

# Politiche sanitarie a Zanzibar tra il 2002 al 2019

di Ginevra Del Mastio

*Estratto della tesi di laurea in “Sviluppo Economico e Cooperazione Internazionale” (Università di Firenze) di Ginevra Del Mastio su: “L’incidenza dell’accesso ai farmaci sull’isola di Pemba sull’efficacia delle politiche sanitarie del Governatorato di Zanzibar” (A.A 2018/2019) – Prima parte.*

Le politiche sanitarie del Governatorato di Zanzibar sono da sempre al centro dell’attenzione della Fondazione Ivo De Carneri che, operando sull’Isola di Pemba, si trova a confrontarsi quotidianamente con la loro applicazione. L’articolo analizza il livello di efficienza e di efficacia dei tre piani di riforma del settore sanitario pubblico, realizzati dal Governo Rivoluzionario di Zanzibar tra il 2002 al 2019.

## Introduzione e obiettivi.

Il periodo d’indagine inizia dall’anno in cui è stato redatto il Primo Piano per la riforma del sistema sanitario (Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan I<sup>1</sup>) e termina nel Novembre 2019, ovvero nel momento in cui il terzo piano (Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III<sup>2</sup>) si è concluso. Ad una rassegna di carattere conoscitivo, si tenta di unire un’analisi della declinazione operativa dei tre piani strategici nel contesto della Regione, evidenziando gli aspetti positivi e negativi emersi dalle valutazioni finali realizzate dallo stesso Ministero della Salute a conclusione del periodo di implementazione dei primi due Piani, dalla valutazione di medio periodo elaborata nel 2017<sup>3</sup> relativa all’implementazione del Terzo Piano e dalle interviste realizzate direttamente in loco con il personale medico-sanitario locale alla fine del 2019.

## Riferimenti nazionali ed internazionali delle politiche sanitarie.



Il Ministero della Salute è l’istituzione pubblica preposta alla formulazione delle analisi politiche e alla redazione dei piani strategici per la gestione del settore sanitario, nell’ambito dei quali vengono definiti gli standard di qualità per l’implementazione delle procedure mediche, per l’uso efficiente delle risorse finanziarie disponibili e per la coordinazione delle attività di primo soccorso, di ricerca e di prevenzione.

Ciascuno di questi ambiti d’interesse è stato oggetto di tre Piani di Riforma, realizzati ed implementati dal Ministero della Salute tra il

<sup>1</sup> M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan I,» Stone Town, 2002.

<sup>2</sup> M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III,» Stone Town, 2002.

<sup>3</sup> M. o. Health, «Mid-Term Evaluation of ZHSRSP III,» Stone Town, 2017

2002 ed il 2018 sulla base degli indirizzi forniti da alcuni documenti di rilevanza nazionale ed internazionale, quali: Millennium Development Goals, African Health Strategy 2007-2015, Paris Declaration, Accra Accord, Zanzibar Vision 2020, Zanzibar Strategy for Growth and Reduction of Poverty I & II.

### **Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan I –II.**

Come già precedentemente ricordato, nel 2002 a Zanzibar prende avvio, su iniziativa del Ministero della Salute, un progetto di riforma del settore sanitario, concretizzatosi nell'elaborazione dello Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan I 2002/03-2006/07. Gli obiettivi perseguiti da questo progetto erano, da un lato il miglioramento a livello distrettuale della pianificazione dei servizi sanitari, dall'altro la fornitura della stessa qualità di prestazioni mediche a tutta la popolazione.

Tuttavia, secondo quanto emerge dalla lettura del report realizzato dai tecnici della Danish International Development Agency (DANIDA) nel 2005<sup>4</sup>, su richiesta del Ministero della Salute zanzibariano, lo ZHSRSP 2002/03-2006/07 non è stato implementato come da programma.

È questa la ragione per cui il Ministero stesso ha deciso di porvi termine un anno prima della scadenza prevista e di pubblicare il Secondo Piano per la Riforma del settore Sanitario.

Gli obiettivi previsti dal Secondo Piano erano in sintesi quello di incrementare l'utilizzo dei contraccettivi al 20% entro il 2010; di ridurre la morbilità e la mortalità causate dalla malaria del 28% entro il 2010; di abbassare la presenza di Schistosomiasi al 15%, di diminuire il numero di casi di Lebbra a meno di 1 su 10.000; di ridurre il tasso di rallentamento della crescita al 10%; di aumentare il tasso di guarigione per gli affetti da TB all'85% ed infine accrescere la copertura immunitaria nei bambini al 98%.

