

Politiche sanitarie a Zanzibar tra il 2002 al 2019: l'accesso ai farmaci

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) – Seconda 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 approfondisce le tematiche già affrontate [nella prima parte dell'articolo](#), concentrandosi sul tema cruciale dell'utilizzo e della fornitura dei farmaci. La ricerca si riferisce al periodo antecedente alla diffusione del Covid-19 e dunque non analizza gli effetti della Pandemia sulla disponibilità e sulla distribuzione dei farmaci nell'Arcipelago di Zanzibar. Si tratta di un lavoro che mantiene comunque la sua validità, in quanto offre non solo una disamina delle politiche sanitarie pregresse, ma anche un'analisi dei limiti strutturali del sistema sanitario locale che la Pandemia non avrà certo risolto, bensì eventualmente accentuato.

La distribuzione

Il tema della distribuzione dei farmaci è affrontato per la prima volta nella *National Health Policy* realizzata nel 1990 dal Ministero della Salute.

Durante i primi anni del nuovo millennio, la questione venne nuovamente affrontata dalla *National Health Policy del 2008* [19] e dal *Revised Master Plan for pharmaceutical sector 2005-2010* [20], entrambi redatti dal Ministero della Salute. Dai due documenti emergeva che l'implementazione delle politiche inerenti alla distribuzione dei farmaci fosse compito della *Drug Management Unit (DMU)*, un dipartimento del Ministero della Salute gestito dal *Chief Pharmacist*. In particolare, la distribuzione dei farmaci nelle varie strutture sanitarie pubbliche era responsabilità del *Central Medical Store*, il braccio operativo della *DMU*, gestito dal *Pharmacist in charge*. Il sistema di distribuzione era organizzato in modo tale che fosse il Ministero a inviare i medicinali alle strutture, il così detto *push-system*, secondo il budget disponibile per l'acquisto di farmaci. La distribuzione dei medicinali essenziali, la cui lista era periodicamente aggiornata dal Ministero, avveniva tramite il *CMS* ad Unguja e lo *Zonal Medical Store* a Pemba, sulla base delle richieste effettuate dal *District Health Management Team* una volta ogni sei mesi. Eventuali ulteriori richieste venivano avanzate dalle strutture attraverso il *DHMT* e per soddisfarle si utilizzavano le donazioni eccedenti realizzate da DANIDA, l'agenzia del Ministero degli Esteri danese che si occupa di cooperazione allo sviluppo. La pianificazione del processo di distribuzione era pensata perché fosse portato a termine in quattro giorni ad Unguja e in otto giorni a Pemba.

Anche lo ZHSRSP II [2] affrontava il tema della distribuzione dei farmaci, descrivendo le relazioni tra i vari enti coinvolti nel processo in questione. Gli obiettivi di cui il documento prevedeva il raggiungimento nel corso degli anni di implementazione, erano i seguenti: 1) il rafforzamento della *DMU* per l'implementazione delle politiche, la pianificazione e la coordinazione del settore farmaceutico; 2) un graduale passaggio dal “*push system*” al “*pull system*”, che consentisse alle singole strutture sanitarie di avanzare richieste sui farmaci necessari; 3) la costruzione di un nuovo punto di stoccaggio a Pemba e infine 4) lo sviluppo di un sistema di monitoraggio del corretto utilizzo dei farmaci.

Da quanto emerge nello ZHSRSP III [3] tuttavia, gli obiettivi previsti dal Secondo Piano [2] non erano stati raggiunti: nel testo viene chiaramente esplicitato quanto la lentezza nella distribuzione dei farmaci specie nelle strutture sanitarie periferiche, fosse una caratteristica predominante nel contesto dell'Isola di Pemba, dove per altro non era stata apportata alcuna modifica al magazzino principale. Anche la questione del passaggio da *push* a *pull system* era rimasta irrisolta, con la conseguenza che molti medicinali restavano inutilizzati in alcune strutture, quando invece sarebbero state molto utili altrove. L'obiettivo del Terzo Piano [3] è invece quello di distribuire tanto le medicine essenziali, quanto le attrezzature mediche all'intero paese, in modo da assicurare l'incremento della copertura dal 30,5% del 2012 al 95% del 2014.

