



WSA 2011-2012
Quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio
“Ridurre la mortalità infantile”

Primo incontro di formazione
09 novembre 2011 _ I.I.S. “Ruzza” _ Padova

Dott. Mauro Anselmi _ Medici con l’Africa CUAMM



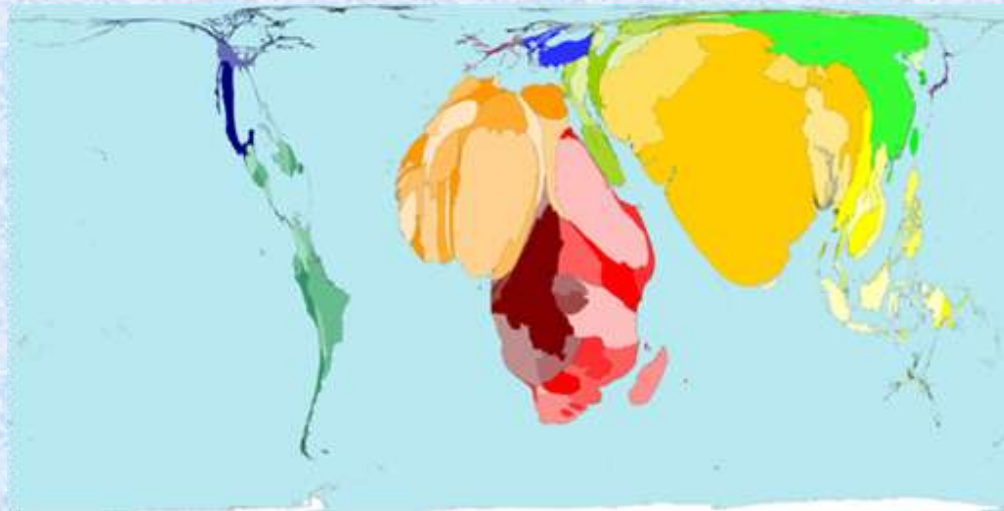
è un progetto di



OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO

4° OBIETTIVO:

**RIDURRE LA
MORTALITA' INFANTILE**



Gli Obiettivi del Millennio



- “Dichiarazione del Millennio”, sottoscritta da 189 paesi nell'ambito dell'Assemblea delle Nazioni Unite nell'anno 2000
- Durata: 15 anni-scade 2015
- 8 Goals che sono stati definiti come “outcome target”

Rapporto Progressi per l'infanzia 2010 - Dati principali



OSM 1: Eliminare la povertà estrema e la fame

A livello globale, la prevalenza di bambini sottopeso di meno di cinque anni è diminuita dal 31% al 26% tra il 1990 e il 2008.

I bambini appartenenti al quintile più povero delle loro società hanno probabilità più che doppie di essere sottopeso, e corrono rischi maggiori di arresto della crescita, rispetto ai bambini del quintile più ricco. La prevalenza del peso insufficiente tra i bambini delle campagne è superiore del 50% rispetto a quella tra i bambini che vivono in aree urbane

OSM 2: Raggiungere l'istruzione primaria universale



Nel 2008 più di 100 milioni di bambini in età di scuola primaria non frequentavano la scuola, e il 52% di loro era costituito da bambine.

Dei 100 milioni di bambini in età di scuola primaria che, secondo le stime, non frequentano la scuola, circa 70 milioni vivono nei 33 paesi colpiti da conflitti armati.

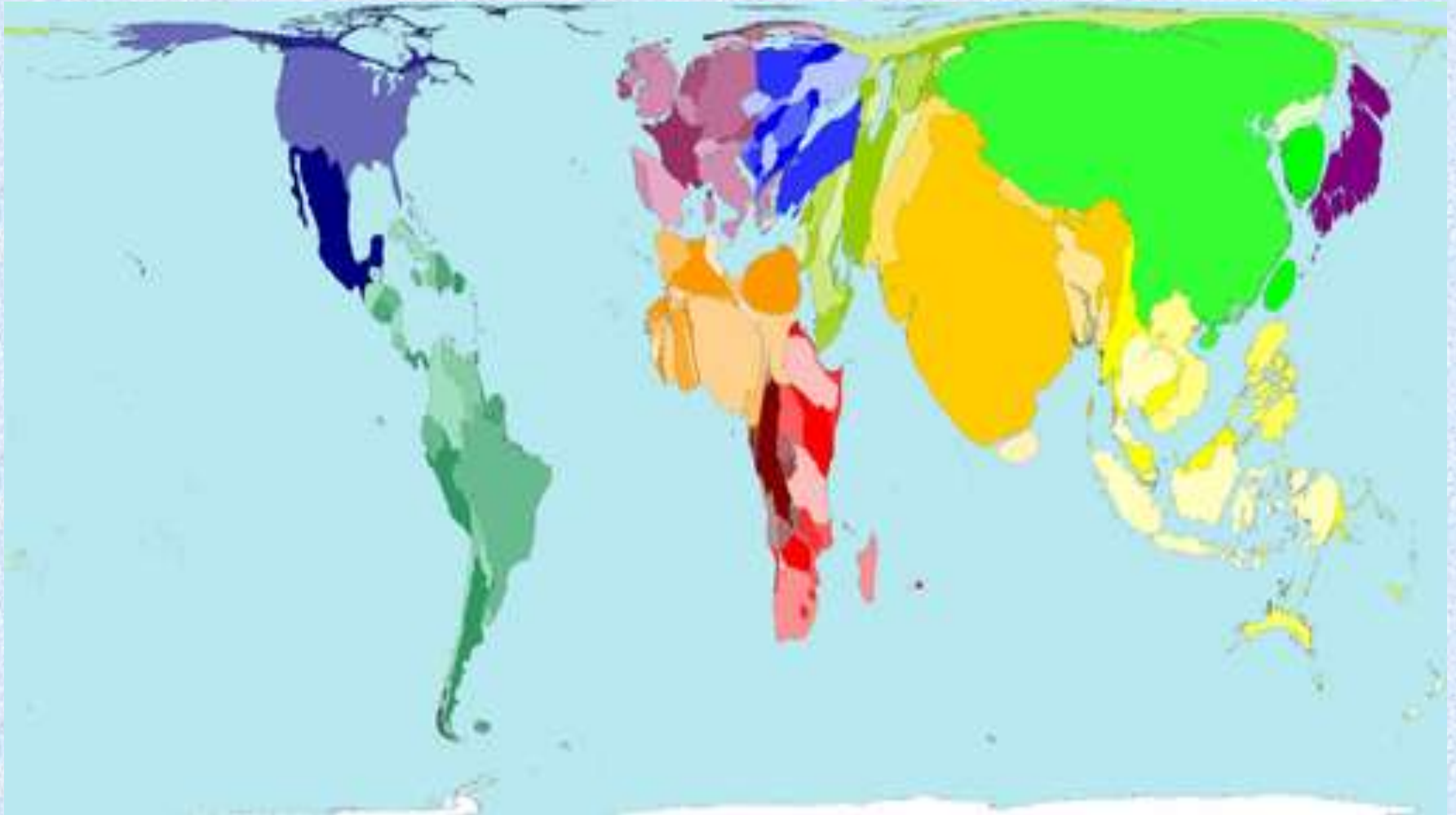
Solo 12 paesi e territori in via di sviluppo presentano tassi di frequenza della scuola secondaria pari o superiori al 90%.

OMS 3: Promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne

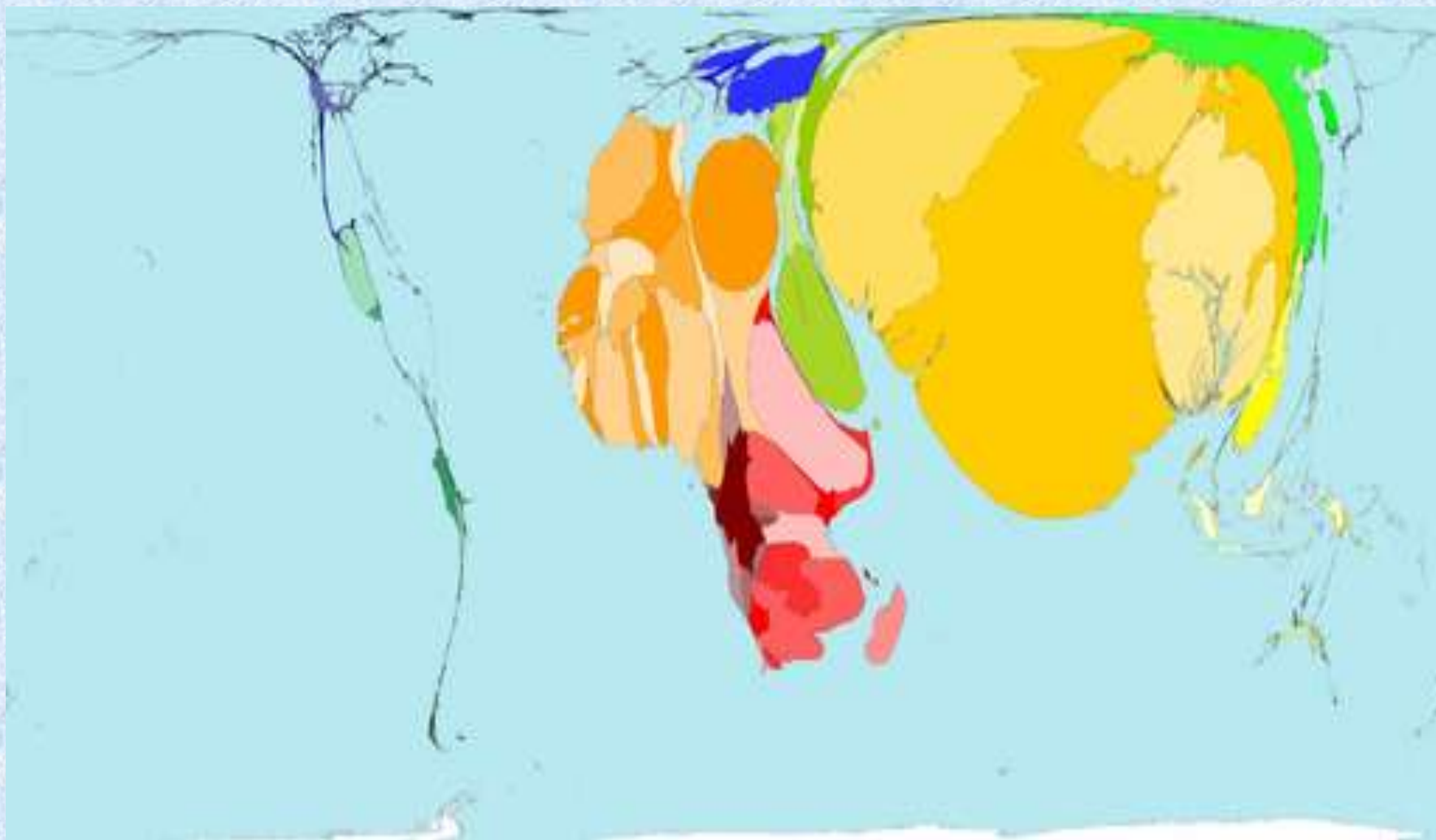


Circa due terzi dei paesi e dei territori hanno raggiunto la parità di genere nell'istruzione primaria entro il 2005. Ma in molti paesi, soprattutto nell'Africa sub-sahariana e in Asia meridionale, le bambine occupano ancora una posizione di svantaggio

Alfabetizzazione nei giovani (15-24 anni)



Analfabetismo nelle donne giovani (15-24 anni)



OSM 4: Ridurre la mortalità infantile



Il tasso globale di mortalità sotto i cinque anni è calato da 90 decessi per 1.000 nati vivi nel 1990 a 65 decessi nel 2008

I tassi più elevati di mortalità tra i bambini sotto i cinque anni continuano a registrarsi nell'Africa sub-sahariana che, nel 2008, ha risposto della metà di tutti i decessi infantili nel mondo: un bambino su sette nella regione è morto prima del quinto compleanno. La malnutrizione contribuisce ad almeno un terzo di tutti i decessi sotto i cinque anni.

OSM 5: Migliorare la salute materna



Tra il 1990 e il 2008, la percentuale di donne delle campagne che, nel mondo in via di sviluppo, hanno beneficiato di almeno una visita prenatale è aumentata dal 52% al 67%, un aumento maggiore rispetto a quello dall'80% all'89% registrato tra le donne residenti in città. Nel mondo in via di sviluppo, soltanto un terzo delle donne che vivono nelle campagne riceve le quattro o più visite prenatali raccomandate, in confronto ai due terzi delle donne di città.

OSM 6: Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie



HIV/AIDS: secondo le stime, nel 2008 erano 33,4 milioni le persone che, in tutto il mondo, convivevano con l'HIV. Di questi, 2,1 milioni erano bambini sotto i quindici anni.

L'Africa sub-sahariana risponde di più dell'80% dei giovani tra i 15 e i 24 anni che convivono con l'HIV

Malaria: in 26 paesi africani, la percentuale di bambini che dormono sotto delle ITN è aumentata da una media del 2% nel 2000 a una media del 22% nel 2008, e 11 paesi hanno decuplicato la loro copertura

OSM 7: Garantire la sostenibilità ambientale



A livello globale, l'accesso all'acqua potabile è aumentato dal 77% nel 1990 all'87% nel 2008

La copertura risulta più bassa nell'Africa sub-sahariana, dove solo tre persone su cinque si servono di fonti migliorate di acqua potabile

Degli 1,8 miliardi di persone che hanno ottenuto l'accesso a fonti migliorate di acqua potabile dal 1990, il 60% vive in aree urbane

OSM 8: Sviluppare una partnership globale per lo sviluppo



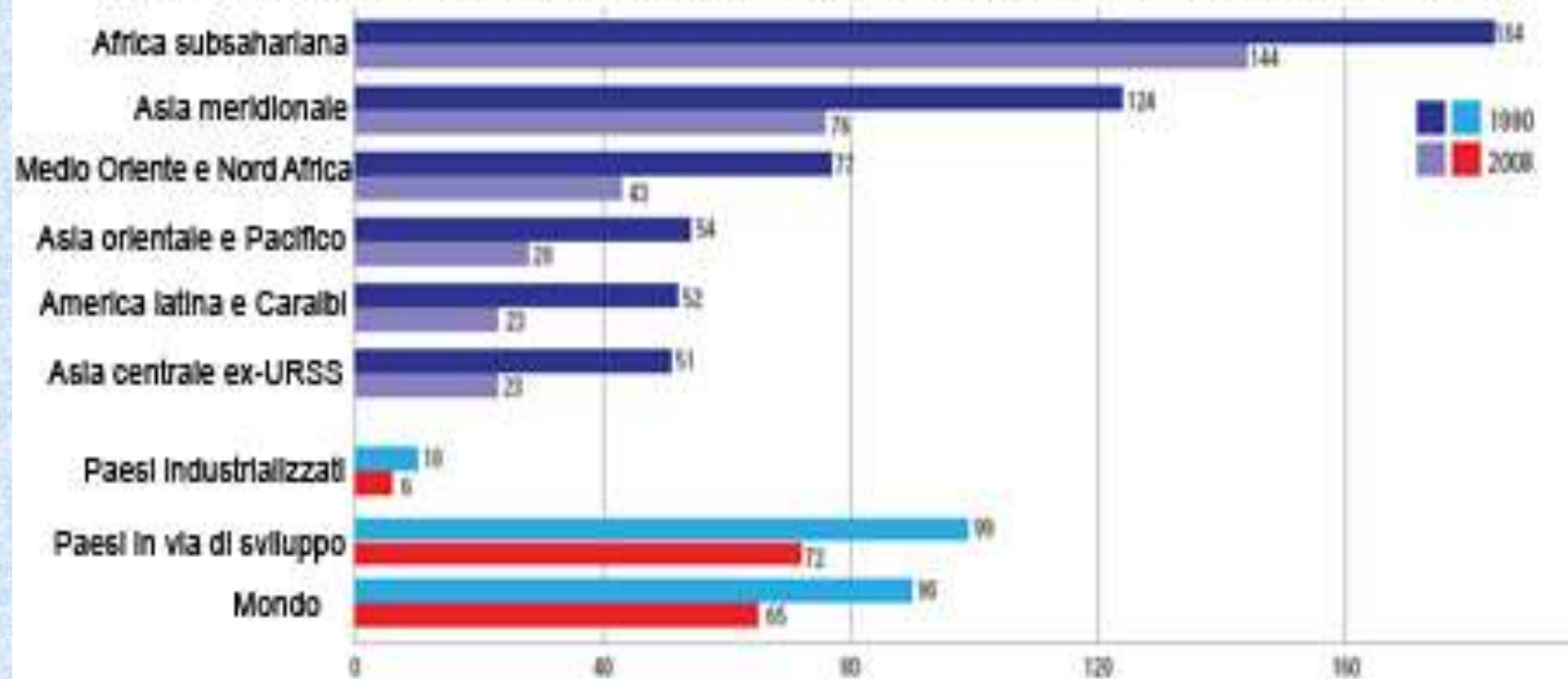
- Rivolgersi ai bisogni specifici dei paesi meno avanzati, di quelli privi di sbocco al mare e dei piccoli stati insulari in via di sviluppo
 - Sviluppare un sistema commerciale e finanziario più aperto, regolamentato, prevedibile e non discriminatorio
 - Trattare globalmente i problemi legati al debito dei PVS
- In cooperazione con le aziende farmaceutiche, rendere possibile nei pvs l'accesso ai farmaci essenziali con costi sostenibili
 - In cooperazione con il settore privato, rendere disponibili i benefici delle nuove tecnologie, specialmente per quanto riguarda l'informazione e la comunicazione

Qualche definizione

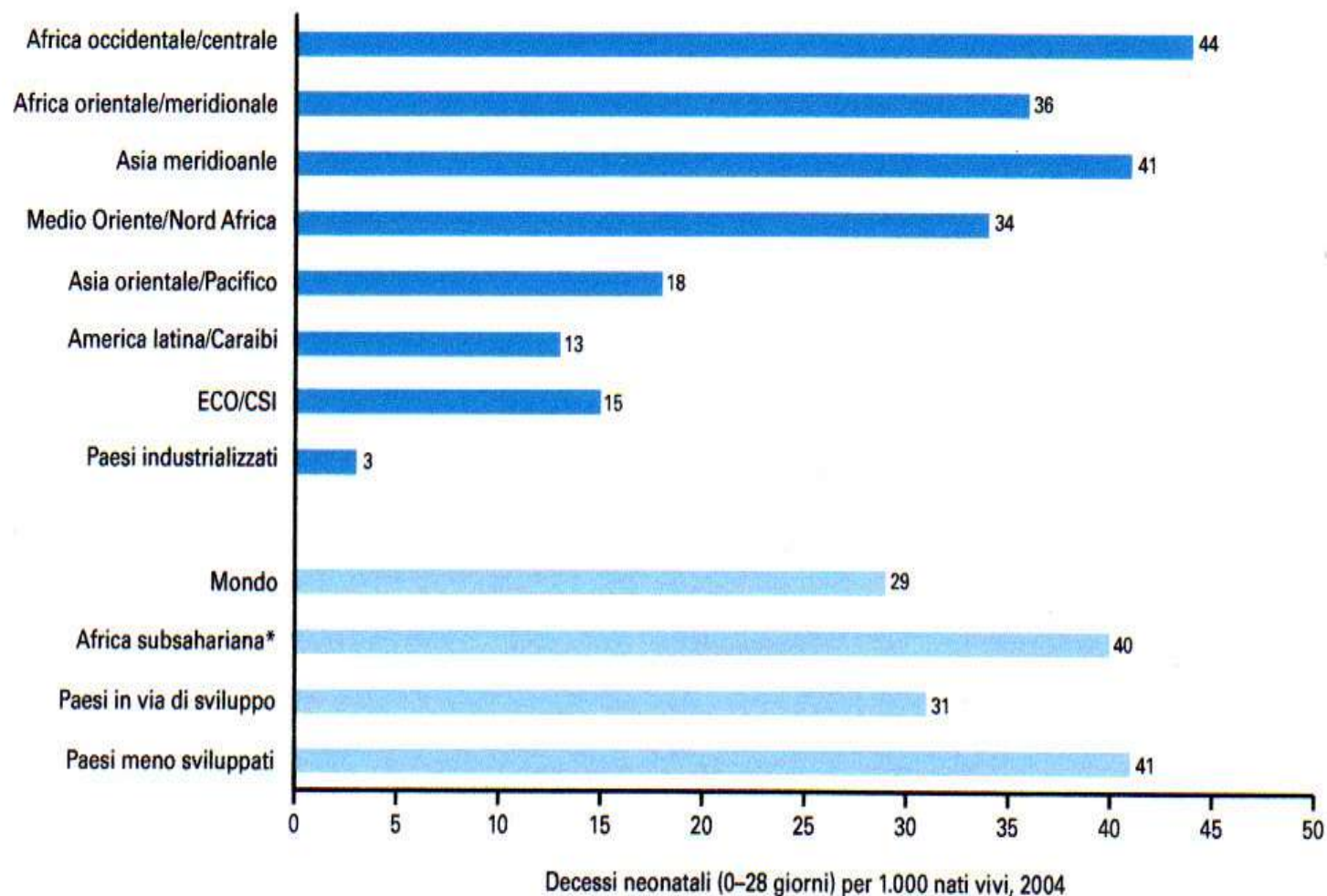
- Mortalità neonatale totale: n° nati morti nei primi 28 giorni di vita in rapporto al n° dei nati vivi (x 1000)
- Mortalità infantile: n° di bambini morti entro il primo anno di vita nell'arco dell'anno solare in rapporto al n° dei bambini nati vivi nello stesso anno (x 1000)
- Mortalità under 5: n° di bambini morti entro il quinto anno di vita in rapporto a 1000 nati vivi all'anno

