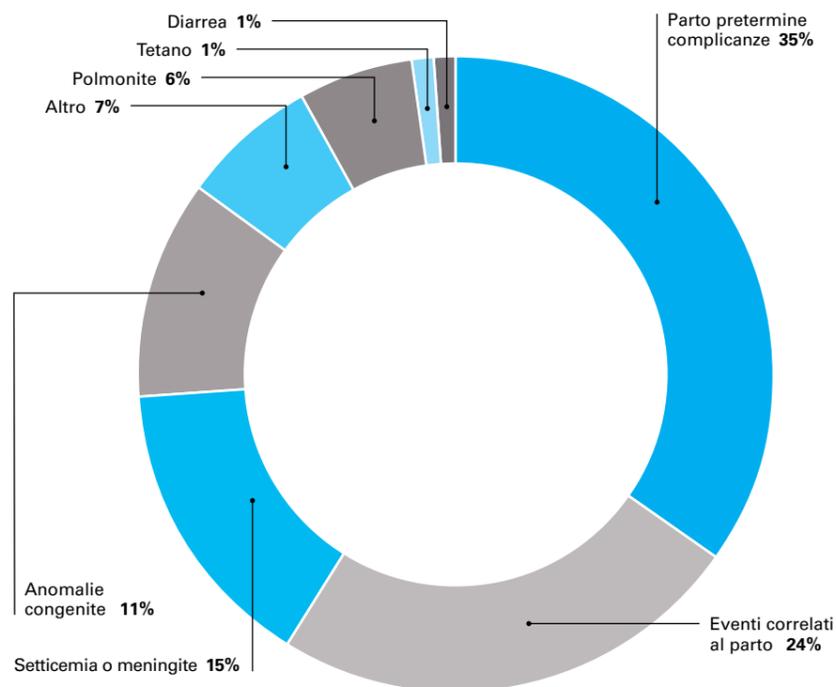
**Figura 1**  
Tassi di mortalità e morti, 1990-2016



Fonte: Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

Due fattori principali aiutano a spiegare questo modello allarmante. In primo luogo, le cause primarie della mortalità neonatale includono il parto pretermine, le complicanze al momento della nascita e le infezioni come setticemia, meningite e polmonite. Queste cause sono per lo più prevenibili, ma spesso non possono essere trattate da un singolo farmaco o intervento. Richiedono un approccio sistematico.

In secondo luogo, e altrettanto importante, non è stata attribuita sufficiente attenzione e importanza su come porre fine alla piaga della mortalità neonatale.



**Nota:** Le stime sono arrotondate e pertanto la somma potrebbe non totalizzare 100%.  
Le complicanze del parto pretermine si riferiscono a complicanze che si verificano prima della nascita; gli eventi correlati al parto sono complicanze che si verificano durante la nascita.

**Fonte:** OMS e Gruppo per lo studio epidemiologico materno e infantile (MCEE). 2018.  
Stime delle cause di morte infantile 2000-2016

## La mortalità perinatale: una tragedia avvolta nel silenzio

Il numero di morti neonatali durante il primo mese di vita è troppo elevato, come anche il numero di morti perinatali, ovvero nati senza segni di vita. La stragrande maggioranza dei circa 2,6 milioni di bambini nati morti ogni anno è localizzata in paesi a basso e medio reddito. La metà dei bambini nati morti all'inizio del travaglio è ancora viva.<sup>6</sup>

Generalmente queste morti non rientrano nelle statistiche dei sistemi di sanità pubblica o dei decisori politici. Nella maggior parte dei casi, i bambini nati morti non ricevono un certificato ufficiale di nascita o di morte. Sebbene non venga registrata ufficialmente, ciascuna perdita lascia un'impronta indelebile nel cuore dei genitori e delle famiglie.

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) includono dei target globali in tema di sopravvivenza neonatale e infantile, ma nessun target specifico in tema di morte perinatale. I bambini nati morti e i loro genitori meritano di meglio. Riconoscendo in questo dato di fatto una situazione alla quale va posto rimedio, l'UNICEF invita i leader mondiali ad adottare misure atte a far sì che ogni bambino nato morto venga contato, a porsi obiettivi ambiziosi in tema di riduzione della perinatalità, impegnandosi a raggiungerli.

Molti degli interventi e degli approcci per la prevenzione della mortalità neonatale possono anche essere applicati per prevenire la mortalità perinatale. Il Piano d'azione per ogni neonato, un'iniziativa globale lanciata nel 2014 per prevenire la mortalità neonatale e la perinatalità, ha stimato che ogni anno si potrebbe salvare la vita a 3 milioni di madri, neonati e nati morti migliorando l'assistenza durante la nascita e fornendo cure specifiche per neonati sotto peso e malati.<sup>7</sup>

**Figura 2**  
Cause di morti neonatali, 2016

### Particolare attenzione a neonati sottopeso e malati

Ogni anno, circa 15 milioni di bambini nascono pretermine, alla 37ma settimana di gestazione.

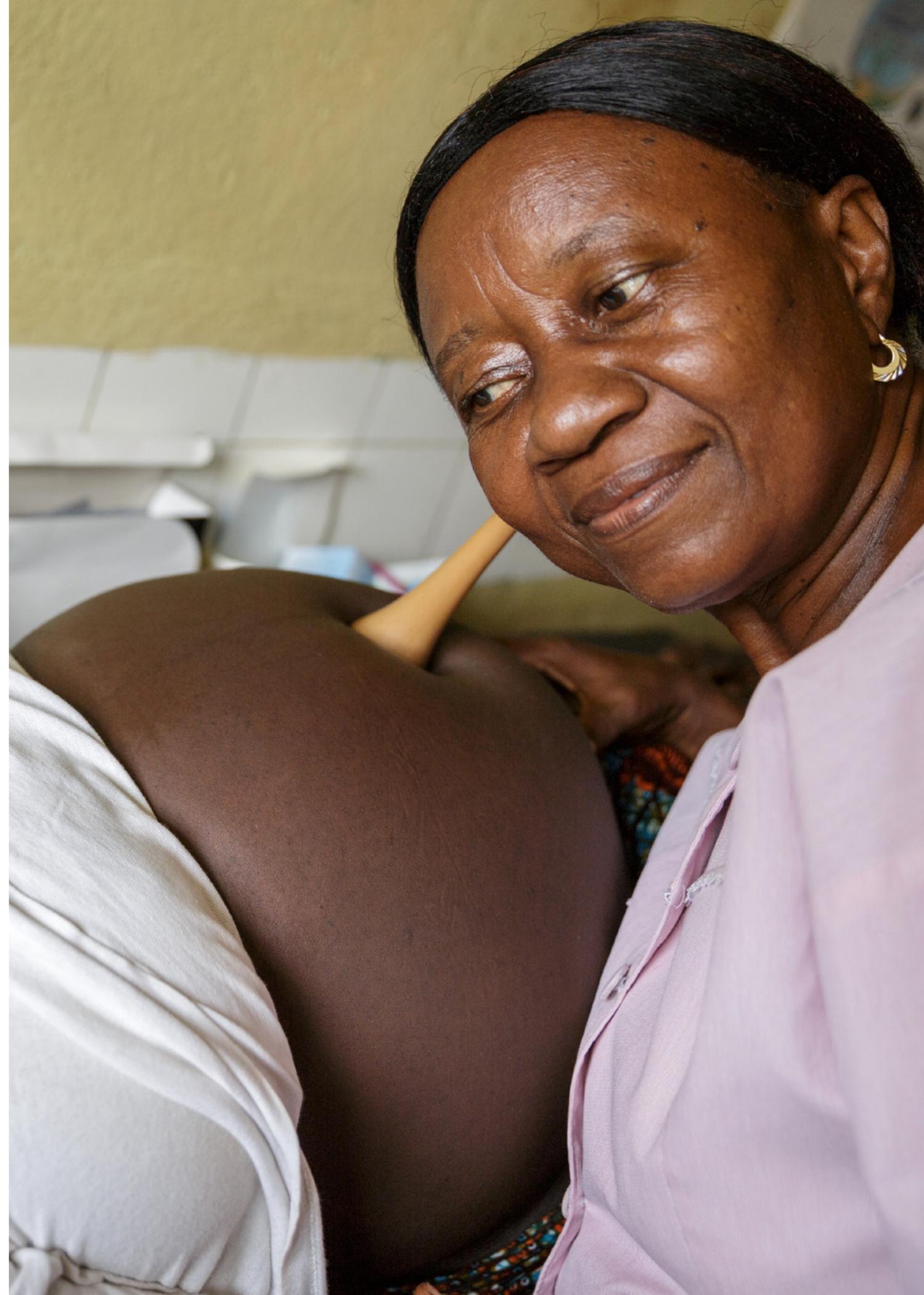
Le nascite pretermine espongono madri e neonati a una serie di complicanze potenzialmente fatali, tra cui il basso peso alla nascita.

