

Università degli Studi di Genova

Facoltà di Lingue e Letterature Straniere

Corso di Laurea in COMUNICAZIONE INTERCULTURALE

Tesi di Laurea Triennale in Economia e Politica dello Sviluppo

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: la riduzione della mortalità infantile, il caso di Gatare in Ruanda

Relatore:

Chiar. ma Prof.ssa Anna Cossetta

Correlatore:

Chiar. ma Prof.ssa Elisa Bricco

Candidato: Isabella Deiana

Anno Accademico 2007/2008

INDICE

Acronimi Pagina 4

Introduzione 5

Capitolo 1.

La Dichiarazione del Millennio

1. 1. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio	7
1. 2. 2007: i risultati raggiunti e le sfide ancora aperte	10

Capitolo 2.

Il quarto Obiettivo del Millennio: ridurre la mortalità infantile

2. 1. Cause e stime della mortalità infantile	14
2. 2. Il morbillo, una delle principali cause della mortalità	16
2. 3. Gli indicatori per la riduzione della mortalità infantile	17
2. 4. Rapporto 2007. i progressi nella lotta alla mortalità infantile	20

Capitolo 3.

Gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo in Africa

3. 1. Gli Obiettivi del Millennio integrati nei piani nazionali	24
3. 2. Il rapporto 2007 delle Nazioni Unite in Africa	25
3. 2. 1 Traguardi raggiunti	29
3. 2. 2 Adempiere agli impegni con una partnership mondiale di sviluppo	30

4. Il Ruanda nella lotta alla mortalità infantile

4. 1. Il Ruanda	33
4. 2. Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Rwanda Rapport 2006	38

Strategia di Riduzione della Povertà del Ruanda	
Rapporto 2006	42
4. 3. La mortalità infantile in Ruanda	46
5. Il sostegno dell'associazione ‘Komera Rwanda’ al villaggio di Gatare in Ruanda	
5. 1. La Missione e il villaggio di Gatare	48
5. 2. I progetti dell'associazione ‘Komera Rwanda’ per ridurre la mortalità infantile	50
6. Il progetto ‘Igiene’ per ridurre la mortalità infantile a Gatare	
6. 1. Come nasce il progetto Igiene	52
6. 2. Caratteristiche del progetto Igiene	53
6. 2. 1 Prima fase del progetto: lo stage di formazione alle maestre	53
6. 2. 2 Seconda fase del progetto: monitoraggio e valutazione della prima fase	54
6. 2. 3 Risultati e speranze future per il progetto Igiene	56
Conclusioni	58

Acronimi

APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
COMESA	Common Market for Eastern anche Southern Africa
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EAC	Comunità d'Africa dell'Est
EPRDS	Economic Development and Poverty Reduction Strategy
ESSP	Education Sector Strategic Plan
FMI	Fondo Monetario Internazionale
ICT	Information and Communication Technologies
LTSSF	Long Term Strategy and Finacing Framework
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MPE	Malnutrizione Proteico-Energetica
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
OSM	Obiettivi di Sviluppo del Millennio
PIL	Prodotto Interno Lordo
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
PVS	Paesi in Via di Sviluppo
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
USAID	United States Agency for International Development

Introduzione

Nonostante il divario mondiale esistente ancora oggi fra paesi ricchi e paesi poveri, la disparità nella distribuzione delle risorse e della ricchezza, credo fermamente che i paesi occidentali siano in grado di aiutare i paesi meno sviluppati spezzando le catene di dipendenza che li tengono legati da secoli.

Proprio per questa fiducia, ho scelto di trattare degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio adottati dagli Stati membri delle Nazioni Unite al Millennium Summit nel 2000 allo scopo di sradicare la fame e la povertà nelle zone più colpite del mondo. Otto obiettivi da raggiungere entro il 2015 che testimoniano una significativa presa di coscienza da parte delle Nazioni Unite dei mali più grandi che affliggono il mondo e che costituiscono un mezzo per i PVS e per i loro partner di sviluppo di lavorare insieme per condividere un futuro migliore.

Ciò che imperversa in alcuni paesi tuttora nel 2008 è la povertà estrema: una condizione in cui vivono ancora quasi un miliardo di persone.

La conseguenza più atroce della povertà è la morte e sono i bambini le sue vittime più numerose. La mortalità infantile registra ancora tassi altissimi e inaccettabili nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, paesi devastati da continui conflitti e dall'epidemia dell'HIV/AIDS.

In queste pagine l'Obiettivo 4 della Dichiarazione del Millennio – la riduzione della mortalità infantile – è stato sviluppato in modo più approfondito, così come tutte le sue cause, gli sviluppi, i progressi raggiunti e le sfide ancora aperte.

Il 2007 è l'anno cosiddetto mediano, poiché si inserisce alla metà del cammino degli OSM: è l'anno in cui vengono rilevati le prime stime significative e di conseguenza elaborati i primi rapporti di valutazione.

Con particolar riguardo il mio elaborato si focalizza sul continente africano, sui risultati raggiunti, sugli ostacoli e sui cattivi esiti evidenziati dai dati elaborati dalle Nazioni Unite e dai suoi organi. Ma l'Africa è un continente troppo esteso e troppo eterogeneo per quanto riguarda il successo o il fallimento nel raggiungere gli otto obiettivi. Per questo il mio obiettivo è quello di parlare di un piccolo paese nell'Africa orientale, distrutto dai conflitti etnici e dalla povertà, un paese che ho conosciuto e visitato: il Ruanda.

Il Ruanda con le sue problematiche socio-economiche, le sue qualità, l'impegno del suo Governo nel raggiungere gli OSM per giungere ad un piccolo villaggio a 2500 metri di altitudine dove ho vissuto la mia esperienza come volontaria di un'associazione. A Gatare, ho collaborato al progetto "Igiene" promosso dall'associazione *Komera Rwanda* per lottare contro la mortalità infantile del villaggio.

Il progetto "Igiene" si inserisce, con altri due progetti dell'associazione, in un programma completo per diminuire fortemente il numero dei decessi a Gatare causati da malnutrizione, HIV/AIDS, malattie diarroiche, infezioni varie, mancanza o scarsa igiene. Il progetto in questione prevede l'inserimento delle norme igieniche di base in ambito scolastico, tra i bambini della scuola materna della Missione delle Suore del Divino Zelo a Gatare ed ha come fine quello di arrivare in ogni casa e quindi ad ogni famiglia.

Viene presentata in modo particolare la seconda parte del progetto, ossia quella alla quale ho collaborato in loco, relativa alla valutazione dello stage di formazione alle maestre effettuato durante la precedente spedizione.

In questa fase di monitoraggio vengono verificati l'introduzione di semplici norme igieniche durante la giornata scolastica nonché il suo successo, e analizzato l'impatto che ha avuto sui bambini e sulle loro famiglie il video inerente le norme igieniche realizzato dai bambini stessi della scuola materna.

1. La Dichiarazione del Millennio

1. 1. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

Il 6 settembre 2000, per la prima volta nella storia, 189 leader mondiali si incontrarono per trovare insieme una soluzione alla povertà estrema, alla fame, alla disoccupazione, alla malattie, alla mancanza di un’abitazione, alle ineguaglianze tra i sessi e al degrado ambientale.

Al *Vertice del Millennio*, i governi di 189 paesi si impegnarono ad eliminare la povertà estrema e i suoi multipli aspetti, adottando la Dichiarazione del Millennio. Un insieme di 8 obiettivi, 18 traguardi e 48 indicatori – che servono a misurare i progressi compiuti nella realizzazione degli obiettivi – sono stati elaborati da un gruppo di esperti delle Nazioni Unite, del Fondo Monetario Internazionale (FMI), dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico (OCSE) e della Banca Mondiale.

Con la Dichiarazione del Millennio, i governi degli stati firmatari stabilirono di raggiungere otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) entro il 2015:

1. Sradicare la povertà estrema e la fame

- ridurre della metà la percentuale della popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno
- ridurre della metà la percentuale di popolazione che soffre la fame

2. Garantire l’educazione primaria universale

- assicurare che tutti i ragazzi, sia maschi che femmine, possano terminare un ciclo completo di scuola primaria

3. Promuovere l’uguaglianza tra i sessi e l’autonomia delle donne

- eliminare la disparità di genere nella scuola primaria e secondaria preferibilmente entro il 2005 e per tutti i livelli di insegnamento entro il 2015

4. Ridurre la mortalità infantile

- ridurre di due terzi la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni rispetto al livello del 1990

5. Migliorare la salute materna

- ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna rispetto al livello del 1990

6. Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie

- arrestare la diffusione dell'HIV/AIDS e cominciare a invertirne la tendenza attuale
- arrestare la diffusione della malaria e di altre malattie importanti e cominciare ad invertirne la tendenza attuale

7. Assicurare la sostenibilità ambientale

- integrare i principi di sviluppo sostenibile nelle politiche e nei programmi dei paesi; invertire la tendenza attuale nella perdita di risorse ambientali
- dimezzare la percentuale di popolazione che non ha accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici
- ottenere un significativo miglioramento della vita di almeno 100 milioni di abitanti degli slum, entro l'anno 2020

8. Sviluppare una partnership mondiale per lo sviluppo

- sviluppare un sistema commerciale e finanziario aperto, che sia fondato su regole, prevedibile e non discriminatorio. Esso deve includere l'impegno in favore di una buona gestione, dello sviluppo e della riduzione della povertà sia a livello nazionale che internazionale;
- rivolgersi ai bisogni particolari dei paesi meno sviluppati. Questo include l'ammissione senza tasse e senza vincoli di quantità dei prodotti esportati da questi paesi, il potenziamento dei programmi di alleggerimento dei debiti nei confronti dei paesi poveri fortemente indebitati, la cancellazione del debito bilaterale ufficiale e una più generosa assistenza ufficiale allo sviluppo per quei paesi impegnati nella riduzione della povertà;
- rispondere ai bisogni speciali degli Stati senza accesso al mare e dei piccoli Stati insulari in via di sviluppo;
- occuparsi in maniera globale del problema del debito dei paesi in via di sviluppo attraverso misure di ordine nazionale ed internazionale tali da rendere il debito stesso sostenibile nel lungo termine;

- in cooperazione con i PVS, formulare e applicare delle strategie che permettano ai giovani di trovare un impiego rispettabile e produttivo;
- in cooperazione con le aziende farmaceutiche, rendere le medicine essenziali disponibili ed economicamente accessibili nei PVS;
- in cooperazione con il settore privato, rendere disponibili e accessibili a tutti i benefici delle nuove tecnologie, specialmente quelle dell'informazione e della comunicazione¹.

La Dichiarazione del Millennio è un “patto” tra paesi poveri e paesi ricchi.

I PVS si sono impegnati a promuovere riforme a livello nazionale, ad incanalare gli aiuti per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, a migliorare la *governance* ed eliminare la corruzione.

I paesi ricchi, invece, si sono impegnati ad incrementare l'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) – sino a portare allo 0,7 la percentuale del prodotto interno lordo (PIL) destinata all'APS – a migliorare la qualità degli aiuti, per esempio mettendo al centro l'Africa subsahariana, ad investire in servizi sociali di base, ad eliminare distorsioni quali l'aiuto legato che favorisce le imprese del paese donatore anziché aiutare a far crescere le strutture locali ed a promuovere la cancellazione del debito².

1. 2. 2007: risultati raggiunti e sfide ancora aperte

La Dichiarazione del Millennio ha fissato come traguardo l'anno 2015 per raggiungere la maggior parte degli obiettivi. Al 2007, che segna la metà di questo percorso, si dispone ormai di un insieme di dati elaborati da organismi internazionali delle Nazioni Unite ed esterni ad esse, che permettono di rilevare gli sviluppi e i risultati ottenuti fino ad oggi.

¹ http://it.wikipedia.org/wiki/Obiettivi_del_Millennio_per_lo_sviluppo

² <http://www.millenniumcampaign.it/index.php?s=2>

Il rapporto 2007 indica che dal 2000 sono stati realizzati dei progressi, anche nelle regioni dove la sfida è ancora più dura:

- la proporzione di persone che vivono in condizioni di estrema povertà è passata da circa un terzo a meno di un quinto della popolazione mondiale tra il 1999 e il 2004;
- il numero di persone che vivono in condizioni di estrema povertà nell'Africa subsahariana si è stabilizzato, il tasso di povertà è diminuito di quasi il 6% dal 2000. Tuttavia, il continente non è ancora sulla via che conduce al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre la povertà della metà entro il 2015;
- alcuni progressi sono stati realizzati in materia di educazione aumentando il numero di bambini istruiti nei PVS. Il tasso di scolarizzazione per l'educazione primaria è passato dall'80% nel 1991 all'88% nel 2005;
- la partecipazione politica delle donne ha fatto progressi, anche se lentamente. Le donne hanno ormai il loro posto al parlamento, anche nei paesi dove soli gli uomini erano autorizzati a presentarsi alle elezioni politiche;
- su scala mondiale, la mortalità infantile è caduta ed è ormai chiaro che alcuni interventi adatti si sono rivelati efficaci nella riduzione del numero dei decessi dovuti alle principali cause di mortalità infantile (come il morbillo);
- gli interventi chiave in materia di controllo della malaria sono stati estesi;
- sembra che l'epidemia di tubercolosi sia sul punto di regredire, anche se la progressione non è sufficientemente rapida da ridurre della metà il tasso di mortalità da qui al 2015.

Questi progressi testimoniano il grado di impegno senza precedenti da parte dei PVS e dei paesi ricchi, ma dimostrano ugualmente che c'è ancora molto da fare e che la riuscita del progetto è possibile nella maggior parte dei paesi solo se si continuerà l'impegno e se verranno prese misure supplementari.

Oggi solo l'America Latina e i Caraibi stanno raggiungendo tutti gli obiettivi di sviluppo e l'Africa subsahariana è il continente che incontra maggiori difficoltà. Anche le regioni che hanno realizzato progressi, comprese alcune parti dell'Asia, incontrano degli ostacoli in materia di sanità e ambiente. La mancanza di prospettive di impiego per i giovani, le ineguaglianze tra i sessi, l'urbanizzazione rapida e non pianificata, il disboscamento, la penuria crescente d'acqua, la

costante crescita demografica e la forte prevalenza dell'HIV/AIDS restano delle barriere sempre presenti e difficili da abbattere.

Inoltre, l'instabilità e l'insicurezza dei paesi in conflitto e nei periodi post-conflitto rendono gli sforzi di sviluppo a lungo termine troppo precari. Un fallimento nella realizzazione degli obiettivi del millennio può aumentare il rischio d'instabilità e di conflitto e la comunità internazionale tratta spesso questi due elementi come due soggetti indipendenti l'uno dall'altro.

