



Maurizio Murru

Un paese potenzialmente ricco, abitato da una popolazione concretamente povera. Da una parte lo scontro con Khartoum (a causa del petrolio), dall'altra divisioni etniche e conflitti interni. Gli indici sociali e sanitari sono fra i peggiori del mondo. Il sistema sanitario è tale solo di nome.

Il 9 luglio scorso il Sud Sudan ha compiuto un anno come Stato indipendente. Non c'era molto da celebrare. Prima ancora dell'indipendenza il giovane paese aveva mostrato di poter ripetere tutti gli errori e replicare tutte le brutture di molti dei suoi predecessori sul continente. Paese potenzialmente ricco, è abitato da una popolazione concretamente povera. La classe politica è, per lo più, incompetente, onnivora e corrotta. I sistemi di governo sono farraginosi e inefficienti. Divisioni etniche e conflitti interni sono all'ordine del giorno. Gli indici sociali e sanitari sono fra i peggiori del mondo. Il sistema sanitario è tale solo di nome.

Nell'ultimo anno gli scontri fra comunità diverse hanno causato più di 3.000 morti e più di 300.000 sfollati[1]. Nel paese, gli sfollati sono circa 350.000, i rifugiati 109.200 e i Sud Sudanesi tornati dai paesi vicini e ancora bisognosi di assistenza 300.000[1].

Popolazione

Il censimento del 2008 ha calcolato una popolazione totale di 8.260.490; il 32% è sotto i 10 anni di età, il 51% sotto i 18 e il 72% sotto i 30; l'83% vive in aree rurali[2]. Il tasso di accrescimento annuo è stimato al 3% e quello medio di fertilità di 6,7 figli per donna nel corso della sua età fertile[3]. A causa del ritorno di rifugiati dai paesi vicini la popolazione era stimata a circa 12 milioni nel 2010. Nel 2012 dovrebbe aggirarsi attorno ai 12.730.800.

Il Sud Sudan è un complesso mosaico costituito da almeno 80 gruppi etnici. La maggior parte è costituita da una galassia di clan e sotto-clan spesso in conflitto fra loro. I Dinka

sono il gruppo più consistente (46% della popolazione totale) seguito da Nuer (9.6%), Azande (6.6%), Bari (6%), Shilluk/Anwak (3,5%) e da gli altri di minore consistenza numerica (percentuali calcolate in base ai dati pubblicati da Joshua Project, 2012)[4].

Economia

Il petrolio è la fonte di circa il 98 % delle entrate dello stato[5]. La produzione petrolifera Sudanese (nord e sud assieme), ammonta a circa 500.000 barili al giorno. Tre quarti di questi provengono dai pozzi del Sud Sudan[6]. In assenza di nuove scoperte, la produzione dovrebbe esaurirsi verso il 2035[7].

Mentre la maggior parte del petrolio è al Sud, le raffinerie e gli oleodotti per trasportarlo al mare sono al Nord. Inevitabilmente, sono scoppiate accese controversie fra Khartoum e Juba (la capitale del Sud Sudan) sul prezzo che il Sud dovrebbe pagare per il transito del petrolio attraverso i territori del nord. Alla fine del 2011 Khartoum ha sequestrato e venduto due carichi di petrolio provenienti dal Sud per un valore di circa 815 milioni di US\$[8]. Di conseguenza, Juba ha deciso di sospendere la produzione petrolifera il 20 gennaio del 2012.

Questo “**reciproco suicidio economico**” ha causato una gravissima crisi in entrambi i paesi. Il 4 agosto 2012 è stato raggiunto un accordo secondo il quale il Sud pagherà al Nord 9,10 US\$ per barile per il passaggio, il pedaggio e altri costi contro i 36 US\$ inizialmente richiesti da Khartoum[9].

La produzione petrolifera non potrà riprendere prima del marzo 2013, dal momento che tutti gli impianti dovranno essere controllati prima di essere rimessi in funzione. I mancati introiti petroliferi hanno causato drastici tagli nelle spese dello stato del Sud Sudan, ma non hanno influenzato significativamente le già misere condizioni di vita della maggioranza della popolazione.

Ciò è comprensibile quando si tengano presenti due fattori:

1. l'industria petrolifera impiega lo 0,5% della popolazione[10]
2. i proventi petroliferi finiscono, in notevole misura, legalmente e illegalmente, nelle tasche di politici e funzionari corrotti.