Terminato il periodo di implementazione del Secondo Piano<sup>5</sup>, il Ministero della Salute ha eseguito una valutazione degli obiettivi raggiunti. Da quanto emerge nella Sezione tre del testo<sup>6</sup>, gli standard proposti dalle autorità competenti, si sono rivelati piuttosto ambiziosi e difficilmente perseguibili. Per quanto concerne l'ambito della salute infantile e riproduttiva, gli sforzi realizzati per la diffusione di metodi di *family planning* risultavano ancora insufficienti al momento della valutazione. Per quanto riguardava invece il tema della copertura immunitaria, la copertura per Penta 3 (tetano, pertosse, difterite) era scesa dall'89% del 2010 all'85,2% del 2011. Una dinamica inversa emergeva invece per la vaccinazione contro il morbillo, con un aumento che andava dal 77.7% del 2010 all'85.7% del 2011. In generale si trattava di percentuali comunque inferiori al target del 98% previsto dal Piano. Infine veniva analizzato il tema della cura delle malattie trasmissibili: si registrava infatti un'adeguata implementazione sia del programma per il controllo dell'HIV, TB e Lebbra, che di quello per la cura della malaria.

---

<sup>4</sup> "Health Sector Reform Strategic Plan 2002/03 – 2006/07 is comprehensive but ambitious and may need a longer time frame for its implementation. MOHSW recognizes this and may consider prioritizing the 5 year strategic plan into realistic prioritized action plans." (Danida technical assistance report 2005)

<sup>5</sup> M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan II,» Stone Town, 2006.

<sup>6</sup> M. o. Health, «Section Three: Performance of HSRSP II 2006/07-2011/12,» Stone Town, 2006.

### **Lo Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III.**

Le potenzialità e le carenze sottolineate dalla valutazione degli obiettivi raggiunti dal Secondo Piano, hanno rappresentato per il Ministero della Salute, la base di partenza per la stesura dello Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III. Le tematiche affrontate nell'ambito di questo terzo piano strategico, sono infatti in buona parte coincidenti con quelle del secondo, seppur adattate ai cambiamenti intercorsi negli anni di implementazione delle attività di quest'ultimo.



Dal punto di vista della diffusione dei metodi di *family planning* l'obiettivo cruciale era quello inerente alla diffusione dei metodi di contraccezione al 25% entro il 2019. Per quanto concerneva il tema del *nutritional status* della popolazione invece, secondo quanto emergeva dal Piano, il 30% dei bambini a Zanzibar soffriva di un rallentamento della crescita, mentre il 20% era sottopeso. La presenza di malnutrizione acuta era di circa il 4,5%, cioè affliggeva circa 9.500 bambini. L'obiettivo principale in quest'ambito era quello di migliorare del 70% il *nutritional status* della popolazione di Zanzibar. Un ulteriore aspetto concerneva il controllo delle *Tropical Neglected Disease (TND)*, un gruppo di infezioni invalidanti che affliggono più di un miliardo di persone in tutto il mondo, principalmente povere e in special modo i bambini. Queste malattie, includono la Filariosi, la Schistomiasi, e l'Helmintiasi. L'obiettivo cruciale era quello di controllare ed eliminare all'80% la trasmissione delle TND entro il 2018.

Un altro obiettivo riguardava le malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, mentali, legate alla salute orale o al diabete). La meta stabilita dal piano era quello di fermare la crescita delle epidemie di malattie non trasmissibili del 50% entro il 2018. Infine l'ultimo obiettivo era quello dell'eliminazione al 100% della malaria.

### **La valutazione di medio periodo dello Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III.**

Nel momento in cui è stata condotta questa ricerca, non era disponibile nessuna valutazione finale e ufficiale dello "Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III". Le considerazioni seguenti si riferiscono dunque solo alla valutazione di medio periodo, realizzata per i cinque mesi che vanno da Dicembre 2016 ad Aprile 2017, voluta dal Segretariato del Ministero della salute.