Infatti nell'ambito *Review* del 2017 [17] emergevano alcuni significativi miglioramenti sul tema: grazie all'introduzione dell'utilizzo dell'*eLMIS* (*e-Logistic Management Information System*), una piattaforma digitale su cui possono essere inseriti direttamente gli ordini, il sistema di distribuzione dei medicinali era stato modificato nei termini di cui si parlava già nel Secondo Piano [2]. A partire dal 2013 infatti è stato introdotto il così detto *pull system*, secondo il quale i farmacisti responsabili delle diverse strutture sanitarie dell'Arcipelago inseriscono direttamente sulla suddetta piattaforma la lista di medicinali necessaria alla struttura, compilando il così detto *Report and Request Form*. Questa modifica consente al *CMS* di distribuire i medicinali alle strutture una volta ogni tre mesi.

Nel corso delle interviste realizzate durante la permanenza sull'isola di Pemba, il tema della distribuzione dei farmaci è emerso come uno dei più rilevanti. In generale l'implementazione del *pull system* non è considerata dagli intervistati un'innovazione che abbia apportato grandi benefici in termini di efficacia del sistema. Secondo quanto emerge sia dalle interviste realizzate alle due dottoresse e al direttore dell'ospedale di Chake-Chake che all' *ICT officer* del *Public Health Laboratory-IdC* e al farmacista responsabile dell'ospedale di Chake Chake, il fatto di poter ordinare i medicinali necessari direttamente al *CMS* non significa avere automaticamente la certezza dell'arrivo in struttura dei farmaci richiesti. Questo implica che spesso gli intervistati si trovino a dover invitare i pazienti ad acquistare direttamente ciò di cui necessitano. Le ragioni di questo stato di cose secondo i soggetti coinvolti nell'indagine sono essenzialmente quattro: la prima, è la mancanza di un'adeguata coordinazione e preparazione del personale coinvolto nell'attività di pianificazione dei bisogni delle strutture sanitarie, la seconda è la scarsa allocazione delle risorse da parte del Governo per l'acquisto di farmaci, la terza ragione, direttamente collegata alla seconda, risiede nella crescita sproporzionata della popolazione rispetto alla disponibilità di servizi ed infine, l'ultima motivazione, è la possibilità piuttosto frequente che il *Request & Report*, venga smarrito o cancellato dall'*eLIMS*.

Il consumo

Il tema del consumo dei farmaci è affrontato nei documenti ministeriali sia dal punto di vista dell'utilizzo razionale dei prodotti da parte dei pazienti, sia da quello dell'effettiva disponibilità di alcuni medicinali piuttosto che di altri.

Per quanto concerne il primo punto, nel corso dei primi anni Duemila il tema dell'utilizzo razionale del farmaco è stato oggetto d'interesse del già citato *Revised Master Plan for pharmaceutical sector 2005-2010* [20]. Nel documento veniva innanzitutto proposta una definizione del concetto di "razionalità di utilizzo", definito in termini di attenzione da parte dei medici ad effettuare prescrizioni di terapie qualitativamente valide ma al contempo economicamente vantaggiose. Dal testo emergeva che nel contesto dell'Arcipelago di Zanzibar esistesse dai primi anni Duemila, un problema di utilizzo irrazionale di medicinali, causato dal fatto che lo staff delle strutture sanitarie più piccole (PHCU) non aveva una formazione tale da poter eseguire diagnosi approfondite e prescrivere medicinali specifici. Per questo motivo nel 2003 era nata la *Traning Unit*, un ente controllato dal *Department of Planning* del Ministero della Salute che aveva il compito di offrire un programma di training per infermieri, clinical officer e assistenti di laboratorio, sul corretto utilizzo dei farmaci. L'obiettivo generale secondo il Programma del 2005 era dunque quello di promuovere la prescrizione, la distribuzione e l'utilizzo razionale dei farmaci da parte del personale medico, paramedico e farmaceutico. Il documento in questione [20] affrontava anche il tema della disponibilità dei farmaci. Prevedeva che venisse seguito un nuovo e specifico criterio per stabilire quali farmaci dovessero necessariamente essere disponibili nelle diverse strutture sanitarie, a seconda del livello di specificità di servizi da esse erogati. Per questo nel 2005 è stata per la prima volta realizzata la *Zanzibar Essential Medicin List (ZEML)* dalla *Drug committee*, un comitato composto da lavoratori attivi nel settore della salute a vari livelli, che aveva il compito di classificare tutti i medicinali a seconda del grado di importanza (occorrenza) per la cura delle diverse patologie, distinguendoli in vitali (V), essenziali (E) o non essenziali (N). La *ZELM* risultava in questo senso strettamente correlata alle linee guida stabilite dalla *DMU* sui trattamenti standard da erogare attraverso i vari PHCU, PHCU + o PHCC. Secondo quanto previsto dal Piano questa lista doveva essere regolarmente aggiornata, al fine di assecondare i bisogni della popolazione.

