

# La mortalità dei bambini ieri e oggi

---

l'Italia post-unitaria a confronto  
con i Paesi in via di sviluppo



Ogni giorno muoiono 22.000 bambini  
per cause prevenibili.

Vogliamo arrivare a zero.

Pubblicazione del

**Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus**

Via Palestro, 68 – 00185 Roma

tel. 06478091 fax 0647809270

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

[pubblicazioni@unicef.it](mailto:pubblicazioni@unicef.it)

A cura di Patrizia Paternò

Area Comunicazione

Lo studio è stato realizzato in collaborazione

con l'Istituto Nazionale di Statistica, Istat

Hanno contribuito: Francesco Grippo, Luisa Frova,

Monica Pace, Servizio Sanità e Assistenza, Istat

Progetto grafico

B-Side Studio grafico, Roma

Stampa

Prostampa Sud, Roma

Finito di stampare

Roma settembre 2011

Codice fiscale 01561920586

## Sommario

Vogliamo zero: insieme per salvare i bambini .....	3
I progressi dell'Italia unita .....	3
L'evoluzione della mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia .....	3
La nascita dell'UNICEF .....	10
Sviluppo con equità .....	10
Salvare le vite è possibile .....	11
Gli interventi più efficaci .....	12

### BOX

Neonati a rischio .....	6
La peste bianca: lotta alla tubercolosi .....	9
Perché muoiono i bambini? .....	11

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	12
---------------------------	----

<b>APPENDICE STATISTICA</b> .....	13
-----------------------------------	----

Nota metodologica .....	13
-------------------------	----

Grafici .....	15
---------------	----

## Vogliamo zero: insieme per salvare i bambini

Quella dell'UNICEF è una storia di infanzie negate e recuperate, di bambini curati e protetti: di bambini salvati. È la storia di quanti risultati si possono ottenere quando si collabora tra governi e comunità e si investe per tutelare i diritti dei più piccoli e vulnerabili.

Eppure ancora oggi, nel mondo, muoiono ogni anno quasi 8 milioni di bambini sotto i 5 anni per cause prevenibili. Non c'è tragedia più grande della morte di un bambino. E non c'è tragedia più inaccettabile di questa se pensiamo che, nell'assoluta maggioranza dei casi, a spezzare una vita appena iniziata non sono patologie incurabili o incidenti imprevedibili, ma banali malattie che si potrebbero prevenire o curare con vaccini o medicinali di base.

L'UNICEF lavora per porre fine a queste morti inaccettabili perché nessun numero è tollerabile in termini di mortalità dei bambini: noi **vogliamo arrivare a zero**.

Proprio perché si tratta di un obiettivo ambizioso, per poterlo raggiungere è necessario il coinvolgimento di tutta la comunità internazionale; il livello di mortalità infantile, infatti, riflette anche e soprattutto le scelte politiche ed economiche che i governi attuano per il benessere dei bambini.

Lo testimonia il mondo occidentale, dove in pochi decenni sono stati realizzati immensi progressi per l'infanzia. Oggi, mentre povertà, malattie, guerre, calamità naturali e abusi mettono a rischio la vita di milioni di bambini del pianeta, vogliamo lanciare una nuova sfida nella lotta alla mortalità infantile con uno sguardo rivolto anche alle conquiste della nostra storia.

### I progressi dell'Italia unita

In occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia la memoria del nostro passato può e deve essere un'esortazione all'impegno per la lotta alla mortalità infantile nel mondo in via di sviluppo. Perché salvare le vite dei bambini è giusto e possibile.

Nell'Italia post-unitaria i bambini morivano per molte delle cause che oggi uccidono 22.000 bambini ogni giorno. I livelli di mortalità in Italia prima del quinto compleanno erano addirittura superiori a quelli che oggi l'UNICEF registra in alcuni dei Paesi più poveri del mondo.

Le analogie tra l'infanzia di quell'Italia povera – che pure ha conosciuto uno sviluppo straordinario grazie anche a inter-

venti mirati in difesa dei bambini e delle donne – con l'infanzia dimenticata dei Paesi in via di sviluppo del XXI secolo sono tantissime e per certi versi sorprendenti.

Se oggi l'Italia registra tassi di mortalità sotto i 5 anni tra i più bassi del mondo lo si deve dunque a riforme e politiche sanitarie nazionali promosse su tutto il territorio, che sarebbero state impensabili senza l'unificazione, oltre che ai progressi della scienza e della medicina e allo sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia che riconosce il bambino protagonista e al centro di ogni intervento.

Ancora a metà Ottocento, ad esempio, non esisteva la pediatria come disciplina autonoma, né esistevano istituzioni pediatriche significative. I primi ospedali pediatrici a nascere furono l'Ospedale Bambino Gesù di Roma nel 1869 e successivamente l'Ospedale dei Bambini di Palermo nel 1882 e il Meyer di Firenze nel 1884.

I dati disponibili per i primi anni del Novecento in Europa mostrano livelli molto alti di mortalità infantile; solo lungo l'arco dell'intero XX secolo la mortalità si è ridotta drasticamente.

In 150 anni, in Italia, sono stati compiuti immensi progressi nella lotta alla povertà, nell'alfabetizzazione delle donne – che ha significativamente inciso sulla morbilità e la mortalità dei bambini, – nell'assistenza sanitaria, nella lotta contro malattie che sembravano incurabili. Basti pensare alla malaria, che ha colpito nel nostro Paese per decenni ed è stata endemica fino al 1963, oppure alla tubercolosi o al morbillo, la cui profilassi di vaccinazione è raccomandata solo da qualche decennio. Infatti è ancora oggi una delle principali cause di mortalità infantile in molti Paesi dove il rischio di morire per questa patologia è aggravato dalle scadenti condizioni generali di salute dei bambini.

### L'evoluzione della mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia

Per comprendere i progressi che l'Italia ha registrato dall'unificazione a oggi nella riduzione della mortalità sotto i 5 anni è necessario ripercorrere alcune tappe significative attraverso un'analisi statistica realizzata dall'Istat sulle principali cause di mortalità sotto i 5 anni, che illustra il nostro percorso di riflessione<sup>1</sup>.

L'analisi abbraccia 140 anni di storia della mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia dal 1872 al 2009. È stata studiata sia la mortalità complessiva sia quella per alcune cause significative di morte considerando come indicatore il tasso di

<sup>1</sup> cfr. Appendice Statistica. I dati non commentati sono comunque disponibili sotto forma di grafici e tabelle nella medesima appendice.

## 4 La mortalità dei bambini ieri e oggi

mortalità espresso come numero di decessi per mille nati vivi. Nella nota metodologica sono descritte le definizioni e le metodologie adottate.

Nel Grafico 1 è possibile individuare l'evoluzione del tasso di mortalità in Italia dal 1872 al 2009.

Sullo stesso grafico è riportato il posizionamento di alcuni Paesi del mondo – dove l'UNICEF opera – sulla base del loro livello di mortalità stimato per il 2009: è possibile pertanto confrontare il loro attuale valore con quello che l'Italia mostrava nel suo cammino di riduzione della mortalità.

A qualche anno dall'unificazione dell'Italia, quasi un nato su due non raggiungeva il compimento del quinto anno di vita. In 140 anni di storia, il tasso di mortalità passa da circa 400 decessi sotto i 5 anni di vita ogni mille nati vivi a 4. Questo andamento in discesa che caratterizza il nostro percorso ha tuttavia subito degli improvvisi arresti e inversioni di tendenza. Sono particolarmente evidenti i picchi di mortalità nei due periodi bellici, nei quali si assiste a un generale peggioramento delle condizioni di vita, igieniche e sanitarie che colpiscono in maniera particolare le fasce più vulnerabili della popolazione.

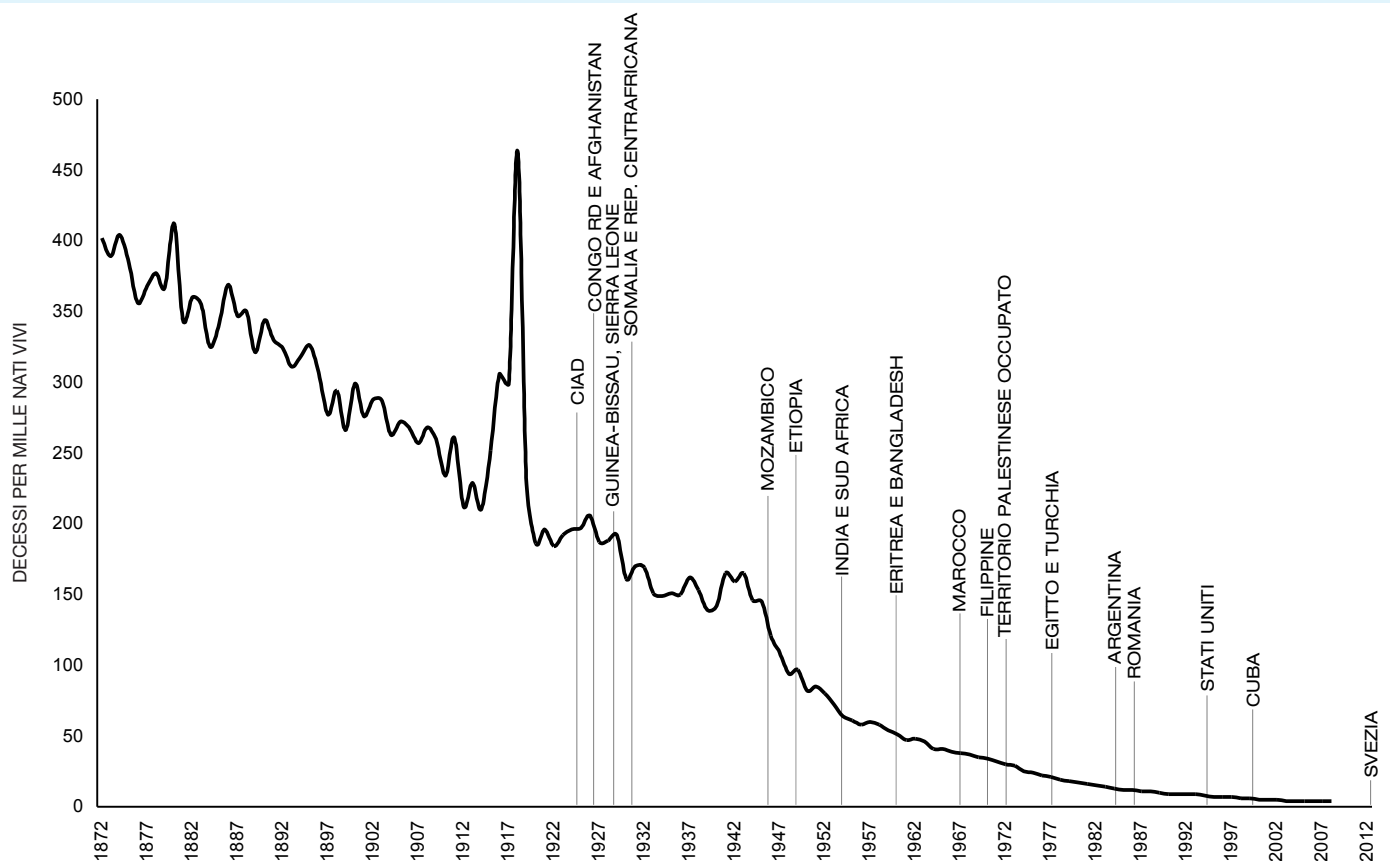
Nel 1918-19 il picco assomma anche la mortalità dovuta all'epidemia di influenza spagnola.

Nel confronto con i tassi al 2009 di alcuni Paesi dove l'UNICEF lavora, sconcerta vedere che Ciad, Repubblica Democratica del Congo e Afghanistan, ad esempio, presentano livelli di mortalità registrati in Italia negli anni Venti del Novecento. Si tratta di Paesi profondamente segnati da instabilità politica e conflitti, carenze infrastrutturali e povertà endemica che rendono estremamente complesso ma assolutamente necessario il lavoro dell'UNICEF per migliorare le condizioni di vita dei bambini.

Nel raffronto tra i tassi del 1990 e del 2009 è evidente che Eritrea e Bangladesh, ma anche Mozambico, nonostante le loro condizioni di estrema povertà, mancanza di materie prime e altre risorse e pur registrando ancora tassi di mortalità elevati, sono riusciti a ottenere netti progressi nei vent'anni analizzati (cfr. Grafico 2, p.5).