Quali sono le altre sfide da vincere:

- più di un milione di donne muoiono ancora ogni anno a seguito di complicazioni della gravidanza o del parto che potevano essere curate o evitate. La probabilità per una donna di morire per queste cause è 1 su 16 nell'Africa subsahariana contro quella di 1 su 3 800 nei paesi sviluppati;
- se la tendenza attuale si conferma, l'obiettivo di ridurre della metà il numero di bambini che soffrono di sottopeso non sarà raggiunto, in particolare a causa di una progressione lenta in Sud Asia e nell'Africa subsahariana;
- il numero di persone che muore nel mondo per l'HIV/AIDS è aumentato, fino a raggiungere 2,9 milioni nel 2006 e le misure di prevenzione non riescono a seguire il ritmo dell'avanzamento dell'epidemia. Nel 2005, più di 15 milioni di bambini avevano perduto uno dei loro genitori, o entrambi, a causa dell'HIV/AIDS;
- la metà della popolazione dei PVS non possiede i sistemi sanitari di base. Per raggiungere il traguardo dell'obiettivo del millennio, 1,6 miliardi di persone aggiuntive dovranno poter accedere a un sistema di sanità tra il 2005 e il 2015. Se la tendenza corrente dal 1990 si conferma, è probabile che si manchi l'obiettivo di quasi 600 milioni di persone;
- in una certa misura, queste situazioni mostrano che i vantaggi della crescita economica nei PVS sono stati inegualmente spartiti. L'ineguaglianza crescente dei redditi costituisce una preoccupazione specifica in Asia occidentale, dove la parte del consumo dei più poveri è caduta notevolmente tra il 1990 e il 2004;
- la maggior parte delle economie non è riuscita a fornire delle prospettive di impiego ai loro giovani e la disoccupazione dilaga;

- il riscaldamento del pianeta è ormai indiscutibile. Le emissioni di ossido di carbonio sono aumentate da 23 miliardi tonnellate nel 1990 a 29 miliardi di tonnellate nel 2004.

Anche all'interno di uno stesso paese vi sono delle differenze: spesso coloro che vivono nell'ambiente rurale sono poveri e non istruiti e non seguono tutte le misure necessarie per raggiungere gli obiettivi del millennio, mentre il resto della popolazione si impegna. È molto importante, per raggiungere i traguardi fissati dalla Dichiarazione del Millennio, mobilitare tutta la popolazione e tutte le risorse supplementari.

Numerosi PVS hanno provato che è possibile attuare una crescita rapida per raggiungere gli obiettivi del millennio grazie all'associazione di una direzione governamentale e di politiche forti, di strategie che mirano efficacemente ai bisogni dei popoli poveri e di un finanziamento adatto e un sostegno tecnico portatati dalla comunità internazionale.

Risultati importanti sono stati ottenuti in alcuni paesi dell'Africa subsahariana, con l'aumento della produzione agricola (nel Malawi per esempio), dell'istruzione primaria (nel Ghana, nel Kenya, in Uganda e nella Repubblica Unita di Tanzania), del controllo sulla malaria (nel Niger, in Zambia e a Zanzibar), con un maggiore accesso ai servizi di sanità di base nelle zone rurali (Zambia) e con il miglioramento dell'accesso all'acqua e ai sistemi di sanità (in Senegal e in Uganda).

Questi successi non devono solo continuare, ma anche aumentare.

Con l'aiuto delle Nazioni Unite, numerosi PVS, in particolare l'Africa, hanno compiuto dei progressi nella preparazione delle strategie per raggiungere gli obiettivi del millennio.

In linea generale, le strategie dovrebbero adottare un approccio di grossa portata al fine di ottenere una crescita favorevole per le popolazioni povere assieme alla creazione di un grande numero di prospettive di lavoro dignitoso. Questo comporta l'attuazione di programmi completi per lo sviluppo umano, specialmente in materia di educazione e di sanità, così come lo sviluppo della capacità di produzione e il miglioramento delle infrastrutture fisiche.

In ogni caso occorre quantificare le risorse richieste per la realizzazione di questi programmi. Tale realizzazione deve sostenersi alle spese pubbliche, quindi è necessario avere un sistema statistico nazionale solido e una contabilità pubblica affinata per sostenere questi sforzi.

È impossibile per i paesi più poveri riuscire a raggiungere soli gli OSM. Questo implica che i paesi del G8 rispettino le promesse fatte nel 2005 di duplicare l'aiuto accordato all'Africa da qui al 2010 e che gli Stati Membri dell'Unione Europea assegnino lo 0,7% del proprio PIL all'APS.

L'aiuto però non deve solo crescere in quantità ma deve anche migliorare nella qualità garantendo un'assistenza conforme alle politiche adottate dal paese beneficiario e che i capitali inviati ai paesi individuali siano continui e sicuri, non condizionati da acquisti fatti dal paese donatore. Come è stato deciso a Doha nel 2001, oltre all'aiuto allo sviluppo, i governi devono raddoppiare gli sforzi per arrivare a garantire un sistema commerciale internazionale equo, i cui accordi mondiali risultino più propizi allo sviluppo nei paesi poveri³.

³ Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Rapporto 2007)
<http://www.un.org/french/millenniumgoals/doc.html>

2. Il quarto Obiettivo del Millennio: ridurre la mortalità infantile

2.1. Cause e stime della mortalità infantile

Il quarto OSM è finalizzato alla riduzione di due terzi entro il 2015 – rispetto ai valori del 1990 – del tasso di mortalità infantile, definito come il numero di decessi di bambini tra 0 e 5 anni ogni mille nati vivi.

Nel 1990 circa 13 milioni di bambini sono morti prima di raggiungere l'età di 5 anni. La maggior parte di essi vive nei PVS e muoiono di malattie che potevano essere prevenute o guarite con poche spese e con mezzi di cui già si dispone. Il morbillo, la malnutrizione, la diarrea, la tubercolosi, l'HIV/AIDS e la polmonite sono le principali cause.

Quasi la metà delle morti di bambini di età inferiore ai 5 anni, si registra nell'Africa sub-sahariana.

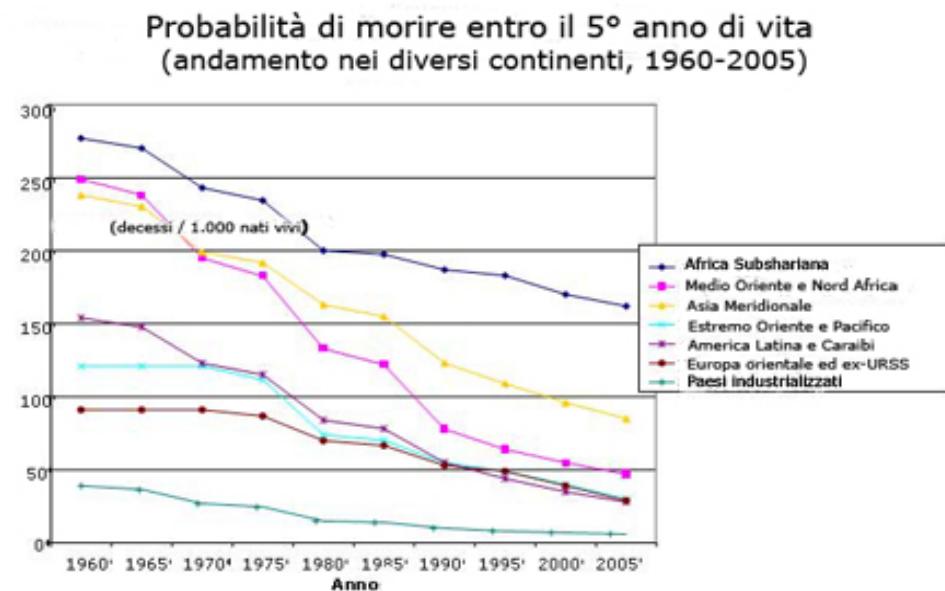


Diagramma 1: trend storici nella mortalità infantile⁴

Il diagramma mostra gli andamenti declinanti della mortalità infantile, qui presentata come numero di decessi tra 0 e 5 anni ogni 1000 nati vivi, nei diversi continenti. I dati si riferiscono al periodo 1960-2005. Il calo è omogeneo ovunque, con particolare rapidità nel periodo successivo agli anni

⁴ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3650>

1980 per il Medio Oriente e il Maghreb, per l'Africa subsahariana e per l'Asia meridionale.

La mortalità infantile è strettamente legata alla qualità dei servizi sanitari di base, e recenti indagini rivelano come si possano ottenere miglioramenti sostanziali con interventi nelle politiche sanitarie pubbliche. Non tutti gli Stati sono intervenuti allo stesso modo per ridurre la mortalità: ad esempio, molti si sono concentrati sugli interventi che riducono i decessi nel primo mese di vita del neonato. Nella maggior parte dei paesi che hanno ottenuto sensibili riduzioni nel tasso di mortalità, i progressi più importanti si sono concentrati nella fascia più benestante della popolazione (il 40%), o in ambito urbano, oppure tra i bambini le cui madri hanno qualche titolo di studio. In altri paesi, invece, i conflitti armati hanno provocato un incremento nel tasso di mortalità.

**Variazioni 1990-2005 nel tasso di mortalità infantile (0-5 anni):
decessi su 1 000 nati vivi⁵**

Regione	1990	2005
Africa subsahariana	185	166
Asia meridionale	126	82
Paesi asiatici ex URSS	81	72
Oceania	80	63
Asia occidentale	68	55
Asia sud-orientale	78	41
Nord Africa	88	35
America Latina e Caraibi	54	31
Asia orientale	48	27
Paesi europei ex URSS	27	17
Est Europa	29	17
PVS	106	83

⁵ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3582>

2. 2. Il morbillo, una delle principali cause della mortalità

Il morbillo è una delle principali cause di mortalità infantile e può essere prevenuto con un vaccino. Le Nazioni Unite hanno incluso il grado di copertura vaccinale del morbillo tra i tre indicatori da prendere in considerazione per monitorare i progressi verso l'OSM 4 (gli altri due sono la mortalità neonatale – nel primo anno di vita – e quella infantile, ossia tra 0 e 5 anni).

Tra il 1999 e il 2005 la mortalità da morbillo è diminuita di oltre il 60% (da 873.000 a 345.000 decessi annui): un successo straordinario per la sanità mondiale, purtroppo passato fin troppo sotto silenzio dai media. Il progresso maggiore è stato registrato in Africa, con un crollo della mortalità da morbillo di circa il 75% nell'ultimo quinquennio (da 506.000 a 126.000 casi letali). Dopo la stagnazione nei tassi di immunizzazione degli anni '90, abbiamo assistito a una vigorosa accelerazione a partire dal 2000. In Africa subsahariana, tra il 1999 e il 2005 il tasso di copertura vaccinale contro il morbillo è salito dal 49 al 64%.

Questo successo è dovuto al miglioramento delle campagne e dei servizi di immunizzazione nei PVS, sostenuti da vaste iniziative di sensibilizzazione e dall'azione della *Measles Initiative* (una partnership internazionale che vede tra i protagonisti l'UNICEF, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Croce Rossa statunitense e altri), attiva in 47 Stati, nonché dall'impegno di molti Governi africani.

Le vaccinazioni anti-morbillo sono un utile indicatore dell'accesso della popolazione infantile ai servizi sanitari. Inoltre, le attività di lotta al morbillo contribuiscono a potenziare le infrastrutture mediche di base. Ad esempio, il canale di distribuzione del vaccino antimorbillo viene spesso utilizzato per intensificare la fornitura di zanzariere (indispensabili per contrastare la malaria), della vitamina A e dei farmaci contro i parassiti intestinali del bambino.

Percentuale dei bambini da 12 a 23 mesi che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino contro il morbillo⁶

Regione	1990	2007
Oceania	70	63
Africa subsahariana	57	64
Asia meridionale	57	65
Asia sud-orientale	72	80
Asia orientale	98	87
Asia occidentale	80	91
America Latina e Caraibi	76	92
Nord Africa	85	95
Est Europa	93	96
Comunità Stati Indipendenti (ex URSS)	85	98
PVS	71	75

2. 3. Gli indicatori per la riduzione della mortalità infantile

Il traguardo del quarto OMS è ridurre di due terzi entro il 2015 – rispetto ai valori del 1990 – il tasso di mortalità dei bambini tra 0 e 5 anni.

Gli indicatori per questo traguardo sono:

Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni

Il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni è la probabilità (in un dato anno) – ogni 1000 nati vivi – che un bambino muoia prima di raggiungere l'età di 5 anni tenuto conto dei tassi di mortalità attuali legati all'età.

⁶ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3582>

Questo indicatore misura il tasso di sopravvivenza dei bambini e riflette la situazione sociale, economica e ambientale nella quale vivono i bambini (e gli altri membri della società), specialmente in materia di cure sanitarie.

Il tasso di mortalità in funzione dell'età è calcolato a partire da dati relativi alle nascite e ai decessi che emergono dai registri statistici sullo stato civile e dai sondaggi sulle famiglie dei PVS.

I tassi di mortalità infantile sotto i 5 anni più alti riguardano i maschi, nei paesi dove i genitori non manifestano preferenze importanti per un sesso o per l'altro.

Tasso di mortalità infantile (UNICEF-OMS)

Il tasso di mortalità infantile designa il numero di bambini (in un dato anno) – ogni 1000 nati vivi – che muoiono prima di raggiungere il primo anno di età.

Anche se il traguardo concerne la mortalità infantile sotto i 5 anni, questo è un indicatore che non deve essere trascurato poiché rappresenta una porzione elevata della mortalità infantile sotto i 5 anni e al fine di monitorare i progressi compiuti.

Il tasso di mortalità infantile si ottiene dal rapporto tra il numero dei decessi di bambini di età inferiore a un anno e il numero delle nascite, moltiplicato per 1000. I dati sono estrapolati dai registri statistici sullo stato civile e dai sondaggi sulle famiglie.

Le femmine hanno più possibilità di sopravvivere rispetto ai maschi durante il primo anno di vita, soprattutto in ragione delle differenze biologiche. Infatti, le bambine, risultano più robuste e resistenti e quindi capaci di affrontare, durante il primo mese di vita, le condizioni perinatali che causano o contribuiscono alla morte.

Ma se la mortalità infantile (sia quella sotto i 5 anni che quella sotto il primo anno di età) risulta più elevata tra i maschi, in alcuni paesi il vantaggio biologico delle bambine è più che compensato dalla discriminazione fondata sul sesso. Superato l'anno di vita, la discriminazione gioca un ruolo importante in quanto è il sesso che determina gli interventi di ordine nutrizionale e medico.

