



# LA SALUTE MATERNA DAI FINANZIAMENTI AL CAMPO.

## LE POLITICHE CHE FANNO LA DIFFERENZA

Rapporto 2010

True Development  
Through Health

Non c'è sviluppo senza salute

**act:onaid**



German Foundation for  
World Population (DSW)



POLISH FEDERATION  
FOR WOMEN AND  
FAMILY PLANNING



Realizzato con il contributo dell'Unione Europea.

Realizzato nell'ambito della campagna "Non c'è sviluppo senza salute" - "True Development Through Health" (TDTH), co-finanziata dall'Unione Europea, che mira a promuovere e diffondere la conoscenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute e contribuire così a sensibilizzare i governi affinché le politiche per lo sviluppo assumano il raggiungimento di tali obiettivi come condizione essenziale per sradicare la povertà globale e promuovere lo sviluppo sostenibile.

**True Development  
Through Health**  
Non c'è sviluppo senza salute

Ricerca a cura di:  
**Marco Simonelli**

Contributi di:  
**Hamaton Mselenge Mdegela** (studio di caso Tanzania), **Paul Bukuluki Wako** (studio di caso Uganda),  
**Sharad Raj Onta** (studio di caso Nepal)

Ringraziamenti speciali a:  
**Daniela Colombo, Luca De Fraia, Rossana Scaricabarozzi, Livia Zoli**

Revisione ed editing:  
**Alice Grecchi, Natalia Lupi, Annalisa Stagni**

Grafica e impaginazione:  
**Marco Binelli**

Stampa:  
**Litostampa 3B Spoleto PG**

Redazione chiusa il 23 Dicembre 2009.

Partners del progetto TDTH:

**actionaid**



Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del progetto "True Development Through Health", co-finanziato dall'Unione Europea. Il contenuto della presente pubblicazione è responsabilità dell'organizzazione coordinatrice del progetto, AIDOS, e dei suoi partner, e non riflette in alcun modo l'opinione dell'Unione Europea.

# SOMMARIO

<b>INTRODUZIONE E SINTESI</b>	<b>02</b>
<b>SEZIONE 1</b>	
<b>L'aiuto pubblico allo sviluppo per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi</b>	<b>06</b>
<b>1.1</b> Il contributo dei paesi donatori alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva	<b>09</b>
<b>SEZIONE 2</b>	
<b>La salute materna in tre studi di caso</b>	<b>14</b>
<b>2.1 TANZANIA</b>	<b>15</b>
2.1.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva	<b>15</b>
2.1.2 Le cause della mortalità materna	<b>17</b>
2.1.3 L'accesso ai servizi di pianificazione familiare	<b>19</b>
2.1.4 Risultati raggiunti nel settore della salute materna	<b>20</b>
<b>2.2 UGANDA</b>	<b>21</b>
2.2.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva	<b>21</b>
2.2.2 La salute materna	<b>23</b>
2.2.3 Maternità, malattia e cultura	<b>25</b>
2.2.4 L'accesso ai servizi di pianificazione familiare	<b>26</b>
<b>2.3 NEPAL</b>	<b>27</b>
2.3.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva	<b>27</b>
2.3.2 La salute materna in Nepal	<b>29</b>
2.3.3 La legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza	<b>31</b>
2.3.4 L'accesso ai contraccettivi	<b>31</b>
<b>CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI</b>	<b>32</b>
<b>LISTA DEGLI ACRONIMI</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>37</b>

# INTRODUZIONE E SINTESI

“Non c'è sviluppo senza salute” è un progetto co-finanziato dall'Unione Europea che mira a promuovere e diffondere la conoscenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals - MDG) per la salute - riduzione di due terzi della mortalità infantile, di tre quarti della mortalità materna e contrasto alla diffusione dell'HIV/AIDS, della malaria e delle altre malattie - e a contribuire così a sensibilizzare i governi affinché le politiche per lo sviluppo assumano il raggiungimento di tali obiettivi come condizione essenziale per sradicare la povertà globale e promuovere lo sviluppo sostenibile.

Il primo rapporto prodotto dal progetto nel 2008 (“Le politiche che fanno la differenza. La salute e i diritti sessuali e riproduttivi per promuovere lo sviluppo”) faceva emergere l'esistenza di una divergenza tra fondi allocati e priorità di intervento delle politiche di sviluppo, che tendono ad allontanarsi dalla salute e dai diritti sessuali e riproduttivi, rispettivamente in termini di ammontare complessivo e di priorità stabilite. Il rapporto raccomandava la promozione di politiche inclusive e aperte alla partecipazione di tutti gli attori coinvolti, al fine di rafforzare i servizi relativi alla salute sessuale e riproduttiva e migliorare la comprensione dei relativi diritti mediante la cooperazione Nord-Sud e Sud-Sud.

In questo nuovo rapporto si vuole fornire una panoramica su quanto sta

accadendo in tema di salute sessuale e riproduttiva in alcuni paesi a medio e basso reddito. L'analisi dei dati sui progressi degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute indica infatti che siamo ancora molto lontani da ogni traguardo, in particolar modo per quanto concerne il quinto Obiettivo: migliorare la salute materna riducendo di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna e rendendo possibile, entro il 2015, l'accesso universale ai servizi di salute riproduttiva.

Indicazioni allarmanti emergono anche da altre fonti istituzionali che segnalano, ad esempio, la morte di 536.000 donne ogni anno per complicazioni legate alla gravidanza e di circa 68.000 per essersi sottoposte ad aborti non sicuri.<sup>1</sup>

Di questo passo è davvero improbabile il raggiungimento del quinto Obiettivo: 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, contro il 5.5% stimato per raggiungere l'obiettivo<sup>2</sup>.

Alla luce di queste premesse, il presente rapporto si propone di identificare le cause di tale fallimento, in particolare nei paesi del Sud del mon-

do, analizzando gli aiuti destinati al settore popolazione e salute sessuale e riproduttiva e inquadrandoli in una prospettiva dal campo.

La prima sezione presenta una panoramica sul flusso di aiuti. A livello globale emerge un volume dell'aiuto pubblico allo sviluppo generalmente cresciuto nell'ultimo decennio, in particolare a partire dal 2000, in seguito all'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. È contemporaneamente aumentata anche la spesa per la salute globale, per l'assistenza alla popolazione e per la salute sessuale e riproduttiva, nonostante l'ammontare complessivo dei finanziamenti rimanga comunque inferiore al necessario e più precisamente, secondo UNFPA, pari a un terzo. Tuttavia, a volte manca un equilibrio nella gestione dato che, ad esempio, il 75% dei fondi per l'assistenza alla popolazione e per 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.

Per quanto riguarda i finanziamenti stanziati dai singoli paesi, a livello quantitativo, nel periodo 2002-2007, i principali donatori per il settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva sono stati gli Stati Uniti, il Regno Unito, i Paesi Bassi, il Giappone e la Svezia, mentre se si analizzano i finanziamenti erogati in

<sup>1</sup> [www.unfpa.org/mothers/facts.htm](http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm). Cfr. anche il rapporto delle Nazioni Unite “Millennium Development Goals Report 2008” e il rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità “World Health Statistics Report 2009”.

<sup>2</sup> UNFPA, “Lo stato della popolazione del mondo 2008: Punti di convergenza: cultura, genere e diritti umani”, edizione italiana a cura di AIDOS, novembre 2009.



“Centro per la salute della donna”  
creato dall'organizzazione locale  
phtect-Nepal e AIDOS, Kirtipur, Nepal.  
Foto: Sheila McKinnon.

rapporto al Prodotto Interno Lordo, la classifica cambia e come principali donatori risultano Lussemburgo, Svezia, Paesi Bassi, Norvegia, Irlanda, Regno Unito e Danimarca. Rispetto ai contributi di ogni paese alle attività specifiche di pianificazione familiare e ai servizi per la salute riproduttiva, a livello bilaterale<sup>3</sup>, nel periodo 2002-2007, i maggiori paesi donatori sono stati gli Stati Uniti, il Regno Unito, la Germania e i Paesi Bassi, mentre a livello multilaterale la maggior parte dei finanziamenti sono pervenuti dall'UNFPA. Sommando quindi, per queste due specifiche voci di attività, i contributi bilaterali a quelli destinati

<sup>3</sup> I contributi bilaterali finanziano interventi a gestione diretta di amministrazioni pubbliche oppure affidati a Ong o imprese in un Pvs con il quale il Paese donatore ha direttamente concordato l'iniziativa di sviluppo. I contributi multilaterali finanziano invece organismi internazionali che decidono come e dove utilizzare le risorse (si tratta di contributi obbligatori che il paese donatore deve periodicamente effettuare, sulla base di una ripartizione fissata al momento dell'adesione all'organismo internazionale e di contributi volontari che il paese donatore negozia di volta in volta).

alle agenzie multilaterali, gli Stati Uniti risultano essere il maggior donatore, seguito dal Regno Unito. Salgono inoltre, in questa classifica, le posizioni di Germania, Norvegia e Svezia, mentre scendono Francia, Giappone e Irlanda, che concentrano una grossa percentuale dei propri finanziamenti su attività di controllo, prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmissibili.

Nella seconda sezione del rapporto vengono presentati gli studi di caso di Tanzania, Uganda e Nepal. I tre paesi sono stati selezionati in relazione ai dati statistici sulla mortalità materna e sull'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, e in seguito a un'analisi dei rispettivi successi e/o insuccessi nel raggiungimento del quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio. In tutti e tre i casi, nonostante negli ultimi anni si sia registrato un costante aumento del flusso di aiuti a

favore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, emerge un tasso di mortalità materna ancora molto alto. Questo potrebbe esser messo in relazione alla mancanza di equilibrio nella gestione dei fondi per il settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, già evidenziata a livello globale, e che nei casi di Tanzania e Uganda è ancora più accentuata.

Le cause dirette dell'alto tasso di mortalità sono riconducibili, per tutti e tre i paesi, principalmente all'ineadeguatezza delle strutture sanitarie e delle infrastrutture a livello nazionale e al fatto che le priorità dei donatori spesso non corrispondono alle necessità locali. A questo si aggiungono fattori socio-culturali che in alcuni casi aggravano ulteriormente il difficile accesso a strutture e servizi sanitari.

## NOTA METODOLOGICA

La panoramica sul flusso di aiuti destinati al settore popolazione e salute riproduttiva, presente nella prima sezione, si basa principalmente sui dati contenuti nei rapporti "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007" pubblicato da UNFPA - Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione e NIDI - Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute<sup>4</sup>; "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009", pubblicato da DSW - Fondazione tedesca per la popolazione mondiale e EPF - Forum parlamentare europeo su popolazione e sviluppo, di cui AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo ha pubblicato la Sintesi italiana "Mappatura europea degli aiuti allo sviluppo e dell'assistenza alla popolazione"<sup>5</sup>; e nel database Creditor Reporting System (CRS) dell'OCSE-DAC - Comitato di Aiuto allo Sviluppo dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico<sup>6</sup>.

Nella classificazione del Comitato per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (Development Assistance Committee - DAC) dell'OCSE, le attività relative a salute materna e salute sessuale e riproduttiva rientrano nel settore dell'Assistenza alla Popolazione e Salute Riproduttiva (*Population Pol/Progr. & Reproductive Health*), e non nel settore della Salute (*Health*). Nello specifico, all'interno del settore dell'Assistenza alla Popolazione e Salute Riproduttiva rientrano i seguenti sottosectori (*purpose codes*):

- \* **policy e gestione amministrativa** - che include attività relative a: politiche per la popolazione e lo sviluppo; censimento, registrazione nascite; dati sulle migrazioni; ricerche e analisi demografiche; ricerche sulla salute riproduttiva; attività riguardanti la popolazione non specificate.
- \* **servizi per la salute riproduttiva** - che include attività di: promozione della sa-

lute riproduttiva; cura pre e post parto, incluso il parto; prevenzione e trattamento dell'infertilità; prevenzione e gestione delle conseguenze dell'aborto; attività per la sicurezza della maternità.

- \* **pianificazione familiare** - che include attività di: servizi di pianificazione familiare inclusi i consultori; attività di informazione, educazione e comunicazione (IEC); distribuzione dei contraccettivi; formazione e abilità progettuali.
- \* **controllo delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) incluso l'HIV/AIDS** - che include tutte le attività correlate alle malattie sessualmente trasmissibili inclusa l'HIV/AIDS ad esempio informazione, educazione e comunicazione; test; prevenzione, trattamenti e cure.
- \* **formazione del personale sulla salute riproduttiva** - che include attività di educazione e formazione del personale medico per la popolazione e nel settore della salute riproduttiva.

I sottosectori (*purpose codes*) dell'OCSE/DAC non corrispondono perfettamente alle sotto-categorie identificate dalla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo (International Conference on Population and Development - ICPD). Secondo la classificazione ICPD, all'interno del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva ricadono infatti le seguenti sotto-categorie:

- \* **servizi di pianificazione familiare** - disponibilità e distribuzione di contraccettivi; sviluppo di competenze per l'informazione, la formazione e la comunicazione sulla pianificazione familiare e sulle tematiche relative alla popolazione e allo sviluppo; sviluppo di competenze a livello nazionale attraverso servizi di supporto alla formazione; sviluppo delle infrastrutture e miglioramento delle strutture; sviluppo di politiche e valutazione dei programmi; gestione di sistemi di informazione; servizi per statistiche di base; sforzi finalizzati ad assicurare cure di buona qualità.
- \* **servizi di base per la salute riproduttiva** - informazione e servizi di cura prenatale, post-natale e sul parto sicuro; interruzione volontaria di gravidanza<sup>7</sup>; informazione, formazione e comunica-

zione sulla salute riproduttiva (incluse le malattie sessualmente trasmissibili), sulla sessualità e la paternità/maternità responsabili e su pratiche nocive; servizi di consulenza adeguati; diagnosi e cura delle MST e di altre infezioni all'apparato riproduttivo; prevenzione della sterilità e cure appropriate, dove possibile; servizi di formazione e consulenza sulle MST, incluso l'HIV/AIDS, e sulle complicazioni legate alla gravidanza e al parto.

- \* **programma per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili/HIV/AIDS** - programmi educativi scolastici e attraverso i mass media; promozione dell'astinenza volontaria e del comportamento sessuale responsabile; ampia distribuzione di preservativi.
- \* **ricerche di base, analisi di dati, analisi delle politiche per la popolazione e lo sviluppo** - sviluppo delle competenze a livello nazionale attraverso il supporto di analisi e raccolte dati di tipo demografico e relative ai programmi; sviluppo di analisi, ricerche e politiche; formazione.

Nel corso di questo rapporto utilizzeremo comunque sia le classificazioni OCSE/DAC che le classificazioni ICPD, specificando di volta in volta a quale sistema di classificazione ci stiamo riferendo.

Nella seconda sezione del rapporto, dedicata all'analisi delle condizioni sanitarie di Tanzania, Uganda e Nepal, si è cercato di fornire una reale prospettiva dal campo, dando voce a operatori sanitari ed esperti in sanità pubblica impegnati a livello locale. A questo scopo è stato preparato un questionario con domande a risposta aperta volte a indagare le possibili ragioni dell'insuccesso nel raggiungimento del quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio volto a promuovere la salute materna. Il questionario è stato poi sottoposto a esperti di salute sessuale e riproduttiva dei tre paesi, selezionati tramite le organizzazioni coinvolte nel progetto "Non c'è sviluppo senza salute". Le informazioni contenute nelle risposte ai questionari hanno fornito la base per lo sviluppo della seconda sezione del rapporto.

