

Le donne, i bambini e il futuro dei giovani

Enrico Valletta

U.O. Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

“Non esiste, infatti, amore per la vita, così come non esiste amore dell’universale. Esiste solo l’amore dell’uno per uno, amore per il nome proprio...”

Massimo Recalcati. *Le mani della madre*

Lo spunto per questo *Osservatorio* nasce da alcune recenti letture apparentemente scollegate tra loro ma che, se poste in successione, possono (forse) suscitare qualche riflessione sulla complessità delle problematiche legate al miglioramento della quantità e della qualità di vita dell’infanzia appena fuori dall’Italia.

Il punto di partenza può essere quello di alcuni, raffinati scritti di Giancarlo Biasini, di Francesco Ciotti o di Costantino Panza sull’opportunità (la necessità etica?) che la nostra società coltivi precocemente i talenti dell’infanzia perché questi diano, in prospettiva, frutti migliori per i singoli e per la comunità tutta¹⁻³. Obiettivi avanzati, degni di una regione all’avanguardia nell’attenzione alla persona, in un Paese che, pur nelle difficoltà e nelle disomogeneità, ha elevati *standard* di mortalità infantile e di attesa di vita e uno dei SSN più efficienti al mondo. Se ora alziamo lo sguardo un po’ più in là, come hanno fatto Giancarlo Biasini e Giorgio Tamburini in due recenti articoli, vediamo che attorno a noi ancora si deve lavorare per “rendere visibili le vite dei bambini”, per ridurre le morti evitabili e l’esposizione ai rischi ambientali, per ribadire che la salute è un “diritto universale” per ogni bambino dell’occidente europeo^{4,5}. Già la realtà si intuisce più complessa e la strada - per raggiungere obiettivi ragionevoli di salute - meno definita e ancora in salita.

Salute materna, accesso alla contraccezione, MDG4 e MDG5

A questo punto, un apparente salto logico. A distanza di 20 anni dall’*International Conference on Population and Development*, che aveva rappresentato un punto di svolta sul tema della salute sessuale e riproduttiva come fondamentale

elemento di salvaguardia per il benessere delle donne e dei bambini, apprendiamo che le barriere che impediscono alle donne l’accesso ai più efficaci metodi di contraccezione sono ancora alte in molti Paesi a basso o bassissimo reddito^{6,7}.

Nel mondo, oltre 220 milioni di donne che desiderano prevenire una gravidanza non hanno accesso ai moderni mezzi di contraccezione; ogni anno si avviano quasi 90 milioni di gravidanze non programmate da cui nascono oltre 30 milioni di bambini con almeno 20 milioni di aborti poco o nulla assistiti.

Sempre ogni anno, 15 milioni di bambini nascono da donne adolescenti, quasi tutti nei Paesi poveri. Le madri adolescenti hanno una probabilità doppia di morire durante il parto, probabilità che si quintuplica sotto i 14 anni. La contraccezione di elezione o di emergenza è inclusa nei 13 presidi salva-vita per donne e bambini raccomandati dalla specifica commissione delle Nazioni Unite⁸, ma nonostante

ragguardevoli esempi di politica sanitaria correttamente orientati (in Bangladesh operatori volontari distribuiscono contraccettivi nei villaggi, mentre in Africa Centrale è la stessa polizia a provvedere nei casi di violenza sessuale), la situazione è sostanzialmente fuori controllo in larga parte dei Paesi più poveri.

Secondo l’OMS, la salute materna include “la salute della donna durante la gravidanza, il parto e il periodo post-parto” e una morte materna è, per definizione, una morte evitabile. Anche fermandoci qui, non c’è chi non veda quanto tutto questo possa influire sulla “salute” dei bambini.