La mortalità infantile sotto i 5 anni e sotto il primo anno di età presenta, in generale, delle grandi differenze tra zone geografiche e tra zone urbane e rurali, nonché tra gruppi socioeconomici.

Presso alcuni gruppi etnici, i bambini possono essere esposti a dei rischi più elevati di malnutrizione, di cattiva sanità e di mortalità. Le differenze legate al sesso possono essere più accentuate in alcuni gruppi sociali ed etnici.

La Divisione della popolazione delle Nazioni Unite, i Fondi delle Nazioni Unite per l'infanzia e l'Organizzazione Mondiale della Sanità stabiliscono regolarmente delle valutazioni sulla mortalità infantile sotto i 5 anni e sulla mortalità infantile sotto il primo anno di età sulla base di dati nazionali disponibili.

Proporzione di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo (UNICEF-OMS)

La proporzione di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo è la percentuale di bambini di età inferiore ad un anno ai quali è stata somministrata almeno una dose di vaccino contro il morbillo.

Questo indicatore permette di misurare la diffusione e la qualità dei servizi assicurati ai bambini dal sistema sanitario del paese considerato.

La vaccinazione gioca un ruolo essenziale per ridurre la mortalità infantile, a maggior ragione se il morbillo risulta una delle principali cause di morte tra i bambini.

L'indicatore è uguale alla percentuale di bambini dai 12 ai 23 mesi ai quali è stata somministrata almeno una dose di vaccino contro il morbillo in un momento qualsiasi prima del sondaggio o prima dei 12 mesi.

Le valutazioni della copertura vaccinale sono fondate su due fonti di dati empirici: i resoconti dei vaccini effettuati da fornitori di servizi (dati amministrativi) e i sondaggi sulle famiglie contenenti informazioni sulle precedenti vaccinazioni.

Mentre le valutazioni fondate sulle informazioni amministrative, la copertura vaccinale è ottenuta dividendo il numero totale delle vaccinazioni e il numero dei bambini nella popolazione oggetto dell'obiettivo. Per la maggior parte dei vaccini il numero della popolazione oggetto dell'obiettivo corrisponde al numero annuale delle nascite o al numero dei bambini di età inferiore a un anno sopravvissuti nel

paese (questa cifra può variare in funzione della politica del paese e del vaccino considerato).

I programmi di vaccinazione, in genere gratuiti, non devono originare distinzioni tra maschi e femmine. Ma in alcuni paesi dell'Asia centrale e meridionale e nel Nord Africa, i tassi di vaccinazione delle bambine sono meno alti rispetto a quelli dei bambini, probabilmente per ragioni culturali piuttosto che economiche.

La prima dose di vaccino contro il morbillo è normalmente somministrata ai bambini di nove mesi o poco più grandi. Nel 2000 molti paesi offrivano una "seconda possibilità" di vaccinazione contro il morbillo, applicando sia un programma regolare combinato e delle campagne supplementari.

La copertura vaccinale deve superare il 90% per arrestare la trasmissione del virus, non solamente perché il morbillo è molto contagioso, ma anche perché il 15% dei bambini vaccinati di 9 mesi non hanno ancora sviluppato le immunità.

L'OMS e l'UNICEF stabiliscono serie di nozioni per ogni paese basate su dati amministrativi e sui sondaggi sulle famiglie con l'aiuto di formulari comuni inerenti le malattie vaccinabili⁷.

2. 4. Rapporto 2007: i progressi nella lotta alla mortalità infantile

Se nel 2005 morivano ancora circa 10,1 milioni di bambini prima del quinto anno di vita, il più delle volte per cause facilmente prevenibili, nel 2006 ne sono morti 9,7 milioni. Per la prima volta nella storia, il numero di decessi infantili annui a livello globale è sceso sotto la soglia dei 10 milioni.

Secondo i dati del 2007, la mortalità infantile ha toccato il picco più basso da sempre, scendendo sotto i 10 milioni di morti all'anno e attestandosi a 9,7 milioni, rispetto ai 13 milioni del 1990. Globalmente, la mortalità infantile è in declino, ma non ovunque allo stesso passo. Il progresso deve necessariamente accelerare in

⁷ Indicateurs pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement
<http://www.un.org/french/millenniumgoals/background.html>

Africa, in Asia meridionale, nei paesi asiatici dell'ex Unione Sovietica e in Oceania. I nuovi dati sulla mortalità infantile sono ricavati da una vasta gamma di fonti statistiche, inclusi due gruppi di ricerche realizzate su base familiare: rilevazioni indicatori multi-campione (MICS) e rilevazioni demografiche su base familiare (DHS).

L'ultima serie di indagini su indicatori multi-campione (MICS) è stata effettuata da UNICEF e altre agenzie ONU tra il 2005 e il 2006 in oltre 50 paesi e, insieme alle rilevazioni DHS finanziate da USAID, costituisce la più ampia fonte di informazioni sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e la base di valutazione dei progressi in termini di sopravvivenza infantile.

Un rapido declino della mortalità sotto i 5 anni si è avuto nelle regioni dell'America latina e Caraibi, dell'Europa centrale e orientale, nella Comunità degli Stati Indipendenti (ex URSS), nell'Asia orientale e Pacifico.

Rispetto alle precedenti rilevazioni del 1999-2000, molti paesi hanno compiuto progressi particolarmente significativi, come il Marocco, il Vietnam e la Repubblica Dominicana che hanno ridotto i tassi di mortalità infantile di oltre un terzo, il Madagascar del 41% e Sao Tomè e Principe del 48%.

Dei 9,7 milioni di morti infantili che si verificano ogni anno, 3,1 milioni avvengono in Asia meridionale e 4,8 nell'Africa subsahariana.

Numero di decessi tra 0 e 5 anni di età (stime 2006) nel mondo

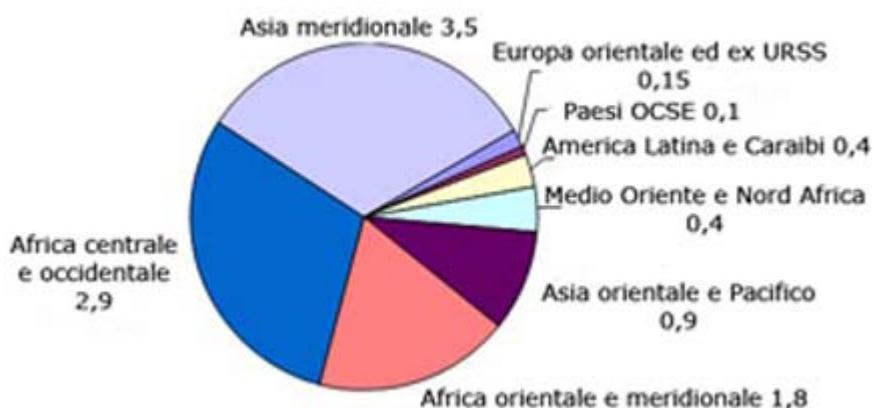


Diagramma 2: mortalità infantile, dati assoluti⁸

Il diagramma presenta i dati assoluti della mortalità infantile, divisi per continente.

Le cifre riportate sono in milione di decessi infantili (0-5 anni) annui.

⁸ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3650>

Nei PVS i tassi di mortalità infantile sono considerevolmente più elevati tra i bambini che vivono nelle aree rurali e nelle famiglie più povere. Nei Paesi industrializzati si registrano appena 6 morti infantili ogni 1.000 nati vivi. America latina e Caraibi sono sulla via di raggiungere l'Obiettivo del Millennio relativo alla mortalità infantile, con 27 decessi infantili ogni 1.000 nati vivi, contro i 55 del 1990.

Si registrano progressi significativi anche in alcune parti dell'Africa subsahariana: tra il 2000 e il 2004 la mortalità sotto i 5 anni è diminuita del 29% in Malawi e di oltre il 20% in Etiopia, Mozambico, Namibia, Niger, Ruanda e Tanzania.

I più alti tassi di mortalità infantile si registrano ancora nei paesi dell'Africa centrale e occidentale. In Africa meridionale i progressi faticosamente ottenuti sono messi a rischio dalla diffusione dell'HIV/AIDS.

Molti dei progressi ottenuti sono il risultato dell'adozione su vasta scala di interventi sanitari di base, come l'allattamento al seno immediato ed esclusivo, la vaccinazione contro il morbillo, la somministrazione di vitamina A e l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticidi per prevenire la malaria.

Inoltre, rispetto al passato, si registra a livello mondiale un sostegno senza precedenti alla sanità, con un aumento degli stanziamenti di fondi e più estese alleanze tra i governi, il settore privato, le fondazioni internazionali e la società civile⁹.

I risultati confermano i rapporti già pubblicati quest'anno sui progressi contro la mortalità da morbillo, con un calo del 60% rispetto al 1999, che arriva al 75% nell'Africa subsahariana.

Questo successo – annunciato oggi dai partner della "Iniziativa contro il morbillo": UNICEF, OMS, American Red Cross, United Nations Foundation, CDC (Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti) – va oltre l'obiettivo delle Nazioni Unite di dimezzare tra il 1999 e il 2005 i decessi causati da questa malattia ed è largamente dovuto ad un calo senza precedenti della mortalità da morbillo nella regione africana.

⁹ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3649>

Secondo i nuovi dati dell'OMS, a livello mondiale, le morti causate dal morbillo sono calate dalle 873.000 nel 1999 alle 345.000 nel 2005. In Africa, il miglioramento è stato ancora più netto, con un calo del 75%, passando da 506.000 a 126.000.

Il calo del 75% della mortalità da morbillo in Africa è dovuto al fermo impegno e alle risorse stanziate dai Governi nazionali e al supporto della *"Iniziativa contro il morbillo"*.

La strategia attuata, basata su quattro componenti, è stata la chiave per assicurare, a livello internazionale, questo risultato e comprende: somministrazione di una dose di vaccino contro il morbillo per tutti i neonati tramite i servizi sanitari di base; una seconda opportunità di immunizzare tutti i bambini tramite massicce campagne di vaccinazioni; un efficace monitoraggio sulla malattia; una cura integrata, che comprende la somministrazione di vitamina A.

Come risultato di questa strategia, tra il 1999 e il 2005, la copertura di vaccinazioni contro il morbillo, con la somministrazione della prima dose, è cresciuta dal 71% al 77% e più di 360 milioni di bambini di età compresa tra i 9 mesi e i 15 anni sono stati vaccinati attraverso le campagne di vaccinazione.

Combinando la vaccinazione contro il morbillo ad altri interventi sanitari, è stato dato un contributo al 4° Obiettivo di Sviluppo del Millennio: la riduzione di due terzi della mortalità infantile tra il 1990 e il 2015¹⁰.

¹⁰ <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3019>

3. Gli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo in Africa

3. 1. Gli Obiettivi del Millennio integrati nei piani nazionali

I governi africani hanno adottato gli OSM come un mezzo che, nel loro programma di sviluppo generale, deve servire a mettere fine alla situazione tragica che priva gli africani dei loro diritti fondamentali (la sanità, l'educazione, l'alloggio e la sicurezza). Il ricorso agli obiettivi per coordinare le loro strategie di sviluppo dovrebbe permettere loro di lottare contro la povertà estrema di cui sono vittime le loro popolazioni, di rendere i loro paesi più produttivi e di limitare il rischio di conflitti.

Iscritti nei PRSP di numerosi paesi africani, gli OSM costituiscono un mezzo per assicurare una partecipazione della collettività allo sviluppo, compresa una presa di decisione a livello locale. I PRSP sono documenti nati dall'iniziativa del FMI e della Banca Mondiale nel 1999. Elaborati nell'ambito delle politiche e dei programmi nazionali, i PRSP dovrebbero misurare la povertà di ogni paese, determinare degli obiettivi per ridurre la povertà e creare un programma di strategie, indicatori e di spese per raggiungere tali obiettivi. Ogni paese, a seconda della propria situazione socio-economica, studia un proprio PRSP che potrebbe essere uno strumento di messa in opera degli OMS¹¹.

Inoltre, gli OMS creano le basi per una partnership mondiale senza precedenti come il *Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique* (NEPAD).

La realizzazione degli otto Obiettivi spetta anche alla capacità di garantire un'interconnessione tra i programmi, in maniera che per il problema dell'istruzione primaria, per esempio, la strategia globale di sviluppo si rivolga anche alla gestione delle risorse naturali e all'educazione sanitaria¹².

11 www.ilo.org/public/french/dialogue/actemp/papers/2006/poverty_guidef.pdf

12 <http://www.uneca.org/fr/MDGs/index.htm>

3. 2. Il rapporto 2007 delle Nazioni Unite in Africa

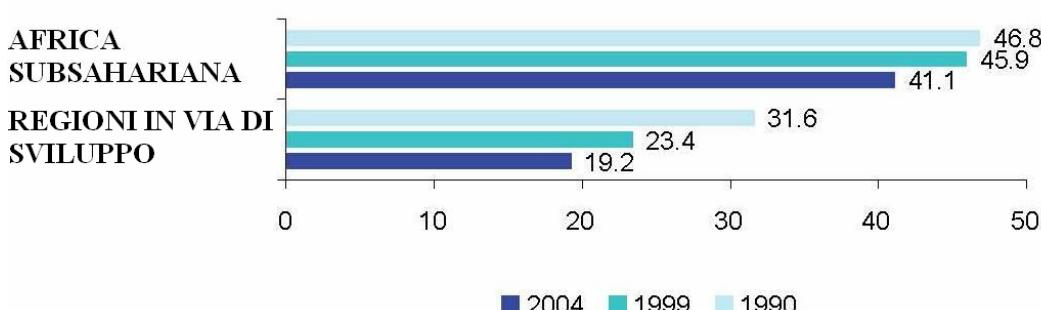
Secondo il rapporto delle Nazioni Unite, l'Africa non solo non ha compiuto i progressi necessari per realizzare gli OSM ad un ritmo sufficientemente rapido, ma si rivela anche il continente che ha ottenuto i peggiori risultati ed i progressi più lenti. Per quanto riguarda i progressi, essi variano da paese a paese e da regione a regione anche all'interno di uno stesso paese.

Se la maggior parte dell'Africa del Nord dovrebbe realizzare quasi tutti gli OSM entro i termini fissati, l'Africa subsahariana (salvo qualche eccezione) è alquanto indietro.

