

✘ Enrico Tagliaferri

Venti anni dopo Mandela il Sudafrica ha vissuto un'importante crescita economica, ma le diseguaglianze sociali sono aumentate con gravi conseguenze per la salute della popolazione. Il sistema sanitario pubblico, in cui lavora circa il 30% dei medici, rimane l'unico fornitore di servizi per più di 40 milioni di sudafricani che non hanno assicurazione e che costituiscono l'84% della popolazione. Il restante 17% della popolazione ha un'assicurazione che permette loro di usufruire dei servizi privati dove lavora il 70% dei medici.

---

**Venti anni sono trascorsi dalla fine del regime dell'Apartheid, nel 1994. Una legislazione liberale è stata introdotta al posto delle discriminazioni basate sul colore della pelle e il paese ha vissuto un'importante crescita economica, ma per molti sudafricani non vi è stato un significativo miglioramento delle condizioni socio-economiche e quindi del loro stato di salute.[1]**

Quando una parte rilevante della popolazione è in estrema povertà, come ancora oggi in Sudafrica, lo stato di salute è influenzato principalmente da bisogni primari come acqua potabile, adeguata alimentazione, igiene, condizioni abitative dignitose, accesso a vaccinazioni, scuola di base, lavoro. A livelli meno estremi di povertà la salute è influenzata soprattutto dall'accesso a servizi sanitari di base di qualità.

**In questi 20 anni è stata adottata una politica di sovvenzioni sociali per i disoccupati, gli anziani, i disabili e i minori, il *National System of Social Grants*, che ha ridotto la povertà assoluta e permesso la formazione di una classe media nera, ma il 45% della popolazione vive ancora con circa 2 dollari al giorno, la soglia per la definizione di povertà, e 10 milioni di sudafricani vivono con meno di un dollaro al giorno, considerato il minimo per avere di che mangiare.** Inoltre, la diseguaglianza sociale è aumentata. Il coefficiente di Gini, che esprime il grado di diseguaglianza nel reddito all'interno di una popolazione (0 perfetta parità, 1 massima diseguaglianza), è infatti passato da 0,6 nel 1995 a 0,7 nel 2009. Detto diversamente, il 10% più ricco dei sudafricani guadagna il 53% del reddito, il 70% più povero guadagna il 17% del reddito. Ancora nel 2009 la mortalità infantile era 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 erano enormemente superiori rispetto a quelli dei bambini bianchi (28,4% vs 1,1%) e la speranza di vita alla nascita delle donne bianche era del 50% più lunga delle donne nere.[2]

**Il Sudafrica ha lo 0,7% della popolazione mondiale ma il 17% dei casi di infezione da HIV.** Purtroppo durante la presidenza Mbeki, il negazionismo e le false credenze hanno fatto perdere tempo prezioso nella lotta all'infezione, ma in seguito il Sudafrica ha cercato di far fronte all'epidemia, anche grazie agli importanti aiuti dei donatori internazionali. Tuttavia, si stima che dei circa 6 milioni di persone con infezione da HIV, più della metà ancora non riceve la terapia. Ricordiamo che la terapia è in grado, nella maggior parte dei casi, di abbattere il virus circolante e ripristinare valori accettabili di linfociti CD4, le cellule del sistema immunitario colpite dall'HIV che ci difendono da infezioni e tumori. È ovvio quindi che la terapia venga offerta in primo luogo a chi ha bassi valori di CD4 e manifestazioni cliniche che possono arrivare a configurare la sindrome da immunodeficienza acquisita, l'AIDS. Tuttavia, esiste ormai una solida evidenza scientifica a supporto di un inizio precoce della terapia in tutti i casi di infezione da HIV, a prescindere dai valori immuno-virologici.[3] **Per questo oggi la maggior parte delle linee guida concorda nel raccomandare la terapia in tutte le persone con infezione da HIV, il più precocemente possibile.** Poiché la terapia abbatta la quantità di virus nei fluidi biologici e quindi riduce il rischio di trasmissione, estendere la terapia a tutti gli HIV positivi è ancora più importante in un paese ad alta prevalenza come il Sudafrica. L'incidenza delle nuove infezioni è ancora molto alta, soprattutto nei sobborghi delle grandi città, a causa di un aumento della promiscuità sessuale, un minor utilizzo del profilattico e insufficienti campagne di prevenzione.[4]

**Il Sudafrica deve inoltre affrontare una delle peggiori epidemie di tubercolosi del mondo. L'incidenza di tubercolosi è passata da 300 per 100.000 abitanti nei primi anni '90, a 600 per 100.000 nei primi anni 2000 e 950 per 100.000 nel 2012.** In questo aumento ha giocato sicuramente un ruolo principale la diffusione dell'HIV con conseguente immunodepressione. Ricordiamo però che la tubercolosi è una classica malattia della povertà influenzata fortemente dai determinanti sociali. A complicare ulteriormente la situazione, il Sudafrica ha un numero altissimo di infezioni da ceppi tubercolari MDR (*multidrug-resistant*, cioè resistenti a isoniazide e rifampicina, i due antitubercolari maggiori) e XDR (*extensively drug-resistant*, cioè resistenti anche ai chinoloni e ad un iniettabile di seconda linea). Questi casi necessitano di trattamenti molto più complessi, lunghi e costosi, hanno un'altissima mortalità e rappresentano un gravissimo problema di sanità pubblica.

