

# Mortalità e salute del bambino: fino a che punto sono un problema sanitario?

GIORGIO TAMBURLINI

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale (Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute materno-infantile), IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Prendendo spunto da una serie di articoli pubblicati recentemente sul "Lancet", vengono messi in discussione due aspetti fondamentali dell'aiuto sanitario: da una parte il fatto che la riduzione della mortalità infantile rappresenti l'obiettivo di salute della comunità internazionale, dall'altra l'ipotesi che gli interventi sanitari, per quanto uno per uno efficaci, possano essere sufficienti a raggiungere risultati significativi e stabili.

Il *Lancet* ha pubblicato, tra giugno e luglio 2003, una serie di cinque articoli sul tema del *child survival*, frutto del lavoro di un gruppo riunitosi nel febbraio 2003 a Bellagio. Il gruppo comprende esperti della Banca Mondiale, dell'OMS, dell'Unicef e di una serie di noti centri e istituti, sia di Paesi sviluppati (*Johns Hopkins School of Public Health*, *London School of Hygiene*, *Cornell University*, *CDC* di Atlanta, e altri) che di Paesi in via di sviluppo (*ICDDR* in Bangladesh, *Makerere University* in Uganda, *Aga Khan University* a Karachi, *Università di Pelotas*, in Brasile, e altri).

I cinque pezzi definiscono un percorso che, partendo da un profilo epidemiologico dei problemi di salute del bambino e in particolare dalle cause di morte<sup>1</sup>, descrive gli interventi, preventivi e terapeutici efficaci<sup>2</sup>, discute le strategie di *delivery* degli interventi<sup>3</sup>, inquadra le problematiche relative alle disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure e le strategie per affrontarle<sup>4</sup>, e infine propone alla comunità internazionale una serie di azioni<sup>5</sup>.

L'autorevolezza della fonte fa presumere che la pubblicazione abbia un suo "peso" nelle rispettive agenzie, e giustifica attenzione critica a quanto proposto.

## CHILD HEALTH AND CHILD SURVIVAL: ARE THEY ENTIRELY A HEALTH PROBLEM?

(*Medico e Bambino* 2003;22:651-655)

### Key words

Child health, Child survival, Effective interventions, Effective policies, Developing countries

### Summary

The Author questions the rationale and the conclusions of the series of 5 articles published by *The Lancet* on child survival. Two main arguments are made. The first is that the international community cannot identify child survival as the only objective: the burden of disability, ill health, violence, abuse and exploitation that children in poor countries have to suffer is as unacceptable as premature death. Second, interventions that are essentially aimed at reducing deaths do not produce sustainable results unless they are based on broader macroeconomic and social policies addressing the main determinants of ill health, such as poverty, lack of water and sanitation, nutrition and education, particularly of females. Improvements in child health, including marked reductions in child mortality, have been obtained by countries that have invested in redistributive policies. On the contrary, reductions in child mortality based essentially on health programmes have proved to be fragile and short-lived. Child health experts, besides identifying the most effective health interventions and delivery strategies, should clearly indicate to governments and to the international community which is the main road to child health.