Anche lo *ZHSRSP II* [2] affrontava seppur marginalmente, le suddette tematiche, promuovendo il rafforzamento delle capacità dello staff ospedaliero nella quantificazione dei medicinali essenziali e ribadendo la necessità da parte del Ministero della Salute di impegnarsi nello sviluppo e nell'implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci. Dalla valutazione del Secondo Piano [13] emergeva tuttavia che persistevano problemi di informazione riguardo al tema del consumo dei medicinali.

Nel Terzo Piano [3], la questione è affrontata in modo poco approfondito, tuttavia, da quanto emergeva nella Review del 2017 [17] il Ministero aveva compiuto notevoli sforzi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell'ambito dello *ZHSRSP III* [3], modificando la *ZELM* e sviluppando nuove linee guida per la distribuzione delle risorse nelle diverse strutture.

Sulla base di quanto risulta dalle interviste realizzate durante la permanenza sull'Isola di Pemba, in generale la disponibilità dei farmaci non è garantita a tutti i livelli del sistema e ciò determina di conseguenza la tendenza all'utilizzo irrazionale dei prodotti disponibili. Spesso infatti i medici si trovano a poter prescrivere soltanto quei medicinali che hanno a disposizione in ospedale, senza poter indicare al paziente il prodotto più adatto alla cura della patologia in questione o, alternativamente, sono costretti ad invitare il suddetto ad acquistare direttamente un farmaco più specifico nelle farmacie o nelle strutture sanitarie private. In particolare, dalle interviste realizzate con il personale sanitario locale emerge che Metronidazolo, cortisone, antidolorifici e anestetici sarebbero i farmaci più difficilmente reperibili. Sono invece generalmente disponibili i medicinali per la cura della malaria (artemether e artesunate) e i contraccettivi; l'utilizzo di quest'ultimi tuttavia non incontra il favore delle donne per due ragioni: la prima consiste nella credenza che la loro assunzione possa aumentare le probabilità di contrarre il cancro, la seconda nel fatto che la scelta dipende dal volere del marito, spesso contrario. Infine una valutazione a parte riguarda la disponibilità di multivitaminici ed integratori alimentari che sono ampiamente reperibili, ma non gratuiti, e per tanto non vengono assunti perché le famiglie non hanno possibilità di acquistarli.

Alla luce di quanto emerso dalle interviste dunque, gli obiettivi ministeriali esplicitati nel Terzo Piano [3] non sembrano essere stati perseguiti, o almeno non completamente.

Lo stoccaggio

La questione dello stoccaggio è affrontata dal *Revised Master Plan for pharmaceutical sector 2005-2010* [20] che inizialmente proponeva una disamina della situazione dei due principali centri di stoccaggio dell'Arcipelago, in riferimento al 2004/2005. In quel periodo il principale store si trovava a Stone Town (Unguja) ed era parte dell'edificio che ospitava anche gli uffici del Ministero della Salute ed aveva un'estensione di circa 400 metri quadrati. Il secondo magazzino si trovava invece a Pemba, nella cittadina di Wete ed aveva un'estensione di soli 14 metri quadrati. La gestione di tutto il sistema di stoccaggio spettava al *Chief Pharmacist* e allo staff ministeriale impiegato nell'organizzazione delle attività del *Central Medical Store*. Da quanto emergeva nel documento, il magazzino di Unguja risultava sufficientemente spazioso e ben munito di scaffali; si evidenziava tuttavia un problema di sicurezza della struttura, determinato dal grande numero di ingressi dai quali si poteva accedere allo store, non sufficientemente controllati da telecamere o dispositivi per la sorveglianza. Ciò determinava l'impossibilità di controllare chi entrasse o uscisse dalla struttura.