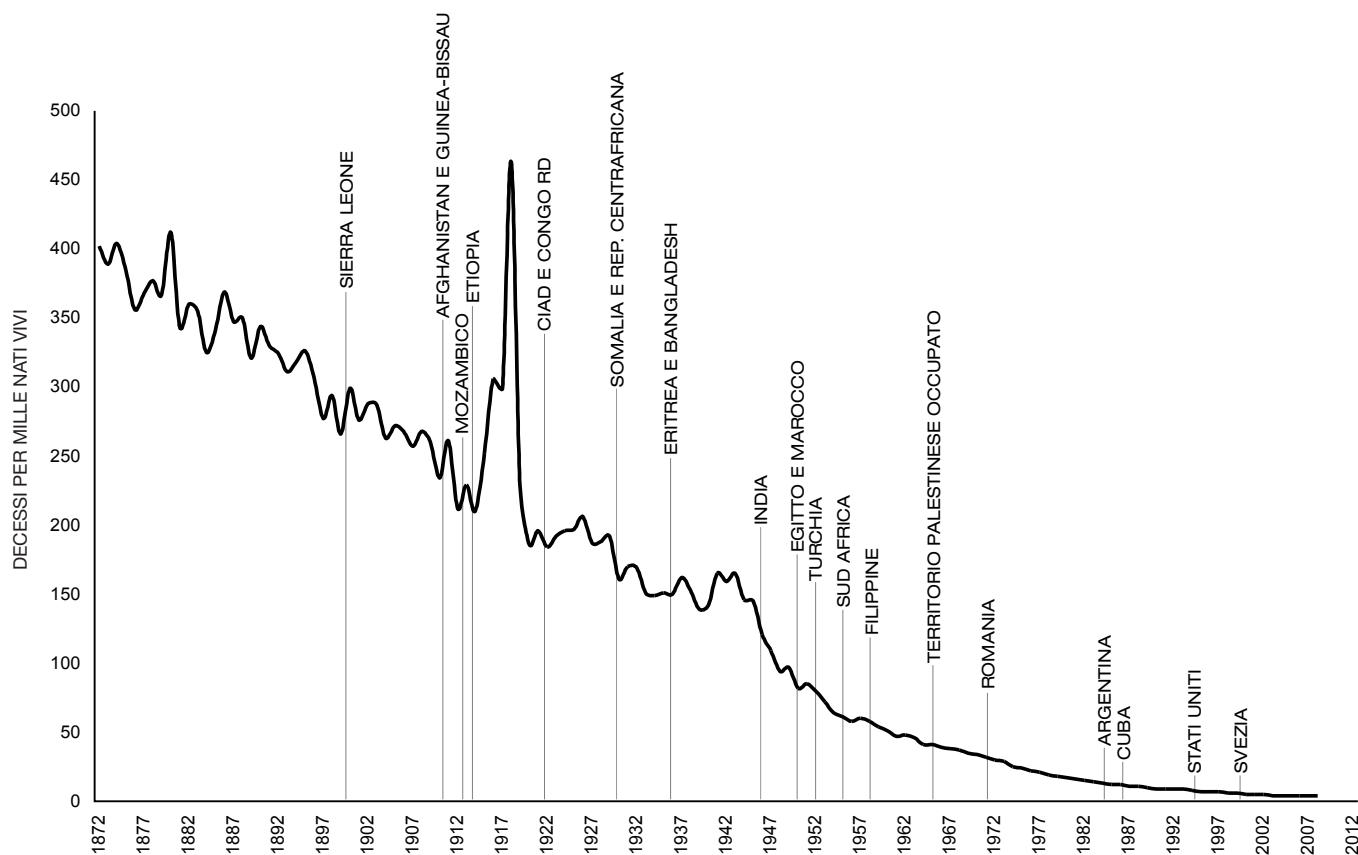
Sebbene l'Italia oggi sia tra i Paesi al mondo con la più bassa mortalità, non ha sempre occupato le posizioni più favorevoli. Nel grafico che segue è riportata la mortalità dei bambini sotto i 5 anni in cui il valore italiano è confrontato con la Svezia –

**Grafico 1.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1872 al 2009 e posizionamento di alcuni Paesi sulla base del loro tasso stimato nel 2009



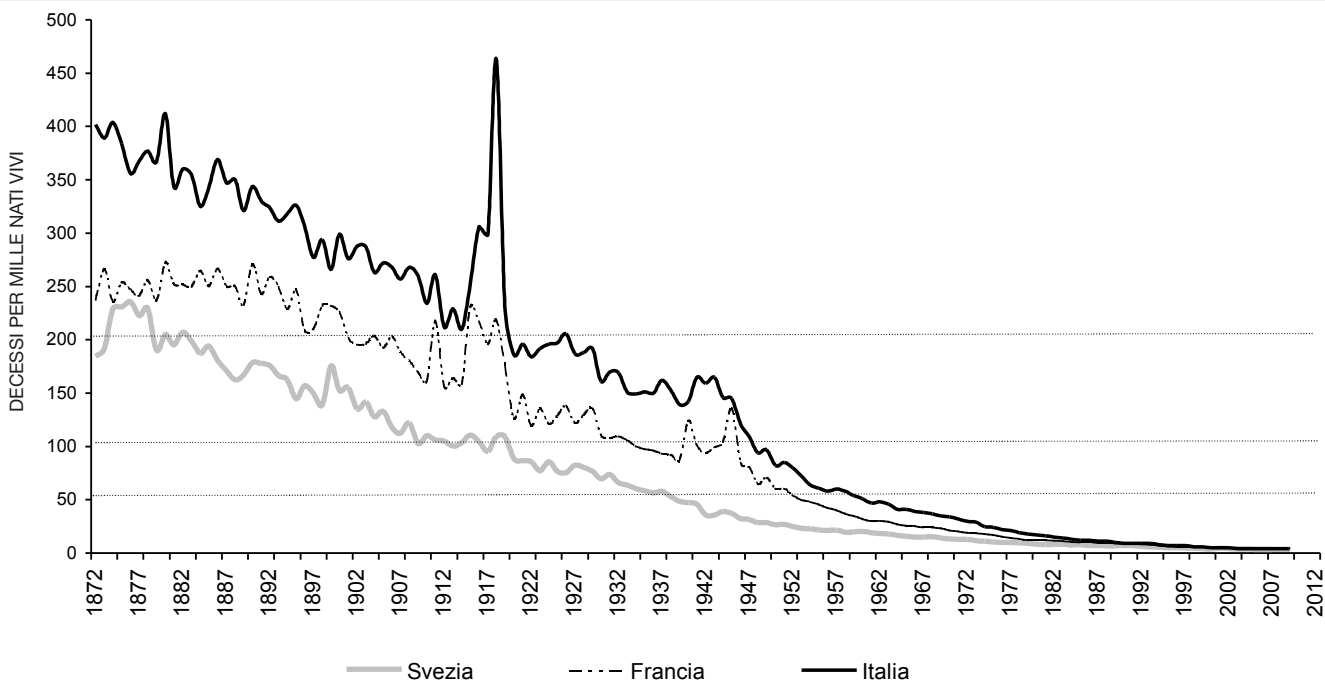
Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base, UNICEF.

**Grafico 2.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1872 al 2009 e posizionamento di alcuni Paesi sulla base del loro tasso stimato nel 1990



Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base, UNICEF.

**Grafico 3.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni dal 1872 al 2009 - Italia, Francia, Svezia



Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

Paese che ha oggi il più basso tasso di mortalità nel mondo (3 per mille) – e la Francia, che fa registrare nel 2009 un tasso del 4 per mille, stesso valore osservato per il nostro Paese (cfr. Grafico 3, p.5).

Nel 1872 le condizioni di mortalità mostrano un ampio svantaggio dell'Italia rispetto agli altri due Paesi con valori di oltre 1,6 volte; il tasso di mortalità osservato per la Francia all'inizio del periodo è pari a 250 per mille nati vivi; tale valore viene raggiunto dall'Italia solo dopo quarant'anni, ovvero nel 1911. Le righe orizzontali disposte nel grafico illustrano come i tre Paesi abbiamo raggiunto ad anni diversi lo stesso valore del tasso. È evidente lo svantaggio dell'Italia in tutto il periodo, mentre solo a partire dagli anni Ottanta i modelli di mortalità tendono a sovrapporsi.

È tuttavia interessante notare che la distanza temporale tra l'Italia e gli altri due Paesi si sia ridotta indicando un nostro progressivo recupero dello svantaggio iniziale.

In particolare se Svezia e Francia hanno impiegato rispettivamente 34 e 33 anni per vedere dimezzati i tassi da 200 a 100 per mille nati vivi, l'Italia ne ha impiegati 26.

Questa velocità è addirittura maggiore nel passaggio del tasso da 100 a 50: la Svezia ha avuto bisogno di 26 anni (dal 1914 al 1939), la Francia di 20 anni (dal 1934 al 1953) e l'Italia solo di 13 (ma dal 1949 al 1962).

Bisogna tenere conto che la maggiore velocità della riduzione in Italia è stata sicuramente favorita dal diverso momento storico. Pertanto gli interventi messi in atto in ambito socio-sanitario hanno potuto esplicare il loro massimo effetto grazie al migliorato contesto economico-sociale e alle conoscenze mediche più progredite.

È inoltre da notare come la Svezia, a differenza di Francia e Italia, non rilevi picchi di mortalità in corrispondenza delle due guerre mondiali, mostrando come l'assenza o la limitazione dei conflitti abbiano giocato un ruolo determinante nell'evoluzione della mortalità infantile in questo Paese.

Da sempre la guerra è nemica dell'infanzia, poiché con il suo carico di lutti e distruzioni interrompe tragicamente l'età in cui ogni essere umano ha bisogno assoluto di protezione e di cure. Anche quando i bambini non sono direttamente coinvolti nei conflitti, perché precocemente arruolati, ne sono le prime vittime indirette.

È proprio nell'età del massimo sviluppo tecnologico che la guerra ha assunto il suo volto più barbaro. Dalla fine della Seconda guerra mondiale a oggi, il mondo ha assistito a centinaia di conflitti armati in cui il prezzo in vite umane e in sofferenze di ogni genere è stato quasi interamente pagato da chi non indossava alcuna divisa: donne, anziani, e soprattutto bambini.

Oggi molti dei conflitti più sanguinosi e duraturi si svolgono in Paesi poveri e indebitati, sconvolgendo equilibri già precari e amplificando a dismisura le sofferenze per le fasce più vulnerabili della popolazione, a cominciare dall'infanzia.

Ma quali erano le principali cause di morte dei bambini italiani a fine Ottocento? Allora come oggi nel mondo in via di sviluppo, povertà, analfabetismo, mancanza di acqua pulita e di igiene, inadeguatezza degli alloggi, malaria, malnutrizione e alta incidenza di malattie trasmissibili costituivano una miscela esplosiva che collocava il giovane Stato italiano tra quei Paesi europei con i più elevati livelli di mortalità nei primi 5 anni di vita.

### Neonati a rischio

Il processo d'industrializzazione e il conseguente aumento dell'occupazione femminile nel settore, non faceva che incrementare i livelli di mortalità infantile poiché, a causa dei ritmi estenuanti di lavoro e la mancanza di tutele, molte donne erano costrette ad abbandonare i neonati nei brefotrofi – dove la mortalità toccava livelli molto alti – o a interrompere troppo precocemente l'allattamento al seno, fattori che aumentavano la vulnerabilità della salute dei neonati. Anche la pratica diffusa del baliatico metteva a rischio la vita dei bambini, specie quando essi venivano allontanati dalle mura domestiche e dunque dalla protezione della famiglia.

A Milano, alle soglie dell'Unità, quasi un terzo di tutti i neonati era affidato al brefotrofo che ospitava i bambini abbandonati.

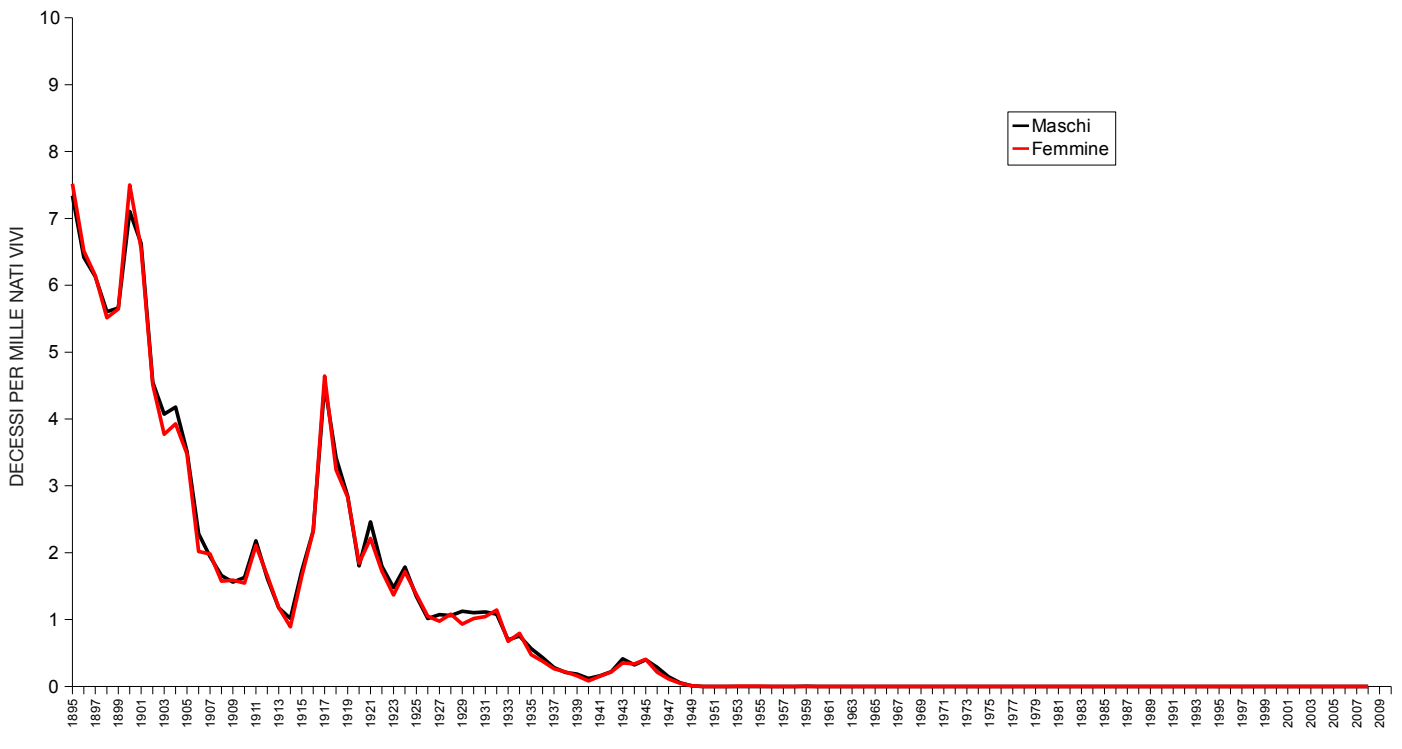
A Torino e a Napoli, alla vigilia della presa di Roma, i bambini abbandonati erano oltre duemila. Di questo esercito di piccoli diseredati, oltre il 60% non sopravviveva.