La mortalità sotto i cinque anni è diminuita tra il 1990 e il 2008

Andamento del tasso di mortalità sotto i cinque anni (su 1.000 nati vivi), per regione



Tassi regionali di mortalità neonatale



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

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

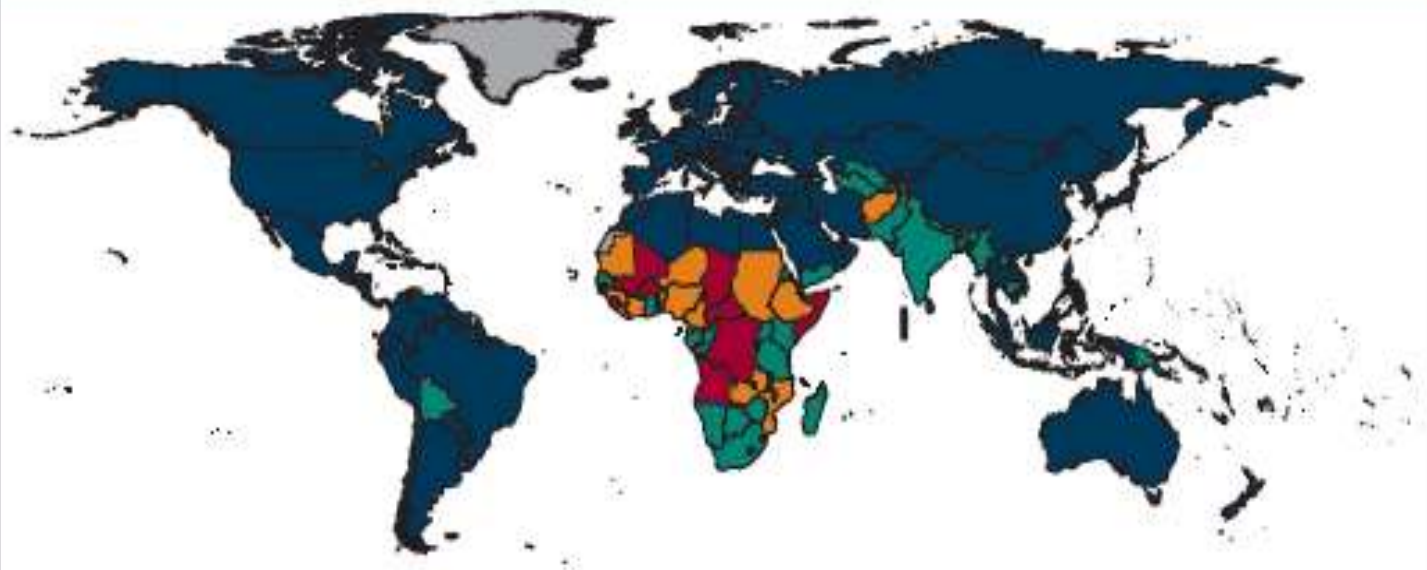
TABLE 3
Neonatal mortality rate, number of neonatal deaths and neonatal deaths as a share of under-five deaths, by Millennium Development Goal region, 1990 and 2010

Region	Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)			Number of neonatal deaths (thousands)		Neonatal deaths as a share of under-five deaths (percent)		Relative increase (percent) 1990–2010
	1990	2010	Decline (percent) 1990–2010	1990	2010	1990	2010	
Developed regions	7	4	43	106	53	47	53	15
Developing regions	36	25	31	4,319	3,019	37	40	10
Northern Africa	29	13	55	107	46	35	49	37
Sub-Saharan Africa	43	35	19	969	1,123	26	30	17
Latin America and the Caribbean	23	11	52	265	117	42	47	11
Caucasus and Central Asia	30	21	30	58	34	37	44	18
Eastern Asia	23	11	52	589	189	45	57	27
Excluding China	12	9	25	14	8	47	48	1
Southern Asia	48	32	33	1,875	1,256	41	50	20
Excluding India	48	33	31	576	381	40	46	15
South-eastern Asia	28	15	46	335	169	39	48	23
Western Asia	28	16	43	116	79	43	48	12
Oceania	26	21	19	5	5	37	40	7
World	32	23	28	4,425	3,072	37	40	9

MAP

1

Children in Southern Asia and Sub-Saharan Africa face a higher risk of dying before their fifth birthday



Under-five mortality rate (deaths per 1,000 live births)

■ Less than 40 ■ 100-149 ■ Data not available

■ 40-69 ■ 150 or more

Note: Data for Sudan refer to the country as it was constituted in 2010, before South Sudan seceded on 9 July 2011.

Mortalità infantile, il ritardo dell'Africa e del subcontinente indiano



Fonte: Le stime specifiche per paese del tasso di mortalità sotto i 5 anni derivano dal Gruppo inter-agenzie per le Stime sulla Mortalità Infantile, 2009 (rivalutati dall'UNICEF, 2012).

FIGURE 4 The global burden of under-five deaths is increasingly concentrated in Sub-Saharan Africa

Share of under-five deaths, by Millennium Development Goal region, 1990–2010 (percent)

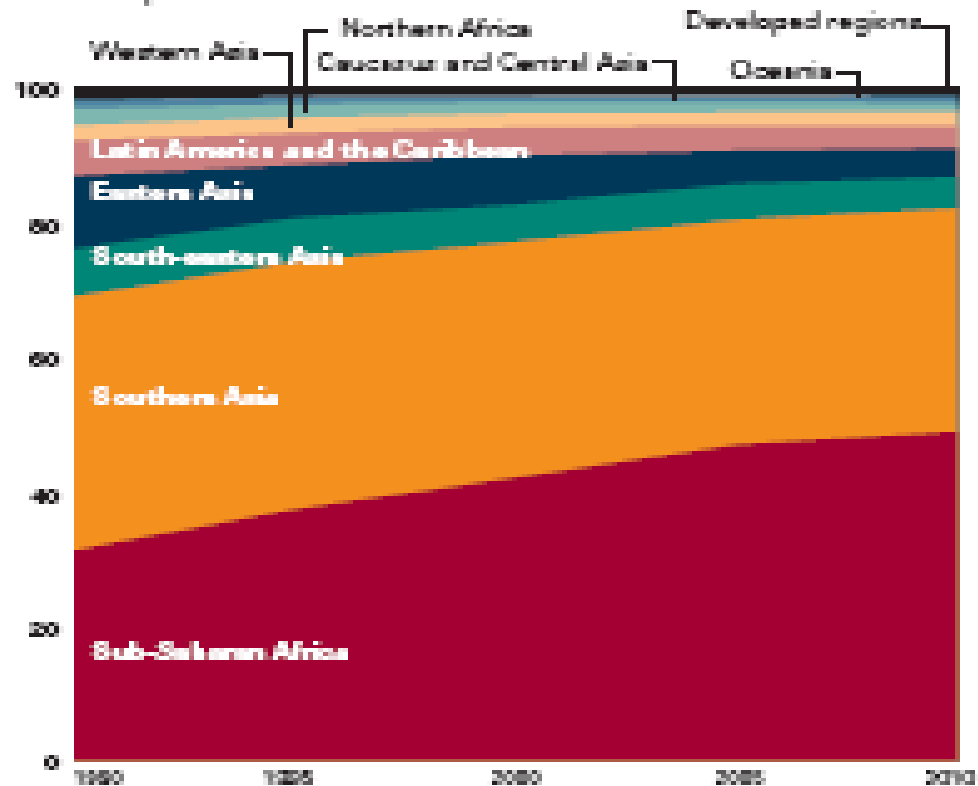
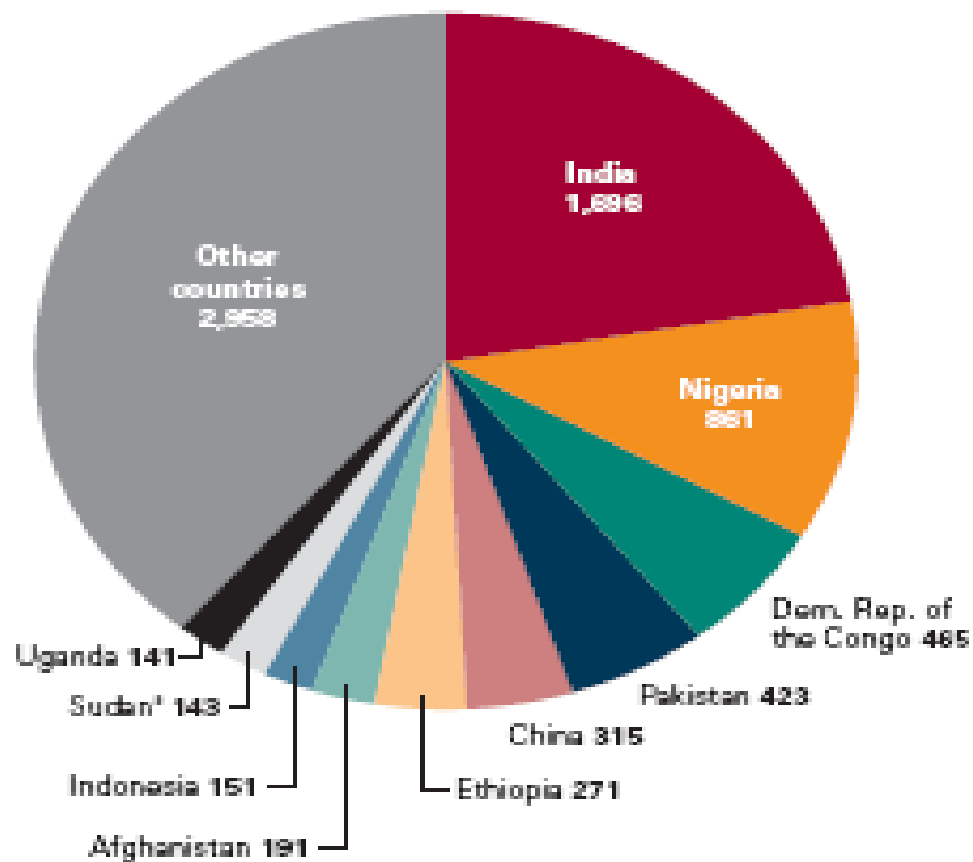


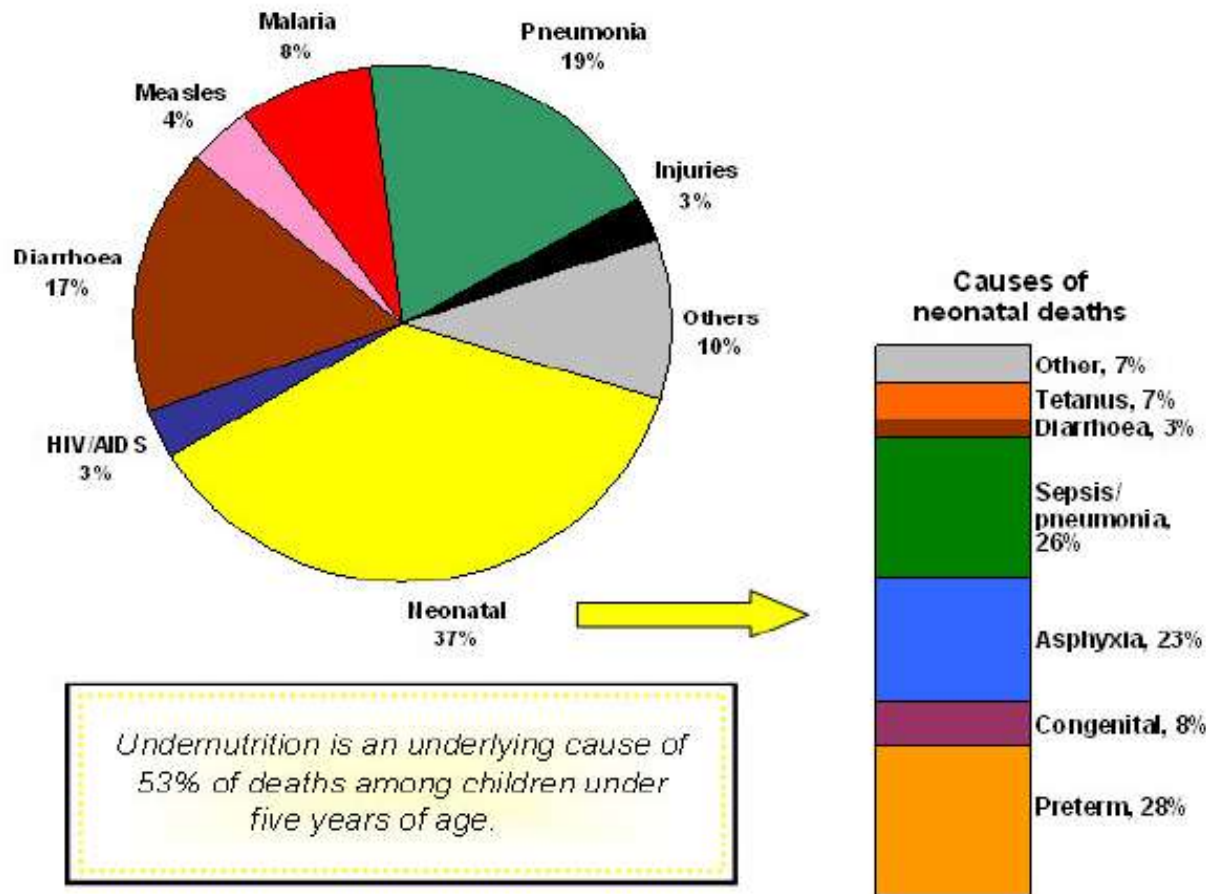
FIGURE 6 Half of under-five deaths occur in just five countries

Number of under-five deaths, by country, 2010 (thousands)

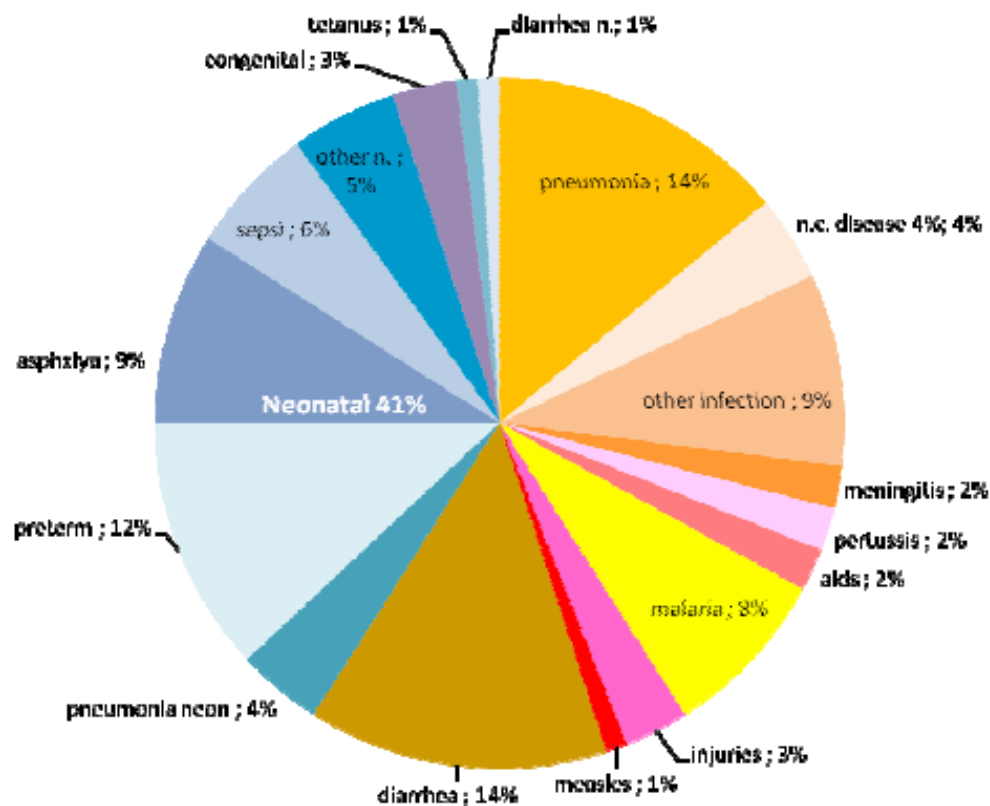


a. Data refer to Sudan as it was constituted in 2010, before South Sudan seceded on 9 July 2011.

Major causes of death among children under 5 years of age and neonates in the world, 2000-2003



Cause di mortalità infantile < 5 anni e neonatale nel mondo, 2008



La malnutrizione contribuisce per 1/3 della mortalità infantile

Ogni anno muoiono non meno di 7 milioni di bambini sotto i 5 anni di età

Mortalità infantile: cause

- Infezioni respiratorie acute, dissenteria, malaria, morbillo
- Ignoranza sanitaria - scarsa istruzione delle donne
- Scarsa copertura vaccinale
- HIV/AIDS
- Mancato accesso acqua potabile
- Carenza servizi igienici, fognature
- Guerre e altre emergenze

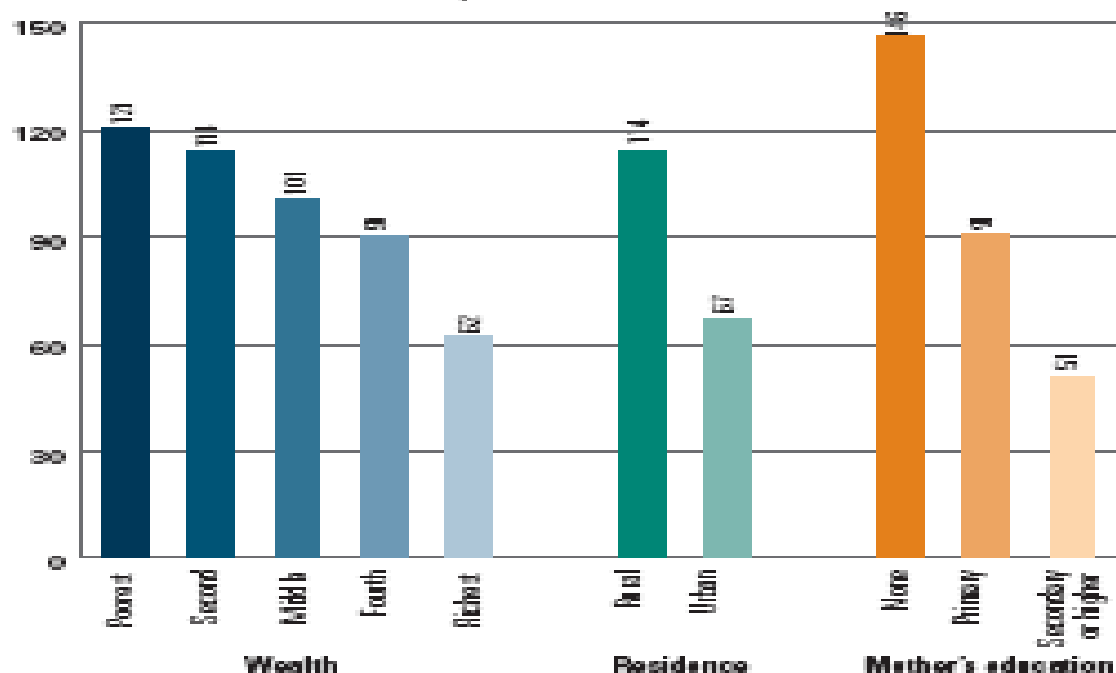
PRECISA CORRELAZIONE FRA POVERTA' E MALATTIE

Risultati diversi nella diminuzione della mortalità infantile nella diverse aree del mondo

FIGURE 7

Children who live in poorer households and rural areas and whose mothers have less education are at higher risk of dying before age 5

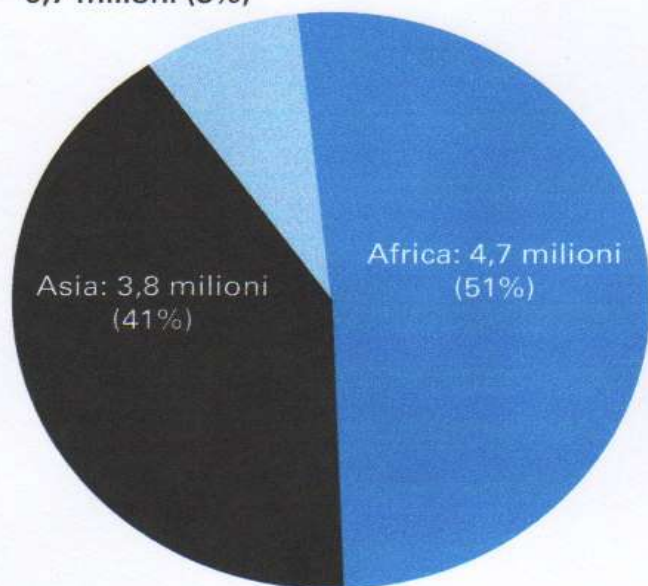
Under-five mortality rate, by wealth quintile, residence and mother's education, 2000–2010 (deaths per 1,000 live births)



Note: Calculation is based on 39 countries with most recent Demographic and Health Surveys conducted after 2005, with further analyses by UNICEF for under-five mortality rates by wealth quintile, 45 countries for rates by residence and 40 countries for rates by mother's education. The average was calculated based on under-five mortality rates weighted by number of births. Country-specific estimates obtained from Demographic and Health Surveys refer to a 10-year period prior to the survey. Because levels or trends may have changed since then, caution should be used in interpreting these results.