Per quanto riguarda il tema della malaria, durante il periodo d'indagine l'utilizzo degli insetticidi ha raggiunto la percentuale del 90% delle *household*, mentre quella di LLINS (*Long-Lasting Insecticide Nets*) l'80%. Alla luce di questi progressi, secondo la ricerca del 2017, la presenza della malattia è stata ridotta ad un tasso inferiore all'1% e i nuovi casi sono stati scoperti solo nella regione di Kusini Unguja, dove si è registrato un tasso di incidenza dello 0,3%.

Nell'ambito della nutrizione, sono stati registrati notevoli progressi, guardando in particolare al miglioramento del *nutritional status* dei bambini. Secondo la TDHS del 2010 il 24,3% dei bambini

era sottopeso, mentre il dato è sceso al 16,7% nella TDHS del 2015, con una differenza sensibile tra la situazione di Pemba (18%) e quella di Unguja (15,9%), ma sempre con una notevole distanza dal target del 10% previsto dal Terzo Piano. Il fenomeno del rachitismo è invece sceso dal 42,3% nel 2010 al 30,5% nel 2015, ma rimane comunque lontano dal target del 12% e mostra ancora un marcata differenza tra Pemba e Unguja (rispettivamente 38% e 26%). Inoltre, una sensibile discesa si registra anche per la percentuale di bambini deperiti, con una riduzione dal 16,5% nel 2010 all'8,6% del 2015, percentuali che si confermano comunque distanti dal target programmatico del 3%.

Per quanto riguarda infine l'ambito delle *Non Communicable Disease*, la *Review 2017* evidenzia alcuni miglioramenti nella diffusione di linee guida per la gestione di queste patologie e per la realizzazione di reporting periodici.

### **Il finanziamento del settore sanitario.**

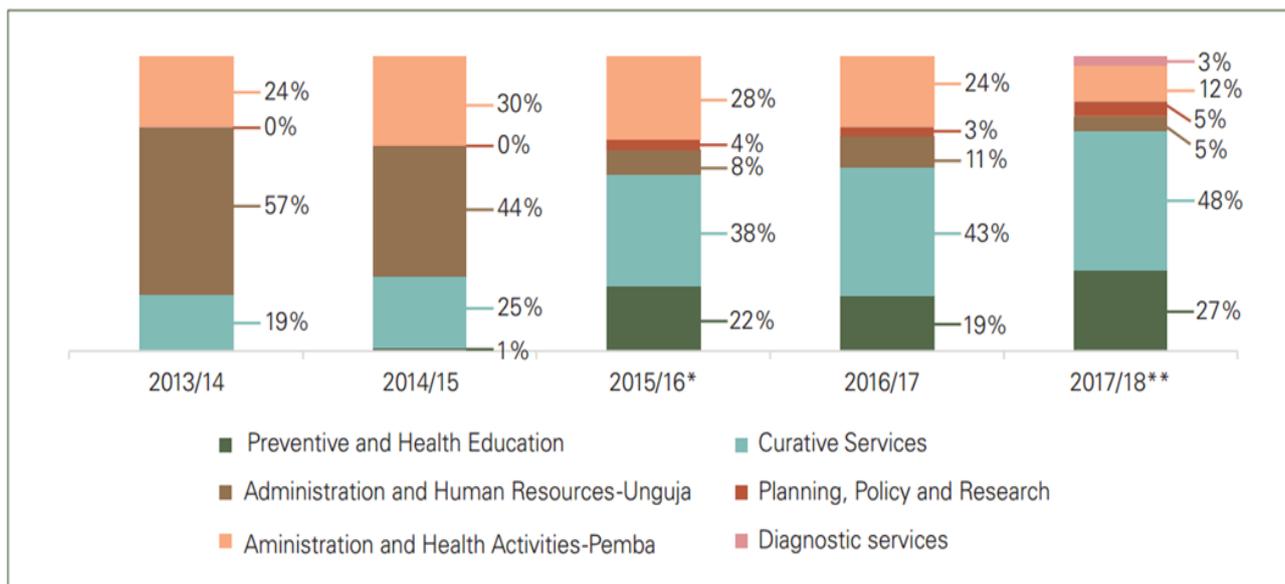
Un aspetto che rimane da valutare per avere un quadro complessivo del livello di implementazione delle politiche sanitarie nell'Arcipelago di Zanzibar, è il finanziamento del settore sanitario.