La mortalità entro il primo mese di vita era elevatissima, associata a basso peso, infezioni e mancanza di assistenza qualificata al parto. Dopo il primo mese di vita, le principali cause di morte dei bambini erano rappresentate, con il morbillo e la pertosse, dalle infezioni gastroenteriche e da quelle a carico di bronchi e polmoni.

Quando i bambini superavano il primo anno di vita, le malattie infettive continuavano a essere le principali cause di mortalità rappresentate in gran parte da tubercolosi e difterite. E la malnutrizione contribuiva e aggravava il decorso di quasi tutte le malattie infettive.

Nel Sud e in Sardegna, nelle zone paludose e nelle risaie, la malaria mieteva le sue vittime in tutte le fasce d'età e costituiva un fattore di indebolimento fisico e psichico che apriva la strada a molte altre malattie, oltre a spopolare intere regioni (cfr. Grafico 4, p.7).

Oggi la malaria è la terza causa di mortalità sotto i 5 anni a livello globale e uccide un bambino ogni 45 secondi. La gran parte delle morti si verifica nell'Africa subsahariana e i più esposti

**Grafico 4.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Malaria


Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

sono i bambini sotto i 5 anni perché hanno una bassissima immunità. Durante la gravidanza la malaria provoca quasi il 20% delle nascite sottopeso nelle aree endemiche, oltre ad anemia, morte intrauterina e decesso materno. La malaria si può ridurre sostenendo azioni preventive, come dormire sotto zanzariere trattate con insetticida di lunga durata per evitare le punture dell'insetto.

Fino all'inizio del Novecento, dunque, si assisteva a un insieme di determinanti di mortalità nelle città e nelle campagne, che affondavano le radici nell'arretratezza sociale e nella mancanza di cure, strutture e politiche sanitarie.

Come già osservato, la grande guerra, unita all'epidemia di influenza spagnola del 1918, rappresentò una forte battuta d'arresto a un'inversione di tendenza che era iniziata nei primi due decenni del nuovo secolo, quando i tassi di mortalità iniziano a registrare i primi segni di una significativa contrazione.

Alle soglie degli anni Venti del secolo scorso alcune malattie come la pellagra, il vaiolo e il colera – che invece ancora oggi in molti Paesi in via di sviluppo provoca la morte di migliaia di bambini soprattutto nelle situazioni di emergenza – stavano iniziando a scomparire e contestualmente stavano lentamente migliorando le condizioni gastroenteriche della popolazione italiana.

Il lento ma crescente processo di modernizzazione allargava gradualmente le maglie del benessere rendendo più incisivi

gli interventi tecnico-scientifici di controllo sociale della malattia e della morte.

Nel 1895 la mortalità sotto i 5 anni in Italia era pari a 326 per mille nati vivi e dovuta quasi per il 50% dei casi a malattie infettive: tra queste influenza, bronchite e polmonite (23%), pertosse (3%), morbillo (3%) e malaria (2%). (cfr. Tabelle 1 e 2, p.8).

Quasi un decesso su tre era dovuto a gastroenteriti, febbri tifoidi e paratifoidi. Un 27% moriva di altre cause, gruppo eterogeneo che include le malattie non dettagliate nelle tabelle 1 e 2 tra le quali si annoverano altre infettive (come il colera), cause di morte connesse alla malnutrizione (come rachitismo e pellagra), dissenteria e cause di origine perinatale e malformazioni congenite.

Il tasso di mortalità complessivo si dimezza nel periodo tra le due guerre, nel 1931 era di 170 per mille nati vivi mentre scende sotto il 50 negli anni Sessanta fino a raggiungere ai giorni nostri il 4 per mille.

Alla riduzione della mortalità nel tempo si va progressivamente accompagnando un'evoluzione del quadro della mortalità, che vede la progressiva scomparsa delle malattie infettive e l'emergere in termini relativi del peso delle altre cause di morte, gruppo che passa dal 27% nel 1895 al 55% nel 1961 al 92% nel 2008. Questo grande gruppo oggi include prevalentemente le malformazioni congenite e le condizioni di origine perinatale.



Tabella 1. Tasso di mortalità sotto i 5 anni per mille nati vivi in Italia

Cause di morte	1895	1911	1918	1931	1943	1961	1971	1981	1991	2008
<b>Tubercolosi</b>	13,5	9,9	12,2	3,9	2,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Influenza, bronchite e polmonite</b>	74,2	69,9	180,9	43,7	43,7	10,9	5,5	1,2	0,2	0,0
<b>Altre infettive e apparato respiratorio</b>	49,8	30,8	30,3	14,6	7,9	1,6	0,5	0,1	0,1	0,0
<b>Pertosse</b>	8,4	6,5	5,2	3,0	1,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Morbillo</b>	10,2	7,8	7,4	3,3	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
<b>Malaria</b>	7,4	2,2	4,3	1,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidi e paratifoidi</b>	91,7	61,5	115,0	60,7	51,1	7,1	1,8	0,1	0,0	0,0
<b>Violente</b>	2,4	2,9	2,9	2,7	2,5	1,3	1,1	0,7	0,4	0,2
<b>Cause di morte mal definite</b>	6,5	1,6	5,4	0,5	4,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1
<b>Altre cause di morte</b>	88,0	84,7	116,8	44,2	53,1	26,0	22,9	13,7	8,2	3,6
<b>Malfomazioni congenite*</b>	-	-	-	2,2	3,1	3,6	3,9	3,6	2,2	1,0
<b>MORTALITÀ TOTALE</b>	<b>326,0</b>	<b>261,4</b>	<b>463,4</b>	<b>170,4</b>	<b>165,3</b>	<b>47,3</b>	<b>32,1</b>	<b>16,1</b>	<b>9,3</b>	<b>3,9</b>

\* Per gli anni 1895, 1911 e 1918 la classificazione non prevede le malfomazioni congenite.

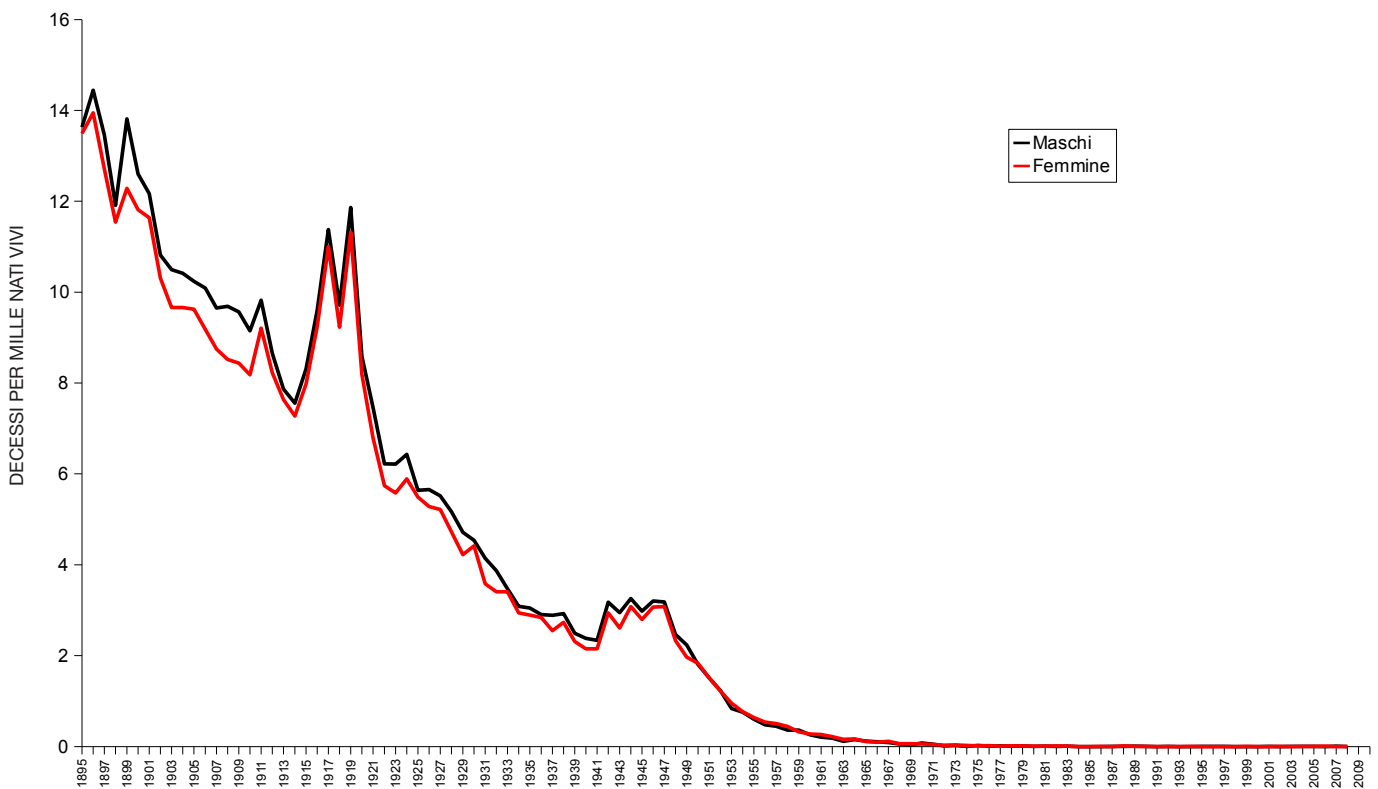
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

Tabella 2. Distribuzione percentuale della mortalità per causa nei primi 5 anni di vita in Italia

Cause di morte	1895	1911	1918	1931	1943	1961	1971	1981	1991	2008
<b>Tubercolosi</b>	4	4	3	2	2	0	0	0	0	0
<b>Influenza, bronchite e polmonite</b>	23	27	39	26	26	23	17	7	2	1
<b>Altre infettive e apparato respiratorio</b>	15	12	7	9	5	3	2	1	1	0
<b>Pertosse</b>	3	2	1	2	1	0	0	0	0	0
<b>Morbillo</b>	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Malaria</b>	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
<b>Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidi e paratifoidi</b>	28	24	25	36	31	15	6	1	0	0
<b>Violente</b>	1	1	1	2	1	3	3	4	4	4
<b>Cause di morte mal definite</b>	2	1	1	0	3	0	1	2	4	3
<b>Altre cause di morte</b>	0	32	25	26	32	55	71	85	89	92
<b>Malfomazioni congenite*</b>	-	-	-	1	2	8	12	22	24	25
<b>MORTALITÀ TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* Per gli anni 1895, 1911 e 1918 la classificazione non prevede le malfomazioni congenite.

Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 5. Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Tubercolosi**


Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

## La peste bianca: lotta alla tubercolosi

Sebbene le tracce della tubercolosi siano state riscontrate dall'antichità – Ippocrate descriveva dettagliatamente la tisi come causa di distruzione del polmone – solo nel 1882 Robert Koch identificò e descrisse il bacillo responsabile della malattia. Una scoperta straordinaria che gli valse il premio Nobel per la medicina nel 1905. Koch cercò anche di preparare una sostanza da utilizzare a scopi curativi: la tubercolina, che non riuscì però ad avere l'effetto terapeutico sperato.

Nel corso della prima guerra mondiale la malattia assunse le proporzioni di una piaga endemica tra soldati e popolazione civile, ma solo al termine del conflitto i governi predisposero una prima organizzazione antitubercolare preventiva e terapeutica centrata sulla creazione di ospedali specializzati (sanatori), sui dispensari, sui consorzi antitubercolari e sulle colonie estive per i bambini.

Questi interventi contribuirono a contrastare gli effetti della patologia e iniziarono a ridurre l'incidenza della mortalità, anche se non a debellarla (cfr. Grafico 5 sopra).

Durante la Seconda guerra mondiale e nel periodo successivo l'incidenza delle malattie era aumentata vertiginosamente nelle popolazioni debilitate. In particolare, una forma di tubercolosi, la "peste bianca", aveva assunto proporzioni epidemiche. E anche in Italia in quegli anni si registra un nuovo aumento del livello di mortalità sotto i 5 anni a causa di questa malattia.

Intanto grazie alla scoperta della penicillina da parte dello scienziato Alexander Fleming, e successivamente degli antibiotici, furono avviati trattamenti più efficaci per l'eliminazione di questa terribile infezione.

Nel 1947, le società scandinave della Croce Rossa avevano chiesto aiuto all'UNICEF per una campagna internazionale contro la tubercolosi per immunizzare tutti i bambini europei che non erano stati ancora infettati. Fu la più grande campagna di vaccinazione mai organizzata e anche la prima a impiegare il vaccino di Calmette-Guérin (BCG) fuori delle condizioni controllate degli ospedali. La Campagna internazionale contro la tubercolosi rappresentò il punto di partenza dell'impegno dell'UNICEF nell'assistenza sanitaria, dopo la prima fase di sostegno nutrizionale durante l'emergenza.

## La nascita dell'UNICEF

Nel 1945 la popolazione infantile (0-15 anni) dell'Italia era di circa 14 milioni, pari a un terzo del totale. La guerra aveva lasciato in eredità un esercito di bambini allo stremo. Tra il 1944 e il 1945 la mortalità infantile aveva raggiunto in città come Roma e Napoli il 200 per mille.

Non tutti sanno che l'UNICEF – nato nel dicembre del 1946 per volontà dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite per rispondere ai bisogni dei bambini dell'Europa distrutta dal conflitto – ha avuto una sua missione in Italia per cinque anni assistendo circa 1.300.000 madri e bambini. Allora come oggi l'UNICEF non solo ha risposto all'emergenza post-bellica in Italia, come in altri Paesi europei dove è intervenuto, ma ha anche sollecitato i governi di tutti quegli Stati che avevano preso parte al conflitto a dotarsi di una politica sociale che riconoscesse il giusto rilievo ai problemi della prima infanzia (mortalità materna e infantile, controllo delle nascite), indirizzando i programmi assistenziali verso una diversa concezione dello stato sociale.

Fino ad allora l'assistenza all'infanzia era stato appannaggio di iniziative privatistiche, parrocchiali e corporative ereditate dal fascismo.

