 Adriano Cattaneo

Il rapporto pubblicato da *Lancet* rappresenta un importante punto di partenza se si vuole discutere su cosa fare per migliorare lo stato di salute nei paesi dell’Africa Sub-Sahariana. L’analisi dei problemi è buona e completa, più discutibili sono le proposte sul che fare, compresa la possibilità di raggiungere gli Obiettivi per uno Sviluppo Sostenibile per il 2030. Ma vi è una base dalla quale chi è disposto a dare un contributo può partire. Tenendo presente che qualsiasi intervento deve poi essere calato in realtà locali che sono molto variabili, sia tra paesi che all’interno dei paesi, e dovrà quindi essere adattato in un’ottica di sistema complesso.

Il *Lancet* ha messo in piedi nel 2013 una commissione sul futuro della salute nell’Africa Sub-Sahariana (ASS). I 25 membri di questa commissione, in gran parte africani dei paesi interessati (anche se alcuni risiedono e lavorano in università e istituti di paesi ad alto reddito, ma uno dei 25 membri lavora per la multinazionale Unilever), si sono riuniti tre volte per condividere dati ed esperienze, e sono stati intervistati tra marzo e maggio del 2015, prima dell’ultimo incontro a Londra, per fornire delle previsioni su come potrebbe essere la salute dei cittadini dei 49 paesi della regione nel 2030, alla scadenza degli **Obiettivi per uno Sviluppo Sostenibile (OSS)**. Alla fine di questo percorso, un gruppo ristretto ha scritto un rapporto di 57 pagine, pubblicato nel settembre del 2017.[\[1\]](#) Vale la pena leggerlo, anche se, a mio parere, “lo spirito di cauto ottimismo basato sulle evidenze” asserito dagli autori, dovrebbe essere bilanciato da un po’ di sano scetticismo.

Il rapporto, nelle sue componenti analitiche, è un buon compendio di tutto ciò che si sa sullo stato di salute in ASS. Sono ben discussi gli indicatori di salute materno infantile, il peso delle malattie infettive, il crescente fardello delle malattie non trasmissibili,

compresa la salute mentale, i principali determinanti sociali, economici ed ambientali di malattia, le carenze dei sistemi sanitari, la scarsità di personale e la spesa insufficiente per abitante. Sono ben spiegate anche le diseguaglianze tra sotto regioni (Occidentale, Centrale, Orientale e Meridionale), tra paesi e all'interno dei paesi. Le parti più discutibili, ovviamente, riguardano le previsioni per il futuro e le azioni da intraprendere per migliorare la salute e ridurre le iniquità. Mi limito perciò a commentare alcuni punti del rapporto che mi hanno lasciato perplesso, nell'ambito di un giudizio prevalentemente positivo, lasciando al lettore la curiosità di leggersi l'intero rapporto (vedi Risorse).

Figura 1. Transizione demografica in Africa sub-Sahariana



 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in alcuni paesi dell'Africa Sub-Sahariana e in altre aree del mondo. 1980 - 2014.

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

- 1. Il primo paragrafo dell'introduzione ricorda la pesante eredità del passato;**

cita, oltre alle malattie infettive, alla mortalità materna e infantile, e alla malnutrizione, il colonialismo (con l'impronta tuttora evidente delle metropoli sui sistemi sanitari) e le recenti turbolenze politiche, ma non il commercio di schiavi. Eppure, se la povertà è il primo dei determinanti sociali della salute, è proprio dai milioni di schiavi trasferiti dai negrieri principalmente nelle Americhe (senza contare quelli finiti in fondo agli oceani), che bisognerebbe cominciare. La bibliografia sull'impoverimento dell'ASS causato dalla tratta di schiavi è vasta; mi limito a ricordare i primi due testi che ho letto da giovane sull'argomento, uno dei quali ripubblicato recentemente,[2] mentre l'altro, che io sappia, non è mai stato tradotto in italiano, ma si può scaricare liberamente da internet.[3] E non bisogna dimenticare che, sotto altre forme, la riduzione in schiavitù esiste tutt'oggi e sembra essere concentrata dove peggiore è lo stato di salute, e cioè in ASS e nel subcontinente indiano.[4] Non essendo citata tra i determinanti di salute, la riduzione in schiavitù non è nemmeno contemplata tra i problemi da risolvere per una migliore salute in ASS entro il 2030.

2. **Gli interventi proposti ricadono tutti entro 12 strategie identificate come essenziali per il raggiungimento degli OSS:** controllo delle malattie trasmissibili, prevenzione di epidemie, riduzione della mortalità materno infantile, riduzione della fertilità, riduzione del fumo, riduzione dei fattori di rischio per le malattie non trasmissibili e per la salute mentale, cure essenziali per le malattie non trasmissibili e la salute mentale, riduzione degli incidenti stradali e della violenza, eliminazione della fame e della denutrizione, accesso universale ad acqua pulita e appropriata eliminazione degli escreti e dei rifiuti, città più salutari, e mitigazione dei cambiamenti climatici e del degrado ambientale. E fin qui va bene, anche se scorrendo la lista si ha la sensazione che si tratti di proposte troppo ambiziose. Quello che lascia perplessi è l'elenco delle iniziative che dovrebbero essere preposte alla messa in pratica di queste strategie. Si tratta di una serie di accordi, alleanze, charter, dichiarazioni, fondi, campagne, piani, programmi, *framework* e *facilities*, alcuni globali e ben noti, altri continentali e regionali meno noti, che ricordano la miriade di iniziative che hanno mancato, in ASS, il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. È lecito chiedersi come potranno queste iniziative, che difficilmente si coordineranno per una gestione comune dei problemi a partire dal rafforzamento dei governi e dei sistemi sanitari nazionali, contribuire al raggiungimento degli OSS per il 2030.

