

## 6. La salute di donne e bambini e il ruolo della Partnership for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health

*Giorgio Tamburlini*

### Il contesto storico

Per comprendere il ruolo di questo nuovo attore sulla scena della salute globale, è utile fare riferimento alla situazione della salute di donne e bambini nel 2005, anno di nascita della Partnership for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health, all'epoca PMNCH; la R di reproductive (PRMNCH) è stata aggiunta nel 2010, a sottolineare l'importanza della salute riproduttiva anche ai fini degli esiti di gravidanza e parto. In quell'anno gli indicatori di mortalità, così come stimati dal sistema delle agenzie dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU),<sup>1-3</sup> fornivano un quadro generale pessimo, soprattutto nei Paesi più poveri e con tassi di mortalità più alti, quindi in gran parte dell'Africa Subsahariana e del Sud Est Asiatico. La mortalità sotto i cinque anni scendeva molto lentamente, ben al di sotto di quanto previsto dagli Obiettivi di sviluppo del millennio (Millennium Development Goals – MDG) 4 e 5, soprattutto per gli scarsi progressi nella mortalità neonatale; la mortalità materna restava altissima; le disparità dei Paesi poveri con il resto del mondo aumentavano; la gran parte delle donne era esclusa dall'accesso a servizi di salute riproduttiva. A fronte di tutto questo, l'impegno della comunità internazionale era del tutto insufficiente: nel 2004 il settore assorbiva 1.990 milioni di dollari, pari al 2 per cento di tutto l'aiuto allo sviluppo erogato dalla comunità internazionale.<sup>4</sup>

In quegli anni, caratterizzati da una risposta della comunità internazionale debole e frammentata, e da fondi insufficienti, comincia a farsi sentire il peso, tecnico e politico, dell'iniziativa "Countdown to 2015" (box 1).<sup>5</sup> L'iniziativa muove i suoi primi passi nel 2003 per impulso di alcune grandi agenzie (Organizzazione mondiale della sanità-OMS, Banca mondiale-BM, United Nations International Children's Emergency Fund-UNICEF), di un gruppo di esperti, non pochi dei quali avevano in passato lavorato all'OMS, e della rivista *Lancet*, con l'intento di rafforzare il lavoro di raccolta dati, documentazione e monitoraggio della situazione in relazione agli MDG 4 e 5 nei Paesi a più alta mortalità (una cinquantina, diventati poi oltre 70), e riceve la sua consacrazione in un incontro tenutosi a Londra nel 2005, non a caso in

collaborazione con la neonata PMNCH, di cui “Countdown to 2015” diventerà un settore di attività.

**Box 1. Countdown to 2015<sup>5</sup>**

L’iniziativa “Countdown to 2015” per la salute materno-infantile si propone di fare in modo che sia i singoli Paesi sia i loro partner tecnici rendano conto dei risultati ottenuti. L’iniziativa è stata pensata per completare la missione di altre organizzazioni, di operare su un piano sopranazionale, ed è focalizzata sul monitoraggio sia dello stato di salute sia della copertura degli interventi efficaci, allo scopo di stimolare l’azione a livello di Paese.

In quell’incontro, e in quel periodo, all’analisi della situazione si affianca un richiamo all’azione che si può sintetizzare nel seguente approccio strategico: le cause prossimali dei decessi di madri e bambini nei Paesi poveri sono note (nove per i bambini, dalla sepsi neonatale alla polmonite; cinque per le donne, dall’emorragia all’eclampsia) e sono prevenibili e/o trattabili con interventi relativamente semplici; si tratta di raccogliere sufficienti fondi per mettere i Paesi più poveri in grado di fornire tali interventi. La ricetta appare alquanto riduttiva, perché non tiene conto né della difficoltà dei sistemi sanitari dei Paesi poveri, per lo più troppo deboli per reggere questi nuovi impegni, anche nel caso fondi sufficienti siano davvero disponibili per acquistare farmaci, formare il personale, eccetera, né di quale era stato il percorso dei Paesi, dallo Sri Lanka al Costa Rica, dallo stato indiano del Kerala a Cuba, che più di altri erano stati capaci di migliorare lo stato di salute di donne e bambini, attraverso decenni di impegno in politiche per l’istruzione delle donne, la nutrizione, l’accesso ai servizi igienici, il rafforzamento di servizi di base accessibili da tutti.<sup>6</sup> E tuttavia tale proposta strategica ha il pregio di essere attraente per il mondo dei donatori, che gradiscono obiettivi chiari, quindi riducibili a interventi molto specifici, e risultati nel breve periodo. A partire dal 2005, in effetti, si assiste a un aumento dei fondi a disposizione per il materno-infantile,<sup>7</sup> mentre la salute riproduttiva, tabù ideologico per alcuni influenti attori della scena internazionale, gli USA di Bush e la Chiesa cattolica tra tutti, svolge ancora il ruolo di Cenerentola.