Il 90% circa della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà di US\$ 1,25 al giorno[3]. Il Presidente, Salva Kiir, alla fine di maggio 2012, ha inviato una lettera a 75 fra parlamentari e alti funzionari dello stato, “invitandoli” a restituire almeno quattro miliardi di US\$ di cui si sarebbero “indebitamente” appropriati[11]. Per “facilitare” la restituzione del

moltolto, è stato creato un conto bancario in Kenya. Su di esso, fino ad ora, sono stati versati 60 milioni di dollari ovvero, meno del 2% della somma in questione[12].

Gli aiuti internazionali, nel 2010, sono stati pari al 45% del bilancio dello stato[13].

Il 40% di essi viene erogato su base bilaterale e il rimanente attraverso cosiddetti “*pooled funds*”, meccanismi di aggregazione e coordinamento. Il più importante è il *Multi-Donor Trust Fund* (MDTF), amministrato dalla Banca Mondiale e caratterizzato da una notevole lentezza burocratica[14]. Il MDTF dovrebbe chiudere i battenti alla fine del 2012. Nessun donatore fornisce un supporto diretto al bilancio dello stato (*budget support*), chiaro segno di scarsa fiducia nell’efficienza e trasparenza del governo.

Gli Stati Uniti sono il donatore più importante e operano esclusivamente attraverso progetti. Seguono Olanda, Regno Unito, Unione Europea e Norvegia[13]. È in atto un tentativo di riorganizzazione degli aiuti almeno nel settore sanitario. Entro il 2013 dovrebbero essere avviati tre *pooled funds* gestiti da Banca Mondiale, USAID e DFID, in collaborazione con il Ministero della Sanità. Ognuno di questi fondi avrà competenza geografica (rispettivamente su due, due e sei stati del paese) e si servirà di una ONG come agenzia guida per ciascuna contea.

Sistema sanitario

Il Sistema Sanitario è emerso da decenni di guerra in uno stato di totale collasso. Il 25% della Popolazione ha accesso a servizi sanitari, per lo più in aree urbane, per lo più di livello primario e, per almeno l’80%, erogati da Organizzazioni Non Governative (ONG) internazionali e nazionali, laiche o affiliate a confessioni religiose, di provenienza e anche di qualità/professionalità tra le più varie[3].

La gamma dei servizi è limitata: considerando tutti i livelli, meno del 20% delle unità sanitarie dispone di un laboratorio funzionante, meno del 35% è in grado di fornire vaccinazioni, più del 50% è, molto frequentemente, priva dei farmaci di base e circa il 20% non è operativa per mancanza di personale qualificato o, comunque, con una qualche formazione sanitaria. Questa ultima percentuale si eleva al 40% nelle aree rurali[3].

Nel paese, si registrano 0,2 contatti per persona e per anno con il settore sanitario pubblico e privato non a scopo di lucro; solamente 10 donne gravide su 100 partoriscono con assistenza sanitaria; meno del 20% dei bambini al di sotto dei due anni ha ricevuto un ciclo completo di vaccinazioni; solo il 12% dei bambini con febbre riceve un trattamento sintomatico corretto per la malaria nelle prime 24 ore dall’insorgenza della febbre[3].

Si stima che solo il 10% del personale medico e paramedico necessario, con adeguata formazione, sia, effettivamente, disponibile. Il MOH ha elaborato un piano di sviluppo delle risorse umane che, come gli altri documenti di politica e pianificazione sanitaria elaborati a livello centrale, è palesemente irrealistico e staccato dalla realtà[14].

Nel 2006, nel paese esistevano 15 scuole per personale paramedico che offrivano 33 corsi di formazione. Attualmente il numero delle Scuole è salito a 32. Di queste, solamente 23 sono funzionanti e, per lo più, formano personale di primo livello[15]. La maggior parte degli istituti è gestita da ONG straniere ed ha docenti provenienti, soprattutto, da Kenya e Uganda. Sulla carta, il Sud Sudan ha tre facoltà di medicina (Colleges of Medicine): a Juba, Malakal e Wau. Quelli di Malakal e Wau non sono operativi. Il College of Medicine di Juba è attivo ma i livelli operativi e qualitativi sono infimi.

