

OSM 4

RIDURRE LA MORTALITÀ INFANTILE

Traguardo OSM: ridurre di due terzi la mortalità infantile sotto i cinque anni tra il 1990 e il 2015

Mortalità infantile sotto i cinque anni

Nel 2006, per la prima volta da quando si registrano i dati, il numero di bambini che muoiono prima di compiere cinque anni è sceso sotto la soglia dei 10 milioni, a 9,7 milioni. Questo risultato è stato raggiunto in seguito alla costante riduzione dei tassi di mortalità in tutto il mondo a partire dal 1960.

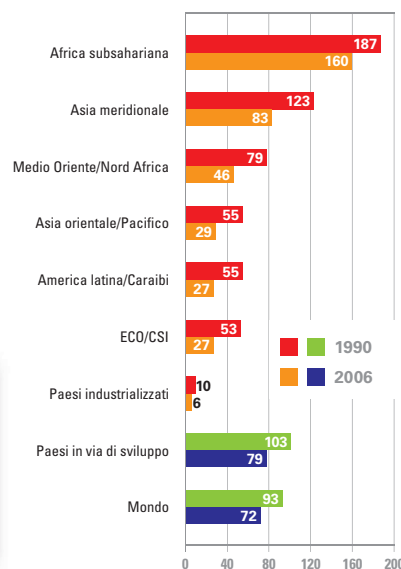
Tuttavia, molti paesi continuano a registrare livelli elevati di mortalità infantile, soprattutto nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, e negli ultimi anni hanno compiuto pochi progressi o nessuno nel ridurre il numero di decessi infantili. I progressi globali non sono sufficienti a raggiungere l'OSM 4.

Un'analisi delle caratteristiche di 63 paesi in via di sviluppo indica che la mortalità infantile è notevolmente più elevata tra i bambini che vivono nelle zone rurali e nelle famiglie più povere.

I benefici che deriverebbero dal raggiungimento dell'OSM 4 sono immensi. Se l'obiettivo sarà realizzato, nel solo 2015 si eviterà la morte di 5,4 milioni di bambini sotto i cinque anni (rispetto al 2006). Ma se le tendenze attuali continueranno e l'obiettivo non sarà realizzato, altri 4,3 milioni di bambini potrebbero morire nel solo 2015.

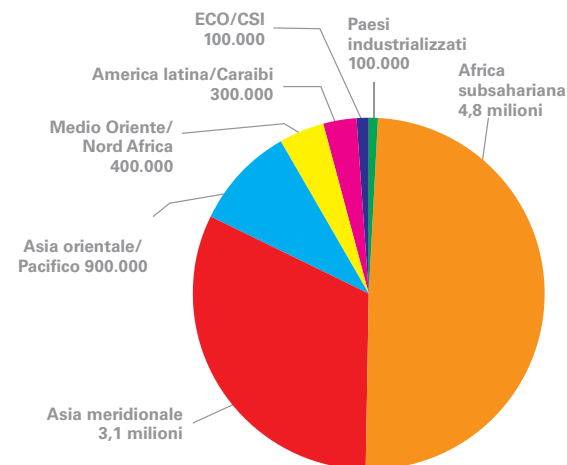
TRA IL 1990 E IL 2006 LA MORTALITÀ INFANTILE È DIMINUITA

Andamento del tasso di mortalità sotto i cinque anni (per 1.000 nati vivi), per regione (1990 e 2006)



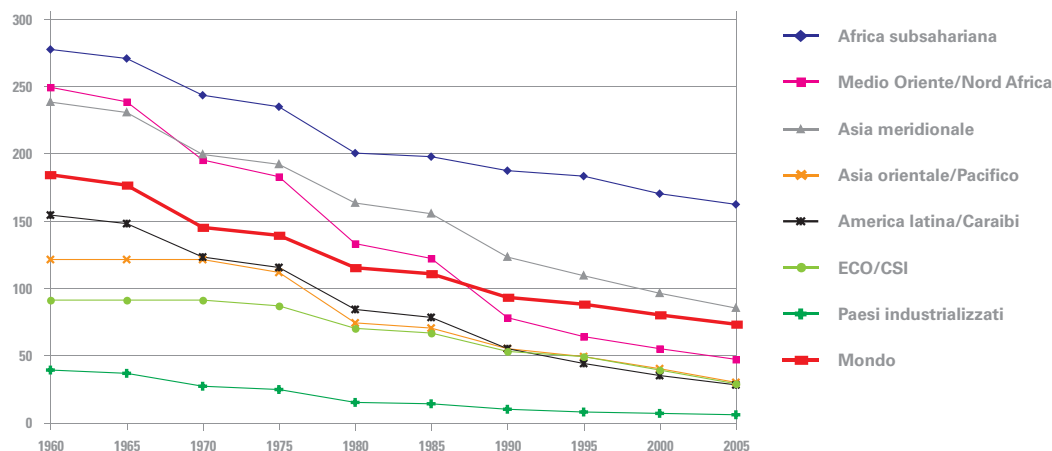
NEL 2006, 9,7 MILIONI DI BAMBINI SONO MORTI PRIMA DI COMPIERE 5 ANNI

Numero stimato di decessi sotto i 5 anni, per regione (2006)