Nel frattempo, si viene sempre più aggravando la crisi dell’OMS, dovuta a diversi fattori, quali la riduzione dei contributi volontari e quindi della sua autonomia strategica, il crescente peso di altre agenzie (in particolare della BM nel definire le linee di riforma dei sistemi sanitari), il prevalere di aiuti allo sviluppo per via bilaterale, e

l'indebolimento della sua capacità tecnica, con le teste migliori passate ad altre agenzie, grandi fondazioni, università e centri di ricerca.

In risposta alla grande frammentazione di attori e iniziative esistente nel campo materno-infantile, si erano venute già creando a cavallo del millennio tre grandi coalizioni: la Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health, ospitata dall'OMS a Ginevra; la Healthy Newborn Partnership, basata presso Save the Children USA; e la Child Survival Partnership, ospitata dall'UNICEF a New York. Tali partnership costituiscono un primo tentativo di mettere in comune risorse e conoscenze. Tuttavia, è evidente come l'esistenza delle tre coalizioni contraddica il principio della continuità delle cure tra salute riproduttiva, salute materna, salute del neonato e salute del bambino, ben noto a quanti hanno esperienza di lavoro sul campo, prima ancora che santificato in letteratura.<sup>8</sup> Principio peraltro lungamente contraddetto dalla stessa separazione esistente in ambito OMS tra dipartimento che si occupa di bambini e adolescenti e dipartimento di salute riproduttiva e di salute della madre e del neonato, solo recentemente superata con un accorpamento reso necessario dalle restrizioni di budget.

### **Nascita della PRMNCH, missione e principi operativi**

La PMNCH nasce quindi nel 2005, per volontà delle grandi agenzie dell'ONU e dello stesso Segretario generale Kofi Annan, delle coalizioni di settore già esistenti, e con il sostegno di alcune grandi Organizzazioni non governative (ONG) e di gruppi di esperti. A dirigerla è chiamato Eduardo Songane, medico ostetrico-ginecologo mozambicano, già Ministro della salute del suo Paese. Lo assiste Flavia Bustreo, già volontaria di una ONG italiana (Medici con l'Africa CUAMM), poi in staff all'OMS, quindi comandata presso la BM, che gli succederà alla direzione dopo qualche anno. Attualmente è diretta da Carole Presern, ostetrica e antropologa britannica con oltre trent'anni di esperienza nella gestione di programmi di cooperazione, mentre Bustreo è passata a dirigere, in quanto Direttrice generale aggiunta dell'OMS, tutto il settore della salute riproduttiva. La PMNCH si dà obiettivi strategici e riferimenti "costituzionali" (box 2), avendo come evidenti punti di forza l'ospitare l'iniziativa "Countdown to 2015" e l'accogliere nel suo direttivo tutti i grandi attori della scena della salute globale.<sup>9</sup>

La PRMNCH ha sede presso l'OMS a Ginevra, il che fa dell'OMS il suo interlocutore privilegiato. È retta da un direttivo in cui siedono attualmente quattro rappresentanti di agenzie governative (Regno Unito,

Canada, Francia e Australia), tre del mondo accademico (il perinatologo Jose Belizan, Uruguay; il professore di salute internazionale Tony Costello, Regno Unito e la pediatra Elwyn Chomba, Zambia), due di grandi fondazioni private (tra le quali la Fondazione Bill e Melinda Gates), tre di governi dei Paesi beneficiari (India, Nigeria e Tanzania), tre di associazioni professionali (FIGO, Federazione internazionale degli ostetrici-ginecologi; IPA, Associazione internazionale dei pediatri; Federazione delle associazioni delle ostetriche), tre di grandi ONG (Save the Children, World Vision, International Planning Parenthood Federation), due di multinazionali (Glaxo Smith Kline, Johnson & Johnson) e il gruppo H4+, cioè le quattro agenzie dell'ONU impegnate sulla salute: OMS, UNICEF, UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) e BM, più UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). I rappresentanti di OMS, BM, Save the Children, governo nigeriano e IPA (attualmente rappresentata da Zulfiqar Buttha, super esperto globale di salute materno-neonatale) siedono nel comitato esecutivo, presieduto da Julio Frenk, "gran commis" della salute globale, già Ministro della salute in Messico, ora rettore della Harvard School of Public Health.

