

Gavino Maciocco

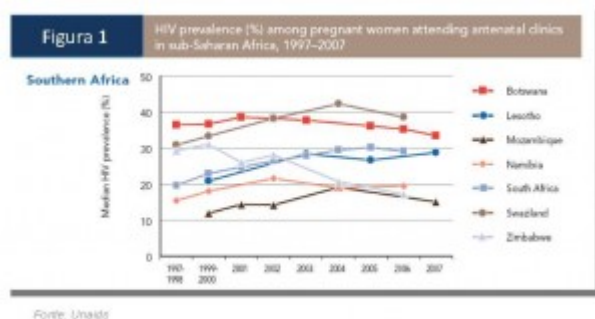


Oggi il Sudafrica è a un bivio. Il nuovo governo ha ereditato l'immenso compito di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria per circa 49 milioni di sudafricani e di rappresentare una guida e un esempio per gli altri paesi dell'Africa sub-Sahariana.

“Un migliore futuro in arrivo per la sanità del Sudafrica?”. Con questa domanda si apre l'editoriale di *Lancet*^[1] che introduce una serie di paper dedicati alla sanità del più importante paese dell'Africa sub-Sahariana. L'occasione è offerta dal cambio di Presidente avvenuto con le elezioni dell'aprile 2009 (vedi post [Sudafrica. La transizione in attesa delle elezioni](#)).

Jacob Zuma (*African National Congress, ANC*) - dopo la breve transizione di Kgalema Motlanthe - **ha preso il posto di Thabo Mbeki** (eletto nel 1999, anche lui ANC), un Presidente che sarà ricordato soprattutto per aver favorito il dilagare dell'epidemia di Aids, che ha registrato in Sudafrica uno dei più alti picchi di prevalenza nel mondo (nel 2006 il 30% di prevalenza dell'infezione da Hiv nelle donne gravide - **Figura 1**).

Figura1. HIV prevalence (%) among pregnant women attending antenatal clinics in sub-Saharan Africa, 1997 2007



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Scrivete al riguardo Nicholas B. Kristof sul *New York Times*: “Il Presidente del Sudafrica, Thabo Mbeki, ha perseguito per anni una disgraziata politica di crescenti dubbi sul fatto che l’Hiv fosse la causa dell’Aids e di incertezza sulle scelte di fondo su come affrontare la crisi. Anche ora – sebbene Mr. Mbeki abbia fatto marcia indietro – gli ammalati di Aids trovano ostacoli ad essere curati a causa dei dubbi che Mr. Mbeki ha seminato. **L’insipiente ostruzionismo di Mr. Mbeki** ha ucciso incomparabilmente molti più sudafricani di ogni altro leader ai tempi dell’apartheid. Il Sudafrica ha annunciato quest’anno l’inizio del trattamento con anti-retrovirali dei pazienti affetti da Aids. Ci crederò quando vedrò. E’ imperdonabile che il paese africano con le migliori infrastrutture sanitarie sia quello con il più alto numero di persone infettate e malate – e che nel 2003 queste debbano morire senza trattamento”[2].

Tre anni dopo, nel 2006, **Stephen Lewis, inviato speciale delle Nazioni Unite per Hiv/Aids in Africa, affermava:** “Il Sudafrica è l’unico paese africano **il cui governo è tanto ottuso, dilatorio e negligente** nell’introdurre il trattamento antiretrovirale. E’ l’unico paese africano il cui governo continua ad avanzare teorie più degne di una **setta lunatica**, che di uno stato preoccupato dei bisogni della sua popolazione. Sono dell’opinione che essi non potranno mai essere redenti”[3].

Il programma pubblico per il trattamento anti-retrovirale è stato introdotto in Sudafrica con colpevole e ingiustificato ritardo ma fino alla fine del suo mandato, nel 2008, Il ministro della sanità del governo Mbeki, Manto Tshabalala-Msimang – soprannominata “*Dr beetroot*” (Dottor barbabietola) – ha continuato a raccomandare il ricorso ad ortaggi vari per curare l’AIDS. Suscitando lo sdegno di Desmond Tutu, pastore protestante, premio Nobel per la Pace: “**Noi stiamo giocando con la vita delle persone**, con la vita di madri che non sarebbero morte se avessero potuto disporre dei farmaci. Se le persone vogliono l’aglio dateglielo, ma smettiamo di giocare. Smettete di discutere sull’aglio”[3].