Un'altra criticità segnalata al tempo della pubblicazione del *Reform Plan for pharmaceutical sector* era quella della gestione dei medicinali scaduti. Dal documento emergeva che nello store di Unguja fossero presenti molti medicinali scaduti, in ragione del fatto che l'ultimo check era stato realizzato 9 anni prima. La situazione a Pemba veniva descritta come ancora più complessa: lo *Zonal Store* era situato in un vecchio edificio e fatiscente, a Wete, una cittadina distante 50 chilometri dal porto di Mkoani, in cui arrivavano tutti i medicinali per il rifornimento dell'Isola. Il trasporto dei prodotti da Mkoani a Wete, diventava dunque un fattore di dilatazione dei tempi di consegna. Per

ovviare a questo problema, il Ministero della Salute aveva deciso di inviare esclusivamente i farmaci forniti da DANIDA direttamente al porto di Wete, distante pochi metri dallo store. Lo *Zonal Store* di Pemba inoltre, secondo il documento, verteva in condizioni piuttosto critiche: al suo interno non c'era aria condizionata, non c'erano ventole né un sistema di illuminazione adeguato. La temperatura nelle stanze era molto alta, fino a raggiungere anche i trentacinque gradi. A causa delle crepe molto marcate sulle pareti dell'edificio, la presenza di insetti o scarafaggi era un'evenienza piuttosto frequente. Un'ulteriore considerazione riguardava il sistema di stoccaggio dei medicinali all'interno dei PHCU. Dal momento che queste strutture erano collocate in edifici piccoli e spesso fatiscenti, mancava la possibilità di individuare una stanza o uno spazio apposito per la collocazione dei medicinali, con la conseguenza che i prodotti venivano frequentemente lasciati all'interno di piccoli armadi sparsi per le stanze della struttura. Gli obiettivi che secondo il documento dovevano essere raggiunti negli anni di implementazione di riforma del settore farmaceutico, erano da un lato, la creazione di un sistema di stoccaggio trasparente, dall'altro la pianificazione delle consegne da parte del CMS e infine, la ristrutturazione degli spazi di stoccaggio già esistenti

La *National Medicine Policy* del 2008 [19] affrontava a sua volta la questione dello stoccaggio dei medicinali, ribadendo l'esistenza di problemi inerenti agli spazi e alla gestione dei magazzini.

Nello ZHSRSP II [2] veniva nuovamente ribadita l'esigenza di insistere sulle tematiche precedentemente trattate dai due documenti presi in esame. Di fatto però, anche nella valutazione del Secondo Piano [13], emergeva la sussistenza delle stesse problematiche.

Vengono quindi confermati come obiettivi dello ZHSRSP III [3] la creazione di un sistema di stoccaggio trasparente, lo sviluppo di un adeguato processo di distribuzione e stoccaggio dei medicinali che garantisse una copertura dal 30,5% nel 2012 e al 95% nel 2014, la realizzazione di un nuovo store a Pemba. Dalla *Review del 2017* [17] emergeva un aumento di problemi legati allo stoccaggio dei prodotti, ma al contempo una maggior attenzione al rispetto delle linee guida ministeriali. Il principale aspetto positivo emerso a partire dal 2013/14 secondo la valutazione del 2017, era l'introduzione di un nuovo sistema di gestione degli inventari dei punti di stoccaggio, ovvero l'*eLMIS*, di cui si era già parlato a proposito della distribuzione dei medicinali. Oltre alla gestione degli ordini provenienti dalle strutture sanitarie, questa piattaforma elettronica, attraverso l'utilizzo dell'*mSupply* software, consente allo staff del CMS di avere informazioni aggiornate in tempo reale sulle quantità di medicinali presenti negli store e di pianificare le consegne in modo preciso. Come per le altre tematiche, anche per quella dello stoccaggio dei farmaci non è stata realizzata alcuna valutazione finale dello ZHSRSP III [3], dunque le uniche considerazioni sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi previsti dal Ministero della Salute, emergono dalle interviste realizzate. Anche per questa questione è interessante mettere a confronto le dichiarazioni del personale addetto allo stoccaggio dei medicinali nelle strutture pubbliche con quelle dei responsabili del *Logistical Managment Unit*. Dall'intervista realizzata al farmacista dell'ospedale di Chake-Chake, emerge che il Ministero si stia impegnando nella realizzazione di un nuovo punto di stoccaggio a Vitongoji, a 6 km da Chake-Chake: si tratterebbe di una struttura ancora in costruzione che dovrebbe essere ultimata in sei mesi. Il fatto di poter disporre di un nuovo magazzino nelle vicinanze è ritenuta una prospettiva

interessante per lo sviluppo ed il miglioramento del sistema. Egli dichiara inoltre di aver più volte avanzato tramite il direttore dell'ospedale, una richiesta al Ministero della Salute di dotare il magazzino dell'ospedale di Chake Chake, di mobili e scaffali in cui collocare i farmaci, che altrimenti rimangono inscatolati e ammassati a terra. Sostiene inoltre che anche il bancone per la "vendita diretta" ai pazienti sia troppo piccolo, mentre risulta soddisfatto della disponibilità di un impianto di areazione efficace, che consente il mantenimento della temperatura necessaria per l'adeguata conservazione dei prodotti.