Secondo quanto emerge dallo ZHSRSP III, per il settore sanitario sono stati spesi 84.2 miliardi di scellini tra il 2017/2018, ossia circa 33 milioni di Euro per una popolazione di 1 milione 300.000 abitanti, 33 miliardi in più rispetto all'anno precedente. Si tratta di una crescita equivalente al 65% o al 62%, se aggiustata al tasso di inflazione.

Per quanto concerne la gestione finanziaria, la *Review* di medio periodo del Terzo Piano individua l'esistenza di un gap tra il budget stanziato all'inizio di ciascun anno di gestione e quello realmente erogato nonché un problema di efficienza nell'utilizzo dei fondi. Dal Terzo Piano emerge infatti come molte attività non siano finanziate secondo quanto pianificato, ad esempio: i servizi per la distribuzione dei farmaci nel 2016/17 hanno utilizzato minori risorse finanziarie di quanto non fosse stato stanziato nell'anno precedente. Un altro esempio è quello del programma di prevenzione ed educazione alla salute, che ha sfruttato solo l'1% del budget disponibile nel 2015/16 e il 15% di quello disponibile nel 2016/17.

In generale dunque, il settore della salute, mostra un livello di utilizzazione delle risorse finanziarie stanziate assai inferiore a quello di altri settori. Le ragioni di questo vanno ricercate nel fatto che gran parte dei finanziamenti al settore salute non hanno origine nazionale, bensì esterna. Ciò implica che i finanziatori internazionali che li forniscono, abbiano voce in capitolo sull'allocazione delle risorse elargite: affinché queste siano destinate ad uno specifico utilizzo è necessario infatti il consenso del donatore. Ciò rende meno fluido l'iter donazione-implementazione del servizio. Tutte queste dinamiche sono comunque subordinate alla variabilità nell'erogazione dei fondi da parte dei vari donatori.

Nel grafico seguente si mette in evidenza, per il periodo 2013/14 – 2017/18, la distribuzione delle risorse finanziarie messe a disposizione di ciascun settore operativo da parte del Ministero della Salute del Governatorato di Zanzibar. Come si può notare la distribuzione percentuale dei fondi ha subito negli anni variazioni molto sensibili, con una crescente attenzione finanziaria ai servizi di cura (*curative services*).



*Distribuzione dei fondi nel settore sanitario 2013-2018 (Ministry of Health – Mid Term Review, 2017)*

Le scelte di pianificazione finanziaria hanno un serio impatto sulla distribuzione dei servizi. L'acquisto dei medicinali e delle attrezzature mediche appare, nell'ambito del Terzo Piano, tra le voci che devono subire maggiori tagli. Il Ministero stima che il minimo ammontare annuo richiesto per garantire una copertura in termini di medicinali e dispositivi medici sia di 7,2 miliardi di scellini: nel 2015/16 ne sono stati predisposti solo 4,4, di cui soltanto 2,4 miliardi sono stati effettivamente erogati dal Ministero delle Finanze. La scarsa disponibilità di risorse ha determinato l'assenza di una parte consistente se non preponderante dei medicinali, tra cui anche quelli essenziali: si parla del 37% nel 2014/15, del 68% nel 2016/17.

Dunque, l'insufficienza delle risorse messe a disposizione del settore sanitario è la principale causa della inadeguata copertura sanitaria individuale a livello nazionale, che genera a sua volta un aumento della variabile di spesa per la salute a livello familiare.

Il *National Health Accounts (NHA) report* del 2014 stima infatti che l'esborso di denaro da parte delle famiglie rappresenti rispettivamente nel 2011/12 e 2012/13 il 24,7 % della spesa sanitaria totale. Sebbene non esistano dati più recenti sul tema, secondo la *Review* del 2017, non ci sarebbero nemmeno stati significativi cambiamenti: ciò porta a ipotizzare che il target che il Terzo Piano si prefigge, ovvero quello di accrescere la proporzione della spesa generale governativa per la salute (GGHE) rispetto alla spesa totale per il settore sanitario (THE) del 70%, non sia stato raggiunto.



### **Risultati: declinazione operativa dello Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III.**

All'analisi bibliografica delle politiche sanitarie del Governatorato di Zanzibar si aggiungono a seguire i risultati emersi dal confronto con il personale medico locale sul livello di implementazione del Terzo Piano per la riforma del sistema sanitario. È doveroso sottolineare tuttavia che ci si limita a fornire informazioni limitate ad alcuni aspetti della riforma sanitaria e non al suo insieme.