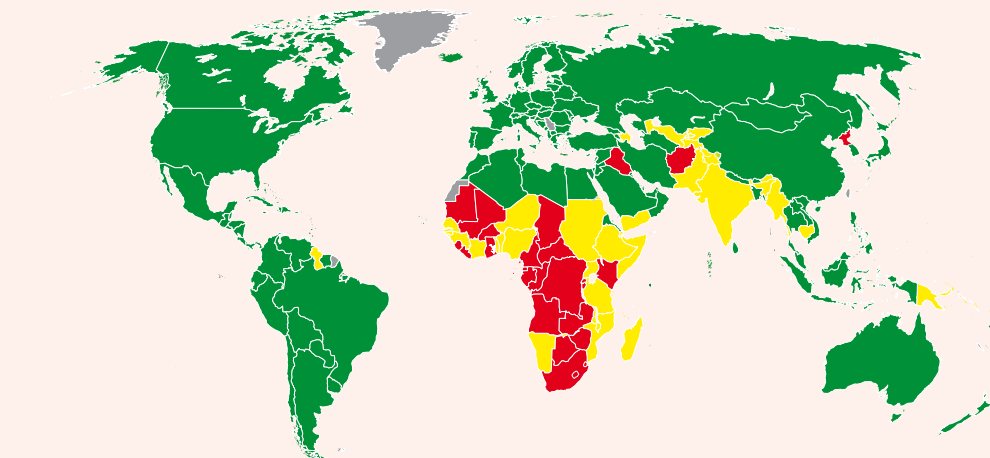
TENDENZE NELLA MORTALITÀ INFANTILE

Tasso di mortalità sotto i cinque anni (per 1.000 nati vivi), per regione (1960-2005)



ULTERIORI PROGRESSI VERSO L'OSM 4 DEVONO ESSERE COMPIUTI NELL'AFRICA SUBSAHARIANA E NELL'ASIA MERIDIONALE

Ciononostante, molti paesi in tutto il mondo sono sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo



Progressi verso l'OSM 4, con paesi classificati secondo le seguenti soglie:

- **Sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo:** il tasso di mortalità sotto i 5 anni (MIS5) risulta inferiore a 40, oppure il tasso di MIS5 è pari o superiore a 40 e il tasso medio di riduzione annua (AARR) della mortalità infantile sotto i cinque anni, osservato per il periodo 1990-2006, è pari o superiore al 4,0%
- **Progressi insufficienti:** Il tasso di MIS5 è pari o superiore a 40 e l'AARR è compreso tra l'1,0% e il 3,9%
- **Nessun progresso:** il tasso di MIS5 è pari o superiore a 40 e l'AARR è inferiore all'1,0%
- **Dati non disponibili**

IL PROGRESSO GLOBALE NELLA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ INFANTILE È INSUFFICIENTE A RAGGIUNGERE L'OSM 4

America latina/Caraibi, ECO/CSI e Asia orientale/Pacifico hanno compiuto i maggiori progressi

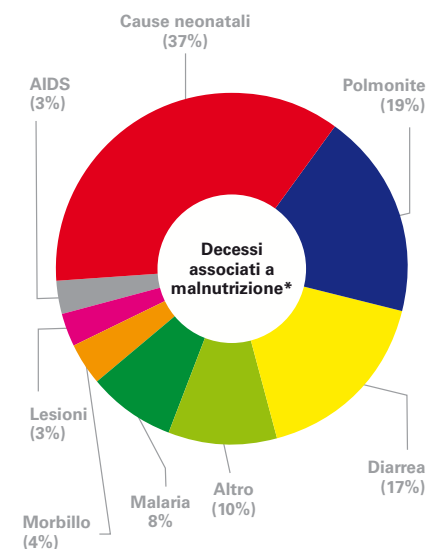
Tasso medio di riduzione annua (AARR) del tasso di mortalità sotto i cinque anni (MIS5) osservato nel periodo 1990-2006 e richiesto per il periodo 2007-2015

	MIS5		AARR (%)		Progressi verso l'OSM 4
	1990	2006	Osservato 1990-2006	Richiesto 2007-2015	
Africa subsahariana	187	160	1.0	10.5	Progressi insufficienti
Africa orientale/meridionale	165	131	1.4	9.6	Progressi insufficienti
Africa occidentale/centrale	208	186	0.7	11.0	Nessun progresso
Medio Oriente/Nord Africa	79	46	3.4	6.2	Progressi insufficienti
Asia meridionale	123	83	2.5	7.8	Progressi insufficienti
Asia orientale/Pacifico	55	29	4.0	5.1	Sulla buona strada
America latina/Caraibi	55	27	4.4	4.3	Sulla buona strada
ECO/CSI	53	27	4.2	4.7	Sulla buona strada
Paesi industrializzati	10	6	3.2	6.6	Sulla buona strada
Paesi in via di sviluppo	103	79	1.7	9.3	Progressi insufficienti
Mondo	93	72	1.6	9.4	Progressi insufficienti

Fonte dei dati alle pagine 18-19: Stime dell'UNICEF basate sul lavoro dell'Inter-Agency Child Mortality Estimation Group. Analisi della disparità basata sui dati provenienti dalle indagini a domicilio (MICS e DHS), raccolti in 63 paesi in via di sviluppo durante il periodo 2000-2006. Mortalità sotto i cinque anni, per causa: Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG).

