

MILLENNIUM DEVELOPMENT GOAL

THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS: A CROSS-SECTORAL ANALYSIS AND PRINCIPLES FOR GOAL SETTING AFTER 2015

WAAGE J, BANERJI R, CAMPBELL O, ET AL
Lancet 2010;376:991-1023

Il *Millennium Development Goal* (MDG) è l'esito di un consenso internazionale senza precedenti tra 189 Paesi: "The first global development vision that combines a global political endorsement with a clear focus on, and means to engage directly with the word poor people". Gli otto obiettivi che si prefigge sono:

1. Eradicare la povertà estrema e la sottanutrizione (dimezzare tra il 1990 e il 2015 il numero delle persone con un reddito quotidiano <1 \$).
 2. Raggiungere dappertutto il completamento dell'istruzione primaria (entro il 2015).
 3. Promuovere l'eguaglianza tra i generi e dare forza alle donne (eliminare la disparità maschi/femmine nell'istruzione primaria e secondaria entro il 2015).
 4. Ridurre la mortalità infantile (ridurre di 3/4, entro il 2015, la mortalità < 5 anni registrata nel 1990).
 5. Migliorare la salute materna (ridurre di 3/4, entro il 2015, quella che era la mortalità materna nel 1990).
 6. Combattere HIV/malaria/TB e altre infezioni endemiche (arrestare la crescita dell'AIDS, della malaria e delle altre grandi malattie, e iniziare a vederne una flessione entro il 2015; ottenere, entro il 2010, una disponibilità universale dei farmaci anti-HIV).
 7. Garantire la sostenibilità ambientale (integrare i principi dello sviluppo sostenibile nelle politiche di ogni Paese, e invertire il trend generale del consumo delle risorse e della perdita in biodiversità, a partire almeno dal 2010; dimezzare, entro il 2015, il numero delle persone che non hanno accesso a un'acqua sicura; raggiungere, entro il 2020, un significativo miglioramento del livello di vita nelle persone che attualmente vivono negli *slum*).
 8. Sviluppare una *partnership* globale per sostenere lo sviluppo (che è una cosa molto più complessa che per gli altri goal, e che riguarda lo sviluppo di un sistema finanziario aperto e solidale, il favorire le esportazioni dai Paesi poveri, la questione del debito insostenibile, la disponibilità di farmaci a basso costo ecc.).
- Tutto questo è noto e ribadito, e reclamizzato da tempo. Ora, una Commissione di esperti di tutto il mondo è stata organizzata, su richiesta del *Lancet*, dal LIDC (*London International Development Centre*, un consorzio di 6 Università, di cui 5 specializzate in Educazione, Farmacia, Medicina Tropicale, Studi Orientali e Africani, Veterinaria), e chiamata a valutare, criticare, migliorare, allargare l'impostazione degli 8 goal, e a mettere meglio a fuoco i goal per "dopo il 2015". Si tratta di 30 fitte pagine, impossibili da riassumere, anche perché vi fanno difetto dati concreti e precisi sui singoli punti; né pensiamo che possano essere di diretto interesse per i lettori di *Medico e Bambino*, anche se riteniamo che invece tutta la materia

possa essere ricca di stimoli, non forse per tutti ma per molti, quelli almeno che tengono lo sguardo nella direzione, non utopica ma necessaria, di *un mondo migliore*. D'altronde, diciamo subito, sappiamo bene, sulla base di rassegne precedenti, che la maggior parte dei goal erano troppo ambiziosi, e che essi sono, oggi, col 2015 alle porte, ben lontani dall'essere stati raggiunti, quanto meno dai Paesi più lontani dagli standard occidentali, in particolare dalla maggior parte dei Paesi africani.

Malgrado ciò, la Commissione, nel suo insieme, ha ritenuto di poter riconoscere al progetto almeno 4 risultati importanti: aver ottenuto un accordo politico generale; aver fornito un punto di riferimento per ogni forma di *advocacy* o di aiuto; aver migliorato la scelta dei bersagli e il flusso degli aiuti; aver consentito, attraverso la definizione di una serie di macro-indicatori, il monitoraggio dei risultati raggiunti. Non poco.