**Box 2. Vision, mission e principi operativi della PRMNCH<sup>9</sup>**

**Vision:** il raggiungimento degli MDG, con donne e bambini messi in grado di realizzare il loro diritto allo standard di salute più alto possibile entro il 2015 e oltre.

**Mission:** dare supporto ai partner per allineare le loro strategie e catalizzare un'azione collettiva per ottenere l'accesso universale a cure di qualità per la salute riproduttiva, materna, neonatale e del bambino.

**Principi operativi:**

1. sostenere il lavoro dei partner e non sostituirsi a essi;
2. focalizzarsi sul mettere assieme le forze e trovare le forme per coordinare e allineare le attività attuali e future dei partner;
3. stimolare l'innovazione e la circolazione delle conoscenze, soprattutto tra i partner;
4. basarsi sulle richieste dei Paesi e le priorità delle regioni;
5. promuovere la continuità delle cure tra salute riproduttiva e materna e salute del bambino.

Il quadro di riferimento concettuale e istituzionale è dato da: International Conference on Population and Development Programme of Action; Fourth World Conference on Women Platform for Action; Convention on the Rights of the Child; United Nations Special Session on Children; e MDG.

## **L'evoluzione delle politiche globali sul materno-infantile, la Global Strategy for Women's and Children's Health e il ruolo della PRMNCH**

Nel 2008, la conferenza del G8 svoltasi a Toyako, in Giappone, per la prima volta identifica nella salute di donne e bambini una priorità strategica, da affrontare anche con politiche e interventi multisettoriali (box 3),<sup>10</sup> e attiva un processo di messa a disposizione di fondi che trova il suo culmine nella Global Strategy for Women's and Children's Health (GSWCH), lanciata nel corso del Summit sugli MDG del settembre 2010 dal Segretario generale dell'ONU Ban-Ki-Moon.<sup>11</sup> Vengono raccolti impegni di finanziamento per circa 40 miliardi di dollari (impegni che non sempre sono onorati, o che spesso includono fondi già stanziati).<sup>12</sup> Uno dei ruoli della PRMNCH è in effetti quello di battere cassa presso i vari donatori e di fungere da collegamento tra questi e la GSWCH, di cui diventa uno dei bracci operativi.

In una dichiarazione comune dei partner riuniti a Delhi si afferma che:<sup>13</sup> “la PRMNCH è un attore importante per: a) seguire gli impegni, monitorare i risultati e quindi assicurare una reciproca rendicontabilità; b) armonizzare gli sforzi esistenti per assicurare una complementarità tra i diversi partner; e c) collaborare con l’OMS per mettere in pratica rapidamente il ruolo assegnatole nell’ambito della GSWCH, e cioè quello di dirigere il processo per definire i meccanismi istituzionali internazionali più appropriati per assicurare ‘rendicontazione, vigilanza e responsabilità globali sulla salute di donne e bambini’ ”. Il che pare in qualche modo ridurre i compiti della PRMNCH a un ruolo non strategico, ma contributivo. Tuttavia, a leggere gli obiettivi strategici definiti nel piano 2012-13 della PRMNCH,<sup>14</sup> che nel frattempo ha raccolto la R, questo ruolo appare piuttosto rilevante (box 4). Gli obiettivi sono piuttosto ambiziosi e le attività relative definite con precisione.<sup>a</sup>

Alla legittima domanda di cosa faccia la PRMNCH che non facciano già i partner che la costituiscono, lo stesso documento risponde che “La partnership non sostituisce le strutture esistenti dei singoli partner, (...) ma intende produrre valore aggiunto lavorando affinché le attività dei partner siano meglio coordinate e per stimolare la collaborazione tra di essi”. In sintesi, si vuole fare in modo che i partner “producano lavorando assieme agli altri più di quanto potrebbero produrre da soli”.