Fame e povertà

- Sebbene la percentuale delle persone che vivono con un dollaro al giorno o meno sia passata dal 45,9% al 41,1% dal 1999, l'obiettivo che mira a dimezzare la povertà entro il 2015 sarà realizzato solo se la progression attuale raddoppia la velocità.
- A dispetto di un elevato tasso di crescita della popolazione (2,3% all'anno) sul piano regionale, il numero di persone estremamente povere si è stabilizzato, con una crescita marginale da 296 milioni nel 1999 a 298 milioni nel 2004.
- I progressi a favore dei bambini sono molto lenti: per quanto concerne l'Obiettivo che mira a dimezzare la fame e la percentuale dei minori di cinque anni sottopeso è diminuita di appena più di un decimo tra il 1990 (33%) e il 2005 (29%).

La proporzione di persone che vivono con meno di un dollaro al giorno nel 1990, 1999 e nel 2004 (percentuale)



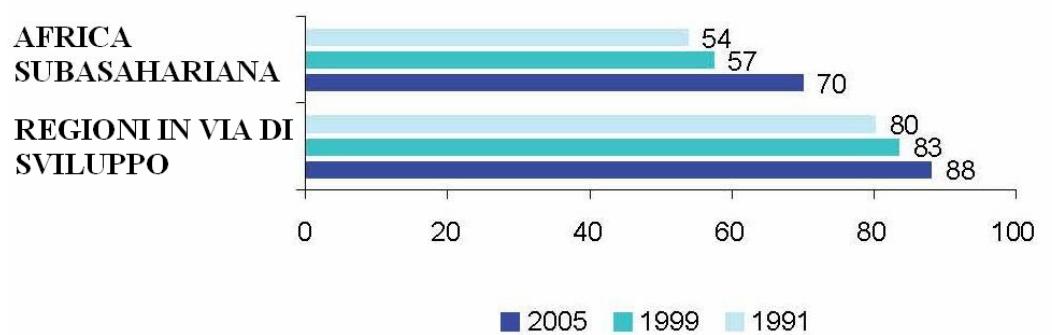
Istruzione

- Sono stati constatati dei progressi nel campo dell'istruzione primaria universale, infatti le iscrizioni scolari sono passate dal 57% nel 1990 al 70% nel 2005.

Tuttavia, questo non impedisce che il 30% dei giovani resti non istruito e il numero di bambini in età scolare aumenta quotidianamente.

Il numero di giovani africani di età inferiore ai 14 anni è passato da 237 milioni nel 1990 a 348 milioni nel 2007. Questa cifra dovrebbe raggiungere i 403 milioni nel 2015.

Tasso totale netto di istruzione primaria 1990/1991, 1998/1999 e 2004/2005 (percentuale)



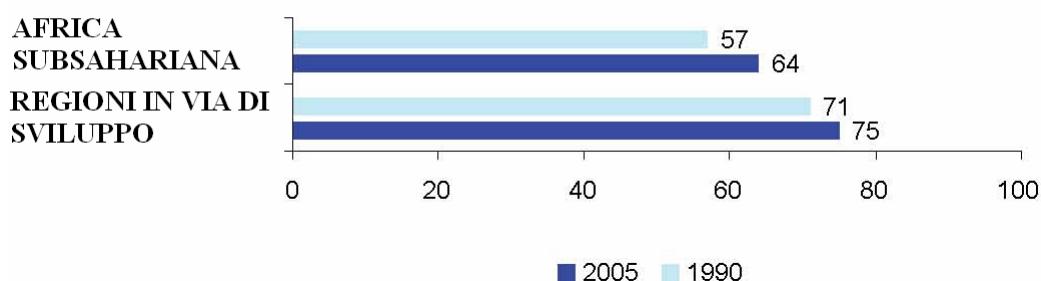
Uguaglianza dei sessi

- Anche se il numero dei seggi parlamentari occupati da donne è aumentato in maniera significativa, passando dal 7% nel 1990 al 17% nel 2007, la proporzione di donne che riceve uno stipendio al di fuori della cultura agraria, non superava nel 2005 un terzo della popolazione femminile.

Mortalità infantile

- Il tasso di mortalità dei minori di cinque anni è passato da 185‰ nati vivi nel 1995 a 166‰ nel 2005, questo rappresenta solo una frazione dell'obiettivo che mira alla riduzione di due terzi della mortalità infantile entro il 2015. Inoltre, questa cifra equivale al doppio del tasso di tutto il mondo in via di sviluppo. L'unica misura positiva è che grazie a delle campagne di vaccinazioni massicce, il caso di morbillo e i decessi dovuti a questa malattia sono diminuiti di quasi il 75% tra il 1999 e il 2005.

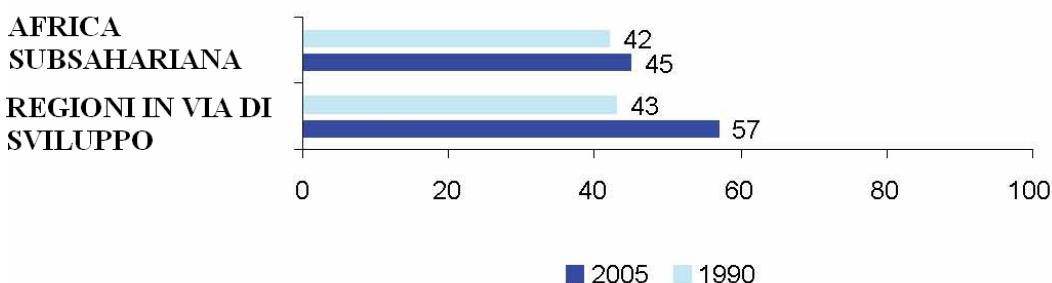
Percentuale di bambini dai 12 ai 23 mesi che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino contro il morbillo



Salute materna

- La salute materna rimane uno scandalo mondiale e regionale. Per una donna dell'Africa subsahariana, i rischi di morire per complicazioni dovute alla gravidanza o al parto sono 1 su 16, mentre nei paesi industrializzati questa probabilità è di 1 su 3800.

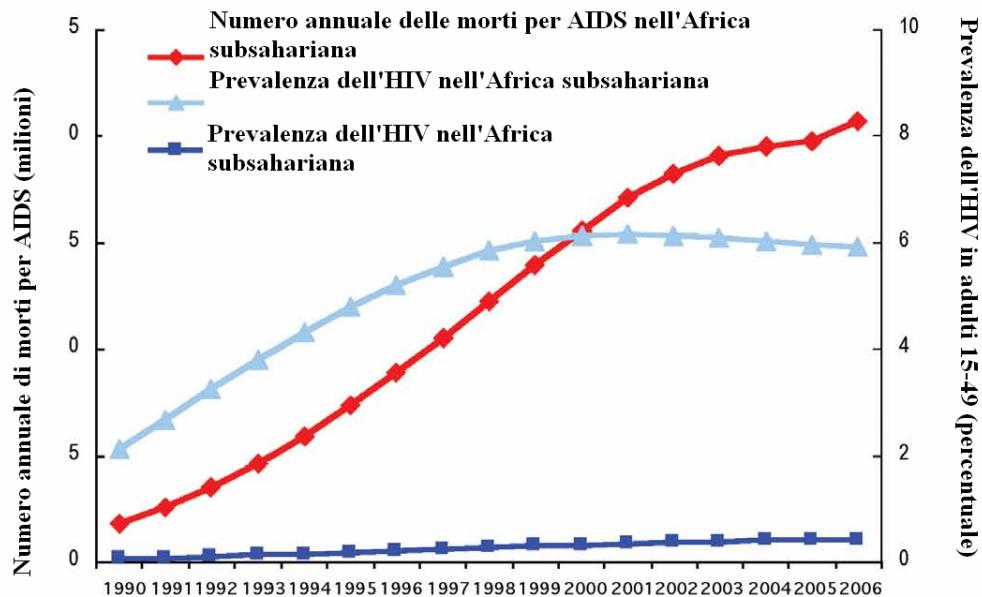
Salute materna: proporzione dei partori assistiti da personale sanitario qualificato nel 1990 e nel 2005



HIV/AIDS e altre malattie

- Il numero di persone che muore a causa dell'AIDS è continuato ad aumentare fino a raggiungere i 2 milioni nel 2006. Anche se i tassi di prevalenza si sono stabilizzati, il numero di nuovi casi, specialmente tra le donne, così come quello relativo alle persone che soffrono di un'infezione avanzata dell'HIV non cessano di crescere ad una velocità tale che i servizi di trattamento non riescono a seguire.
- Nulla indica una prossima stabilizzazione del tasso dei nuovi casi di tubercolosi in Africa subsahariana.

**Prevalenza dell'HIV in adulti di età 15-49 nell'Africa subsahariana e nelle regioni in via di sviluppo (percentuale) e
numero delle morti per AIDS nell'Africa subsahariana (milioni)
1990-2006**



Sostenibilità dell'ambiente

- Soltanto il 42% delle persone che vivono nelle zone rurali hanno accesso all'acqua salubre (dopo gli ultimi dati del 2004) e il 63% dell'insieme della popolazione non ha accesso ai servizi sanitari di base. Si tratta di una leggerissima regressione rispetto al 1990 (68%) e si è lontani dall'obiettivo che mira a dimezzare questa percentuale entro il 2015.
- I cambiamenti climatici, i cui effetti si fanno già sentire, rendono ancor più difficile la realizzazione degli OSM in Africa. Dopo le proiezioni di un gruppo di esperti sull'evoluzione del clima, da 75 a 250 milioni di persone subiranno gli effetti di un aumento dello stress idrico. Senza una preparazione adeguata, l'impatto potrebbe essere molto più distruttore sulle economie rurali e sui mezzi di sussistenza dei più poveri¹³.

¹³ L'Africa e gli Obiettivi del Millennio (Rapporto 2007)
<http://unstats.un.org/unsd/mdg/default.aspx>

3. 2. 1 Traguardi raggiunti

Se è pubblicamente noto che il continente africano è l'unica regione al mondo dove il numero delle persone povere è aumentato negli ultimi 15 anni, è meno noto che i paesi africani hanno ottenuto dei miglioramenti riguardanti una serie di parametri fondamentali di sviluppo.

- Grazie a delle politiche economiche e all'aumento delle materie prime, la crescita economica annuale è stata di circa del 6% negli ultimi tre anni.
- Il numero dei conflitti è diminuito: negli ultimi quindici anni (1990-2005), circa 23 paesi africani sono stati coinvolti in conflitti. Ma, nonostante i gravi disordini che invadono la regione del Darfur in Sudan, nella zona limitrofe del Lago Kivu, nella zona di Mogadiscio in Somalia e ora in Kenya, il numero delle guerre è notevolmente diminuito. La Sierra Leone, la Liberia, la Costa d'Avorio, il Congo-Brazzaville, la Repubblica Democratica del Congo e l'Angola hanno firmato recentemente accordi di pace e deposto le armi¹⁴.
- Le entrate delle esportazioni hanno migliorato la bilancia dei pagamenti in numerosi paesi e la diminuzione del debito recentemente accordata ha ridotto i disequilibri macroeconomici nei paesi più poveri.
- Le aziende africane registrano buone risultati in termini di investimenti nazionali e di incrementi della produttività.
- Tuttavia, questi progressi restano fragili poiché sono dovuti in larga parte ad un aumento delle materie prime. I paesi africani dipendono sempre dalle esportazioni delle materie prime e soffrono della mancanza di investimenti pubblici nell'agricoltura, della sanità, dell'istruzione e delle infrastrutture necessarie per rinforzare la produzione e gli scambi commerciali, per mantenere un tasso di crescita elevato e per creare impiego.

Infatti, le multinazionali occidentali istigano i paesi africani a produrre per l'esportazione e tengono ben stretto il controllo delle materie prime africane: petrolio, minerali preziosi (oro, rame, diamanti e uranio) e colture agricole esclusive vengono acquistate dall'Occidente a prezzi irrisori.

Nonostante le risorse di cui l'Africa dispone, la sua percentuale di produzione corrisponde appena al 2% del commercio mondiale, proprio perchè le sue materie

¹⁴ http://www.laconscience.com/article.php?id_article=6794

prime vengono cedute a prezzi bassi mentre i macchinari per l'industria, l'edilizia, le telecomunicazioni e via dicendo, vengono loro venduti a prezzi esorbitanti nonostante i componenti di fabbricazione provengano, quasi tutti, dal continente africano. Questo succede perché sono i paesi ricchi a fissare, di volta in volta, il prezzo delle materie prime che importano.

Inoltre i paesi africani non possono produrre prodotti finiti da esportare perché è proibito dalle multinazionali le quali gestiscono loro stesse le aziende di trasformazione delle materie prime (ad esempio il Ghana produce il cacao, ma non può produrre il cioccolato).

Mentre le grandi compagnie estraggono dall'Africa ricchezze dirette ai paesi sviluppati, questi ultimi hanno ridotto drasticamente i fondi destinati a questo continente cui sarebbero serviti per far fronte alle immense difficoltà che si trova ad affrontare. Secondo le stime di *African Monitor*, un'organizzazione indipendente nata nel 2008 per verificare gli adempimenti dovuti dai paesi occidentali all'Africa, le entrate reali sono crollate dallo 0,7% del PIL di ciascun paese allo 0,3%.

Lo scambio ineguale non è altro che una delle forme di neocolonizzazione introdotta dagli organismi internazionali che fanno capo a Stati Uniti, Europa e Giappone¹⁵.

Alcuni paesi africani hanno dimostrato che sono possibili progressi rapidi e su grande scala per raggiungere gli OSM, così come sono possibili vigorose politiche da attuare con un adeguato aiuto finanziario e tecnico da parte della comunità internazionale.

- In un anno, il programma di semenze e concimi nel Malawi ha permesso di raddoppiare la produzione agricola nella stagione 2006/2007.
- Il Ghana sta elaborando un piano nazionale di pasti scolari preparati con prodotti locali.
- Il Kenya, la Tanzania e l'Uganda e molti altri hanno abolito le spese di iscrizione alla scuola primaria, ciò ha permesso un notevole aumento della partecipazione scolare negli ultimi anni.

¹⁵ <http://www.h2biz.com/dblog/articolo.asp?articolo=130>

- Nel 2006, lo Zambia ha annullato le spese per i servizi di sanità di base nella zona rurale e il Burundi ha promosso la gratuità delle cure mediche per le madri e i bambini.
- Con il sostegno della Croce Rossa, della Mezzaluna Rossa, dell'OMS, dell'UNICEF, e degli *US Centers for Disease Control*, alcuni paesi africani come il Niger, il Togo e lo Zambia hanno lanciato con successo delle campagne di vaccinazione nazionale anti-morbillo e di distribuzione di zanzariere antimalaria impregnate di insetticida.
- Nel Niger, alcune delle migliaia di abitanti delle comunità rurali hanno visto migliorare i loro mezzi di sussistenza; allo stesso tempo diminuiva la siccità grazie al rimboschimento effettuato.
- Il Senegal è sulla via giusta per raggiungere gli obiettivi relativi all'acqua e alla bonifica grazie a un programma nazionale di investimento finanziato con l'aiuto di alcuni donatori.
- Con un sostegno crescente dei donatori, molti governi africani riproducono su scala nazionale le lezioni dei Villaggi del Millennio per trasformare le comunità povere¹⁶.