Oggi - scrive *Lancet* - il paese è a un bivio. Il nuovo governo ha ereditato l’immenso

compito di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria per circa 49 milioni di sudafricani e di rappresentare una guida e un esempio per gli altri paesi dell'Africa sub-Sahariana.

La fine dell'apartheid e l'inizio di un difficile cammino

Il Sudafrica è segnato da una storia secolare di discriminazione razziale, di oppressione e di sfruttamento da parte di una esigua minoranza bianca (meno del 10% della popolazione) nei confronti della maggioranza composta da neri, meticci e indiani.

La fine dell'apartheid, la conquista della libertà e della democrazia, avviene agli inizi degli anni 90. Le elezioni del 1994 portano alla presidenza del paese Nelson Mandela, l'artefice del riscatto e della vittoria. **Una delle prime decisioni del governo Mandela fu un fondamentale atto di giustizia sociale, una sorta di risarcimento nei confronti di una popolazione che aveva a lungo sofferto:** l'istituzione del *national system of social grant*, consistente nell'erogazione di un assegno mensile per gli anziani, i disabili e i disoccupati (attualmente pari a 940 Rand, 75 euro) e di un sussidio per i minori di 15 anni (attualmente pari a 230 Rand, 18 euro). Nel 1996 il numero dei beneficiari era di 2 milioni e mezzo, oggi di oltre 12 milioni.

Ma il governo Mandela, appena insediato, fu costretto anche a una serie di impopolari scelte di politica macroeconomica, imposte dal Fondo Monetario Internazionale. Il governo infatti aveva ereditato un elevato livello di debito pubblico, pari al 45% del PIL (peraltro di molto inferiore a quello negli stessi anni accumulato dall'Italia, oltre il 100% del PIL...) e per ridurlo attuò un programma di aggiustamento strutturale dell'economia (denominato *Growth, Employment and Redistribution*, GEAR) che consisteva nell'introduzione di politiche tipicamente neo-liberiste. La spesa pubblica fu fortemente ridotta: fu risparmiato il *social grant*, ma duri tagli riguardarono i servizi sociali, in particolare la sanità e l'istruzione pubblica.

Le politiche neo-liberiste, iniziate dal governo Mandela e accentuate con il successivo governo di Thabo Mbeki, hanno prodotto un'profonda dilatazione delle diseguaglianze sia nel reddito che nella salute, accentuate dalle persistenti diseguaglianze razziali. Attualmente il 10% più ricco della popolazione detiene il 51% delle reddito del paese, mentre il 10% più povero ne detiene solo lo 0,2%. Il reddito medio annuo del 10% più povero è 4.314 Rand (340 euro), del 10% più ricco di 405.646 Rand (32.000 euro). La mortalità infantile presenta dislivelli impressionanti: è del 7 per 1.000 nati vivi tra i bianchi e del 67 per 1.000 nati vivi tra i neri. I tassi di malnutrizione dei bambini neri sono enormemente superiori rispetto a quelli dei bambini bianchi (28,4% vs 1,1%). La speranza di vita alla nascita delle donne bianche è del 50% più lunga delle donne nere. Diseguaglianze che si riproducono - nell'economia, nella salute e nell'accesso ai servizi essenziali - anche a

livello geografico, tra differenti province (Figura 2)[4].

Figura 2. Indicatori di salute e di sviluppo delle province sudafricane. Fonte:[4]

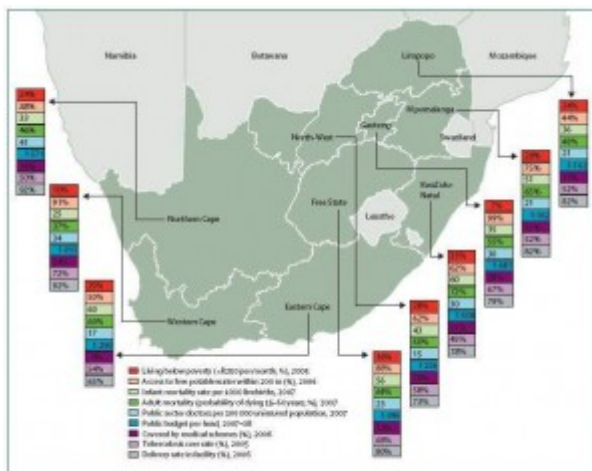
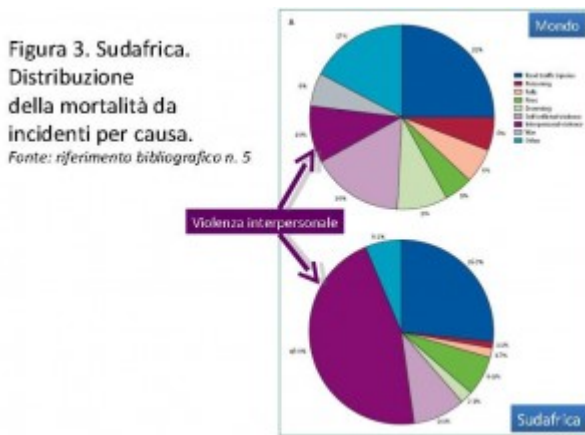