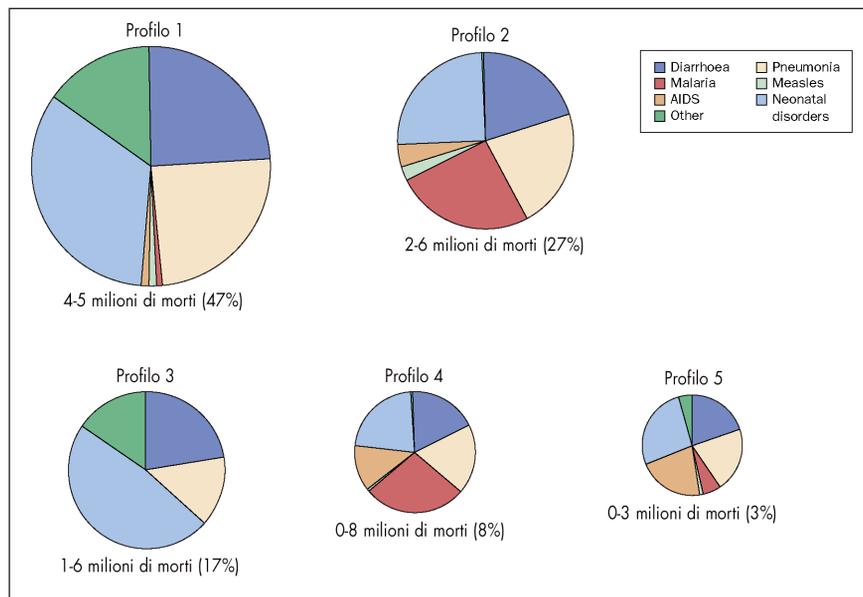
Contributo presentato a un Seminario del CUAMM-Medici con l'Africa il 22 novembre 2003 e pubblicato contemporaneamente su "Salute e Sviluppo", la rivista di salute internazionale edita dallo stesso CUAMM, che si ringrazia per l'autorizzazione a pubblicare questo articolo.

## CHILD SURVIVAL: L'ANALISI E LE PROPOSTE

I cinque articoli si possono così sintetizzare e commentare.

1. Nonostante i progressi registrati (più negli anni Ottanta che nella scorsa decade) nel *child survival*, si stima che, nel 2000, vi siano stati 10,8 milioni di

morti in bambini sotto i 5 anni. I decessi si concentrano sempre più in un ristretto numero di Paesi (40, per lo più nell'Africa subsahariana e nel subcontinente indiano). Le cause principali di mortalità nei primi anni di vita sono poche e sempre le stesse (diarrea, polmoniti, problemi neonatali, malaria, morbillo e AIDS), tuttavia i profili epidemiologici sono molto variabili e



**Figura 1.** Distribuzione della mortalità sotto i cinque anni di età per causa, nei 42 Paesi la cui mortalità pediatrica nel 2000 ha compreso il 90% dei decessi globali. Sono raffigurati i 5 profili epidemiologici, in termini di distribuzione delle cause principali più frequentemente riscontrabili. La dimensione totale delle 5 torte corrisponde al numero totale dei decessi relativi a ciascun profilo (da voce bibliografica 1, modificata).

quindi le priorità devono essere definite Paese per Paese<sup>1</sup> (Figura 1).

**Commento** L'ascesa in termini relativi e assoluti dell'HIV/AIDS tra le cause di morte costituisce l'unico dato relativamente nuovo rispetto al quadro di 10 anni fa. Viene data maggior enfasi attribuita alle cause neonatali, più per la accresciuta consapevolezza della loro importanza che per una mutata epidemiologia.

**2.** Esistono interventi efficaci, preventivi e terapeutici, per tutte le principali cause di mortalità (ne vengono indicati una ventina, assieme al grado di evidenza esistente sulla loro efficacia) (Figura 2), ma non sono implementati a sufficienza. Se lo fossero, porterebbero a prevenire il 63% dei decessi<sup>2</sup>.

**Commento** Si tratta di una utile, anche se non particolarmente innovativa, mappatura degli interventi efficaci. A eccezione dell'accesso all'acqua pulita, gli interventi preventivi indicati sono tutti interventi sanitari.

**3.** Il problema sta essenzialmente nelle strategie di *delivery*, spesso inappropriate e insufficienti. Queste strategie vanno identificate localmente in modo

da "rispondere alla domanda"<sup>3</sup>.

**Commento** La conclusione è tanto generica quanto parziale: non si tratta solo di problemi di *delivery*, si tratta di chiedersi quali sono gli ostacoli dal lato della domanda (educazione, informazione, accessibilità, costi). Il pezzo più debole della serie.

**4.** Occorre guardare sistematicamente alle disuguaglianze esistenti (nell'accesso ai servizi e quindi negli esiti) tra Paesi e all'interno dei Paesi, e chiedersi quali strategie attuare per ridurle. Vengono identificate una serie di opzioni per migliorare lo stato di salute e l'accesso alle cure dei più poveri (Tabella I), e si sottolinea che questa è la via: più di metà dei decessi si potrebbero evitare solamente eliminando le disuguaglianze di base.