3. 2. 2 Adempiere agli impegni con una partnership mondiale per lo sviluppo

La maggior parte dei paesi africani sono pronti a riprodurre questi successi, ma hanno bisogno di un APS più importante e di migliore qualità per poter investire negli OMS. Nonostante a livello globale i flussi di APS siano aumentati dalla data della Dichiarazione del Millennio, quelli che riguardano l'Africa subsahariana non sono praticamente più variati dal 2004, se si esclude la riduzione del debito e l'aiuto umanitario.

Le nazioni industrializzate, ma anche i PVS, accordano un accesso commerciale ai paesi meno sviluppati dell'Africa nel rispetto della Dichiarazione del Millennio,

¹⁶L'Africa e gli Obiettivi del Millennio (Rapporto 2007)
<http://unstats.un.org/unsd/mdg/default.aspx>

ma anche i paesi africani meno sviluppati subiscono delle costrizioni e delle regole spesso non ragionevoli per i loro prodotti.

Nonostante la scarsità di progressi, gli OMS restano realizzabili nella maggioranza dei paesi africani, ma il tempo inizia a mancare per procedere agli investimenti pratici necessari. Gli impegni presi dalla comunità internazionale al Summit del G8 di Gleneagles e al Summit mondiale del 2005 sono sufficienti per raggiungere gli obiettivi. In questo anno mediano che è il 2007, è urgente tradurre questi impegni in piani pratici dotati di un seguito reale¹⁷.

¹⁷ L'Africa e gli Obiettivi del Millennio (Rapporto 2007)
<http://unstats.un.org/unsd/mdg/default.aspx>

4. Il Ruanda nella lotta alla mortalità infantile

4. 1. Il Ruanda



Il Ruanda è un piccolo paese situato tra l'Africa orientale e l'Africa centrale caratterizzato da un territorio montuoso di cui solo il 33% è favorevole all'agricoltura.

Morfologia

Il paesaggio ruandese si distingue per le sue verdi e sterminate colline, mentre

il resto del territorio è composto da rilievi di origine vulcanica nella zona nord-occidentale, dalle pianure centrali e dalle savane e paludi nella zona sud-orientale.

Clima

Il Ruanda si trova in una fascia equatoriale, ma a causa della sua altitudine, presenta un clima temperato, considerato uno fra i più salubri dell'intero continente africano. La temperatura media è di 20° C ed è ancora minore nelle zone più alte. Le precipitazioni non sono molto abbondanti e sono concentrate in due stagioni delle piogge (marzo-maggio e ottobre-dicembre).

Demografia

Benché di piccole dimensioni, il Ruanda è uno dei paesi più popolati al mondo. La sua popolazione ammonta a circa 8,3 milioni di persone e la sua densità, di 311 abitanti per km², risulta una tra le più elevate del continente africano a causa del clima mite. Le zone maggiormente urbanizzate sono le alte terre vicino alla catena

montuosa occidentale, le zone coltivate – dove la densità di popolazione raggiunge i 955 abitanti per km² – e le regioni vicine al Lago Kivu.

Sebbene modificata dal genocidio del 1994, la dinamica demografica è in aumento.

Gli unici insediamenti urbani sono la capitale Kigali, Nyanza e Butare. Il resto del territorio è composto da villaggi di capanne, diffusi soprattutto sugli altipiani.

Con una popolazione urbana del 16% e una maggioranza che vive nelle zone rurali, il Ruanda si registra come il paese meno urbanizzato dell'Africa

Economia

Il Ruanda, pur godendo di un clima particolarmente favorevole, è uno dei Paesi più poveri dell'Africa, il 60% della sua popolazione vive sotto la soglia di povertà e, il suo reddito pro-capite di 250 dollari all'anno, lo posiziona agli ultimi posti nell'indice di sviluppo umano. Il livello dei servizi è piuttosto basso, mentre l'aspettativa di vita arriva solo a 40 anni.

Le cause della debolezza economica si trovano nella distanza dal mare, nella dipendenza economica dall'esportazione di tè e caffè e nella precaria situazione politica. Circondato da altri Stati africani, il Ruanda non ha sbocchi sul mare. Il porto più vicino si trova sull'Oceano Indiano a 1700 km e quello sull'Oceano Atlantico a 2200 km. Questo implica che i prodotti importati siano molto cari e i prodotti da esportare meno competitivi sul mercato mondiale.

L'economia ruandese è basata su un gran numero di piccole e frammentarie aziende agricole che praticano un tipo di agricoltura di sussistenza. Il 90% della forza lavoro è ancora impiegata nel settore primario, che fornisce circa il 40% del PIL. In media, il 79% delle famiglie possiede al massimo un ettaro di terre per l'agricoltura e l'allevamento. L'insufficienza di terre, esige l'adozione di politiche che riescano a ridurre, durante i prossimi anni, il numero delle persone che lavorano nel settore primario. Un maggiore accesso all'istruzione e soprattutto la diffusione della formazione professionale potrebbero aiutare la popolazione a integrarsi nei settori dell'industria o dei servizi.

La pratica di un'agricoltura meccanizzata e l'utilizzo di concimi moderni sono poco sviluppati. Le colline e le montagne sono un ostacolo allo sviluppo di un'agricoltura estensiva. Tuttavia, nonostante questi ostacoli, l'agricoltura ruandese gode di due stagioni di pioggia che permettono una resa di due raccolti

per anno. Le colture prevalenti sono la patata, la patata dolce, il mais, i fagioli, il sorgo, le banane, la papaia, il frutto della passione e una varietà di verdure.

Il caffè e il tè sono le principali colture industriali e la principale fonte di moneta straniera per il governo rappresentando il 54% delle esportazioni.

L'industria ruandese vede le sue origini nel 1960 con la prima fabbrica del tè di Mulindi. Ma l'industrializzazione vera e propria, parte delle politiche dello Stato, si sviluppa dal 1970 con l'obiettivo di promuovere le piccole e le medie imprese.

Tra gli anni '70 e '80 viene avviata una politica di sostituzione dei prodotti importati con la produzione locale. Il settore industriale viene danneggiato con il genocidio del 1994. Oggi, la politica industriale orientata verso il cliente ha contribuito al miglioramento generale dell'economia del paese. La privatizzazione delle vecchie aziende pubbliche mostra la volontà del governo di lasciare l'economia in mano ai privati.

L'industria agro-alimentare, più sviluppata, è seguita da quella chimica, della carta, dall'industria di estrazione, tessile, della gomma, del cuoio e dall'industria dell'elettricità, del gas e dell'acqua.

Le riforme fiscali e monetarie recentemente realizzate, hanno come obiettivo quello di migliorare gli investimenti. L'economia è aperta e il Ruanda è membro della zona di libero scambio del COMESA (Common Market for Eastern and Southern Africa). Inoltre, il paese ha l'intenzione di aderire alla Comunità d'Africa dell'Est (EAC) che riunisce il Kenya, la Tanzania e l'Uganda.

Così facendo il Ruanda sarà totalmente attaccato all'Africa Centrale e all'Africa dell'Est e beneficerà della sua posizione strategica centrale al mercato.

Tuttavia, nonostante i recenti tentativi di incentivare l'economia migliorando le infrastrutture locali, il paese dipende ancora molto dai finanziamenti esteri di paesi dell'Unione Europea (soprattutto del Belgio) e di enti come il Fondo Africano di Sviluppo, l'ONU e la Banca Mondiale.

Il settore terziario del Ruanda è composto principalmente dai settori finanziario, commerciale, del turismo, dei trasporti, delle comunicazioni e del no profit.

Il settore delle comunicazioni ha recentemente beneficiato di miglioramenti, quali l'introduzione di internet che ha collegato il paese al resto del mondo. Lo scopo è migliorare il sistema ruandese delle comunicazioni per ridurre i costi e favorire il commercio.

Ulteriori miglioramenti si sono verificati nel settore dei trasporti attraverso la ricostruzione della rete stradale.

Il turismo è calato negli ultimi anni a causa delle vicende legate al genocidio del 1994. Tuttavia, il “paese dalle mille colline” racchiude tutte le condizioni per attrarre turisti da ogni parte del mondo: laghi, montagne vulcaniche, foreste e parchi naturali. È necessario quindi promuovere gli investimenti nel settore del turismo per ridurre il diseguilibrio tra le importazioni e le esportazioni visto che il turismo permette al governo di ottenere moneta straniera¹⁸.

Grazie agli aiuti della comunità internazionale, l'economia ha ricominciato a crescere fin dal 1996 su percentuali del 6% annuo, ma era talmente profonda la condizione di arretratezza iniziale che ci vorranno anni prima di poter vedere dei risultati concreti.

Situazione politica interna

Il Ruanda è stato sconvolto profondamente negli ultimi quaranta anni da conflitti etnici, culminati con il genocidio del 1994, che ha provocato oltre 800.000 morti e 2 milioni di profughi. Oggi, gli spettri del genocidio aleggiano ancora nel paese e si notano soprattutto nello squilibrio nella distribuzione della popolazione per età e per sesso. Tuttavia le radici della povertà sono ben più antiche, ed il fatto che il 90% della popolazione sia ancora impiegata nell'agricoltura è un dato significativo per capire in quale stato di arretratezza versi ancora il Paese.

Sull'onda dell'ambizioso programma chiamato "Vision 2020" – manifesto elaborato dal governo nel 2002 con lo scopo dichiarato di accrescere il reddito medio pro-capite della popolazione da 250 a 900 dollari annui entro il 2020 – è stato ufficialmente lanciato all'inizio di febbraio l'EPRDS, ossia *l'Economic Development and Poverty Reduction Strategy*. L'EPRDS è un piano pluriennale finanziato dalla Banca Mondiale che ha lo scopo di risollevarle le condizioni economiche di un Paese attraverso una ristrutturazione complessiva della sua economia. Questa ristrutturazione passa sia attraverso interventi di tipo macroeconomico per il controllo dell'inflazione e della massa monetaria in circolazione, sia di tipo micro-economico per lo sviluppo dell'impresa privata. Il Ruanda è il

¹⁸ <http://www.rwandagateway.org/>

secondo Paese africano a mettere in pratica l'EPRDS dopo il relativo successo ottenuto dal Ghana all'inizio degli anni '80.

Lo scopo dichiarato del governo di Kigali è quello di trasformare il Ruanda in un Paese a medio reddito in un decina d'anni.

Sanità

Oltre ai problemi economici, sono soprattutto le condizioni sanitarie e l'alta mortalità di adulti e bambini a preoccupare attualmente il governo: il 10% della popolazione ruandese è affetta dal virus dell'HIV. Altre malattie infettive come tubercolosi, malaria, epatite e tifo sono ancora lontane dall'essere sconfitte.

Uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dimostrato inoltre che la tubercolosi è la maggiore causa di morte tra le persone portatrici di AIDS. Per questo motivo il governo, grazie anche all'aiuto internazionale, sta cercando di promuovere politiche che assicurino un livello minimo di assistenza sanitaria per tutta la popolazione. Recentemente Jeannette Kagame, moglie del Presidente, ha lanciato una grande campagna di prevenzione dell'AIDS e di difesa dell'infanzia grazie al prestito di 33 milioni di dollari ricevuto dal Fondo Mondiale per la Lotta all'AIDS¹⁹.

In Ruanda la drammatica carenza delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione affida il ruolo fondamentale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria alla sola funzione di diagnosi e cura, esercitata peraltro con gravissime difficoltà e limiti, soprattutto nelle aree territoriali disagiate dove, sotto diversi profili (strade, telefonia mobile e fissa, ecc.) non sono garantiti efficaci collegamenti.

Infine, per comprendere bene la particolare situazione prevista dalla normativa in Ruanda sotto il profilo dell'esercizio della professione sanitaria, va poi ricordato che, visto il limitatissimo numero di medici presenti negli ospedali, alcune funzioni nei centri minori denominati "Centri di sanità" sono svolte da personale infermieristico (prima visita, inquadramento diagnostico preliminare, prescrizione e somministrazione di farmaci, ricovero e gestione dei pazienti con problematiche di bassa complessità).

¹⁹ Notizie dal Ruanda
<http://www.dettotranoi.it/rwanda/2004.php?pag=news&a=read&aid=23>

4. 2. Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Rwanda

Rapport 2006

Dans le cadre des préparatifs de la stratégie de Développement économique et de Réduction de la Pauvreté du Rwanda, on a fait une revue globale du premier PRSP. Ce processus a commencé par l’Evaluation Indépendante externe du PRSP dont les résultats ont été présentés à tous les partenaires au début de 2006 et auxquels se sont ensuivies les autoévaluations qui ont été menées dans chaque secteur conjointement par le Gouvernement et ses partenaires au développement entre les mois de mars et de juillet.

Ces autoévaluations couvrent la période allant de 2002 à 2005.

Etant combinées, ces évaluations représentent la plus minutieuse analyse du PRSP que l’on ait pu mener et constituent le plus exhaustif exercice réalisé par le Rwanda à ce jour.

Nous pouvons affirmer sans l’ombre d’un doute que les secteurs sociaux – santé, éducation, eau et assainissement – ont déjà réalisé des progrès importants. Néanmoins, on note des retards de mise en œuvre au sein des secteurs productifs qui ont brillé par une certaine lenteur dans l’élaboration des plans stratégiques globaux et qui, par conséquent, ne commencent aujourd’hui à passer de la phase d’élaboration des politiques à la mise en œuvre.

La croissance économique s’est révélée stable avec une moyenne de 5,6% et devait avoir aidé à la réduction de la pauvreté. Néanmoins, il faut constater qu’elle était en dessous des cibles comprises dans le PRSP et dépendante de la croissance agricole. La sécurité alimentaire et la vulnérabilité de certains groupes aux aléas climatiques constituent un obstacle à la réduction de la pauvreté. On a enregistré une transformation structurelle insignifiante de l’économie, avec des progrès qui ont été entravés par les coûts élevés de transport et d’énergie et les stratégies insuffisantes dans le cadre de la création de nouveaux emplois non agricoles. Aussi, la croissance élevée de la population a-t-elle entravé la croissance du PIB par tête.