Figure 2. Indicators for health and development in South Africa's provinces, 2008
Data from reference 26. Reproduced with permission from reference 05 (Health Systems Trust, Durban).

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Questo contesto di povertà, esclusione sociale e profonde disuguaglianze economiche, sociali e razziali si associa ad altissimi livelli di violenza: omicidi, rapine, stupri. Incidenti e omicidi rappresentano la seconda causa di morte in Sudafrica (un'incidenza doppia rispetto alla media mondiale) e la violenza interpersonale (il più delle volte inflitta alle donne) rappresenta circa la metà della mortalità per cause violente (mentre nella media mondiale questa rappresenta il 10%) - Figura 3[5].

Figura 3. Sudafrica. Distribuzione della mortalità da incidenti per causa. Fonte:[5]



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Lo stato di salute della popolazione sudafricana

Se compariamo lo stato di salute del Sudafrica con paesi a pari reddito (tra 9.000 e 11.000 dollari PPP - a parità di potere di acquisto - pro-capite all'anno) constatiamo che i suoi principali indicatori sono complessivamente molto peggiori, come emerge dalla **Tabella 1**.

Tabella 1. Prodotto Interno Lordo e Indicatori di salute. Sudafrica e altri paesi selezionati

Tabella 1. Prodotto Interno Lordo e Indicatori di salute.
Sudafrica e altri paesi selezionati.

	Prodotto Interno Lordo pro-capite PPP*	Speranza di vita alla nascita M/F**	Mortalità dei bambini < 5 anni x 1000 nati vivi**	Mortalità materna x 100.000 nati vivi***
Turchia	11.900	71/75	26	70
Costa Rica	11.500	76/80	12	25
Kazakhstan	11.500	59/70	29	210
Serbia	10.800	71/76	8	ND
Brasile	10.200	68/75	20	260
Sudafrica	10.100	50/53	69	230
Azerbaijan	9.500	62/66	89	94
Cuba	9.500	76/80	7	33

Fonte: * CIA World Factbook, 2008; ** OMS, 2006; *** OMS, 2000

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonti: * CIA World Factbook, 2008; ** OMS, 2006; *** OMS, 2000

Il Sudafrica è anche tra i 12 paesi al mondo in cui il dato di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (Indicatore n. 4 dei *Millennium Development Goals*) è peggiorato rispetto al 1990, ovvero rispetto a quando nel paese vigeva l'apartheid[6].

Alla base di questa situazione sta in primo luogo la **devastante diffusione dell'epidemia di Hiv/Aids**. I primi casi dell'infezione si verificarono nella prima metà degli anni 80 e il governo (bianco) si affrettò a marchiare la malattia col nome di **black disease** (malattia nera). Allo stigma razziale si associò quello del comportamento sessuale, così che agli omosessuali e ai neri fu proibito di donare il sangue. Se il governo dell'apartheid, fino al 1994, fece ben poco per arginare l'epidemia anche quelli successivi, soprattutto quello di T. Mbeki (come abbiamo letto), dimostrarono ben poca attenzione al problema. La diffusione dell'epidemia è stata progressiva e dilagante come dimostra chiaramente la curva di crescita dal 1990 al 2007, **Figura 4** [7]. Attualmente il Sudafrica con i suoi 49 milioni di abitanti rappresenta lo **0.7% della popolazione mondiale**, ma i suoi 5.5 milioni di soggetti infetti/malati rappresentano il **17% del carico mondiale dell'epidemia**.