4 [www.resourceflows.org/](http://www.resourceflows.org/). Dal 1997 UNFPA in collaborazione con il NIDI ha avviato un progetto "The Resource Flows Project" per monitorare il flusso di finanziamenti globali alle attività di assistenza alla popolazione.

5 [www.euroresources.org/euromapping.html](http://www.euroresources.org/euromapping.html) per la versione originale e [www.aidos.it/ita/publicazioni/publicazioni.php?sezione=12](http://www.aidos.it/ita/publicazioni/publicazioni.php?sezione=12) per la sintesi italiana "Mappatura europea degli aiuti allo sviluppo e dell'assistenza alla popolazione", a cura di AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo, novembre 2009.

6 <http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>. Questo database - che viene compilato dagli uffici statistici dei paesi OCSE - riporta la lista di tutti gli interventi di sviluppo promossi dai vari Paesi DAC, classificandoli per anno di intervento, paese donatore, paese ricevente e Regione, spesa, settore/sotto-settore di intervento.

7 La Conferenza su Popolazione e Sviluppo del Cairo riafferma che l'interruzione volontaria di gravidanza non deve essere utilizzata come metodo di pianificazione familiare ed enuncia i pericoli di un aborto non sicuro (Programma di Azione, par. 8.25). Fonte: AIDOS, "Salute sessuale e riproduttiva: una questione di diritti - Le tappe fondamentali per la salute e i diritti riproduttivi a livello globale. I programmi internazionali 1968 - 2003", 2003.

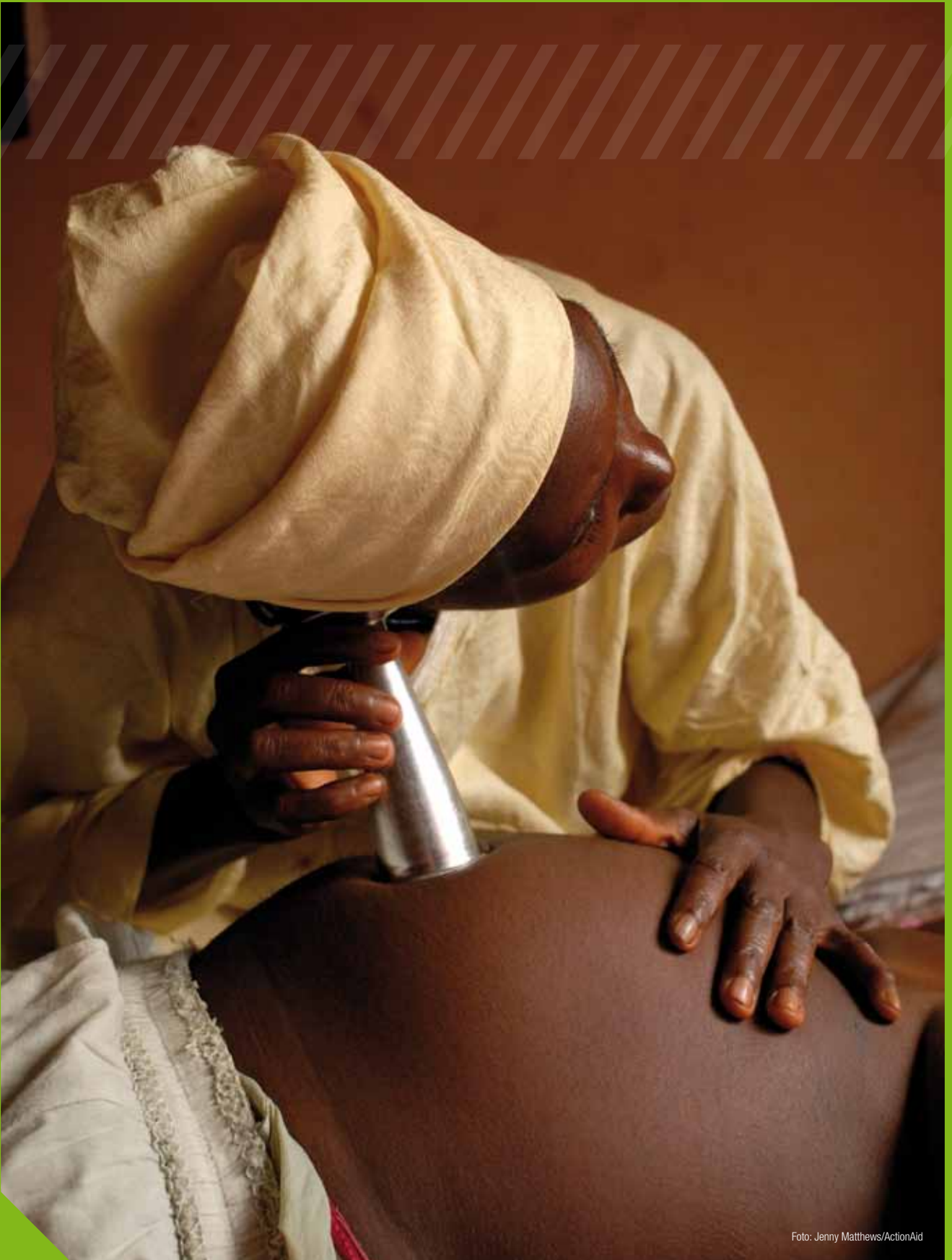


Foto: Jenny Matthews/ActionAid

# SEZIONE 1

L'aiuto pubblico  
allo sviluppo  
per la salute  
e i diritti sessuali  
e riproduttivi





Secondo il rapporto "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009", il volume dell'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) è generalmente cresciuto dal 1990 al 2008 e in particolare, con l'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, si è registrata una vistosa e imponente crescita<sup>8</sup>. Anche la spesa per la salute globale, a partire dalla fine degli anni Novanta, è aumentata sensibilmente, registrando importanti contributi delle diverse partnership globali pubblico-private, anche se nel 2007 si è registrata una prima flessione. Allo stesso modo, dagli inizi degli anni Novanta, i finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva sono cresciuti. Un primo sensibile aumento è stato registrato nel 1993, in coincidenza con la definizione dei costi relativi alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva per l'imminente Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (International Conference on Population and Development - ICPD) del Cairo del 1994. Nel 2000 si registra una ancora più visibile crescita, con l'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. In particolare, negli anni che vanno dal 2001 al 2005, i finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva sono cresciuti in media, annualmente, del 30% circa. Nel 2006, con una crescita dei finanziamenti solo del 4% rispetto all'anno precedente, è avvenuta la prima battuta di arresto, nonostante segnali di ripresa positiva si siano già verificati nel 2007, con una crescita pari al 12%<sup>9</sup>.

Tuttavia, nonostante un aumento più

8 "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009", p. 17, op.cit. Si veda anche la Sintesi italiana: "Mappatura europea degli aiuti allo sviluppo e dell'assistenza alla popolazione, a cura di AIDOS, 2009, p. 7, op.cit. Bisogna comunque precisare che tra il 1990 e il 2008 la quota di cancellazione del debito è stata pari al 9,2% di tutto l'APS. Al netto delle cancellazioni del debito quindi, dal 1994 al 2001 l'APS dei membri DAC scende al di sotto dei livelli del 1991 (valore costante).

9 UNFPA/NIDI, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007", op.cit.

o meno costante dei finanziamenti, il totale resta inferiore al bisogno. Per il 2009, per le attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva a livello globale, l'UNFPA ha stimato<sup>10</sup> un bisogno finanziario di circa 68 miliardi di dollari, un terzo dei quali (23 miliardi) provenienti dai paesi donatori che dovrebbero quindi quasi triplicare i propri finanziamenti al settore rispetto al contributo di 8 miliardi versato nel 2008. Questo divario finanziario è dovuto principalmente al fatto che gli obiettivi finanziari dell'ICPD sono stati stabiliti oltre quindici anni fa quando la situazione sanitaria mondiale era molto differente da quella odierna e, in particolare, la pandemia di HIV/AIDS non aveva ancora raggiunto le attuali drammatiche proporzioni.

Se pure le risorse per la salute globale, a partire dall'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, sono costantemente aumentate - a parte la flessione del 2007 -, bisogna tuttavia evidenziare che esse sono state investite soprattutto nel contrasto di specifiche malattie con un peso rilevante in termini di mortalità, quali l'HIV/AIDS e la malaria. Se dunque sono stati ottenuti innegabili successi nel raggiungimento del sesto Obiettivo - combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie - per quanto concerne il quinto Obiettivo - migliorare la salute materna - siamo ancora molto lontani dal traguardo. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nei paesi del Sud del mondo, e in particolare nel continente africano, la possibilità di sopravvivenza di una madre ha registrato miglioramenti minimi rispetto a quindici anni fa<sup>11</sup>. Secondo l'UNFPA, il raggiungimento del quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio è già seriamente compromesso dato che la mortalità

10 UNFPA Press Release, "\$64.7 billion Needed for Population Programmes to Curb Poverty", 6 April 2009: [www.unfpa.org/public/News/pid/2441](http://www.unfpa.org/public/News/pid/2441)

11 World Health Organization, "World Health Statistics Report - 2009"; cfr. anche United Nations, "Millennium Development Goals Report - 2008".

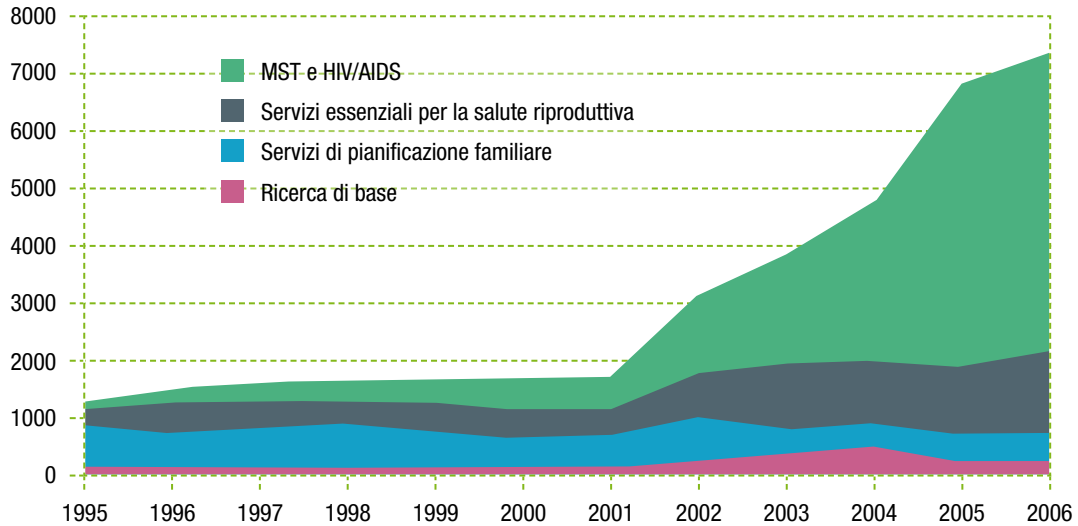
materna a livello globale -fra il 1990 e il 2005 - è diminuita annualmente di meno dell'1%, rispetto al valore del 5,5% stabilito per raggiungere l'Obiettivo<sup>12</sup>. Per comprendere quali siano le ragioni dell'insuccesso dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio per la salute materna e la salute riproduttiva, bisogna analizzare la distribuzione dei finanziamenti all'interno dei settori della sanità e in particolare del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva. Secondo la definizione adottata alla Conferenza del Cairo, tale settore comprende quattro categorie, delle quali quella relativa al controllo delle malattie a trasmissione sessuale (MST), incluso l'HIV/AIDS ha assorbito la maggior parte delle risorse (Fig.1).

Come mostra la Tabella 1, mentre la spesa per le attività relative alle malattie a trasmissione sessuale, incluso l'HIV/AIDS, che nel 1997 assorbiva il 18% delle risorse destinate al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, è cresciuta fino ad assorbire, nel 2007, il 75% del totale, la spesa per i servizi di salute riproduttiva è costantemente diminuita, passando dal 27% sul totale delle risorse nel 1997 al 17% nel 2007. Le aree maggiormente colpite dal progressivo aumento dei fondi a favore delle malattie sessualmente trasmissibili sono stati i servizi di pianificazione familiare e la ricerca. In particolare, i servizi di pianificazione familiare, che nel 1997 ricevevano il 40% del totale delle risorse destinate alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva (e ne ricevevano ben il 55% nel 1995), sono scesi fino alla bassissima percentuale del 5% nel 2007.

12 UNFPA, "Lo stato della popolazione del mondo 2008: Punti di convergenza: cultura, genere e diritti umani", edizione italiana a cura di AIDOS, [www.aidos.it/ita/pubblicazioni/index.php?idPagina=521](http://www.aidos.it/ita/pubblicazioni/index.php?idPagina=521)

\* **Figura 1:** Ripartizione delle risorse finanziarie al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, anni 1995-2006, in milioni di US\$

Fonte: elaborazione Euromapping 2009 su dati UNFPA/NIDI



\* **Tabella 1:** Ripartizione delle risorse finanziarie al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, per attività; anni 1997-2007, in milioni di US\$ e in percentuale

Fonte: UNFPA e NIDI, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007"

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Servizi di pianificazione familiare</b>	653 (40%)	723 (43%)	612 (37%)	518 (29%)	605 (30%)	725 (23%)	405 (11%)	445 (9%)	501 (7%)	394 (5%)	438 (5%)
<b>Servizi essenziali per la salute riproduttiva</b>	441 (27%)	370 (22%)	497 (30%)	516 (29%)	492 (24%)	782 (25%)	1091 (28%)	1037 (22%)	1136 (17%)	1478 (20%)	1490 (17%)
<b>MST e HIV/AIDS</b>	294 (18%)	336 (20%)	381 (23%)	575 (32%)	794 (39%)	1339 (42%)	1862 (48%)	2755 (57%)	4885 (72%)	5102 (70%)	6575 (75%)
<b>Ricerca di base</b>	245 (15%)	252 (15%)	182 (11%)	163 (9%)	156 (8%)	316 (10%)	489 (13%)	576 (12%)	278 (4%)	342 (5%)	263 (3%)
<b>TOTALE (in milioni di dollari, valore corrente)</b>	1632 (100%)	1581 (100%)	1655 (100%)	1781 (100%)	2051 (100%)	3162 (100%)	3847 (100%)	4813 (100%)	6800 (100%)	7318 (100%)	8767 (100%)

In conclusione, nel decennio 1997-2007, mentre i finanziamenti per le attività di lotta alle malattie a trasmissione sessuale e all'HIV/AIDS sono passati da 294 milioni di dollari a oltre 6 miliardi di dollari, i finanziamenti relativi alle attività di pianificazione familiare sono scesi da 663 a 438 milioni

di dollari. Secondo l'UNFPA<sup>13</sup>, questa continua decrescita dei finanziamenti per le attività di pianificazione familiare è estremamente preoccupante e, se non fosse invertita, potrebbe avere serie implicazioni sulle capacità

di molti paesi nel rispondere concretamente ai bisogni non soddisfatti di molte donne e contemporaneamente mettere a repentaglio gli sforzi finora fatti per prevenire la mortalità materna e infantile ed eventuali gravidanze indesiderate.