Les progrès dans le secteur de l'Education

L'accès à l'éducation s'est amélioré à tous les niveaux du système. Le taux net de scolarisation dans les écoles primaires est actuellement 92% alors que le pourcentage des filles dans les écoles est plus de 50%. Des mesures en faveur des pauvres ont été introduites et permettent à un bon nombre d'enfants de faire l'école primaire. Toutefois, le coût d'enseignement reste toujours très élevé pour les familles pauvres alors que le nombre des enfants qui parviennent à compléter tout le cycle primaire est en dessous de la moyenne des pays subsahariens. Il reste ainsi les défis dans la réduction du nombre des abandons et des redoublements ainsi que dans l'augmentation du taux d'achèvement au primaire sans oublier d'améliorer les performances des filles dans les examens. On assiste au "choc d'accès" et à la diminution de la qualité: les investissements dans les enseignants, les livres de texte et les classes n'ont pas été à la hauteur de la demande. L'enseignement supérieur, technique et professionnel ne parvient qu'à répondre à une partie de besoins du marché local de travail.

L'introduction d'un enseignement primaire gratuit en 2003 à laquelle s'est ajouté le transfert direct de l'allocation des fonds par tête aux écoles primaires ont favorisé un accès plus important aux études primaires et permis de réduire une partie du fardeau financier pesant sur les familles pauvres.

Les objectifs sectoriels ont été fixés depuis 2002 dans le cadre du Plan stratégique sectoriel de l'éducation (ESSP) présenté pour la première fois en 2003. Ce plan se base sur la stratégie et le cadre financier à long terme (LTSFF) en vue de répondre aux objectifs du Millénaire en matière d'éducation et de la *Vision 2020* du Rwanda. Grâce à ESSP et à LTSFF, le Gouvernement prend des décisions informées sur le niveau des investissements requis dans le secteur en vue de réaliser les cibles nationales. ESSP détermine de nouvelles priorités: un enseignement de base de neuf ans ainsi que la science et la technologie tout en se focalisant de manière particulière sur l'ICT.

Pour la première priorité, l'enseignement de base de neuf ans, il est envisagé d'augmenter les capacités d'enseignement au primaire ainsi que d'améliorer la qualité de l'enseignement. Il sera également nécessaire d'augmenter de façon considérable le nombre des classes, des enseignants, des programmes et des manuels scolaires. Lors de l'autoévaluation, il a été recommandé que le

programme d'enseignement de base de neuf ans devrait répondre aux besoins spéciaux des personnes handicapées dans le cadre d'enseignement spécial.

La science et la technologie dans l'éducation constituent le deuxième domaine prioritaire émergent. Il faudra analyser les rôles de la formation professionnelle et technique dans la réduction de la pauvreté et la croissance économique en vue de cibler des politiques répondant clairement à ces objectifs.

ESSP prévoit une augmentation régulière du financement du Gouvernement avec une augmentation similaire du financement des donateurs. Le secteur a pu déterminer les modalités d'appui budgétaire et mis en place un fonds commun de renforcement des capacités avec pour objectif d'aider les donateurs à aligner pleinement le financement extérieur si possible et de rendre l'ESSP opérationnel. Le rôle des communautés, des ONG, des organisations confessionnelles et des partenariats privés sera également requis. Il faudra ainsi consentir des efforts en vue de combler le déficit de financement.

Les progrès dans le secteur de la Santé

Suite au génocide de 1994, les niveaux des indicateurs de santé ont été très bas et n'ont commencé qu'à se stabiliser au cours des cinq dernières années.

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est tombée à 15.3%, le taux de prévalence du VIH/SIDA s'élève à 3% de la population adulte, la malnutrition sévère est légèrement tombée à 24% alors que la mortalité maternelle est tombée à 750/100.000.

Le PRSP 1 s'est fixé trois principaux objectifs stratégiques:

- la prévention des maladies, plus particulièrement la malaria et le VIH/SIDA.

Les progrès importants ont été réalisés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA qui se concrétisent par les niveaux bas de prévalence;

Les actions de lutte contre la malaria ont augmenté en 2005 après que les obstacles dans le cadre d'approvisionnement aient été levés.

- l'accès amélioré aux soins a été assuré grâce à un certain nombre d'interventions.

L'extension des services de mutuelles de santé devrait améliorer l'accès aux soins notamment à travers la subsidisation des personnes les plus pauvres.

On commence à résoudre les problèmes liés à l'accès géographique avec la construction de nouveaux hôpitaux et centres de santé;

- l'amélioration de la qualité des services de santé est actuellement assurée à travers une formation améliorée des ressources humaines.

Avec les axes du Plan stratégique du secteur de la santé, les succès ci-après ont été enregistrés:

- Ressources humaines

Il s'agit du nombre des infirmières dans le secteur de la santé et de leur distribution. La proportion des infirmières en milieu rural a pu augmenter en passant de 20% à 56% grâce au changement de la politique par laquelle les centres de santé sont autorisés à recruter le personnel. Cela s'est fait également grâce à l'augmentation du financement du Global Fund. Comme nous l'avons précédemment mentionné, les progrès ont également été réalisés grâce au programme de formation des docteurs.

- Médicaments, Vaccins et Consommables

L'offre des médicaments et des vaccins a été satisfaisante avec des médicaments essentiels disponibles à 95% .

- Accès géographique à la santé

Quoique les données sur la population vivant dans 5 km d'un centre de santé n'aient pas pu être mises à jour. Il faut néanmoins noter que les progrès ont été réalisés dans la construction de nouvelles infrastructures et que les obstacles de transport en milieu rural ont été réduits avec la distribution des ambulances.

- Accès financier à la santé

La part du budget de la santé pour toutes les dépenses du Gouvernement a connu une hausse en passant de 8% en 2004 à 10% en 2005. Les taux d'adhésion aux mutuelles de santé ont monté de façon brusque jusqu'à 44.1% à la fin de 2005²⁰.

²⁰ Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Rwanda
planipolis.iiep.unesco.org/upload/Rwanda/PRSP/Rwanda%20PRSP%20Evaluation%20Rapport%20FR.pdf

Strategia di Riduzione della Povertà del Ruanda

Rapporto 2006

Nell'ambito dei preparativi della strategia di Sviluppo economico e di Riduzione della Povertà del Ruanda, è stato preso in esame globalmente il primo PRSP. Questo processo è iniziato con la Valutazione Indipendente esterna del PRSP i cui risultati sono stati presentati a tutti i partner all'inizio del 2006 e dai quali sono derivate le autovalutazioni eseguite in ogni settore congiuntamente dal Governo e dai suoi partner allo sviluppo tra i mesi di marzo e di luglio.

Queste autovalutazioni coprono il periodo che va dal 2002 al 2005.

Essendo combinate, queste valutazioni rappresentano la più minuziosa analisi del PRSP che si è potuto condurre e costituiscono a oggi il più esaustivo lavoro realizzato dal Ruanda.

Possiamo affermare senza ombra di dubbio che i settori sociali – sanità, educazione, acqua e risanamento – hanno già realizzato dei progressi importanti.

Tuttavia si notano dei ritardi nella messa in opera nell'ambito dei settori produttivi che hanno brillato per una certa lentezza nell'elaborazione dei piani strategici globali e che, di conseguenza, non iniziano oggi a passare dalla fase di elaborazione delle politiche a quella della loro realizzazione.

La crescita economica si è rivelata stabile con una media del 5,6% e avrebbe dovuto aiutare nella riduzione della povertà. Tuttavia, bisogna constatare che essa era sotto gli obiettivi inclusi nel PRSP e dipende dalla crescita agricola.

La sicurezza alimentare e la vulnerabilità di alcuni gruppi dovuta ai rischi climatici costituiscono un ostacolo alla riduzione della povertà. Si è registrata una trasformazione strutturale insignificante dell'economia, con dei progressi che sono stati intralciati dagli elevati costi di trasporto e dell'energia e le strategie nell'ambito della creazione di nuovi impieghi non agricoli si sono rivelate insufficienti. Inoltre, la forte crescita della popolazione ha ostacolato la crescita del reddito pro capite.

I progressi nel settore dell'Educazione

L'accesso all'educazione è migliorato a tutti i livelli del sistema. Il tasso netto di scolarizzazione nelle scuole primarie è attualmente del 92% mentre la percentuale

delle femmine nelle scuole è più del 50%. Misure specifiche a favore delle persone povere sono state introdotte e permettono ad un buon numero di bambini di frequentare la scuola primaria. Tuttavia, il costo dell'insegnamento resta sempre molto elevato per le famiglie povere mentre il numero dei bambini che riescono a completare tutto il ciclo dell'istruzione primaria è sotto la media dei paesi subsahariani. Restano dunque le sfide nella riduzione del numero degli abbandoni e dei ripetenti così come nell'aumento del tasso di completamento dell'istruzione primaria senza dimenticare di migliorare le prestazioni delle femmine negli esami.

Si assiste allo "choc d'accesso" e alla diminuzione della qualità: gli investimenti negli insegnanti, i libri di testo e le classi non sono stai all'altezza della domanda. L'insegnamento superiore, tecnico e professionale riesce a rispondere solo ad una parte dei bisogni del mercato di lavoro locale.

L'introduzione di un insegnamento primario gratuito nel 2003 alla quale si è aggiunto il trasferimento diretto dell'indennità dei fondi pro capite alle scuole primarie hanno favorito un accesso più elevato all'istruzione primaria e permesso di ridurre una parte dell'impegno finanziario che gravitava sulle famiglie povere. Gli obiettivi settoriali sono stai fissati dal 2002 nell'ambito del Piano strategico settoriale dell'educazione (ESSP) presentato per la prima volta nel 2003. Questo piano si basa sulla strategia e sull'ambito finanziario a lungo termine (LTSFF) nella prospettiva di rispondere agli Obiettivi del Millennio in materia di educazione e del Vision 2020 del Ruanda. Grazie all'ESSP e al LTSFF, il Governo prende delle decisioni sulla base di informazioni reali a proposito del livello degli investimenti richiesti nel settore in vista di realizzare gli obiettivi nazionali. L'ESSP determina delle nuove priorità: un insegnamento di base di nove anni con anche le scienze e la tecnologia, focalizzandosi in maniera particolare sull'ICT.

Per la prima priorità, l'insegnamento di base di nove anni, si intende aumentare le capacità di insegnamento nella scuola primaria e migliorare la qualità dell'insegnamento. Sarà ugualmente necessario aumentare in maniera considerevole il numero delle classi, degli insegnanti, dei programmi e dei manuali scolastici.

Al momento dell'autovalutazione, è stato raccomandato che il programma di insegnamento di base di nove anni risponda ai bisogni speciali delle persone portatrici di handicap nell'ambito dell'insegnamento speciale.

La scienza e la tecnologia nell'educazione scolastica costituiscono il secondo campo prioritario emergente. Bisognerà analizzare i ruoli della formazione professionale e tecnica nella riduzione della povertà e la crescita economica in vista di realizzare politiche che rispondano chiaramente a questi obiettivi.

L'ESSP prevede un aumento regolare del finanziamento statale con un aumento simile del finanziamento da parte dei donatori. Il settore ha potuto determinare le modalità del sostegno budgetario e realizzato un fondo comune di rinforzo delle capacità con l'obiettivo di aiutare i donatori ad allineare pienamente il finanziamento esterno se possibile e di rendere l'ESSP operativo Sarà ugualmente richiesto un ruolo alle comunità, alle ONG, alle organizzazioni confessionali e ai partner privati. Bisognerà anche consentire degli sforzi in vista di colmare il deficit di finanziamento.

I progressi nel settore della Sanità

In seguito al genocidio del 1994, i livelli degli indicatori della sanità sono stati molto bassi e hanno iniziato a stabilizzarsi solo nel corso degli ultimi cinque anni. La mortalità infantile sotto i cinque anni è scesa al 15,3%, il tasso di prevalenza dell'HIV/AIDS è del 3% della popolazione adulta, la malnutrizione grave è leggermente scesa al 24%, mentre la mortalità materna è scesa a 750 su 100.000.

Il PRSP 1 ha fissato tre principali obiettivi strategici:

- la prevenzione delle malattie, più in particolare la malaria e l'HIV/AIDS.

I Progressi importanti sono stati realizzati nell'ambito della lotta contro l'HIV/AIDS che si concretizza con i bassi livelli di prevalenza.

Le azioni di lotta contro la malaria sono aumentate nel 2005 dopo che gli ostacoli nel campo dell'approvvigionamento erano stati eliminati;

- l'accesso migliorato alle cure è stato assicurato grazie a un certo numero di interventi.

L'estensione dei servizi degli enti sanitari dovrebbero migliorare l'accesso alle cure specialmente attraverso il sussidio alle persone più povere;

- il miglioramento della qualità dei servizi di sanità è attualmente assicurato attraverso una migliore formazione delle risorse umane.

Con gli assi del Piano strategico del settore della sanità, sono stati registrati i seguenti successi:

- Risorse umane

Si tratta del numero delle infermiere nel settore della sanità e della loro distribuzione. La proporzione delle infermiere in ambiente rurale è potuta aumentare passando dal 20% al 56% grazie al cambiamento della politica per cui i centri sanitari sono autorizzati a reclutare personale. Anche l'aumento del finanziamento del Fondo Mondiale ha contribuito a questi miglioramenti.

Come abbiamo menzionato precedentemente, i progressi sono stati anche realizzati grazie al programma di formazione dei dottori.

- Medicine e Vaccini

L'offerta di medicine e vaccini è stata soddisfacente con le medicine essenziali disponibili al 95%.

- Accesso geografico alla sanità

I dati sulla popolazione vivente a 5 km da un centro sanitario non sono stati aggiornati. Bisogna tuttavia notare che sono stati realizzati progressi nella costruzione di nuove infrastrutture e che gli ostacoli del trasporto in ambiente rurale sono stati ridotti con la distribuzione delle ambulanze.

- Accesso finanziario alla sanità

La parte del budget sanitario per tutte le spese statali ha conosciuto un rialzo passando dall'8% nel 2004 al 10% nel 2005. I tassi di adesione ai servizi degli enti sanitari sono saliti in maniera brusca fino al 44,1% alla fine del 2005²¹.