E i neonati prematuri che sopravvivono alla fase neonatale sono spesso soggetti a deficit permanenti, quali ad esempio difficoltà di crescita e di apprendimento.

I dati provenienti da tutto il mondo mostrano una forte correlazione tra la qualità dell'assistenza postnatale e la sopravvivenza dei neonati ad alto rischio.

Un esempio di intervento che aumenta le possibilità di sopravvivenza spesso menzionato è il Kangaroo Mother Care, che consiste nel contatto fisico diretto tra mamma e neonato, fin dall'inizio e regolare.

La formazione degli operatori sanitari e l'attuazione di buone pratiche come il Kangaroo Mother Care su larga scala ridurranno notevolmente i rischi per i neonati pretermine e contribuiranno a mantenere in vita tutti i bambini.



---

## ETIOPIA

**Hawa Mustafa**, 29 anni, tiene in braccio la figlia di 6 mesi, Muna Ibrahim, in un centro sanitario sostenuto dall'UNICEF nella regione di Benishangul-Gumuz, in Etiopia. Il primo figlio di Hawa fu partorito in casa e morì quasi subito dopo la nascita. Gli altri quattro figli, tra cui Muna, sono venuti al mondo nel centro sanitario. Pur rimanendo al di sopra della media nazionale, il tasso di mortalità neonatale di Benishangul-Gumuz è diminuito di quasi il 50 per cento tra il 2000 e il 2016, passando da 65 morti ogni 1000 nati vivi a 35 morti ogni 1000 nati vivi. Il miglioramento è dovuto in parte al crescente numero di donne che partorisce in centri come questo.

La storia di Hawa raccontata agli operatori dell'UNICEF:  
*Dieci anni fa ero incinta del mio primo figlio. Alla fine di un travaglio molto doloroso protrattosi per due giorni ho partorito un maschietto, Mahmoud. Morì poco dopo la nascita. Il dolore fu straziante. Per sei mesi, non fui in grado di uscire di casa. Mio marito e la mia famiglia dovevano raccogliere la legna e prendere l'acqua. Sapevo che se avessi partorito al centro sanitario, Mahmoud avrebbe potuto essere salvato. Ora ho quattro figli, tutti partoriti qui e vederli vivi mi riempie di gioia. Non importa se urlano o fanno i capricci - ringrazio che siano vivi. Un giorno, forse, uno di loro diventerà un medico.*

---





# Dove muoiono i neonati

I tassi di mortalità neonatale variano da un paese all'altro e all'interno dei paesi stessi. In molte nazioni il rischio che una madre o un neonato muoiano durante il parto o subito dopo è molto basso. In altri, i giorni prima, durante e dopo il parto sono pieni di pericoli.

## I luoghi più rischiosi nei quali nascere

Il Pakistan è il luogo più ad alto rischio nel quale nascere, se si considera il relativo tasso di mortalità neonatale. Per ogni 1.000 bambini nati nel 2016, 46 sono morti prima del compimento del primo mese - uno sconcertante 1 su 22. Dei 10 paesi con il più alto tasso di mortalità neonatale, otto si trovano nell'Africa subsahariana e due si trovano nell'Asia meridionale.

**Figura 3a**  
Paesi con i più alti tassi di mortalità neonatale nel 2016 e numero di professionisti sanitari qualificati per 10.000 abitanti

| Paesi con i più alti tassi di mortalità neonatale nel 2016 | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nascite) | Professionisti sanitari qualificati per 10.000 abitanti |
|--|--|---|
| Pakistan   | 45.6 [33.9, 61.5]                                      | 14 (2014)   |
| Repubblica Centrafricana                                   | 42.3 [25.7, 68.6]                                      | 3 (2009)  |
| Afghanistan  | 40.0 [31.6, 48.9]                                      | 7 (2014)  |
| Somalia  | 38.8 [19.0, 80.0]                                      | 1 (2014)  |
| Lesotho  | 38.5 [25.5, 55.6]                                      | 6 (2003)  |
| Guinea-Bissau  | 38.2 [25.8, 55.2]                                      | 7 (2009)  |
| Sud Sudan  | 37.9 [20.5, 67.3]                                      | no data   |
| Costa d'Avorio   | 36.6 [26.3, 50.3]                                      | 6 (2008)  |
| Mali   | 35.7 [20.1, 60.7]                                      | 5 (2010)  |
| Ciad   | 35.1 [27.4, 44.3]                                      | 4 (2013)  |

**Nota:** I tassi di mortalità neonatale sono stimati con margini di approssimazione. I numeri tra parentesi rappresentano i limiti di incertezza inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le classifiche si basano su stime mediane dei tassi di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi), che non tengono conto delle incertezze. Pertanto le posizioni in classifica sono soggette a variazioni. La tabella esclude i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017. Aggiornamento 2016 della OMS delle statistiche globali sulla salute della forza lavoro <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, al 30 gennaio 2018.

| Paesi con i più bassi tassi di mortalità neonatale nel 2016 | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) | Professionisti specializzati per 10.000 abitanti |
|---|--|--|
| Giappone  | 0.9 [0.8, 1.0]   | 131 (2012)                                       |
| Islanda   | 1.0 [0.7, 1.4]   | 201 (2015)                                       |
| Singapore   | 1.1 [1.0, 1.3]   | 76 (2013)  |
| Finlandia   | 1.2 [0.9, 1.4]   | 175 (2012)                                       |
| Estonia   | 1.3 [1.1, 1.6]   | 93 (2014)  |
| Slovenia  | 1.3 [1.1, 1.6]   | 114 (2014)                                       |
| Cipro   | 1.4 [1.1, 1.9]   | 64 (2014)  |
| Bielorussia   | 1.5 [1.2, 1.8]   | 150 (2014)                                       |
| Repubblica Democratica Popolare di Corea                    | 1.5 [1.4, 1.7]   | 79 (2014)  |
| Norvegia  | 1.5 [1.3, 1.8]   | 218 (2014)                                       |
| Lussemburgo   | 1.5 [1.1, 2.0]   | 152 (2015)                                       |

**Nota:** I tassi di mortalità neonatale sono stimati con approssimazione. I numeri tra parentesi rappresentano i limiti di incertezza inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le classifiche si basano su stime mediane dei tassi di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi), che non tengono conto delle incertezze. Pertanto le posizioni in classifica sono soggette a variazioni. La tabella esclude i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali. La tabella include 11 paesi come Bielorussia, Repubblica Democratica Popolare di Corea, Norvegia e Lussemburgo che hanno lo stesso tasso di mortalità neonatale (1,5).

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017. Aggiornamento 2016 della OMS delle statistiche globali sulla salute della forza lavoro <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, al 30 gennaio 2018.