<sup>13</sup> UNFPA/NIDI, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007", p. 32

# 1.1

## Il contributo dei paesi donatori alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva

Secondo le analisi dell'UNFPA e del Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI)<sup>14</sup>, nel periodo 2002-2007, gli Stati Uniti, con oltre 13 miliardi di dollari, sono stati il principale paese donatore per le attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva. Nello stesso periodo, fra i donatori europei svetta il Regno Unito, che con una costante crescita annuale delle erogazioni - solo nel 2007 ha stanziato oltre un miliardo di dollari - ha contribuito per oltre 4 miliardi di dollari, e a seguire i Paesi Bassi con 2,4 miliardi di dollari (cfr. Tabella 2).

In rapporto al Prodotto Interno Lordo - sempre secondo le analisi dell'UNFPA e del NIDI - sono però da evidenziare, per l'anno 2007, gli sforzi di paesi quali il Lussemburgo (che ha destinato 844 dollari per ogni milione di dollari di PIL), la Svezia (836 dollari), i Paesi Bassi (739 dollari), la Norvegia (727 dollari), l'Irlanda (582 dollari), il Regno Unito (462 dollari) e la Danimarca (459 dollari). Gli Stati Uniti,

invece, nel 2007, per ogni milione di dollari di Prodotto Interno Lordo, ne hanno destinati solamente 221 alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, la Germania solo 60 (ben oltre al di sotto della media dei paesi donatori, pari a 197 dollari) mentre l'Italia, con 19 dollari per ogni milione di dollari di PIL, ricopre l'ultima posizione. Il contributo italiano, estremamente basso, potrebbe tuttavia essere in parte dovuto al fatto che il governo italiano non ha risposto in maniera esauriente, o per alcuni anni non ha risposto affatto, alle indagini condotte dall'UNFPA e dal NIDI<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Le analisi di UNFPA infatti sembrano non considerare i finanziamenti italiani al Fondo Globale per la lotta ad AIDS, Malaria e Tubercolosi (GFATM). Secondo il database del Fondo Globale, l'Italia avrebbe versato 121 milioni di dollari nel 2004, 124 milioni nel 2005 e 180 milioni nel 2006 e ancora 180 milioni nel 2007. Il Rapporto UNFPA/NIDI comunque evidenzia per l'Italia che per l'anno 2004 "Non sono pervenute informazioni sui contributi generali per le organizzazioni intermedie. Per questo i dati relativi al 2004 sono stati considerati pari a quelli del 2003" e che per il 2006 "Non sono pervenute informazioni su spese relative a progetti/programmi. Per questo i dati sulle spese relative a progetti/programmi sono state considerate pari a quelle del 2005". C'è a questo punto da chiedersi se e come l'Italia, nel corso degli anni, abbia risposto ai questionari inviati da UNFPA/NIDI per questo lavoro di monitoraggio dei flussi finanziari per il settore dell'assistenza alla popolazione. Il questionario UNFPA/NIDI infatti, prevede una parte nella quale inserire, da parte del paese donatore, i propri contributi al Fondo Globale. Il Rapporto "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009" ([www.euroresources.org/euromapping.html](http://www.euroresources.org/euromapping.html)) - che utilizza dati UNFPA/NIDI, relega l'Italia al diciottesimo posto fra i paesi donatori europei per l'assistenza alla popolazione.

Durante le ultime tre conferenze parlamentari internazionali sull'implementazione del programma di azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo - tenutesi a Ottawa (2002), Strasburgo (2004) e Bangkok (2006) - i parlamentari europei si sono accordati sulla necessità che ogni paese donatore destini almeno il 10% del totale del proprio aiuto pubblico allo sviluppo alle attività di assistenza alla popolazione e salute riproduttiva<sup>16</sup>. Oltre agli Stati Uniti, nel periodo 2002-2007, fra i paesi europei solo l'Irlanda, i Paesi Bassi, il Regno Unito, la Norvegia e la Svezia hanno superato o si sono avvicinati a questa soglia, mentre la Germania e l'Italia, con valori percentuali inferiori rispettivamente al 2% e all'1%, ne sono stati ancora molto lontani.

Come abbiamo visto in precedenza, la maggior parte dei finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva è stata assorbita dalle attività per il controllo delle malattie a trasmissione sessuale, inclusa l'HIV/AIDS, alle quali, dal 2005 è

<sup>16</sup> Cfr. "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009" ([www.euroresources.org/euromapping.html](http://www.euroresources.org/euromapping.html)), p. 39.

<sup>14</sup> UNFPA/NIDI, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007". All'interno di questi finanziamenti vengono conteggiati anche le spese per attività di organizzazioni internazionali, banche per lo sviluppo e paesi donatori che pur rientrando nelle sotto-categorie del Cairo ricadono sotto diverse categorie dell'OCSE/DAC.

**Tabella 2:**

Principali paesi donatori per il settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva (somma dei canali bilaterale, multilaterale, multilaterale e fondi propri delle ONG), anni 2002-2007, valori in milioni di US\$

Fonte: elaborazione dati ActionAid, novembre 2009 da UNFPA/NIDI "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007".

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totale 2002-2007
Stati Uniti	962,9	1807,6	1807,6	3010,6	2535,6	3065,8	13190,1
Regno Unito	168,8	589,6	570,1	711,6	863,7	1137,3	4041,1
Paesi Bassi	164,3	275,4	442,1	479,2	546,8	552,5	2460,3
Giappone	180,1	128,0	278,6	339,0	371,0	313,0	1609,7
EU	184,8	228,7	159,2	226,4	290,3	318,0	1407,4
Svezia	61,1	80,0	196,8	219,6	369,5	366,1	1293,1
Norvegia	80,7	91,6	166,2	188,4	300,4	264,9	1092,2
Canada	82,8	56,6	101,1	318,1	300,8	231,1	1090,5
Francia	83,6	56,5	205,5	182,8	250,7	307,1	1086,2
Germania	106,7	132,0	141,6	181,6	151,9	193,1	906,9
Danimarca	73,8	59,5	89,7	92,3	103,9	138,9	558,1
Irlanda	11,7	26,7	26,0	63,7	143,6	121,0	392,7
Australia	21,2	38,9	54,8	73,4	95,4	99,3	383,0
Spagna	3,2	29,9	37,0	66,8	67,4	139,4	343,7
Belgio	44,1	26,4	49,8	56,4	75,6	55,9	308,2
Svizzera	23,4	31,5	31,8	40,2	36,4	36,9	200,2
Finlandia	24,3	23,6	27,4	23,6	50,9	38,8	188,6
Italia	22,6	27,0	24,1	7,9	3,9	38,3	123,8
Lussemburgo	7,4	8,2	13,2	12,9	20,6	28,8	91,1
Nuova Zelanda	3,2	5,9	8,0	15,2	17,6	13,8	63,7
Grecia	5,8	9,2	6,3	10,4	13,6	12,1	57,4
Austria	1,5	2,7	3,5	4,8	7,9	7,9	28,3
Portogallo	0,5	1,1	3,9	5,2	6,8	5,7	23,2
<b>Totale</b>	<b>2318,5</b>	<b>3736,6</b>	<b>4444,3</b>	<b>6330,1</b>	<b>6624,3</b>	<b>7485,7</b>	<b>24884,4</b>

**\* Tabella 3:**  
Classifica paesi donatori per sostegno alle attività di pianificazione familiare e salute riproduttiva (canale bilaterale), valori in milioni di US\$, totale erogazioni per gli anni 2002-2007

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002-2007
Stati Uniti	1197,2
Regno Unito	385,8
Germania	230,2
Paesi Bassi	148,5
Svezia	139,4
Canada	87,8
Spagna	73,4
Australia	35,2
Norvegia	35,0
Giappone	19,7
Lussemburgo	12,4
Finlandia	11,3
Belgio	10,2
Nuova Zelanda	7,2
Danimarca	5,4
Austria	4,1
Italia	3,1
Svizzera	2,6
Francia	1,3
Irlanda	0,6
Grecia	0,2
Portogallo	0,0

**\* Tabella 4:**  
Contributi totali in milioni di US\$ alle attività di pianificazione familiare e ai servizi di salute riproduttiva da parte delle Agenzie Multilaterali, anni 2002-2007

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002-2007
UNFPA	882,6
EC	160,2
UNICEF	75,1
UNDP	0,1
UNAIDS	0
GFATM	0

stato destinato oltre il 70% del totale dei finanziamenti all'intero settore. Se ora volessimo invece analizzare il contributo di ogni paese alle attività specifiche di pianificazione familiare e ai servizi di salute riproduttiva, sarebbe necessario focalizzarci sui contributi bilaterali per queste attività di ogni paese donatore e a questi sommare i contributi di ogni paese alle agenzie multilaterali che investono su pianificazione familiare e servizi di salute riproduttiva. A livello bilaterale, nel periodo 2002-2007, secondo il database Creditor Reporting System

(CRS) del DAC<sup>17</sup>, i maggiori paesi donatori per le attività di pianificazione familiare e per i servizi di salute riproduttiva sono stati (come mostra la Tabella 3) gli Stati Uniti, il Regno Unito, la Germania e i Paesi Bassi. L'Italia si è attestata nella sestultima posizione. È interessante notare che l'Irlanda, uno fra i maggiori donatori nel settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, per quanto riguarda le attività specifiche di pianificazione familiare e salute riproduttiva ricopre invece una delle posizioni più basse,

segno che la maggior parte dei propri finanziamenti al settore è indirizzata esclusivamente ad attività di controllo delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) incluso l'HIV/AIDS.

Sempre nel periodo 2002-2007, a livello multilaterale l'analisi dei dati del database CRS del DAC mostra come, su un totale di poco più di un miliardo di dollari erogati dalle agenzie multilaterali per attività di pianificazione familiare e servizi di salute riproduttiva, oltre 880 milioni provengano esclusivamente dall'UNFPA (Tabella 4).

<sup>17</sup> <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>.

Pertanto, per stimare l'impegno di ogni paese nelle attività di pianificazione familiare e salute riproduttiva va analizzato il singolo contributo all'UNFPA - che influisce finanziariamente su queste due specifiche voci di attività all'interno del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva - ed estrapolare la percentuale che l'UNFPA dedica a queste, sommando a questi dati quelli della cooperazione bilaterale di ogni paese.

Ne risulta che, per attività esclusivamente di pianificazione familiare e servizi per la salute riproduttiva, gli Stati Uniti restano sempre il maggior donatore, anche se il loro contributo, rispetto al contributo bilaterale, non varia (Tabella 5). Questo si spiega con il fatto che gli Stati Uniti nel periodo 2002-2007 non hanno praticamente versato alcun contributo all'UNFPA. L'amministrazione George W. Bush, infatti, nel 2002 ha congelato i contributi all'agenzia, giustificando tale comportamento con una clausola di legge, nota come emendamento Kemp-Kasten, che vieta il finanziamento a organismi che sostengono o partecipano a programmi di aborto forzato o di sterilizzazione involontaria<sup>18</sup>. Il nuovo Presidente, Barack Obama, durante la sua prima settimana di presidenza, ha però annunciato che gli Stati Uniti riprenderanno i propri finanziamenti a favore dell'UNFPA<sup>19</sup>.

Il Regno Unito rimane il secondo maggior donatore, ma salgono in questa classifica le posizioni di paesi come Germania, Norvegia e Svezia mentre scendono Francia, Giappone e Irlanda, che evidentemente concentrano una grossa percentuale dei propri finanziamenti esclusivamente su attività di controllo, prevenzione e cura delle

malattie a trasmissione sessuale, incluso l'HIV/AIDS.



**Tabella 5:**  
Classifica paesi donatori per attività di pianificazione familiare e servizi di salute riproduttiva: contributi bilaterali e a UNFPA, anni 2002-2007, valori in milioni di US\$

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002-2007
Stati Uniti	1197,5
Regno Unito	520,6
Paesi bassi	422,5
Germania	297,5
Svezia	285,1
Norvegia	172,9
Giappone	161,4
Canada	129,9
Danimarca	112,0
Spagna	86,6
Finlandia	73,8
Australia	41,5
Svizzera	37,2
Belgio	24,1
Irlanda	17,1
Lussemburgo	16,6
Italia	15,6
Nuova Zelanda	14,3
Francia	8,9
Austria	6,8
Portogallo	0,5
Grecia	0,2

<sup>18</sup> Per maggiori informazioni cfr. il nostro precedente Rapporto "Le politiche che fanno la differenza", p. 20.

<sup>19</sup> Press Release, 23 January 2009: "UNFPA Welcomes Restoration of U.S. Funding" ([www.unfpa.org/public/News/pid/1562](http://www.unfpa.org/public/News/pid/1562)).



## SEZIONE 2

La salute materna  
in tre studi  
di caso





# 2.1 TANZANIA

## 2.1.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva

**\* Tabella 6:** Tanzania, ripartizione dei finanziamenti ricevuti sul settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, valori in milioni di US\$, valore corrente

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totale 2002-2007
<b>Policy e gestione amministrativa</b>	7,62503543	2,32164889	4,27509025	2,75843157	1,72993935	2,07901127	20,78915676
<b>Servizi per la salute riproduttiva</b>	2,64666121	3,56116805	1,99093902	2,57034564	2,8362839	2,09982069	15,70521851
<b>Pianificazione familiare</b>	2,56109321	1,72942305	0,46780484	1,46003289	0,41523407	2,66321223	9,29680029
<b>Controllo MST, incluso HIV/AIDS</b>	24,552149	40,93871768	81,46970912	135,1422285	138,2762055	194,0616238	614,4406335
<b>Formazione del personale sulla salute riproduttiva</b>	..	0,01896961	0,01838738	0,01242854	0,23258714	0,26953439	0,55190706
						<b>Totale</b>	<b>660,78371612</b>

In Tanzania, come nel resto dell'Africa Sub-Sahariana, i finanziamenti dei paesi donatori destinati all'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva sono costantemente aumentati tra il 1997 e il 2007, passando dai 35 milioni di dollari del 1997 agli oltre 223 del 2007<sup>20</sup> e superando, dal 2004, il totale dei finanziamenti erogati annualmente per il settore sanitario<sup>21</sup>.

Tuttavia, nonostante il trend più che

positivo, secondo le stime governative<sup>22</sup> il tasso di mortalità materna dal 1996 al 2006 non solo non è diminuito, ma è salito da 529 a 578 morti ogni 100.000 bambini nati vivi<sup>23</sup>.

22 National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ORC Macro. 2005, "Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05", Dar es Salaam, Tanzania.

23 Secondo l'UNICEF ([www.unicef.org/infobycountry/tanzania\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/tanzania_statistics.html)) si tratta comunque di una sottostima in quanto i dati riportati non tengono conto delle segnalazioni non pervenute e delle classificazioni errate. Periodicamente l'UNICEF, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione rivedono questi dati e producono nuove stime relative alle morti materne, oltre a sviluppare stime per Paesi che non hanno dati nazionali disponibili. Per quanto concerne la Tanzania, i dati della più recente di queste revisioni, relativi all'anno 2005, parlano di un tasso di mortalità pari a 950/100.000.