Figura 4. Profilo storico degli eventi più importanti nell'epidemie di Aids e Tubercolosi in Sudafrica. 1989-2007. Fonte:[7]

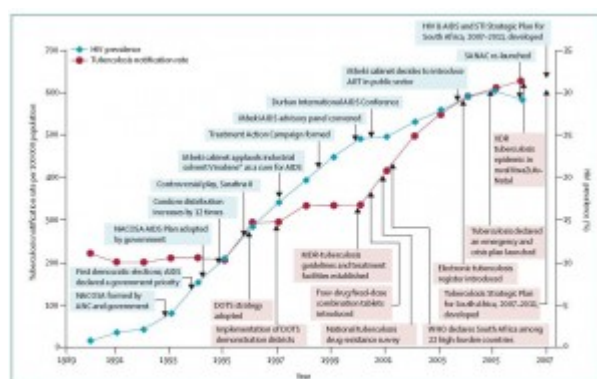


Figure 1: Historical review of major events in the HIV and tuberculosis epidemics in South Africa, 1989-2007. Data from references 1 and 2.1. AHC=Africa National Congress; AIDS=acquired immune deficiency syndrome; DOTS=directly observed treatment, short course; MDR=multi-drug resistant; NACOSA=National AIDS Commission of South Africa; SANAC=South African National AIDS Council; XDR=extensively drug-resistant; *Estimated from trends.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La Figura 4 mostra anche l'andamento dell'altra **emergenza sanitaria nazionale, la tubercolosi**. I casi notificati sono quadruplicati dal 1986 al 2006: da **163** casi x 100.000 ab. a **628** casi x 100.000 ab. Nelle aree più povere del paese come la provincia del KwaZulu-Natal il tasso di notificazione ha superato i **1.000** casi x 100.000 ab. Le cause sono ben note: la povertà, il sovraffollamento abitativo, la concomitante epidemia di Hiv/Aids, a cui vanno aggiunti altri due importanti fattori:

1. La moltiplicazione dei **casi di tubercolosi dovuti a batteri multifarmaco-resistenti** (*MultiDrug-Resistant, MDR-TB*); il Sudafrica è tra i paesi al mondo con il maggiore sviluppo della multifarmaco-resistenza: in alcune province la percentuale di casi di MDR-TB raggiunge il 40% dei casi diagnosticati di TB.
2. **La scarsa efficacia del programma nazionale di controllo dell'epidemia**; nel 2005 il tasso nazionale di guarigione (*national cure rate*) tra i nuovi soggetti sputum-positivi fu del 57,7%, quando la percentuale attesa dall'OMS è dell'85%.

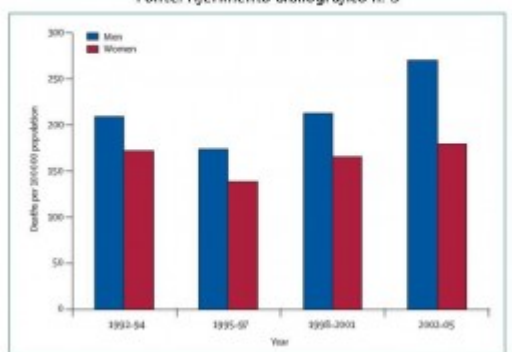
Come se non bastassero le devastanti epidemie di Hiv/Aids e tubercolosi e gli alti livelli di mortalità infantile e materna, il Sudafrica deve fronteggiare anche **l'avanzare delle**

malattie croniche (in particolare malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie)[8]. Data la difficoltà di poter rilevare dati attendibili delle cause di morte su base nazionale, dal 1992 la sorveglianza dell'andamento della mortalità da malattie croniche avviene nel sub distretto "campione" di Agincourt (70.000 abitanti). Come si può notare dalla **Figura 5**, nel periodo 1995-2005 l'incremento della mortalità da malattie croniche è stato assai rilevante (+ 30%), soprattutto tra gli uomini. Come per le altre cause di morte, **le malattie croniche colpiscono più pesantemente i gruppi più poveri di popolazione**, come mostra la **Figura 6** dove vengono messi a confronti i dati di mortalità per causa di due differenti sub distretti, uno molto povero (Khayelitsha) l'altro molto ricco (un sub distretto - Southern - di Cape Town). Le differenze sono impressionanti e riguardano indifferentemente tutte le cause (**malattie croniche comprese**).