Otto dei paesi con il più alto tasso di mortalità neonatale sono considerate nazioni con poca stabilità.<sup>8</sup> In questi paesi, crisi come conflitti, disastri naturali, e scarsa governance hanno spesso compromesso i sistemi sanitari e ostacolato la capacità dei decisori politici di formulare e attuare politiche che promuovano la sopravvivenza neonatale.

Tuttavia, c'è una differenza tra i tassi di mortalità neonatale e il numero di neonati che muoiono ogni anno. Nei paesi con un elevato numero di nascite, i tassi di mortalità potrebbero essere inferiori rispetto ai paesi con meno nascite, ma il *numero* di morti reale è più alto. Gli sforzi compiuti a livello globale, per porre fine alla mortalità neonatale prevedibile in questi paesi, avranno successo se supportati da interventi progressivi per prevenire la mortalità neonatale, con particolare attenzione ai più poveri e ai più emarginati

**Figura 3b**  
Paesi con i più bassi tassi di mortalità neonatale nel 2016 e numero di professionisti sanitari qualificati per 10.000 abitanti

**Figura 4**  
I 10 paesi con il più alto numero di morti neonatali nel 2016 e tassi di mortalità neonatale

| Paesi con il più alto numero di morti neonatali nel 2016 | Numero di tasso di morti (in migliaia) | Percentuale globale morti neonatali (%) | Tasso mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|--|--|---|---|
| India  | 640                                    | 24                                      | 25.4 [22.6, 28.4]                                     |
| Pakistan   | 248                                    | 10                                      | 45.6 [33.9, 61.5]                                     |
| Nigeria  | 247                                    | 9                                       | 34.1 [24.7, 46.3]                                     |
| Repubblica Democratica del Congo                         | 96                                     | 4                                       | 28.8 [19.5, 41.5]                                     |
| Etiopia  | 90                                     | 3                                       | 27.6 [21.7, 35.2]                                     |
| Cina   | 86                                     | 3                                       | 5.1 [4.3, 6.0]  |
| Indonesia  | 68                                     | 3                                       | 13.7 [10.7, 17.5]                                     |
| Bangladesh   | 62                                     | 2                                       | 20.1 [17.7, 22.5]                                     |
| Tanzania   | 46                                     | 2                                       | 21.7 [17.2, 27.6]                                     |
| Afghanistan  | 46                                     | 2                                       | 40.0 [31.6, 48.9]                                     |

**Nota:** I numeri tra parentesi rappresentano gli intervalli di incertezza inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. La tabella non considera i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o con meno di 90.000 abitanti.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

## I luoghi più sicuri nei quali nascere

All'estremo opposto Giappone, Islanda e Singapore sono i tre paesi più sicuri in cui nascere, tenendo conto dei relativi tassi di mortalità neonatale.

In questi paesi, solo 1 bambino su 1.000 muore durante i primi 28 giorni di vita. Un bambino nato in Pakistan ha quasi 50 probabilità in più di morire durante il primo mese di vita rispetto a un bambino nato in uno di questi tre paesi.

Nazioni come Giappone, Islanda e Singapore dispongono di sistemi sanitari solidi, con buone risorse, un numero elevato di operatori sanitari altamente qualificati, un'infrastruttura ben sviluppata, acqua pulita agevolmente disponibile e alti standard igienico-sanitari. L'educazione pubblica in materia di salute, unita a standard molto elevati di prestazione medica, garantisce a tutti l'accessibilità a un'assistenza sanitaria di qualità per tutte le età e gli standard generali in materia di nutrizione, istruzione e sicurezza ambientale sono elevati. Probabilmente tutti questi fattori concorrono a mantenere i tassi di mortalità infantile a un livello molto basso.

I paesi ad alto reddito hanno mediamente un tasso di mortalità neonatale di 3, rispetto a 27 registrato nei paesi a basso reddito. Questo divario è emblematico: se ogni paese riducesse il proprio tasso di mortalità neonatale al tasso medio dei paesi ad alto reddito, o inferiore, entro il 2030, si potrebbero salvare 16 milioni di vite appena nate.

Tuttavia, il livello di reddito di un paese non è l'unico parametro. Trinidad e Tobago, un paese ad alto reddito, ha un tasso di mortalità infantile pari a 13, paragonabile ai tassi di mortalità di alcuni paesi a reddito basso e medio-basso. Il Kuwait e gli Stati Uniti, paesi ad alto reddito, registrano un tasso di mortalità neonatale di 4, solo lievemente inferiore ai tassi di paesi a reddito medio-basso come Ucraina e Sri Lanka, che hanno tassi di mortalità pari a 5. La Guinea Equatoriale, un paese a reddito medio-alto, ha un tasso di mortalità neonatale di 32, collocandosi tra i 20 paesi con tassi di mortalità neonatale più alti.

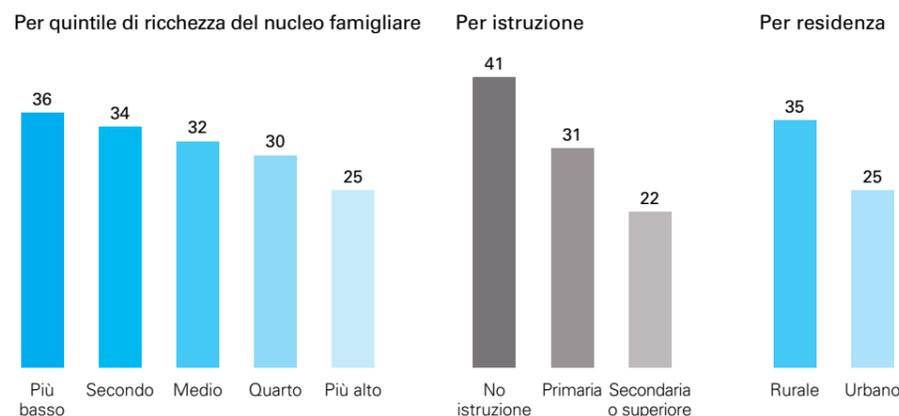
Sebbene gli elevati livelli di reddito garantiscano la presenza di risorse da investire in sistemi sanitari solidi, c'è bisogno anche di una forte volontà politica per gestire tali investimenti. Tale volontà politica non sempre è presente. Analogamente, quando le risorse sono scarse, un forte impegno politico può assicurare che le limitate risorse a disposizione siano investite e finalizzate a costruire sistemi sanitari solidi che diano priorità ai neonati e raggiungano i più poveri e i più emarginati.

Proprio come i tassi di mortalità neonatale, anche i progressi per ridurli variano da paese a paese. Alcuni paesi a basso-medio reddito hanno ottenuto riduzioni straordinarie dei tassi di mortalità nonostante le risorse limitate. Il successo del Ruanda, un paese a basso reddito, nel ridurre il tasso di mortalità neonatale da 41 nel 1990 a 17 nel 2016 è stato reso possibile da un governo consapevole che ha assunto un ruolo attivo nell'attuazione di un regime di previdenza sociale che ha raggiunto le madri più povere e più vulnerabili. Il Ruanda ha, inoltre, istituito un sistema di certificazione generale per le strutture sanitarie su misura, per le esigenze delle comunità locali, che rende conto alle autorità locali.<sup>9, 10, 11</sup>

### Il rischio neonatale varia da un paese all'altro e all'interno di uno stesso paese

Le medie nazionali nascondono le variazioni all'interno dei paesi. I bambini nati nelle famiglie più povere hanno 1,4 probabilità in più di morire durante il periodo neonatale rispetto a quelli nati nelle famiglie più ricche.<sup>12</sup> I bambini nati da madri senza istruzione hanno un rischio di morire da neonati quasi doppio rispetto ai bambini nati da madri con almeno un'istruzione secondaria.

In altre parole, i bambini muoiono non solo per cause mediche come il parto pretermine e la polmonite. Muoiono a causa della posizione sociale e del luogo di nascita dei genitori - perché le loro famiglie sono troppo povere o emarginate per accedere alle cure di cui hanno bisogno.