Decessi di bambini sotto i cinque anni, 2007

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



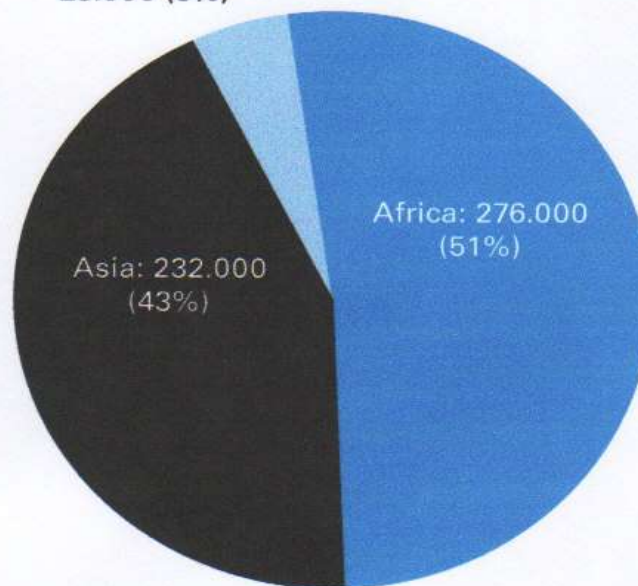
Fonte: Database globali dell'UNICEF.

Decessi tra i bambini sotto cinque anni

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

Decessi materni, 2005

Resto del mondo:
28.000 (5%)



Fonte: Database globali dell'UNICEF.

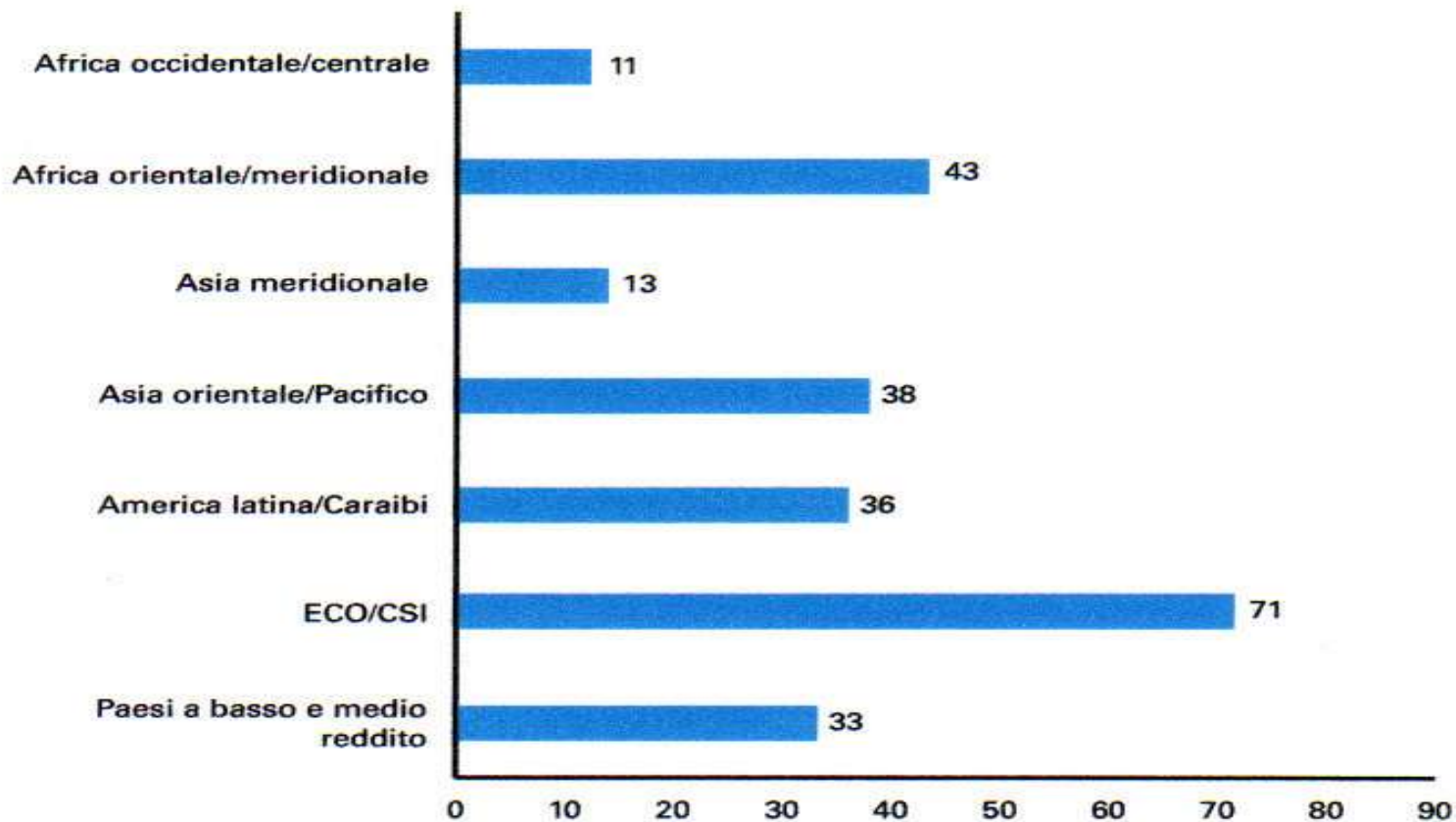
Decessi materni

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

HIV-AIDS (2008)

- Circa 2 milioni di bambini con il virus (2 su 3 in Africa Subsahariana)
- Africa subsahariana: 12 milioni di bambini orfani di uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS
- Circa 45 % donne in gravidanza HIV-positiva ha ricevuto i farmaci antiretrovirali
- Terapia con antiretrovirali al 38 % dei bambini sotto i 15 anni che ne avrebbe avuto bisogno
- Ma la terapia non è sufficiente: considerare interventi centrati sull'ambiente di vita del bambino
- Affrontare tutte le condizioni che ostacolano lo sviluppo psicologico, intellettuale e fisico dei bambini, dalle malattie alla nutrizione, dagli stimoli psicologici all'istruzione, fino alle maggiori difficoltà collegate alla condizione femminile

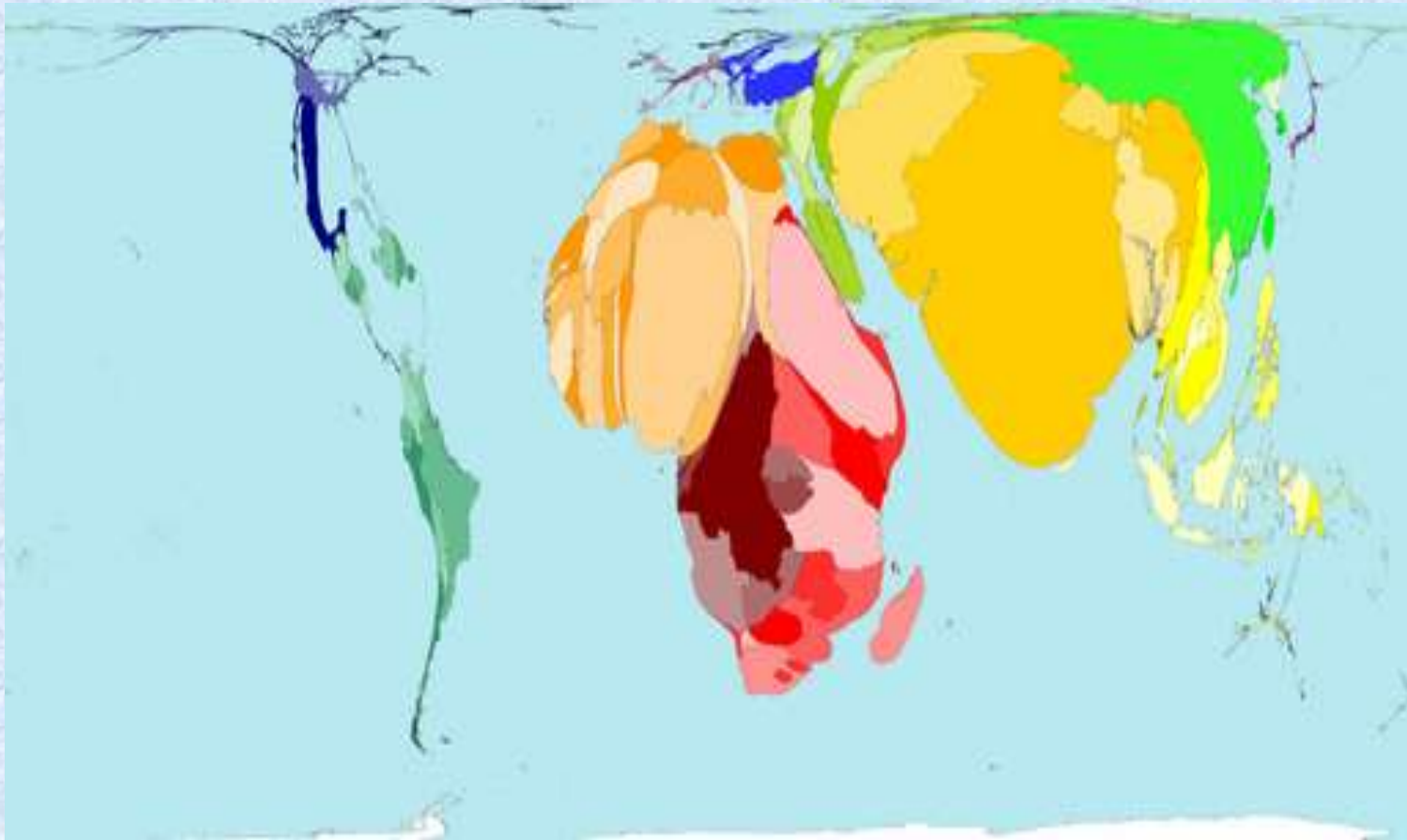
Profilassi antiretrovirale per madri sieropositive per prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV



Percentuale stimata di donne in gravidanza sieropositive che hanno ricevuto antiretrovirali per la prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, 2007