Dall'intervista realizzata allo staff ministeriale emerge che l'assenza di un magazzino adeguato sull'isola di Pemba sia effettivamente una questione ancora attuale e dirimente su cui però il Ministero si sta preparando ad intervenire. Si giustifica l'attuale stato dello Store di Wete adducendo al fatto che si tratta di una struttura vecchia, per la costruzione della quale non c'erano all'epoca delle specifiche linee guida. In ogni caso non sussistono a loro avviso problemi gravi nel sistema di stoccaggio e soprattutto non esistono marcate differenze tra la situazione di Pemba e quella di Unguja.

Infine dall'intervista realizzata al *Pharmacist in charge* dello Zonal Store di Pemba, emergono alcune importanti informazioni sul sistema di smistamento. La tecnica usata per lo smistamento, implica l'assegnazione di un codice a ciascuna scatola di medicinali e l'indicazione su di essa del nome della struttura ove verrà consegnata. E' possibile poi rintracciare il codice sia sull'elenco cartaceo disponibile per lo staff che effettua la consegna, sia sull'ELMIS: ciò consente di capire quali medicinali debbano arrivare nell'ospedale. E' quindi necessario che, al momento della consegna, venga effettuato un controllo dettagliato della presenza dei farmaci richiesti, da parte dei membri dello staff del CMS, che comunque non sono esperti del settore e si limitano quindi solo a valutare se qualcosa manchi o meno.

La spesa per l'acquisto dei farmaci

Secondo il *Revised Master Plan for pharmaceutical sector 2005-2010* [20] l'acquisto dei farmaci era competenza del *Medical Store Department* che gestiva il budget disponibile, spesso molto limitato. Per quanto emerge dal documento, esisteva una notevole discrepanza tra il budget che il Ministero approva all'inizio dell'anno e quello che poi effettivamente veniva sborsato e non veniva stabilita una specifica scala di priorità d'acquisto dei medicinali. Inoltre il testo evidenzia che, oltre ai finanziamenti governativi, il Ministero della Salute beneficiava anche di fondi messi a disposizione da diversi donatori, come ad esempio l'Unicef, DANIDA, il Global Fund e ADB, che rappresentavano la parte più consistente dei fondi destinati all'acquisto dei medicinali.

Da quanto emergeva nello ZHSRSP II [2] la spesa per l'acquisto dei medicinali e dell'equipment medico nel 2004/2005 è stata di circa 3,6 miliardi di Tsh, solo lo 0.1% dei quali è stato erogato direttamente dal Governo. Uno degli scopi principali dello ZHSRSP II [2] infatti era proprio quello di proporre un nuovo metodo di gestione delle risorse finanziarie statali che consentisse di salvaguardare le esigenze del settore sanitario, specie in relazione al tema dell'acquisto dei farmaci. A questo si doveva aggiungere, il proposito di stabilire un preciso elenco di priorità che privilegiasse l'acquisto dei medicinali essenziali. Lo ZHSRSP III [3] conferma l'importanza del ruolo dei finanziatori privati per l'acquisto

dei medicinali da parte del Ministero. Secondo quanto emerge nel documento, negli anni di implementazione del Piano, le donazioni di DANIDA hanno coperto l'85% della domanda. Il 2011 è stato l'anno in cui, il problema della mancanza di sufficienti risorse finanziarie per l'acquisto di farmaci si è manifestato in modo più grave: da quel momento il Governo dichiarò di voler destinare maggiori risorse all'acquisto di farmaci, tuttavia, nel periodo 2015/2016, pur avendo stanziato 4.4. miliardi di TSh ne ha effettivamente sborsati solo 2.4. Dalla *Review del 2017* [17] invece, emergeva un'inversione di tendenza che non è stata ancora confermata da valutazioni finali: secondo il documento, il Governo avrebbe destinato il 4.1% di risorse in più rispetto al 2015/16 al settore sanitario.

In conclusione, in base alle interviste realizzate a medici, farmacisti e al personale sanitario addetto alla gestione dei farmaci, si evince che la principale ragione dei problemi di disponibilità e di stoccaggio di medicinali sia da imputare alla mancanza di risorse finanziarie da destinare al loro acquisto o quanto meno ad una loro "cattiva" gestione.