---

<sup>a</sup> Chi volesse approfondire l'articolazione in attività specifiche può consultare il sito [www.pmnch.org](http://www.pmnch.org)

E ancora si afferma che: “questo ruolo giustifica il coinvolgimento attivo e continuo della PRMNCH come componente cruciale dell’iniziativa *Every Woman Every Child*<sup>15</sup> per implementare la GSWCH”.

**Box 3. Alcune raccomandazione del G8 di Toyako<sup>10</sup>**

“La salute e la cura della madre, del neonato e del bambino, e la salute sessuale e riproduttiva sono importanti per la promozione della salute di individui, famiglie e comunità. Mentre ci sono stati progressi nel ridurre complessivamente la mortalità dei bambini, ci sono stati pochi progressi per la mortalità materna e neonatale. (...)

Noi raccomandiamo che il G8 contribuisca a sostenere un approccio integrale alla riduzione della mortalità materna e neonatale mediante investimenti sulla continuità delle cure per migliorare l’accesso a un’assistenza pre- e post-natale di qualità. Un approccio efficace massimizzerà i contatti tra gli operatori sanitari e la coppia madre bambino e i collegamenti tra programmi per fornire una gamma di interventi efficaci. Investirà sul personale, sulle strutture sanitarie e su sistemi di rinvio culturalmente appropriati. (...) La salute riproduttiva dovrebbe essere largamente accessibile. (...)

I problemi di salute non si possono risolvere agendo solo sul settore salute. Il G8 riconosce l’importanza di promuovere i collegamenti tra salute e altri settori, sia nelle politiche sia sul campo e tra programmi. (...) Programmi di successo per la prevenzione delle malattie richiedono azioni nella comunità e una forte risposta multisettoriale. La riduzione delle disuguaglianze di genere, l’empowerment delle donne e la riduzione della violenza contro le donne e le ragazze possono influenzare positivamente la salute. (...) Noi raccomandiamo che il G8 faccia avanzare strategie e programmi che affrontino questi problemi”.

**Box 4. Obiettivi strategici della PRMNCH per il periodo 2012-13<sup>14</sup>**

1. Fungere da mediatori attivi della conoscenza e dell’innovazione finalizzata all’azione per migliorare le politiche, i servizi e i meccanismi di finanziamento.
2. Svolgere funzione di advocacy per rendere disponibili risorse finanziarie e armonizzarne l’uso per la salute riproduttiva e materno-infantile, per dare visibilità ai bisogni di salute di donne e bambini e stimolare consenso sulle politiche e sulla loro implementazione.
3. Promuovere una piena responsabilità su risorse e risultati, rendendo disponibili l’informazione e il monitoraggio sistematico di come le risorse sono usate e quali risultati sono ottenuti.

Il bilancio di previsione 2012-13 della PRMNCH prevede spese così ripartite: 2,4, 2,9 e 1,9 milioni di dollari, rispettivamente, per le attività connesse ai tre obiettivi strategici già menzionati, 4,2 milioni per l'iniziativa "Countdown to 2015", e 3,2 milioni per personale, viaggi e riunioni, per un budget totale di oltre 14 milioni, che si prevede superino i 15 nel 2013. Questo a fronte di un bilancio complessivo dell'OMS che, come è noto, da anni è soggetto a severe e progressive restrizioni: solo il settore Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health, a fronte di un bilancio di previsione per il 2011 di 333 milioni, si è dovuto accontentare di 170 milioni. Un taglio impressionante, che si è ovviamente tradotto in riduzione importante dell'autonomia strategica e in una sempre maggiore dipendenza da donazioni e contributi volontari, quindi con destinazione già indicata. Piuttosto robusti, almeno sulla carta, i meccanismi di controllo della PRMNCH, affidati a un gruppo di esperti internazionali cui sono sottoposti tutti gli atti formali e le spese.

La GSWCH stabilisce anche che il lavoro a livello di Paese sia affidato a un meccanismo nuovo, il cosiddetto H4+, di cui si è detto. Per Paesi ritenuti prioritari, ad alta mortalità, le quattro (cinque, a seconda dei casi) agenzie (OMS, UNICEF, UNFPA, BM e UNAIDS) devono impegnarsi a presentare un piano d'azione comune, concordato con i rispettivi governi, e almeno in parte finanziato con i fondi della GSWCH. Fatto nuovo questo, e importante, che risulta essere in corso di attuazione in molti Paesi e che ha portato intorno a uno stesso tavolo governi e agenzie per definire piani di azione pluriennali che iniziano a essere più complessi e ambiziosi dei progetti limitati ad aree e interventi specifici. In una recente riunione tenutasi a Ginevra, presso l'OMS, con la partecipazione della PRMNCH, si sono abbozzate le linee di un documento che stabilisce che le policy da attuare per la salute di donne e bambini debbano essere articolate su tre dimensioni: le politiche indirizzate ai determinanti sociali (istruzione, promozione dei diritti della donna, nutrizione, eccetera), il rafforzamento dei sistemi sanitari e l'accesso universale a servizi di qualità, e gli interventi efficaci che nel frattempo sono stati ulteriormente rivisti e riepilogati.<sup>16</sup>