**Il sistema sanitario pubblico, in cui lavora circa il 30% dei medici, rimane l'unico fornitore di servizi per più di 40 milioni di sudafricani che non hanno assicurazione e che costituiscono l'84% della popolazione.** Il restante 17% della popolazione ha un'assicurazione che permette loro di usufruire dei servizi privati dove lavora il 70% dei

medici. Molte delle strutture pubbliche versano in condizioni di abbandono e incuria a causa di cattiva gestione e scarsità di fondi. **Dal 2011 è in corso la sperimentazione di un modello di assicurazione nazionale, *National Health Insurance*, che ha lo scopo di rendere universalmente accessibili i servizi sanitari di base, ma si tratta al momento di progetti pilota.** La mortalità neonatale, infantile e sotto i 5 anni è diminuita negli ultimi anni dopo un iniziale peggioramento, attribuito al negazionismo della presidenza Mbeki e al ritardo nell'affrontare l'epidemia da HIV. (Tabella 1)

**Tabella 1. Sudafrica. Speranza di vita alla nascita e mortalità. Anni 1995-2012.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**In questi 20 anni è cambiato il peso delle diverse malattie.** Come causa di morte prematura è schizzato al primo posto l'HIV/AIDS ed è aumentato il peso della morte violenta, degli incidenti stradali, del diabete e di altre malattie non trasmissibili. In particolare, il peso crescente delle malattie non trasmissibili per effetto dell'aumento dell'aspettativa di vita, provocherà in Sudafrica come negli altri paesi in via di sviluppo, un aumento del carico di lavoro per sistemi sanitari già in grave difficoltà. Il numero dei medici è aumentato del 18% dal 2000 al 2012 ed è aumentato il numero dei medici donna, neri e appartenenti ad altri gruppi non bianchi. Tuttavia tale incremento non è molto diverso dal tasso di crescita della popolazione generale, che dal 2003 al 2013 è aumentata del 14%, con il risultato che il numero di medici per 1000 abitanti è rimasto sostanzialmente stabile, 0,76 nel 2011. Un programma avviato da Mandela negli anni '90 consiste essenzialmente nel formare a Cuba nuovi medici sul modello della Primary Health Care. Alcuni però hanno sollevato dubbi sull'opportunità di formare all'estero circa la metà dei medici sudafricani, piuttosto che rafforzare le scuole mediche nazionali. Sono stati formati molti più infermieri che sono aumentati del 40% dal 2003 al 2012. Questo è un dato che fa ben sperare se si considera ad esempio che proprio in Sudafrica è stato dimostrato che anche la terapia per l'HIV, considerata tradizionalmente di pertinenza medica specialistica, può essere gestita dall'infermiere come e meglio che dal medico.[5] Il problema della carenza di personale è aggravato dall'emigrazione di medici e infermieri. Si stima che il Sudafrica abbia perso il 30% dei propri medici a favore di USA, Canada, Regno Unito e Australia.

**Alcuni ritengono che passare dalla visione socialista di Nelson Mandela a quella neoliberista di Thabo Mbeki abbia portato crescita economica ma un peggioramento delle diseguaglianze con conseguenze sullo stato di salute della popolazione più svantaggiata.** La corruzione dilagante nella classe politica attuale ha portato ad una diffusa sfiducia da parte della popolazione, come è evidente dai risultati delle

ultime elezioni politiche, nel 2014, quando i votanti sono stati il 59,3% degli aventi diritto, rispetto all'85,5% del 1994, e l'African National Congress ha ottenuto il 36,4% dei consensi contro il 53% del 1994.

**Per migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione la classe politica sudafricana dovrà riacquistare credibilità e adottare misure volte a ridurre le disuguaglianze sociali.**

Enrico Tagliaferri, infettivologo, Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana

### **Bibliografia**

1. Mayosi BM et al. Health and health care in South Africa - 20 years after Mandela. *N Engl J Med* 2014;371(14):1344-53. doi: 10.1056/NEJMs1405012.
2. Maciocco G. [Un migliore futuro per la sanità del Sudafrica?](#) *Saluteinternazionale.info*, 02.11.2009
3. Grinzstein B et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* 2014;14(4):281-90. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70692-3.
4. Lastrucci V e Caldes MJ. [Sud Africa. I progressi e le sfide.](#) *Saluteinternazionale.info*, 06.06.2014
5. Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *Lancet* 2012; 380(9845):889-98. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60730-2.