PRINCIPALI CAUSE DI MORTALITÀ INFANTILE

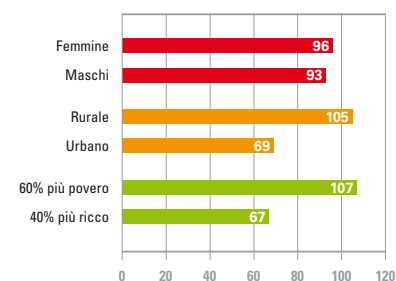
Distribuzione globale dei decessi sotto i cinque anni, per causa (2000-2003)



* La malnutrizione è stata stimata come causa sottostante un massimo di metà di tutti i decessi sotto i cinque anni. Questa stima verrà rivista nel 2008.

LA MORTALITÀ INFANTILE È PIÙ ELEVATA TRA I BAMBINI CHE VIVONO NELLE ZONE RURALI E NELLE FAMIGLIE PIÙ POVERE

Tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni (per 1.000 nati vivi) per caratteristiche del background (1998-2006)



Indicatore OSM: percentuale di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo

Traguardo di “Un mondo a misura di bambino”: dimezzare i decessi a causa del morbillo entro il 2005

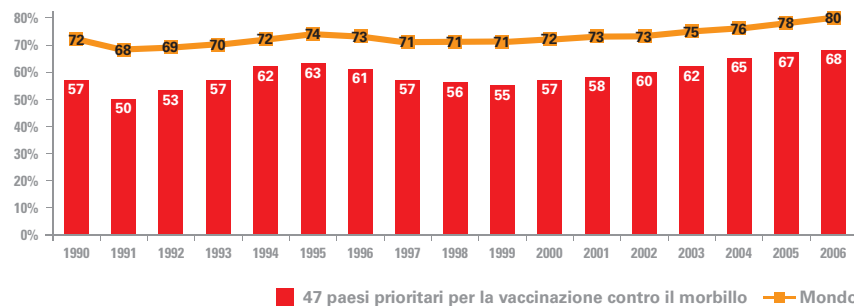
Grazie alla combinazione della migliore copertura della vaccinazione di routine contro il morbillo e alle campagne che permettono ai bambini di ricevere la seconda vaccinazione, tra il 1999 e il 2005 il numero di decessi dovuti al morbillo si è ridotto drasticamente, del 60% a livello mondiale e del 75% nell’Africa subsahariana. Pertanto, il traguardo di “Un mondo a misura di bambino” è stato raggiunto. Ora la sfida consiste nel ridurre del 90% la mortalità a causa del morbillo entro il 2010, un obiettivo stabilito dall’UNICEF e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il morbillo è una delle cause principali di mortalità infantile che può essere evitata con la vaccinazione. Il 95% dei decessi si verifica in 47 paesi. Due dosi di vaccino contro il morbillo proteggono efficacemente i bambini dalla malattia.

I traguardi di “Un mondo a misura di bambino” prevedono la vaccinazione di tutti i bambini contro difterite, pertosse, tetano, poliomielite e tetano materno e neonatale, nonché l’accesso a nuovi vaccini. A livello mondiale, la copertura della terza dose del vaccino trivalente contro difterite/pertosse/tetano (DPT3) è rimasta invariata, intorno al 79%, e l’80% dei bambini sono stati vaccinati contro il tetano. I traguardi dell’eliminazione del tetano delle madri e dei neonati e dell’attestazione della completa eliminazione della polio entro il 2005 non sono stati raggiunti.

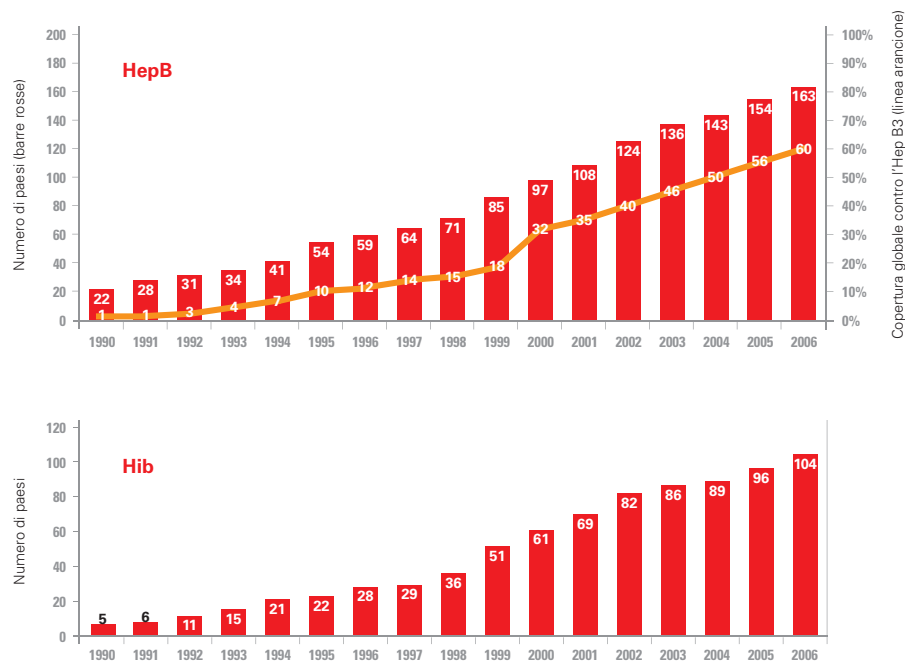
IN 47 PAESI PRIORITARI E INTUTTO IL MONDO, LA COPERTURA DELLA VACCINAZIONE CONTRO IL MORBILLO È AUMENTATA COSTANTEMENTE DAL 1990