L'UNICEF invece, mutuandolo dal modello anglosassone, seguiva una strategia di intervento nel campo dell'assistenza alla prima infanzia di carattere educativo e sanitario.

La partecipazione dei governi beneficiari alla gestione degli aiuti, sia sul piano organizzativo che economico, ha avviato una concezione nuova dell'aiuto allo sviluppo, superando i limiti della mera assistenza e permettendo una progressiva autonomia e autosufficienza. L'UNICEF ha sempre invitato i governi a partecipare alle spese oppure a impegnarsi con doni in natura.

Uno degli esempi più importanti di questa politica è quello della distribuzione del latte pastorizzato. Quando il governo italiano chiese all'UNICEF di fornire i macchinari per i centri dove erano molto diffuse malattie legate alla cattiva pastorizzazione del latte, in cambio si impegnò a garantire un contributo alla Centrale a copertura delle spese rimanenti. La Centrale inoltre si impegnava a “ripagare” il macchinario fornendo gratuitamente il latte alle mense scolastiche e il governo a fare ulteriori acquisti di latte da destinare ai refettori.

Rilanciando la ripresa economica attraverso la sinergia di contributi finanziari, formazione e gestione, l'UNICEF ha offerto una grande spinta propulsiva per il processo di ricostruzione in Europa e in Italia.

Questo approccio combinato è rimasto il cardine del lavoro

del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia nei Paesi in via di sviluppo ed è ancora oggi alla base di ogni politica di intervento centrata sul coinvolgimento, a tutti i livelli, dei governi e delle comunità locali nei programmi dell'organizzazione.

L'UNICEF era stato istituito per aiutare i bambini che avevano subito i danni della guerra, ma rimase in vita per assumere un ruolo molto più ampio. Sebbene gli Stati membri dell'ONU non intendessero prolungare l'esistenza dell'UNICEF oltre l'emergenza del dopoguerra, inserirono comunque nella risoluzione costituente l'espressione “per la salute dei bambini, in generale”. Questa indicazione avrebbe in seguito consentito all'UNICEF di svolgere un ruolo permanente nell'impegno su vasta scala per prevenire e curare le malattie che colpiscono i bambini.

Alla fine degli anni Cinquanta e all'inizio degli anni Sessanta, i venti del cambiamento spazzarono via gran parte dei regimi coloniali che erano sopravvissuti in Africa e nei Caraibi. Alle Nazioni Unite, il presidente John F. Kennedy chiese che si mettesse fine alla povertà “nel mondo in via di sviluppo”, una nuova espressione che avrebbe negli anni sostituito la vecchia accezione di “Terzo mondo”.

L'UNICEF accettò quella sfida nell'interesse dei bambini.

Nel 1989 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite approva all'unanimità la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza grazie anche all'impegno dell'UNICEF. La Convenzione fornisce un chiaro quadro di riferimento per lavorare secondo precisi principi di tutela dei diritti dei bambini e dei ragazzi di tutto il mondo.

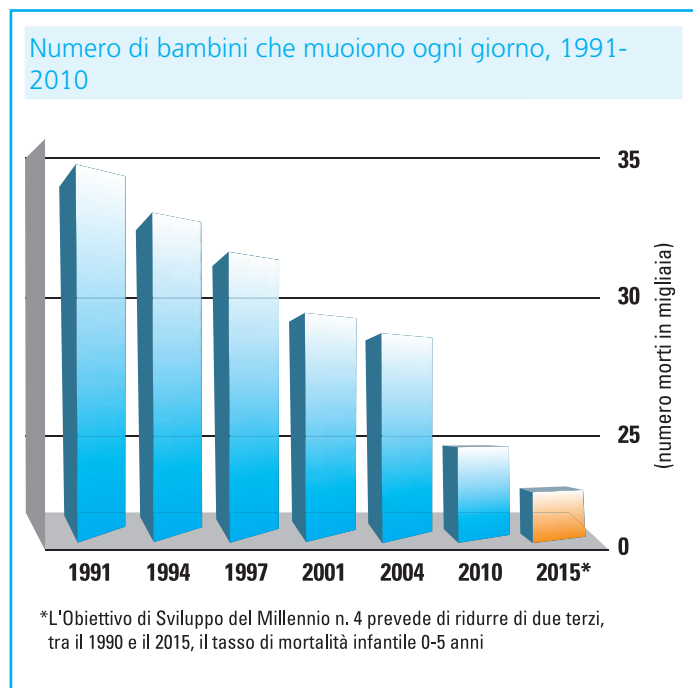
## Sviluppo con equità

L'era dello “sviluppo” ha ridefinito la causa dell'infanzia. Prima, i bambini erano visti come oggetto di interesse prettamente umanitario e assistenziale – come quelli poveri o in difficoltà – di cui bisognava prendersi cura o che necessitavano di ulteriore sostegno. Come i profughi, gli anziani e i disabili, i bambini venivano considerati un gruppo speciale. Tuttavia, nella nuova ottica dello sviluppo, i bambini non erano più una causa a sé, ma facevano parte di tutte le cause. Tra gli affamati, gli ammalati, i malnutriti, i senz'atletto, gli analfabeti e gli indigenti c'erano sempre dei bambini. E, a meno che non fossero orfani o abbandonati, i bambini non potevano essere considerati separatamente dai genitori e dalle famiglie, e soprattutto dalle madri.

Da allora molti passi sono stati fatti nella lotta alla mortalità infantile grazie anche alle grandi campagne di vaccinazione di massa sostenute dall'UNICEF contro le principali malattie

dell'infanzia, i "6 baby killers": morbillo, polio, tetano, pertosse, difterite e tubercolosi. Negli ultimi 20 anni le vaccinazioni hanno salvato oltre 20 milioni di bambini.

Nel 2000 al Vertice del Millennio la comunità internazionale aveva stabilito di ridurre la mortalità infantile – rispetto ai livelli del 1990 – di due terzi entro il 2015, come indica il quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio.



Sappiamo che nella storia la mortalità infantile è dovuta a una serie di concause che traggono origine dalla povertà e dall'ingiustizia sociale, come dimostrano la nostra storia e la disegualianza geografica del fenomeno oggi. La gran parte dei bambini che muoiono ogni giorno vive infatti nelle zone più povere dei Paesi più poveri. Un bimbo nato in Africa ha una probabilità di morire entro i 5 anni circa venti volte superiore a uno nato in Europa.

Ma il livello di mortalità dei bambini riflette anche e soprattutto le scelte politiche ed economiche che i governi attuano per il benessere delle nuove generazioni.

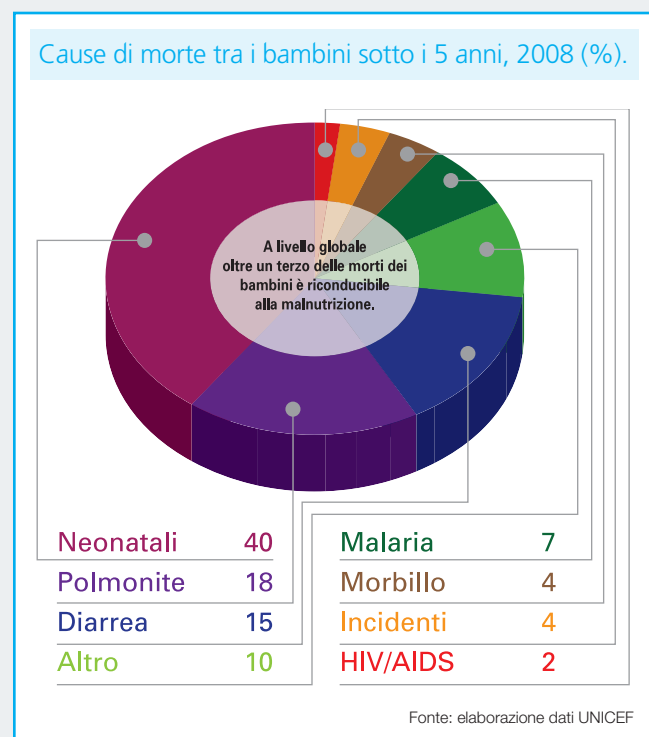
Raggiungere i bambini più poveri e vulnerabili è da sempre al cuore della missione dell'UNICEF secondo un modello di intervento basato sull'equità che si propone di accelerare i progressi e ridurre le disparità sociali.

Ma l'equità è innanzi tutto un imperativo morale dell'organizzazione, che permea la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, fondata sui principi di universalità, non discriminazione e responsabilità.

### Perché muoiono i bambini?

Il 40% dei bambini che muoiono ogni anno, perde la vita per varie complicazioni neonatali, mentre le principali cause "dirette" di morte dei bambini nei primi 5 anni di vita sono: polmonite e altre infezioni respiratorie acute (18%); diarrea (15%); malaria (7%); morbillo (4%); incidenti e ferite (4%); AIDS (2%), oltre a diverse altre cause (10%).

Per non parlare della malnutrizione, concausa della mortalità infantile, un fenomeno che ha interessato, specie nel dopoguerra, tanti bambini italiani. Ancora oggi, nel mondo in via di sviluppo, la malnutrizione contribuisce per un terzo alle morti dei bambini sotto i 5 anni.



### Salvare le vite è possibile

I più importanti risultati nella lotta alla mortalità infantile registrati dall'UNICEF dimostrano l'efficacia di una strategia integrata che inizia dalle visite prenatali regolari (con somministrazione di antimalarici e integratori anti-anemia) e dall'assistenza al parto, per proseguire con le vaccinazioni, la diffusione di sale iodato, la somministrazione di vitamina A e di integratori contro l'anemia e la distribuzione di zanzariere trattate con insetticida, oltre alla formazione del personale sanitario e di operatori volontari nelle comunità.

Il continuum di cure a partire dalla gestazione e la necessità di raggiungere i bambini più poveri tra i poveri, i più vulnerabili e più svantaggiati sono le sfide che rinnoviamo ogni giorno in oltre 150 Paesi del mondo. Grazie al costante lavoro con i go-

verni, nazionali e locali, dei Paesi dove lavoriamo ci proponiamo di dare carattere continuativo e sostenibile ai programmi per l'infanzia e fare pressione perché i governi stessi si assumano impegni e responsabilità precisi verso i bambini del loro Paese. Sul campo lavoriamo anche in coordinamento con le altre agenzie ONU e collaboriamo con le Organizzazioni non governative in loco, sia internazionali sia locali, che sosteniamo con risorse economiche e materiali (es. farmaci, ecc.), assistenza tecnica e logistica.

### Gli interventi più efficaci

Molti degli interventi che incidono maggiormente nel ridurre la mortalità infantile sono semplici ed economici:

- L'allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi di vita del bambino e il corretto utilizzo di alimenti complementari all'allattamento al seno dopo i 6 mesi
- L'uso di zanzariere trattate con insetticida per prevenire la malaria soprattutto durante la gravidanza
- L'uso in via preventiva di integratori di zinco (e sali reidratanti con zinco in caso di diarrea)
- I vaccini contro la tubercolosi, il tetano neonatale e il morbillo
- L'adeguata assistenza alla gravidanza e al parto e cure neonatali appropriate
- La disponibilità d'acqua potabile e gabinetti a norma
- La somministrazione di vitamina A.

Questi semplici ed efficaci interventi permettono di salvare milioni di vite. La sfida dell'UNICEF è di raggiungere tutti i bambini che ne hanno bisogno, nella profonda convinzione che nessun ostacolo di carattere politico, economico, religioso o di genere possa o debba impedire di aiutare i bambini in qualunque parte del mondo.

Dalla sua storia, l'UNICEF trae la forza con cui ogni giorno, ostinatamente e appassionatamente, cerca di tradurre in realtà il sogno di un mondo migliore per tutti i bambini.

## BIBLIOGRAFIA

Aleotti Paolo, Cataldi Lucio, Ruggero Marino, Sansone Vito, *Bambini. La condizione dell'infanzia in Italia*, Federico Motta Editore, Milano, 1985

*Bambini e pediatria lungo i 150 anni dall'Unità*, Speciale "Rivista di pediatria preventiva & sociale" della SIPPS, anno VI, n. 2 supplemento, 2011

Becchi Egle, *I bambini nella storia*, Ed. Laterza, Bari, 1994

Bucci Susanna, Paternò Patrizia, Porfiri Elisabetta (a cura di), *E i bambini conobbero l'UNICEF*, in "il mondodomani" n.9/1995, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma, 1995

De Bernardi Alberto, Ganapini Luigi, *Storia d'Italia 1860-1995*, Ed. Bruno Mondadori, Milano, 1996

Delgado Buenaventura, *Storia dell'infanzia*, Ed. Dedalo, Bari, 2002

Gatti Anna Maria, *La mortalità infantile tra Ottocento e Novecento. La Sardegna nel panorama italiano*. Quaderni del Dipartimento di Ricerche Economiche e Sociali - Sezione statistica, Cagliari 2002

Mancini Paola, Pinnelli Antonella, *Il declino della mortalità infantile e giovanile in Italia tra le fine '800 e inizio '900: un cammino interrotto da periodi difficili*, in "Historia contemporánea", n.18/1999

UNICEF, *1946-2006 Sessant'anni per i bambini*, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma, 2007

*Mortalità infantile e condizione socio-economica. Una riflessione sull'esperienza italiana fra '800 e '900* di Matteo Manfredini, Lucia Pozzi in "Revista de demografia Historica, XXII", II, 2004

UNICEF, *Achieving the MDGs with Equity*, Progress for children, no. 9, UNICEF, New York, 2010

UNICEF, *Narrowing the gap to meet the goals*, UNICEF, New York, 2010

UNICEF, Rapporto "La condizione dell'infanzia nel mondo 2011", *Adolescenza. Il tempo delle opportunità*, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma, 2011

UNICEF, WHO, World Bank UN DESA/Population Division, *Levels & Trends in Child Mortality*, Report 2010, Ed. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), 2010

## APPENDICE STATISTICA

### Nota metodologica

In questo lavoro è presentata un'analisi della mortalità complessiva nel periodo dal 1872 al 2009 e per causa per gli anni 1895-2008 nella popolazione italiana.