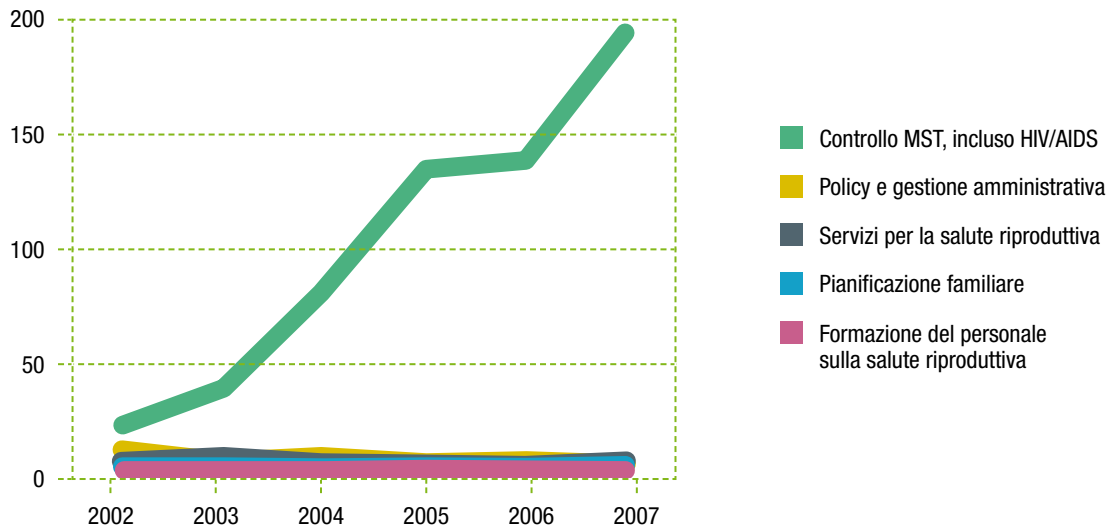
Come si può dunque spiegare il fatto che a una crescita costante degli aiuti per l'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva non corrisponda nessun miglioramento nel settore della salute materna? La risposta può essere dedotta analizzando i dati relativi ai finanziamenti erogati ai vari sottosettori dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva. Dal database CRS del DAC si può rilevare infatti che, per quanto concerne la Tanzania, nel periodo 2002-2007 la maggior parte di questi fondi sono stati destinati alle attività legate al controllo delle malat-

20 UNFPA, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007".

21 Dati estrapolati tramite il database CRS/DAC: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>

\* **Figura 2a:** Tanzania, andamento dei finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, per attività, anni 2002-2007, valori in milioni di US\$, valore corrente

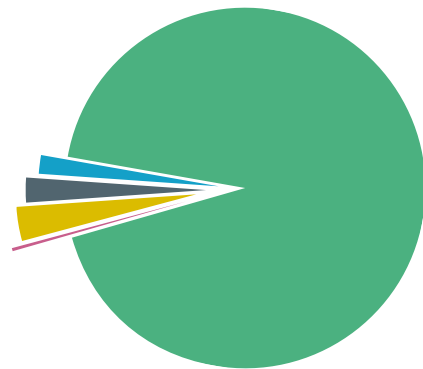
Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.



\* **Figura 2b:** Tanzania, ripartizione percentuale dei finanziamenti per le attività del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, anni 2002-2007

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

Controllo MST, incluso HIV/AIDS	93,0%
Pianificazione familiare	1,4%
Servizi per la salute riproduttiva	2,4%
Policy e gestione amministrativa	3,1%
Formazione del personale sulla salute riproduttiva	0,1%



tie sessualmente trasmissibili, inclusa l'HIV/AIDS, passando da 24 a 194 milioni di dollari nel periodo 2002-2007 (valore corrente). I fondi destinati alle attività di pianificazione familiare e ai servizi di salute riproduttiva, invece, sono rimasti costantemente bassi e in alcuni anni hanno addirittura subito drastici tagli (Tabella 6 e Figura 2a)<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Se queste elaborazioni vengono fatte in valore costante (vale a dire il valore aggiustato tenendo conto dell'inflazione), notiamo che gli esborsi a favore della salute riproduttiva e della pianificazione familiare invece che aumentare nel corso degli anni, sono diminuiti.

Il grafico in Figura 2b mostra come, in termini percentuali, nel periodo 2002-2007 le attività legate al controllo delle malattie sessualmente trasmissibili abbiano assorbito il 93% delle risorse totali destinate all'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva. Per contro, alla pianificazione familiare e alla salute riproduttiva è stato destinato rispettivamente l'1,4% e il 2,4% delle risorse totali.

## 2.1.2 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 è da imputare al ritardo con cui vengono raggiunte le strutture sanitarie o alla scarsa qualità delle cure ricevute, spesso per mancanza di personale qualificato o di strumentazione adeguata.

**Adeguate cure prenatali** potrebbero contribuire a ridurre notevolmente il tasso di mortalità materna. Sebbene in Tanzania il 94% delle donne riceva cure da parte di personale qualificato almeno una volta durante la gravidanza e il 62% riceve le quattro visite raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità, solo il 15% circa riceve cure prenatali durante i primi 3 mesi di gravidanza<sup>25</sup>, solo al 50% delle donne incinte vengono effettuati esami per valutare l'emoglobina<sup>26</sup> e analizzate le urine e solo al 70% viene misurata la pressione arteriosa. Per questi motivi, la maggior parte delle donne con basso tasso di emoglobina non riceve ematinici e la probabilità che muoia durante il travaglio, anche per piccole emorragie, è molto alta. Inoltre, attraverso la misurazione della pressione arteriosa e l'analisi delle urine, le morti causate da eclampsia

(patologia della gravidanza caratterizzata da convulsioni) potrebbero essere evitate.

L'alto tasso di mortalità materna in Tanzania potrebbe essere ridotto anche attraverso **adeguate cure ostetriche di emergenza**. I dispensari e i centri sanitari presenti nel Paese<sup>27</sup>, in base ai protocolli governativi dovrebbero essere in grado di fornire il primo livello di intervento ostetrico di emergenza (Basic Emergency Obstetric Care - BEmOC), mentre gli ospedali dovrebbero fornire cure ostetriche di emergenza inclusive (Comprehensive Emergency Obstetric Care - CEmOC)<sup>28</sup>. Purtroppo però, in Tanzania, meno del 20% delle strutture sanitarie è in grado di fornire cure ostetriche di emergenza di base e la maggior parte dei dispensari non è in grado di fornire alcuno dei sei interventi di emergenza basilari o hanno scorte limitate di antibiotici, farmaci uterotonici parenterali e anticonvulsivi. Per quanto concerne gli ospedali distrettuali invece, sono poche le strutture in grado di eseguire un taglio cesareo di emergenza<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> Il sistema sanitario in Tanzania prevede un modello piramidale la cui struttura è la seguente: postazione sanitaria di villaggio, dispensario, centro sanitario, ospedale distrettuale, ospedale regionale, ospedale di riferimento.

<sup>28</sup> Il BEmOC include 6 funzioni: somministrazione per via parenterale di farmaci uterotonici, anticonvulsivi, antibiotici, rimozione manuale della placenta (MRP), estrazione tramite ventosa ostetrica e aspirazione manuale (MVA). Le CEmOC includono, oltre alle funzioni di base, anche il taglio cesareo e le trasfusioni di sangue di emergenza.

<sup>29</sup> La percentuale di parti cesarei in Tanzania è del 3%, molto al di sotto rispetto alla percentuale del 5-15% raccomandata dall'OMS. Questo dato evidenzia un accesso inadeguato a cure

La **carenza di personale sanitario qualificato** e le **condizioni delle strutture sanitarie** in Tanzania sono allarmanti. Moltissimi dispensari, che dovrebbero essere in grado di fornire cure ostetriche di emergenza di base, sono spesso gestiti da un solo inserviente privo di formazione clinica e in grado solamente di eseguire funzioni gestionali elementari quali la sterilizzazione delle attrezzature, lo smaltimento dei rifiuti, l'immagazzinamento dei farmaci e la registrazione dei pazienti. A livello generale, inoltre, il personale sanitario disponibile nel Paese è solamente il 45% di quello necessario e sul territorio nazionale sono presenti solamente un medico e quattro infermiere o ostetriche per ogni 10.000 abitanti<sup>30</sup>. A livello infrastrutturale, molti centri sanitari, specialmente nelle zone rurali, oltre a non disporre di acqua corrente, elettricità, strumentazione e farmaci e a non essere facilmente raggiungibili, in particolare durante la stagione delle piogge a causa della mancanza di strade asfaltate, non possiedono letti da parto o biancheria pulita ed è quindi necessario che le pazienti portino loro stesse la biancheria da casa.

La scarsa qualità dei servizi offerti nelle strutture sanitarie, la distanza dai centri sanitari per le persone che abitano in zone rurali (circa

ostetriche di emergenza inclusive (CEmOC), che comporta un alto tasso di mortalità e morbidità perinatali.

<sup>30</sup> WHO, "World Health Statistics Report 2009".

<sup>25</sup> National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ORC Macro, 2005, "Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05", Dar es Salaam, Tanzania.

<sup>26</sup> Durante la gravidanza questi esami sono molto importanti e dovrebbero venire effettuati a ogni visita. La gravidanza stessa causa una riduzione dell'emoglobina e una donna incinta ha bisogno del supporto dei servizi antenatali per aumentare il livello di emoglobina.



Foto: Gideon Mendel/Corbis/ActionAid

l'80% della popolazione vive in zone rurali) e altre ragioni di natura socio-economica fanno sì che in Tanzania **solo il 47% delle nascite avvenga in una struttura sanitaria e meno della metà (il 46%) siano seguite da levatrici qualificate.** La maggior parte delle donne tanzaniane partorisce quindi in casa propria o in quella di una levatrice tradizionale, che non è in grado di far fronte ad eventuali complicazioni ostetriche.

**Molte morti avvengono nel periodo post-parto:** le cure post-natali sono infatti rare in Tanzania e la maggior parte delle donne non effettua controlli durante il puerperio. In particolare, l'83% delle donne che non partoriscono in strutture sanitarie non riceve alcuna cura post-natale e solo il 13% effettua visite nei due giorni che seguono il parto.

La situazione è particolarmente difficile per le **donne che risiedono nelle**

**aree rurali,** la maggior parte delle quali vive in condizioni di povertà. Molte morti materne registrate in queste zone avvengono perché, in caso di complicazioni ostetriche, gran parte delle donne non si reca presso una struttura sanitaria di livello superiore, per impossibilità economiche o per mancanza di mezzi di trasporto e nella struttura di base non riceve le cure necessarie. A supporto di questi casi, purtroppo si deve registrare il mancato coinvolgimento del governo locale che non interviene per assicurarsi che le donne si rechino alla struttura di livello superiore quando necessario. Non vi sono neppure soluzioni a livello comunitario per queste donne e l'intera responsabilità ricade sulla famiglia e spesso, per le donne giovani e nubili con una rete sociale e familiare più debole rispetto alle altre, i rischi sono maggiori.

**L'interruzione di gravidanza** in Tanzania è illegale ed è praticata

solamente quando la vita o la salute fisica e mentale della madre sono in pericolo. Non è autorizzata nemmeno in caso di stupro o di incesto, né in caso di inefficacia della contraccezione, né quando vi sono prove di malformazioni del feto o per ragioni di ordine economico-sociale (ultima versione del Codice Penale della Tanzania, capitolo 16, sezioni 150-152). Molte donne ricorrono quindi a pratiche abortive clandestine, esercitate spesso da personale improvvisato in ambienti non igienici. A causa dell'illegalità dell'operazione, in caso di complicazioni, capita spesso che le donne si presentino con molto ritardo in una struttura sanitaria e a volte non vi si rechino affatto. Queste pratiche abortive contribuiscono per quasi il 20% ai casi di mortalità materna e quando non provocano la morte della donna, possono comunque causare gravi infermità e complicazioni a lungo termine come la sterilità.

## 2.1.3 L'accesso ai servizi di pianificazione familiare

Dal 1999 al 2005 si è registrato un lieve aumento della percentuale di donne che usano metodi contraccettivi moderni (dal 17 al 20%), anche se vi è ancora un'alta percentuale di donne fertili e sessualmente attive che non si affidano a nessun metodo di contraccezione (21,8%)<sup>31</sup>. Le politiche governative prevedono la distribuzione, tramite le strutture sanitarie, di anticoncezionali gratuiti in tutto il paese, ma oltre il 22% delle donne che visitano centri sanitari per ricevere contraccettivi rimangono insoddisfatte per varie ragioni. Può infatti capitare che alcuni tipi di anticoncezionali spesso non siano reperibili, anche per lunghi periodi: nel 2008-2009, ad esempio, le iniezioni contraccettive erano pressoché introvabili in tutto il paese. Le strutture sanitarie private ricevono i contraccettivi gratuitamente dal governo perché possano agire da punti di distribuzione, ma spesso forniscono gli anticoncezionali a pagamento. Un buon servizio di distribuzione di anticoncezionali è invece portato avanti da programmi di alcune organizzazioni non governative - ad esempio Population Service International (PSI) - che vendono a prezzi regolamentati e molto accessibili alcuni tipi di pillole anticoncezionali e preservativi ma-

schili. Infine, in Tanzania, l'uso degli anticoncezionali varia a seconda delle caratteristiche demografiche della popolazione: il 42% delle donne che vivono in zone urbane usa metodi di pianificazione familiare - il doppio ri-

spetto a quante vivono in zone rurali (22%) e oltre la metà delle donne che hanno frequentato le scuole secondarie utilizza questi metodi, contro il 13% di quelle con un grado di istruzione minore.



<sup>31</sup> Periodo 2000-2006, dati WHO, "World Health Statistics Report 2009".

## 2.1.4 Risultati raggiunti nel settore della salute materna

Jakaya Mrisho Kikwete, attuale Presidente della Repubblica Unita della Tanzania, si è molto esposto in tema di salute - e in particolare di salute materna e riproduttiva - dichiarando di volere assicurare la costruzione di un dispensario in ogni villaggio, di un centro sanitario in ogni circoscrizione<sup>32</sup> e di voler migliorare le condizioni degli ospedali distrettuali e regionali.

Negli ultimi dieci anni si è assistito alla crescita del numero di centri di formazione per personale sanitario e sono stati ripristinati corsi per la formazione di personale sanitario addetto in particolare all'erogazione di servizi sanitari nelle zone rurali (assistenti clinici e assistenti alla salute materna e infantile). Nel 1996, in Tanzania, c'era solo una scuola di medicina nella quale si laureavano 60 medici l'anno; nel 2006 le scuole di medicina sono diventate cinque e nel 2009 circa 400 studenti si sono laureati in medicina.

Infine, attualmente più del 75% dei centri sanitari pubblici del Paese dispone di ambulanze, per poter intervenire tempestivamente in caso di emergenze di carattere ostetrico, ma non sempre sono operative a causa della scarsa manutenzione o della

mancanza di carburante.