²¹ Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Rwanda
planipolis.iiep.unesco.org/upload/Rwanda/PRSP/Rwanda%20PRSP%20Evaluation%20Rapport%20FR.pdf

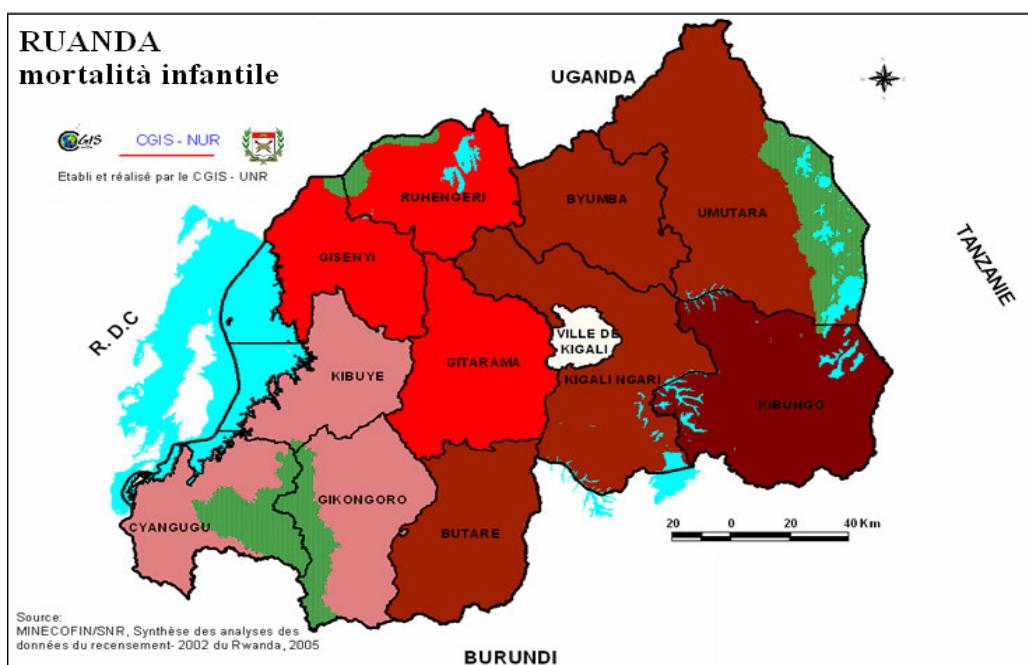
4. 3. La mortalità infantile in Ruanda

La mortalità infantile registra tassi elevati anche in Ruanda, come nel resto dell'Africa subsahariana: su mille bambini nati vivi 180 (la punta massima è stata 250 bambini) non raggiungono i cinque anni.

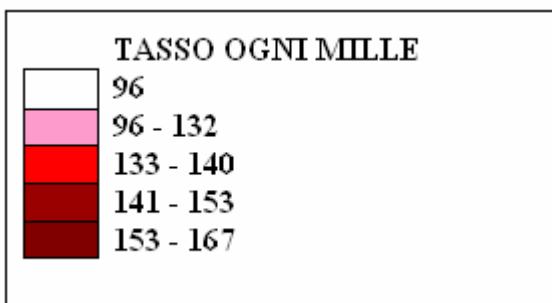
Poche patologie importanti, che possono agire in associazione, insieme allo stato frequente di povertà e alla carente cultura igienico-sanitaria, contribuiscono a questo risultato in una misura fino al 70% dei casi.

La malaria è la maggiore causa di mortalità nell'infanzia, con il 40% di decessi sotto i cinque anni, seguita dalla gravi infezioni respiratorie e gastroenteriche, dalla malaria, dalla tubercolosi e dalla malnutrizione.

In tale contesto, studi recenti (OMS, IMCI *Integrate Management of Childhood Illness*) hanno rivelato la possibilità di ridurre la mortalità infantile di oltre il 50% grazie ad un approccio integrato che comprenda il corretto trattamento del paziente, la formazione del personale infermieristico dei Centri sanitari di primo soccorso, la formazione igienico-sanitaria delle famiglie, la prevenzione vaccinale e la promozione-socio-economica nelle famiglie²².



²² http://www.rwandagateway.org/article.php3?id_article=85&lang=



Tasso di mortalità infantile ogni mille nati vivi (2005)²³.

I tassi più elevati si registrano nella parte orientale del Ruanda.

La tabella riportata sotto mostra i dati relativi alla mortalità infantile in Ruanda, raccolti dalle Nazioni Unite e aggiornate recentemente nel luglio 2007²⁴.

	Tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni -ogni mille nascite-	Tasso di mortalità infantile nel primo anno di vita -ogni mille nascite-	Proporzione di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo -percentuale-
1990	173	103	83
1991			89
1992			82
1993			74
1994			25
1995	209	124	84
1996			76
1997			66
1998			78
1999			78
2000	203	118	74
2001			69
2002			69
2003			90
2004			84
2005	203	118	89

²³ http://www.rwandagateway.org/article.php3?id_article=1185

²⁴ <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

5. Il sostegno dell'associazione 'Komera Rwanda' al villaggio di Gatare in Ruanda

5. 1. La Missione e il villaggio di Gatare

Gatare è a 2500 metri sul livello del mare, nel sud-ovest del Ruanda, non lontano dal confine con il Congo. La missione è stata istituita nel 1990 per iniziativa della congregazione religiosa delle "Figlie del Divino Zelo". Le stesse suore hanno numerose case in Italia e molte altre missioni sparse in tutti i continenti.

Gatare è a circa tre ore e mezza di strada sterrata dalla città più vicina e a cinque ore e mezza dalla capitale Kigali.

Alla missione fa capo il centro nutrizionale e di sanità *Rugege*, un dispensario, la scuola materna che attualmente accoglie circa 350 bambini e dal gennaio 2006 anche la scuola elementare. La missione non dispone di energia elettrica e di acqua potabile.

La popolazione vive di agricoltura e di allevamento e abita in case sparse. Le coltivazioni più adatte alla zona sono le patate, i piselli, il cavolo, il grano ed il tè. Molto limitata è la parte della popolazione che usufruisce di un salario mensile, spesso totalmente insufficiente.

Estremamente modesta è la presenza di infrastrutture. L'unica strada utilizzabile è quella che collega la Regione con la città di Gikongoro, solo per un tratto asfaltata e in condizioni di percorribilità precarie.

Non esiste alcun sistema di collegamento e di comunicazione tra le diverse strutture (assenza di linee telefoniche ordinarie, mancanza di una copertura di rete per la telefonia portatile) e tale situazione appare molto grave soprattutto per le comunicazioni riguardanti la funzione di urgenza ed emergenza sanitaria.

Nel centro sanitario e nel centro nutrizionale, dove l'assistenza è assicurata da sei infermieri locali, a causa della mancanza di corrente elettrica e di acqua potabile il lavoro è svolto in condizioni di estrema precarietà. La diagnostica di laboratorio è molto limitata perché l'unica attrezzatura disponibile è un microscopio, peraltro fortemente mal utilizzato. La malnutrizione infantile, la

malaria, la parassitosi intestinale, le malattie respiratorie e la tubercolosi sono le patologie prevalenti e le maggiori cause di morte. L'AIDS, benché conosciuto, è diagnosticato solo su dati clinici, quindi in fasi molto avanzate, ed è in rapida espansione.

La malnutrizione in Ruanda è una delle principali cause di mortalità infantile e colpisce più del 25% dei bambini di età inferiore ai cinque anni.

La malnutrizione proteico-energetica (MPE) è la forma più grave ed è caratterizzata da un deficit energetico dovuto al ridotto apporto di macronutrienti (glucidi, protidi, grassi) associata alla carenza di micronutrienti (ferro, vitamina A, I, zinco), ossia manca l'apporto proteico e vitaminico.

A Gatare esiste per tale motivo un Centro Nutrizionale, in cui si trattano i pazienti più gravi, con terapie mediche, con miscele di sostanze disponibili sul posto (ad esempio il SO.SO.M, miscela di farine di sorgo, soia e mais), e appena le condizioni lo rendono possibile, con l'apporto adeguato di proteine (quelle disponibili a costi più accessibili, sono rappresentate dai fagioli). Per tale ragione, oltre al trattamento medico dei casi gravi, si attua presso la Missione una politica preventiva, accogliendo il maggior numero possibile di bambini della zona presso la scuola materna, dove vengono forniti due pasti giornalieri (merenda, pranzo), con adeguato apporto alimentare, per contenere il più possibile gli effetti della malnutrizione.

La politica del Governo in materia sanitaria e socio sanitaria è indirizzata a responsabilizzare ogni centro operativo in una logica di auto-finanziamento e di auto-gestione. I vari centri, compreso quello di Gatare, devono dunque procurarsi tutto quello di cui hanno bisogno per raggiungere i diversi obiettivi.

La scuola materna può accogliere al momento circa 350 bambini dai 3 ai 7 anni che, oltre a svolgere le normali attività didattiche ricevono due pasti nutrienti al giorno che li salvaguardano dallo spettro della malnutrizione. Purtroppo per molti altri piccoli non c'è per ora questa possibilità e l'affluenza al centro nutrizionale è sempre molto elevata.

5. 2. I progetti dell'associazione ‘Komera Rwanda’ per ridurre la mortalità infantile di Gatare

Tra i vari progetti elaborati e realizzati da parte dell'associazione *Komera Rwanda*²⁵, emergono tre progetti studiati appositamente per ridurre la mortalità infantile nella comunità di Gatare e per promuovere le norme igieniche di base.

Il progetto di “Valorizzazione Agricola”, realizzato in collaborazione con "PS76 ONLUS", vuole migliorare la produzione agricola locale a vantaggio delle famiglie, fornendo loro i mezzi e l'assistenza tecnica necessaria per coltivare i campi in modo più razionale, avendo come obiettivo prioritario la lotta alla malnutrizione proteico-energetica, una delle principali cause di morte nei bambini sotto i cinque anni di età.

Il progetto “Pediatrica” è finalizzato pertanto alla riduzione della mortalità infantile nei primi cinque anni di vita: attraverso un programma triennale coordinato dagli studenti specializzanti della facoltà di Medici e Chirurgia di Genova si propone una formazione sanitaria teorico-pratica del personale infermieristico del Centro sanitario di Gatare, con l'impiego dell'ambulatorio pediatrico dove è stato allestito uno schema di follow-up dei bambini nei primi cinque anni di vita e l'introduzione di un libretto sanitario a schede prestampate.

Una seconda fase del progetto, prevede anche la formazione di animatori di formazione sanitaria, col fine di consentire uno sviluppo e una gestione locale del processo.

L'ultimo è il progetto “Igiene”, che riguarda appunto l'igiene scolastica, personale e ambientale.

L'obiettivo è quello di aiutare le maestre della scuola materna di Gatare a migliorare le conoscenze, le abitudini e la sensibilità degli allievi su questi temi.

²⁵ Nasce nel 2005 e da quella data continua a collaborare con la missione di Gatare per migliorare le condizioni di vita della popolazione del villaggio. Oltre alla raccolta fondi per realizzare i suoi progetti, promuove la formazione di personale sanitario locale coordinata da medici dell'Istituto G. Gaslini di Genova e sostiene il Centro di Sanità e Nutrizione di Gatare con il fine di garantire un'adeguata assistenza sanitaria.

In particolare, per l'igiene della bocca, è stata proposta l'introduzione dell'uso dello spazzolino da denti che sarà utilizzato non con il nostro dentifricio (almeno per ora) ma servendosi di acqua e sale.

Anche questo progetto rientra nello scopo perseguito dall'associazione, ossia ridurre la mortalità infantile.

6. Il progetto ‘Igiene’ per ridurre la mortalità infantile a Gatare

6. 1. Come nasce il progetto Igiene

Il progetto “Igiene” nasce già nel 2004, anno in cui inizia l’opera dell’associazione *Komera Rwanda*, con lo scopo di ridurre la mortalità infantile di Gatare causata dalla malnutrizione, dalle malattie e dalla mancanza di servizi igienici e sanitari.

In questa prospettiva, l’associazione studia tre progetti: il progetto di valorizzazione agricola, quello pediatrico e il progetto Igiene.

Tra gli abitanti di Gatare manca una coscienza sulle norme igieniche di base e quindi la pulizia personale e della casa è poco praticata. La maggior parte di loro mangia con le mani sporche, cammina a piedi nudi entrando così in contatto con pulci e microbi che causano infezioni degenerative. Inoltre, le famiglie – composte anche da sette elementi ciascuna – vivono in case di acqua e terra spesso sprovviste di latrine pulite e sicure e di uno smaltimento delle acque nere, contribuendo alla trasmissione di agenti patogeni attraverso le feci.

La scarsità di servizi igienici seguita dalla carenza di igiene personale (soprattutto delle mani e dei denti), dell’acqua, degli alimenti e della casa sono la causa della morte di donne e bambini, poiché contribuiscono alla diffusione delle infezioni e delle malattie diarroiche.

L’associazione decide perciò di promuovere le norme igieniche tra gli abitanti adulti del villaggio di Gatare. Inizialmente, però, l’associazione incontra un diffidenza culturale: i microbi che vengono trasmessi con una cattiva o addirittura un’assente igiene sono presentati come microrganismi invisibili e quindi restano un concetto astratto. Le regole di igiene vengono recepite dalla popolazione locale come il rituale di una cultura straniera.

Per combattere questo “muro” culturale, i membri di *Komera Rwanda* pensano di insegnare e promuovere le norme igieniche ai bambini attraverso il gioco e la favola.

6. 2. Caratteristiche del progetto Igiene

Il progetto parte tra le classi della scuola materna della Missione ed il suo obiettivo è di fornire ai bambini, nozioni pratiche ed essenziali di igiene personale ed ambientale. Il lavoro di promozione verrà compiuto attraverso l'ausilio di giochi, favole e cartelloni e grazie alla collaborazione delle maestre.

Il fine ultimo del progetto è quello di far arrivare l'igiene anche ai genitori e quindi di renderla una pratica quotidiana in ogni famiglia.

Per tale scopo si sta preparando un semplice testo in francese e in kinyarwanda (la lingua locale) perchè possa essere compreso con facilità da tutti, possa avere una buona diffusione e soprattutto possa essere messo in pratica senza difficoltà.

6. 2. 1 Prima fase del progetto: lo stage di formazione alle maestre

La prima parte del progetto inizia nella primavera 2007, quando il gruppo di *Komera Rwanda* parte per Gatare e organizza uno stage di formazione (della durata di quattro mattine) rivolto alle maestre della scuola materna della missione. L'obiettivo è quello di aiutare le maestre a migliorare le conoscenze e le abitudini dei bambini nella pratica dell'igiene.