**Figura 5**  
Tasso di mortalità neonatale per quintile di ricchezza del nucleo familiare, istruzione e residenza

**Nota:** I dati si basano sul sondaggio MICS o DHS effettuato nel paese dal 2005. Per i paesi con sondaggi multipli vengono utilizzati i dati del sondaggio più recente. I dati del quintile di ricchezza si basano su 57 sondaggi, i dati del livello di istruzione su 64 sondaggi e dati sulla residenza su 65 sondaggi.

**Fonte:** Analisi UNICEF basata su MICS e DHS



---

## MALAWI

**Mary James**, 18 anni, vive a Likangala, una comunità rurale in Malawi. Il 16 agosto 2017, nacque e morì il suo bambino.

La storia di Mary, raccontata agli operatori dell'UNICEF:  
*Mi sentivo come se il mio cuore si stesse spezzando. Avevo un nome per il bambino, che però non aprì mai gli occhi né pianse, quindi tenemmo il nome solo per noi.*

*Dissi a mia sorella che il travaglio era iniziato, così andammo al centro sanitario. Il viaggio da qui all'ospedale è lungo e lo raggiungemmo a piedi. Quando nacque, il bambino era così debole che non pianse nemmeno. Il personale fece tutto il possibile per salvarlo. Ma la sera mi dissero che il bambino stava morendo. Penso che sia successo perché il personale medico non era sufficiente. Quando vedo i figli dei miei amici, spero che un giorno potrò avere un figlio anch'io.*

---





## Un piano d'azione

I progressi duramente conquistati in molti paesi a basso e medio reddito offrono preziose informazioni su ciò che sarà necessario per garantire la vita a tutti i bambini.

### Aumentare l'accessibilità ai servizi sanitari è fondamentale

Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari materni e neonatali è quindi un primo passo necessario per ridurre i tassi di mortalità neonatale. Ad esempio, è fondamentale avere un numero adeguato di operatori sanitari competenti, sostenuti da strutture atte ad affrontare le cause principali della mortalità neonatale, cui le comunità hanno facilmente accesso. Nella maggior parte dei casi, le probabilità di sopravvivenza aumentano notevolmente quando le donne partoriscono con il supporto di un assistente sanitario qualificato o in una struttura sanitaria. Nella Repubblica Centrafricana, un paese a lungo assediato da conflitti, instabilità politica e risorse scarse, circa la metà di tutte le mamme non partorisce in una struttura sanitaria. Il tasso di mortalità neonatale del paese rimane elevato, con un lieve calo da 49 nel 2000 a 42 nel 2016.

Al contrario, il Malawi, un paese a basso reddito, ha migliorato notevolmente l'accessibilità ai servizi sanitari per mamme e neonati e ha raggiunto un tasso di sopravvivenza neonatale proporzionalmente più alto. Nel 2000, poco più della metà delle donne che partorivano in Malawi ebbero il supporto di un medico, un'infermiera o un'ostetrica. Con il costante appoggio di leader politici e partner e puntando sulla creazione di solidi sistemi sanitari per la comunità, il paese ha aumentato tale cifra al 90% nel 2016.<sup>13</sup> Dal 2000 al 2016, anche il tasso di mortalità neonatale del Malawi è sceso da 41 a 23, con un calo del 44%.<sup>14</sup>

### L'accessibilità da sola non basta: la qualità è il fattore determinante

Tuttavia, l'accessibilità ai servizi sanitari non è sufficiente. Altrettanto importante è la qualità dell'assistenza offerta. Sostenere l'avvio immediato dell'allattamento al seno è uno dei modi in cui gli operatori sanitari possono contribuire a proteggere la vita dei neonati. In paesi come il Ruanda e il Nepal, dove i tassi di avvio immediato dell'allattamento al seno sono aumentati notevolmente, anche la mortalità neonatale è diminuita rapidamente.<sup>16</sup> Eppure, in alcuni paesi, i tassi di allattamento al seno entro un'ora dal parto assistito da un medico, un'infermiera o un'ostetrica sono inferiori rispetto a quelli in cui il parto non è assistito da un operatore qualificato.

In Medio Oriente e in Nord Africa, ad esempio, il tasso di avvio immediato dell'allattamento al seno per le nascite assistite da un operatore sanitario qualificato è pari al 45%, rispetto al 58% delle nascite non assistite da un operatore sanitario qualificato.<sup>17</sup> Ci sono varie ragioni che spiegano questo controsenso: spesso gli operatori sanitari non hanno il tempo, le conoscenze o la capacità

### L'importanza della nutrizione

Milioni di donne iniziano la gravidanza in uno stato di malnutrizione.

Oltre al rischio che questo comporta per la salute della madre, le carenze nutrizionali possono compromettere la crescita e la sopravvivenza del bambino.

Nei paesi a basso e medio reddito, un bambino su cinque nasce troppo piccolo per la sua età gestazionale o ha un peso alla nascita inferiore a quello raccomandato.

Questa forma di malnutrizione è legata alle morti neonatali in questi paesi in oltre il 20% dei casi.<sup>15</sup>

Dopo la nascita, il latte materno è il primo vaccino del neonato, la prima e migliore protezione contro malattie e patologie. È fondamentale che gli operatori sanitari forniscano alle mamme un'adeguata consulenza nutrizionale durante la gravidanza.

Gli operatori sanitari possono anche fornire il supporto essenziale di cui le mamme hanno bisogno per iniziare l'allattamento al seno subito dopo il parto e continuare esclusivamente con questa alimentazione per i primi sei mesi di vita dei loro bambini.

di superare preconcetti sull'allattamento al seno o per sostenere le mamme che vogliono allattare. È inoltre possibile che seguano delle procedure che impediscono l'allattamento al seno, come la separazione sistematica dei neonati dalle mamme subito dopo la nascita per motivi quali la valutazione o il bagno, o l'alimentazione al bambino con altri cibi o liquidi al posto del latte materno.

In ogni caso, le conseguenze sono gravi: ritardare l'allattamento al seno da 2 a 23 ore dopo la nascita aumenta di oltre due quinti il rischio che un neonato muoia. Un ritardo di 24 ore o più aumenta il rischio di quasi l'80%.<sup>18</sup>

La qualità non riguarda solo l'esistenza o meno di risorse e servizi, ma come questi vengono distribuiti. Le strutture sono pulite, dotate di acqua corrente ed elettricità? Gli operatori sanitari sono adeguatamente formati, retribuiti e supervisionati? Hanno accesso a scorte di farmaci e attrezzature salva-vita, fornite tempestivamente? E le madri, in particolare le madri adolescenti, sono trattate con dignità e rispetto? Troppo spesso le comunità povere ed emarginate si confrontano con servizi sanitari di scarsa qualità. Ciò, a sua volta, mina la loro fiducia nel sistema sanitario locale e riduce la domanda di servizi.

Per qualità si intende anche che gli operatori sanitari credano fortemente che la vita di ogni mamma e bambino debba essere salvata, indipendentemente da reddito, età, etnia, religione e leggi socio-culturali. La condivisione di questa convinzione dipende dalle comunità e dalle famiglie che si aspettano che gli operatori sanitari facciano tutto il possibile per mantenere in salute le mamme e i neonati.

Se la qualità dell'assistenza non viene prima di ogni altra cosa, la mera presenza di una struttura sanitaria o di un operatore sanitario spesso non sarà sufficiente a fare la differenza tra la vita e la morte. In Pakistan, ad esempio, la percentuale di mamme che partorisce in una struttura sanitaria è aumentata dal 21 al 48% tra il 2001 e il 2013, e la percentuale di donne che partorisce con l'aiuto di un operatore qualificato è più che raddoppiata, dal 23 al 55% nello stesso periodo.<sup>19</sup> Ma nonostante questi notevoli miglioramenti, la rapida urbanizzazione e la proliferazione di fornitori nel settore privato non soggetti a controllo di qualità hanno fatto sì che l'altissimo tasso di mortalità infantile del Pakistan scendesse a poco meno di un quarto, da 60 nel 2000 a 46 nel 2016.