### **I knowledge summaries e il documento Private Enterprise for Public Health**

La PRMNCH, in adempimento dell'obiettivo strategico 1, ha prodotto fino a oggi una ventina di knowledge summaries, sorta di compendi sulle evidenze disponibili su temi che vanno da questioni metodologi-

che a questioni strategiche e tecniche.<sup>17-19</sup> Strumenti sicuramente utili, che un tempo avrebbero trovato spazio tra le pubblicazioni dell'OMS (o dell'UNICEF), e che si rivolgono a un pubblico ampio di operatori e policy maker.

Del luglio 2012 è il documento “Private enterprise for public health. Opportunities for business to improve women’s and children’s health. A short guide for companies”,<sup>20</sup> prodotto dallo United Nations Secretary-General’s Innovation Working Group for Every Woman Every Child. Il lavoro, che si è avvalso della consultazione di oltre un centinaio di consulenti, è stato coordinato da esperti di agenzie dell'ONU, di imprese multinazionali (Johnson & Johnson) e nazionali, di ONG, fondazioni e università, con il supporto dell'agenzia per l'aiuto allo sviluppo norvegese NORAD. Il documento si propone di indicare le diverse modalità attraverso le quali un'impresa privata può allo stesso tempo servire i propri interessi e rendersi utile a migliorare lo stato di salute di donne e bambini, attraverso la messa a disposizione di saperi e tecnologie, e intende dimostrare come in alcuni casi l'alleanza con diversi partner privati possa contribuire a risolvere problemi di informazione e di accesso attraverso una molteplicità di apporti tecnologici e di gestione. Tra gli esempi portati vi sono quelli di Intel, Novartis; Tv Globo (Brasile) e Safaricom (un network di telecomunicazioni con base in Kenya) a supporto di programmi di informazione, comunicazione, messa a disposizione/distribuzione di farmaci, possibilità di pagamenti di prestazioni differiti e/o via terze persone. Il menu è ampio e il documento merita di essere letto interamente sul sito della PRMNCH, anche perché il giudizio sulle singole iniziative non può che essere molto articolato e il bilancio tra vantaggi e svantaggi tutt'altro che univoco e scontato. Il documento è tecnicamente ben fatto e di fatto sollecita iniziativa e creatività nelle soluzioni anche per chi volesse “tener lontano” il settore privato. In realtà si rivolge soprattutto alle imprese, argomentando che la ricerca del profitto può essere combinata con un beneficio per la popolazione.

### **Considerazioni conclusive: l'evoluzione della governance globale nel settore della salute di donne e bambini**

È stato sottolineato in precedenza come, fino al 2005, i principali ostacoli a uno sforzo efficace da parte della comunità internazionale di contribuire a migliorare lo stato di salute di donne e bambini fossero identificabili soprattutto in: scarso impegno politico, anche per ragioni ideologiche, e conseguente scarso impegno finanziario; tendenza a in-



dividuaire la soluzione in interventi specifici piuttosto che nell'insieme del sistema sanitario e dei determinanti di salute; estrema frammentazione degli interventi e scarso coordinamento delle stesse agenzie dell'ONU, portatrici di differenti pacchetti e strategie; carenza di meccanismi di monitoraggio e, parola oggi giorno inflazionata, rendicontazione.

Dal 2005, l'anno del Rapporto dell'OMS su donne e bambini,<sup>21</sup> al 2012 si assiste a una svolta progressiva i cui elementi fondamentali sono una maggiore consapevolezza della comunità politica internazionale sulla necessità di dedicare molta più attenzione alla salute di donne e bambini, anche come requisito per lo sviluppo, e la convinzione che sia doveroso superare la frammentazione sia degli interventi sia delle agenzie. In questo processo è importante il ruolo svolto dal gruppo tecnico noto come gruppo di Bellagio,<sup>b</sup> il protagonismo della rivista *Lancet*, l'attivismo di alcuni governi (Regno Unito, Norvegia), l'evoluzione della politica USA soprattutto sul versante salute riproduttiva, la "svolta" di Toyako sull'importanza della salute di donne e bambini, e l'impegno di alcuni Paesi,<sup>22</sup> a dimostrazione che un cammino diverso è possibile.