### Definizioni

#### *Tasso di mortalità sotto i 5 anni*

Per rendere i dati italiani comparabili con le stime UNICEF (cfr. Fonti) del tasso di mortalità nei Paesi del mondo, le tavole e i grafici statistici sono stati predisposti secondo la seguente definizione di tasso di mortalità sotto i 5 anni: numero di decessi prima del compimento del quinto anno di età per 1.000 nati vivi. Esso si ottiene dal rapporto tra i decessi verificatisi prima del compimento del quinto anno di vita in un determinato anno di calendario e il numero di nati vivi nello stesso anno per 1.000. Tale indicatore non corrisponde pertanto all'usuale definizione di tasso di mortalità dato dal rapporto tra i decessi e il numero medio di anni vissuti tra 0 e 5 anni (non compiuti). Il tasso di mortalità per causa si riferisce ai decessi per una specifica causa di morte per mille nati vivi.

### Fonti dei dati

#### Italia

##### *Mortalità complessiva*

La serie storica del tasso di mortalità sotto i 5 anni di età, per il periodo 1872-2008 per il complesso delle cause di morte è una rielaborazione Istat effettuata a partire dai dati disponibili nello Human Mortality Database (Hmd). Hmd è una raccolta di dati sulla popolazione e la mortalità per lo studio della storia della longevità umana. Il progetto è nato da una collaborazione tra il Department of Demography at the University of California, Berkeley, USA, e il Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock, Germania e continua grazie al contributo di molti esperti di tutto il mondo. Dettagli sulle fonti e sui metodi utilizzati sono disponibili al seguente link: <http://www.mortality.org>. Il dato del 2009 è una stima UNICEF WHO.

##### *Decessi per causa*

Il numero assoluto dei decessi al di sotto dei 5 anni di età per le cause considerate è stato prelevato dalle fonti elencate che hanno permesso di effettuare l'analisi della mortalità per causa per il periodo 1895-2008.

- **Periodo 1895-1955:** Istituto Centrale di Statistica (Istat), Cause di morte 1887-1955. Roma 1958. In questo sommario storico sono disponibili le serie storiche per quelle cause che hanno mantenuto una omogeneità di classifica-

zione nel tempo. Tutte le cause del volume sono presentate secondo i codici della sesta revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (Icd-6).

- **Periodo 1956-1968:** Annuari di statistiche sanitarie dell'Istituto Centrale di Statistica (Istat).

- **Periodo 1969-2008:** elaborazioni su archivi informatizzati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte".

I decessi per causa del 2004 e del 2005 non sono disponibili. I tassi per questi due anni sono stati pertanto interpolati mediante un modello di regressione sulla base dei tassi per causa disponibili per gli anni 1999-2003 e 2006-2008.

#### Paesi del mondo

Il tasso di mortalità sotto i 5 anni dei Paesi del mondo è disponibile sui seguenti volumi:

UNICEF, Rapporto "La condizione dell'infanzia nel mondo 2011", Adolescenza. Il tempo delle opportunità, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma, 2011, (<http://www.unicef.it/doc/2240/la-condizione-infanzia-nel-mondo-2011.htm>).

UNICEF, WHO, World Bank UN DESA/Population Division, Levels & Trends in Child Mortality, Report 2010, Ed. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), 2010 (<http://www.unicef.it/doc/1975/livelli-e-andamenti-nella-mortalita-infantile.htm>).

Il tasso di mortalità sotto i 5 anni per la Svezia e la Francia è una rielaborazione Istat effettuata a partire dai dati disponibili nello Human Mortality Database (<http://www.mortality.org>).

### Cause di morte e raccordo tra le classificazioni

La causa iniziale di morte viene codificata secondo i criteri della Classificazione Internazionale delle Malattie (Icd) gestita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sebbene questo sistema di classificazione sia applicato per tutti i dati utilizzati in questo lavoro, l'analisi di lunghe serie storiche di mortalità per causa pone problemi metodologici per la definizione delle singole cause nel tempo. Infatti, con l'avanzare delle conoscenze mediche e con la scoperta di nuove entità diagnostiche, la classificazione subisce periodiche revisioni che ne modificano la struttura e i criteri di applicazione. Nel corso degli anni considerati i dati sono pubblicati secondo quattro diverse revisioni della classificazione. Dal 1887 al 1955 i dati sono pubblicati su sommario storico (cfr. Fonti Istat 1958) secondo la codifica dell'Icd-6; dal 1968 al 1978 secondo l'Icd-8 e dal 1979 al 2002 secondo l'Icd-9 e dal 2003 al 2008 con l'Icd-10. Nel Prospetto che segue è riportato l'elenco delle cause con i relativi codici per ciascuna revisione dell'Icd. Le cause considerate sono state selezionate in base a due criteri:

- 1) cause rilevanti e numericamente consistenti;
- 2) cause raccordabili nel tempo sulla base delle 4 diverse classificazioni.



# PROSPETTO

Codici lcd per la costruzione di serie storiche in relazione alla revisione della classificazione utilizzata nei vari periodi considerati.

CAUSE DI MORTE	lcd-6 Valida per gli anni 1887-1967	lcd-8 Valida per gli anni 1968-1978	lcd-9 Valida per gli anni 1979-2002	lcd-10 Valida per gli anni 2003-2008
Tubercolosi	001-019	010-019	010-018	A15-A19, P37.0
Influenza, bronchite e polmonite	480-483, 500-502, 490-493, 763	470-474, 466, 490-491, 480-486	487, 466, 490-491, 480-483, 485-486	J10-J18, J20-J21, J40-J42, J44
Altre infettive.e malattie dell'apparato respiratorio	020-029, 044, 050, 052, 055, 056, 061, 062, 080-083, 085, 110-117, 125, 340, 518-519, 680-682, 684,651	022, 023, 032, 033, 034.1, 035, 037, 040-045, 055, 084, 090-097, 122, 320, 510-511, 670-671, 640-645(0 e.1), 673	022, 023, 032, 033, 034.1, 035, 037, 045, 047, 049.8, 049.9, 055, 062-064, 084, 090-097, 122, 320-322, 510-511, 670-671, 673, 634-638(0)	A22, A23, A36, A37, A38, A46, A33-A35, A80, A85.0, B05, A92-A94, B50-B54, A50-A53, B67, G01-G02, J86
<i>di cui</i>				
<i>Pertosse</i>	056	033	033	A37
<i>Morbillo</i>	085	055	055	B05
<i>Malaria</i>	110-117	084	084	B50-B54
Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidei e paratifoidei	571-572, 764, 772, 040, 041, 550-553	004, 006, 008, 009, 561-563, 001, 002, 540-543	004, 006, 008, 009, 555, 558, 562, 002, 540-543	A03, A06, A08, A09, K50-K52, K57, A01, K35-K38
Cause violente	800-965, 970-985, 995	E800-E999	E800-E999	V00-Y98
Cause di morte mal definite	780-799	780-799	780-799	R00-R99
Altre cause	Restanti	Restanti	Restanti	Restanti
<i>di cui</i>				
<i>Malformazioni congenite (disponibili dal 1931)</i>	750-759	740-759	740-759	Q00-Q99

## Metodi di calcolo dei tassi

Il tasso di mortalità complessivo ( $t_{0-4anni}$ ) utilizzato in questo lavoro è stato calcolato nel seguente modo:

$$t_{0-4anni} = \sum_{x=0}^4 d_x \times 1.000 \quad (1)$$

dove  $x$  rappresenta l'età in anni compiuti e  $d_x$  è la serie dei decessi della tavola di mortalità ottenuta utilizzando le serie delle probabilità di morte ( $q_x$ , Fonte: HMD), nel modo seguente:

$$d_x = l_x q_x \quad (2)$$

dove  $l_x$  rappresenta il numero di sopravvivenuti della tavola all'età  $x$ . Il tasso così calcolato può essere confrontato con i valori stimati per i paesi del mondo.

Il tasso di mortalità per causa e classe di età è uguale a:

$${}_i t_x = \frac{{}_i D_x}{N} \quad (3)$$

dove  $i$  rappresenta la causa di morte,  $D$  il numero di decessi osservati per l'età  $x$  e  $N$  è il numero di nati vivi.

Dalla formula del tasso di mortalità complessiva:

$$t_x = \frac{D_x}{N}, \quad (4)$$

si ottiene:

$$N = \frac{D_x}{t_x} \quad (5)$$

sostituendo il valore di  $N$  nella (3) si ha:

$${}_i t_x = \frac{{}_i D_x}{D_x} t_x \quad (6)$$

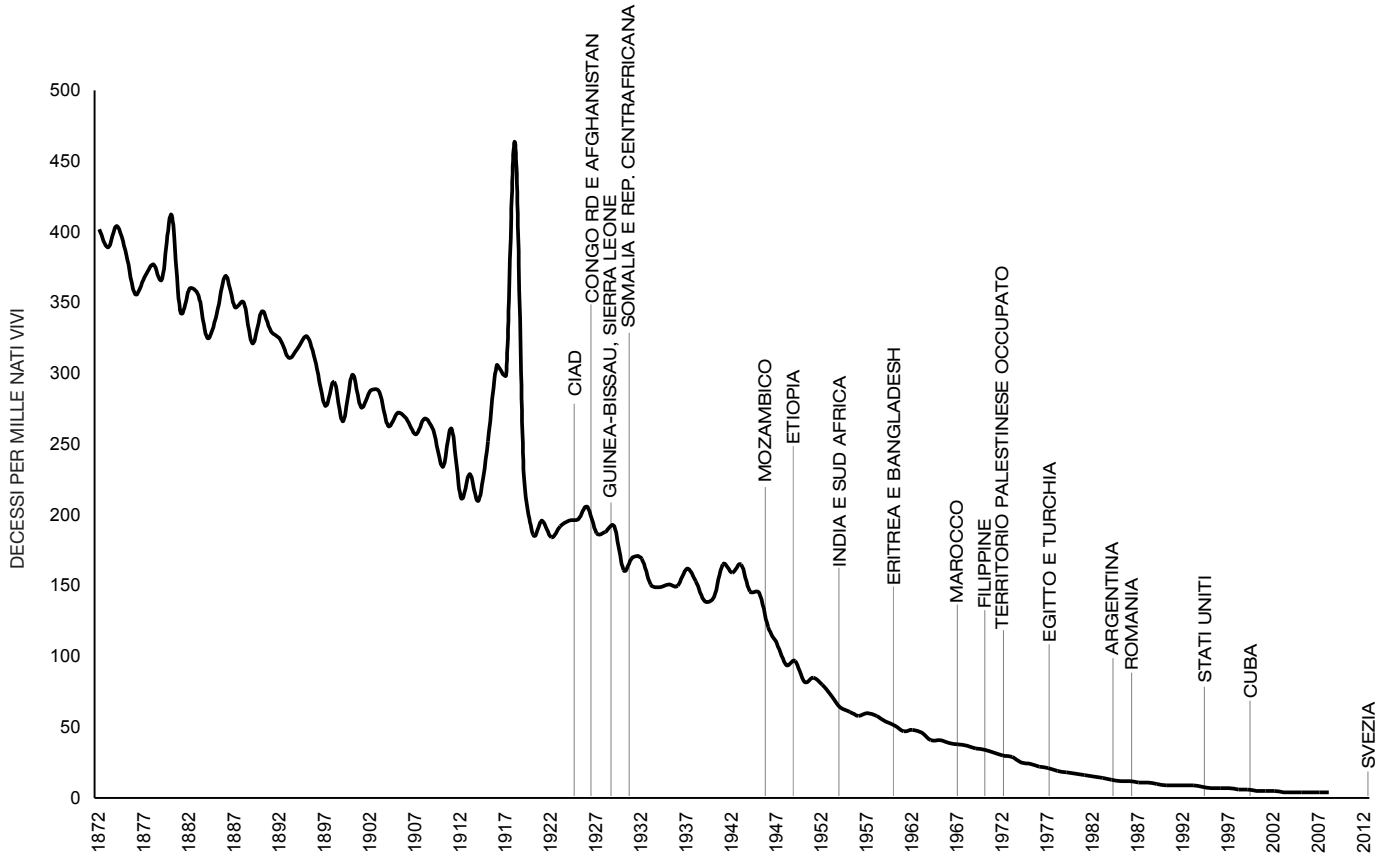
È possibile quindi calcolare il valore del tasso di mortalità per causa a partire dal tasso di mortalità complessiva ( $t_x$ ) e dalla proporzione dei decessi per la causa  $i$  sui decessi totali  ${}_i D_x / D_x$ .