## La strada da seguire

Dare a ogni neonato un'equa possibilità di sopravvivere e crescere richiede una forte collaborazione tra governi, imprese, addetti all'assistenza sanitaria, comunità e famiglie. Queste parti devono unirsi per chiedere assistenza sanitaria di qualità e accessibile a tutte le mamme e tutti i neonati, a partire dai più vulnerabili. Durante la gravidanza, la nascita, i primi giorni e settimane di vita, tale assistenza deve includere l'accesso a strutture sanitarie pulite e funzionali, con personale qualificato munito di farmaci e attrezzature essenziali. Ciò che si richiede sono **Strutture, Professionisti, Strumenti** ed **Emancipazione** per offrire una copertura sanitaria universale con servizi di qualità, della quale rispondono i leader politici e gli addetti al settore.

### 1 Strutture: presidi sanitari puliti e funzionanti

Le strutture sanitarie basate sulla comunità possono fungere da spina dorsale per solidi sistemi sanitari nazionali. Per farlo, tuttavia, devono dare accesso e accogliere tutti i membri della comunità 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Hanno bisogno di acqua pulita continua, impianti igienici ed elettricità. Inoltre, devono essere sottoposte a controlli costanti sulla pulizia, sulle prestazioni dello staff e sulla situazione finanziaria.

Troppo spesso, le strutture e gli operatori sanitari sono limitati da fattori apparentemente semplici come acqua e servizi igienici inadeguati. Uno studio ha rilevato che il 35% delle strutture sanitarie in 54 paesi non aveva acqua e sapone per lavarsi le mani.<sup>20</sup> Senza nemmeno i più basilari standard di igiene, mamme e bambini sono a rischio di malattie e infezioni. Aggiornamenti semplici come bagni puliti e stazioni di lavaggio delle mani funzionali rendono le famiglie più disposte a visitare le strutture sanitarie per accedere ai servizi, e danno l'esempio per fare tutto ciò a casa.<sup>21</sup>

Poiché i paesi lavorano per garantire la vita a tutti i bambini, assicurare l'accesso a strutture sanitarie pulite e funzionali dotate di acqua, sapone ed elettricità di ogni mamma e bambino dovrebbe essere una priorità assoluta

### 2 Professionisti: Operatori sanitari qualificati

Mani esperte possono tenere in vita un neonato. Medici, infermiere e ostetriche forniscono una vasta gamma di servizi durante la gravidanza, la nascita e oltre. Questi includono: assistenza prenatale, integrazione di micronutrienti, supporto al parto, assistenza ostetrica di emergenza, assistenza postnatale e cure per neonati sottopeso e malati, supporto per l'allattamento al seno immediato ed esclusivo, nonché vaccinazione.

**Mani esperte possono tenere in vita un neonato.**

Un'analisi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rilevato che il raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile per la salute e il benessere richiederebbe ai paesi di avere 44,5 medici, infermiere o ostetriche per ogni 10.000 persone.<sup>22</sup> Eppure nei 10 paesi con i più alti tassi di mortalità neonatale, ci sono, in media, solo 11 operatori sanitari qualificati per ogni 10.000 persone, molto al di sotto del minimo raccomandato. In Somalia, c'è un solo medico, infermiere o ostetrica per ogni 10.000 persone. Al contrario, nei paesi con i tassi di mortalità neonatale più bassi ci sono mediamente 120 operatori sanitari qualificati per 10.000 persone, ben al di sopra del minimo raccomandato. In Norvegia ci sono 218 medici, infermiere o ostetriche per ogni 10.000 persone. Il Brasile, un paese a reddito medio, ne ha 93.

Gli operatori sanitari qualificati, oltre a essere sufficientemente numerosi, devono essere adeguatamente formati, retribuiti e controllati - come dimostra l'esempio sull'allattamento al seno (*cf. pagina 19*).

### 3 Strumenti: Farmaci e attrezzature salvavita

Per fornire assistenza di qualità, gli operatori sanitari qualificati hanno bisogno di farmaci, prodotti e attrezzature per affrontare le più comuni cause di morte perinatale e neonatale. Alcune di queste forniture sono sofisticate, ma molte sono semplici. Un pezzo di stoffa, ad esempio, può essere utilizzato per avvolgere un neonato e metterlo a contatto con la mamma, mantenendo il bambino al caldo e promuovendo l'allattamento al seno. Senza questo semplice oggetto, un neonato prematuro non può avere il calore e il nutrimento necessari per diventare più forte nei primi giorni di vita. Di conseguenza, il neonato e la mamma devono restare in una struttura sanitaria più a lungo del necessario, aumentando il rischio di infezione. Spesso, tuttavia, queste semplici forniture sono esaurite proprio quando necessarie. Insieme, i governi e il mondo delle imprese possono contribuire affinché i primi 10 prodotti salvavita, farmaci e attrezzature siano a disposizione di ogni mamma e bambino (*cf. Figura 6*).

Kit per la rianimazione, usata per rianimare manualmente i neonati che non riescono a respirare dopo la nascita

Antibiotici per curare le mamme e i neonati affetti da infezioni

Coperte e indumenti per mantenere il bambino caldo e favorire il contatto pelle a pelle, anche durante l'allattamento

Clorexidina, un antisettico ad ampio spettro utilizzato per prevenire l'infezione del cordone ombelicale, che può portare alla setticemia

Dispositivi per la respirazione assistita (CPAP) per bambini prematuri i cui polmoni poco sviluppati rendono difficile la respirazione autonoma

Il concentratore di ossigeno utilizzato per aiutare i bambini nati sottopeso a respirare

Lampade per fototerapia per ridurre l'ittero nei neonati

Integratori di micronutrienti, in particolare ferro e acido folico per prevenire l'anemia da carenza di ferro nelle donne in gravidanza e ridurre il rischio di neonati sottopeso e complicanze alla nascita

Vaccino antitetanico per prevenire l'infezione da tetano, che può derivare dalla carenza di igiene durante il parto

Termometri, utilizzati per monitorare attentamente la temperatura di neonati malati

**Figura 6**  
I 10 strumenti più importanti per la sopravvivenza neonatale

#### 4 Emancipazione: Dignità, rispetto e responsabilità

Responsabilizzare le donne e le ragazze a prendere le decisioni migliori per se stesse e le loro famiglie e trattarle con dignità e rispetto durante la gravidanza, il parto e successivamente, sono elementi fondamentali ai fini della qualità dell'assistenza. In effetti, esiste un forte legame tra la mortalità neonatale e l'emancipazione delle ragazze e delle donne.

Nei paesi con i più alti tassi di mortalità neonatale, le donne hanno spesso bassi livelli di istruzione, partecipazione politica e indipendenza economica, rispetto agli uomini. Le adolescenti sono particolarmente vulnerabili: i loro bambini hanno maggiori probabilità di essere sottopeso e hanno un rischio significativamente maggiore di morire durante il periodo neonatale.<sup>23</sup>

Una serie di politiche e interventi può aiutare a responsabilizzare le ragazze adolescenti, le mamme e le famiglie a richiedere e ricevere assistenza di qualità. Stiamo parlando di educazione alla salute sessuale e riproduttiva, incentivi in denaro per promuovere l'accesso ai servizi sanitari e nutrizionali, sforzi per sollecitare il riscontro di ragazze e donne sui servizi sanitari e nutrizionali ricevuti e leggi per il congedo familiare dopo la nascita di un bambino.





## Ogni bambino è vita

Quando ci esprimiamo nel linguaggio asettico delle statistiche - tassi, medie, percentuali, indicatori - è facile dimenticare che stiamo parlando della vita e della morte di neonati reali - neonati che hanno diritto di sopravvivere, di crescere sani e di contribuire alla loro società. Questo rapporto mette in luce il fatto che a milioni di neonati viene negata questa opportunità, perché muoiono troppo presto per cause quasi tutte prevenibili.