Andamento della copertura con la prima dose del vaccino contro il morbillo (Measles-containing vaccine o MCV; 1990-2006)



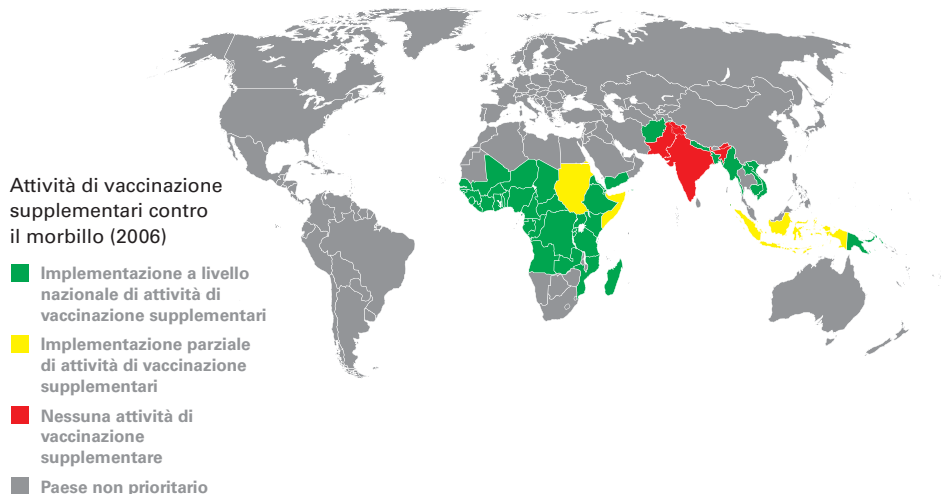
DAL 1990, LA MAGGIOR PARTE DEI PAESI HA COMINCIATO A VACCINARE CONTRO L’EPATITE B (HEP B) E L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE DI TIPO B (HIB)

Numero di paesi che hanno introdotto dei programmi di vaccinazione infantile contro l’Hep B e l’Hib, con percentuale globale di popolazione bersaglio raggiunta con tre dosi del vaccino contro l’Hep B (1990-2006)



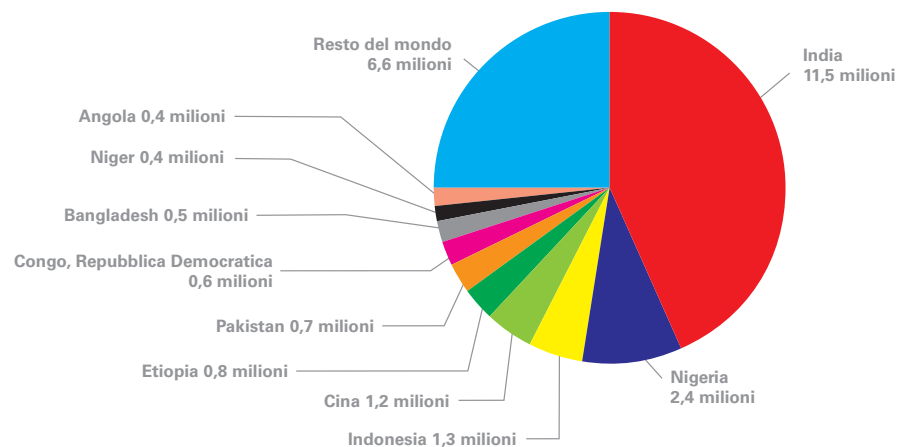
NEL 2006, 42 SU 47 PAESI PRIORITARI IN CUI SI VERIFICA LA MAGGIOR PARTE DEI DECESSI PER MORBILLO HANNO COMPLETATO LE ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE SUPPLEMENTARI

Solo cinque paesi prioritari non hanno offerto attività di vaccinazione supplementari contro il morbillo a livello nazionale



DEI 26 MILIONI DI BAMBINI NON VACCINATI CONTRO LA DPT3 IN TUTTO IL MONDO, 20 MILIONI VIVONO IN 10 PAESI

Numero di bambini non vaccinati contro difterite-pertosse-tetano (DPT3), 2006



DAL 1990 AL 2006, LA COPERTURA DELLA VACCINAZIONE CONTRO IL MORBILLO È AUMENTATA IN QUASI TUTTE LE REGIONI

	Copertura del MCV, prima dose (%)	
	1990	2006
Africa subsahariana	57	72
Africa orientale/meridionale	62	76
Africa occidentale/centrale	52	68
Medio Oriente/Nord Africa	80	89
Asia meridionale	56	65
Asia orientale/Pacifico	89	89
America latina/Caraibi	76	93
ECO/CSI	82	97
Paesi industrializzati	83	93
Paesi in via di sviluppo	71	78
Paesi meno sviluppati	56	74
Mondo	72	80

Nota: Le stime più vecchie per la ECO/CSI sono relative al 1992; i dati relativi al 1990-1991 non erano disponibili.