In questo quadro, il ruolo della PRMNCH come broker di iniziative comuni appare rilevante. Anche se le decisioni sono prese dai partner, non può essere sottovalutato il suo ruolo di facilitatore rispetto alla messa in opera della GSWCH e nell'orientare tecnicamente l'uso dei fondi. Da notare che, nel documento strategico per il 2012-15,<sup>14</sup> la PRMNCH si ritaglia un ruolo nel "contribuire a determinare l'agenda dello sviluppo dopo il 2015", cosa che si è concretizzata in un documento di indirizzo del gennaio 2013.<sup>23</sup> Degno di nota è anche il fatto che la PRMNCH assuma, almeno in via di principio, la prospettiva dei determinanti sociali e quella del rafforzamento dei sistemi sanitari. Di fatto, come si è visto, anche nelle linee strategiche dell'OMS inizia ad apparire un approccio più complessivo. Si tratta di vedere fino a che punto dalle parole e dalle dichiarazioni di principio si passerà ai fatti, cioè a piani-Paese dove i tre livelli (determinanti sociali, sistemi sanitari e interventi efficaci) siano chiaramente identificati e resi operativi attraverso strategie dei governi nel loro insieme, e non solo dei dipartimenti materno-infantili dei ministeri della salute. I documenti strategici recentemente approvati da OMS e UNICEF in alcune regioni, qua-

---

<sup>b</sup> Un gruppo di esperti che si riunisce periodicamente o su specifici temi presso la sede della Fondazione Rockefeller a Bellagio.

li il Sud-Est Asiatico, vanno in questa direzione. Ma i documenti si lasciano scrivere e l'impressione è che l'OMS, per lo meno, tenda fortemente a voler essere un'agenzia normativa con scarso impatto (e interesse) per l'implementazione. In una recente riunione a Ginevra, le linee guida per l'Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), uno dei cavalli di battaglia nel settore materno-infantile degli ultimi 15 anni, sono state, in omaggio all'evidence based medicine, talmente complicate da diventare di fatto inapplicabili, senza che ciò sembrasse sollevare preoccupazione se non nei partner incaricati di applicarle.<sup>c</sup>

Non si può non vedere che, dati alla mano, i Paesi che più sono stati capaci di migliorare la salute delle proprie donne e dei propri bambini sono stati quelli che, ancora due o tre decenni fa, ancora in assenza di liste di "magic bullets", hanno investito su istruzione, nutrizione e accesso ai servizi di base.<sup>6</sup> Certamente, su una tale base politica si possono ulteriormente migliorare qualità e appropriatezza tecnica degli interventi, gestione dei servizi, sistemi informativi, eccetera. Ma è difficile che accada il contrario, e cioè che in Paesi in cui gran parte delle donne sono escluse dalle capacità essenziali un piano che renda accessibili interventi efficaci possa dare risultati sostenibili nel tempo. Prospettiva questa che potrebbe essere meglio rappresentata dalla presenza nel direttivo della PRMNCH, per esempio, della voce del People's Health Movement (capitolo 16) o di altri partner, tra le 500 organizzazioni che ne fanno oggi parte, in grado di garantire la rappresentazione della salute come diritto e che la collaborazione da parte del settore privato auspicata dal documento *Private enterprise for public health*<sup>20</sup> avvenga con un ancoraggio chiaro all'interesse collettivo.