L'incidenza delle inefficienze riscontrate nella distribuzione dei farmaci sul raggiungimento delle politiche ministeriali

In riferimento al primo degli obiettivi proposti dallo ZHSRSP III [3], 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 per la riforma del settore sanitario, 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 [3] doveva raggiungere entro il 2018 la percentuale del 25%. Alla luce di quanto emerso dalla *Review del 2017* [17] nel periodo 2015/2016 il tasso di utilizzo dei contraccettivi era piuttosto basso (14%). Inoltre, per quanto evidenziato dalle interviste circa la riluttanza da parte delle donne all'utilizzo dei vari metodi contraccettivi, la percentuale del 25% proposta dal Ministero appare una stima piuttosto alta. Infatti la frequenza nell'utilizzo di anticoncezionali, per quanto non sia determinata dalla loro disponibilità all'interno delle varie strutture sanitarie, pare sia condizionata principalmente da un retaggio culturale femminile per il quale questa pratica risulterebbe sconveniente se non invisita 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 [2], né di quelli della *Review del 2017*, né tantomeno delle dinamiche socio-culturali che caratterizzano il contesto in questione.

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* [17] emergeva che 637.919 persone siano state sottoposte alle cure nel 2015/2016, tuttavia è riportato che non vi siano dati sufficienti per comprendere il grado di implementazione raggiunto dal programma ministeriale. Ad ogni modo, alla luce di quanto emergeva dalla suddetta valutazione circa la gestione separata dei programmi per la cura delle patologie in questione (schistosomiasi, lebbra, filaria) 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% del problema, appare anche in questo caso piuttosto alta e difficilmente sarà stata raggiunta tra il 2016 e il 2018.

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 [3] 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 [17] circa un terzo della popolazione tra i 25 e 64 anni aveva problemi di obesità e di ipertensione, mentre erano scesi i livelli di utilizzo del tabacco al 6% tra la popolazione con più di quindici anni di età. 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 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 [3].

Infine si può riflettere sull'obiettivo ministeriale inerente al tema del *nutritional status* della popolazione. Secondo quanto stabilito dallo ZHSRSP III [3], il target proposto dal Ministero della Salute per il 2018/2019 è quello del miglioramento del 70% del *nutritional status* della popolazione, specie dei bambini. Secondo quanto emergeva dalla *Review* del 2017 nel 2015/16 la percentuale di bambini sottopeso aveva raggiunto il 16,7%: si trattava di un significativo miglioramento rispetto al 24,3% del 2010. Anche il numero di bambini che manifestavano un rallentamento della crescita era sceso dal 42,3% del 2010 al 30,5% del 2015/16, mentre quello dei bambini deperiti dal 16,5% all'8,6%. Sono comunque percentuali ancora significativamente alte rispetto ai target previsti per il 2018/2019, rispettivamente del 10%, 12% e 10%. Una dinamica inversa si registrava invece nell'assunzione di vitamina A da parte dei bambini che ne manifestavano carenza, con una discesa dal 78,7% del 2010 al 51,9% del 2015/2016 e nella percentuale di bambini sotto i cinque anni che assumevano terapie vermifughe, dal 71,5% del 2010 al 61,1% del 2015/2016. Entrambi i dati sono nettamente distanti dal target del 90% previsto per il 2018/2019. 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.