Nonostante alcuni progressi, la salute materna e riproduttiva non riceve ancora adeguata attenzione benché la gravità dei problemi ad essa collegati sia maggiore di quella di molti altri di carattere sanitario. In particolare, l'attenzione dei donatori è estremamente concentrata sulla lotta all'HIV/AIDS e quindi, mentre le strutture sanitarie governative dell'intero Paese, specialmente nelle zone rurali e nei distretti più remoti, devono far fronte ad una cronica scarsità di personale qualificato, programmi verticali - quali ad esempio quelli finanziati dalla Clinton HIV/AIDS Initiative - sono in grado di assumere personale medico e sanitario per tutte le loro strutture. Il problema è che spesso il personale assunto da queste iniziative è personale governativo che, incentivato da salari e diarie pari al doppio di quelli statali, viene drenato dal sistema sanitario nazionale.

La conseguenza è che in Tanzania, come in molti altri paesi a medio e basso reddito, gli imponenti programmi verticali in tema di salute spesso entrano in competizione con i programmi sanitari implementati dalle strutture nazionali, attingendo risorse, distogliendo personale, creando

ineguaglianze all'interno dello stesso sistema sanitario e, più in generale, indebolendo ulteriormente un sistema sanitario già fragile. Quello che emerge è una forte ineguaglianza all'interno del sistema sanitario stesso: se la salute materna e la salute riproduttiva in generale ricevessero la stessa importanza che ricevono le iniziative verticali di salute, non solo si avrebbe una riduzione della mortalità materna ma anche i problemi relativi a HIV/AIDS, malaria, deficienze nutrizionali, infezioni, morbilità e mortalità perinatali vedrebbero un miglioramento.

<sup>32</sup> Ogni distretto in Tanzania è suddiviso in diverse circoscrizioni (*wards*).

## 2.2 UGANDA

### 2.2.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva



**Tabella 7:**

Uganda, ripartizione dei finanziamenti ricevuti sul settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, valori in milioni di US\$, valore corrente

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totale 2002-2007
<b>Policy e gestione amministrativa</b>	1,87722398	3,00641055	6,47329621	5,6023726	3,75988936	6,1493854	26,8685781
<b>Servizi per la salute riproduttiva</b>	1,50317613	12,94228065	3,52681498	2,79567291	3,09763451	3,56475123	27,43033041
<b>Pianificazione familiare</b>	2,39426327	0,22550863	0,182479	0,284031	0,00958938	..	3,09587128
<b>Controllo MST, incluso HIV/AIDS</b>	14,83070917	39,71394837	125,9590162	141,0954736	147,0176659	241,3056753	709,9224886
<b>Formazione del personale sulla salute riproduttiva</b>	..	..	..	..	..	..	0
						<b>Totale</b>	<b>767,31726839</b>

In Uganda, i finanziamenti dei donatori per l'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva sono cresciuti di oltre otto volte negli ultimi dieci anni, passando dai 31 milioni di dollari del 1997 agli oltre 251 del 2007<sup>33</sup>, diventando negli anni 2004, 2005 e 2006 circa il doppio di quelli destinati al settore della salute e il triplo nel 2007<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> UNFPA, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007".

<sup>34</sup> Dati estrapolati tramite il database Crs/DAC: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>

Tuttavia, mentre i fondi per le attività di lotta all'HIV/AIDS sono cresciuti di ben sedici volte nel periodo compreso fra il 2002 e il 2007 e i fondi per le attività relative alla salute riproduttiva sono raddoppiati, i finanziamenti per le attività di pianificazione familiare, sono scesi dai 2,3 milioni di dollari a valori prossimi allo zero in un solo anno, dal 2002 al 2003 (Tabella 7).

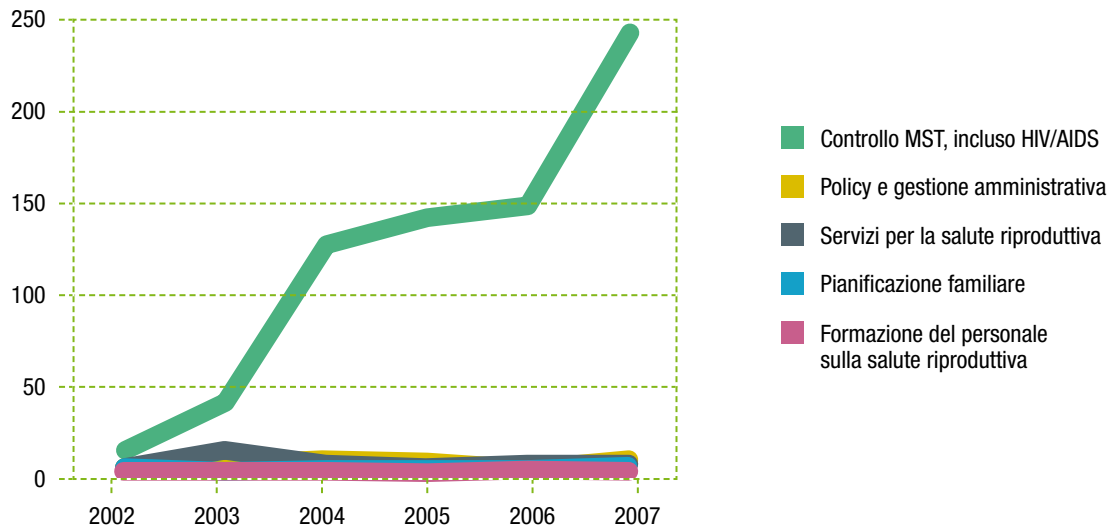
La crescita dei finanziamenti all'in-

terno dello stesso settore è decisamente sproporzionata e sbilanciata su un unico versante, quello della lotta all'HIV/AIDS, che assorbe il 93% dei fondi dell'intero settore, come si osserva nei grafici 3a e 3b.

Se da una parte è vero che l'Uganda è uno fra i paesi al mondo maggiormente colpiti dall'HIV/AIDS e che gli sforzi a livello economico nell'ultimo decennio sono stati ripagati da innegabili successi nella riduzione della

\* **Figura 3a:** Uganda, andamento dei finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, per attività, anni 2002-2007, valori in milioni di US\$, valore corrente

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.



\* **Figura 3b:** Uganda, ripartizione percentuale dei finanziamenti per le attività del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, anni 2002-2007

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

Controllo MST, incluso HIV/AIDS	92,5%
Pianificazione familiare	0,4%
Servizi per la salute riproduttiva	3,6%
Policy e gestione amministrativa	3,5%
Formazione del personale sulla salute riproduttiva	0,0%



diffusione del virus, è anche vero che la copertura di servizi a favore della salute materna è inferiore a quella garantita per l'HIV/AIDS. In base ai dati resi disponibili dal Ministero della sanità ugandese<sup>35</sup>, in Uganda, in otto ospedali su dieci e nella metà dei centri sanitari esistenti vengono offerte terapie antiretrovirali, mentre le cure prenatali sono disponibili solo in

sette strutture su dieci e solo tre su dieci sono in grado di offrire, assieme alle cure prenatali, cure post-parto e vaccinazione anti-tetanica alle donne incinte<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Ministry of Health and Macro international Inc., 2008. "Uganda Service provision Assessment Survey 2007", Kampala, Uganda.

<sup>36</sup> In molti paesi del mondo, a causa delle scarse condizioni igieniche nelle quali avvengono i parti, vi sono altissime probabilità che una donna venga infettata dal tetano durante il parto e che trasmetta l'infezione al neonato. In tali casi, specialmente in aree nelle quali non si può fare ricorso a cure mediche specializzate, il rischio di morte per la madre e il neonato è altissimo. Tuttavia queste morti potrebbero essere facilmente evitate attraverso una vaccinazione da eseguire prima del parto ([www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index.html)).



## 2.2.2 La salute materna

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità<sup>37</sup>, nel periodo che va dal 2000 al 2005 si sono registrati dei miglioramenti nel campo della salute materna. La percentuale di donne che riceve almeno una visita durante il periodo di gravidanza è salita da 92 a 94 (sebbene solo la metà di queste riceva tutte e quattro le visite prenatali raccomandate), il tasso di mortalità materna è sceso da 880 a 550 morti su 100.000 bambini nati vivi, e secondo il Ministero della sanità ugandese, nel 2007, il tasso di mortalità materna sarebbe ulteriormente sceso a 435/100.000 bambini nati vivi<sup>38</sup>. Tuttavia, secondo il Dott. Peter Iembe<sup>39</sup>, coordinatore di programma per Reproductive Health Uganda (RHU), organizzazione non governativa ugandese affiliata alla più grande ONG a livello mondiale impegnata nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), "la situazione relativa alla salute materna in Uganda è ancora molto preoccupante, soprattutto se paragonata a quella dei paesi sviluppati, dove il tasso di mortalità materna è inferiore a 10/100.000 bambini nati vivi"<sup>40</sup>.

Di ugual parere è il Dott. Olive Ssentumbwe, responsabile del Programma nazionale per la pianificazione familiare e la popolazione dell'Organizzazione mondiale della sanità in Uganda che sottolinea come "ogni giorno muoiono 16 neo mamme"<sup>41</sup> e questo anche a causa del fatto che la maggior parte delle strutture sanitarie (97.2%) che dovrebbero offrire cure ostetriche di emergenza (EmOC) non sono in grado di farlo<sup>42</sup>.

Secondo la Road Map to Accelerate Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity in Uganda, i fattori all'origine di questa situazione sono sia di natura sociale sia strutturale: in primo luogo il ritardo nell'accesso alle cure sanitarie da parte della maggior parte delle donne e, a seguire, le emorragie post-parto, la mancanza di cure ostetriche di emergenza, la carenza di personale sanitario qualificato nella maggior parte delle strutture sanitarie, le scarse condizioni igieniche che portano allo sviluppo di infezioni, lo sviluppo di condizioni di ipertensione durante la gravidanza, l'inadeguato accesso a servizi per la pianificazione familiare, in particolar modo da parte delle famiglie a basso reddito e di quelle che vivono in zone

rurali e la pressione sociale sulle donne per avere figli che spesso le porta a concepire un bambino quando ancora non si sono totalmente riprese dal parto precedente. Infine, molte partoriscono in casa o cercano l'assistenza di levatrici tradizionali che non sono in grado di affrontare eventuali emergenze ostetriche; altre sviluppano gravidanze extrauterine non diagnosticate in tempo e un numero consistente, durante la gravidanza, si trova a dover affrontare la malaria e l'HIV/AIDS.

Infine, in base ai dati resi disponibili dall'Uganda Demographic and Health Survey del 2006<sup>43</sup>, il 24% delle donne incinte sono adolescenti. Questo significa che un grande numero di ragazze porta avanti gravidanze quando il loro corpo non è ancora pronto per avere un bambino, andando incontro ad alte probabilità di avere complicazioni più o meno gravi che, in alcuni casi, possono portare alla morte.

L'interruzione volontaria di gravidanza in Uganda è praticata solo quando la salute e la vita di una donna sono in grave pericolo. Nonostante questo, un elevato numero di aborti clandestini viene praticato ogni anno e secondo alcuni studi circa il 15-23% di giovani donne tra i 15 e i 24 anni rimaste incinte abortisce<sup>44</sup>. La condizione di

37 WHO, "World Health Statistics Report 2005" e "World Health Statistics Report 2009".

38 Ministry of Health and Macro International Inc, 2008, "Uganda Service Provision Assessment Survey 2007", Kampala, Uganda.

39 Comunicazione personale fatta a Paul Bukuluki Wako.

40 In Italia, Germania e Polonia, per fare dei paragoni, secondo il World Health Statistics Report 2009 si hanno dei tassi rispettivamente di 3, 4 e 8 morti su 100.000 bambini nati vivi.

41 Safe Motherhood Supplement, in Daily Monitor newspaper, venerdì 30 ottobre, 2009.

42 Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB, Sentumbwe O, Kabarangira J, Nanda G, Orinda V, (2007), "Declining maternal mortality ratio in Uganda: priority interventions to achieve the Millennium Development Goal", International Journal of Gynecology and Obstetrics;98(3):285-90 54.

43 [www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR194/FR194.pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR194/FR194.pdf)

44 Agyei WK and Epama E. Sexual behaviour and contraception use among 15-24 years old in Uganda. "International Family Planning Perspectives" 18(1): 13-17, 1992.

clandestinità di queste pratiche, unite alle scarse condizioni igieniche dei luoghi in cui questi aborti vengono compiuti, mettono a serio rischio la salute e la vita di molte donne<sup>45</sup>. Nonostante la misurazione dell'impatto sia resa difficile, proprio per quanto appena detto, si calcola tuttavia che l'aborto illegale sia la causa di una percentuale di morti materne che varia fra il 20 e il 35% e di una ben più alta proporzione di problematiche legate alla salute riproduttiva<sup>46</sup>. Le giovani

donne nubili sono in genere esposte a maggiori rischi di aborti non sicuri per ragioni economiche e sociali.

Anche la violenza domestica rientra fra i fattori alla base delle problematiche relative alla salute materna nel Paese. Secondo Atuki Turner<sup>47</sup>, Direttore esecutivo di Mifumi - organizzazione non governativa impegnata per i diritti di donne e bambini nel distretto di Tororo - una donna su sei viene picchiata dal suo compagno durante la gravidanza. Le donne vittime di tali abusi spesso affrontano dolori e lesioni, anche interne, con seri rischi per la loro stessa vita e in troppi casi senza

avvalersi del supporto di servizi sanitari. E anche quando si rivolgono per avere assistenza medica è improbabile che denuncino o rivelino agli operatori sanitari di essere state vittime di violenza domestica.

45 Nalwadda, G., Nabukera, S., Salihu, H., M., 2005. "The abortion paradox in Uganda: Fertility regulator or cause of maternal mortality", *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 25 (8):776-780

46 Ssengooba, F., Neema, S., Mbonye, A., Ssentumbwe, O., Onama, V., (undated). "Maternal Health Review Uganda", Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Programme HSD/WP/04/03: Kampala

47 Comunicazione personale a Paul Bukuluki Wako. 59 Comunicazione personale a Paul Bukuluki Wako.



Foto: Kate Holt/Shoot The Earth/ActionAid

## 2.2.3 Maternità, malattia e cultura

In Uganda, le risorse finanziarie destinate al settore della salute sono sensibilmente cresciute negli ultimi anni: da una percentuale che oscillava fra il 2,7% e il 6,6% sul totale della spesa pubblica, tra il 1995 e il 1999, si è raggiunto il 7% nel 2006 e il 10,5% nell'anno fiscale 2009/2010. Nonostante questo andamento positivo, come già precedentemente evidenziato, la gran parte di queste risorse sono state destinate alla lotta all'HIV/AIDS e solamente una piccola percentuale è stata impiegata nel settore della salute materna.