Il tasso di mortalità per causa sotto i cinque anni presentato in questo lavoro è stato calcolato nel seguente modo:

$${}_i t_{0-4anni} = \frac{\sum_{x=0}^4 {}_i D_x}{\sum_{x=0}^4 D_x} t_{0-4anni} \quad (7)$$

GRAFICI

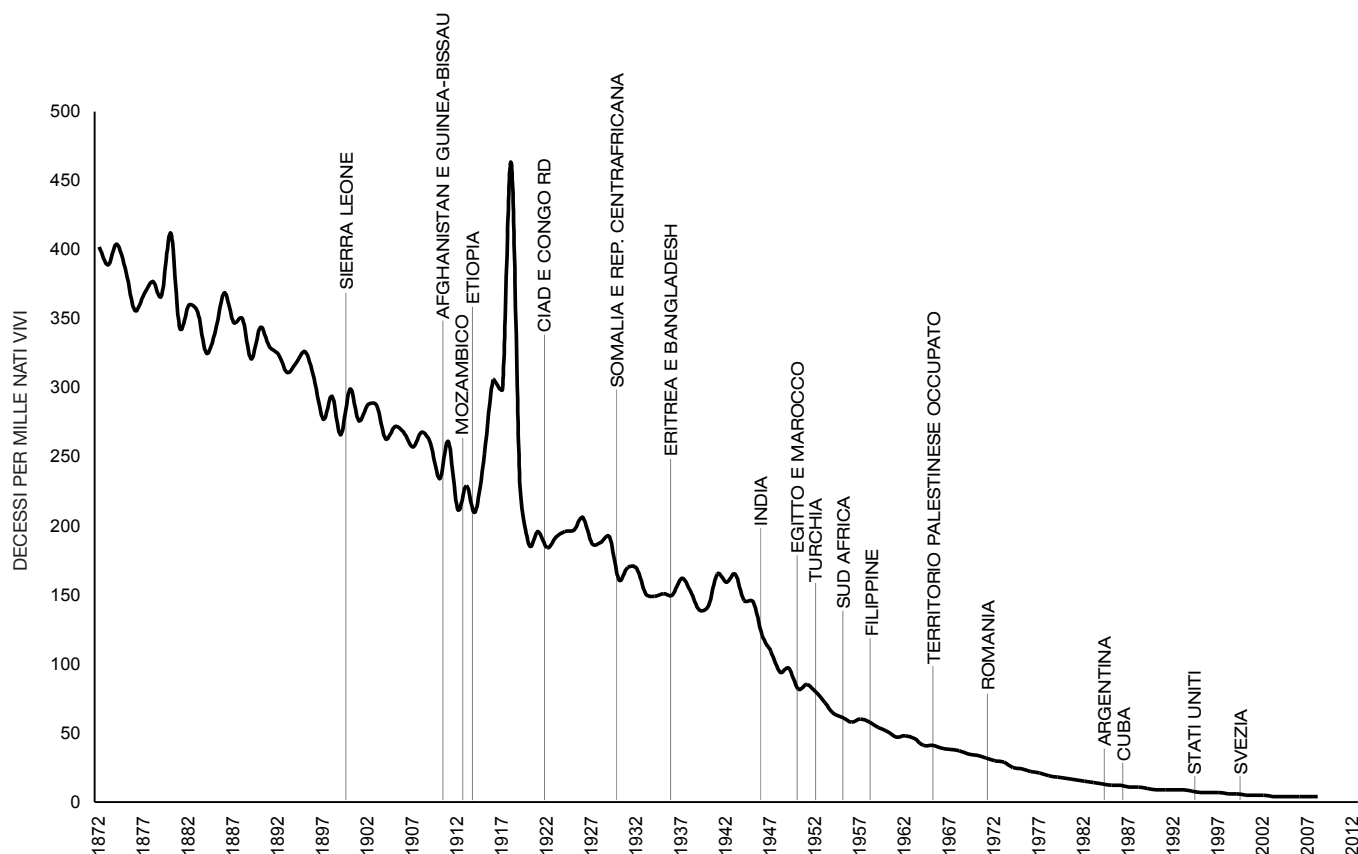
**Grafico 1.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1872 al 2009 e posizionamento di alcuni Paesi sulla base del loro tasso stimato nel 2009



Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base, UNICEF.

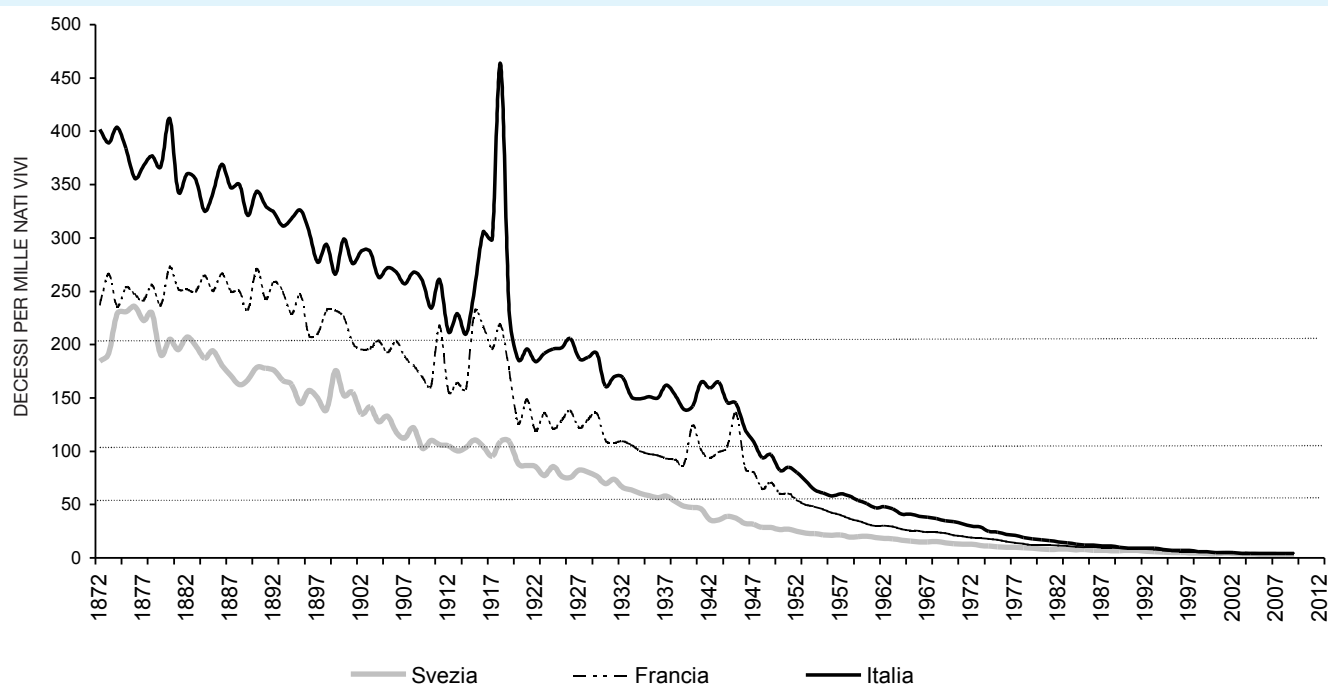


**Grafico 2.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1872 al 2009 e posizionamento di alcuni Paesi sulla base del loro tasso stimato nel 1990



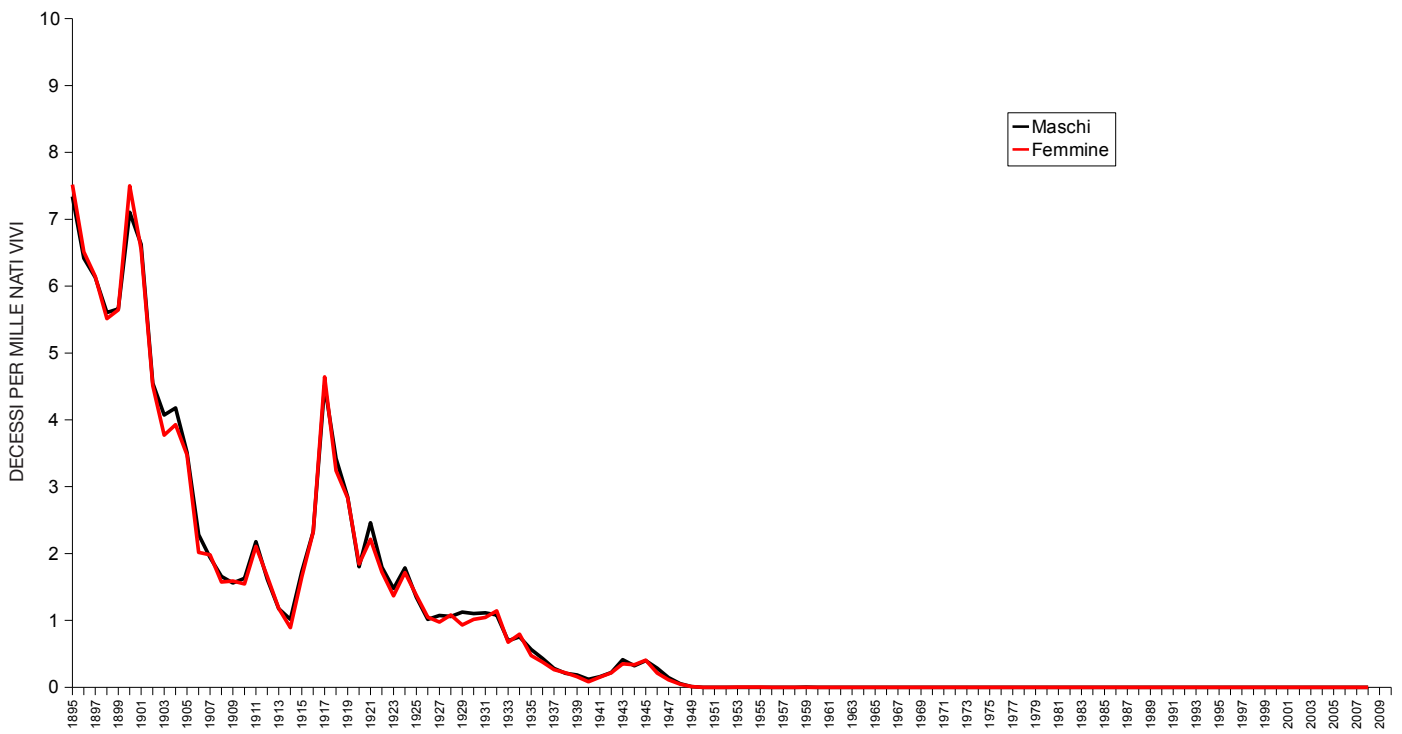
Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base, UNICEF.

**Grafico 3.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni dal 1872 al 2009 - Italia, Francia, Svezia



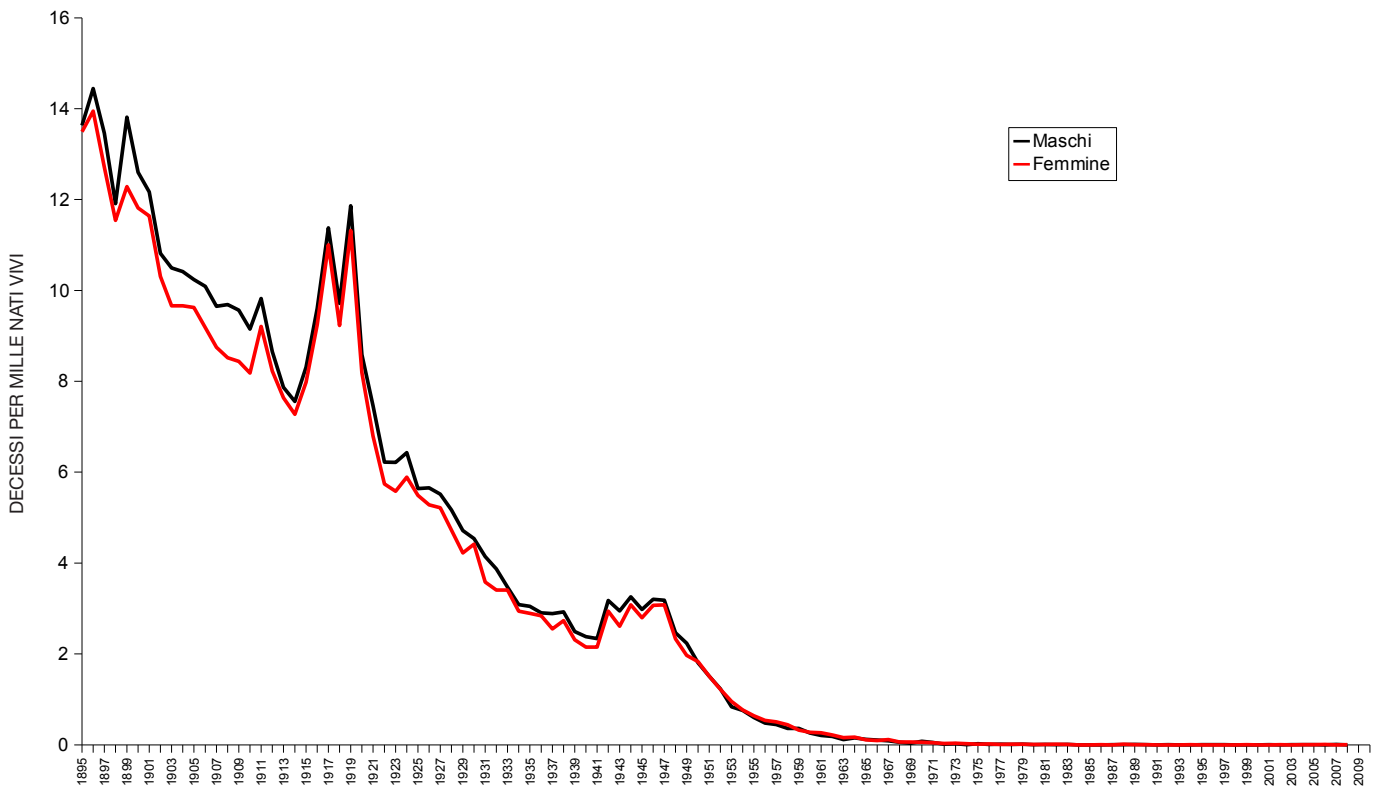
Fonti: Elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 4.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Malaria