Concretamente, il MDG ha finito col produrre un raddoppio degli aiuti destinati alla salute e un consistente aumento degli aiuti specificamente e trasparentemente destinati all'educazione. Ha facilitato il coordinamento tra aiuti pubblici e aiuti privati, in particolare quelli delle Associazioni e Fondazioni maggiori (ad esempio *Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria*, *GFFATM*; *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*, *GAVI*). Inoltre, vincolando formalmente gli aiuti all'implementazione di questo o di quel goal e di questo o di quell'indicatore, ha molto migliorato la loro originaria utilizzazione, ostacolandone le derive che hanno reso perversi, per molti decenni, gli effetti (corruttivi) dei consistenti, ma male orientati, aiuti internazionali. Nei fatti, per quello che più direttamente ci riguarda, cioè la mortalità materno-infantile, progressi molto consistenti, anche se alquanto inferiori ai pronunciamenti, sono stati fatti nel corso di questi anni, con una diminuzione di 1/3 (anziché di 2/3) della mortalità < 5 anni.

Commento

Non abbiamo la forza per commentare tutto questo, nello specifico, punto per punto; e forse anche non rientra negli interessi primari dei nostri lettori. Non possiamo però fare a meno, intanto, di sottolineare come una rivista medica, il "Lancet", abbia preso la decisione e abbia avuto la capacità di addossarsi il colossale sforzo organizzativo di questa **Commissione nata per criticare un progetto mondiale**; un ruolo che è quanto meno atipico, ma forte, interessante, inatteso. La forza della *Stampa Medica*. Chapeau bas. L'altra cosa che ci preme di dire è che una parte del mancato raggiungimento degli obiettivi è dovuta al fatto che molti dei Paesi ricchi non hanno mantenuto i loro impegni (che erano di dedicare agli aiuti lo 0,7% del PIL: ultima in classifica l'Italia, con molto meno dello 0,1%). Vero che c'è la crisi (ma neanche prima l'Italia si era troppo scomposta in favore degli aiuti: un'avarietà contadina?); vero però anche, e specialmente, che

la crisi ha morso e morde molto più nella carne dei Paesi più poveri; e vero specialmente che quegli aiuti sono destinati, più che a salvare delle vite o a migliorare degli indici o a soddisfare dei burocrati, alla pace del mondo: a ridurre inique inequità, a riequilibrare un quadro disastroso di disuguaglianze; disastroso e anche insopportabile per le coscienze, e anche pericoloso, per via delle tragiche e mal sostenibili correnti migratorie, della delocalizzazione del lavoro, delle rivolte per il pane e per la giustizia (come è avvenuto e sta avvenendo nell'Africa mediterranea), delle guerre e dei terrorismi di religione che mascherano guerre e terrorismi di povertà. Una terza cosa, strettamente correlata con quello che abbiamo appena detto, ci sembra di dover sottolineare: l'interesse nuovo, o finalmente espresso, per l'equità, per un minimo di equità (all'interno degli Stati, tra ricchi e poveri o tra ricchissimi e poverissimi; e tra Stato e Stato, tra Stati pienamente sviluppati e Stati in estremo sottosviluppo) come strumento di fondo, per correggere tutto quello che alla iniquità tiene dietro. E una quarta cosa, l'educazione femminile, vista come strumento efficace (più che le vaccinazioni) per la riduzione della mortalità (e, al tempo stesso, per la riduzione delle nascite); e la cavalcata delle femmine che dappertutto, per ciò che attiene a istruzione e cultura, stanno sopravanzando i maschi. Su questi due punti riportiamo in riassunto i due articoli che qui seguono.