Il quinto *Millennium Development Goal* (MDG5) proponeva due macro-obiettivi: ridurre la mortalità materna del 75% dal 1990 al 2015 e raggiungere nel 2015 l’accesso universale alla salute nell’ambito della riproduzione. Nonostante i progressi fatti un po’ dovunque in questa direzione (le morti materne sono calate complessivamente del 50% dal 2005 al 2011), solo il 24% dei Paesi in via di sviluppo si avvia a raggiungere l’obiettivo del -75% e nell’Africa sub-sahariana la situazione resta critica. Nei Paesi sviluppati la mortalità materna è 16/100.000 nati vivi, mentre nei Paesi più poveri è 240/100.000 nati vivi; in Somalia una

figura 1

Mortalità (anni 1990-2013) in bambini di età inferiore a 5 anni¹⁰

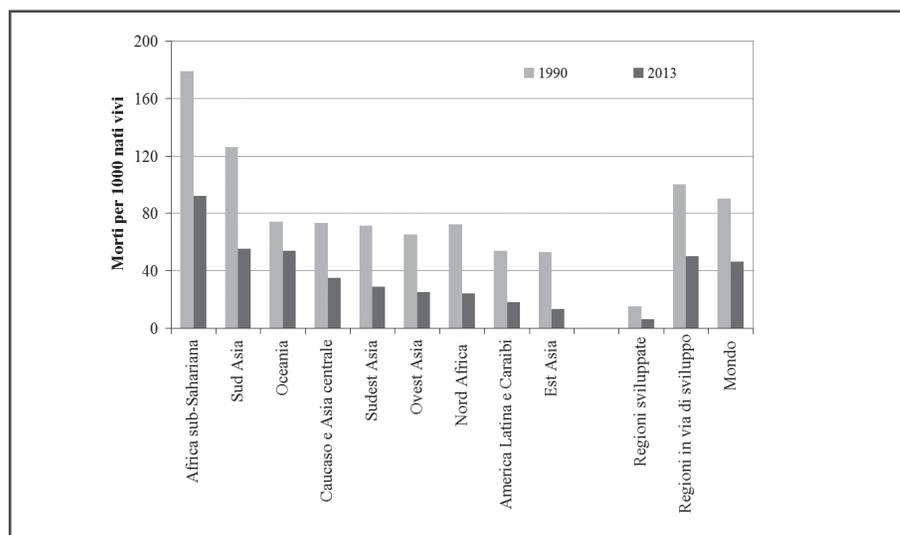


figura 2

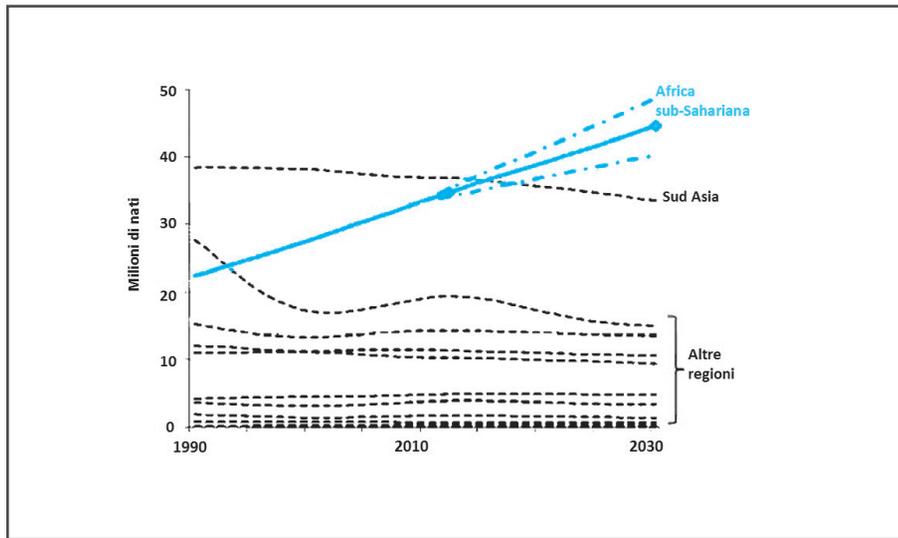
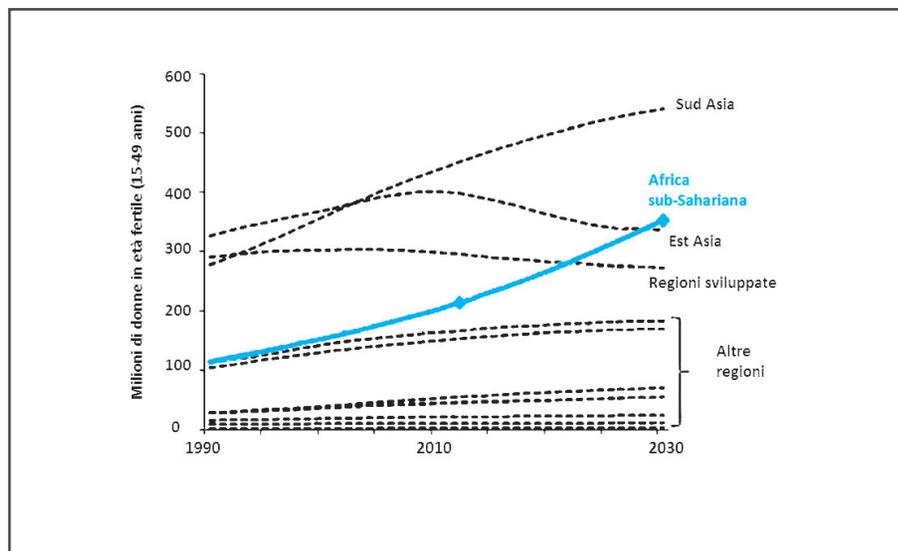
Numero di nuovi nati 1990-2030¹²

figura 3

Numero di donne in età fertile 1990-2030¹²

donna su 16 muore di parto, in Nigeria 1:29, negli USA 1:2400 e in Grecia 1:25.500⁹.

Povertà, basso livello culturale, mancanza di risorse, conflitti, malattie trasmissibili, scarsa qualità delle cure, gravidanza in adolescenza, limitato accesso alla contraccezione e all'aborto sicuro restano i maggiori determinanti sociali responsabili dell'elevata mortalità materna. D'altra parte, il quarto *Millennium Development Goal* (MDG4) che si proponeva la riduzione del 75% della mortalità infantile in tutto il mondo, ha registrato complessivamente buoni risultati (riduzione superiore al 50%) in tutte le regioni tranne che nell'Africa sub-sahariana e nel Sud-Asia (figura 1)^{10,11}.