**Commento** È il pezzo migliore, e l'unico realmente innovativo rispetto alle politiche correnti, della serie.

**5.** Le cose di cui c'è bisogno sono quindi: leadership a livello nazionale e internazionale; sistemi sanitari più forti; risorse adeguate; e un commitment internazionale. Il messaggio finale è quello di chiamare le agenzie interna-

zionali (le stesse cui appartengono gli autori), i donatori principali e gli stessi governi dei Paesi interessati a un maggior impegno - finanziario per quanto riguarda soprattutto i primi, politico per quanto riguarda i secondi - per realizzare gli obiettivi di riduzione della mortalità infantile sotto i 5 anni di età, stabiliti dai *Millennium Development Goals*, approvati dal Summit ONU del 2001. Si sottolinea a questo proposito che la quantità di risorse messe a disposizione dalle agenzie principali nonché dai principali donatori bilaterali è andata calando, in particolare negli ultimi anni<sup>5</sup>.

**Commento** Conclusioni piuttosto ingenuie, in quanto non prendono le mosse da un'analisi delle ragioni della situazione attuale, e che restano comunque concettualmente al di sotto di quanto pur affermato nel quarto articolo.

#### CHILD SURVIVAL O CHILD HEALTH?

A proposito di questa serie di articoli, sui quali si è sviluppato un certo dibattito anche all'interno delle istituzioni interessate, si è parlato di *child health renaissance*, legando questo evento a un effettivo ritorno di interesse per il tema della salute infantile, che era effettivamente entrato un po' in ombra durante l'ultimo decennio. In questo senso il richiamo di attenzione al tema è da considerarsi positivo. Forse lo è ancor di più il fatto che alcuni tra gli esperti di punta all'interno delle maggiori istituzioni globali e degli istituti di ricerca che si occupano di salute abbiano lavorato, assieme, intorno a una ipotesi di analisi e di messaggio operativo unitario. Per il momento, però, la *renaissance* riguarda l'interesse degli esperti, e probabilmente il budget di alcune agenzie specializzate nella *delivery*, o negli studi sulla *delivery*.

Detto questo, sembra di poter dire che il messaggio principale, concentrare gli sforzi sulla *delivery* di interventi efficaci per migliorare le prospettive di *child survival*, non sia quello giusto. A sostegno di questa affermazione si possono portare diversi argomenti.