Figura 3. Localizzazione dei medici africani 5 anni dopo laurea

✖ Cliccare sull'immagine per ingrandirla

3. **Tutte le proposte del rapporto, basate giustamente sulla copertura universale con servizi di *primary health care* centrati sulla persona e sul controllo dei determinanti sociali, economici ed ambientali della salute, richiedono una generosa iniezione di denaro per essere realizzate. Difficile però capire da dove potrebbero arrivare questi finanziamenti.** Un articolo pubblicato sul Lancet nel 2017,[\[5\]](#) e già commentato su questo blog,[\[6\]](#)> stima per esempio che in Somalia la spesa sanitaria pro capite potrebbe passare da 33 a 42 (range 23-72; potrebbe cioè anche diminuire) dollari l'anno tra il 2015 e il 2040. Stime simili, ovviamente su diversi ordini di grandezza, per altri paesi dell'ASS. Come faranno questi paesi, con questi finanziamenti, a mettere in pratica le ambiziose proposte del rapporto?
4. **Gli autori riconoscono che nei paesi con conflitti in atto sarà in ogni caso difficile raggiungere gli OSS per il 2030.** Il problema è che vi sono conflitti in atto in moltissimi paesi dell'ASS e che non si vedono all'orizzonte, per lo meno a breve termine, soluzioni di questi conflitti. Le proposte del rapporto valgono solo per quei paesi dove le popolazioni vivono in relativa pace?
5. **Non ci sono solo i conflitti armati. La concentrazione di potere e ricchezza nelle mani di poco passa attraverso conflitti che non fanno uso di armi.** Gli autori del rapporto propongono una redistribuzione del potere e della ricchezza che favorisca i cittadini finora esclusi dalle decisioni relative ai servizi sanitari e sociali. Si tratta di una ridefinizione di quanto prospettato 40 anni fa dalla Dichiarazione di Alma Ata. Allora non fu possibile andare nella direzione proposta. Perché dovrebbe essere possibile nel prossimo decennio? Ci vorrebbe una rivoluzione che al momento sembra alquanto improbabile.
6. **E se la rivoluzione è improbabile, meglio le riforme.** Gli autori del rapporto, per esempio, prendono atto dell'esistenza di un settore privato per la salute in ASS; più o meno forte in relazione al sistema pubblico, più o meno for-profit o not-for-profit, più o

meno locale e nazionale o globale. Consci del fatto che il settore privato può offrire dei vantaggi, ma può anche e molto più spesso rappresentare un problema, gli autori del rapporto propendono per una maggiore regolamentazione del settore privato, con relativo monitoraggio. La domanda è: quali governi di paesi dell'ASS sono in grado di imporre tali regole, sia alla miriade di operatori locali, sia e soprattutto alle imprese sovranazionali? Le quali a volte usano alcune delle iniziative citate al punto 2 come cavalli di Troia.

7. **Una breve sezione del rapporto è dedicata alla corruzione e ai suoi effetti deleteri.** Le proposte per ridurla si limitano però a richiamare l'etica, la trasparenza e l'obbligo di rendicontazione. Richiami che rischiano di cadere nel vuoto, nonostante un paio di esempi positivi citati dagli autori per l'Etiopia e il Senegal.
8. **Gli autori riconoscono l'importanza della cooperazione internazionale, ma ne denunciano i ben noti limiti.** Tra le raccomandazioni per una rinnovata cooperazione elencano la necessità di applicare i seguenti principi:[\[7\]](#)
 - Dare sostegno a una singola strategia nazionale per la salute.
 - Inserire tutti i finanziamenti per la salute nel bilancio nazionale.
 - Armonizzare ed allineare i finanziamenti con i sistemi di gestione nazionali.
 - Armonizzarli ed allinearli con i sistemi nazionali di approvvigionamento e fornitura.
 - Usare una singola piattaforma di informazione e rendicontazione.
 - Dare sostegno a una cooperazione sud-sud.
 - Fornire un'assistenza tecnica ben coordinata.

Quanti donatori ed attori della cooperazione internazionale sono disposti ad applicare questi principi?

Figura 4. Distribuzione degli operatori sanitari in varie aree del mondo.



 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 5. Cooperazione sanitaria internazionale, per malattie (anni 1990-2012)

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Per concludere, il rapporto rappresenta un importante punto di partenza se si vuole discutere su cosa fare per migliorare lo stato di salute nei paesi dell'ASS. L'analisi dei problemi è buona e completa, più discutibili sono le proposte sul che fare, compresa la possibilità di raggiungere gli OSS per il 2030. Ma vi è una base dalla quale chi è disposto a dare un contributo può partire. Tenendo presente che qualsiasi intervento deve poi essere calato in realtà locali che sono molto variabili, sia tra paesi che all'interno dei paesi, e dovrà quindi essere adattato in un'ottica di sistema complesso.

Adriano Cattaneo, epidemiologo, Trieste

Risorse

[The Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa](#). [PDF: 2 Mb]

Bibliografia

1. Agyepong IA, Sewankambo N, Binagwaho A et al. The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2017; 390: 2803-59.
2. Davidson B. Madre nera. L'Africa nera e il commercio degli schiavi. *Res Gestae*, 2013
3. Rodney W. [How Europe underdeveloped Africa](#) [PDF: 1 Mb]. Tanzania Publishing House, 1973.

4. Global Slavery Index 2016. [A country by country estimate of the number of people living in modern slavery today.](#)
5. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389: 2005–30.
6. Adriano Cattaneo. [Come si finanzia la salute globale.](#) *SaluteInternazionale*, 31.05.2017
7. IHP+. [Seven behaviours: how development partners can change for the better.](#) 2016.