Figura 5. Sudafrica. Tassi standardizzati di mortalità per malattie non-trasmissibili per sesso, subdistretto di Agincourt, 1992-2005. Fonte:[8]

Figura 5. Sudafrica. Tassi standardizzati di mortalità per malattie non-trasmissibili per sesso, subdistretto di Agincourt, 1992-2005.

Fonte: riferimento bibliografico n. 8

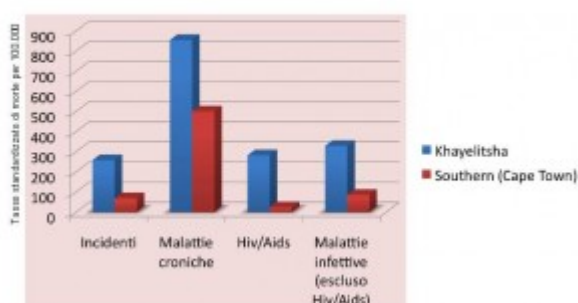


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 6. Tassi standardizzati di mortalità per causa, in due diversi distretti del

Sudafrica. 2006. Fonte:[8]

Figura 6. Tassi standardizzati di mortalità per causa, in due diversi distretti del Sudafrica. 2006.
Fonte: riferimento bibliografico n. 8



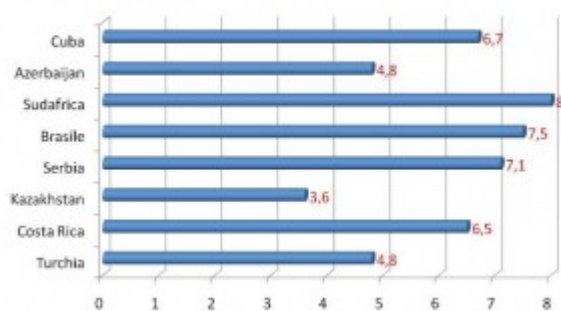
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Un sistema sanitario sempre più privatizzato

Le **Figure 7, 8 e 9** offrono un chiaro profilo del sistema sanitario del Sudafrica. Un paese che destina alla sanità una larga percentuale del PIL, 8%, più di ogni altra nazione di pari PIL pro-capite (**Figura 7**); anche in termini di spesa sanitaria totale pro-capite eccelle (con il Brasile) rispetto agli altri paesi: 425\$, di cui però solo 160\$ di spesa sanitaria pubblica; la spesa sanitaria privata con 265\$ procapite rappresenta quindi la parte preponderante della spesa sanitaria totale, il 63% (**Figura 8**, Fonte OMS). Altre fonti [9] forniscono valori di gran lunga più elevati riguardo alla spesa sanitaria privata, oltre 700\$, che portano la spesa sanitaria pubblica intorno al 20% della spesa sanitaria totale (**Figura 9**).

Figura 7. Spesa sanitaria totale come % del PIL. Paesi selezionati (vedi Tabella 1). Anno 2006. Fonte: OMS

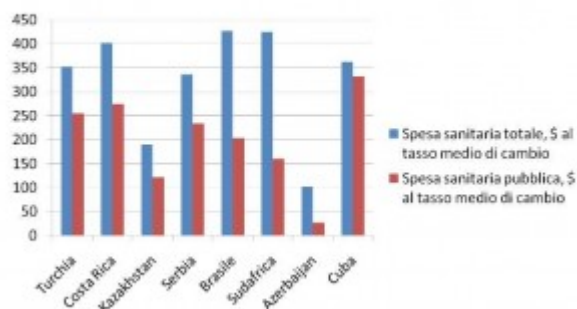
Figura 7. Spesa sanitaria totale come % del PIL. Paesi selezionati (vedi Tabella 1). Anno 2006. Fonte: OMS



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 8. Spesa sanitaria totale e pubblica (\$). Paesi selezionati (vedi Tabella 1). Anno 2006. Fonte: OMS

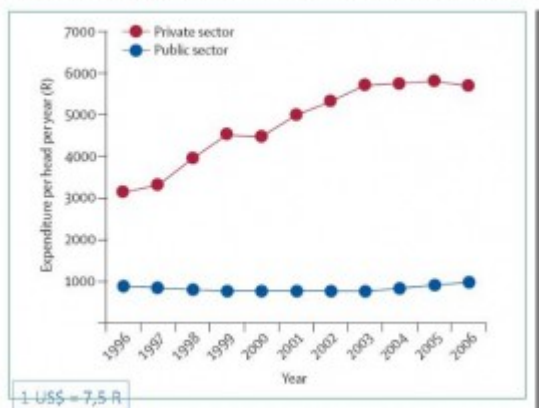
Figura 8. Spesa sanitaria totale e pubblica (\$). Paesi selezionati (vedi Tabella 1). Anno 2006. Fonte: OMS