Il primo e fondamentale argomento è che una prospettiva di *child survival*

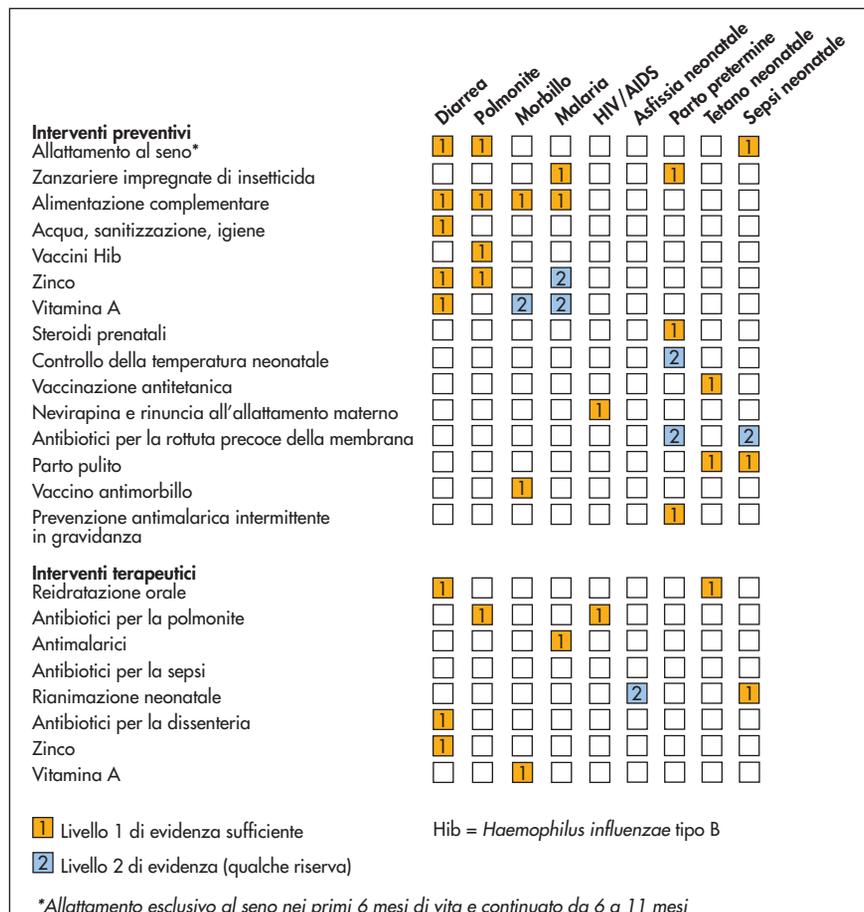


Figura 2. Livelli di evidenza, rispetto alle 9 cause principali di morte, degli interventi rispettivamente preventivi e terapeutici (da voce bibliografica 2, modificata).

non può costituire l'obiettivo della comunità internazionale, né quello dei singoli governi. Si tratta con ogni evidenza di un obiettivo riduttivo rispetto alla vastità del danno che viene perpetrato ai danni dell'infanzia oggi: su dieci bambini che nascono, uno non arriva ai 5 anni, ma degli altri nove, tre o quattro soffrono di disabilità permanenti, esclusione sociale, sfruttamento intensivo, abuso, violenza e traffico<sup>6</sup>: sono forse questi problemi minori? Per un medico, la morte di un bambino rappresenta la peggiore delle sconfitte, ma altri terribili esiti di mera sopravvivenza, oggi così comuni, sono forse meno intollerabili? Si ha l'impressione che l'enfasi sul *child survival* sia un prodotto dell'ipocrisia dei benestanti, in base alla quale, una volta buttato sotto il tappeto l'indicatore più visibile della miseria della condizione infantile, tutto il resto può continuare come prima. Ma

un bambino "sopravvissuto" oggi, come sarà domani? Quale il suo destino? Come si riduce la mortalità nei bambini? Il secondo, fondamentale, argomento sta nel fatto che considerare il *child survival* come l'obiettivo principale conduce a una strategia miope che porta a mancare questo stesso obiettivo. La lente del *child survival*, attraverso la sua enfasi sulle cause prosimili, cioè le malattie, è infatti miope, e rende difficile o impossibile guardare a monte, ai determinanti della salute e della malattia, e quindi della morte, dei bambini. C'è abbondanza di evidenza storica che dimostra che i progressi maggiori e stabili sulla mortalità infantile sono stati ottenuti, anche a condizioni simili di reddito e di crescita economica, da quei Paesi che hanno attuato politiche economiche redistributive e politiche sociali che investivano su educazione, infrastrutture, nutrizio-

ne, diritti delle donne, protezione sociale, oltre che in servizi sanitari.

Ne abbiamo esempi eclatanti in America Latina (Cuba e Costa Rica e anche Cile, come contrapposti al Brasile), in Asia (Cina o Sri Lanka, come contrapposti all'India), in Europa (Paesi del Sud Est europeo, come contrapposti, ad esempio, alla Turchia). Ma anche nell'ambito di stati federali che nel loro complesso hanno coltivato enormi diseguaglianze (India e Brasile), non sono mancate le eccezioni di stati dove si è agito diversamente (Kerala o Cearà, rispettivamente)<sup>7</sup>. Tra l'altro, in questi Paesi, i più deboli sono riusciti a mantenere i livelli acquisiti di sopravvivenza anche in presenza di shock esterni che hanno aumentato la povertà e messo in ginocchio i servizi sanitari - vedi la crisi cubana conseguente all'isolamento internazionale, o la grave crisi della transizione nei Paesi dell'ex blocco sovietico, che ha avuto scarse conseguenze sulla mortalità infantile - mentre altri Paesi, come la tigre asiatica Indonesia, anch'essa campione di diseguaglianza, ha avuto, in conseguenza della crisi del '97, un rebound di mortalità infantile.