INCREASED EDUCATIONAL ATTAINMENT AND ITS EFFECT ON CHILD MORTALITY IN 175 COUNTRIES BETWEEN 1970 AND 2009: A SYSTEMATIC ANALYSIS

GAKIDOU E, COWLING K, LOZANO R, MURRAY CJ

Lancet 2010;376:959-74

Oltre che all'ovvio rapporto con lo sviluppo economico, il livello di educazione di un Paese (e dei singoli individui all'interno di un Paese) ha significative, anzi macroscopiche, correlazioni con la salute e la mortalità, specialmente con quella infantile: già lo si sapeva; lo conferma questa larga ricerca, basata sui risultati di più di 900 censimenti e su importanti survey nazionali.

Tra il 1970 e il 2010 il tempo medio di frequenza allo studio è quasi raddoppiato, anche nei Paesi non sviluppati o in via di sviluppo, sia per gli uomini che per le donne (> 25 anni) che per i bambini (3-7 anni), passando da una media di 4,7 anni a una media di 8,3 anni. Per le donne in età riproduttiva (15-44 anni) gli anni di scolarizzazione sono aumentati, in questo lasso di tempo, da una media di 2,2 a una media di 7,2. Nel 2009, in 87 Paesi, l'istruzione, per le donne tra 25 e 35 anni, ha raggiunto mediamente un livello più alto da parte delle donne che non degli uomini.

Durante questi anni, inoltre, sono stati risparmiati complessivamente 8,2 milioni di morti di bambini < 5 anni: e si è calcolato che questo risparmio è dovuto, per circa la metà, all'aumento del livello culturale delle donne; ogni

anno in più di scolarità femminile comporta una diminuzione di 7-9% di mortalità pediatrica, corretta per la prevalenza di HIV e per il livello economico; una scolarità superiore ai 7 anni si associa a una mortalità pediatrica inferiore del 58% rispetto alla media; infine, il livello di educazione femminile si associa a una ridotta fertilità, che a sua volta concorre alla riduzione della mortalità pediatrica.

Tuttavia questo non si è verificato in tutti i Paesi sottoposti allo studio; e va rimarcato che il divario tra i Paesi con i più alti livelli educazionali e quelli con i livelli più bassi si è ulteriormente accresciuto. Anche il *gap* maschi > femmine, in Africa, è aumentato fino al 1980, poi è tendenzialmente diminuito; ma soltanto nell'Africa del Sud il livello di scolarità femminile è arrivato a superare quello maschile.

Nell'Africa sub-sahariana occidentale, specialmente in Nigeria (ma anche in India, Pakistan, Etiopia), il *gap* maschi > femmine è aumentato fino al 1990; e poi ha iniziato a discendere, ma è tuttora maggiore che nel 1970.

Però, nell'Africa vista nel suo complesso, le cose vanno un po' meno male; l'aumento del *gap* è continuato solo fino al 1980, poi è progressivamente diminuito, ma sono ancora pochi gli Stati, eccetto che nel Sud-Africa, in cui c'è stato il "sorpasso". Le generazioni più giovani sono comunque nettamente più scolarizzate delle generazioni "adulte", sicché il livello di scolarità delle donne fertili è in futuro in inevitabile aumento, con le conseguenze positive che, abbiamo visto, possono considerarsi provate.

EQUITY AS A SHARED VISION FOR HEALTH AND DEVELOPMENT

Lancet 2010;376:929

Questo è l'editoriale con cui *Lancet* accompagna (e conclude) la lunga esposizione dei lavori della Commissione. Afferma l'editoriale che il lavoro della Commissione è stato largamente positivo; che ha messo in evidenza che l'aspetto educazionale (vedi sopra) ha un ruolo primario; e che ha messo in evidenza alcuni dei difetti, alcune ristrettezze, e la mancanza di una visione d'insieme dei MDG. In futuro, i "goal" potrebbero essere sostituiti con dei "principi". Uno dei difetti degli MDG è la mancanza di attenzione per i *non-communicable diseases*, NCD, ipertensione, diabete, obesità, che oggi cominciano a mordere il popolo africano (sfiorato, nella sua miseria, da una comunque maggiore disponibilità di cibo, magari nella fascia meno povera). L'altro, la parola e lo spirito che forse produrrebbero questo effetto di "insieme", potrebbe essere (ne abbiamo già parlato): "equità"; la ricerca e la produzione di una equità relativa ma accettabile, una riduzione delle inaccettabili inequità presenti. "Central to the Commission is the issue of equity". In questa direzione, come suggeriscono UNICEF e *Save the Children*, potrebbe andare la decisione di indirizzare le risorse ai Paesi più poveri e, in ciascun Paese, alla parte più povera e più a rischio della popolazione. Questa scelta, secondo i calcoli dell'UNICEF, avrebbe un effetto di un 60% più in-