Un giudizio sulla PRMNCH può essere ancora prematuro. Il suo emergere appare essere allo stesso tempo figlio dei tempi, per esempio del ridotto ruolo dell'OMS e della sua necessità di delegare alcune funzioni, ma anche di una nuova consapevolezza sull'urgenza di rafforzare gli impegni e la collaborazione tra i vari attori della salute globale, e a un tempo strumento di tale cambiamento. La domanda da farsi è quanto diverso sarebbe stato il quadro globale per la salute di donne e bambini senza la PRMNCH. Probabilmente non molto diverso: i determinanti maggiori sono interamente economici e politici, ben più decisivi degli interventi di aiuto allo sviluppo. Altrettanto probabilmente il quadro sarebbe peggiore sul piano dell'iniziativa, della strategia, del coordinamento, dei finanziamenti. Un ruolo, nel complesso, positivo se

---

<sup>c</sup> L'autore di questo capitolo era uno dei partecipanti a questa riunione.

non decisivo. E tuttavia, gli stessi rischi identificati nel documento strategico più recente della PRMNCH,<sup>14</sup> – la crisi nelle risorse disponibili alla comunità internazionale a causa della crisi economica e la concorrenza da parte di altre questioni riguardanti la salute globale, tra le quali sono da citare soprattutto le malattie non trasmissibili che sempre più sono indicate come la priorità strategica della salute globale<sup>24,25</sup> – dimostrano che, se si sono messi un po' d'ordine e un po' di iniziativa nel vasto settore RMNCH, resta vivo il problema del governo della salute globale, e quindi di un'entità sovranazionale, indipendente, tecnicamente attrezzata, in grado di risolvere e superare queste “concorrenze” tra gruppi di popolazione e tra generazioni, secondo criteri di equità e di beneficio comune. Chi altro, se non l'OMS, dovrebbe svolgere questo ruolo, o per lo meno dirigerlo, per costruire una strategia per tutti, e su tutti i problemi, superando la settorialità? Questa dunque appare ancora la sfida principale: la casa comune della salute globale.

### Riferimenti bibliografici

1. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD et al. Neonatal, postneonatal, childhood and under 5 mortality for 187 countries. *Lancet* 2010;375:1988-2008
2. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. WHO, Geneva, 2002
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. WHO, Geneva, 2010
4. Greco G, Powell-Jackson T, Borghi J et al. Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. *Lancet* 2008;371:1268-75
5. Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010). Taking stock of maternal, newborn and child survival. WHO/UNICEF, Geneva, 2010 [www.childinfo.org/files/CountdownReport\\_2000-2010.pdf](http://www.childinfo.org/files/CountdownReport_2000-2010.pdf)
6. Tamburlini G, Cattaneo A. Gates's grandest challenge. *Lancet* 2005;366:1357-8
8. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA et al. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007;370:1358-69
9. PMNCH. Women's and children's health: needs and challenges. Summary 2011 <http://portal.pmnch.org/downloads/Needs-and-Challenges.pdf>
10. Toyako Framework for Action on Global Health. Report of the G8 Health Experts Group, 8 July 2008
11. The Global Strategy for Women's and Children's Health. WHO, Geneva, 2010 [www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/)

12. PMNCH. Analysing Commitments to Advance the Global Strategy for Women's and Children's Health. WHO, Geneva, 2011  
[www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/2011\\_pmnch\\_report/en/](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/2011_pmnch_report/en/)
13. Outcome document from the PMNCH Partners' Forum, Delhi, 2010
14. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Framework 2012 to 2015. WHO, Geneva, 2011  
[www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/pmnch\\_strategic\\_framework\\_20112012.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/pmnch_strategic_framework_20112012.pdf)
15. Every Woman Every Child. Saving the lives of 16 million. September 2011 Update: Global Strategy for Women's and Children's Health  
[www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org)
16. Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health essential packages of interventions by level and commodity requirements  
[http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge\\_for\\_Action\\_Annex1\\_highres.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge_for_Action_Annex1_highres.pdf)
17. PMNCH. Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Knowledge Portal <http://portal.pmnch.org/knowledge-summaries>
18. PMNCH. Address inequities. Knowledge summary 9, 2010  
[http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge\\_for\\_Action\\_KS9\\_highres.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge_for_Action_KS9_highres.pdf)
19. PMNCH. Enable the continuum of care. Knowledge summary 2, 2010  
[http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge\\_for\\_Action\\_KS2\\_highres.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge_for_Action_KS2_highres.pdf)
20. PMNCH, Innovation working group and Norad. Private enterprise for public health. Opportunities for business to improve women's and children's health. WHO, Geneva, 2012
21. World Health Organization. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. WHO, Geneva, 2005
22. Paim J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97
23. United Nations Post-2015 Development Agenda Consultation. Health and Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health submission  
[www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121220\\_post\\_2015\\_agenda/en/index2.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121220_post_2015_agenda/en/index2.html)
24. Murray CJL, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-223
25. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60