DAL 1990 IL NUMERO DI CASI DI POLIO È NETTAMENTE DIMINUITO

	1990	2006
Numero di paesi polio-endemici	>110	4
Numero di casi su scala mondiale	23.366	2.000

**Traguardo di “Un mondo a misura di bambino”:
ridurre di un terzo i decessi dovuti a infezioni
respiratorie acute**

La polmonite uccide più bambini di qualsiasi altra malattia, più dell'AIDS, la malaria e il morbillo messi insieme. Ogni anno, circa 2 milioni di bambini sotto i cinque anni muoiono a causa di questa malattia, cioè un bambino su cinque a livello mondiale. Inoltre, circa un altro milione di bambini muore a causa di infezioni gravi, compresa la polmonite, nel periodo neonatale.

Prevenire la polmonite infantile è fondamentale per realizzare il traguardo dell’OSM di ridurre la mortalità infantile. Eppure, tra le persone che si prendono cura dei bambini, soltanto una su quattro conosce i due sintomi principali della polmonite – il respiro corto e la difficoltà respiratoria – che indicano che il bambino necessita di cure immediate. Nel mondo in via di sviluppo più della metà dei bambini sotto i cinque anni con sospetta polmonite sono visitati da operatori sanitari qualificati, ma questa cifra è aumentata di poco dal 2000 a oggi.

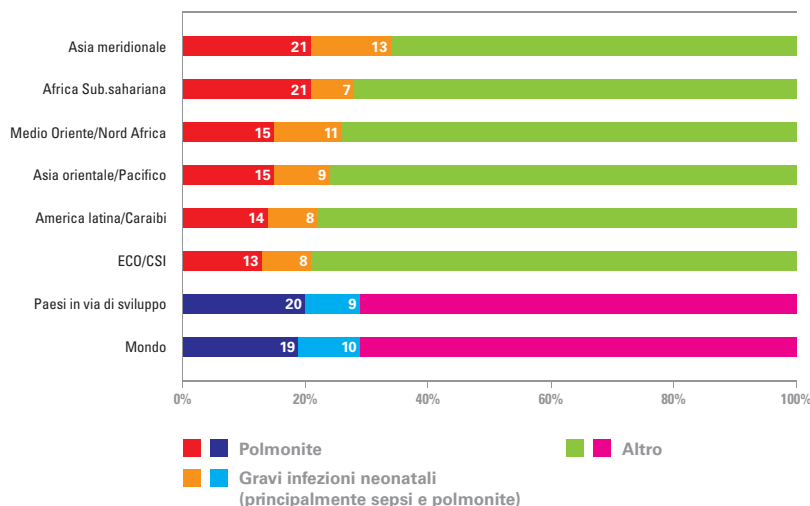
**USO DI ANTIBIOTICI PER LA POLMONITE:
NUOVI DATI DISPONIBILI**

Percentuale di bambini sotto i cinque anni con sospetta polmonite che ricevono antibiotici in 36 paesi (2005-2006)

Paesi	Percentuale	Paesi	Percentuale
Iraq	82	Tagikistan	41
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	74	Repubblica Centrafricana	39
Bosnia/Erzegovina	73	Albania	38
Mongolia	71	Camerun	38
Siria, Repubblica Araba	71	Trinidad e Tobago	34
Bielorussia	67	Ghana	33
Thailandia	65	Kazakistan	32
Gambia	61	Somalia	32
Algeria	59	Malawi	29
Montenegro	57	Burundi	26
Serbia	57	Togo	26
Uzbekistan	56	Nepal	25
Honduras	54	Bangladesh	22
Giamaica	52	Sierra Leone	21
Turkmenistan	50	Costa d'Avorio	19
Kirghikistan	45	Burkina Faso	15
Gibuti	43	Armenia	11
Guinea-Bissau	42	Haiti	3

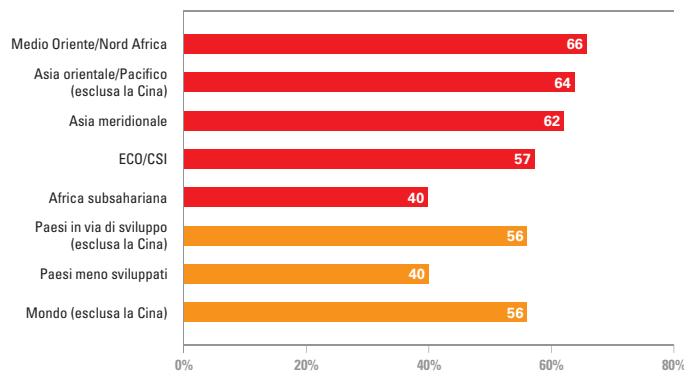
**LA POLMONITE UCCIDE INTUTTO IL MONDO PIÙ BAMBINI DI QUALUNQUE
ALTRA SINGOLA MALATTIA**

Percentuale di decessi sotto i cinque anni dovuti alla polmonite e a gravi infezioni neonatali, per regione (2000-2003)



**PIÙ DELLA METÀ DI TUTTI I BAMBINI AFFETI DA POLMONITE VIENE VISITATA
DA OPERATORI SANITARI QUALIFICATI**

Percentuale di bambini sotto i cinque anni con sospetta polmonite che vengono visitati da un operatore sanitario qualificato, per regione (2000-2006)



Fonti dei dati su questa pagina: Database globali dell’UNICEF, 2007. Uso di antibiotici: Indagini campione a indicatori multipli (MICS) e Ricerche demografiche e sanitarie (DHS) in 36 paesi, 2005-2006. Causa di morte: Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG), con analisi aggiuntive dell’UNICEF.