Durante lo stage vengono spiegate nozioni generali di igiene: i microbi (cosa sono, dove si trovano, come evitare la contaminazione dai microbi), l'igiene dell'acqua (importanza e utilizzo di acqua pulita e potabile, i pericoli e la malattie causate dall'acqua non potabile e stagnante), l'igiene ambientale (l'igiene della casa, a scuola, l'eliminazione dei rifiuti, l'utilizzo delle latrine) e infine l'igiene orale (l'importanza di lavarsi i denti e come utilizzare lo spazzolino).

Al termine dello stage, le maestre mostrano ai bambini delle loro classi tutto quello che hanno appreso e introducono la pratica di lavarsi le mani prima della merenda e di lavarsi i denti, come abitudine quotidiana all'asilo.

Per aiutare i bambini a una comprensione migliore e graduale delle regole di igiene, il progetto ha previsto alcuni strumenti e mezzi didattici nella fase di

promozione e insegnamento ai bambini. Sono stati appositamente elaborati cartelloni esplicativi, giochi (di società, di animazione e di carte), canzoni e una favola. Nel loro lavoro didattico, ogni maestra ha sviluppato liberamente questi strumenti nella lingua ruandese, creandone anche di nuovi.

Inoltre, vengono realizzati due video che hanno come protagonisti i bambini e le maestre. Il primo video consiste in una “favola sull’igiene” che mostra e spiega l’importanza della pulizia personale, soprattutto dell’igiene orale. Il secondo, simile, ha come protagoniste le suore della missione e le maestre che, indirizzandosi ai bambini, spiegano le diverse pratiche igieniche e la loro utilità. Questi video saranno poi elaborati in Italia e verranno tradotti in lingua ruandese per essere mostrati alle maestre, ai bambini della scuola materna e alle loro famiglie durante la seconda fase del progetto.

I bambini vengono divisi in tre gruppi, chiamati “club dell’acqua” in omaggio all’acqua, vera protagonista dell’igiene. I gruppi corrispondono alle tre classi dei bambini di sei anni ed è con loro che viene fatta la prima verifica della messa in pratica di quanto è stato sviluppato allo stage.

Dopo questa fase di verifica, le pratiche igieniche di base vengono introdotte nella quotidianità della scuola materna di Gatare²⁶.

6. 2. 2 Seconda fase del progetto: monitoraggio e valutazione della prima fase

In seguito ad alcuni mesi di attività ordinaria di insegnamento, l’associazione ha previsto una prima valutazione dell’impatto del progetto sui bambini.

Questo monitoraggio viene effettuato nella spedizione a Gatare del settembre 2007 ed è molto importante per affinare il contenuto, i metodi e per il proseguimento del progetto stesso.

²⁶ Projet de Santé scolaire de l’association Komera Rwanda

L'11 settembre 2007 parto assieme ad altri del gruppo di *Komera Rwanda* per scoprire l'Africa, il Ruanda, la missione di Gatare e per collaborare alla seconda fase del progetto igiene.

Quando arrivo il Ruanda mi colpisce per il suo colore dominante: il verde. Alla missione i bambini della scuola materna ci danno un benvenuto caloroso con canti e balli.

Il giorno successivo all'arrivo inizia la mia collaborazione al progetto con altri due amici dell'associazione: uno psicologo e un'assistente sociale. Iniziamo la seconda fase del progetto mostrando alle maestre i due video realizzati nella primavera.

Il primo video è la favola sull'igiene, dove una delle maestre veste i panni della "Fata Gocciolina" che spiega ai bambini come lavarsi le mani, le unghie, il viso e i denti. In un successivo momento, la fata spiega anche come lavarsi i denti, mostrando lo spazzolino e spiegandone il suo uso.

Il discorso della fata si alterna alle immagini esplicative dei microbi, della bocca e dei movimenti da eseguire con lo spazzolino per una corretta pulizia dei denti.

Il secondo video vede come protagoniste le suore della missione e le maestre, ognuna di loro spiega e mostra una pratica igienica diversa.

Nella prima parte del video, viene spiegato l'uso dell'acqua e tutte le pratiche igieniche ad essa collegate: come lavarsi le mani, le unghie, il corpo, il viso, la bocca e i denti.

La parte sull'igiene orale viene sviluppata e curata in modo particolare in quanto è diventata pratica quotidiana durante la giornata scolare. La maestra Flora spiega come lavarsi i denti, come utilizzare lo spazzolino e i movimenti corretti da fare. Inoltre viene spiegato come conservare lo spazzolino e, in mancanza del dentifricio, viene consigliato l'uso del sale o della cenere.

La seconda parte tratta dell'igiene della casa e quindi della necessità di tenere pulita la propria abitazione, di lavare i vestiti e l'importanza dell'utilizzo delle latrine e della loro ubicazione separata dalle zone dove si mangia e si dorme.

Successivamente le suore della missione spiegano l'igiene della scuola e quindi la pulizia dei locali, dei banchi e della cucina.

Infine, si spiega ai bambini l'importanza di eliminare i rifiuti, dell'utilizzo delle latrine anche a scuola e della loro pulizia.

Oltre alle maestre, i due video vengono mostrati anche ai bambini e tutti si dimostrano curiosi e attenti durante la visione.

Il successo di questi due filmati deriva dal fatto che sia bambini che maestre si vedono protagonisti e quindi si sentono autori e ricettori del messaggio che si vuole trasmettere: ossia quanto siano importanti le norme igieniche di base per ridurre le malattie e la mortalità infantile.

Per quello che mi riguarda, la dimostrazione di questo successo è accompagnare i bambini in tutta la loro giornata scolare e vederli entusiasti mentre si lavano le mani e mentre fanno la fila al lavandino con lo spazzolino in mano.

L'ultimo passo prevede la visione dei due filmati ai genitori dei bambini della scuola materna. I genitori vengono invitati dalle maestre e per due mattine l'aula video della scuola è molto affollata di visi curiosi e impazienti.

La visione è preceduta da un discorso introduttivo sull'esistenza dei microbi, sulle malattie che possono provocare e sulle regole per evitarli.

I genitori mi sono sembrati molto contenti, soprattutto perché hanno apprezzato che qualcuno (in questo caso i coordinatori italiani di tale iniziativa) li hanno invitati a partecipare, nonostante siano stati convocati per una riunione e non sanno di dover vedere dei video.

Dopo l'introduzione e la visione dei video, alcuni genitori intervengono dicendo che la loro povertà è il motivo per cui le norme igieniche non rientrano nello loro abitudini e non avendo soldi per comprare il sapone è inutile lavarsi.

Solo alcuni genitori dimostrano di abbattere questo muro culturale, fatto di diffidenza, incredulità e scarsa conoscenza dell'igiene, dicendo che con un sacrificio è opportuno comprare il sapone per evitare poi le spese che avrebbero in caso di infezioni o malattie dovute alla scarsa igiene.

6. 2. 3 Risultati e speranze future per il progetto Igiene

Nonostante il progetto sia stato studiato e lanciato per ridurre la mortalità infantile a Gatare, l'interesse dell'associazione e della missione è quello di

migliorare la vita di tutti gli abitanti del villaggio e di evitare la morte di adulti e bambini causata dalla scarsa o dalla mancanza di igiene.

Il progetto Igiene quindi, vuole arrivare alle famiglie attraverso i bambini, vuole far conoscere l'importanza dell'igiene, i pericoli, le malattie e le infezioni causate dalla mancanza di essa.

Non sappiamo se oggi, in ogni famiglia vengono praticate tutte le regole di pulizia (personale e ambientale) e se vengono utilizzate e pulite le latrine, ma crediamo che i bambini abbiano recepito l'importanza di lavarsi le mani e i denti, soprattutto perché queste due semplici azioni sono diventate abitudini fisse durante la loro giornata a scuola. Crediamo inoltre che i genitori, vedendo i loro figli e le maestre praticare le norme base di igiene, siano stati indotti a seguire l'esempio e a riflettere sui benefici di una corretta igiene e sui pericoli di una mancanza di essa.

È importante che le norme igieniche di base siano diventate un'abitudine almeno per i bambini della scuola materna di Gatare, che siano state insegnate e che oggi rientrano nel bagaglio di conoscenze degli abitanti.

Il progetto Igiene continua con la sua promozione dell'igiene ai bambini e con un'altra fase di monitoraggio, questa volta sulle famiglie, che verrà realizzata nei mesi di gennaio e febbraio 2008 durante la prossima spedizione dell'associazione in Ruanda.

L'associazione *Komera Rwanda* spera che i bambini insegnino alle proprie famiglie le pratiche igieniche apprese e praticate a scuola, affinché esse entrino nel vissuto quotidiano di ogni famiglia di Gatare.

Conclusioni

Secondo i dati UNICEF e delle Nazioni Unite sono stati compiuti notevoli progressi a livello mondiale, ma nonostante i progressi realizzati ad oggi, a metà del cammino verso il 2015 gli OSM sono ancora un traguardo lontano per alcuni paesi. Infatti, se paesi come l'America Latina, i Caraibi e l'Africa del Nord sono sulla strada per raggiungere tutti o alcuni degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, dimostrando quindi quanto sia possibile migliorare le condizioni di vita di bambini e famiglie, l'Africa subsahariana non è al momento in linea con alcuno degli otto obiettivi ed è il continente che registra i peggiori indicatori di sviluppo sociale.

In riguardo all'Obiettivo 4 – la riduzione della mortalità infantile – i dati che provengono dall'Africa subsahariana non sono affatto incoraggianti. Infatti, se il numero delle morti infantili è sceso a livello mondiale a 9,7 milioni, il 49% dei decessi tra 0 e 5 anni si è verificata nell'Africa subsahariana.

Dei 46 paesi dell'Africa subsahariana, solo tre sono sulla via del raggiungimento dell'OSM 4: Capo Verde, Eritrea e Seychelles²⁷.

I dati sopraindicati dimostrano che l'Africa non riuscirà a raggiungere gli OSM fissati entro il 2015. Nonostante alcuni Stati africani abbiano registrato alcuni progressi, numerose restano le sfide ancora aperte per tutta l'Africa subsahariana.

Il Ruanda ha compiuto negli ultimi anni grandi sforzi per eliminare la povertà estrema in cui vive la maggior parte dei suoi abitanti e per ridare loro fiducia nella vita e nel prossimo dopo il genocidio del 1994. Il Governo ha infatti introdotto gli OSM nel piano nazionale di sviluppo e numerose campagne di sensibilizzazione con interventi mirati hanno diminuito l'incidenza di tutti quei fattori che portano ad un elevato tasso della mortalità infantile.

Per quanto riguarda la piccola realtà di Gatare, la Missione delle Suore del Divino Zelo con il sostegno dell'associazione *Komera Rwanda* hanno portato a termine vari progetti tra cui la costruzione del centro medico con gli ambulatori di Pediatria, Odontoiatria e Oculistica e di nuovi locali per la scuola materna, la

²⁷ <http://www.sestopotere.com/index.ihtml?step=2&rifcat=210&Rid=149279>

realizzazione di un forno per il pane, l'ampliamento del centro nutrizionale, l'acquisto di una nuova ambulanza e la consegna di vestiti e di libri di testo per la scuola superiore del villaggio. Tutti i progetti e le azioni derivanti dalla collaborazione continua dell'associazione genovese e delle suore sono finalizzate a migliorare le condizioni di vita del villaggio ed a insegnare semplici regole per prevenire disagi e decessi.

La differenza fra i paesi industrializzati e l'Africa si vede e si sente anche nelle piccole cose. Quando ho sorvolato sull'Africa non ho visto nessun grattacielo e nessun palazzo, ma solo infinite distese verdi e nei centri abitati distese di case basse e piccole dai colori diversi e dai tetti di lamiera.

A Kigali non ho visto nessuno camminare senza scarpe. Ho visto bambini e ragazzi in divisa andare a scuola con i libri in mano. Ho visto le strade asfaltate, le automobili e il traffico. Ho visto i mercati africani che avevo tanto studiato all'università e mi ci sono persa. Anche a Butare ho visto tutto questo.

Ma lasciato quest'ultimo centro, la strada è diventata sterrata e il mio sguardo si è perso tra le colline e i banani, tra le casette fatte di terra e acqua e tra i saluti di tutte le persone che incontravamo sulla strada. A Gatare pochi avevano le scarpe ai piedi, gli altri camminavano e correva scalzi. A Gatare ho visto bambini piangere perché minuscole pulci della terra avevano infettato i loro piedi; ho visto bambini di sette anni alti poco meno di un metro. Ma ho visto anche persone forti che amano la vita, la loro vita; ho visto bambini che mi hanno regalato sorrisi e che mi hanno fatto sentire piccola e povera davanti a loro e alle loro parole, davanti al loro attaccamento alla vita.

Sono caduta nell'errore di essere considerata solo per quello che davo e non per quello che ero e che sono. Ma poi ho fatto capire agli abitanti di Gatare che ero lì per imparare e per conoscerli perché uomini come me e non per salvarli.

È anche questo il motivo per cui l'Africa non riesce ad uscire dalla sua condizione di PVS: perché l'Africa non si sente libera e al tempo stesso si sente sola e in trappola. Le potenze mondiali corrono per avere il monopolio delle risorse africane con la scusa di voler salvare il continente, di volerlo aiutare nella sua crescita economica. Così facendo l'Africa non si sente libera, autonoma ma continua ad essere dipendente dal resto del mondo. Sa che recidendo i legami con l'Occidente, si troverebbe sola e di conseguenza si sente in trappola. Il suo

sviluppo è lento e legato agli interventi dei paesi ricchi e ai suoi finanziamenti. Per assicurare uno sviluppo sociale ed economico costante bisogna trasformare i rapporti commerciali con trattative eque e giuste, elaborare interventi mirati per aiutare l'Africa a risolvere tutti quei problemi che la lasciano in uno stadio di arretratezza senza secondi fini di lucro.

Occorre integrare il continente nel commercio mondiale con una giusta quota, distribuire equamente le risorse, promuovere l'iniziativa privata, diminuire il debito e il finanziare il deficit budgetario con risorse esterne non generatrici di indebitamento. Tutte grandi azioni che dovrebbero investire l'economia africana su grande scala.

Per la mia esperienza, per quanto ho visto, anche azioni più semplici sono molto importanti per cambiare piccole realtà e per creare visibili trasformazioni a catena. Insegnare, far conoscere, mostrare e lavorare fianco a fianco con gli abitanti del posto. A Gatare abbiamo lavorato assieme agli abitanti, agli infermieri, alle maestre, agli assistenti sociali; abbiamo insegnato quello che sapevamo a livello teorico e pratico. Semplici azioni ma fatte insieme, senza la presunzione di avere verità assolute e di poter salvare l'Africa, ma con la consapevolezza che solo gli africani possono crescere ed essere gli autori di ogni progresso.