

La salute materna dai finanziamenti al campo. Le politiche che fanno la differenza. Rapporto 2010

350 milioni di coppie non hanno accesso a contraccettivi moderni e alle informazioni che permetterebbero loro di decidere quanti figli avere e quando. Oltre 14 milioni di adolescenti diventano madri tra i 15 e i 19 anni. Almeno 536.000 donne ogni anno muoiono per complicazioni legate alla gravidanza e al parto e circa 68.000 per essersi sottoposte ad aborti non sicuri. Secondo il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), a livello globale il tasso annuo di mortalità materna è diminuito di meno dell'1% tra il 1990 e il 2005.

Di questo passo è davvero improbabile il raggiungimento del quinto Obiettivo di sviluppo del Millennio: accesso universale alla salute riproduttiva - vale a dire ai servizi che tutelano la salute della donna e alle informazioni che permettono di decidere quanti figli avere e quando - e riduzione di tre quarti del tasso di mortalità materna.

Quali sono le cause di questo fallimento? Quali le vie di uscita?

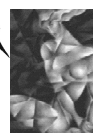
1. Anche quando l'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) aumenta, le risorse per la salute sessuale e riproduttiva diminuiscono

- dal 1990 al 2008 l'APS è generalmente aumentato; il trend è stato in crescita soprattutto a partire dal 2000, anno dell'adozione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs);
- dalla fine degli anni '90 anche la spesa per la salute globale è aumentata, ma nel 2007 si è verificata una prima flessione;
- si è assistito ad una crescita dei finanziamenti al settore 'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva' a partire dal 1993, in vista della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo del 1994; la prima battuta di arresto si è registrata nel 2006;
- il totale dei finanziamenti resta ancora inferiore al bisogno: nel 2009, mentre si è registrato un generale calo degli aiuti, l'UNFPA ha stimato che i Paesi donatori dovrebbe triplicare i propri investimenti passando da 8 a 23 miliardi di dollari annui per far fronte ai bisogni insoddisfatti di salute riproduttiva
- sono stati ottenuti parziali successi per il 6° Obiettivo (combattere AIDS, malaria e altre malattie), siamo però ancora molto lontani dal raggiungimento del 5° Obiettivo (migliorare la salute materna e garantire l'accesso universale alla salute riproduttiva);
- le risorse per la salute sono canalizzate prevalentemente verso malattie quali HIV/AIDS e malaria ("approccio verticale");
- il 75% dei fondi destinati a "assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva" nel 2007 sono stati orientati principalmente verso attività di controllo delle malattie a trasmissione sessuale, tra cui l'HIV/AIDS, a discapito della pianificazione familiare e dei servizi per la salute riproduttiva
- In particolare, i servizi di pianificazione familiare, che nel 1997 ricevevano il 40% del totale destinato alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva - e ne ricevevano ben il 55% nel 1995 - sono scesi fino al 5% nel 2007
- In generale, quindi, nel decennio 1997-2007, mentre i finanziamenti per le attività di lotta alle malattie a trasmissione sessuale e all'HIV/AIDS sono saliti da 294 milioni di dollari fino a oltre 6 miliardi, i finanziamenti relativi alle attività di pianificazione familiare sono scesi da 663 a 438 milioni.
- secondo UNFPA, la diminuzione dei finanziamenti per la pianificazione familiare potrebbe avere implicazioni gravissime sul 5° Obiettivo
- Mentre la percentuale di persone che hanno accesso ai servizi HIV/AIDS è cresciuta di 24 punti percentuali in quattro anni (2003-2007), la percentuale di persone che hanno accesso a servizi che non sono obiettivi immediati di iniziative verticali per la salute, ma che rientrano invece nei piani sanitari nazionali - come nel caso dei servizi di salute materna - è cresciuta di soli quattro punti percentuali in sedici anni (1990-2006)

Contributo dei paesi donatori alle attività di assistenza alla popolazione



act:onaid



Federation for Women
and Family Planning

I maggiori donatori sono Stati Uniti, Regno Unito, Paesi Bassi, Giappone, EU, Svezia, Norvegia, Canada, Francia. Ma in rapporto al PIL di ogni paese sono da evidenziare, nell'ordine, gli sforzi di:

- Lussemburgo (844 dollari/1 milione di PIL);
- Svezia (836);
- Paesi bassi (739);
- Norvegia (727);
- Irlanda (582);
- Regno Unito (462);
- Danimarca (459);
- (.....)
- USA (221);
- (.....)
- Germania (60);
- **Italia (19): penultima posizione.**

Per quanto riguarda le attività specifiche di **pianificazione familiare e salute riproduttiva**, salgono le posizioni di Germania, Norvegia e Svezia, e scendono quelle di Francia, Giappone e Irlanda (che concentrano i loro sforzi economici sull'AIDS).

2. La salute materna in tre studi di caso: Tanzania, Uganda, Nepal

Le cause dirette dell'alto tasso di mortalità sono riconducibili, per tutti e tre i paesi, principalmente all'inadeguatezza delle strutture sanitarie e delle infrastrutture a livello nazionale, all'assenza di personale qualificato, allo scarso accesso a metodi contraccettivi moderni. Anche le complicazioni legate all'aborto clandestino sono all'origine di una quota consistente di morti materne: il Governo del Nepal ha registrato una considerevole diminuzione della mortalità materna grazie alla legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Inoltre, spesso diversi fattori socio-culturali rendono ulteriormente difficile l'accesso a strutture e servizi sanitari, in particolare per le donne, condizionate nelle loro scelte dal contesto familiare e sociale, a partire dalla decisione di quanti figli avere e quando, e non raramente vittime di violenza.

A questo si aggiunge che in molti casi le priorità dei donatori non corrispondono alle priorità stabilite a livello nazionale e con le necessità della popolazione beneficiaria.

2.1 TANZANIA

- si è verificata una crescita dei finanziamenti al settore della assistenza alla popolazione: da 35 milioni di dollari nel 1997 a 223 milioni nel 2007;
- nel 2004 i finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione hanno superato quelli totali per il settore sanitario;
- nonostante questo trend positivo, il tasso di mortalità materna in Tanzania dal 1996 al 2006 è salito da 529 a 578 morti per ogni 100,000 nati vivi (secondo Unicef il valore è ancora più alto e da aggiustare a 950);
- come è possibile che ad una crescita dei fondi per il settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva non corrispondano miglioramenti su salute materna?

Le cause della mortalità materna in Tanzania

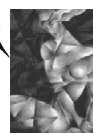
- oltre il 75% delle morti materne avviene durante il travaglio e il parto o poco dopo. La maggior parte di questi decessi sono da imputare a ritardi nel raggiungere strutture sanitarie o alla scarsa qualità delle cure ricevute;
- scarse cure prenatali: solo il 15% delle donne riceve cure prenatali durante i primi 3 mesi di gravidanza;
- strutture e personale inadeguato: meno del 20% delle strutture sanitarie è in grado di fornire cure ostetriche di emergenza di base. Pochi ospedali distrettuali sono in grado di eseguire un taglio cesareo di emergenza; 1 medico e 4 infermieri/ostetriche ogni 10mila abitanti;
- solo il 47% delle nascite avviene in una struttura ospedaliera: la maggior parte delle donne partorisce a casa;
- le pratiche abortive clandestine causano sono tra le cause di complicazioni e morte;
- le donne che risiedono nelle aree rurali hanno difficile accesso a strutture sanitarie adeguate.

2.2 UGANDA

- i finanziamenti per l'assistenza alla popolazione sono cresciuti di 8 volte negli ultimi 10 anni (da 31 a 251 milioni di dollari);
- mentre i fondi per la lotta all'AIDS sono cresciuti di 16 volte fra il 2002 e i 2007, quelli per la pianificazione familiare sono drasticamente diminuiti (valori vicino allo zero);



act:onaid



*Federation for Women
and Family Planning*

- il tasso di mortalità materna è sceso da 880 (nel 2000) a 550 su 100,000 nati vivi (nel 2005): ma è ancora molto alto (in Italia è di 3/100,000);