In riferimento al primo degli obiettivi proposti dallo ZHSRSP III, ovvero l'aumento dell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione all'80% entro il 2018/2019, ciò che emerge dalle interviste riguarda esclusivamente uno dei servizi sanitari a cui si fa riferimento nel documento ministeriale, ovvero quello di *family planning* (FP). Da quanto emerge nei tre piani ministeriali, una delle voci principali dei servizi di FP è quella della diffusione di metodi di contraccezione tra le donne in età fertile, che secondo lo ZHSRSP III doveva raggiungere entro il 2018/2019 la percentuale del 25%. Alla luce di quanto emerso dalla *Review* del 2017 nel periodo 2015/2016 il tasso di utilizzo dei contraccettivi era piuttosto basso (14%). Anche le interviste al personale medico locale, confermano un trend negativo, motivato dalla riluttanza da parte delle donne all'utilizzo dei vari metodi contraccettivi. In questo senso, la percentuale del 25% proposta dal Ministero appare una stima piuttosto lontana dalla realtà dei fatti. La frequenza nell'utilizzo di anticoncezionali, per quanto non sia determinata dalla loro disponibilità all'interno delle varie strutture sanitarie, pare sia limitata principalmente da un certo retaggio culturale femminile per il quale questa pratica risulterebbe sconveniente ed invisibile al coniuge. È opportuno riflettere su quanto il Ministero non abbia tenuto conto nel definire il target del 25% né dei risultati emersi dalla valutazione dello ZHSRSP II, né di quelli della *Review* del 2017.

Un altro degli obiettivi ministeriali, il cui raggiungimento è condizionato dall'assenza di medicinali adeguati, è l'eliminazione all'80% entro il 2018/2019 dei casi di *Neglected Tropical Disease*. Dalla *Review* del 2017 emerge che 637.919 persone siano state sottoposte alle cure nel 2015/2016, tuttavia non vi sono dati sufficienti per comprendere il grado di implementazione raggiunto dal programma ministeriale. Ad ogni modo, alla luce di quanto emerge dalla suddetta valutazione circa la gestione separata dei programmi per la cura delle NTD e sulla base di quanto dichiarato nelle interviste circa l'assenza di farmaci per la cura delle malattie della pelle, di cortisonici, antibiotici e antidolorifici, la percentuale dell'eliminazione all'80% delle NTD appare molto ottimistica e difficilmente sarà stata raggiunta tra il 2016 e il 2019.

Una considerazione analoga può essere fatta per il tema delle malattie non trasmissibili. A questo proposito, il target ministeriale sancito dal Ministero della Salute nello ZHSRSP III è quello della riduzione del 50% dei casi di ipertensione, anemia, diabete, problemi di salute orale, di salute mentale, obesità, polmoniti croniche ecc. Secondo quanto emerso dalla *Review* del 2017, circa un terzo della popolazione tra i 25 e 64 anni ha problemi di obesità e di ipertensione. Sulla base di queste considerazioni e di quelle emerse dalle interviste circa l'assenza di antibiotici per la cura di infezioni al sistema respiratorio, di idro-cortisonici per la cura delle bronchiti, di antidolorifici e cortisonici, dell'acido folico per la cura di problemi di anemia, è forse legittimo supporre che la riduzione al 50% dell'incidenza delle malattie respiratorie e dell'anemia non sia stata raggiunta nel corso degli ultimi anni di esecuzione dello ZHSRSP III.

Infine un'ultima riflessione riguarda il tema del *nutritional status* della popolazione. Secondo quanto stabilito dallo ZHSRSP III, il target proposto dal Ministero della Salute per il 2018/2019 è quello del

miglioramento del 70% del *nutritional status*. Secondo quanto emerge dalla *Review* del 2017 nel 2015/16 la percentuale di bambini sottopeso ha raggiunto il 16,7%: si tratta di un significativo miglioramento rispetto al 24,3% del 2010. Anche il numero di bambini che manifestano un rallentamento della crescita è sceso di dodici punti percentuali dal 2010 al 2015/16, mentre quello dei bambini deperiti è diminuito di otto. Sono comunque percentuali ancora significativamente alte rispetto ai target previsti per il 2018/2019, rispettivamente del 10%, 12% e 10%. Una dinamica inversa si registra invece nell'assunzione di vitamina A da parte dei bambini che ne manifestano carenza, con una discesa di oltre tre punti percentuali dal 2010 al 2015.