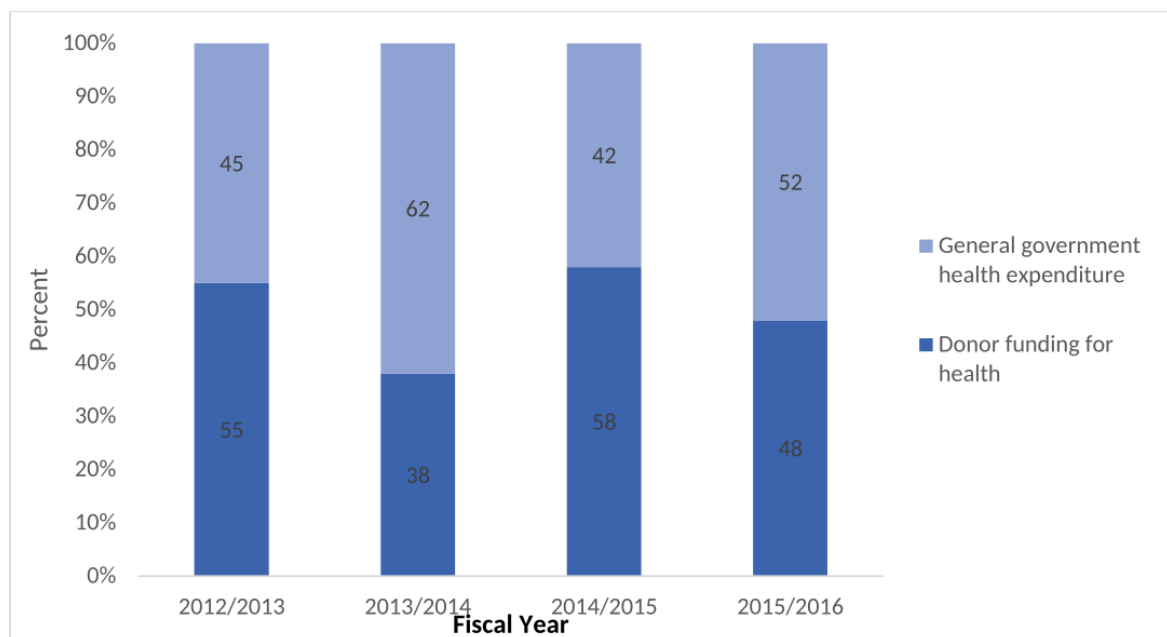
Le considerazioni fatte fin qui non sono estendibili a tutti gli aspetti trattati dai Piani Ministeriali. Uno degli obiettivi di cui si può ipotizzare il raggiungimento ad esempio è quello dell'eliminazione al 100% della malaria. Infatti secondo la *Review* del 2017 [17] il tasso di diffusione della malattia era già inferiore all'1% nel 2015/2016 e secondo quanto emerso dalle interviste, i medicinali ed i test per la diagnosi istantanea sono facilmente reperibili nelle varie strutture sanitarie. E' 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.

Le ragioni dell'inefficienza del settore

Le principali cause dell'assenza dei farmaci nelle strutture sanitarie sono:

1. la mancanza di risorse finanziarie sufficienti a soddisfare il fabbisogno di medicinali dell'Isola di Pemba e del Governatorato di Zanzibar. Ciò dipende sicuramente da almeno tre fattori: 1) la grave condizione di difficoltà economica nella quale versa il Governo Rivoluzionario di Zanzibar dagli anni Duemila, che persiste tutt'oggi e che determina l'impossibilità di destinare adeguate risorse a ciascuno dei settori gestiti dal Governo, non di meno quello sanitario; 2) la variabilità delle entrate del Ministero della Salute, costituite in buona parte dalle donazioni realizzate dai principali partner internazionali, quali ad esempio DANIDA, UNICEF, USAID, *etc.*; 3) la differenza tra l'ammontare delle risorse stanziato dal Ministero della Salute a inizio anno e ciò che effettivamente viene speso nel corso dei mesi per finanziare l'acquisto dei farmaci.



Percentage of total Health Budget allocation from government and Development Partners- MOH

2. la scarsa preparazione del personale medico e dei farmacisti. Secondo quanto emerso dalla lettura dei documenti ufficiali e dalle interviste realizzate al personale ministeriale, i medici, gli health officer e gli infermieri che lavorano negli ospedali e dispensari dell'Isola, non presentano un livello di preparazione tale da eseguire delle diagnosi complete e soddisfacenti e da riconoscere quale sia la prescrizione più adatta alla cura della patologia in questione. Questo si traduce nella richiesta al Ministero di una serie di medicinali poco specifici che raramente risolvono il problema alla radice. Una considerazione analoga viene avanzata a proposito dei farmacisti, responsabili della compilazione del *Report & Request Form*.

3. le difficoltà nell'organizzazione logistica della distribuzione vera e propria dei medicinali e degli spazi per lo stoccaggio.

In conclusione è opportuno sottolineare quanto le ragioni analizzate nel precedente paragrafo, siano subordinate al problema principale, ovvero quello della mancanza di fondi da investire nell'acquisto e nello stoccaggio di medicinali.

Raccomandazioni e proposte per un ulteriore approfondimento di studio

Per quanto riguarda il ruolo e le funzioni del Ministero della Salute, i suggerimenti proposti sono essenzialmente due. In primo luogo, si rivolge al Ministero l'invito a ripensare e riorganizzare l'allocazione delle risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario: con la consapevolezza che le disponibilità finanziarie del Ministero della Salute sono ridotte, non si auspica tanto un intervento sulla variabilità delle entrate del bilancio ministeriale da un anno ad un altro, quanto piuttosto si invita a ripensare la gestione delle risorse disponibili. In secondo luogo, si invita il Ministero a rafforzare i canali di contatto con il personale medico-sanitario responsabile di mettere in pratica le indicazioni proposte nei piani di riforma del settore sanitario.