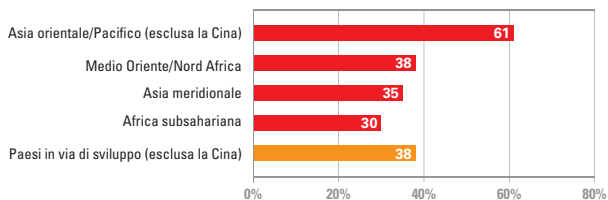
Traguardo di “Un mondo a misura di bambino”: dimezzare i decessi dovuti a diarrea nei bambini sotto i cinque anni

Le malattie diarroiche sono responsabili di due milioni di decessi all'anno tra i bambini sotto i cinque anni e sono la seconda causa più comune di mortalità infantile su scala mondiale. Per oltre due decenni, la terapia di reidratazione orale (ORT) è stata la base dei programmi di trattamento delle malattie diarroiche infantili. Tuttavia, poiché le raccomandazioni riguardanti l'uso di questa terapia sono cambiate nel tempo, dall'inizio alla metà degli anni Novanta i dati comparabili sul trattamento sono relativamente pochi. Ma, anche se limitati, i dati indicano che la copertura dei bambini sotto i cinque anni sembra essere aumentata sensibilmente in tutto il mondo (esclusa la Cina) negli ultimi dieci anni, comprese molte zone dell'Africa subsahariana. Ciononostante, la copertura rimane esigua.

Alcune delle misure per prevenire gli episodi diarroici nei bambini sono la promozione dell'allattamento esclusivo al seno, l'aumento dei tassi di integrazione della dieta con vitamina A, il miglioramento delle condizioni igieniche, l'aumento dell'uso di fonti “migliorate” di acqua potabile e di servizi igienico-sanitari, la promozione dell'assunzione di zinco e la vaccinazione contro il rotavirus.

NEL MONDO IN VIA DI SVILUPPO, CIRCA UN TERZO DEI BAMBINI CON MALATTIE DIARROICHE RICEVE IL TRATTAMENTO RACCOMANDATO

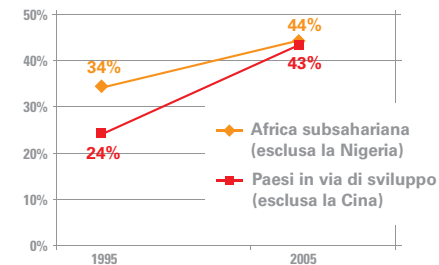
Percentuale di bambini sotto i cinque anni affetti da diarrea che ricevono sali per la reidratazione orale o una maggiore quantità di liquidi attraverso un'alimentazione regolare, per regione (2000-2006)



Fonte dei dati su questa pagina: Database globali dell'UNICEF, 2007. L'analisi dell'andamento si basa su un sottoinsieme di 31 paesi in via di sviluppo in cui erano disponibili dei dati comparabili sulle tendenze; le stime relative all'Africa subsahariana non includono la Nigeria, e le stime per i paesi in via di sviluppo non includono la Cina. L'analisi delle disparità è basata su un sottoinsieme di 83 paesi in cui erano disponibili dei dati sulle caratteristiche del *background*.

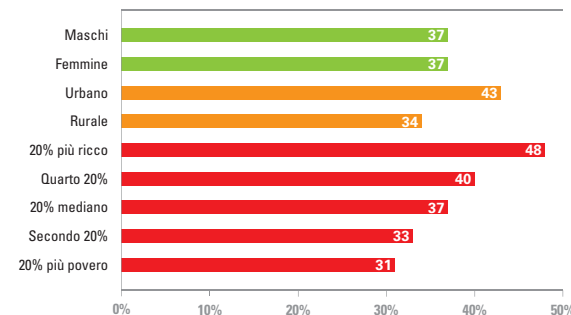
LA COPERTURA DEL TRATTAMENTO RACCOMANDATO È AUMENTATA SIGNIFICATIVAMENTE DAL 1995 AL 2005 Tuttavia i dati sono limitati

Percentuale dei bambini sotto i cinque anni affetti da diarrea che ricevono sali per la reidratazione orale o una maggiore quantità di liquidi attraverso un'alimentazione regolare, in base a un'analisi dei rilevamenti compiuti in 31 paesi in via di sviluppo (1995-2005).



I BAMBINI CHE VIVONO IN FAMIGLIE POVERE E IN ZONE RURALI HANNO MENO PROBABILITÀ DI RICEVERE IL TRATTAMENTO RACCOMANDATO PER LE MALATTIE DIARROICHE

Percentuale di bambini sotto i cinque anni con malattie diarroiche che ricevono sali per la reidratazione orale o una maggiore quantità di liquidi attraverso un'alimentazione regolare nei paesi in via di sviluppo, per caratteristiche del *background* (2000-2006)



TERAPIA DI REIDrataZIONE ORALE: DEFINIZIONI CHE CAMBIANO

Le raccomandazioni del programma per il trattamento delle malattie intestinali sono cambiate nel tempo; riflettono una migliore comprensione di cosa funziona a casa e nella comunità. Negli anni Ottanta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandava di trattare gli episodi diarroici con una soluzione di sali per la reidratazione orale (ORS); ricerche successive, invece, hanno dimostrato che i liquidi fatti in casa, soprattutto quelli contenenti sodio e glucosio, saccarosio o altri carboidrati, come le soluzioni a base di cereali, potevano risultare altrettanto efficaci. All'inizio degli anni Novanta, è stata sottolineata l'importanza dell'aumento dei liquidi, di un'alimentazione regolare, più di recente, dell'uso dello zinco e degli ORS con bassa osmolarità per la prevenzione e il trattamento degli episodi diarroici.