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

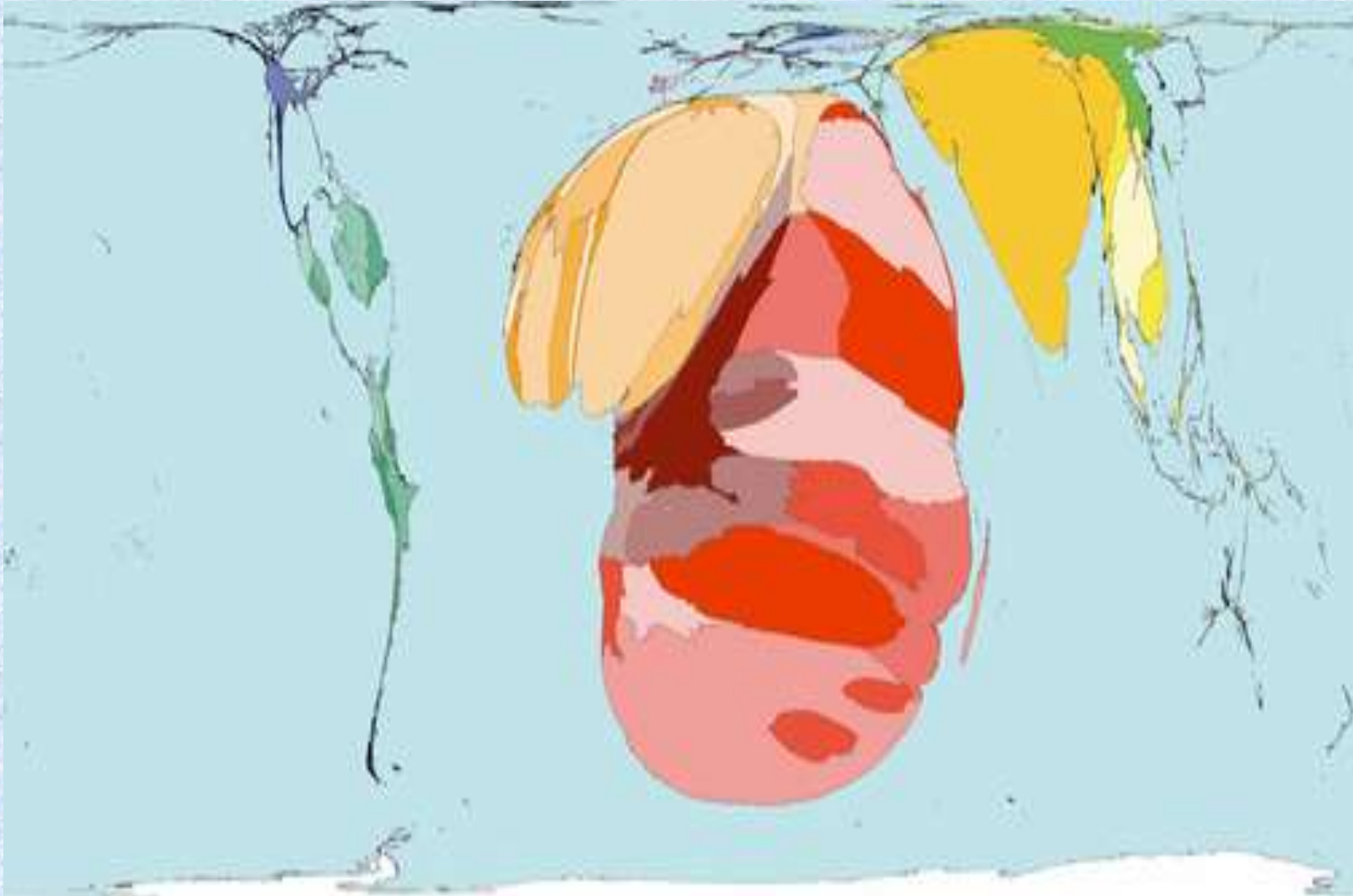
Mortalità infantile



Prevalenza HIV



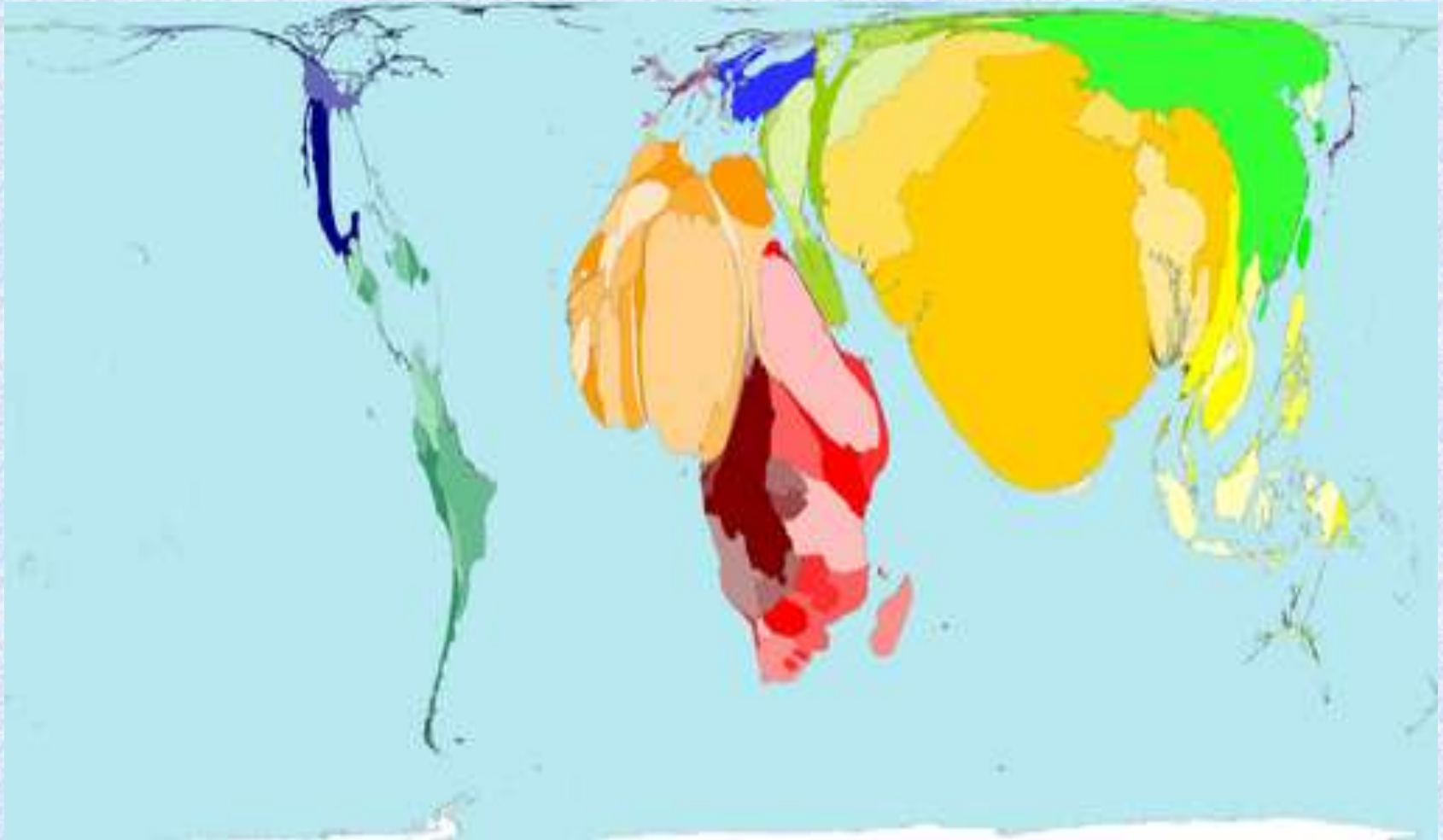
Morti per HIV/AIDS



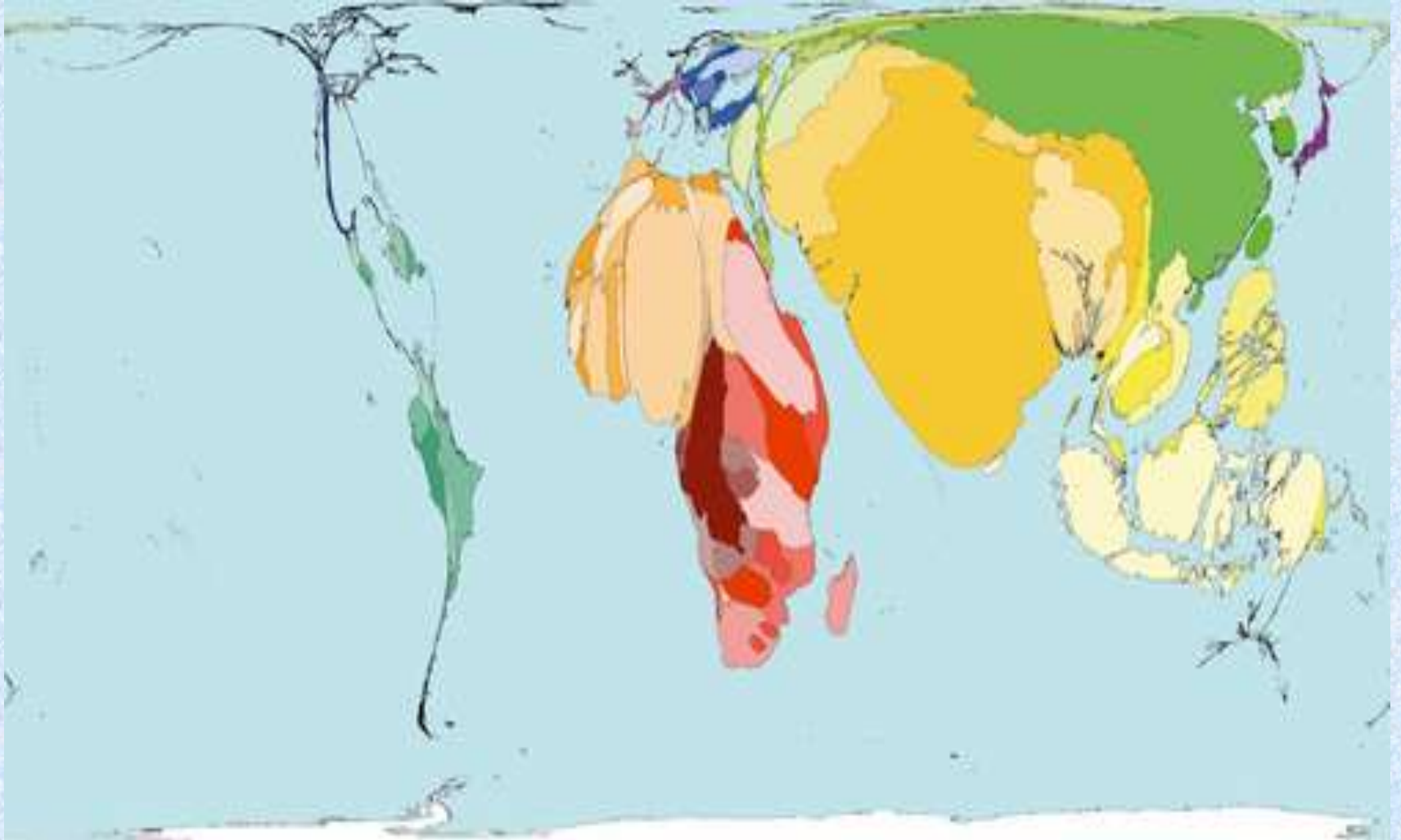
Morti per malaria



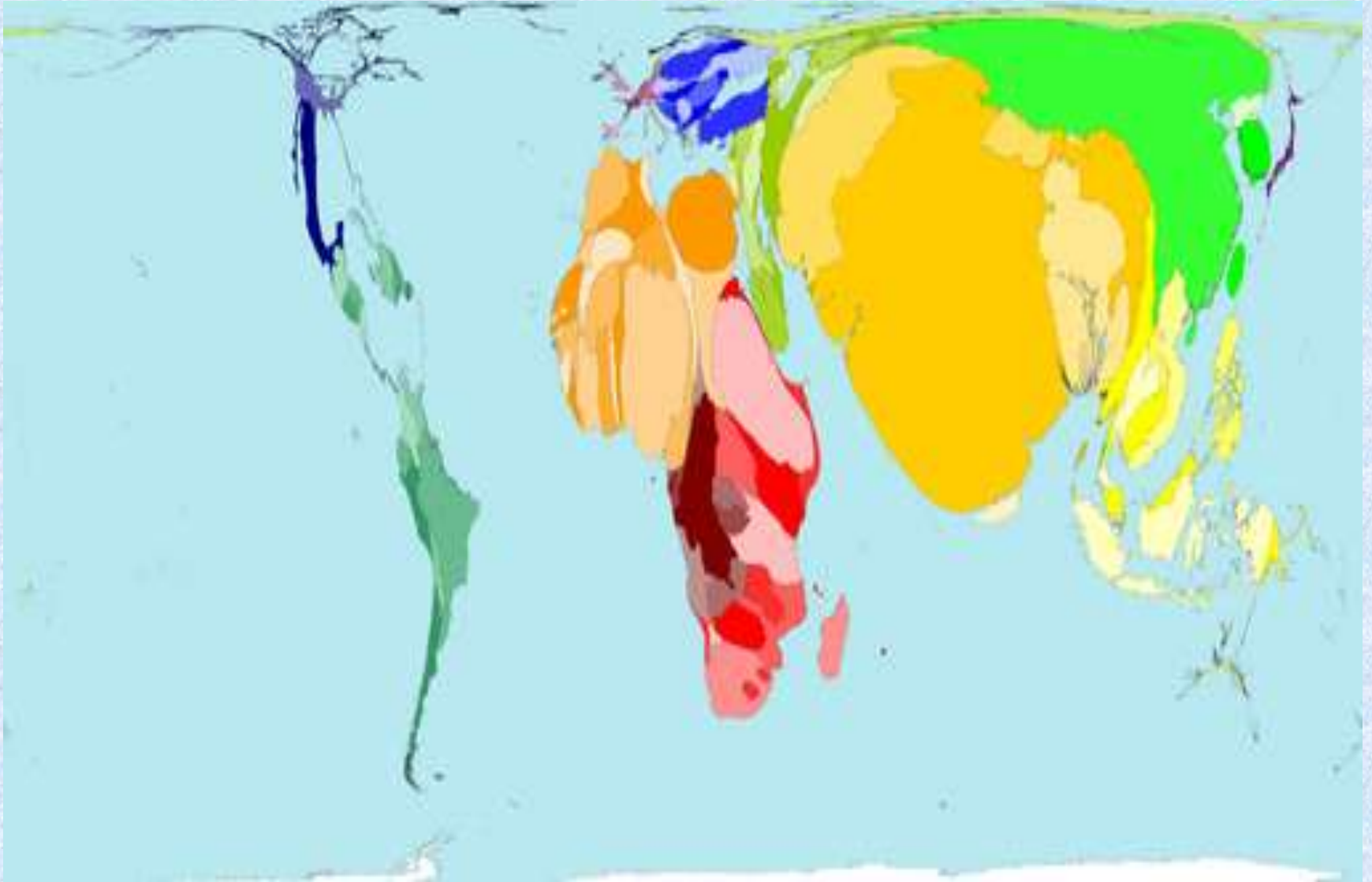
Mortalità neonatale precoce



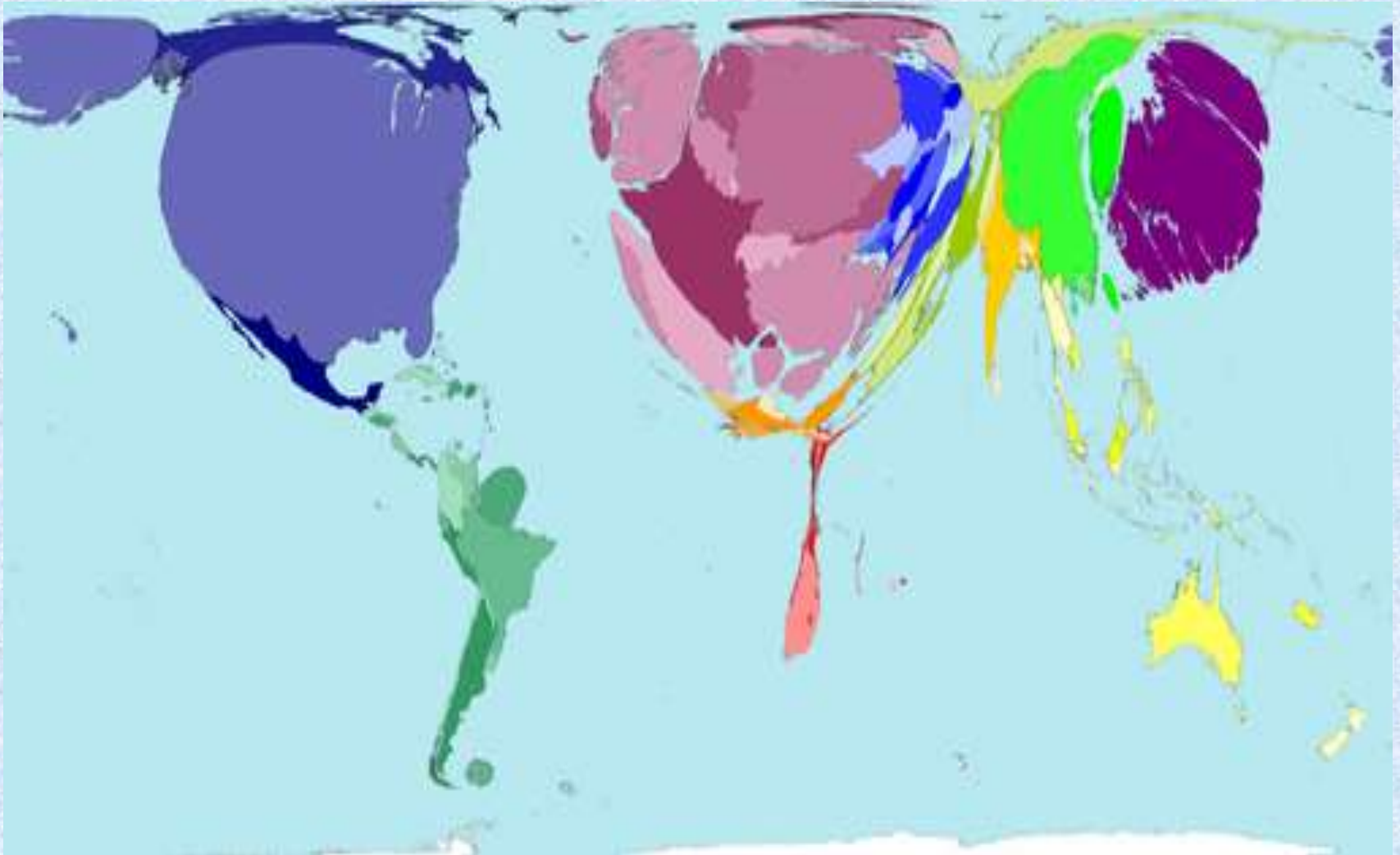
Morti per TBC



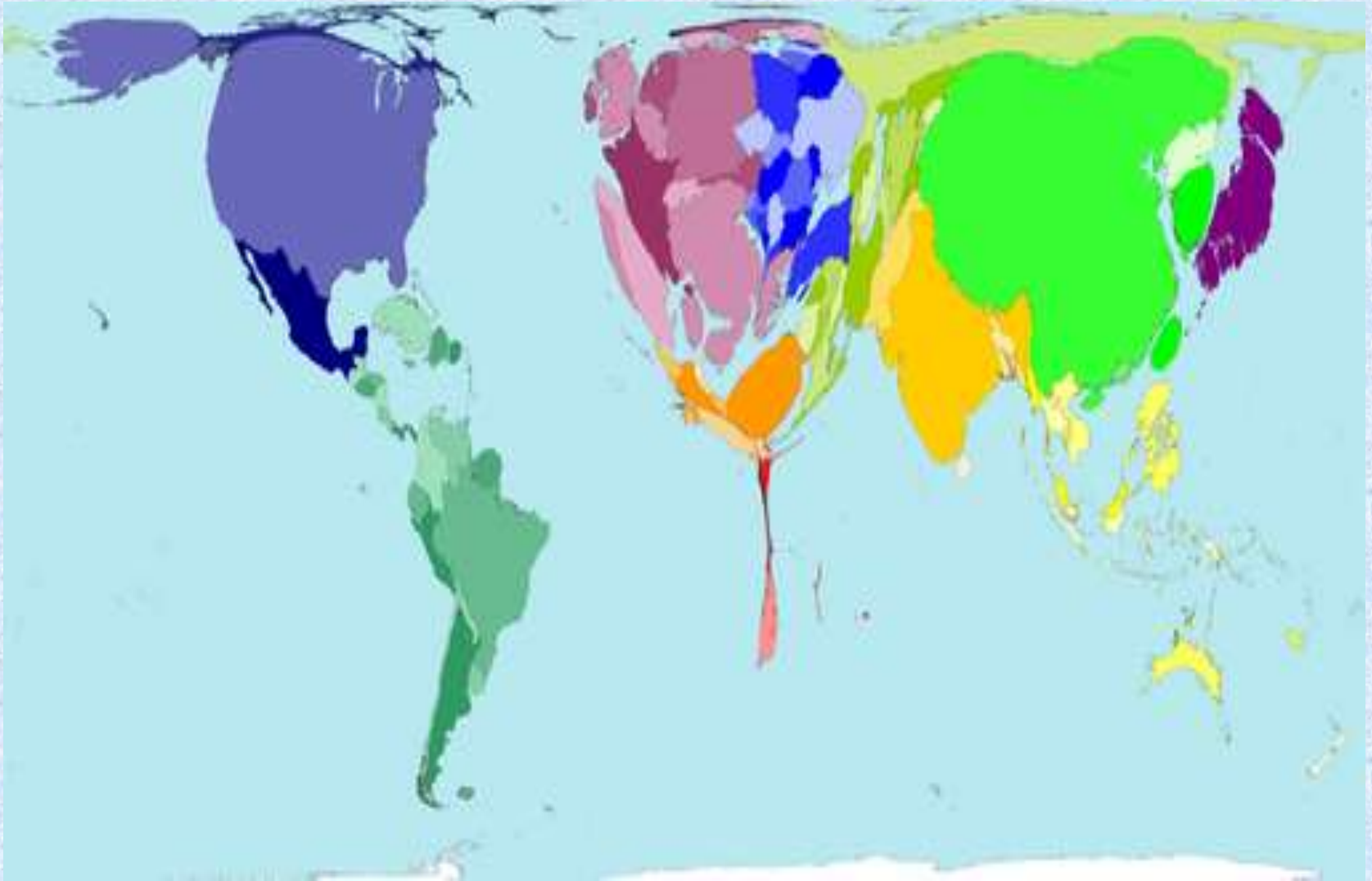
Distribuzione della povertà



Spesa sanitaria pubblica

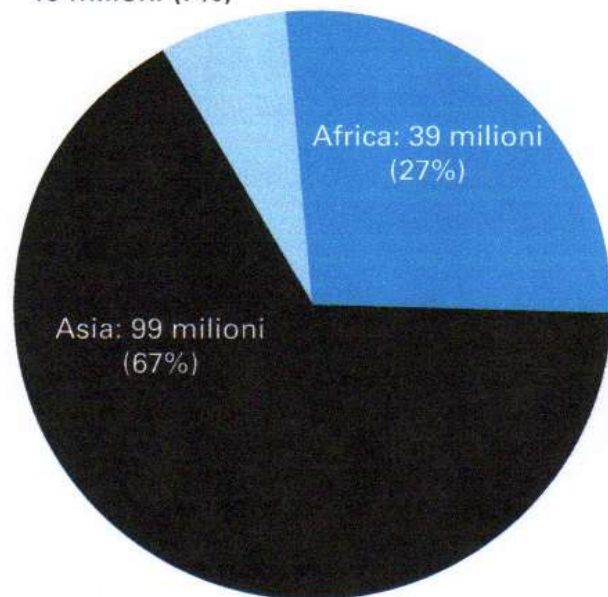


Dove lavorano i medici



Bambini sottopeso sotto i cinque anni, 2007

Resto del mondo:
10 milioni (7%)



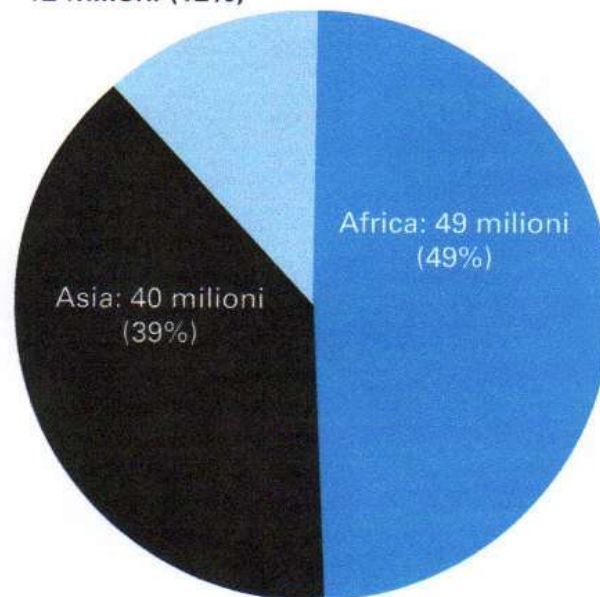
Fonte: Database globali dell'UNICEF.

Stato nutrizionale dei bambini piccoli

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

Bambini in età scolare che non frequentano la scuola, 2007

Resto del mondo:
12 milioni (12%)



Fonte: Database globali dell'UNICEF.

Istruzione primaria

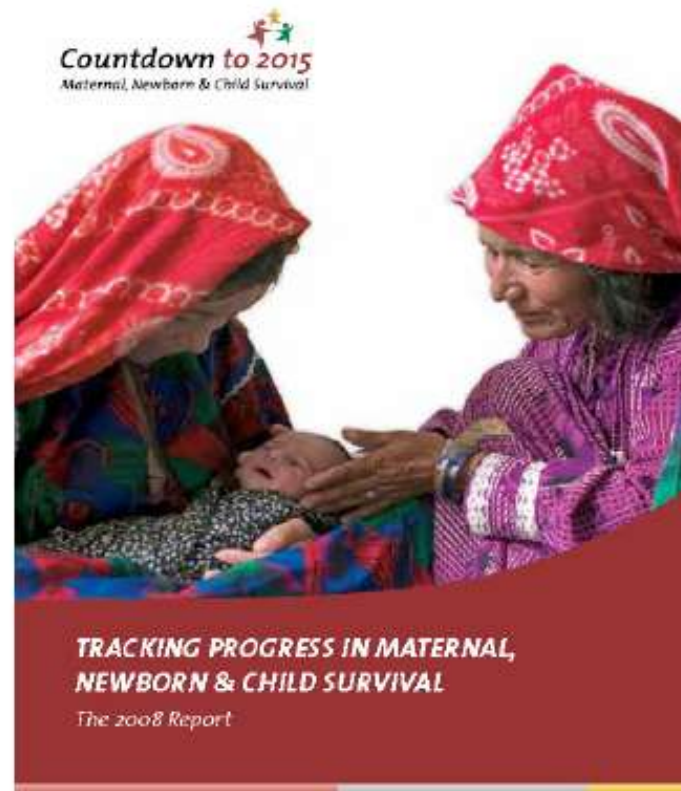
- Nel 2007, 101 milioni di bambini in età scolare non frequentavano la scuola.
- Quasi la metà di questi bambini vive in Africa ed il 39% vive in Asia.
- Nelle due regioni, circa il 20% delle bambine ed il 16% dei bambini in età scolare non sono iscritti a scuola o non frequentano la scuola elementare.

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

Deprivazione cognitiva nell'infanzia

- Due indicatori collegabili a uno sviluppo cognitivo insoddisfacente; ritardo nella crescita e povertà
- 219 milioni (39 % dei minori di 5 anni nelle nazioni povere)
- Fattori di rischio per scarso sviluppo cognitivo: ritardo nella crescita, stimolazione cognitiva inadeguata, carenza di iodio e anemia da carenza di ferro
- Impatto sul versante lavorativo e produttivo nella vita adulta: riduzione di reddito intorno al 20 %.
- I governi investono poco in questa direzione: assenza di specifici settori della società dedicati allo sviluppo precoce nell'infanzia, mancanza di consapevolezza della questione, difficoltà ad investire in programmi a lungo termine

Il ***Countdown to 2015*** è un movimento globale sostenuto da governi, istituzioni ed organizzazioni che si prefigge di segnalare i progressi verso gli Obiettivi del Millennio prevalentemente sanitari ***MDG 4, MDG 5*** ed in parte ***MDG 6*** attraverso degli indicatori specifici

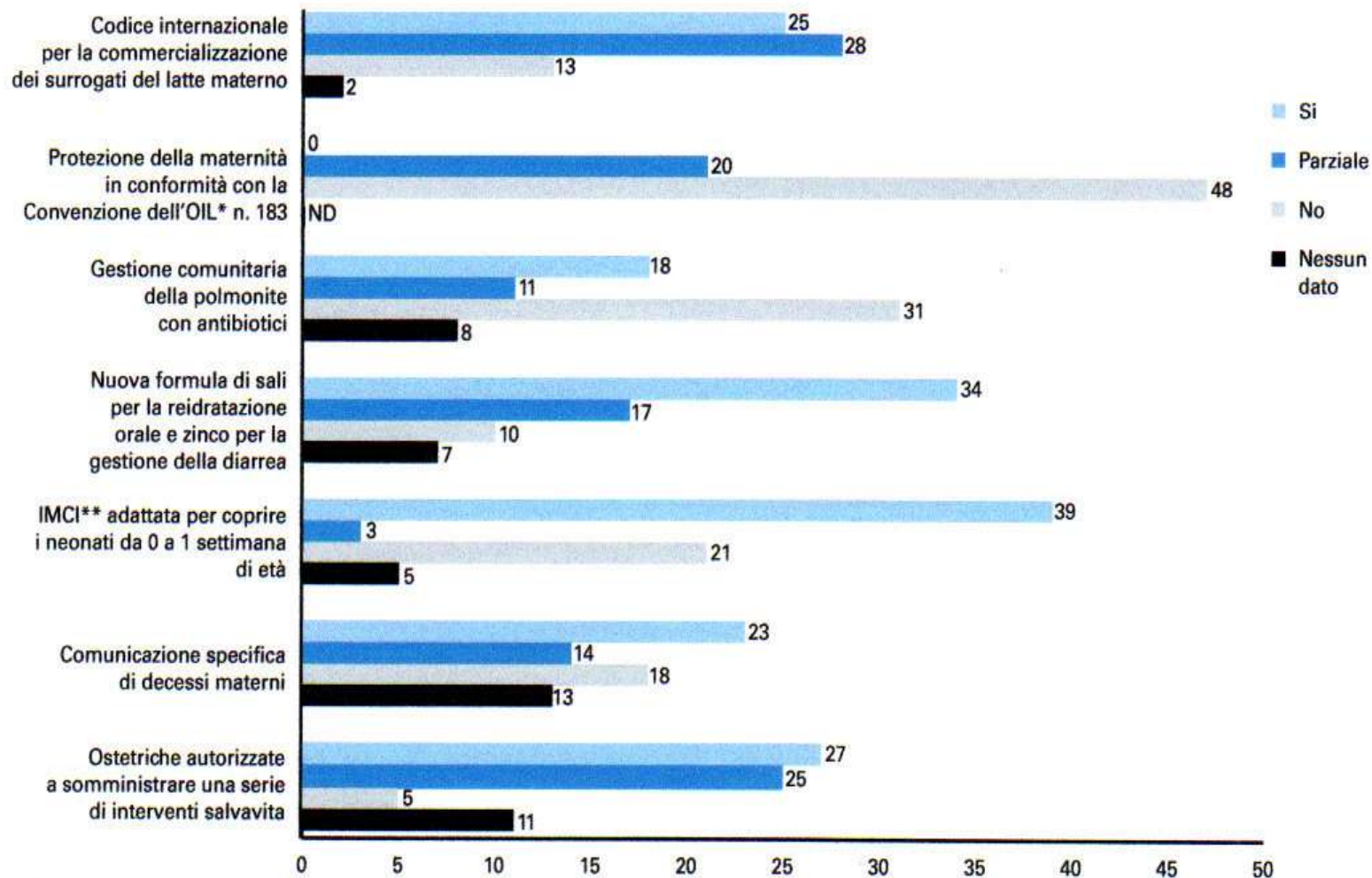


Countdown to 2015

Principi

- Focus sulla ***copertura*** degli interventi
- Operare sugli obiettivi del Millennio e monitorarne i progressi
- Promuovere ***interventi efficaci***
- Adozione dell'approccio alla ***Continuum of care***
- Sostenere i sistemi sanitari e le politiche dei paesi nell'orientamento sulla salute materno – neonatale - infantile
- ***Equità*** nella distribuzione degli interventi

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



* OIL: Organizzazione Internazionale del Lavoro

** IMCI: Gestione integrata delle malattie infantili

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

Obiettivi di Sviluppo del Millennio
(MDG 4 e MDG 5) entro il 2015

Buone notizie !!!