Agire nelle quattro aree delineate in questo rapporto - Strutture - Professionisti - Stumenti - Emancipazione - deve essere tra le massime priorità di ogni governo, per promuovere il progresso verso un mondo con copertura sanitaria universale, dove nessun neonato muore per una causa prevenibile.

---

## KIRGHIZISTAN

**La dottoressa Baktygul** osserva Jydegul che tiene in braccio il figlio appena nato, Nurdan. Dopo due giorni di ospedale, mamma e figlio saranno pronti per tornare a casa.

La storia della dottoressa Baktygul, raccontata agli operatori dell'UNICEF: *Eravamo pronti per il parto perché oggi le condizioni di questo ospedale sono davvero buone. Siamo stati formati e abbiamo l'acqua corrente. Abbiamo nuove finestre e stufe elettriche per riscaldare la sala-parto. Dobbiamo essere sempre pronti, indipendentemente dalle circostanze. Siamo responsabili di due vite: quella della mamma e quella del bambino.*

---





## Note

- 1 Il periodo neonatale è di 28 giorni. In questo rapporto, “un mese” e il periodo neonatale hanno lo stesso significato.
- 2 Gruppo interistituzionale delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile (IGME delle Nazioni Unite), livelli e tendenze nella mortalità infantile: rapporto 2017, stime elaborate dal gruppo interistituzionale ONU per la stima della mortalità infantile, Fondo delle Nazioni Unite per i bambini, New York, 2017.
- 3 I tassi di mortalità neonatale (NMR) riportati in questo rapporto sono arrotondati a valori interi per motivi di brevità e facilità di lettura. Le tabelle riportano numeri non arrotondati allo scopo di determinare le posizioni nelle classifiche dei paesi. Ciò è dovuto al fatto che per un numero di Paesi a bassa mortalità, i valori NMR arrotondati sono equivalenti (ad esempio, Giappone, Islanda e Singapore hanno tutti un NMR arrotondato di 1), nonostante piccole differenze nei valori NMR non arrotondati (Giappone 0.9, Islanda 1.0, Singapore 1.1).
- 4 United Nations Children’s Fund, *Committing to Child Survival: A promise renewed – Progress report 2014*, UNICEF, New York, September 2014.
- 5 World Health Organization, [www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/en](http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en), accessed 23 January 2018.
- 6 Lawn, Joy E et al., *Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030*, The Lancet, Volume 387, Issue 10018, 587-603 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(15\)00837-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(15)00837-5/abstract)
- 7 World Health Organization and United Nations Children’s Fund, *Reaching the Every Newborn National 2020 Milestones*, WHO 2017, p.5
- 8 Gli stati vulnerabili sono quelli riportati nell’elenco annuale “Lista armonizzata di situazioni fragili” del Gruppo della Banca mondiale. I criteri per l’inclusione nell’elenco sono: una valutazione media armonizzata della politica nazionale e della valutazione istituzionale (CPIA) pari o inferiore a 3,2, la presenza di un’operazione delle Nazioni Unite e/o di mantenimento della pace regionale o la presenza di una missione di pace o politica delle Nazioni Unite e/o regionale. L’elenco completo con i dettagli può essere trovato su <<http://pubdocs.worldbank.org/it/189701503418416651/FY18FCSLIST-Final-July-2017.pdf>>, aggiornato 6 settembre 2017.
- 9 Makaka, Andrew, Sarah Breen and Agnes Binagwaho, *Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance*, The Lancet, vol. 380, Special Issue, S1–S22, 21 ottobre 2012.
- 10 Ministry of Health, Republic of Rwanda, *Rwanda Community Based Health Insurance Policy*, April 2010, p.5, [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Mutual\\_policy\\_document\\_final1.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Mutual_policy_document_final1.pdf)
- 11 Ministry of Health, Republic of Rwanda, *Rwanda Hospital Accreditation Standards*, October 2014, p.5, [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/RWANDA\\_HOSPITAL\\_ACCREDITATION\\_STANDARDS-SIGNED-1.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/RWANDA_HOSPITAL_ACCREDITATION_STANDARDS-SIGNED-1.pdf)
- 12 United Nations Children’s Fund, *Committing to Child Survival: A promise renewed – Progress report 2014*, UNICEF, New York, September 2014.
- 13 United Nations Children’s Fund, *UNICEF Global Databases: Maternal Newborn and Child Health*, Division of Data Research and Policy New York, January 2018.
- 14 United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality Report 2017*, p. 27.
- 15 Lee, A.C, et.al, *Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: Analysis of CHERG assets*, BMJ, 2017, 358, p. j3677
- 16 United Nations Children’s Fund, *UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Early initiation of breastfeeding, Ever Breastfed*, Division of Data Research and Policy New York, January 2018.
- 17 United Nations Children’s Fund, *From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*, UNICEF, New York, ottobre 2016, p. 38.
- 18 NEOVITA Study Group, *Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials*, The Lancet Global Health, vol. 4, pp. e266–275, aprile 2016.
- 19 United Nations Children’s Fund, *UNICEF Global Databases: Maternal Newborn and Child Health*, Division of Data Research and Policy New York, gennaio 2018.
- 20 World Health Organization and United Nations Children’s Fund, *Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward*, WHO, Ginevra, 2016, p. 7.
- 21 World Health Organization and United Nations Children’s Fund, *WHO/UNICEF Report: Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: status in low-and middle-income countries and way forward. 10 Key Findings*, WHO, [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/wash-hcf-10things.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-hcf-10things.pdf), aggiornato 24 gennaio 2018.
- 22 World Health Organization, *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Human Resources for Health Observer, no. 17, Ginevra, 2016, p.21, disponibile al link <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250330/1/9789241511407-eng.pdf?ua=1>>, aggiornato 24 gennaio 2018. La soglia dell’indice SDG di 4.45 medici, infermiere e ostetriche [per 1.000 abitanti] “può supportare lo sviluppo di stime globali, analisi aggregate e confronti incrociati tra paesi. Non dovrebbe tuttavia essere utilizzato come riferimento per la pianificazione a livello nazionale, in quanto non riflette l’eterogeneità dei paesi in termini di condizioni di base, esigenze del sistema sanitario, composizione ottimale della forza lavoro, mix di competenze. È importante che l’utilizzo della soglia dell’indice SDG non si traduca in un’attenzione esclusiva per medici, infermiere e ostetriche, mentre si investe poco” in altre occupazioni sanitarie fondamentali per raggiungere gli obiettivi SDG e UHC. L’OMS raccomanda che “ogni paese dovrebbe considerare la sua unica epidemiologia, demografia, finanze e sistema sanitario, e il numero esistente, la distribuzione
- 23 WHO, *Adolescent Pregnancy Factsheet*, aggiornato gennaio 2018, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>