Trattamento raccomandato	Indicatore usato per monitorare il trattamento
Terapia di reidratazione orale (ORT) (dalla fine degli anni Ottanta al 1993)	Percentuale di bambini sotto i cinque anni
Gestione domestica della diarrea (dal 1993 al 2004)	Percentuale di bambini sotto i cinque anni affetti da diarrea che ricevono una maggiore quantità di liquidi e un'alimentazione regolare
ORT o aumento dei liquidi con un'alimentazione regolare (dal 2004 a oggi)	Percentuale dei bambini sotto i cinque anni affetti da diarrea che ricevono la ORT (ORT e/o liquidi fatti in casa raccomandati) o una maggiore quantità di liquidi, oltre a un'alimentazione regolare.

Traguardo di “Un mondo a misura di bambino”: bisogna porre l’enfasi sull’assistenza prenatale e postnatale, l’assistenza ostetrica di base e neonatale, soprattutto per le persone che vivono in zone prive di accesso ai servizi

Ogni anno, circa 4 milioni di bambini muoiono durante i primi 28 giorni di vita, il periodo neonatale. Dato che la mortalità neonatale costituisce il 37% della mortalità infantile sotto i cinque anni, l’OSM 4 – ridurre la mortalità infantile – si potrà raggiungere soltanto migliorando la sopravvivenza dei più piccoli.

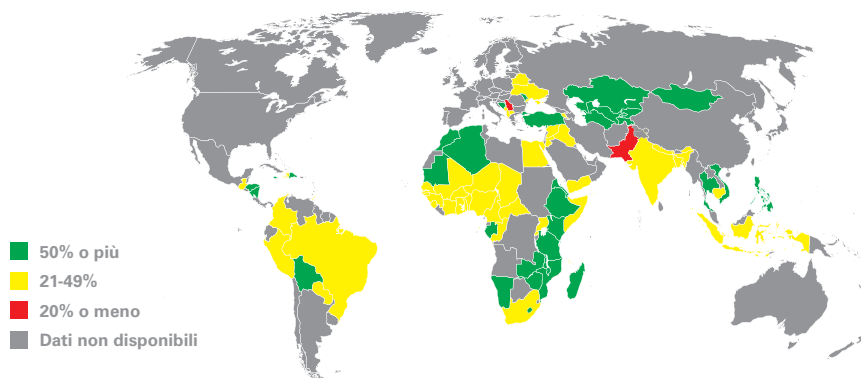
Per ridurre la mortalità neonatale bisogna migliorare la salute materna durante la gravidanza, fornire assistenza adeguata sia alle madri che ai neonati durante e subito dopo il parto e prendersi cura dei neonati durante le prime settimane di vita. Alcuni degli interventi attuabili ed efficienti in termini di costi sono: cominciare l’allattamento al seno entro un’ora dalla nascita del bambino, garantire il trattamento adeguato del cordone ombelicale, tenere il neonato al caldo, riconoscere i segni di pericolo e cercare assistenza, prestare assistenza particolare ai bambini nati sottopeso. L’assistenza continua dalla gravidanza alla prima infanzia dovrebbe essere fornita collegando programmi basati sulle comunità con sistemi di assistenza sanitaria di qualità.

Attualmente si stanno sviluppando una serie di indicatori per monitorare gli interventi di assistenza neonatale. Tuttavia è necessario un ulteriore impegno per definire questi indicatori e inserirli nelle indagini a domicilio.

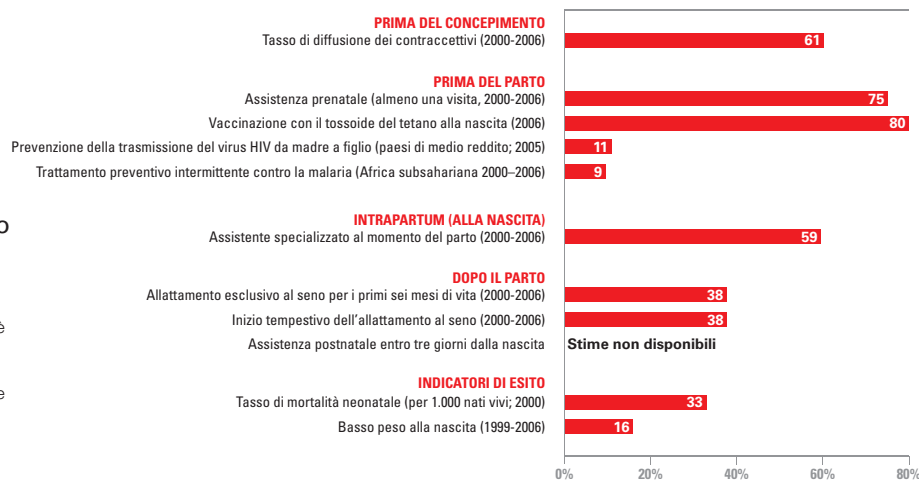
Nota: la copertura di molti interventi per migliorare la sopravvivenza neonatale è analizzata in un’altra sezione del presente Rapporto statistico. Per gli interventi nutrizionali, come l’allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita vedere le pagine 10-11; per gli interventi durante la gravidanza e il parto vedere le pagine 28-29; per la prevenzione della trasmissione dell’HIV da madre a figlio vedere pagina 34.