- 19/68 Paesi sono sulla via per raggiungere gli obiettivi
- 17/68 Paesi hanno dimezzato la mortalità < 5 anni
- 47/68 Paesi hanno accelerato i progressi verso gli obiettivi

Cattive notizie !!!

- 49/68 Paesi non sono sulla via per raggiungere gli obiettivi
- 12/68 Paesi hanno rallentato il progresso verso gli obiettivi
- 53/68 Paesi hanno carenza acuta di personale sanitario

Risultati (1)

- 16 Paesi: significativi miglioramenti (Brasile, Egitto, Messico, Nepal, Bolivia, Cina)
- 26 Paesi (Africa Subsahariana): nessun miglioramento rispetto ai dati del 1990 o trend negativo)
- 26 Paesi: progressi inadeguati rispetto agli obiettivi del millennio 4 e 5

Miglioramenti (2)

Grandi disparità tra differenti nazioni e anche tra diverse tipologie d'intervento

- Miglioramenti molto modesti (2 %): assistenza ai bambini con diarrea e polmonite e nel garantire presenza di personale qualificato durante il parto
- Miglioramenti maggiori (4-7 %): vaccinazione antitetanica in gravidanza, vaccinazione contro il morbillo, assistenza prenatale, diffusione di zanzariere impregnate di insetticida



Countdown to 2015

- L'iniziativa Countdown to 2015 ha formulato un profilo demografico per i 68 Paesi con il più alto tasso di mortalità materno-infantile definendo degli indicatori di specifici
- I profili demografici sono aggiornati ogni 2 – 3 anni
- Tali indicatori sono suddivisi per aree programmatiche:
 - Nutrizione
 - Salute infantile
 - Salute materna e neonatale
 - Acqua e Igiene

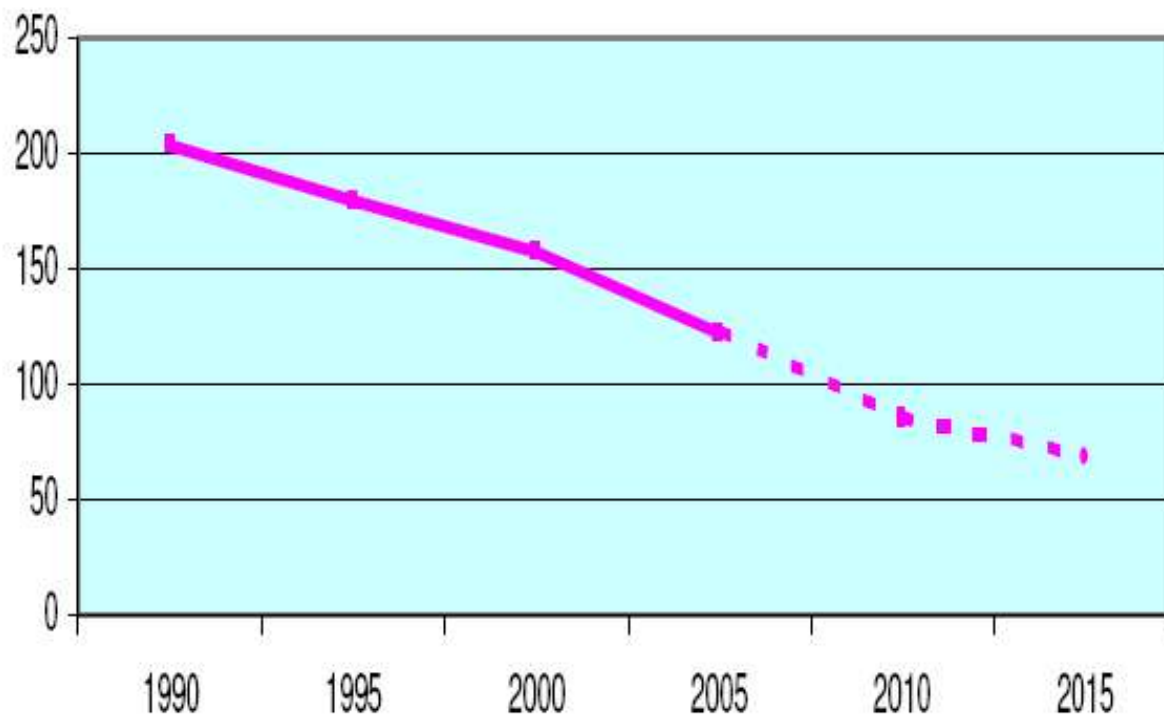


ANGOLA Tasso di mortalità infantile < 5 anni e obiettivo MDG 4





ETIOPIA. Tasso di mortalità infantile < 5 anni e obiettivo MDG 4



Per gli interventi di provata efficacia nel ridurre la mortalità, la **copertura** è un utile indicatore di progresso

Aumenti nella copertura indicano che le politiche e le strategie stanno raggiungendo le madri ed i bambini



COVERAGE



Mancato aumento della copertura, con risorse adeguate e piani appropriati, richiedono un interesse urgente

Interventi preventivi e risultati attesi per ogni intervento

Intervento preventivo	n. morti prevenute (in migliaia)	percentuale di tutte le morti
Allattamento al seno	1301	13%
Zanzariere medicate	691	7%
Alimentazione complementare	587	6%
Svezzamento	587	6%
Zinco	459	5%
Vaccino H. Influenzae	403	4%
Parto "sicuro"	411	4%
Acqua, latrine, igiene	326	3%
Vit. A	225	2%
IPT in pregnancy	22	< 1%

Interventi terapeutici e risultati attesi per ogni intervento

Intervento terapeutico	n. morti (in migliaia)	percentuale su tutte le morti
Reidratazione orale	1477	15%
Antibiotici x sepsi	583	6%
Antibiotici x polmonite	577	6%
Antimalarici	467	5%
Zinco	394	4%
Rianimazione neonatale	467	5%
Antibiotici x dissenteria	310	3%
Vit. A	8	< 1%

Countdown 2015 – Indicatori
NUTRIZIONE



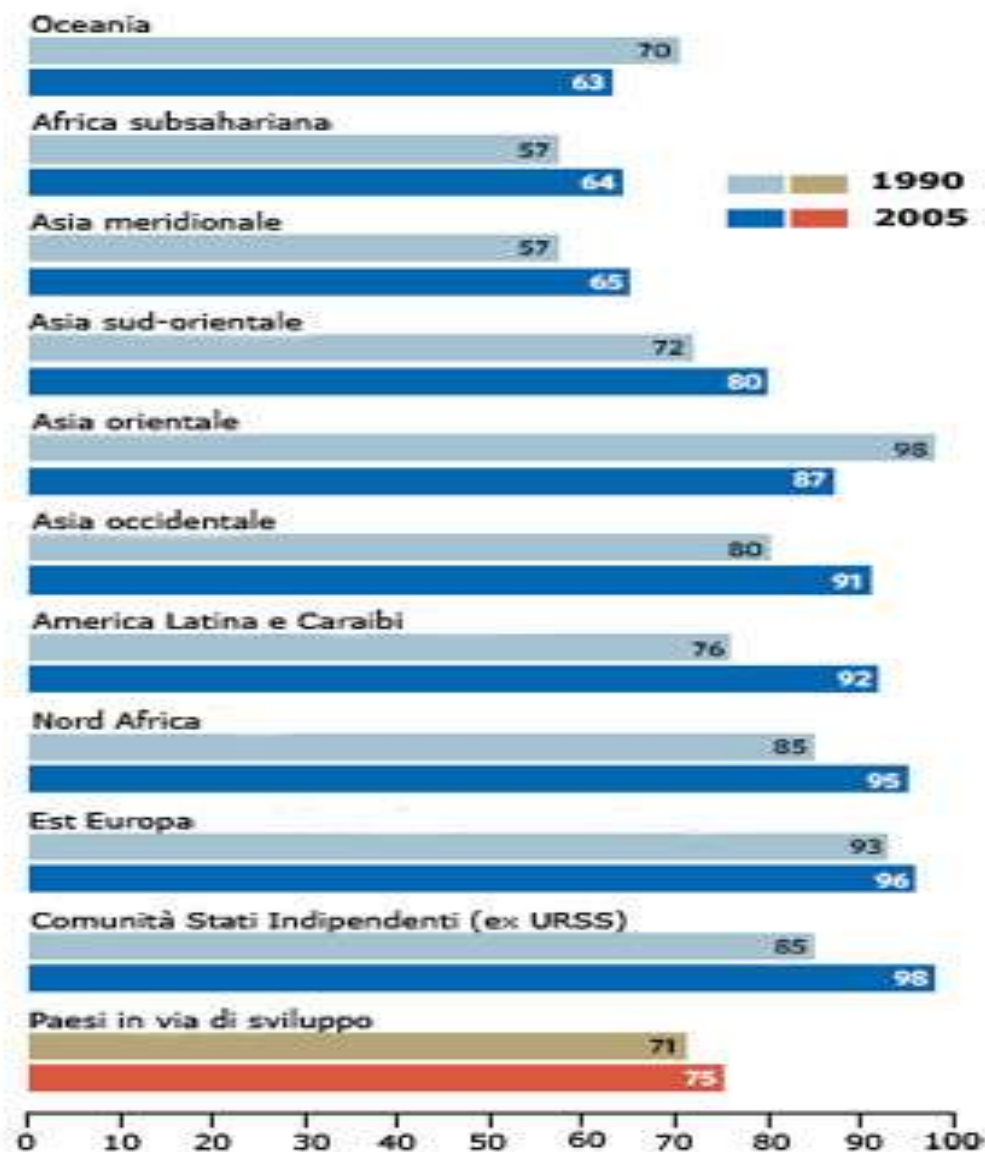
- Neonati con basso peso alla nascita
- Allattamento materno esclusivo (fino ai 6 mesi)
- Allattamento materno + cibo complementare (6 – 9 mesi)
- Supplementazione di vit. A
- Prevalenza del basso peso (stunting and wasting)



Countdown 2015 – Indicatori
SALUTE INFANTILE

- Immunizzazione contro il morbillo
- Immunizzazione DTP3
- Immunizzazione HiB3
- Reidratazione orale ed alimentazione proseguita
- Zanzariere trattate
- Trattamento antimalarico
- Prevenzione trasmissione HIV madre – bambino
- Gestione delle polmoniti
- Trattamento antibiotico delle polmoniti

Percentuale di bambini tra 12 e 23 mesi di vita che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino contro il morbillo



Countdown 2015 – Indicatori

SALUTE MATERNA E NEONATALE

- Prevalenza contraccezione
- Visite ante – natal (almeno 1)
- Visite ante – natal (4 o più)
- Protezione neonatale antitetanica
- Trattamento intermittente preventivo antimalarico
- Parto assistito da personale esperto
- Parti cesarei (tasso)
- Inizio precoce dell' allattamento al seno
- Cure post-natali per la madre
- Cure post-natali per il bambino nato in casa

Countdown 2015 – Indicatori
DEFINIZIONI

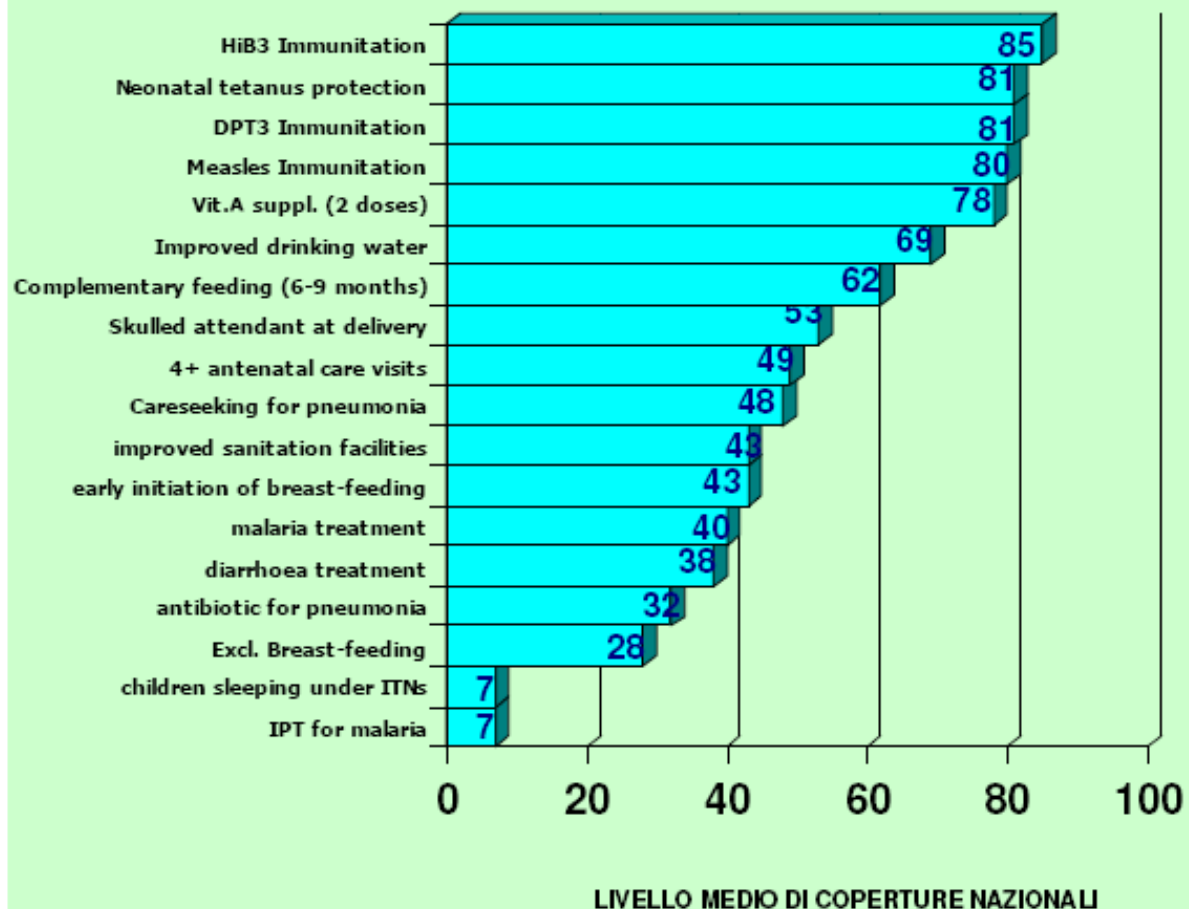
Indicatore : Copertura zanzariere trattate con insetticida

Definizione indicatore : Percentuale dei bambini (0 - 59 mesi) che dormono sotto una zanzariera trattata

Formula

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ bambini (0 - 59 mesi) che dormono durante la notte sotto una zanzariera trattata prima dell'indagine}}{\text{N}^\circ \text{ Totale dei bambini (0 - 59 mesi) rilevati}}$$

LIVELLI DI COPERTURA PER INTERVENTI EFFICACI



IL SISTEMA SANITARIO DISTRETTUALE

OSPEDALE DISTRETTUALE



HEALTH CENTRE

HEALTH CENTRE

DISPENSARIO

DISPENSARIO

DISPENSARIO

DISPENSARIO



POSTO DI SALUTE
DI VILLAGGIO

POSTO DI SALUTE
DI VILLAGGIO

POSTO DI SALUTE
DI VILLAGGIO



I pacchetti sanitari per livello

FAMIGLIA/COMUNITA'

- Lavare mani
- Uso acqua potabile ?
- Uso latrine
- Allattamento materno
- Uso di zanzariere
- Riconoscere segni di emergenza

POSTO DI SALUTE DI VILLAGGIO

- Alcuni farmaci
- Kit per TBAs
- Visite post -natale

DISPENSARIO

- Attività MNCH
- Attività IMCI
- Farmaci essenziali
- Parto (non complicato)
- Trasporto

OSPEDALE

- Triage di emergenza e trattamento
- Parto sicuro
- Taglio cesareo
- Gestione delle infezioni severe e Malnutrizione
- Trattamento HIV/AIDS
- Formazione

Rapporto “Countdown to 2015”

Situazione drammaticamente grave
nel settore materno-infantile
sia nei livelli di salute
che nell’organizzazione dei servizi
sanitari
per una significativa parte
dell’umanità

2 fondamentali ragioni

- **Povert  estrema in cui versa gran parte della popolazione di molti paesi**
- **Scelte di politica economica e di cooperazione sanitaria attuate a livello internazionale negli ultimi due decenni**

Povert 

- **In Africa Subsahariana 315 milioni di persone (41 % della popolazione) vivono al di sotto della soglia di 1 dollaro pro-capite di reddito al giorno**
- **In Africa Subsahariana il numero delle persone “poverissime” tra il 1981 e il 2001   quasi raddoppiato**
- **La denutrizione contribuisce per oltre il 50 % alla mortalit  dei bambini al di sotto dei 5 anni e per almeno il 20 % alla mortalit  materna**

Politiche di cooperazione sanitaria

- Forte impulso alla privatizzazione dei servizi sanitari
- Livelli irrisori di finanziamento della sanità pubblica
- Servizi a pagamento e promozione delle assicurazioni private
- Sviluppo di programmi per il controllo e la cura di malattie specifiche (Aids, tubercolosi, malaria, patologie oncologiche o cardiocirurgiche)

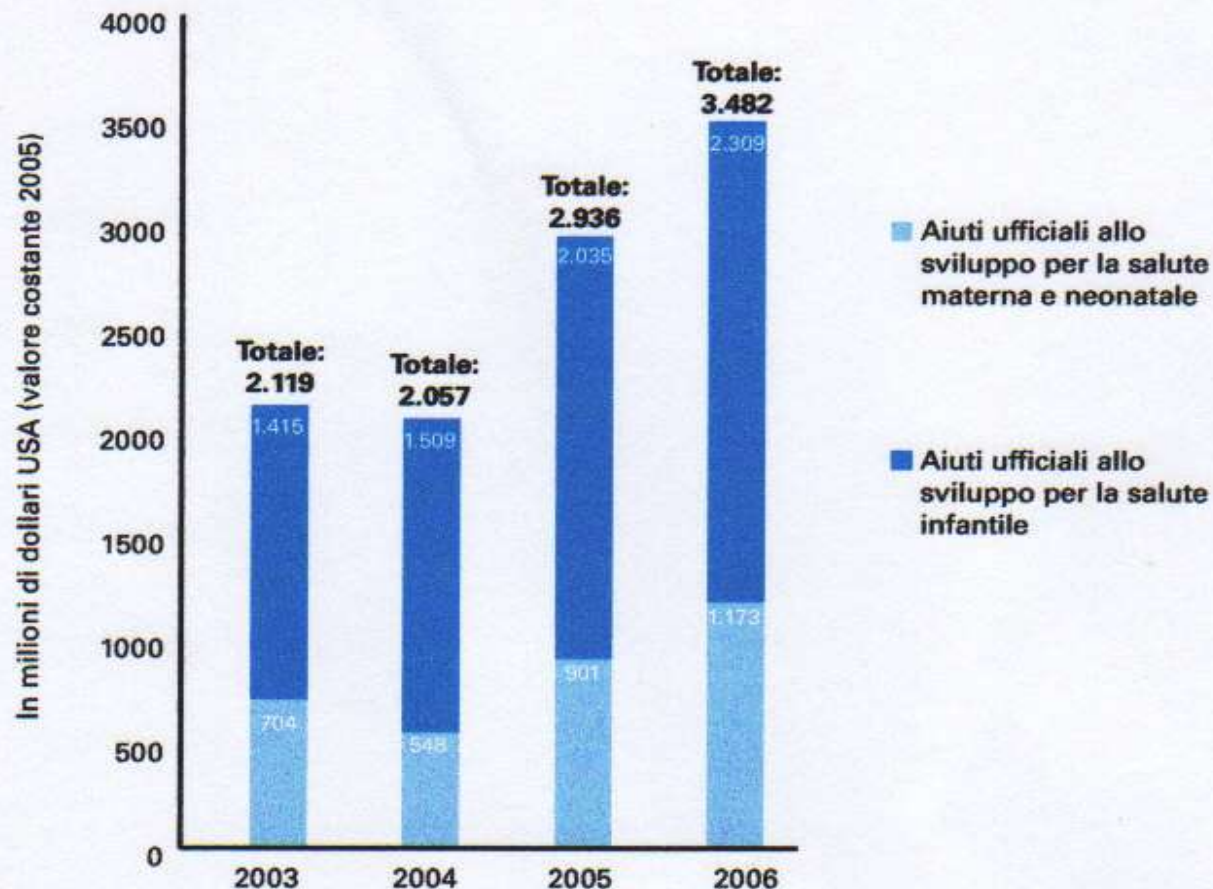


Contestuale abbandono dei servizi di base, che hanno l'impatto maggiore sulla salute a parità di costi

Aid Effectiveness and Health (OMS)

- **I programmi verticali minano alle fondamenta le strutture del sistema sanitario nazionale**
- **Gli aiuti sono imprevedibili, a breve termine, volatili**
- **La presenza di molteplici attori non è coordinata e genera alti costi “transazionali” per i governi locali**

Gli aiuti ufficiali allo sviluppo (AUS) per la salute materna e neonatale sono aumentati rapidamente dal 2004



Fonte: Giulia Greco, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 aprile 2008, p. 1269.