Secondo il Dr. Olive Ssentumbwe, responsabile del Programma nazionale per la pianificazione familiare e la popolazione dell'Organizzazione mondiale della sanità in Uganda, **a impedire il raggiungimento di buoni standard per la salute materna non vi sarebbero solamente ragioni di allocazione delle risorse finanziarie, ma anche ragioni di ordine socio-culturale:** in particolare, l'alto livello di analfabetismo tra le persone rende difficile comunicare in maniera efficace messaggi sulla maternità sicura. Inoltre, molte donne non hanno controllo sulla loro salute riproduttiva ma, per ragioni culturali, sono le loro madri, suocere o i mariti a decidere quando e quanti figli devono avere.

A questo proposito, secondo la Dott.ssa Dorothy Balaba, responsabile del tema della salute riproduttiva per PACE - Program for Accessible Health, Communication and Education, organizzazione non governativa ugandese impegnata nel settore sanitario e molto attiva nella promozione di cambiamenti di comportamento fra le popolazioni rurali del Paese - parte del problema è da mettere in relazione al modello usato nell'erogazione di servizi legati alla salute materna: "Il modello di erogazione dei servizi per la salute materna nel nostro Paese è mutuato dal modello occidentale. Il modello occidentale prevede che una donna incinta si rechi con regolarità presso strutture sanitarie per ricevere cure prenatali e altri servizi e che chiaramente si rivolga alle stesse strutture al momento del parto. **Ma la gravidanza, nella nostra cultura, non è concepita come una malattia. Quindi le donne e i loro mariti non vedono la necessità di recarsi in queste strutture se si percepiscono in normali condizioni fisiche.** Inoltre, nella maggior parte delle nostre 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. **È quindi culturalmente comprensibile che la maggior parte delle nostre donne si rivolga ai centri sanitari solo in caso di emergenza: purtroppo in alcu-**

**ni casi è troppo tardi per salvare loro la vita<sup>48</sup>.**

La discrepanza fra un modello sanitario di importazione occidentale e il sistema autoctono di riferimenti culturali è quindi in parte alla base delle difficoltà nel raggiungimento del quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio. Secondo il Dott. Ibembe, dell'organizzazione non governativa Reproductive Health Uganda, la stessa comunità internazionale dei donatori, incapace di comprendere le sfumature culturali del contesto ugandese, finanzia, crea e soprattutto modella servizi e strutture culturalmente poco sensibili e difficilmente applicabili alla reale situazione del Paese. Servizi che quindi non sono in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni così come sono percepiti dalle popolazioni locali.

<sup>48</sup> Comunicazione personale a Paul Bukuluki Wako.

## 2.2.4 L'accesso ai servizi di pianificazione familiare

Anche l'accesso ai metodi di pianificazione familiare è influenzato da fattori sia socio-culturali sia economico-geografici. Secondo il World Health Statistic Report 2009 dell'Organizzazione mondiale della sanità, in Uganda oltre il 40% delle donne fertili e sessualmente attive non utilizza alcun metodo contraccettivo e solo il 23% delle donne sposate o che coabitano con un uomo utilizza regolarmente un metodo contraccettivo per regolare le nascite.

Inoltre, secondo un recente studio del Guttmacher Institute, sette donne su dieci che vogliono evitare gravidanze non usano anticoncezionali o si affidano a metodi tradizionali inefficaci<sup>49</sup>. Questo avviene nonostante - secondo il Ministero della sanità ugandese - l'80% circa delle strutture sanitarie offra metodi contraccettivi temporanei moderni<sup>50</sup> e che questi prodotti vengano distribuiti gratuitamente o a prezzi agevolati nelle strutture sanitarie governative o all'interno di centri sanitari gestiti dalle organizzazioni non governative. Metodi contraccettivi permanenti sono disponibili ma a

un costo che la maggior parte delle donne povere che vivono in zone rurali non si può permettere.

Con un tasso totale di fertilità pari a 6.9, si può facilmente dedurre l'esistenza di significative barriere verso l'accesso a una pianificazione familiare. Tali barriere, secondo il Dott. Ibembe e la Dott.ssa Balaba, sono sicuramente da mettere in relazione a fattori socio-culturali quali il livello di istruzione delle donne, il tipo di relazione di coppia, le pressioni da parte dei mariti, delle madri e delle suocere a fare figli e, in un contesto poligamico, la competizione tra co-spose nel dare più figli al marito.

Sempre secondo la Dott.ssa Balaba, vi contribuirebbero inoltre le lunghe distanze che molte donne devono percorrere per raggiungere i centri in cui questi servizi sono disponibili e la mancanza di risorse finanziarie per pagare i servizi nelle cliniche private e nei centri governativi dove la condivisione dei costi (cost-sharing) è un requisito. Infine, l'indagine condotta dal Ministero della sanità ugandese nel 2007 (Uganda Service Provision Assessment Survey 2007) ha rivelato come, nonostante le politiche governative prevedano la distribuzione gratuita di contraccettivi nelle strutture

sanitarie pubbliche e private, in realtà molte di queste fanno invece pagare una quota di registrazione che evidentemente contribuisce ad allontanare dal servizio le fasce più povere della popolazione.

49 Vlassoff, M., Sundaram, A., Bankole, A., Remez, L., Mugisha, F., 2009. "Meeting the Contraceptive Needs of Ugandan Women", in Brief 2009 Series No.4, Washington, DC: Guttmacher Institute.

50 "Uganda Service Provision Assessment Survey 2007", Ministry of Health Uganda and Macro International Inc, August 2008.

## 2.3 NEPAL

### 2.3.1 I finanziamenti per l'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva

\* **Tabella 8:** Nepal, ripartizione dei finanziamenti ricevuti per il settore dell'assistenza alla popolazione e la salute riproduttiva, valori in milioni di US\$, valore corrente

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totale 2002-2007
<b>Policy e gestione amministrativa</b>	9,78911977	1,36286115	3,23434073	2,56972011	1,23170946	2,37670405	20,56445527
<b>Servizi per la salute riproduttiva</b>	2,28604481	4,27888076	4,15759581	15,92754724	28,86767847	14,69526295	70,21301004
<b>Pianificazione familiare</b>	3,72888901	5,74146337	5,73970549	1,32693264	1,52947499	0,65919547	18,72566097
<b>Controllo MST, incluso HIV/AIDS</b>	1,90362624	13,74607785	16,54520992	15,59408007	16,51451283	13,74310867	78,04661558
<b>Formazione del personale sulla salute riproduttiva</b>	..	..	..	..	..	..	0
						<b>Totale</b>	<b>187,54974186</b>

In Asia, dal 1997 al 2006, i finanziamenti per l'assistenza alla popolazione sono costantemente cresciuti, passando da 365 milioni di dollari a oltre un miliardo. Tuttavia, nel 2007 si è verificata la prima flessione e i finanziamenti per questo anno sono ridiscesi sotto il miliardo (970 milioni di dollari)<sup>51</sup>.

Anche il Nepal ha risentito dell'andamento regionale con un ammontare di finanziamenti cresciuto dai 16 milioni

di dollari del 1997 ai 53 del 2006, per poi dimezzarsi drasticamente nel 2007, scendendo a meno di 25 milioni e raggiungendo il valore più basso in assoluto dal 2002.

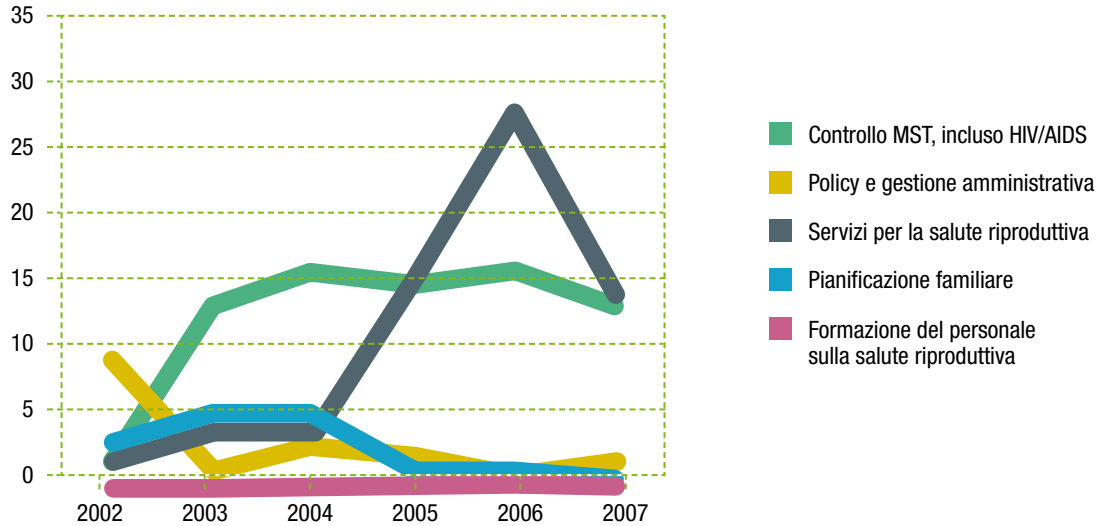
In Nepal però, a differenza di quanto visto in precedenza in Tanzania e Uganda, non vi è una così accentuata sproporzione all'interno del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva fra attività per il controllo dell'HIV/AIDS e attività per la pianificazione familiare e la salute riproduttiva. Come mostra la Tabel-

la 8, i finanziamenti per le attività di controllo delle malattie a trasmissione sessuale, inclusa l'HIV/AIDS, sono costantemente aumentati, di pari passo con l'aumento dei fondi per le attività a favore della salute riproduttiva. Anzi, i fondi per quest'ultima sebbene, come mostra il grafico 4a, abbiano avuto negli ultimi anni un andamento altalenante, nel corso del 2006 hanno ricevuto quasi il doppio dei finanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS. Da notare, invece, come i finanziamenti per le attività di pianificazione familiare siano stati drasticamente ridotti,

51 UNFPA, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007".

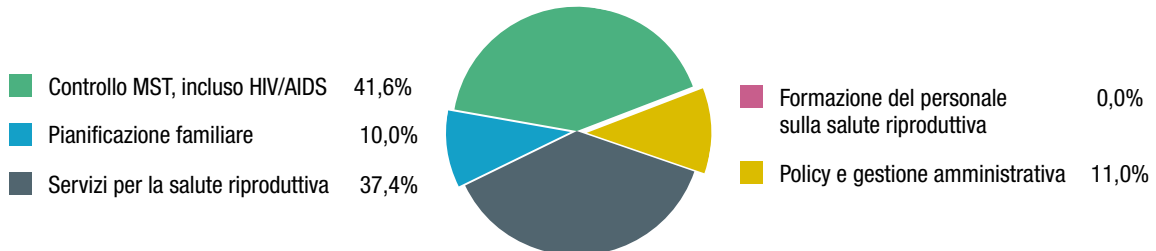
\* **Figura 4a:** Nepal, andamento dei finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, per attività, anni 2002-2007, valori in milioni di US\$, valore corrente

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.



\* **Figura 4b:** Nepal, ripartizione percentuale dei finanziamenti per le attività del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, anni 2002-2007

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CRS/DAC, novembre 2009.



scendendo dai 5,7 milioni di dollari negli anni 2002 e 2003 a meno di un milione nel 2007.

A livello percentuale (come mostra la Figura 4b) le attività per il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili, nel periodo 2002-2007 hanno ricevuto il 42% del totale destinato al settore, contro il 37% erogato per le attività di salute riproduttiva e il 10% per la pianificazione familiare.

La spesa non eccessiva per il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili rispetto alle attività di salute riproduttiva e pianificazione familiare è sicuramente da mettere in relazione con il fatto che in Nepal

non vi è un tasso di prevalenza dell'HIV/AIDS allarmante quanto quello dei paesi dell'Africa Sub-Sahariana. Anzi, il Nepal, con un tasso di prevalenza fra la popolazione adulta inferiore allo 0,4%<sup>52</sup> è certamente uno fra i paesi a medio e basso reddito meno colpiti dalla pandemia e di conseguenza non deve sostenere, per il trattamento antiretrovirale dei sieropositivi, spese paragonabili a quelle degli altri paesi.

Tuttavia, bisogna evidenziare come, sempre secondo l'Organizzazione mondiale della sanità<sup>53</sup>, nonostante l'esiguo tasso di prevalenza dell'HIV/AIDS, solo il 7% dei sieropositivi a uno

stadio avanzato di infezione da HIV riceve la terapia, contro una media regionale asiatica del 26%. La copertura nepalese è decisamente inferiore anche alla media regionale africana (30%).

Comunque va sottolineata la non comune attenzione verso la salute riproduttiva nel paese. Il Nepal, infatti, è uno fra i pochi paesi a medio e basso reddito dove, fra i servizi che rientrano nella categoria della salute riproduttiva, rientrano anche il Protocollo terapeutico completo per l'aborto (Comprehensive Abortion Care - CAC) e il protocollo post aborto (Post Abortion Care - PAC).

52 WHO, "World Health Statistics Report 2009".  
53 WHO, "World Health Statistics Report 2009".

## 2.3.2 La salute materna in Nepal

Il Nepal è tra i paesi meno sviluppati al mondo ed è anche il paese dell'Asia meridionale con il più basso reddito pro-capite. Nel 2005, l'indice di sviluppo umano era il più basso fra i cinque paesi appartenenti all'Associazione sudasiatica per la cooperazione regionale (South Asian Association for Regional Cooperation - SAARC) e lo è stato per tre decenni, ad eccezione degli anni 1990 e 1995, periodo in cui l'indice di sviluppo umano ha superato, benché di poco, quello del Bangladesh.

Lo stagnamento economico che sta caratterizzando il Paese ha un impatto su tutti i settori, incluso quello della salute in generale e, in particolare, della salute materna. Sebbene i dati ufficiali del Ministero della sanità nepalese<sup>54</sup> parlino di un tasso di mortalità materna sceso da 535 morti su 100.000 bambini nati vivi nel 1996 a 281 su 100.000 nel 2006, i dati UNFPA, che tengono conto delle segnalazioni non pervenute e delle classificazioni errate, aggiustano questo valore spostandolo verso un allarmante 830 su 100.000<sup>55</sup>.

Le principali cause alla base di un tasso di mortalità materna così alto

sono diverse, in particolare sono da evidenziare le cure prenatali inadeguate, l'assenza di personale qualificato nell'assistenza ai parti e servizi ostetrici di emergenza inadeguati.

### Cure prenatali inadeguate

In Nepal, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità<sup>56</sup>, solamente il 44% delle donne effettua almeno una visita durante il periodo di gravidanza e solo il 29% effettua tutte e quattro le visite raccomandate. Pertanto, una grande percentuale di donne incinte non riceve affatto cure prenatali.

### Assenza di personale qualificato nell'assistenza ai parti

Solo il 19% delle nascite è assistito da ostetriche qualificate<sup>57</sup> e nelle zone rurali la percentuale scende fino al 14%. La maggior parte delle donne (81%) partorisce dunque nella propria casa, senza il supporto di un'ostetrica qualificata e in condizioni igieniche inappropriate e solo meno del 20% dei parti in Nepal avviene in una struttura ospedaliera (il 13% in una struttura sanitaria pubblica; il 6% in strutture non governative e/o private). I motivi sono da ricercare non solo in credenze tradizionali; influiscono notevol-

mente anche la generale scarsità di personale medico e paramedico - nel periodo 2000-2007 sono stati censiti poco più di 5.000 medici e poco più di 11.000 infermiere/ostetriche, vale a dire solo due medici e cinque infermiere/ostetriche per ogni 10.000 abitanti<sup>58</sup> - e soprattutto la distanza dai centri sanitari.