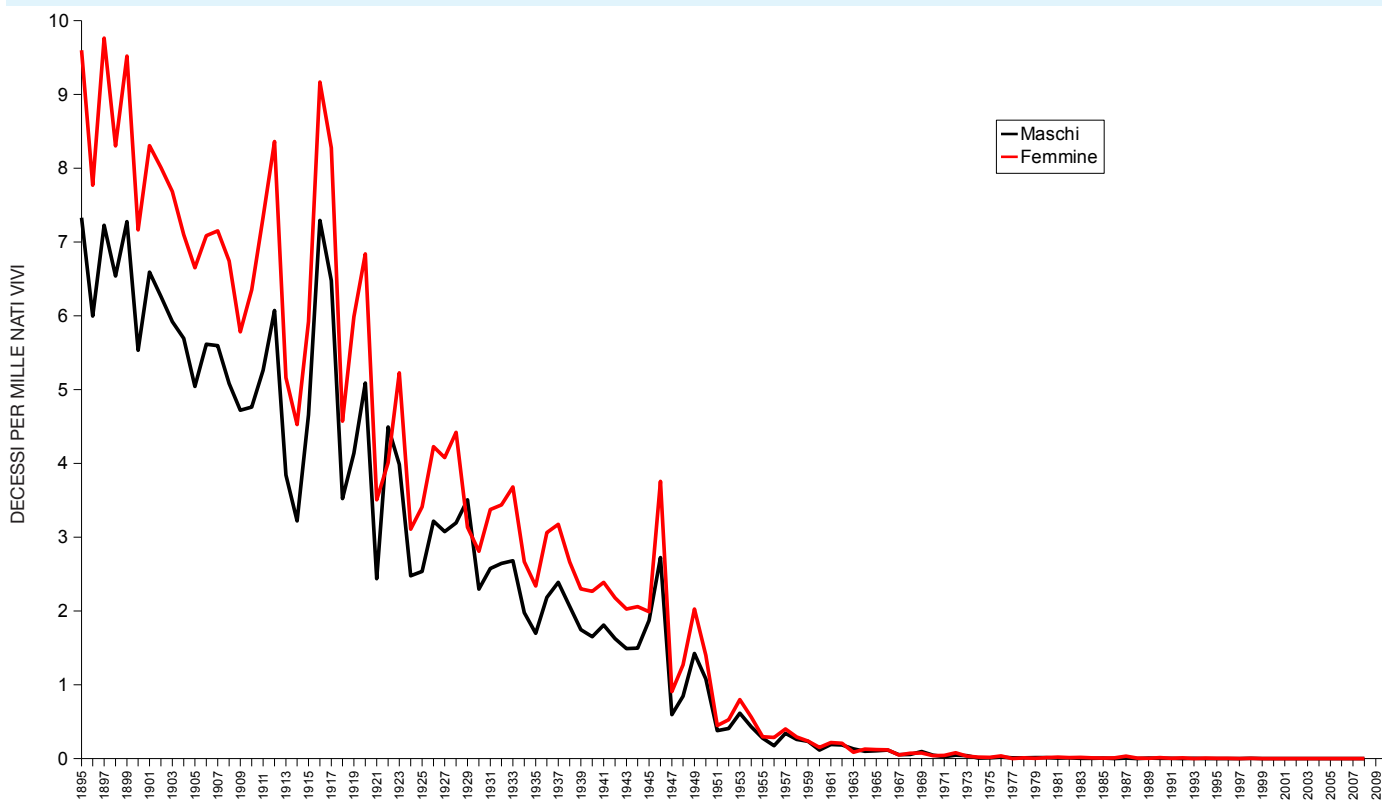
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 5.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Tubercolosi



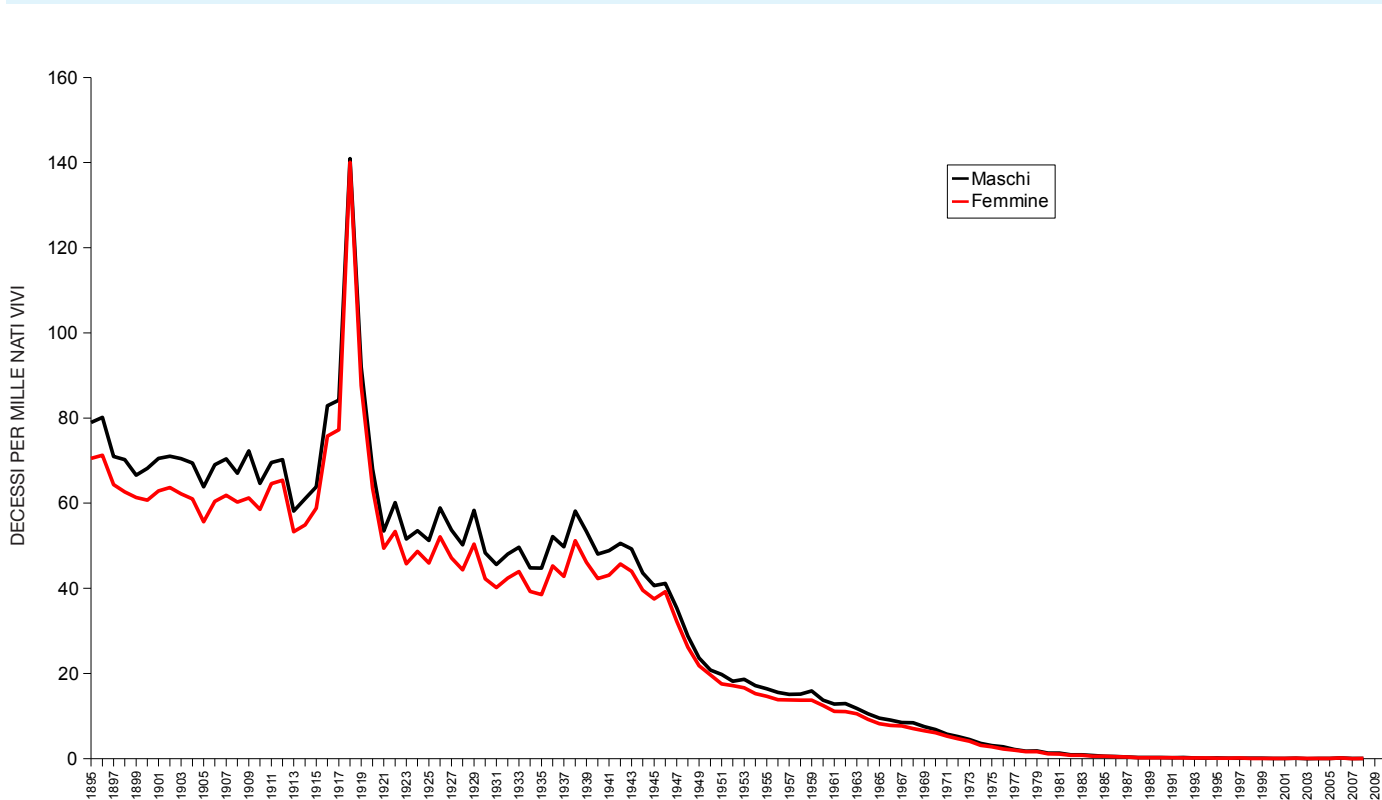
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 6.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Pertosse



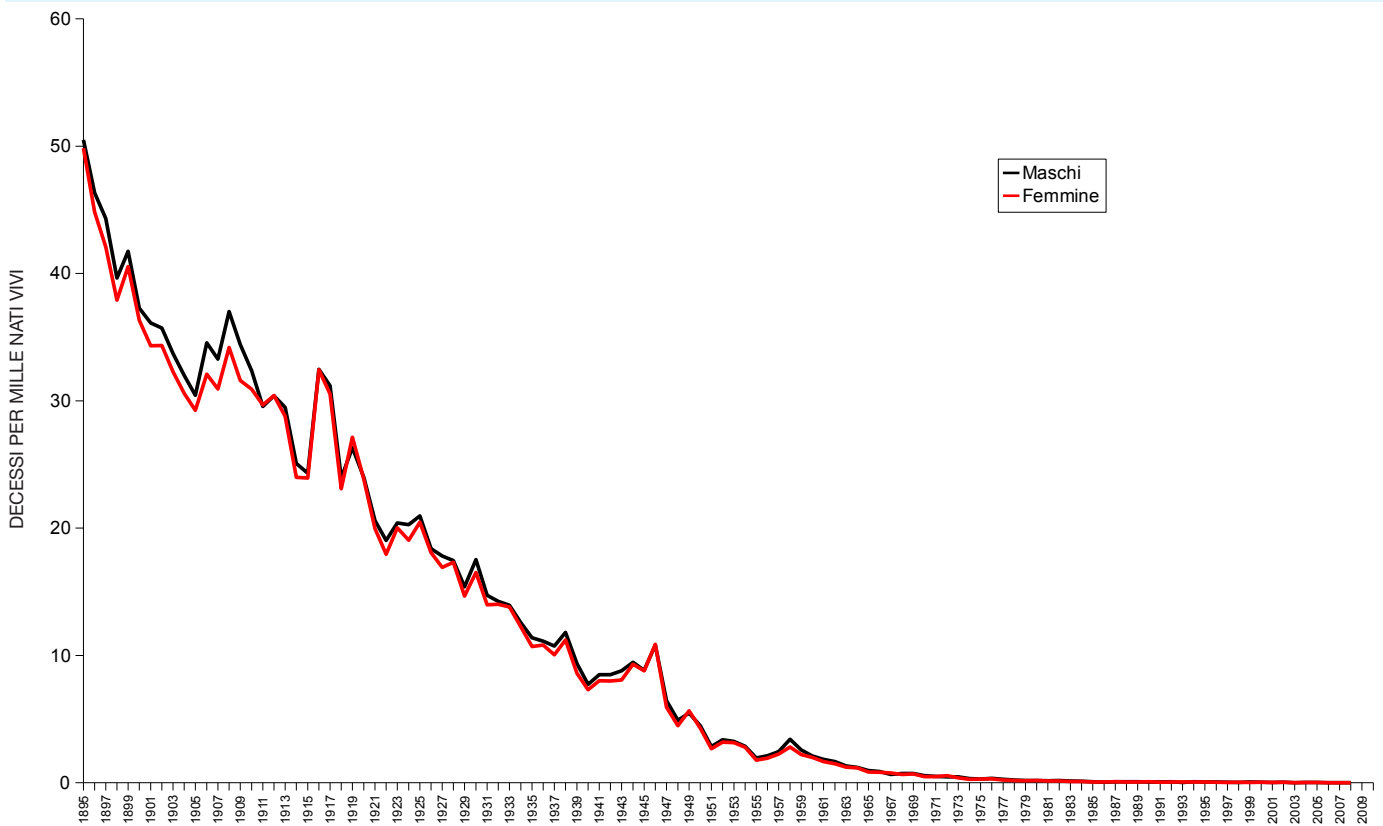
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 7.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Influenza, bronchite e polmonite



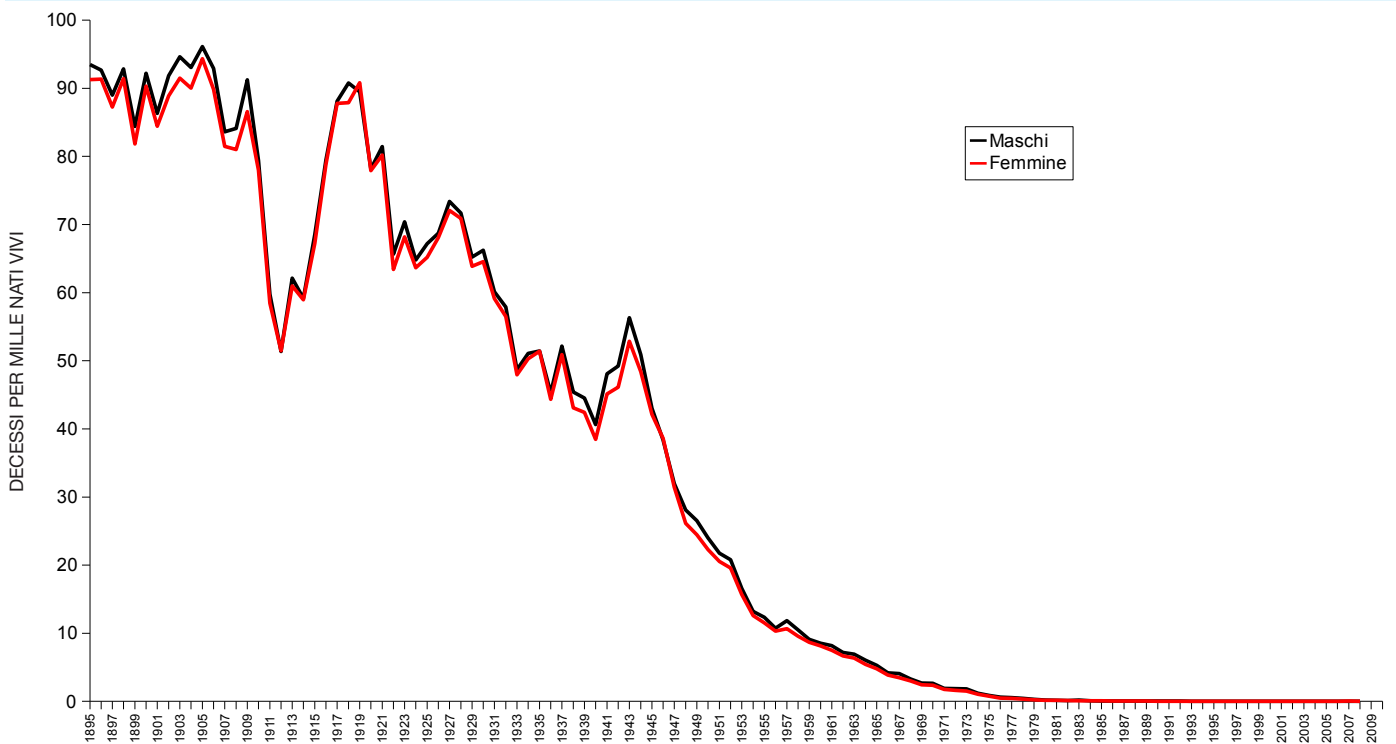
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 8.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Altre infettive e infezioni dell'apparato respiratorio