Conclusioni Rapporto

- Rafforzamento dei sistemi sanitari
- La questione della povertà

Il rafforzamento dei sistemi sanitari è importante per affrontare efficacemente le sfide del sistema sanitario nel loro insieme. Gli approcci rivolti ad una malattia e il rafforzamento dei sistemi sanitari dovrebbero rinsaldarsi a vicenda e contribuire entrambi al raggiungimento dei MDG per la salute. La comunità internazionale dovrebbe affrontare vari aspetti dei sistemi sanitari, quali gli operatori e le risorse umane, il sistema informativo, il buon governo, le infrastrutture essenziali, l'impegno per la qualità, la gestione dei materiali medici e dei farmaci essenziali, il finanziamento sostenibile ed equo

G8 Giappone luglio 2008

“ Noi avremo il tempo di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio – a livello globale e in molti, se non in tutti i singoli Stati – ma vi riusciremo soltanto se non ci limiteremo a continuare ad agire come siamo abituati a fare. Non sarà questione di un giorno. Il successo richiederà un’azione sostenuta per l’intero decennio che ci separa dalla scadenza del 2015. ci vuole tempo per addestrare insegnanti, infermiere e ingegneri; per costruire strade, scuole ,ospedali; per far crescere le piccole e grandi imprese che creino il lavoro e il reddito di cui c’è bisogno. Dobbiamo partire adesso. E dobbiamo più che raddoppiare l’aiuto allo sviluppo di qui ai prossimi anni. Questo, e nulla di meno, ci serve per raggiungere il traguardo”

Kofi Annan, Segretario generale dell’ONU - 2005

Global Strategy for Mother's and Child Health (2010)

- Obiettivo: prevenire, entro il 2015, la morte di 15 milioni di bambini sotto i 5 anni tra cui 3 milioni di neonati
- Prevenire la morte di circa 570.000 donne
- Proteggere 88 milioni di bambini dal rachitismo
- Proteggere 120 milioni di bambini dalla polmonite

Come è possibile in 4 anni?

Strade indicate

- **Incentivare piani sanitari che siano guidati dai paesi stessi, supportandoli con investimenti prevedibili e sostenibili**
- **Integrare la distribuzione di servizi sanitari e interventi salvavita così che le donne e i bambini possano accedere a prevenzione, trattamenti e cure quando e dove li necessitano**
- **Rafforzare i sistemi sanitari aumentando il personale qualificato**
- **Mantenere un approccio innovativo nel finanziare, sviluppare prodotti e migliorare l'efficienza nella distribuzione dei servizi sanitari**
- **Aumentare i processi di monitoraggio e valutazione per assicurarsi la responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel raggiungimento del risultato**



Tutto ciò si traduce in almeno una visita in gravidanza, parto seguito da personale qualificato, assistenza nei 40 giorni successivi alla nascita, acqua pulita, allattamento al seno, nutrizione ed educazione su come prevenire l'insorgere di malattie ed infezioni

Promessa di investimento di 40 miliardi di dollari!

*“La salute, come **stato di benessere fisico, mentale e sociale** e non solo come assenza di malattia o infermità, è un **diritto fondamentale dell'uomo** e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari.”*

OMS, Dichiarazione di Alma Ata (URSS), 12 Settembre 1978

“Le profonde *disuguaglianze* nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all'interno dei paesi stessi, sono *politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili* e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi.”

OMS, Dichiarazione di Alma Ata (URSS), 12 Settembre 1978

Rapporto Unicef (2010): Bambini e adolescenti ai margini – Un quadro comparativo sulla disuguaglianza nel benessere dei bambini nei paesi ricchi

- Stato di benessere dei bambini nei 24 paesi più ricchi del mondo misurato osservando 3 parametri: benessere materiale, istruzione e salute
- Si è posta la stessa domanda: fino a che punto si tollera che i bambini più svantaggiati rimangano indietro?

Graduatoria generale

A un punteggio più elevato corrisponde un livello maggiore di uguaglianza

8

Danimarca
Finlandia
Paesi Bassi
Svizzera

7

Irlanda
Lussemburgo
Norvegia
Svezia

6

Austria
Canada
Francia
Germania
Polonia
Portogallo

5

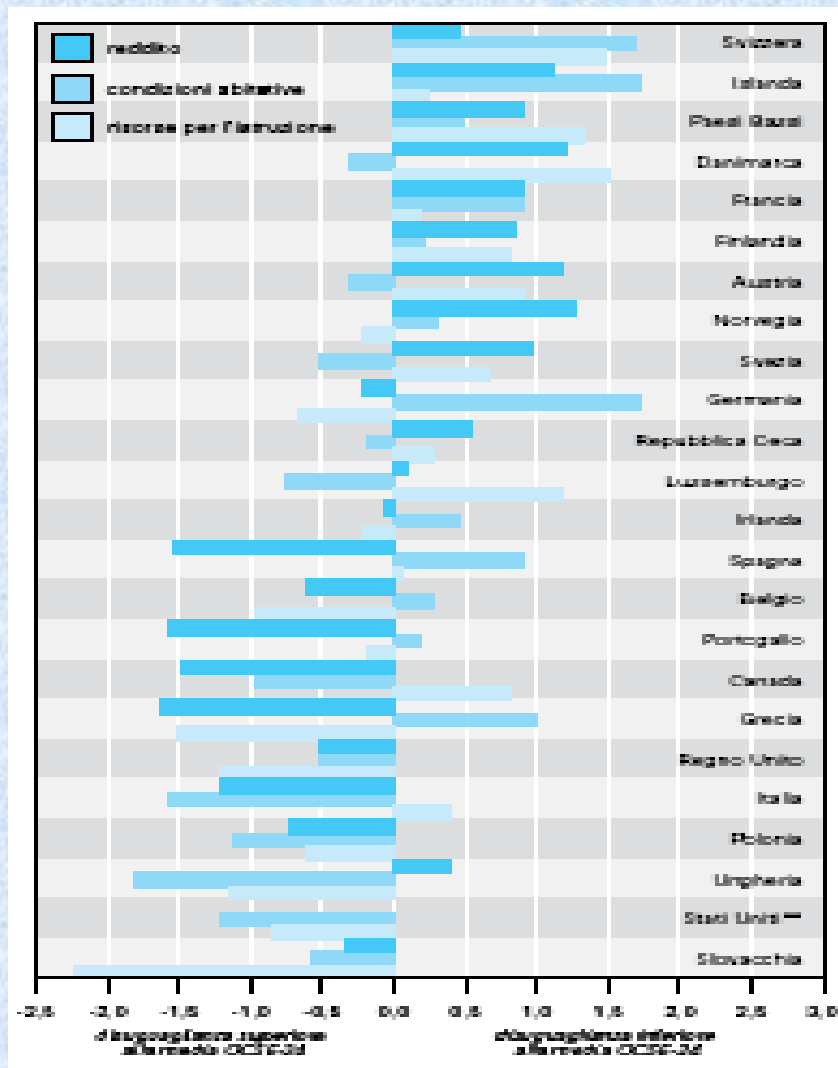
Belgio
Lussemburgo
Regno Unito
Repubblica Ceca
Slovacchia
Spagna
Ungheria

3

Grecia
Italia
Stati Uniti

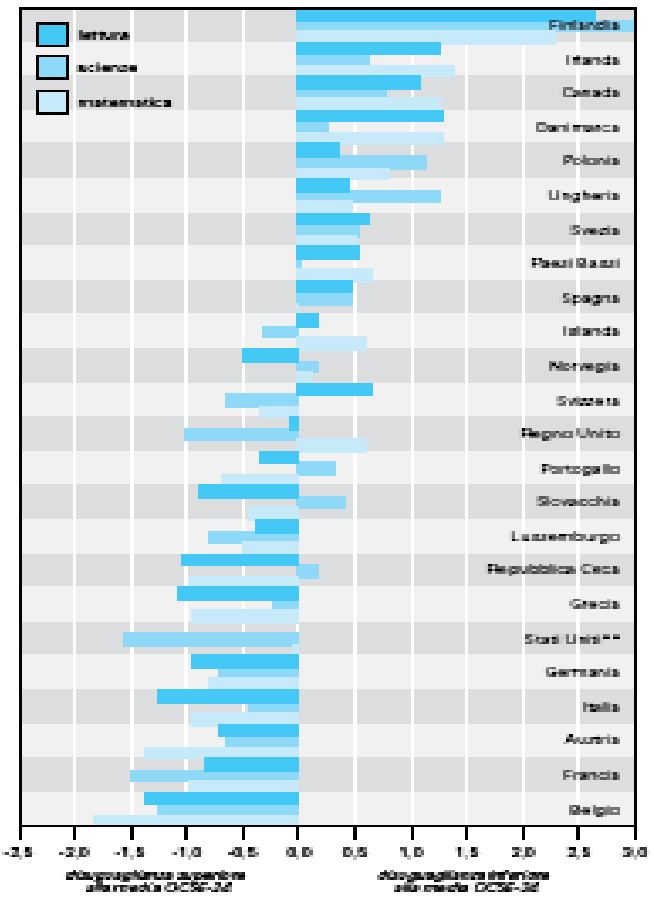
“L’idea che la disuguaglianza sia giustificata in quanto riflesso delle differenze di merito non può essere ragionevolmente applicata ai bambini”

Disuguaglianza nel benessere materiale: contributo dei singoli indicatori



Per ciascun indicatore la lunghezza della barra rappresenta la distanza di ogni paese al di sopra o al di sotto della media OCSE 24

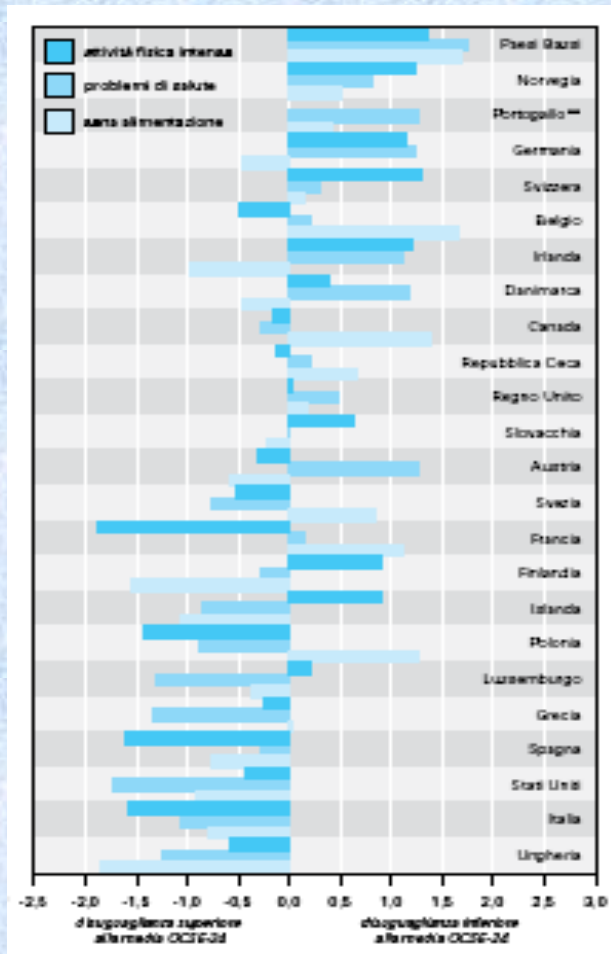
Disuguaglianza nell'istruzione: contributo dei singoli indicatori – risultati ottenuti in lettura, matematica e scienze di ragazzi di 15 anni



Studenti con i risultati più scarsi in Finlandia, Irlanda e Canada hanno probabilità assai inferiori di rimanere molto indietro rispetto ai loro coetanei in confronto a quanto avviene per gli studenti in Austria, in Francia o in Belgio

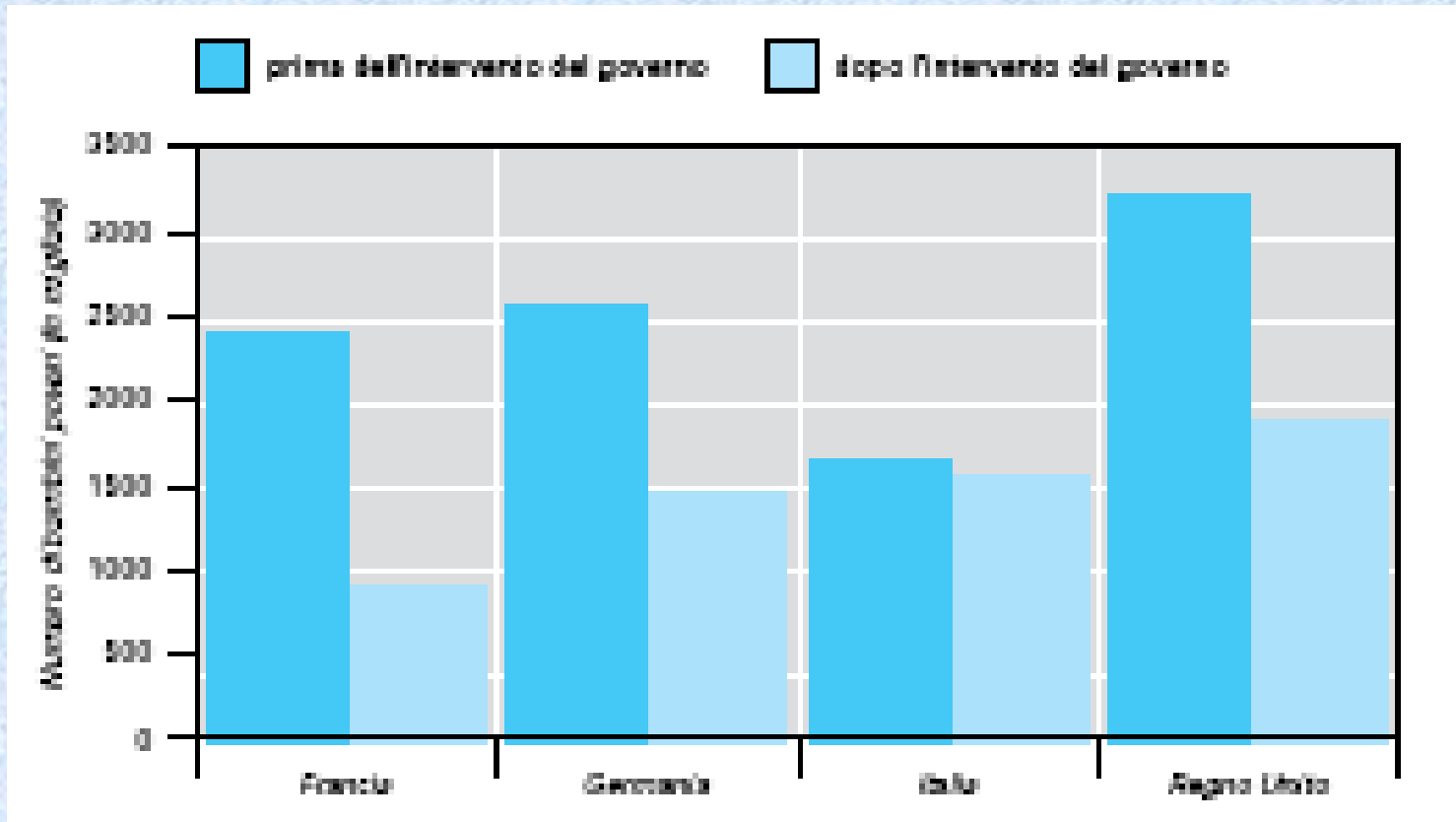
Inoltre paesi con il rendimento migliore in linea di massima sono anche quelli con i livelli inferiori di disuguaglianza: seguire gli studenti che fanno più fatica non penalizzerebbe, facendoli rimanere indietro, quelli più bravi.

Disuguaglianza nella salute: contributo dei singoli indicatori (problemi di salute riportati dagli adolescenti, alimentazione sana e attività fisica)



L'Italia si trova sempre nella fascia bassa, con disuguaglianze maggiori rispetto alla media OCSE per tutti e tre gli indicatori

Numero assoluto di bambini che vivono al di sotto della linea di povertà nazionale, prima e dopo l'intervento del governo attraverso il prelievo fiscale



Per concludere

- **La riduzione delle disuguaglianze passa attraverso l'azione delle politiche dei governi**
- **A livello scolastico ad esempio: aumentare le prestazioni delle scuole di stato socio-economico più basso ed evitare la concentrazione degli alunni di ambienti svantaggiati in queste scuole**
- **Ridurre la povertà infantile aumentando la spesa pubblica per le famiglie**
- **Investire soprattutto nei primi 3 anni di vita del bambino**

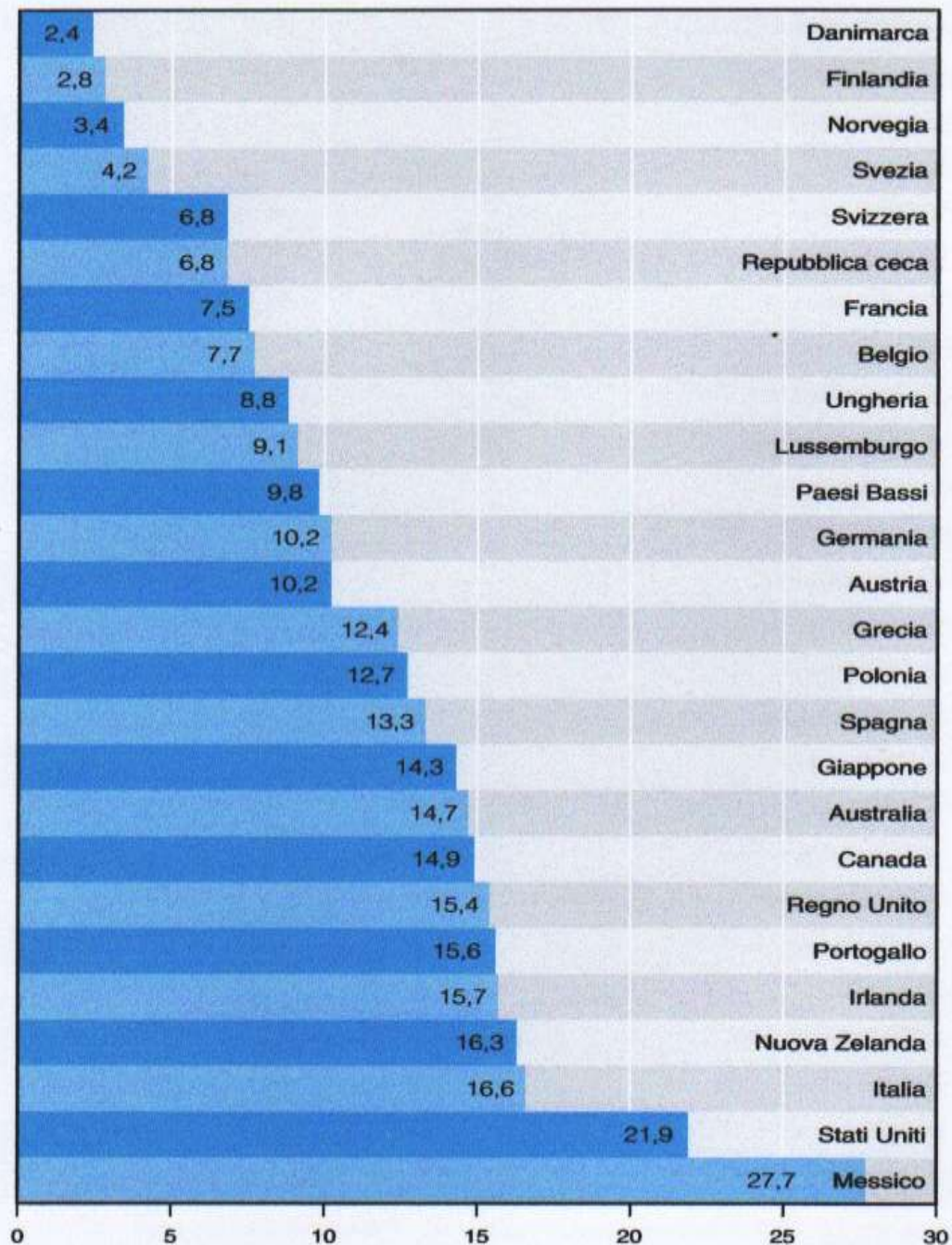


Figura 1 La classifica della povertà infantile

Le barre mostrano la percentuale di bambini che vivono in povertà "relativa", definita come famiglie con un reddito inferiore al 50 per cento del reddito mediano nazionale (i dettagli dei calcoli e gli anni ai quali si riferiscono i dati sono indicati a pagina 32).