Restiamo per il momento nell'Africa

sub-sahariana dove il ritmo di crescita della popolazione rischia di rendere sempre più difficile l'accesso ai fondamentali servizi di assistenza madre-bambino¹².

Si prevede che questa regione mantenga un ritmo di crescita annuo del 2% fino al 2030: i nati/anno passeranno dai 35 milioni nel 2012 ai 45 milioni nel 2030 e le donne in età fertile aumenteranno del 65% superando i 350 milioni nel 2030 (figura 2 e 3). È un'impressionante espansione di nuovi nati e di potenziali madri per i quali è necessario prevedere crescenti investimenti in termini di diritti, di salute e di salute riproduttiva in particolare. Il continente africano passerà dall'attuale popolazione di 1 miliardo di abitanti a 2,8 miliardi (per lo più giovani) nel 2050, con una forza-lavoro superiore

a quella della Cina e dell'India.

Circa 600 milioni di bambini nati all'inizio del XXI secolo costituiranno l'immensa riserva di capitale umano che andrà gestito perché non si trasformi da grande opportunità di ricchezza e di sviluppo in un incalcolabile rischio demografico per quel continente.

I dati attuali, relativi alla scolarizzazione, all'economia, alle risorse e alla sostenibilità ambientale, disegnano un orizzonte poco rassicurante.