L’INIZIO DELL’ALLATTAMENTO AL SENO ENTRO UN’ORA DALLA NASCITA È FONDAMENTALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE DEL NEONATO

Percentuale delle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni che hanno allattato al seno i loro neonati entro la prima ora dalla nascita (1990-2006)

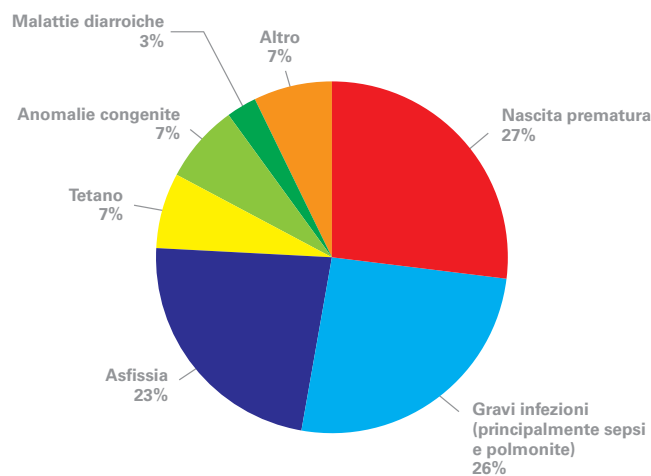


COPERTURA DEGLI INTERVENTI ESSENZIALI PER LA SOPRAVVIVENZA NEONATALE NEL MONDO IN VIA DI SVILUPPO



OGNI ANNO, CIRCA 4 MILIONI DI NEONATI MUOIONO NEI PRIMI 28 GIORNI DI VITA

Distribuzione globale dei decessi neonatali, per causa (2000)



I NEONATI DEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO HANNO OTTO PROBABILITÀ IN PIÙ DI MORIRE RISPETTO AI NEONATI DEI PAESI INDUSTRIALIZZATI

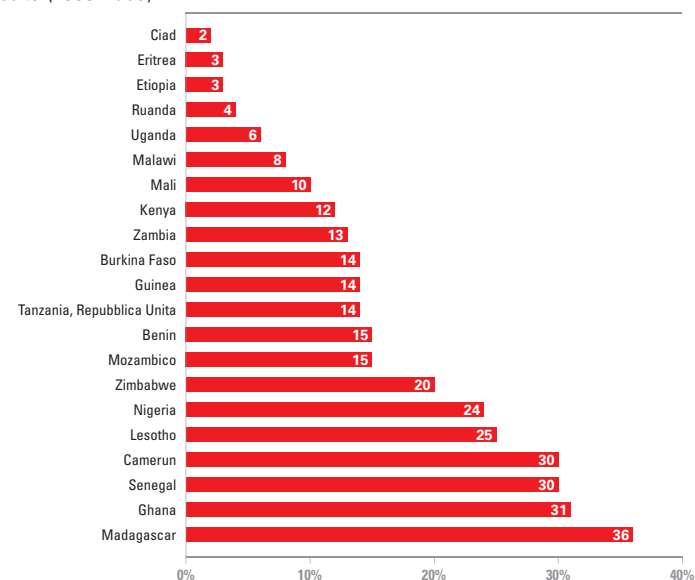
Tasso di mortalità neonatale (per 1.000 nati vivi), per regione (2000)



Fonte dei dati alle pagine 24-25: Database globali dell'UNICEF, 2007. Distribuzione globale delle morti neonatali, per causa: Lawn, Joy E., Simon Cousens, Jelka Zupans, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?' *The Lancet*, vol. 365 n° 9462, 3 marzo 2005, pp. 891-900. Interventi chiave: Darmstadt, G.L. et al., 'Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborns can we save?' *The Lancet*, vol. 365, n° 9463, 12 marzo 2005, pp. 977-988.

NELL'AFRICA SUBSAHARIANA POCHI NEONATI RICEVONO ASSISTENZA POSTNATALE

Percentuale di donne che hanno partorito fuori da una struttura sanitaria e che hanno ricevuto visite postnatali per i loro neonati entro tre giorni dalla nascita (1999-2005)



INTERVENTI CHIAVE PER RIDURRE LA MORTALITÀ E LA MORBILITÀ NEONATALI

Prima del concepimento	Integrazione di acido folico
Prima della nascita	Controllo e trattamento della sifilide Prevenzione della pre-eclampsia e dell'eclampsia Vaccinazione con il tossoide del tetano Trattamento preventivo intermittente contro la malaria Individuazione e trattamento della batteriuria asintomatica
Intrapartum (alla nascita)	Antibiotici per la rottura prematura delle membrane Corticosteroidi per le doglie premature Rilevamento e gestione del parto podalico Sorveglianza del travaglio per una diagnosi precoce di eventuali complicazioni Pratiche di parto igieniche
Dopo la nascita	Rianimazione del neonato Allattamento al seno Prevenzione e gestione dell'ipotermia Marsupioterapia (per i bambini nati sottopeso) nelle strutture sanitarie Case management a livello comunitario della polmonite