Maternità, malattia e cultura in Uganda

- la gravidanza in Uganda, non è concepita come una malattia, quindi le donne non vedono la necessità di recarsi in strutture sanitarie se si percepiscono in normali condizioni fisiche;
- nella maggior parte delle zone rurali, sono le levatrici tradizionali che visitano le donne incinte a casa loro per verificare come si svolge la gravidanza e non vice-versa. E' quindi culturalmente comprensibile che la maggior parte delle nostre donne si rivolga ai centri sanitari solo in caso di emergenza: purtroppo in alcuni casi è troppo tardi per salvare loro la vita;
- è forte la discrepanza fra un modello sanitario di importazione occidentale e il sistema autoctono di riferimenti culturali;

2.3 NEPAL

- si è verificata una crescita dei finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva dal 1997 (16 milioni di Dollari) al 2006 (53 milioni);
- all'interno del settore, però, vi è equilibrio fra le varie voci, legato al fatto che in Nepal l'HIV (tasso di prevalenza < 0,4% pop. adulta) non è un'emergenza come in Africa sub-sahariana.
- nel 2007 c'è stato un drastico dimezzamento (25 milioni);

Mortalità materna e interruzione volontaria di gravidanza in Nepal

- le cure prenatali sono inadeguate;
- assenza di personale qualificato nell'assistenza ai parti: solo il 19% delle nascite è assistito da ostetriche qualificate (14% nelle aree rurali);
- meno del 20% dei parti in Nepal avviene in una struttura ospedaliera;
- parte delle strutture sanitarie stanno venendo privatizzate e pertanto l'accesso, a causa degli elevati costi, è diventato proibitivo per la maggioranza della popolazione rurale;
- le morti materne in Nepal sono dovute a scarse cure prenatali e a parti non assistiti da personale qualificato;
- il Nepal è uno fra i pochi paesi a medio e basso reddito dove, fra i servizi per la salute riproduttiva, è prevista anche l'assistenza all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e sono disponibili anche il Protocollo terapeutico completo per l'aborto (Comprehensive Abortion Care - CAC) e il protocollo post aborto (Post Abortion Care - PAC);
- questi servizi sono ancora poco diffusi e risentono dello stigma sociale, ma hanno già consentito di ridurre il numero di donne ricoverate per complicazioni relative all'aborto insicuro e la gravità delle patologie connesse, contribuendo a far diminuire anche la mortalità materna, come riportato dalle fonti governative;

3. Conclusioni e raccomandazioni

- l'approccio "verticale", ossia focalizzato su un'unica malattia, adottato in campo sanitario dalla comunità internazionale non è riuscito a garantire un accesso armonico ai servizi sanitari;
- mentre la percentuale di persone che hanno accesso ai servizi HIV/AIDS è cresciuta di 24 punti in quattro anni (2003-2007), la percentuale di persone che hanno accesso a servizi che non sono obiettivi immediati di iniziative verticali per la salute, ma che rientrano invece nei piani sanitari nazionali - come nel caso dei servizi di salute materna - è cresciuta di soli quattro punti in sedici anni (1990-2006);
- per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e quelli stabiliti dalla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (ICPD), i donatori dovrebbero :
 - **raddoppiare i finanziamenti annuali per i servizi di salute riproduttiva e quadruplicare quelli per le attività di pianificazione familiare;**
 - **mettere al centro dell'agenda politica il rafforzamento dei sistemi sanitari di base, inclusi i servizi sessuali e riproduttivi, e la formazione del personale sanitario e parasanitario;**
 - **allineare le strategie e le iniziative per la salute globale alle priorità stabilite da ciascun paese beneficiario,** tenendo in maggiore considerazione le esigenze manifestate a livello nazionale e locale dalle organizzazioni della società civile, delle comunità rurali, delle organizzazioni di donne, dei gruppi emarginati e vulnerabili
 - **adottino nella definizione, nella attuazione e nel monitoraggio di tutti i programmi e progetti di sviluppo per la salute un approccio di genere** che tenga conto dei diversi bisogni di uomini e donne, nel quadro di una uguaglianza di diritti e opportunità;



act:onaid



*Federation for Women
and Family Planning*