Percentuale di bambini al di sotto della soglia nazionale della povertà

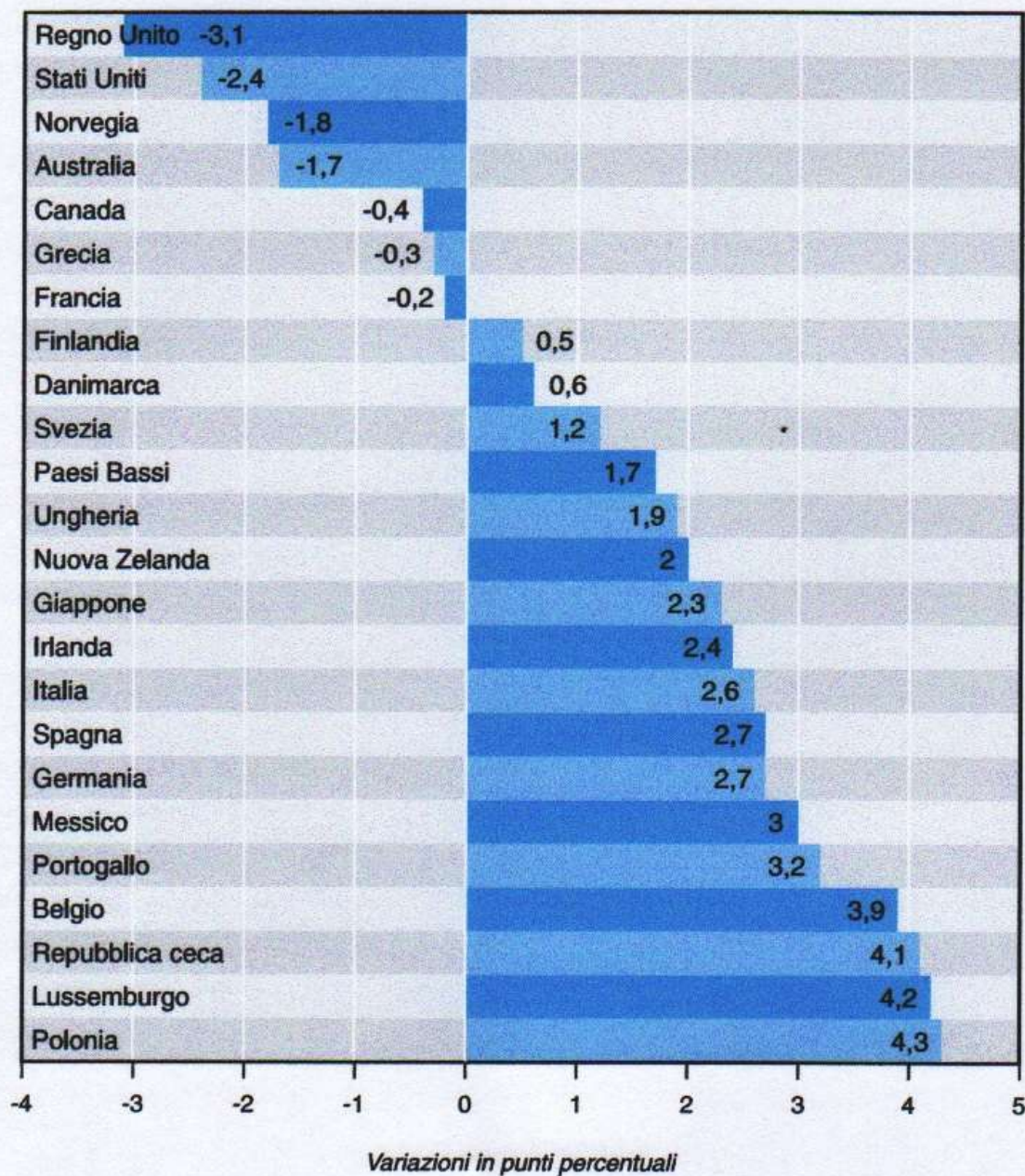


Figura 2 Variazione dei tassi di povertà infantile nel corso degli anni novanta

Le barre indicano l'aumento o la diminuzione del tasso di povertà infantile di ogni paese nel corso degli anni novanta. (I dettagli dei calcoli e gli anni ai quali i dati si riferiscono sono indicati a pagina 32).

Variazioni in punti percentuali



1948



DIRITTO ALLA SALUTE

ARTICOLO 25

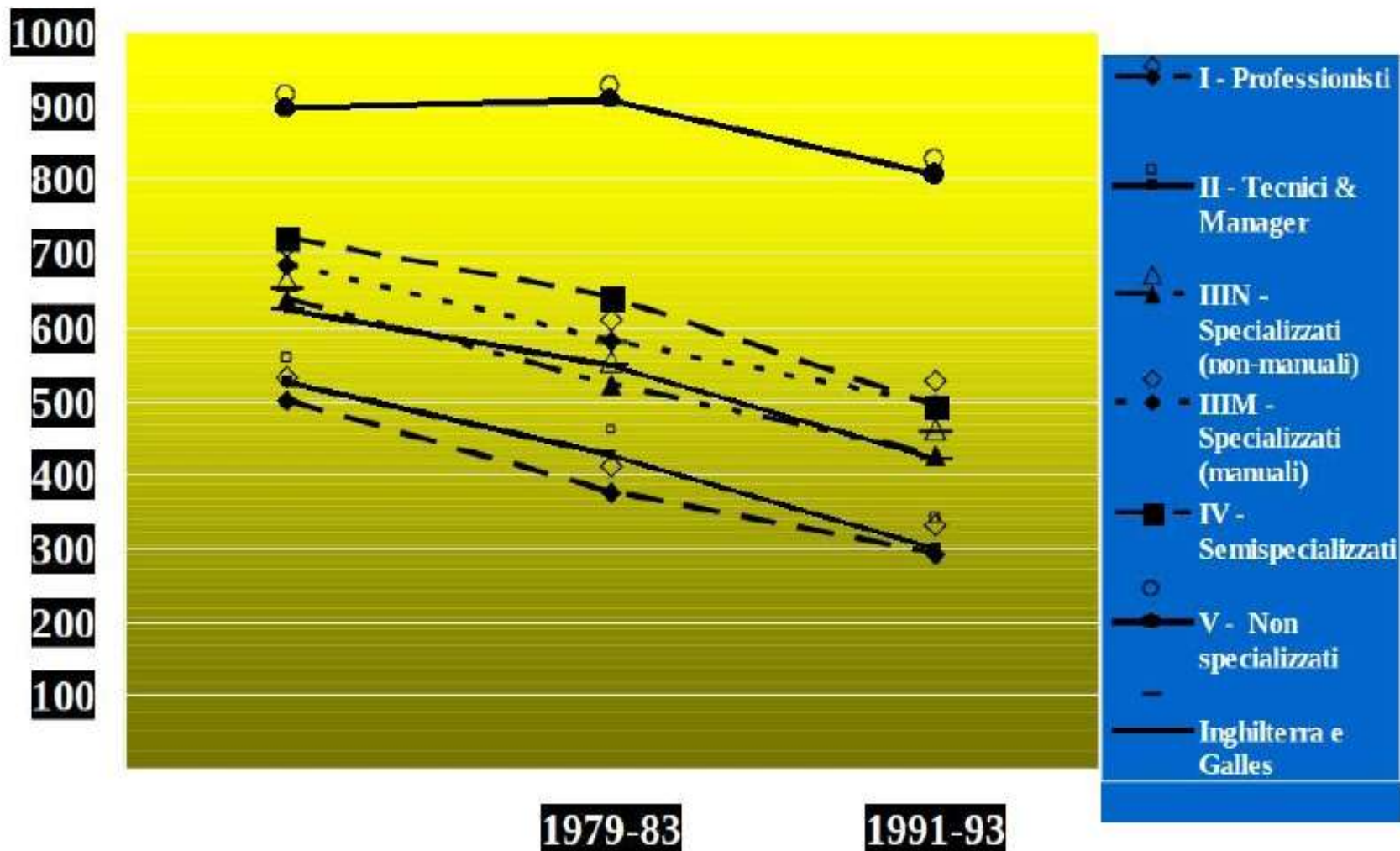
Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia..

COSTITUZIONE ITALIANA

Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Tassi standardizzati di mortalità (x 100.000), per classi sociali, tutte le cause, uomini di 20-64 anni, Inghilterra e Galles Fonte: Acheson, 1998.

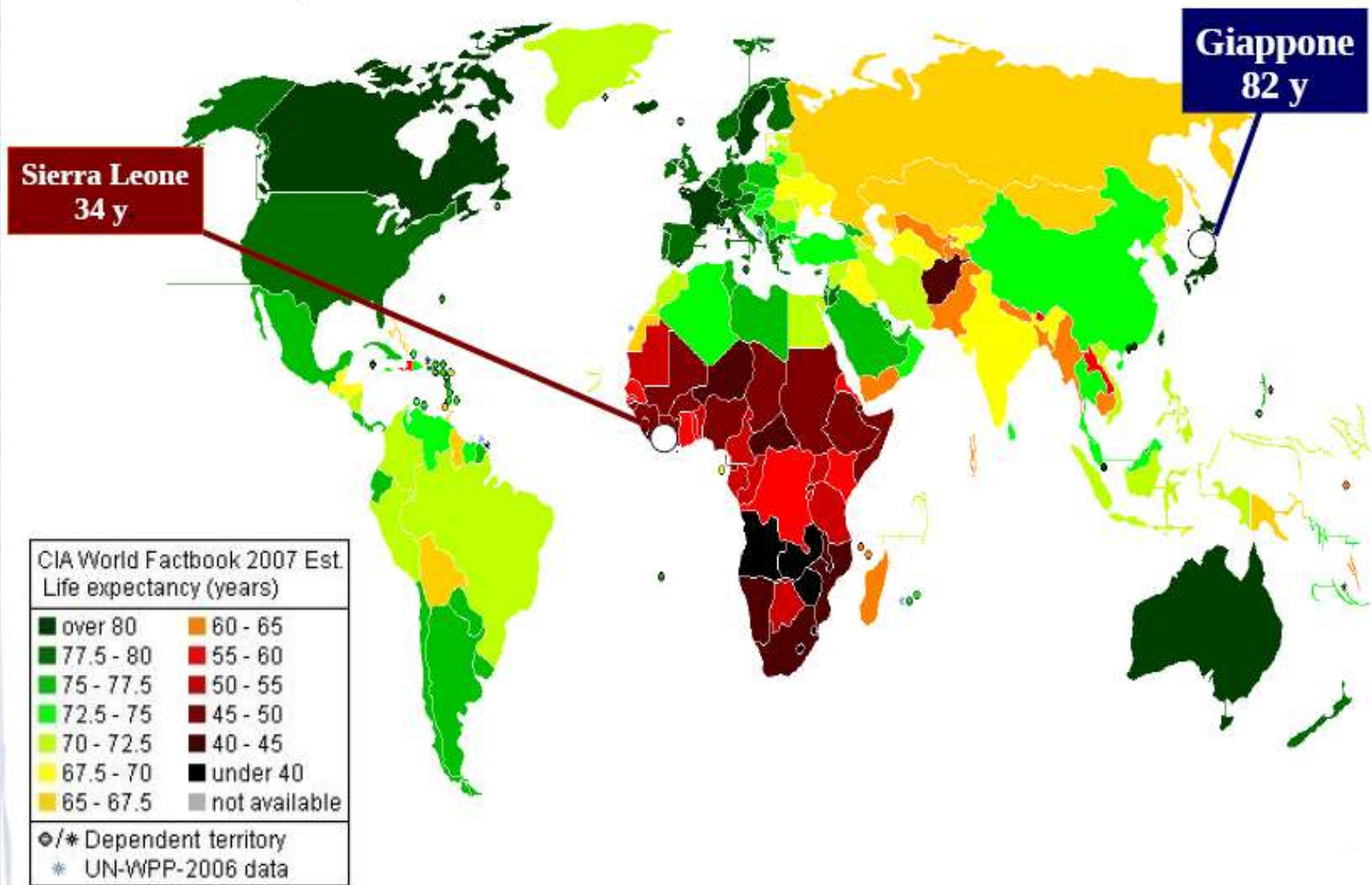


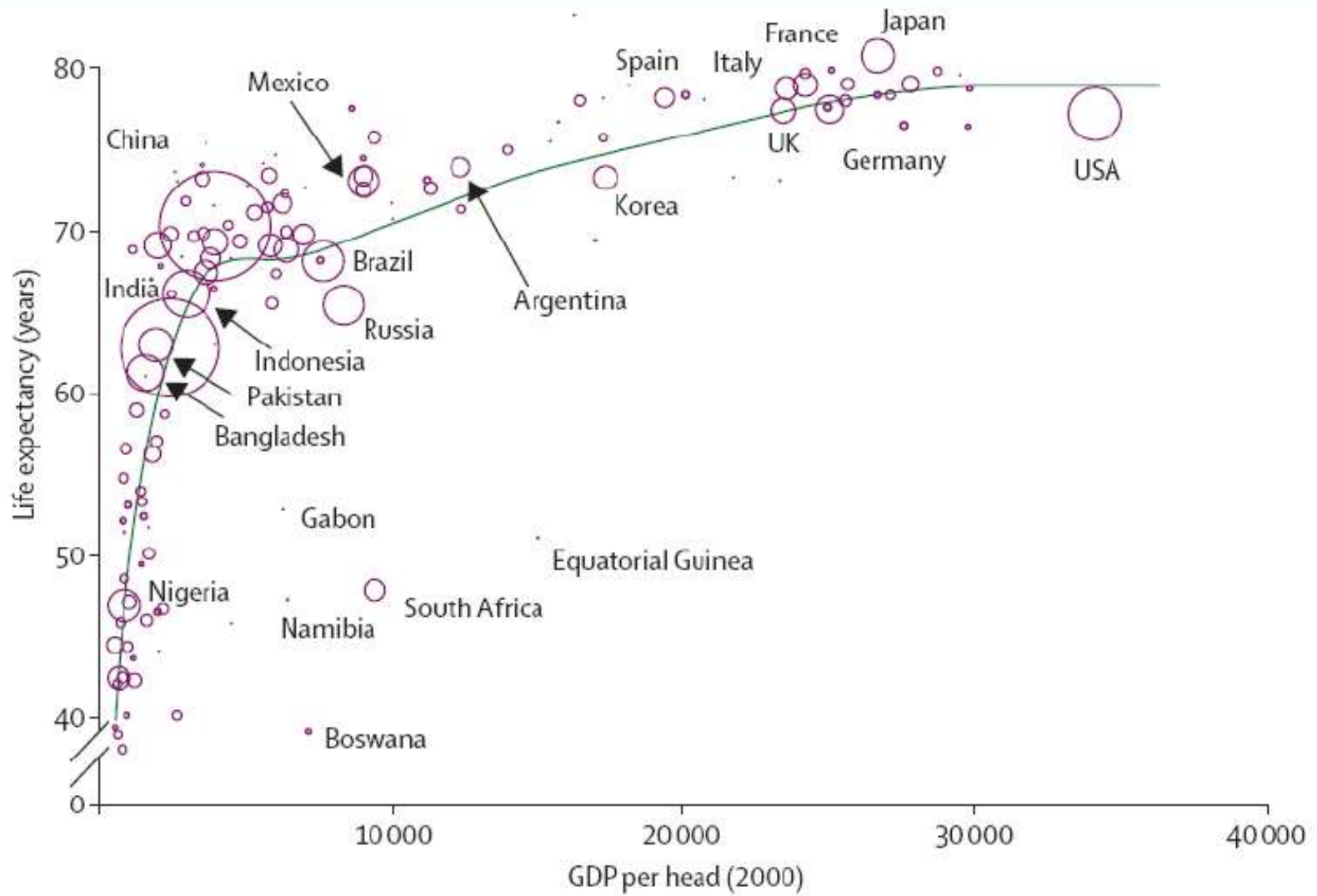
Esistono pochi interventi di Salute Pubblica con un potenziale maggiore della riduzione delle disuguaglianze

Queste disuguaglianze causano, ogni anno, fra 1.3 e 2.5 milioni di anni di vita persi.

Se tutte le persone di età superiore ai 29 anni avessero l'attesa di vita dei laureati, vi sarebbero 202.000 morti premature in meno ogni anno.

Aspettativa di vita alla nascita, 2007



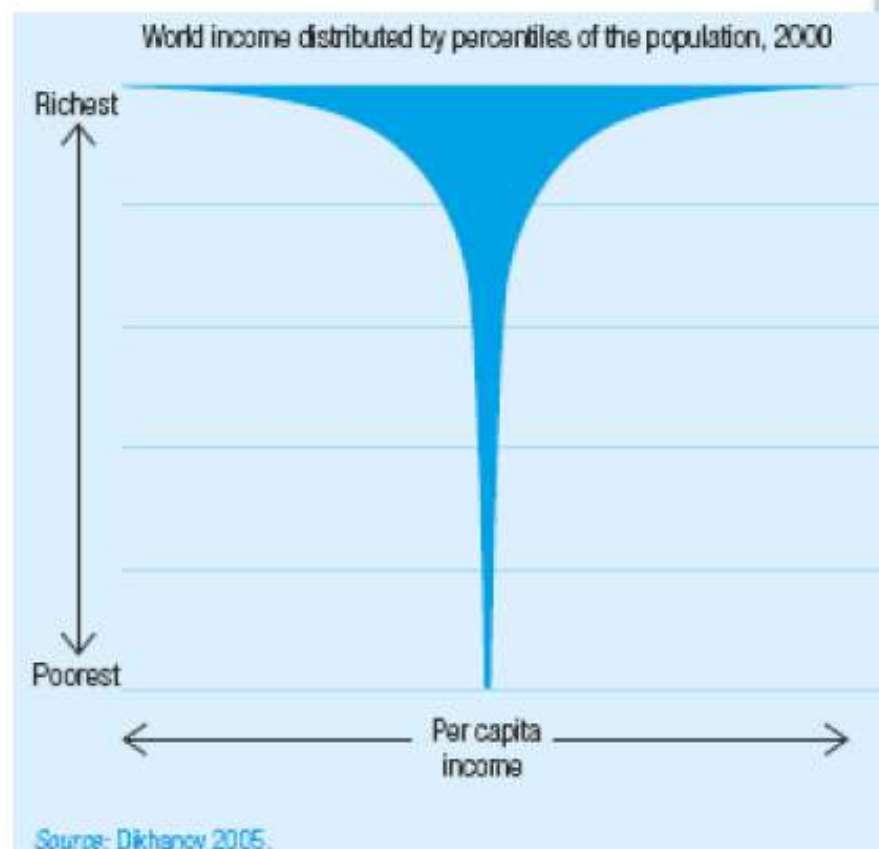
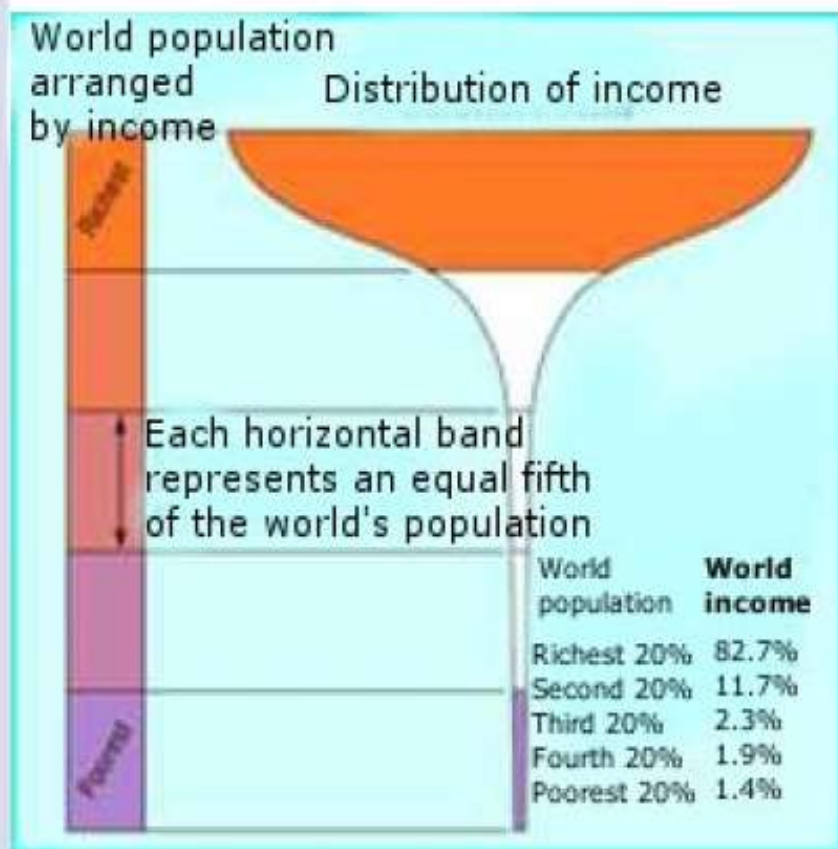