Sono infatti le politiche di redistribuzione del reddito, di accrescimento del capitale educativo, di accesso all'informazione, a cambiare stabilmente le dinamiche demografiche, l'informazione e la domanda di salute, tutti elementi chiave per la salute nei primi anni di vita.

Interventi "a valle" quali quelli raccomandati dalla serie (vaccinazioni, trattamento integrato delle malattie del bambino, le stesse mini- e mono-terapie per la trasmissione verticale dell'AIDS) sono efficaci e danno risultati sostenibili nel tempo nella misura in cui sono basati su fondamenta più ampie. Non solo quelle, come gli Autori ricordano, di sistemi sanitari che garantiscano le cure essenziali a tutti, ma anche quelle, come gli Autori trascurano, che garantiscano condizioni di partenza di nutrizione, educazione, infrastrutture essenziali e diritti di proprietà (compreso quello del proprio corpo).

In assenza di queste fondamenta, porre enfasi solo sugli interventi di *child survival* significa condannarsi a

**ESEMPI DI STRATEGIE UTILI A MIGLIORARE L'EQUITÀ DEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE DEL BAMBINO**

Obiettivi	Strategie
Migliorare le conoscenze e le pratiche delle madri	Migliorare l'educazione, l'informazione nutrizionale e su pratiche efficaci (zanzariere medicate, sapone) delle madri povere
Migliorare l'accesso ad acqua e servizi igienici	Espansione dell'accesso all'acqua per comunità povere
Miglioramento della condizione della donna	Micro-credito per donne povere
Rendere i servizi sanitari economicamente accessibili	"Buoni" per i servizi essenziali, crediti condizionati all'uso effettivo dei servizi, gratuità dei servizi negli interventi essenziali
Rendere i servizi sanitari logisticamente accessibili	Investimento in strade e trasporti, utilizzo di operatori di comunità, partnership con comunità e NGO locali
Incentivare i servizi nelle aree rurali	Case e incentivi materiali per gli operatori sanitari di comunità
Servizi culturalmente più appropriati	Formazione specifica degli operatori sanitari
Allocazione prioritaria di risorse ai problemi dei poveri	Allocazione in base al peso relativo delle patologie; priorità nella formazione e nella disponibilità di farmaci, attribuita alle patologie più importanti

da voce bibliografica 4, modificata

Tabella I

risultati effimeri: la storia dello stallo, o della regressione, delle coperture vaccinali, così come anche le alterne fortune di strategie pur efficaci come l'IMCI, in diversi Paesi come conseguenza della contrazione dei ridotti budget sanitari e del ritiro dei grandi donatori, insegnano che proprio nei Paesi più poveri i risultati sono venuti meno immediatamente dopo la riduzione dei risorse, interne o esterne che fossero, che sostenevano questi interventi specifici. Concentrarsi sul *child survival* equivale a tenere il piede premuto su una molla, quella costituita dalle vulnerabilità e dai rischi di partenza: non appena il piede viene ritirato (il che accade spesso), la molla rimbalza verso l'alto, perché la forza di spinta intrinseca alla molla è rimasta la stessa.

Come può un autorevole gruppo di esperti non riconoscere e affermare chiaramente quali sono le politiche che storicamente hanno consentito di ri-

durre la mortalità infantile, soprattutto quando questa è a livelli alti?