La mancanza di **farmaci** essenziali nelle strutture sanitarie, anche per periodi prolungati, costituisce la regola, non l'eccezione. Il sistema usato per la distribuzione dal centro alla periferia è quello dei "kit" che contengono, per tutte le unità dello stesso livello, la stessa gamma di farmaci, nelle stesse quantità. Questo facilita, almeno in parte, la logistica ma non tiene in nessun conto delle differenti necessità, quantitative e qualitative di ogni diversa unità dislocata nelle diverse aree del paese.

La spedizione dei kit, che dovrebbe avvenire ogni tre mesi, è irregolare. Lo stesso Ministero non conosce il numero preciso di unità da servire perché l'elenco non è aggiornato[3].

Vari donatori, direttamente o attraverso ONG, acquistano farmaci e li forniscono alle strutture nelle quali operano. Gli acquisti vengono effettuati all'estero o, quando possibile, sul mercato privato locale.

La situazione potrebbe ulteriormente aggravarsi nei prossimi mesi. Fino ad ora, infatti, l'approvvigionamento di farmaci per il settore pubblico, a livello nazionale, è stata una responsabilità del MDTF che, dal 2006, ha speso circa 30 milioni di US\$ a questo scopo[16]. Il MDTF chiuderà i battenti nei prossimi mesi. Non sembra che il Governo sia in grado di assumersi questa responsabilità e di coprirne i costi.

Il sistema sanitario è finanziato da tre fonti: governo, donatori e cittadini. La percentuale del bilancio dello stato destinata alla sanità è passata dal 7,9% nel 2006 al 4,2% nel 2009, l'ultimo anno per cui sono disponibili dati ragionevolmente affidabili[17]. Il 55% del bilancio sanitario governativo, nel 2009, è stato utilizzato per pagare gli stipendi del personale ospedaliero; il 31% è andato agli ospedali terziari e secondari; alle istituzioni sanitarie di livello inferiore (Primary Health Care Centers e Primary Health Care Units) è

andato il 3,8%, che equivaleva a circa 0,4 US\$ per persona[17]. Anche il finanziamento sanitario fornito dai donatori è in diminuzione: dai 214,8 milioni di US \$ del 2009 si è passati ai 169 del 2010[3].

L'articolo 35 della Costituzione stabilisce che i servizi sanitari siano erogati gratuitamente. In realtà, la maggior parte delle unità sanitarie applica tariffe arbitrarie, senza alcuna relazione coi costi dei servizi resi. Non sorprendentemente, l'utilizzo dei fondi raccolti rimane oscuro. Uno studio realizzato nel 2008 ha rilevato che i tre quarti dei pazienti intervistati all'uscita da unità sanitarie, avevano pagato per i servizi ricevuti[18]. La spesa sanitaria totale non è conosciuta a causa della disponibilità parziale dei dati riguardanti i donatori e della totale mancanza di dati sulla spesa dei cittadini.

L'importanza del **settore sanitario privato non lucrativo** è notevole ma i suoi contorni sono confusi. Il **settore privato a scopo di lucro**, anch'esso dai contorni sfumati e poco conosciuti, è in rapido e caotico sviluppo. E' rappresentato da numerose "cliniche", gestite sia da medici che da infermieri, sia Sud Sudanesi che stranieri (soprattutto Kenya e Uganda, ma anche Etiopia, Eritrea e Cina).

Ancor più numerosi sono i punti di vendita di farmaci, che vanno da farmacie con locali più o meno idonei a chioschi gestiti da personale senza alcuna qualifica (*drug shops*) a banchetti situati nei mercati o ai bordi delle strade urbane. I farmaci venduti sono di dubbia efficacia e di dubbia provenienza. Molte delle unità sanitarie private sono gestite da personale impiegato in strutture pubbliche.

Gli **indicatori sanitari** del Sud Sudan sono fra i peggiori al mondo. La **Tabella 1** riporta i principali, la fonte da cui provengono e l'anno cui si riferiscono. I dati riguardanti la mortalità sono retrospettivi. Quelli riguardanti il Sud Sudan, quindi, risalgono a prima del 2006. Non ci sono ragioni per ritenere che siano migliorati.