cisivo sul dato bruto della mortalità pediatrica; e anche, forse, un effetto sociale più significativo. Ma equità, o riduzione delle disparità, o senso di fratellanza, dovrebbe esserci anche tra i Paesi diversi, mentre il *gap* tra Paesi ricchi e Paesi poveri non è mai stato così grande. Gli aiuti internazionali sono ancora necessari, dopo che tutto il mondo, a parole, si è accordato sulla necessità di sforzarsi di accorciare le distanze tra Paesi e di aumentare il contributo finanziario. Secondo un commento giapponese, l'opinione pubblica di quel Paese è favorevole all'impegno economico per gli aiuti internazionali. Ma un sondaggio dell'*Institute of Development Studies* ha messo in evidenza che, sebbene la maggioranza (degli inglesi) consideri moralmente giusto aiutare lo sviluppo, più della metà di loro considera che gli aiuti economici siano uno spreco di risorse.

Commento

A questo punto, i commenti potrebbero sembrare ancora più retorici dei comunicati ufficiali che in qualche misura hanno il dovere di esserlo. Per attenuare questa deriva retorica, aggiungiamo che è ben chiaro a tutti che gli aiuti non possono bastare, che occorre che i Paesi aiutati si muovano, che camminino con le loro gambe, che cambino politica, dai privilegi alle classi dirigenti corrotte e dal furto delle risorse in complicità con i predatori bianchi (che siamo noi!!! anche questo va ricordato!) a una più equa distribuzione della ricchezza, con una scuola e una sanità accessibili a tutti.



AFRICA FACES AN UPHILL STRUGGLE TO REACH THE MDGs

WAKABI W

Lancet 2010;376:943-4

In Africa, sinora solo Algeria, Capo Verde, Malawi, Mali, Eritrea e Seychelles hanno raggiunto il bersaglio "test" dei MDG per la mortalità infantile; ma tra questi c'è un Paese molto povero, l'Etiopia, e un Paese ancora più povero, il Malawi, che hanno saputo fare una politica di sanità diffusa mandando i loro "medici scalzi" (in bicicletta) di villaggio in villaggio; altri Stati molto poveri, Niger e Mozambico, sono vicini a raggiungere gli obiettivi indicati dal MDG; altri ancora, usciti dai conflitti interni più sanguinosi, come il Ruanda, hanno cambiato positivamente il loro atteggiamento e i loro rapporti con il mondo occidentale accettandone, più che gli aiuti, la collaborazione sul campo e gli insegnamenti "buoni", svolgendo una politica di implementazione della sanità di base, periferizzata, una moderna implementazione della contraccezione e una diffusa assistenza sanitaria al parto; oppure, come l'Uganda, hanno già ridotto significativamente l'endemia di AIDS mediante un consapevole coinvolgimento della popolazione, mentre, a Gibuti (ecco l'effetto dell'educazione), sono state le donne a organizzarsi in comunità per garantire l'assistenza materno-infantile. Dunque, qualcosa si è mosso; qualcosa si muove. Ma occorrono ancora dei soldi: almeno 32 miliardi di \$ per i prossimi 5 anni. Soldi che forse, anche per merito delle indicazioni contenute negli MDG, non andranno tutti nelle tasche dei potenti.

Quello che dovevamo dire lo abbiamo detto: che tutto questo non è SOLO per aiutare i più poveri (che sono anche, come l'Africa, i più derubati e i più sfruttati del mondo), ma anche per salvare il mondo. *Save the World!*