Nell'Africa sub-sahariana il 60% dei disoccupati ha 15-24 anni, il 72% dei giovani vive con meno di 2\$ al giorno e il 46% con meno di 1\$ al giorno¹³. In sintesi, il tema di fondo è se i governi di questa parte del mondo saranno in grado di governare gli eventi e di assicurare adeguati servizi sanitari, possibilità di vita dignitosa e prospettive di sviluppo per un numero di bambini e di giovani in vertiginoso aumento.

Crescita della popolazione, transizione demografica e dividendo demografico

Alcuni documenti allargano ulteriormente il nostro orizzonte, almeno fino al 2050. Nei prossimi decenni, l'attesa è che la mortalità infantile continui a ridursi, che cresca l'attesa di vita (2 miliardi di ultrasessantenni nel 2050) e diminuisca il tasso di fertilità soprattutto nei Paesi che si stanno avviando alla transizione demografica. Nel frattempo, le previsioni dicono che nel 2050 la popolazione mondiale supererà i 9,5 miliardi e nel 2100 sfiorerà gli 11 miliardi appartenenti, per la grande parte, a quelle che oggi sono le zone più povere e popolate della Terra¹⁴.

Alla fine del secolo saremo, forse, al limite superiore delle possibilità di espansione della nostra civiltà. In quali condizioni toccheremo questo traguardo e a quale prezzo lo manterremo possiamo solo immaginare¹⁵.

La transizione demografica è un evento sociale che appare molto attinente al contesto nel quale ci muoviamo e che si realizza quando una popolazione passa da una situazione di elevata fertilità e mortalità a una di bassa fertilità e mortalità^{16,17}. Nelle fasi iniziali del processo, gli interventi socio-sanitari realizzano una riduzione della mortalità infantile: l'effetto immediato è l'incremento del numero dei bambini che determina, a sua volta, l'impiego di crescenti risorse familiari e della comunità per il loro

mantenimento, l'istruzione e la salute. Questo, evidentemente, a spese di altri investimenti che potrebbero sostenere lo sviluppo economico di tutta la comunità. Se più bambini sopravvivono, progressivamente anche la necessità di avere molti figli si riduce e con essa la fertilità. Il numero dei bambini un poco alla volta si contrae mentre la generazione precedente diventa economicamente attiva, le donne possono coinvolgersi maggiormente nelle attività produttive e si liberano risorse per l'educazione e la salute dei figli.

Si creano le premesse per il realizzarsi di un dividendo demografico, situazione nella quale il numero degli individui produttivi (dai 15 ai 64 anni) è maggiore di quello degli individui non produttivi (bambini e anziani). Se questo processo sarà accompagnato da adeguati investimenti di politica economica, educativa e sanitaria sul capitale umano più giovane, l'attesa di vita aumenterà poi e con essa anche la percentuale della popolazione anziana.

Pianificazione familiare e controllo delle nascite possono avviare la transizione demografica

La ricerca ci dice che nei Paesi dove l'accesso alla contraccezione e ai servizi di pianificazione familiare è difficile, lì la fertilità rimane alta e viene impedito l'avvio della transizione demografica.

Avere la possibilità di pianificare le nascite porta a famiglie meno numerose, maggiore partecipazione nel mercato del lavoro, migliori opportunità di educazione e di salute per le donne e per i bambini, in sostanza, costruzione di un capitale umano migliore. Naturalmente, è necessario che le famiglie e i governi abbiano cultura e lungimiranza sufficienti per investire in questo senso¹⁶.

La riduzione della fertilità può essere un importante volano per l'avvio della transizione demografica. Le donne nei Paesi poco sviluppati hanno più figli di quanti ne vorrebbero, hanno ancora scarso accesso alla contraccezione moderna e alla pianificazione familiare, ma quando le raggiungono scelgono, generalmente, di avere famiglie meno numerose¹⁶.

Questo significa migliori condizioni di vita per le donne e per i loro figli, valorizzazione del capitale umano femminile

attraverso una migliore istruzione e l'ingresso nelle attività produttive¹⁸.