Gran parte della popolazione nepalese che vive in condizioni di povertà abita lontano da strutture sanitarie. Il 57% delle famiglie ad alto reddito è in grado di raggiungere strutture sanitarie in trenta minuti contro il 29% delle famiglie povere<sup>59</sup>. Un ulteriore fattore che influisce sulla bassa percentuale di donne che partoriscono all'interno di strutture sanitarie è legato alla privatizzazione di parte delle strutture sanitarie, il cui accesso, a causa degli elevati costi, è diventato pressoché proibitivo per la maggioranza della popolazione rurale che vive in condizioni di povertà.

### Servizi ostetrici di emergenza inadeguati

Uno studio sulla morbilità e la mortalità materne condotto nel 1998 dal Dipartimento dei servizi sanitari

54 Ministry of Health and Population, New era, Macro international Inc. 2007. "Nepal Demographic and Health Survey 2006", Kathmandu, Nepal.

55 UNFPA, "Lo stato della popolazione del mondo 2008: Punti di convergenza: cultura, genere e diritti umani", edizione italiana a cura di AIDOS, novembre 2009.

56 WHO, "World Health Statistics Report 2009".

57 WHO, "World Health Statistics Report 2009".

58 WHO, "World Health Statistics Report 2009".

59 His majesty's government of Nepal. 2004. Nepal health sector Programme-Implementation Plan (2004-2009). Kathmandu. Ministry of Health.



“Centro per la salute della donna”  
creato dall'organizzazione locale  
pfect-Nepal e AIDOS, Kirtipur, Nepal.  
Foto: Sheila McKinnon.

del Ministero della sanità nepalese<sup>60</sup> aveva individuato nelle emorragie post-parto (post partum hemorrhage PPH) la causa di oltre il 40% delle morti materne. Un recente studio condotto dallo stesso Dipartimento<sup>61</sup> rivela che la percentuale della mortalità materna causata da emorragie è scesa nel 2008 al 24%, ma che le emorragie rimangono ancora la causa principale della mortalità materna. La ricerca evidenzia anche che rispetto al 1998 la percentuale di morti causate da preeclampsia ed eclampsia è cresciuta.

Questi risultati indicano chiaramente che le morti materne in Nepal sono dovute a scarse cure prenatali e a parti

non assistiti da personale qualificato. Secondo il Dipartimento dei servizi sanitari, in tutto il Paese attualmente vi sono solo 44 strutture sanitarie in 33 distretti<sup>62</sup> che forniscono cure ostetriche di emergenza inclusive e 80 centri in 56 distretti che forniscono il Primo livello di intervento ostetrico di emergenza<sup>63</sup>. L'obiettivo del governo nepalese è quello di fornire cure ostetriche di emergenza inclusive in 60 distretti e nell'80% dei centri sanitari di base (Primary Health Care Centres - PHCC).

Il governo nepalese sta inoltre intensificando i propri sforzi per la formazione di personale qualificato tramite specifici corsi di formazione per “Auxiliary Nurse Midwife - ANM” (levatrici

ausiliarie)<sup>64</sup> centrati sullo sviluppo di competenze essenziali, come la gestione della terza fase del travaglio e l'identificazione e gestione di emorragie e dell'ipertensione.

Infine, per favorire l'accesso delle donne incinte alle strutture sanitarie pubbliche, sono previsti incentivi economici sia per le madri che per il personale sanitario. Con questi programmi il Nepal si propone di dimezzare la mortalità materna entro il 2017<sup>65</sup>.

60 Pathak, L. R et al. 1998. “Maternal mortality and morbidity Study”. Kathmandu, Nepal. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health. His Majesty's Government of Nepal.

61 “Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009”: Summary of Preliminary Findings ([www.dfid.gov.uk/Documents/publications/nepalmaternal-mortality.pdf](http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/nepalmaternal-mortality.pdf)).

62 Il Nepal è suddiviso in 5 regioni, ulteriormente ripartite in 14 zone amministrative, comprendenti a loro volta 75 distretti.

63 Department of Health services. 2007. Annual report 2063/64 (2006-2007). Kathmandu. Government of Nepal, Ministry of Health Population.

64 National Health Training Centre. 2007. National in-service training Strategy for Skilled Birth Attendants (2006-2012). Kathmandu. Government of Nepal, ministry of Health and Population.

65 Ministry of Health. 1999. Second Long term Health Plan 1997-2017. Kathmandu., His majesty's Government of Nepal. Ministry of Health.



## 2.3.3 La legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza

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). In Nepal, infatti, l'interruzione volontaria di gravidanza è legale dal 2002, anche se solo dal 2004 è possibile abortire nelle strutture sanitarie pubbliche.

Nonostante gli interventi abortivi siano legali e in teoria disponibili su scala nazionale per tutti, in realtà il numero di strutture sanitarie pubbliche in

tutto il paese che effettuano questo servizio non è ancora sufficiente. Uno dei motivi è da ricercarsi nel numero esiguo di personale sanitario appropriatamente formato e quindi in grado di effettuare interventi abortivi e offrire cure post-aborto adeguate, anche per la mancanza della strumentazione necessaria.

Un grave ostacolo è costituito anche dalla scarsa diffusione di informazioni sulla disponibilità di tali servizi nelle strutture sanitarie pubbliche che, unita allo stigma sociale ancora persistente, fa sì che spesso ci si rivolga a strutture sanitarie private, le quali tuttavia, pur essendo legalmente abilitate a fornire questo tipo di servizi, spesso li

eseguono in condizioni di insicurezza e non prevedono nemmeno procedure per la registrazione degli interventi.

In questo contesto così articolato e complesso, secondo i dati raccolti negli ospedali nepalesi, la legalizzazione dell'assistenza all'aborto e l'adozione dei relativi Protocolli hanno già consentito di ridurre drasticamente 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<sup>66</sup>.

<sup>66</sup> Susan A. Cohen, Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide, Guttmacher Policy Review, Fall 2009, Volume 12, Number 4.

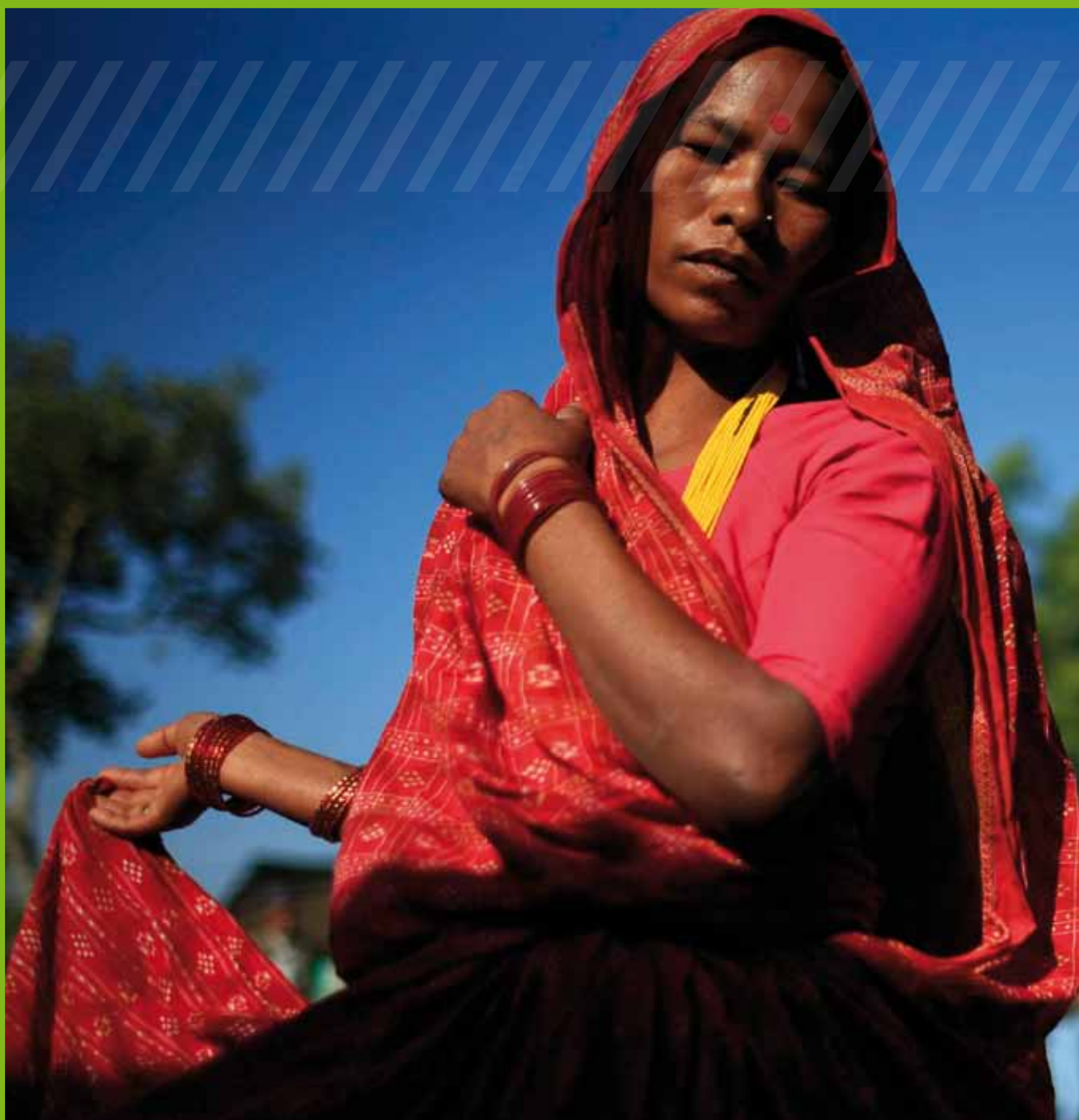
## 2.3.4 L'accesso ai contraccettivi

In Nepal i contraccettivi sono disponibili gratuitamente all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e all'interno di alcune strutture sanitarie gestite da organizzazioni non governative, che ricevono a loro volta gratuitamente i contraccettivi dal governo. Alcuni tipi di contraccettivi, come

il preservativo, le iniezioni e la pillola sono disponibili anche nei villaggi, mentre la spirale e il Norplant<sup>67</sup> sono disponibili solo nelle strutture sanitarie di base e negli ospedali distrettuali.

<sup>67</sup> Si tratta di capsule impiantate a livello sottocutaneo nel braccio di una donna che prevengono l'ovulazione. Sono efficaci per circa cinque anni.

Esistono in Nepal anche iniziative volte a fornire preservativi maschili e pillole anticoncezionali a prezzi agevolati. Le strutture sanitarie private, invece, forniscono contraccettivi esclusivamente a pagamento.



# CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Foto: Brian Sokol/ActionAid

A livello globale, fra il 1997 e il 2007, nel settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva è stata registrata una generale crescita dei finanziamenti, che hanno superato di gran lunga quelli destinati al settore della salute. Tale tendenza è risultata particolarmente evidente nell'Africa Sub-Sahariana. Nonostante questo, le probabilità di sopravvivenza di una madre e di un bambino dal 1990 ad oggi sono migliorate solo in minima parte e sarà difficile raggiungere il quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio entro il 2015.

Una spiegazione sul parziale insuccesso nel raggiungimento del quinto Obiettivo è da mettere in relazione alla distribuzione dei finanziamenti all'interno del settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva. Mentre dal 1997 la spesa per le attività relative a controllo, prevenzione e cura delle malattie a trasmissione sessuale, incluso l'HIV/AIDS, è cresciuta dal 18% del totale destinato al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva al 75% del 2007, la spesa per i servizi di salute riproduttiva è costantemente diminuita, passando dal 27% sul totale delle risorse per la popolazione del 1997 al 17% del 2007. 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 alla bassissima percentuale del 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.

L'iniziativa della comunità internazionale, caratterizzata dall'approccio verticale e dalle iniziative di salute globale su specifiche problematiche sanitarie, non è riuscita 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 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)<sup>68</sup>.

Pertanto, 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<sup>69</sup>.

L'analisi dei tre paesi selezionati conferma quanto emerge a livello globale. L'analisi dei finanziamenti destinati al settore dell'assistenza alla popolazione e salute riproduttiva, in particolar modo per Tanzania e Uganda, ci restituisce un'immagine ancor più sbilanciata a favore delle attività concentrate su una singola malattia (HIV/AIDS) rispetto alle cure per la sa-

lute riproduttiva e i servizi per la pianificazione familiare.

Per quanto concerne gli indicatori relativi al quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio, mentre in Tanzania il tasso di mortalità materna dal 1996 al 2006, non solo non è diminuito, ma è leggermente salito, in Uganda e Nepal si sono registrati dei miglioramenti, anche se i tassi di mortalità materna in questi due paesi (830/100.000 bambini nati vivi in Nepal e 550/100.000 in Uganda) restano ancora talmente alti che è effettivamente difficile parlare di risultati soddisfacenti.

Esaminando i tre paesi emergono cause legate alla mortalità materna molto simili:

- 1. cure prenatali inadeguate:** cure appropriate, in grado di diagnosticare possibili complicazioni nel parto, potrebbero contribuire a ridurre notevolmente la mortalità materna;
- 2. scarso accesso a cure ostetriche di emergenza:** molte strutture sanitarie non sono in grado di fornire alcun tipo di cure ostetriche di emergenza; inoltre, molte donne nei paesi a medio e basso reddito partoriscono in casa e sono assistite da levatrici tradizionali non in grado di gestire situazioni di emergenza;
- 3. lontananza di gran parte della popolazione** - soprattutto quella che vive nelle zone rurali - **dalle strutture sanitarie:** le precarie condizioni economiche di gran parte delle donne che vivono nelle zone rurali impediscono loro di rivolgersi a strutture competenti, anche quando sono state diagnosticate possibili complicazioni;

<sup>68</sup> World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group : "An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems", Lancet vol. 373.

<sup>69</sup> Suzanna Dennis, "Re-Costing Cairo: Revised Estimate of the Resource Requirements to Achieve the ICPD Goals", Population Action International, March 2009.

- 4. carenza di personale qualificato:** molte strutture sanitarie, in particolare nelle zone rurali, sono gestite da personale non adeguatamente formato, soprattutto nell'affrontare emergenze ostetriche; l'analisi finanziaria relativa ai tre paesi conferma che per attività di formazione di personale su salute sessuale e riproduttiva sono state erogate nel periodo 2002-2007 cifre molto basse o addirittura non sono stati erogati affatto fondi per la formazione;
- 5. strutture sanitarie inadeguate e/o sprovviste di attrezzatura adeguata** che, unite alla generale scarsa competenza del personale sanitario, generano sfiducia da parte della popolazione nel sistema sanitario<sup>70</sup>;
- 6. complicazioni legate all'interruzione volontaria di gravidanza:** nonostante l'aborto sia illegale in due paesi sui tre analizzati, le pratiche abortive clandestine, praticate da personale non competente, sono frequenti e sono all'origine di una percentuale consistente di morti materne. In Nepal, la legalizzazione dell'aborto ha contribuito a diminuire la mortalità materna;
- 7. incidenza dei fattori culturali sui comportamenti legati a salute sessuale e riproduttiva:** i sistemi sanitari vengono disegnati sul modello occidentale, senza tenere in considerazione il sistema di riferimenti culturali locali; inoltre, le scelte legate alla vita sessuale e riproduttiva delle donne sono fortemente determinate dal contesto familiare e culturale circostante;

70 Anche se per Uganda e Nepal i valori pari a zero potrebbero essere dovuti ad errori nel riportare i dati relativi ai finanziamenti per la formazione del personale sanitario nella giusta categoria.