## Allegato Tassi di mortalità neonatale e classificazione dei paesi per gruppo di reddito

### Basso reddito

| Paese o territorio               | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da alto decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|----------------------------------|--|--|
| Repubblica Centrafricana         | 1  | 42.3 [25.7, 68.6]  |
| Afghanistan                      | 2  | 40.0 [31.6, 48.9]  |
| Somalia                          | 3  | 38.8 [19.0, 80.0]  |
| Guinea-Bissau                    | 4  | 38.2 [25.8, 55.2]  |
| Sud Sudan                        | 5  | 37.9 [20.5, 67.3]  |
| Mali                             | 6  | 35.7 [20.1, 60.7]  |
| Ciad                             | 7  | 35.1 [27.4, 44.3]  |
| Sierra Leone                     | 8  | 33.2 [24.2, 44.0]  |
| Comore                           | 9  | 32.8 [13.8, 71.5]  |
| Benin                            | 10   | 31.4 [23.2, 43.5]  |
| Repubblica Democratica del Congo | 11   | 28.8 [19.5, 41.5]  |
| Etiopia                          | 12   | 27.6 [21.7, 35.2]  |
| Gambia                           | 13   | 27.5 [13.8, 50.2]  |
| Mozambico                        | 14   | 27.1 [19.6, 37.9]  |
| Togo                             | 15   | 26.0 [19.6, 33.6]  |
| Nigeria                          | 16   | 25.7 [17.5, 36.9]  |

| Paese o territorio                       | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da alto decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|--|--|--|
| Burkina Faso                             | 17   | 25.6 [18.7, 34.8]  |
| Guinea                                   | 18   | 25.1 [19.0, 33.2]  |
| Haiti                                    | 19   | 24.6 [17.2, 34.9]  |
| Burundi                                  | 20   | 24.2 [18.3, 31.9]  |
| Malawi                                   | 21   | 23.1 [17.6, 30.3]  |
| Zimbabwe                                 | 22   | 22.9 [17.3, 29.8]  |
| Liberia                                  | 23   | 22.8 [15.4, 33.6]  |
| Tanzania                                 | 24   | 21.7 [17.2, 27.6]  |
| Uganda                                   | 25   | 21.4 [17.2, 26.5]  |
| Nepal                                    | 26   | 21.1 [17.4, 25.6]  |
| Senegal                                  | 27   | 20.6 [15.9, 26.7]  |
| Madagascar                               | 28   | 18.6 [12.3, 27.4]  |
| Eritrea                                  | 29   | 17.7 [10.8, 29.2]  |
| Ruanda                                   | 30   | 16.5 [10.4, 26.4]  |
| Democratica Repubblica Popolare di Corea | 31   | 10.7 [6.5, 15.9]   |

**Nota:** I numeri tra parentesi rappresentano i limiti di approssimazione inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le tabelle escludono i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali. La classificazione del reddito segue la classificazione del reddito della Banca Mondiale, 2017. I dettagli sono disponibili all'indirizzo: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, rilevati il 30 gennaio 2018.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

## Reddito medio basso

| Paese o territorio | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) | Paese o territorio                | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|---|--|
| Pakistan           | 1   | 45.6 [33.9, 61.5]  | Micronesia (Federati Stati della) | 27  | 17.2 [6.7, 41.4]   |
| Lesotho            | 2   | 38.5 [25.5, 55.6]  | Cambogia                          | 28  | 16.2 [9.9, 26.2]   |
| Costa d'Avorio     | 3   | 36.6 [26.3, 50.3]  | Sao Tome e Principe               | 29  | 15.0 [9.4, 24.7]   |
| Nigeria            | 4   | 34.1 [24.7, 46.3]  | Guatemala                         | 30  | 14.0 [11.2, 17.5]  |
| Mauritania         | 5   | 33.7 [17.2, 64.4]  | Uzbekistan                        | 31  | 13.8 [10.1, 18.0]  |
| Gibuti             | 6   | 32.8 [20.7, 50.0]  | Indonesia                         | 32  | 13.7 [10.7, 17.5]  |
| Sud Sudan          | 7   | 29.4 [23.0, 37.5]  | Egitto                            | 33  | 12.8 [9.8, 16.7]   |
| Angola             | 8   | 29.3 [14.5, 54.1]  | Filippine                         | 34  | 12.6 [9.0, 17.6]   |
| Laos               | 9   | 28.7 [19.6, 40.8]  | Repubblica di Moldavia            | 35  | 11.9 [8.3, 17.6]   |
| Ghana              | 10  | 26.9 [20.2, 35.8]  | Vanuatu                           | 36  | 11.8 [6.9, 19.4]   |
| Yemen              | 11  | 26.8 [19.0, 37.5]  | Kirghizistan                      | 37  | 11.6 [9.9, 13.5]   |
| India              | 12  | 25.4 [22.6, 28.4]  | Vietnam                           | 38  | 11.5 [8.9, 14.6]   |
| Myanmar            | 13  | 24.5 [18.0, 32.2]  | Palestina                         | 39  | 10.8 [7.5, 15.7]   |
| Camerun            | 14  | 23.9 [17.3, 32.6]  | Giordania                         | 40  | 10.6 [7.3, 15.2]   |
| Papua Nuova Guinea | 15  | 23.5 [13.3, 42.0]  | Honduras                          | 41  | 10.4 [7.4, 14.5]   |
| Zambia             | 16  | 22.9 [16.2, 31.5]  | Isole Salomone                    | 41  | 10.4 [7.5, 14.4]   |
| Kenya              | 17  | 22.6 [17.8, 28.6]  | Capo Verde                        | 43  | 10.2 [7.6, 13.8]   |
| Kiribati           | 17  | 22.6 [12.3, 38.3]  | Mongolia                          | 44  | 9.7 [6.3, 14.5]  |
| Timor Est          | 19  | 21.6 [13.4, 34.1]  | Siria                             | 45  | 8.9 [6.5, 12.8]  |
| Swaziland          | 20  | 21.4 [13.6, 33.2]  | Nicaragua                         | 46  | 8.8 [5.3, 14.5]  |
| Congo              | 21  | 20.5 [14.3, 28.7]  | Tunisia                           | 47  | 8.1 [5.6, 11.7]  |
| Bangladesh         | 22  | 20.1 [17.7, 22.5]  | El Salvador                       | 48  | 7.5 [5.0, 11.4]  |
| Tagikistan         | 23  | 19.9 [11.3, 35.9]  | Armenia                           | 49  | 7.4 [5.2, 10.4]  |
| Bolivia            | 24  | 19.0 [13.0, 27.9]  | Georgia                           | 50  | 7.1 [6.2, 8.3]   |
| Bhutan             | 25  | 18.1 [12.0, 26.7]  | Ucraina                           | 51  | 5.4 [3.5, 7.0]   |
| Marocco            | 26  | 17.8 [12.7, 24.8]  | Sri Lanka                         | 52  | 5.3 [4.6, 6.2]   |

**Nota:** I numeri tra parentesi rappresentano i limiti di approssimazione inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le tabelle escludono i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali. La classificazione del reddito segue la classificazione del reddito della Banca Mondiale, 2017. I dettagli sono disponibili all'indirizzo: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, rilevati il 30 gennaio 2018.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