**DELIVERY E TARGETTING**

In questa impostazione non sorprende di trovare enfatizzato, peraltro in modo generico, l'aspetto della *delivery*, cioè della consegna degli interventi. Si è già detto che questa è la parte più debole della serie, in quanto dimentica l'aspetto cruciale della domanda dei servizi stessi che va sostenuta, proprio tra i più poveri, con appropriate politiche, senza le quali la sola offerta di servizi resta di parziale utilità. Nello Yemen, ad esempio, dove nelle aree rurali c'è l'80% di analfabetismo tra le donne, dove la fertilità per donna è vicina alle due cifre, dove i trasporti sono precari e lentissimi, dove ore e ore sono necessarie, soprattutto per donne e bambine, per procurarsi l'acqua, le co-

erture vaccinali sono basse, le campagne vaccinali difficili, spesso anche poco efficaci (per le alte probabilità di inattivazione del vaccino e/o di cattiva risposta immunologia dell'ospite). In queste situazioni, è la domanda stessa di servizi sanitari - di cui spesso manca anche la possibilità di comprendere il significato di investimento per il futuro dei propri figli - che è bassa. Ci si concentra infatti sui bisogni basilari: acqua, cibo, relazioni essenziali. Alle cure si pensa quando è molto tardi. Solo quando i bisogni basilari sono soddisfatti, allora, come dicono gli economisti, diminuiscono gli *opportunity costs*, cioè i costi relativi di alcuni investimenti, ad esempio di portare la donna a partorire alla maternità, il bambino a vaccinarsi, la bambina a scuola. Sempre che ci sia almeno la consapevolezza delle opportunità esistenti.

In sostanza, oltre a interrogarsi su quali siano le strategie di *delivery* migliori per gli interventi efficaci (e anche qui: occorre ripartire dall'esistenza di servizi semplici, accessibili, svolti da operatori basilari, requisito essenziale perché gli interventi efficaci siano effettuati con continuità; basta con le campagne e gli interventi straordinari!), occorrerebbe chiedersi quali sono le politiche da attuare, caso per caso (ma le opzioni non sono molte), per far nascere e crescere i bambini in condizioni migliori, e per metter le famiglie e le comunità più povere in condizione di ritenere questo un investimento utile.

Se qualcosa c'è da apprendere, questo sta tutto nel quarto pezzo, firmato da Cesar Victoria con il contributo determinante del lavoro di questi anni proprio di alcuni dei co-autori, economisti quali Davidson Gwatkin e Adam Wagstaff sulla povertà e disuguaglianza in salute e salute infantile in particolare<sup>8,9</sup>. L'articolo riprende l'analisi sui determinanti della salute infantile, e in particolare della povertà; descrive le differenze in base a strato sociale, e genere, anche negli stessi benefici degli interventi efficaci, che vanno a beneficiare invariabilmente soprattutto chi ha gli strumenti economici e conoscitivi per utilizzarli.

Resta alquanto "corto" rispetto all'individuazione delle politiche neces-

sarie ad aggredire i determinanti, ma, assumendo che il mondo resti stratificato (assunzione ragionevole), descrive (vedi *Tabella I*) cosa si può fare per attenuarne gli effetti sulla salute, anzi, che cosa è stato fatto in alcuni casi.

Ma, c'è da chiedersi, se non si vuole combattere la povertà, perché si dovrebbe voler combatterne gli effetti? C'è da temere che la tabella in questione possa servire, oltre che per eleganti sperimentazioni sul campo, solo per situazioni dove le politiche economiche e quindi direttamente redistributive non si possono toccare, per cui restano agibili solo manovre redistributive indirette e a valle, per esempio riduzioni dei costi per i servizi per i più poveri, o maggiori risorse date a servizi che si occupano dei problemi dei più poveri (*targetting*). In situazioni di questo tipo si possono trovare, ad esempio, stati federati benevolenti all'interno di stati federali più conservatori (sull'esempio delle nostre Regioni, che in effetti hanno una certa autonomia su politiche sanitarie ed educative, e che su queste infatti cominciano a differenziarsi non poco, mentre poco possono sulla impostazione generale della politica economica e finanziaria).

#### IS CHILD HEALTH ONLY A HEALTH PROBLEM? OVVERO: POLITICHE REDISTRIBUTIVE O CAPITALISMO COMPASSIONEVOL?

È difficile pensare che la ricetta per migliorare la salute infantile nei Paesi più poveri differisca da quella di sempre, che vede un ragionevole investimento pubblico frutto di una ragionevole solidarietà sociale (le tasse), una sufficiente capacità di regolamentazione, un altrettanto ragionevole e graduale decentramento gestionale, un coinvolgimento e mobilitazione delle comunità a difesa e supporto dei propri servizi. La ricerca di scorciatoie è ingannevole.