- 8. scarso accesso a moderni metodi contraccettivi,** nonostante ne sia prevista la distribuzione gratuita o a prezzi accessibili;
- 9. violenza di genere:** molto spesso le donne vittime di violenza non si avvalgono del supporto di servizi sanitari e difficilmente denunciano di essere state vittime di violenza domestica;
- 10. priorità dei donatori che non coincidono con le priorità stabilite a livello nazionale e con le necessità della popolazione beneficiaria:** la salute materna non riceve adeguata attenzione da parte dei finanziatori, nonostante le problematiche di questo settore superino di gran lunga quelle di altri.

La questione del limitato allineamento delle scelte dei donatori internazionali alle necessità delle persone e alle priorità stabilite a livello nazionale è cruciale. Fondamentale anche il fatto che la salute materna non riceva adeguata attenzione da parte dei finanziatori. Già nel precedente rapporto "Le politiche che fanno la differenza. La salute e i diritti sessuali e riproduttivi per promuovere lo sviluppo" emergeva come l'orientamento politico della comunità internazionale e gli strumenti di finanziamento conseguentemente adottati tendano a indirizzare gli interventi sanitari su alcune malattie considerate prioritarie, secondo un approccio verticale. Il documento raccomandava quindi che i programmi sanitari trovassero una mediazione fra l'approccio di prevenzione e cura di una specifica malattia e quello concentrato invece sulle esigenze della sanità di base e sulla partecipazione nell'esercizio del diritto della salute da parte della società civile.

Le analisi condotte in questo nuovo rapporto, ci portano a reiterare questa raccomandazione e spingere affinché nel settore della salute sessuale e riproduttiva si tengano maggiormente in considerazione le esigenze delle popolazioni beneficiarie e i riferimenti culturali locali. Per raggiungere dei successi nel campo della salute sessuale e riproduttiva, non solo incrementati i finanziamenti al settore, ma vanno anche resi più vicini - fisicamente e culturalmente - i servizi sanitari: è quindi fondamentale cercare di adattare e contestualizzare un modello sanitario di importazione occidentale al contesto locale. Per fare questo è sicuramente necessario che i gruppi di donne, le comunità locali e la società civile organizzata siano parti attive nell'elaborazione delle strategie sanitarie nazionali/locali e nel monitoraggio della loro messa in opera. Ai donatori l'obbligo di astenersi dall'interferire e dal distorcere la visione nazionale condivisa di una strategia sanitaria.

In coerenza con i target indicati dall'agenda di Parigi sull'efficacia degli aiuti<sup>71</sup>, i governi e i donatori devono cambiare la loro concezione di partenariato nei riguardi della società civile nazionale, riconoscendo le organizzazioni della società civile come veri partner invece che come semplici esecutori materiali, e focalizzarsi di più su quelle piccole realtà locali che possano essere più rappresentative all'interno della società civile<sup>72</sup>.

71 OECD, The Paris Declaration on Aid Effectiveness (2009), Accra agenda for Action (2005)

72 OECD/DAC, "Aid for better health", 2009

**La campagna “Non c’è sviluppo senza salute” chiede che i donatori e le organizzazioni, i meccanismi e le istituzioni internazionali preposte agli aiuti allo sviluppo:**

- 1. confermino** nell' anno della valutazione intermedia degli Obiettivi del Millennio e a 5 anni dagli impegni sull'Africa presi al G8 di Gleneagles, **gli obiettivi relativi alla riduzione della mortalità infantile e della salute materna;**
- 2. allineino 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;
- 3. promuovano l'integrazione dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva in tutti i programmi di sviluppo** per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute: promozione della salute infantile, della salute materna e della lotta contro AIDS, malaria e altre malattie;
- 4. assicurino priorità politica e adeguati finanziamenti ai servizi per la salute materna e la salute sessuale e riproduttiva**, finora ampiamente trascurati nonostante gli impegni assunti a livello internazionale a partire dal Programma di Azione adottato dalla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo;
- 5. aumentino i finanziamenti al settore dell'assistenza alla popolazione e in particolare si impegnino a raddoppiare i finanziamenti annuali per i servizi di salute riproduttiva e a quadruplicare quelli per le attività di pianificazione familiare**, per contribuire al raggiungimento degli impegni sia qualitativi che quantitativi presi a livello internazionale, in particolare degli obiettivi della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo;
- 6. mettano al centro dell'agenda politica il rafforzamento dei sistemi sanitari di base e la formazione del personale sanitario e parasanitario**, integrando un'ottica di genere e assicurando maggiori investimenti nelle strutture e nei servizi sanitari di base per far fronte alle esigenze dell'intero settore sanitario con particolare riferimento alla salute materna
- 7. 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;
- 8. si adoperino affinché siano elaborati strumenti di comunicazione e sensibilizzazione sulle problematiche relative alla salute materna, inclusa l'interruzione volontaria di gravidanza in condizioni di sicurezza, modellati sui bisogni dei beneficiari**, anche tenendo conto delle diversità demografiche all'interno di uno stesso paese e delle problematiche di genere - inclusa la violenza contro le donne - in modo da garantire un maggiore accesso e utilizzo dei servizi disponibili;
- 9. promuovano la raccolta e l'uso di dati dettagliati e disaggregati per sesso**, sia nella pianificazione che nel monitoraggio e valutazione delle attività intraprese in ogni settore della salute, in particolare per quanto riguarda la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e la salute materna;
- 10. promuovano meccanismi di partecipazione per tutti gli attori sociali interessati**, a partire dalle comunità locali e dalle fasce di popolazione maggiormente a rischio, tra cui le donne e le ragazze, in modo che i servizi sanitari siano concepiti e attuati in maniera da rispondere effettivamente ai loro bisogni e assicurare una efficace promozione della salute materna.

# LISTA DEGLI ACRONIMI

<b>ANC</b>	Antenatal care - Cure prenatali
<b>ANM</b>	Auxiliary Nurse Midwife - Levatrici ausiliarie
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome - Sindrome da immunodeficienza acquisita
<b>BemOC</b>	Basic Emergency Obstetric Care - Primo livello di intervento ostetrico di emergenza
<b>CAC</b>	Comprehensive Abortion Care - Protocollo terapeutico completo per l'aborto
<b>CEmOC</b>	Comprehensive Emergency Obstetric Care - Cure ostetriche di emergenza inclusive
<b>CRS</b>	Creditor Reporting System - Sistema di notifica dei Paesi Creditori
<b>DAC</b>	Development Assistance Committee - Comitato sull'aiuto allo sviluppo dell'OCSE
<b>EC</b>	European Commission - Commissione europea
<b>EmOC</b>	Emergency Obstetric Care - Cure ostetriche d'emergenza
<b>EPF</b>	European Parliamentary Forum on Population and Development - Forum parlamentare europeo sulla popolazione e lo sviluppo
<b>GFATM</b>	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus - Virus dell'immunodeficienza umana
<b>ICPD</b>	International Conference on Population Development - Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation - Federazione Internazionale per la Pianificazione Familiare
<b>MST</b>	Malattie sessualmente trasmissibili
<b>NIDI</b>	Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute - Istituto demografico interdisciplinario dei Paesi Bassi
<b>OMS</b>	Organizzazione mondiale della sanità (vedi anche WHO)
<b>ONG</b>	Organizzazione non governativa
<b>PACE</b>	Programme for Accessible Health, Communication and Education - Programma per l'accesso alla salute, alla comunicazione e all'istruzione
<b>PAC</b>	Post Abortion Care - Protocollo post aborto
<b>PHCC</b>	Primary Health Care Centres - Centri per l'assistenza sanitaria primaria
<b>PIL</b>	Prodotto Interno Lordo
<b>PPH</b>	Post partum hemorrhage - Emorragie post-parto
<b>RHU</b>	Reproductive Health Uganda
<b>SAARC</b>	South Asian Association for Regional Cooperation - Associazione Sud-Asiatica per la Cooperazione Regionale
<b>UDHS</b>	Uganda Demographic Health Survey - Indagine demografica e sanitaria in Uganda
<b>UE</b>	Unione Europea
<b>UNAIDS</b>	United Nations Programme on HIV/AIDS - Programma delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme - Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund - Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund - Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
<b>WHO</b>	World Health Organization (vedi anche OMS)

# BIBLIOGRAFIA

Agyei WK and Epama E, "Sexual behaviour and contraception use among 15-24 years old in Uganda", *International Family Planning Perspectives*, 18(1): 13-17, 1992

AIDOS, "Salute sessuale e riproduttiva: una questione di diritti - Le tappe fondamentali per la salute e i diritti riproduttivi a livello globale. I programmi internazionali 1968 – 2003", 2003

Cohen Susan A., "Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide", *Guttmacher Policy Review*, Fall 2009, Volume 12, Number 4

Dennis Suzanna, "Re-Costing Cairo: Revised Estimate of the Resource Requirements to Achieve the ICPD Goals", *Population Action International*, March 2009

DSW - German Foundation for World Population, EPF - The European Parliamentary Forum on Population and Development, "Mapping European Development Aid & Population Assistance - Euromapping 2009" e a cura di AIDOS – Associazione italiana donne per lo sviluppo, Sintesi italiana, "Mappatura europea degli aiuti allo sviluppo e dell'assistenza alla popolazione", novembre 2009

Government of Nepal, "Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009" (Summary of Preliminary Findings)

Government of Nepal, Ministry of Health Population, Department of Health services, Annual report 2063/64 (2006-2007), Kathmandu, 2007

Jyoti Shankar Singh, "Creating a New Consensus on Population - The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights, and Women's Empowerment", ottobre 2009

Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB, Sentumbwe O, Kabarangira J, Nanda G, Orinda V, ( 2007), "Declining maternal mortality ratio in Uganda: priority interventions to achieve the Millennium Development Goal", *International Journal of Gynaecology and Obstetric.*;98(3):285-90

Ministry of Health and Macro international Inc., "Uganda Service provision Assessment Survey 2007", Kampala, Uganda, 2008

Ministry of Health and Population, New era, Macro international Inc., "Nepal Demographic and Health Survey 2006", Kathmandu, Nepal, 2007

Ministry of Health, "Second Long term Health Plan 1997-2017", Kathmandu, Government of Nepal. Ministry of Health, 1999

Nalwadda, G., Nabukera, S., Saliyu, H.,M., 2005. "The abortion paradox in Uganda: Fertility regulator or cause of maternal mortality", *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 25 (8):776-780

National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ORC Macro, "Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05", Dar es Salaam, Tanzania, 2005

National Health Training Centre, "National in-service training Strategy for Skilled Birth Attendants (2006-2012)" Kathmandu. Government of Nepal, ministry of Health and Population, 2007

OCSE/DAC, Creditor Reporting System

OCSE/DAC, "Aid for better health", 2009

Pathak, L. R et al. 1998. "Maternal mortality and morbidity Study". Kathmandu, Nepal, Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal

Shankar Singh Jyoti, "Creating a New Consensus on Population - The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights, and Women's Empowerment", ottobre 2009

Ssengooba, F., Neema, S., Mbonye, A., Ssentumbwe, O., Onama, V., (undated). "Maternal Health Review Uganda", Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Programme HSD/WP/04/03: Kampala

UNFPA, "Lo stato della popolazione del mondo 2008: Punti di convergenza: cultura, genere e diritti umani", edizione italiana a cura di AIDOS, novembre 2009

UNFPA, "\$64.7 billion Needed for Population Programmes to Curb Poverty", Press Release, 6 aprile 2009

UNFPA, "UNFPA Welcomes Restoration of US Funding", Press Release, 23 gennaio 2009

UNFPA/NIDI, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2007"

United Nations, "Millennium Development Goals Report 2008"

Vlassoff, M., Sundaram, A., Bankole, A., Remez, L., Mugisha, F., "Meeting the Contraceptive Needs of Ugandan Women, In Brief" 2009 Series, No.4, Washington, DC: Guttmacher Institute, 2009

WHO, "World Health Statistics Report 2009"

WHO, "World Health Statistics Report 2005"

WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group : "An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems", Lancet vol. 373

**Siti web:**

UNFPA, Facts about Safe Motherhood, <http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm>

UNICEF, Statistics by country <http://www.unicef.org/infobycountry/>

WHO, [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index.html)





True Development  
Through Health  
Non c'è sviluppo senza salute

## LA SALUTE MATERNA DAI FINANZIAMENTI AL CAMPO. LE POLITICHE CHE FANNO LA DIFFERENZA. Rapporto 2010.

**act:onaid**

ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente presente in oltre 40 paesi che, insieme alle comunità più povere agisce contro la povertà e l'ingiustizia. Da oltre 20 anni è al fianco delle comunità locali e dei gruppi di sieropositivi per favorirne l'accesso all'assistenza sanitaria, legale e alle informazioni necessarie per prevenire e contenere la diffusione della malattia.

[www.actionaid.org](http://www.actionaid.org)



Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 per contribuire all'affermazione dei diritti, della dignità e della libertà di scelta delle donne del Sud del mondo. AIDOS concentra i propri interventi in quattro settori: salute e diritti sessuali e riproduttivi, sviluppo di piccola imprenditorialità femminile, capacity building delle istituzioni e organizzazioni di donne, istruzione delle bambine.

[www.aidos.it](http://www.aidos.it)



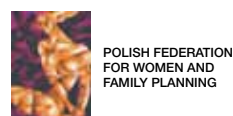
Il Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie è una organizzazione non governativa che realizza progetti di cooperazione internazionale in Africa, America Latina e Paesi del Mediterraneo, principalmente in campo sanitario, organizza corsi di formazione per professionisti dei paesi a basso e medio reddito, e promuove attività di sensibilizzazione e advocacy, fondando la sua attività sui valori della solidarietà e della difesa dei diritti umani.

[www.cestas.org](http://www.cestas.org)



Deutsche Stiftung Weltbevölkerung - German Foundation for World Population. E' un'organizzazione internazionale per lo sviluppo tedesca, fondata a Hannover nel 1991 per sostenere le comunità più povere nella lotta contro la povertà attraverso la promozione della pianificazione familiare e della salute sessuale e riproduttiva, in particolare in Africa e in Asia. Oltre alla sede a Hannover, DSW è presente a Bruxelles e in diversi paesi africani.

[www.dsw-online.de](http://www.dsw-online.de)



Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny - Polish Federation for Women and Family Planning. La Federazione polacca per le donne e la pianificazione familiare è stata fondata nel 1992 a Varsavia da cinque organizzazioni nazionali che si sono unite per la libertà di scelta delle donne. Attualmente la Federazione riunisce nove partners.

[www.federa.org.pl](http://www.federa.org.pl)