Alla Fondazione Ivo De Carneri si suggerisce di promuovere la realizzazione della quarta edizione del corso di semeiotica e ultra-sound presso l'Ospedale di Chake-Chake, già riproposto tre volte dalla Fondazione, con l'obiettivo di formare cinque specialisti, scelti di volta in volta dal Ministero e di rinnovare per gli anni a venire, il supporto offerto alla clinica di Gombani per l'acquisto di medicinali utili alla cura delle malattie di madri e neonati. Si suggerisce inoltre di affiancare il Ministero nella realizzazione di un maggior numero di inchieste e sondaggi circa il livello di implementazione degli obiettivi ministeriali, per poter comprendere quali siano gli ambiti di intervento prioritari e poter pianificare oculatamente i nuovi progetti.

Per quanto concerne i temi di approfondimento di studio, sarebbe interessante innanzitutto analizzare le ragioni per cui il Governo di Zanzibar manifesta una così scarsa disponibilità di risorse, i criteri in base ai quali le donazioni offerte dai vari partner del Ministero della Salute vengano destinati ad un determinato ambito piuttosto che ad un altro ed il peso delle indicazioni dei donatori rispetto a quelle ministeriali su come investire il denaro da loro sborsato. Sarebbe inoltre utile recuperare i dati statistici sul tema del consumo e dell'utilizzo di farmaci, per operare un confronto tra i dati, le indicazioni ministeriali emerse dai piani per la riforma del settore sanitario e le opinioni del personale medico coinvolto nelle interviste. In aggiunta si potrebbe approfondire la questione del livello di implementazione del metodo *pull system*. Infine, si potrebbe esaminare la questione della reticenza delle famiglie ad intervenire sul tema della lotta alla malnutrizione: a questo proposito sarebbe interessante intervistare i genitori per capire quali siano le abitudini alimentari del nucleo familiare e comprendere quale sia il loro punto di vista in merito alla questione.

1 BIBLIOGRAFIA

- [1] M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan I,» Stone Town, 2002.
- [2] M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan II,» Stone Town, 2006.
- [3] M. o. Health, «Zanzibar Health Sector Reform Strategic Plan III,» Stone Town, 2014.
- [4] U. Nations, «Millennium Development Goals,» New York, 2000.
- [5] OECD, «Paris Declaration,» Parigi, 2005.
- [6] A. Union, «Africa Health Strategy 2007-2015,» Johannesburg, 2007.
- [7] M. o. Health, «Zanzibar Vision 2020,» Stone Town, 2000.
- [8] M. o. Health, «Zanzibar Strategy for Growth and Reduction of Poverty,» Stone Town, 2002.
- [9] M. o. Health, «Zanzibar Strategy for Growth and Reduction of Poverty,» Stone Town, 2007.
- [10] I. H. a. R. D. Center, «IHRDC-Vitamin A Deficiency study,» Dar es Salaam, 2004.
- [11] M. o. H. a. S. Welfare, «TFNC/MOHSW Iodine Deficiency Disorder Study,» Dar es Saalam, 2001.
- [12] Africacare, 2001.
- [13] M. o. Health, «Section Three: Performance of HSRSP II 2006/07-2011/12,» Stone Town, 2006.
- [14] M. o. Health, «Tanzania HIV, Malaria Indicator Survey 2007/2008,» Stone Town, 2007.
- [15] M. o. Health, «Zanzibar Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan 2012-2016,» Stone Town, 2012.
- [16] M. o. Health, «Zanzibar TB and Leprosy Programme Strategic Plan 2010-2015,» Stone Town, 2010.
- [17] M. o. Health, «Mid-Term Evaluation of ZHSRSP III,» Stone Town, 2017.
- [18] M. o. Health, «National Health Policy 2011,» Stone Town, 2011.
- [19] M. o. Health, «National Medicine Policy 2008,» Stone Town, 2008.
- [20] M. o. Health, «Revised Master Plan for Pharmaceutical Sector 2005-2010,» Stone Town, 2005.
- [21] M. o. Health, «Section Ten: medical products and equipment-ZHSRSP III,» Stone Town, 2014