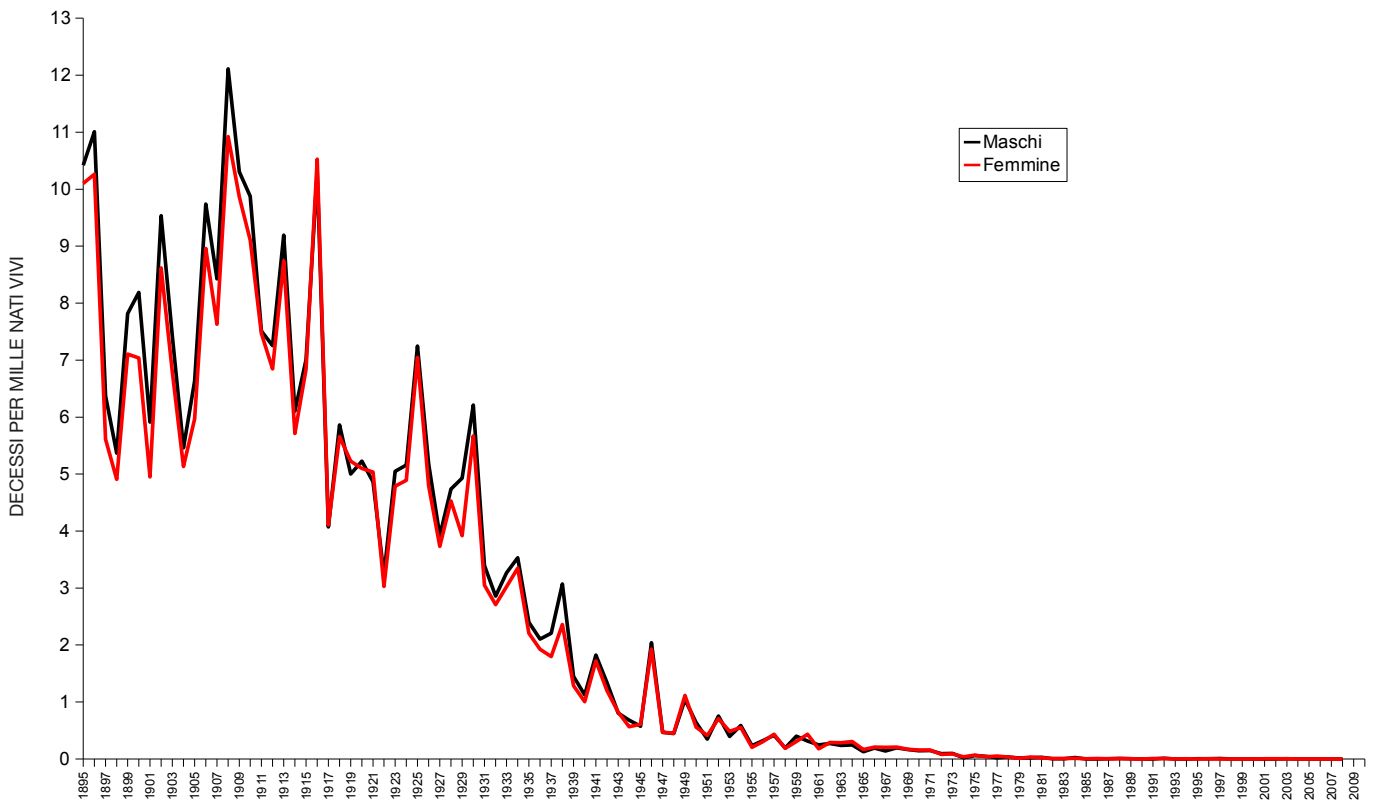
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 9.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidi e paratifoidei



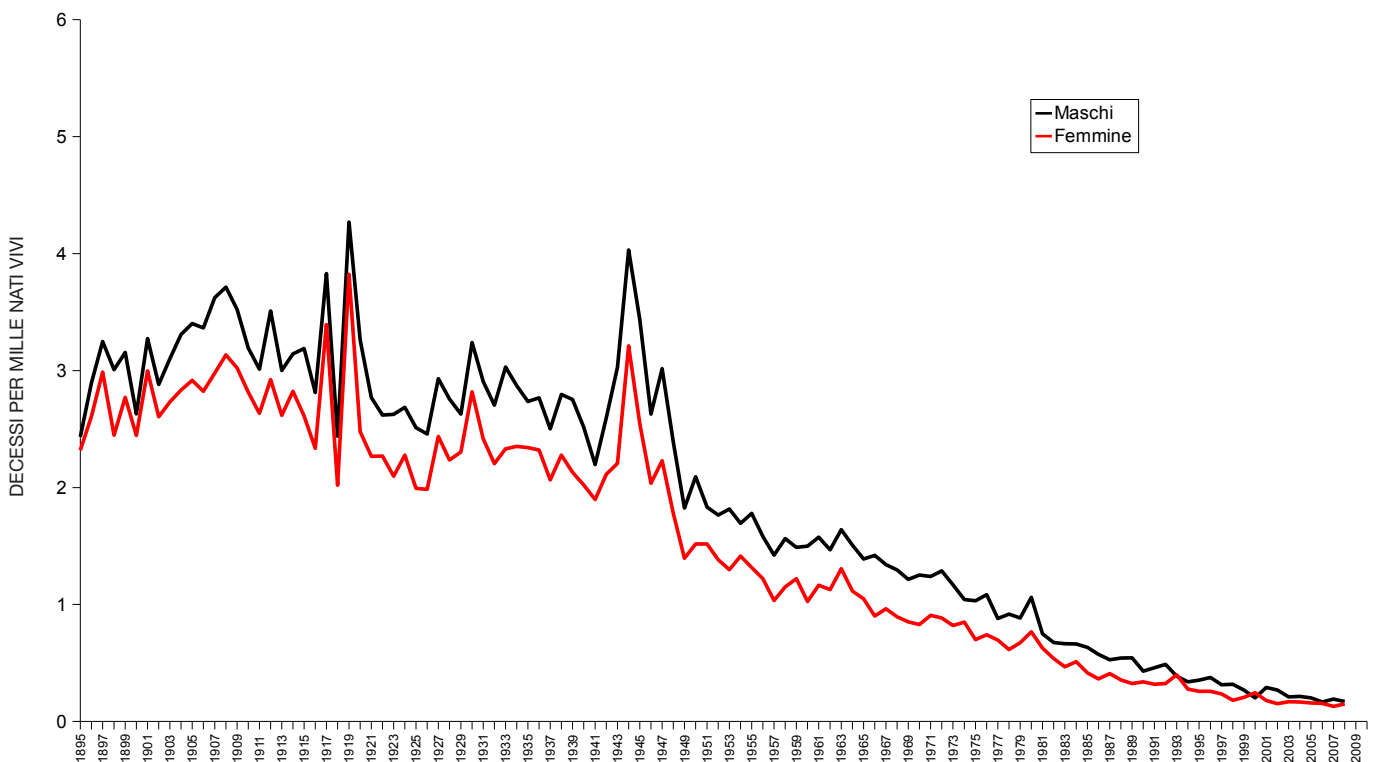
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 10.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Morbillo



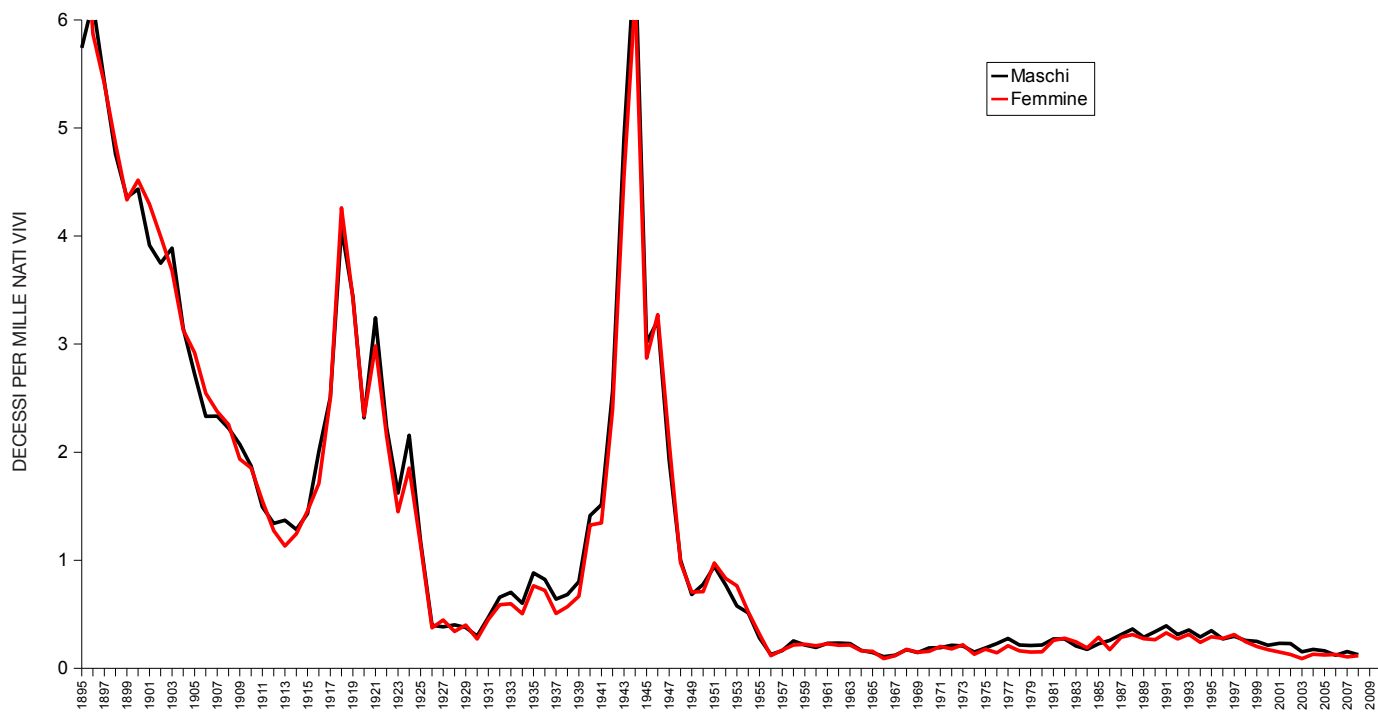
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 11.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Cause violente



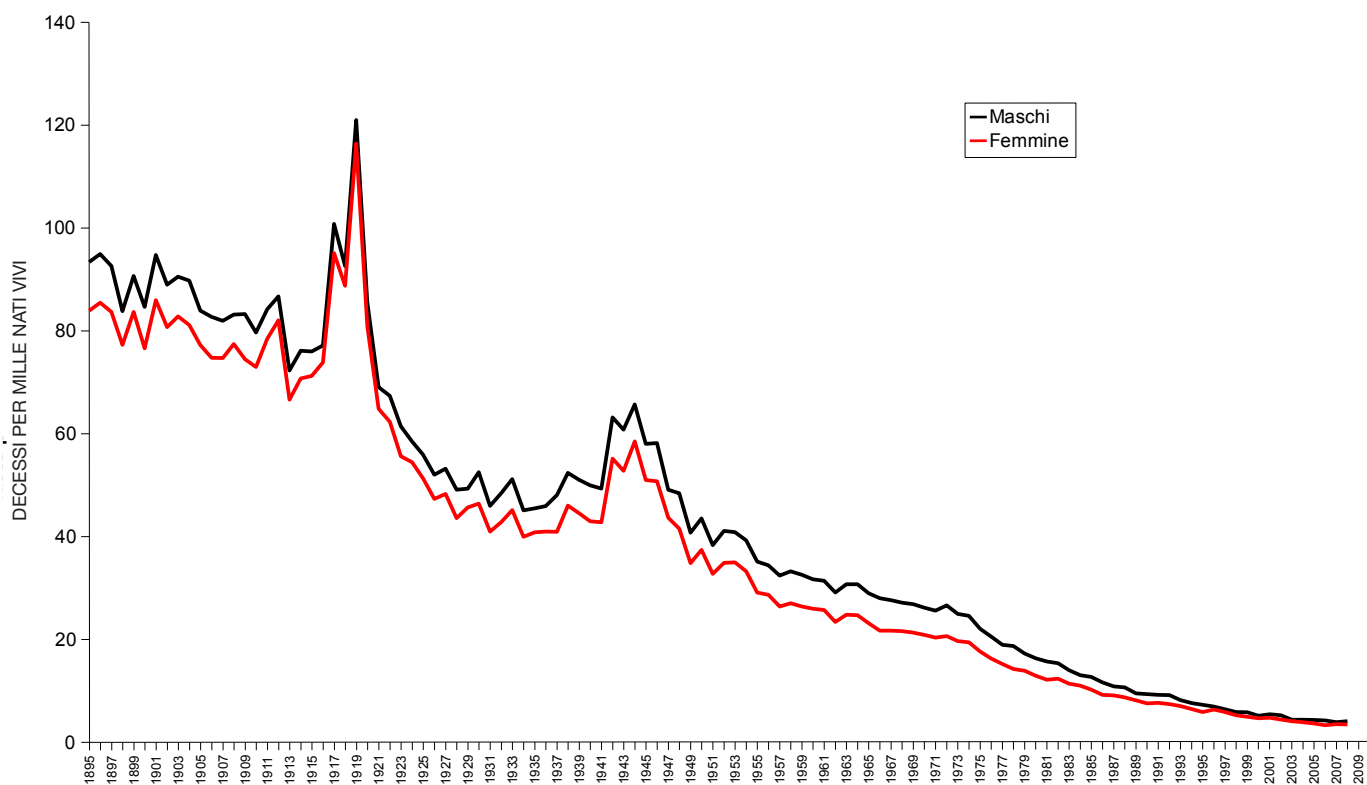
Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 12.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Cause mal definite



Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

**Grafico 13.** Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Altre cause di morte



Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

*La morte di un bambino è la tragedia più grande,  
soprattutto quando può essere evitata.  
L'UNICEF lavora ogni giorno per salvare  
la vita dei bambini attraverso  
vaccinazioni dal costo di pochi centesimi,  
cure mediche, acqua potabile, alimenti  
terapeutici, zanzariere antimalaria.*



**Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus**

Via Palestro, 68 – 00185 Roma

Tel. 06478091 – Fax 0647809272

[unicef.it](http://unicef.it)