Se ci si concentra sui soli interventi sanitari, si resterà più dipendenti da risorse straordinarie, dai donatori, nonché dalle variabili fortune degli *health systems*. I risultati possono venire, ma richiedono continuità di risorse e di ca-

pacità di management per essere mantenuti.

Se si applica anche la ricetta politica, non c'è dubbio alcuno che la mortalità infantile diminuirà - almeno fino a che si arriva al 30-40 per mille - i più poveri staranno meglio, e forse anche per questo saranno meno poveri.

Niente di nuovo, vecchia solida socialdemocrazia resa, se possibile, più efficiente e meno centralistica; niente di rivoluzionario, nient'altro che capitalismo regolato, come ormai chiedono anche molti dei suoi stessi apostoli, da Soros a Stiglitz<sup>10</sup>. Soprattutto, un po' di lungimiranza. Al contrario, l'approccio generale proposto dalla serie di *Lancet* sembra - implicitamente, certo - iscriversi in una visione di "capitalismo compassionevole", laddove ci si sforza di utilizzare alcuni margini, peraltro sempre più insignificanti (lo 0,7% del PIL dei Paesi ricchi, in cui si è impegnata la Sessione Speciale dell'Assemblea ONU sul bambino, del maggio 2002, è lontanissimo) per attenuare alcuni degli aspetti più disturbanti dello strapotere della legge del più forte (non chiamiamolo mercato, al mercato si dovrebbe andare con merci diverse ma con eguali opportunità): appunto, la mortalità dei bambini.

L'aggressione all'infanzia, e in generale l'aggressione verso i più deboli, è una delle espressioni più visibili della malattia auto-immune del mondo, aggredito da chi, più ricco e più istruito, avrebbe dovuto condurlo per mano. Perché meravigliarsi?

Resta dunque un po' di amaro in bocca per un "grido di dolore" la cui dotta provenienza lasciava sperare in un messaggio più conseguente e più forte, che chiamasse a politiche economiche diverse come requisito base per interventi sanitari efficaci, che, s'intende, vanno fatti. Occorreva dire che la sfida della salute dei bambini richiede azione conseguente su più piani, quello delle politiche economiche e sociali, quello dei sistemi sanitari, e quello, certo, degli interventi efficaci. Non è accettabile che alcuni dei massimi esperti di salute pubblica lascino pensare che esistano vie più brevi di questa strada maestra.

In ultima analisi, la questione sta nel

tipo di risposta che si dà all'interrogativo posto in un recente seminario tenutosi alla Banca Mondiale: «*Is child health a health problem?*». La risposta che questo contributo crede di argomentare è che la salute del bambino non è solo, né primariamente, un problema sanitario, ed è alquanto diversa da quella implicitamente proposta dalla serie del *Lancet*.

E ora? La discussione non è conclusa. Anzi, si è aperta la porta alla discussione. Ci sarà un altro "vertice" a fine gennaio 2004, mentre esce questo numero, e a questo vertice saranno presentate una serie di considerazioni quali quelle riassunte in questo contributo.

#### Bibliografia

1. Black RE, et al. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361:2226-34.
2. Jones G, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
3. Bryce J, et al. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003;362:159-64.
4. Victoria CG, et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362:233-41.
5. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-27
6. Consultare il sito UNICEF [www.unicef.org](http://www.unicef.org) e in particolare i rapporti annuali State of the world's children. Altri siti ricchi di informazione sono quelli di alcune ONG ([www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org))
7. Consultare i rapporti annuali UNDP ([www.undp.org](http://www.undp.org)) e della stessa World bank [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
8. Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Pande R, Wagstaff A. Socioeconomic differences in health, nutrition and population. Discussion paper. The World Bank: Washington, 2000.
9. The World Bank. Poverty and health. [www.worldbank.org/poverty/health/index.htm](http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm)
10. Stiglitz J. Globalization and its discontents. New York: WW Norton, 2003.