Marmot, *Lancet* 2006

Viviamo in un mondo ineguale

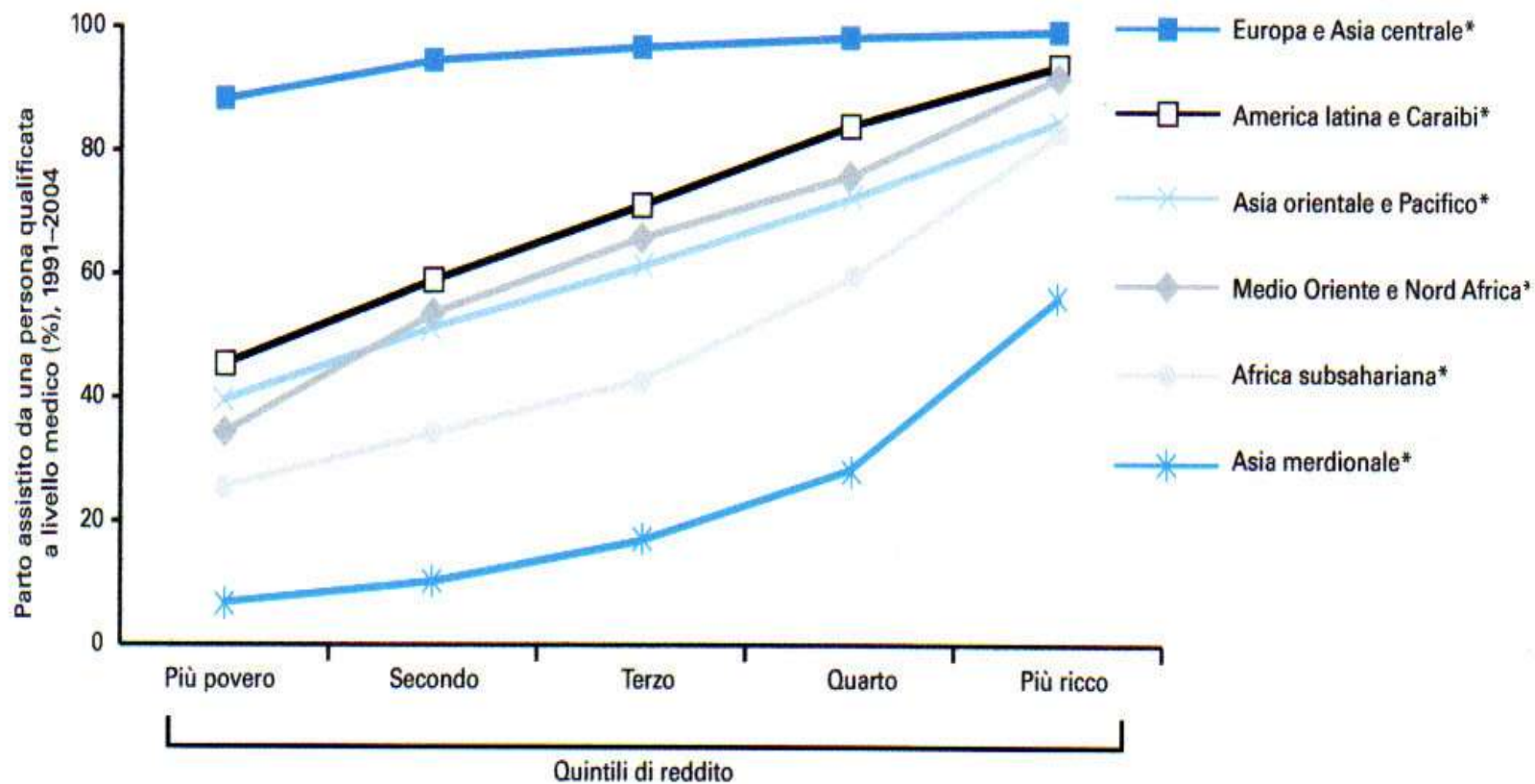
L'effetto "coppa di Champagne"

Le entrate delle 500 persone più ricche della terra superano quelle di 416 milioni di poveri



Source: Dikhanov 2005.

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



* Vedi Note a p. 108.

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

"Narrowing the Gaps to Meet the Goals" "Progress for Children. Achieving the MDGs with Equity"

Dal rapporto (2010) emerge che:

- nei Paesi in via di sviluppo i bambini appartenenti al 20% (quintile) più povero della popolazione hanno più del doppio delle probabilità di morire prima di compiere 5 anni, rispetto ai coetanei che appartengono al 20% più ricco;
- i bambini delle fasce sociali più povere hanno probabilità più che doppie di essere sottopeso, e corrono un rischio molto maggiore di arresto della crescita, rispetto ai bambini delle fasce più benestanti nonostante i grandi progressi compiuti nell'ultimo decennio verso la parità di genere nell'istruzione primaria, nelle regioni in via di sviluppo;
- le bambine e le ragazze rimangono notevolmente svantaggiate nell'accesso all'istruzione, soprattutto a livello secondario;
- degli 884 milioni di persone che non hanno accesso a fonti migliorate di acqua potabile, l'84% vive in zone rurali.

RICAPITOLANDO...

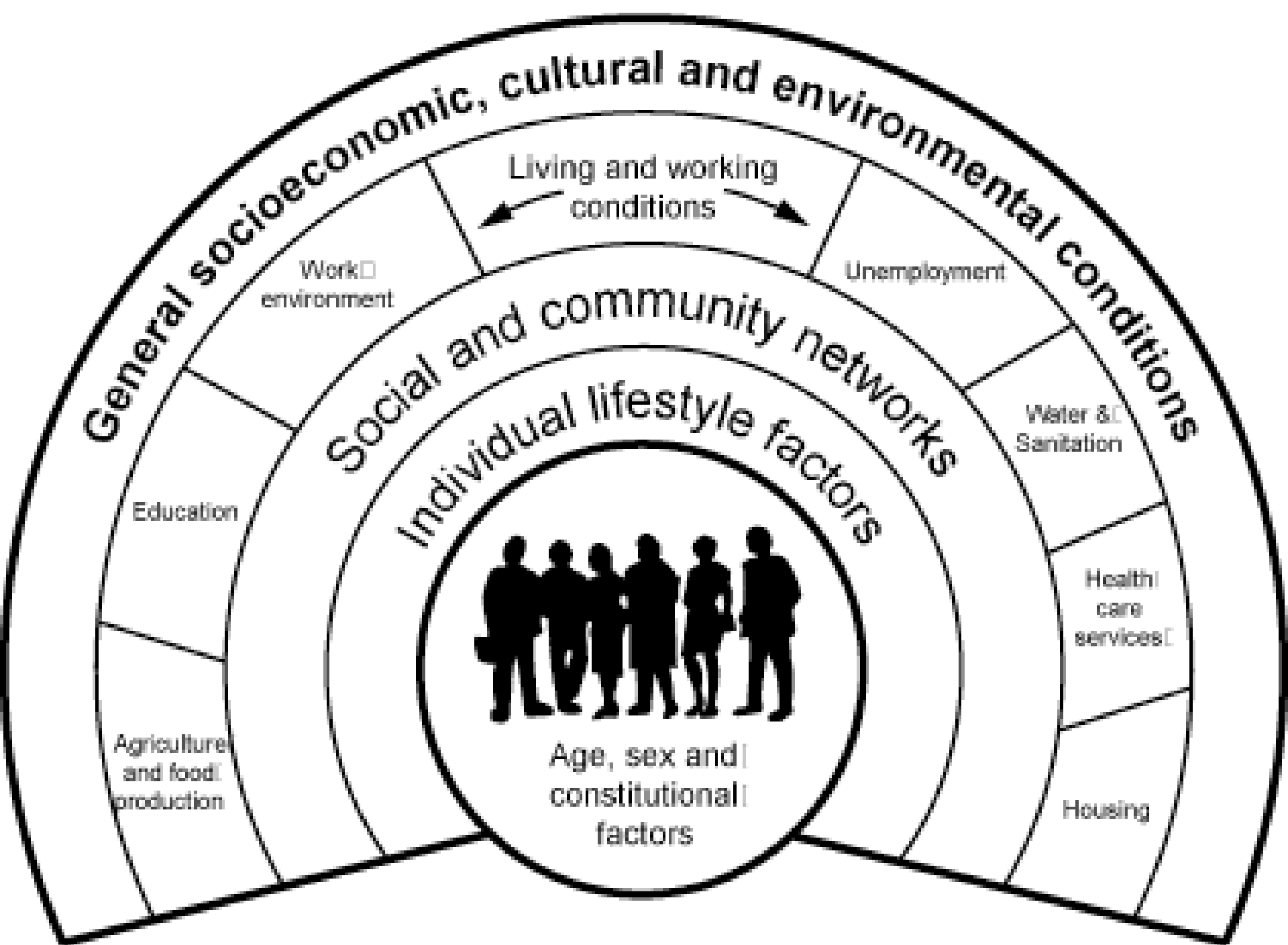
- Salute e malattia **non sono distribuite *uniformemente, né casualmente***, nella popolazione
- Tali disuguaglianze sono state riscontrate **in moltissimi paesi e contesti** (...praticamente ovunque sono state ricercate...) e sono **in crescita**
- Quale che sia l'indicatore di **posizione sociale** impiegato – *istruzione, classe sociale, caratteristiche dell'abitazione ecc.* – il **rischio di mortalità cresce** in ragione inversa rispetto alle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, Torino, storie di salute in una grande città. Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.

Rapporto Acheson

Independent Inquiry into Inequalities in Health
(Acheson Inquiry) HMSO, 1997

“Le disuguaglianze nella salute sono il risultato di una catena di cause che trova la sua origine nella **struttura di base della società**”.



IMMIGRATI e SALUTE

Area critica di rilievo: il settore materno-infantile

- In Veneto 1 neonato su 5 nasce da genitori stranieri
- Tasso di ospedalizzazione donne immigrate maggiore rispetto alle donne italiane
- In particolare nella fascia di età 18-44 anni (per eventi fisiologici quali gravidanza e parto)
- Per i ricoveri in Day-Hospital 56 % dei ricoveri di donne è legato all'IVG
- Secondo ISS paragonando dati del 1996 e del 2005 non esistono significative differenze per quanto riguarda gli indicatori di assistenza in gravidanza (informazioni di diagnosi prenatale, epoca prima visita ed ecografia, numero ecografie)

Articolo di Bollini et al. (2009)

- Revisione sistematica letteratura riguardante i principali esiti di salute alla nascita tra le donne straniere rispetto alle autoctone, in 12 Paesi europei
- 65 studi, pubblicati tra 1966 e 2004
- 18 milioni di gravidanze analizzate
- Esiti: basso peso alla nascita (< 2500 gr., parti pretermine (< 37 s.g.), mortalità perinatale (entro la prima settimana di vita), malformazioni congenite

Esiti di salute alla nascita	Donne immigrate (%)	Donne autoctone (%)	Confronto donne immigrate <u>vs</u> autoctone <u>Odds Ratio (IC95%)</u>		
			Totale	Paesi a forte integrazione	Paesi a debole integrazione
Basso peso (<2500 g)	8,6	6,2	1,43 (1,42-1,44)	0,98 (0,96-1,01)	1,54 (1,52-1,55)
Parto <u>pretermine</u> (<37 settimane)	7,7	6,0	1,24 (1,22-1,26)	1,16 (1,14-1,18)	1,47 (1,43-1,52)
Mortalità perinatale (entro 1 ^a settimana di vita)	1,7	1,1	1,50 (1,47-1,53)	1,41 (1,37-1,46)	1,56 (1,52-1,60)
Malformazioni congenite	1,0	0,8	1,61 (1,57-1,65)	0,94 (0,87-1,00)	1,78 (1,74-1,84)

Indicatori di assistenza in gravidanza	Indagine ISS 1995- '96			Indagine ISS 2000- '01	Indagine <u>multiscopo Istat</u> 2005	
	Italiane	Immigrate irregolari	Immigrate regolari	Immigrate (80% regolari)	Italiane	Immigrate residenti
Non assistite in gravidanza	0,5%	-	3%	4%	-	-
1a visita dopo il primo trimestre	10%	42%	25%	16%	5%	12%
Mese mediano 1° ecografia	3°	4°	4°	3°	3°	3°
Numero mediano ecografie	5	2	3	3	5	4
Informazioni diagnosi prenatale	69%	-	34%	55%	88%	63%

Analisi Ministero della Salute 2005 (Cedap)

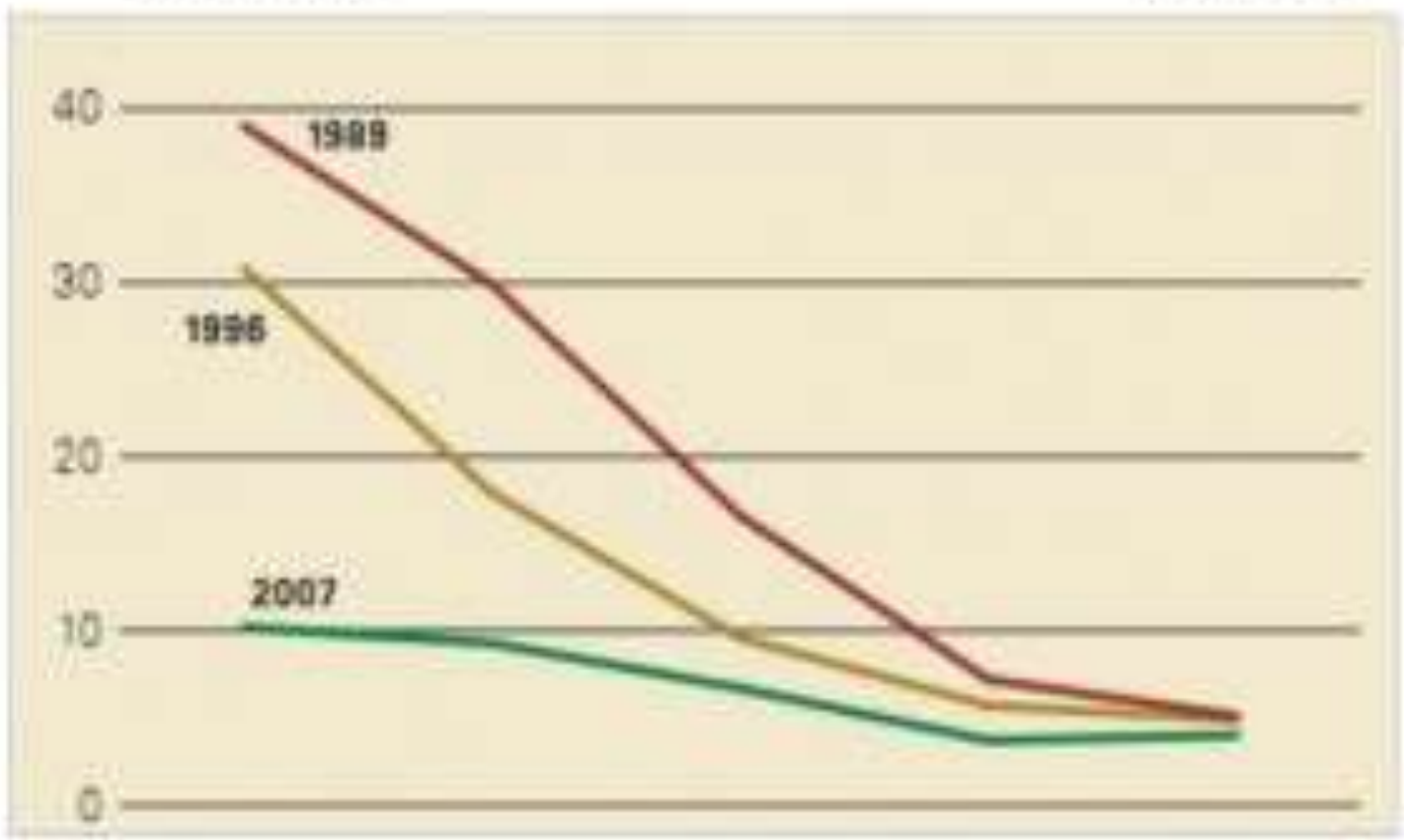
- Tra le immigrate: 2.5 % nessuna visita in gravidanza, 19 % prima visita oltre il primo trimestre
- Piemonte: mortalità fetale e neonatale superiore nei figli di stranieri
- Emilia Romagna, Campania, Lazio: maggior presenza nei figli di immigrati di nati pretermine e di basso peso

MDG: qualche riflessione

- **In generale, nell'ambito degli obiettivi riguardanti direttamente la salute, un progresso c'è stato, ma è lontano dall'essere sufficiente a raggiungere le mete prefissate**
- **Vi sono enormi disparità nel progresso (significativo e sufficiente in America Latina, minore nel Sud-est asiatico e ancora minore o nullo nell'Africa Subsahariana) con differenze che tendono ad aumentare tra paesi ricchi e poveri e tra ricchi e poveri all'interno di ciascun paese (l'eccezione del Brasile).**

20%
più povero

20%
più ricco



Tasso di malnutrizione in Brasile

MDG: aspetti positivi

- **L'esistenza di obiettivi, quantificati, in diverse dimensioni dello sviluppo umano, ha sortito l'effetto di far assumere impegni sia alla comunità internazionale sia ai singoli governi, e di mobilitare energie e risorse finanziarie**
- **L'esistenza degli MDG ha prodotto molta più attenzione al monitoraggio e alla valutazione della situazione rispetto al passato (es. il Rapporto "Countdown to 2015")**

MDG: dubbi

- **Risorse ed azioni sono state mobilitate nella direzione giusta? L'obiettivo centrato su indicatori di mortalità tende a stimolare azioni a breve termine, con interventi tesi a ridurre la mortalità aggredendo le sue cause ultime (es. Sri Lanka)**
- **MDG di competenza sanitaria possono essere mete fuorvianti se il loro perseguimento non è fondato su un insieme di politiche indirizzate ai determinanti della salute. Ma l'approccio combinato e non settoriale e quindi le priorità sono fortemente influenzate dalle priorità dei donatori e dei diversi Fondi e iniziative globali**
- **Scarsa attenzione agli aspetti relativi all'equità (i target non si sono occupati della distribuzione dei progressi nella popolazione)**

MDG: aspetti da modificare

- **Scarsa capacità da parte dei governi a mettere a disposizione le risorse promesse**
- **Moltiplicazione degli attori sulla scena mondiale: Fondi, Partnership assumono personale e trattano direttamente con i governi, escludendo il ruolo tecnico dell'OMS**
- **Nuovi MDG dovrebbero essere estesi a tutti i paesi, in quanto problemi di disuguaglianza non mancano nei paesi ricchi (nel Regno Unito le donne di origine africana muoiono di parto 7 volte di più rispetto alle donne autoctone)**

Conclusione

Gli MDG, per risultare efficaci nel promuovere lo sviluppo umano, dovrebbero essere più chiaramente improntati al principio base da cui sono nati, la social justice, essere realmente universali e quindi valere per tutti.

Dovrebbero promuovere politiche e interventi a monte e non solo a valle della catena causale, e divenire un riferimento per tutti i protagonisti, a partire dalle comunità locali, e non solo per la platea dei donatori e delle agenzie internazionali.

Per progredire verso i *MDG 4, MDG 5 e MDG 6* non c'è bisogno di nuovi strumenti, nuovi farmaci, tecnologie avanzate, nuovi vaccini. Il problema è come rendere accessibile a tutti, soprattutto ai più poveri questi strumenti

La salute materno – infantile, deve rappresentare un punto prioritario nelle agende governative.

La monitorizzazione della mortalità materna ed infantile deve costituire un indicatore importantissimo per misurare il livello di progresso sulla via dello sviluppo.

Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys

Lancet 2008; 371: 1276–83

Honorati Masanja, Don de Savigny, Paul Smithson, Joanna Schellenberg, Theopista John, Conrad Mbuya, Gabriel Upunda, Ties Boerma, Cesar Victora, Tom Smith, Hassan Mshinda

Findings Disaggregated estimates of mortality showed a sharp acceleration in the reduction in mortality in children younger than 5 years in Tanzania between 2000 and 2004. In 1990, the point estimate of mortality was 141.5 (95% CI 141.5–141.5) deaths per 1000 livebirths. This was reduced by 40%, to reach a point estimate of 83.2 (95% CI 70.1–96.3) deaths per 1000 livebirths in 2004. The change in absolute risk was 58.4 (95% CI 32.7–83.8; $p < 0.0001$). Between 1999 and 2004 we noted important improvements in Tanzania's health system, including doubled public expenditure on health; decentralisation and sector-wide basket funding; and increased coverage of key child-survival interventions, such as integrated management of childhood illness, insecticide-treated nets, vitamin A supplementation, immunisation, and exclusive breastfeeding. Other determinants of child survival that are not related to the health system did not change between 1999 and 2004, except for a slow increase in the HIV/AIDS burden.

de Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems. Ottawa, Canada: International Development Research Centre, 2004.

The Contribution Of TEHIP to Improved Health Outcomes