Tabella 1. Principali indicatori sanitari in Sud Sudan e nell'Africa Sub-Sahariana

Indicatore	Valore in Sud Sudan (2006)	Valore per l'Africa Sub Sahariana
Mortalità dei bambini al di sotto di un anno di età (Infant Mortality Rate -IMR-)	102 / 1000 nati vivi	76 (2010)
Mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni di età (Under 5 mortality rate)	135 / 1000 nati vivi	121 (2010)

Mortalità materna (Maternal Mortality Ratio)	2.054 / 100.000 nati vivi	640 (2008)
Speranza di vita alla nascita	42 anni	54 anni (2010)
Fonte	Sudan Household Health Survey (Southern Sudan Report), 2006[19]	UNICEF State of the World Children, 2012[20]

Per i diversi periodi cui i dati si riferiscono e per le differenti metodologie con cui sono stati raccolti, il paragone fra i due set di dati (Sud Sudan e Africa Sub-Sahariana) è improprio. Viene qui proposto a scopo puramente indicativo.

Anche i più importanti indicatori sociali e di sviluppo, importanti determinanti della salute, riportati nella **Tabella 2**, sono fra i peggiori del mondo e testimoniano di una situazione che richiederà decenni di sforzi sostenuti per migliorare in modo significativo.

Tabella 2. Principali indicatori sociali

Indicatore	WB 2012	Censimento 2008
Tasso di alfabetizzazione della popolazione al di sopra dei 15 anni	27 %	27%
Tasso di alfabetizzazione della popolazione maschile	40%	44%
Tasso di alfabetizzazione della popolazione femminile	16%	30%
Popolazione con accesso ad acqua potabile	55%	50%
Popolazione con accesso ad acqua potabile a più di un'ora di cammino (andata e ritorno)	38%	-
Popolazione che dispone di latrine adeguate	20%	24%
Popolazione urbana che possiede un telefono	59%	23%
Popolazione rurale che possiede un telefono	8%	4%
Popolazione urbana	15%	13%
Popolazione rurale	85%	87%

Fonti: World Bank: South Sudan Economic Overview, 2012; SSCSE, 2010, Southern Sudan Counts: Tables from the 5th Sudan Population and Housing Census, 2008

Maurizio Murru, medico di sanità pubblica

Bibliografia

1. [Country Operations Profile](#). South Sudan. UNHCR, 2012.
2. Southern Sudan Counts: Tables from the 5th Sudan Population and Housing Census, 2008. SSCCSE (Southern Sudan Centre for Census, Statistics and Evaluation), 2010.
3. Health Sector Development Plan, 2011 - 2015. Transforming the Health System for Improved Services and Better Coverage. MOH (Ministry of Health), 2011.
4. [Joshua Project](#), 2012, South Sudan.
5. [Viewpoint: South Sudan has not lived up to the hype](#). BBC, 26.06. 2012 .
6. [Can Sudan's oil feed north and south?](#). BBC, 04.07.2011.
7. [South Sudan Economic overview](#). World Bank, 2012.
8. Sud Sudan: Indépendance et menace de guerre. Le Monde, 08-09.07.2012.
9. Republic of South Sudan, 2012. Press release: South Sudan reaches oil deal with Sudan: secures low pipeline fees.
10. Maxwell D, Kirsten G, Santschi M. Livelihoods, basic services and social protection in South Sudan. Feinstein International Center, 2012: Working Paper 1.
11. [South Sudan officials "stole \\$ 4 billion"](#). BBC 06.06.2012.
12. [Soudan du Sud; Le président Salva Kiir dénonce la corruption dans son pays](#). RFI (Radio France Internationale), 06.06.2012.
13. 2011 Report on International Engagement in Fragile States, Republic of South Sudan. OECD, 2011.
14. Brookings Africa Growth Initiative, 2012, One year after independence: opportunities and obstacles for Africa's newest country, June 2012
15. Strategic Plan for Human Resource for Health, 2007 - 2017. MOH (Ministry of Health), 2007.
16. Green A. Health Care in South Sudan at a crossroads. The Lancet 2012; 1578. doi:10.1016/S0140-6736(12)60661-8.
17. Sudan Household Health Survey, (Southern Sudan Report). MOH-GOSS, SSCCSE, 2006.
18. Southern Sudan Health Financing Study. Health Systems for Outcomes Publication. World Bank, 2009.
19. Sudan Household Health Survey, (Southern Sudan Report).MOH-GOSS, SSCCSE, 2006.
20. The State of the World's Children 2012, Children in an Urban World. New York: UNICEF, 2012.