Alla luce di queste considerazioni e delle informazioni emerse dalle interviste circa la disponibilità di multivitaminici ed integratori alimentari a pagamento e la riluttanza da parte delle madri a prendere seriamente in considerazione il tema della malnutrizione, è possibile anche in questo caso ipotizzare che il target del 70% non sia stato raggiunto nel corso dei due anni finali di implementazione del terzo programma. Dalle dichiarazioni dei medici infatti emerge una certa negligenza da parte delle famiglie a riconoscere ed affrontare una questione con la quale convivono quotidianamente da generazioni, che per questo non viene avvertita come un problema per le condizioni di salute dei bambini, ma semplicemente come una dinamica frequente ed abituale.

In contro tendenza rispetto alle perplessità espresse sinora, uno degli obiettivi di cui si può ipotizzare il raggiungimento è quello dell'eliminazione al 100% della malaria. Infatti secondo la *Review* del 2017 il tasso di diffusione della malattia era già inferiore all'1% nel 2015/2016, mentre secondo il personale coinvolto nelle interviste, i medicinali ed i test per la diagnosi istantanea sono facilmente reperibili nelle varie strutture sanitarie. È però significativo sottolineare il fatto che il raggiungimento di questo risultato è dovuto non solo al buon livello delle prestazioni offerte dal programma di controllo della malaria, ma anche dalla scarsa presenza del vettore di contagio nell'Arcipelago di Zanzibar.

## **Conclusioni**

L'analisi proposta in questo articolo permette di apprezzare lo sforzo organizzativo messo in atto dal Ministero della Salute di Zanzibar, per regolamentare e gestire la sanità pubblica dell'arcipelago. È tuttavia necessario sottolineare quanto, in tutti e tre Piani di Riforma del settore, gli obiettivi del Ministero della Salute siano state costantemente sovradimensionati rispetto alla loro oggettiva perseguibilità, sia perché troppo distanti dalla realtà corrente al momento della formulazione dei Piani sia per l'inadeguatezza delle risorse finanziarie, umane e tecniche messe a disposizione (disponibilità di personale medico adeguatamente formato, di medicinali, di attrezzature, ecc.).

Guardando in particolar modo al periodo di implementazione del Terzo Piano, sulla base della valutazione di medio periodo e delle informazioni fornite dal personale medico, è possibile individuare una dinamica di costante divergenza tra i livelli effettivi di efficacia ed efficienza raggiunti e i target stabiliti nel Piano. Le ragioni di questa divergenza sono molteplici: dalla mancanza di dati statistici che consentano di monitorare precisamente i risultati raggiunti, a problemi di natura logistico-organizzativa del settore, alla più grave questione dell'insufficienza di fondi per il finanziamento della sanità pubblica e la dipendenza dai donatori partner.

Si ribadisce dunque in quest'ottica, l'importanza del contributo della Fondazione De Carneri, che da più di un quarto di secolo svolge un ruolo di supplenza e complemento rispetto alle carenze strutturali

del sistema sanitario locale, non solo attraverso la formazione e l'affiancamento del personale medico locale, ma anche attraverso l'impegno nella ricerca, per mezzo del lavoro del laboratorio di sanità pubblica (PHL) e infine tramite la collaborazione con le diverse cliniche ospedaliere situate sull'isola di Pemba.

Ed è proprio a partire dalle esigenze emerse dal lavoro quotidiano sul campo della Fondazione De Carneri, che si è cercato di ampliare la ricerca, con un focus che non guardasse solo al contesto normativo-istituzionale in cui si inserisce il lavoro della Fondazione, ma anche a quello pratico. In particolare, dal confronto con il personale locale è nata l'esigenza di interrogarsi su quali fossero le inefficienze del sistema di distribuzione dei medicinali sull'Isola di Pemba. Come anticipato nel testo, è infatti evidente quanto il reperimento dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche in primis e dei cittadini di conseguenza, sia condizionato dalla mancanza di fondi per il loro acquisto e da problemi di carattere logistico della *supply chain*.

Queste riflessioni saranno riproposte ed approfondite nel prossimo articolo, dove si analizzerà l'evoluzione delle tecniche di distribuzione dei medicinali, evidenziando carenze e potenzialità del sistema.