## Reddito medio alto

| Paese o territorio        | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) | Paese o territorio | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|---------------------------|---|--|--------------------|---|--|
| Guinea Equatoriale        | 1   | 32.0 [18.6, 51.4]  | Macedonia          | 26  | 8.3 [6.1, 13.3]  |
| Botswana                  | 2   | 25.5 [11.3, 48.4]  | Brasile            | 28  | 7.8 [5.4, 10.3]  |
| Turkmenistan              | 3   | 22.3 [9.3, 49.9]   | Messico            | 28  | 7.8 [7.2, 8.4]   |
| Gabon                     | 4   | 21.8 [14.0, 33.2]  | Perù               | 30  | 7.5 [5.7, 10.0]  |
| Repubblica Dominicana     | 5   | 20.8 [15.5, 27.9]  | Thailandia         | 31  | 7.3 [3.9, 12.6]  |
| Guyana                    | 6   | 20.0 [13.2, 30.5]  | Libia              | 32  | 7.1 [4.7, 10.5]  |
| Iraq                      | 7   | 18.2 [13.2, 25.1]  | Tonga              | 33  | 6.8 [3.7, 11.7]  |
| Azerbaigian               | 8   | 18.1 [10.7, 31.0]  | Turchia            | 34  | 6.5 [6.1, 7.0]   |
| Namibia                   | 9   | 17.8 [12.0, 26.5]  | Albania            | 35  | 6.2 [3.0, 12.5]  |
| Algeria                   | 10  | 15.6 [13.5, 18.3]  | Argentina          | 35  | 6.2 [5.8, 6.7]   |
| Sudafrica                 | 11  | 12.4 [9.9, 15.2]   | Kazakistan         | 37  | 5.9 [4.7, 7.3]   |
| Ecuador                   | 12  | 11.2 [6.6, 19.1]   | Costa Rica         | 38  | 5.7 [3.5, 7.8]   |
| Paraguay                  | 13  | 11.1 [6.7, 18.4]   | Cina               | 39  | 5.1 [4.3, 6.0]   |
| Giamaica                  | 14  | 10.9 [6.4, 18.3]   | Maldive            | 40  | 4.8 [3.4, 6.4]   |
| Suriname                  | 15  | 10.6 [4.6, 23.5]   | Bosnia Erzegovina  | 41  | 4.7 [4.2, 5.2]   |
| Belize                    | 16  | 10.3 [9.0, 11.8]   | Libano             | 41  | 4.7 [2.2, 8.8]   |
| Saint Vincent e Grenadine | 16  | 10.3 [8.0, 13.0]   | Malesia            | 43  | 4.4 [3.9, 4.9]   |
| Venezuela                 | 16  | 10.3 [8.8, 11.9]   | Romania            | 44  | 4.3 [3.8, 4.9]   |
| Iran                      | 19  | 9.6 [6.3, 14.4]  | Bulgaria           | 45  | 3.8 [3.5, 4.2]   |
| Panama                    | 19  | 9.6 [5.2, 16.8]  | Serbia             | 46  | 3.7 [3.3, 4.2]   |
| Santa Lucia               | 21  | 9.2 [7.3, 11.7]  | Federazione Russa  | 47  | 3.4 [2.5, 4.5]   |
| Samoa                     | 21  | 9.2 [5.2, 14.6]  | Croazia            | 48  | 2.9 [2.6, 3.3]   |
| Isole Figi                | 23  | 8.8 [6.6, 11.7]  | Cuba               | 49  | 2.4 [2.2, 2.6]   |
| Colombia                  | 24  | 8.5 [6.4, 11.1]  | Montenegro         | 49  | 2.4 [2.0, 2.9]   |
| Mauritius                 | 25  | 8.4 [7.4, 9.5]   | Bielorussia        | 51  | 1.5 [1.2, 1.8]   |
| Grenada                   | 26  | 8.3 [6.4, 10.5]  |                    |   |  |

**Nota:** I numeri tra parentesi rappresentano i limiti di approssimazione inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le tabelle escludono i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali. La classificazione del reddito segue la classificazione del reddito della Banca Mondiale, 2017. I dettagli sono disponibili all'indirizzo: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, rilevati il 30 gennaio 2018.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

## Reddito alto

| Paese o territorio  | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) | Paese o territorio                       | Classifica del tasso di mortalità neonatale con valore mediano (da decrescente) | Tasso di mortalità neonatale (morti per 1.000 nati vivi) |
|---------------------|---|--|--|---|--|
| Trinidad e Tobago   | 1   | 12.6 [5.8, 29.4]   | Paesi Bassi                              | 25  | 2.5 [2.3, 2.7]   |
| Seychelles          | 2   | 9.0 [6.7, 11.9]  | Francia                                  | 27  | 2.4 [2.1, 2.7]   |
| Barbados            | 3   | 7.9 [5.9, 10.3]  | Lettonia                                 | 27  | 2.4 [2.0, 2.8]   |
| Arabia Saudita      | 4   | 6.9 [3.4, 14.4]  | Germania                                 | 29  | 2.3 [2.2, 2.5]   |
| Bahamas             | 5   | 5.8 [4.3, 7.5]   | Grecia                                   | 29  | 2.3 [1.9, 2.8]   |
| Cile                | 6   | 5.4 [4.9, 5.9]   | Australia                                | 31  | 2.2 [2.0, 2.4]   |
| Oman                | 7   | 5.2 [3.4, 6.6]   | Austria                                  | 31  | 2.2 [1.9, 2.4]   |
| Uruguay             | 8   | 5.0 [4.6, 5.5]   | Belgio                                   | 31  | 2.2 [1.9, 2.5]   |
| Malta               | 9   | 4.6 [3.8, 5.5]   | Irlanda                                  | 31  | 2.2 [1.9, 2.7]   |
| Brunei Darussalam   | 10  | 4.4 [3.7, 5.1]   | Portogallo                               | 35  | 2.1 [1.5, 2.9]   |
| Kuwait              | 10  | 4.4 [3.9, 5.1]   | Israele                                  | 36  | 2.0 [1.7, 2.2]   |
| Qatar               | 12  | 4.1 [3.4, 4.8]   | Italia                                   | 36  | 2.0 [1.8, 2.3]   |
| Emirati Arabi Uniti | 13  | 4.0 [2.7, 5.7]   | Spagna                                   | 36  | 2.0 [1.7, 2.4]   |
| Antigua e Barbuda   | 14  | 3.8 [2.5, 5.6]   | Repubblica Ceca                          | 39  | 1.6 [1.4, 1.8]   |
| Stati Uniti         | 15  | 3.7 [3.4, 4.0]   | Svezia                                   | 39  | 1.6 [1.4, 1.7]   |
| Canada              | 16  | 3.2 [2.7, 3.9]   | Lussemburgo                              | 41  | 1.5 [1.1, 2.0]   |
| Danimarca           | 16  | 3.2 [2.7, 3.8]   | Norvegia                                 | 41  | 1.5 [1.3, 1.8]   |
| Bahreïn             | 18  | 3.1 [2.5, 3.7]   | Democratica Repubblica Popolare di Corea | 41  | 1.5 [1.4, 1.7]   |
| Nuova Zelanda       | 19  | 3.0 [2.6, 3.6]   | Cipro                                    | 44  | 1.4 [1.1, 1.9]   |
| Slovacchia          | 19  | 3.0 [2.7, 3.3]   | Estonia                                  | 45  | 1.3 [1.1, 1.6]   |
| Svizzera            | 21  | 2.9 [2.7, 3.2]   | Slovenia                                 | 45  | 1.3 [1.1, 1.6]   |
| Ungheria            | 22  | 2.8 [2.3, 3.4]   | Finlandia                                | 47  | 1.2 [0.9, 1.4]   |
| Polonia             | 22  | 2.8 [2.7, 3.0]   | Singapore                                | 48  | 1.1 [1.0, 1.3]   |
| Regno Unito         | 24  | 2.6 [2.1, 3.1]   | Islanda                                  | 49  | 1.0 [0.7, 1.4]   |
| Lituania            | 25  | 2.5 [2.1, 2.9]   | Giappone                                 | 50  | 0.9 [0.8, 1.0]   |

**Nota:** numeri tra parentesi rappresentano i limiti di incertezza inferiore e superiore del 90% degli intervalli di incertezza del tasso di mortalità neonatale. Le tabelle escludono i paesi con meno di 1.000 nati vivi nel 2016 o meno di 90.000 abitanti totali. La classificazione del reddito segue la classificazione del reddito della Banca Mondiale, 2017. I dettagli sono disponibili all'indirizzo: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, rilevati il 30 gennaio 2018.

**Fonte:** Gruppo intergovernativo delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2017.

Per ogni bambino, chiunque esso sia.  
Ovunque viva.  
Ogni bambino merita un'infanzia.  
Un futuro.  
Le giuste opportunità.  
Ecco perché l'UNICEF è al fianco  
di ognuno di loro.  
Giorno dopo giorno.  
In 190 paesi.  
Raggiungendo i più difficili  
da raggiungere.  
I più emarginati. I più esclusi.  
È per tutti loro che l'UNICEF  
rimane fino alla fine  
e non si arrende mai.

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus  
Via Palestro, 68 - 00185 Roma  
[www.unicef.it](http://www.unicef.it)  
C.F. 01561920586

unicef   

---

per ogni bambino