La riduzione della fertilità renderebbe meno acuta la scarsità di terra coltivabile nelle zone più densamente popolate (Sud-est Asiatico e Africa Sud Est), ridurrebbe l'inurbamento di milioni di persone e aumenterebbe la produttività e la ricchezza individuali. La Banca Mondiale calcola che mantenere i livelli di impiego del 2005 fino al 2020 richiederebbe la creazione di un milione di posti di lavoro al mese del Sud-est Asiatico e un incremento del 50% delle opportunità di lavoro nell'Africa sub-sahariana. In Asia, la riduzione della fertilità potrebbe rendere questa esigenza meno pressante¹⁹.

Conclusioni

Evidentemente, non c'è una conclusione. La successione delle letture ci ha portati a sviluppare, in scala crescente, il tema degli investimenti di salute sulle donne e sui bambini come filo conduttore di un ragionamento "politico" che parte dal singolo individuo e si proietta in uno scenario planetario in maniera abbastanza coerente. Le dimensioni dei fenomeni demografici, nei quali noi stessi siamo immersi, sono enormi, in parte comprensibili, quanto governabili non sapremmo dire. Come genitori, educatori o pediatri possiamo e dobbiamo agire in maniera propositiva nella realtà che ci circonda, consapevoli di lavorare all'apice di una piramide alla cui base gli investimenti necessari sono di ben altra natura e portata.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

1. Biasini G. I 15 anni di "Nati per Leggere". *Quaderni acp* 2015;22:40-1.

2. Ciotti F, Travanti C. Un metodo di lettura in scuola materna per avvicinare il bambino alla parola scritta. *Quaderni acp* 2015;22:66-9.

3. Panza C. Nati per Leggere e lettura dialogica: a chi e come. *Quaderni acp* 2015;22:95-101.

4. Biasini G. Un'occhiata internazionale agli indicatori di salute. *Il Report OCSE* 2013.

Quaderni acp 2015;22:83-6.

5. Tamburlini G. Investire nei bambini: la nuova strategia della Regione europea dell'OMS per la salute di bambini e adolescenti 2015-2020. *Quaderni acp* 2015;22:75-6.

6. Thomas TN, Gausman J, Lattof SR, Wegner MN, Kearns AD, Langer A. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. *Contraception* 2014;90(6 Suppl): S32-8.

7. Dawson A, Tran NT, Westley E, Mangiatterra V, Festin M. Workforce interventions to improve access to emergency contraception pills: a systematic review of current evidence in low- and middle-income countries and recommendations for improving performance. *BMC Health Serv Res* 2015;15:180.

8. UN. UN Commission on Life Saving Commodities for Women and Children. Commissioners' Report, September 2012. New York: United Nations, 2012.

9. Lattof SR, Thomas T, Wegner MN, et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. ICPD beyond 2014 expert meeting on women's health - rights, empowerment and social determinants 30th September - 2nd October, Mexico City. Background paper #4.

10. UN. The Millennium Development Goals Report 2014. New York, 2014.

11. UNICEF. Levels and trends in child mortality. Report 2014.

12. UN. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population growth and universal access to reproductive health. Population Facts No. 2014/6, December 2014.

13. African Development Bank - African Development Fund. The Bank's human capital strategy for Africa (2014-2018). OSHD Department, May 2014.

14. Dyson T. Population dynamics and sustainable development. Keynote address to the 48th session of the United Nations Commission on Population and Development, New York, 13th April 2015.

15. Livi Bacci M. Popolazione: storia ed evoluzione. *Enciclopedia Treccani*, 2007.

16. UNFPA. The power of 1.8 billion. Adolescents, youth and the transformation of the future. State of the world population, 2014.

17. UN. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing 1950-2050.

18. Miller G. Contraception as development? New evidence from family planning in Colombia. *Econ J* 2010;120:709-36.

19. UNICEF. Generation 2030: AFRICA. Child demographics in Africa, 2014.