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 9. Sudafrica. Spesa sanitaria pro-capite privata e pubblica, (Rand) 1996-2006. Fonte: [4]

Figura 9. Sudafrica. Spesa sanitaria pro-capite privata e pubblica, (Rand) 1996-2006. Fonte: riferimento bibliografico n. 4



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Quest'ultima stima è probabilmente più vicina alla realtà. Infatti l'immagine che più frequentemente ricorre nella rappresentazione della sanità sudafricana è quella della convivenza all'interno di uno stesso paese di **due mondi distinti e lontani**:

1. Quello di un sistema sanitario da **Primo Mondo**, bene attrezzato, tecnologicamente evoluto, ricco di professionalità di prim'ordine, concentrato nelle zone ricche delle aree metropolitane, finanziato attraverso **assicurazioni private volontarie** e pagamenti diretti degli utenti; **questo sistema serve circa 7 milioni e mezzo di persone, pari al 15% della popolazione del paese.**
2. **La restante parte, l'85% pari alle oltre 40 milioni di persone** che vivono nelle aree rurali o nei sobborghi delle grandi città, si affida a un sistema sanitario da **Terzo Mondo**, inefficiente, pervaso da una diffusa corruzione, poco finanziato, poco attrezzato e poco rifornito di farmaci, e nonostante ciò sovraffollato, alle prese con una **terribile crisi di personale qualificato**, dato che l'80% dei medici lavora nelle strutture private; un sistema pubblico oltretutto a pagamento, visto che solo le donne in gravidanza e i bambini al di sotto dei 5 anni godono di un'esenzione totale.

Due mondi **sempre più distinti e lontani**, quelli dei settori pubblico e privato, perché - come dimostra la **Figura 9** - il finanziamento del settore privato in dieci anni è raddoppiato, mentre quello pubblico è rimasto stazionario.

Tre auspici conclusivi

L'editoriale di *Lancet* con cui abbiamo aperto questo post si conclude con tre raccomandazioni, meglio, tre auspici:

1. Rafforzare la dotazione di personale sanitario nel settore pubblico, sia in termini qualitativi che quantitativi.
2. Garantire a tutti l'accesso ai servizi attraverso l'istituzione di un sistema assicurativo pubblico nazionale.
3. Debellare la corruzione e il nepotismo e mettere ai posti di comando le persone più capaci e competenti, che non hanno paura di assumersi responsabilità.

Risorsa

1. Kaiser Network, Remarks by Stephen Lewis, **UN Special Envoy for HIV/AIDS in Africa, to the closing session of the XVI International AIDS Conference.** Toronto, Canada, 2006 [[PDF: 100 Kb](#)].
2. Sistema sanitario sudafricano: fatti e cifre (tabelle e figure). [[PPT: 725 Kb](#)]

Nota. Tutti gli articoli di *Lancet* sono attualmente free, semplicemente registrandosi.

Bibliografia

1. Kleinert S, Horton R. Editorial. South Africa's health: departing for a better future? *Lancet* 2009; 374:759-60.
2. Kristof ND. As Millions Die. *New York Times*, October 1, 2003
3. Kaiser Network, Remarks by Stephen Lewis, UN Special Envoy for HIV/AIDS in Africa, to the closing session of the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, 2006.
4. Coovadia H et al. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *Lancet* 2009; 374: 817-34
5. Seedat M et al. Violence and injuries in South Africa: prioritising an agenda for prevention. *Lancet* 2009; 374: 1011-22.
6. Chopra M et al. Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? *Lancet* 2009; 374: 835-46
7. Karim Sa et al. Hiv infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *Lancet* 2009; 374: 921-33
8. Mayasi BM et al. The burden of non-communicable disease in South Africa. *Lancet* 2009; 374: 934-47.
9. McIntyre D, Van den Heever A. Mandatory health insurance. In: S. Harrison, S. Bhana, A. Nutli, eds. *South African Health Review: 2007*. Durban: Health System Trust, 2007.