



ESPERIENZE DAL CAMPO

CRISI DELLE RISORSE UMANE IN SANITÀ. IL CASO TANZANIA

Anche nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana la carenza di medici e operatori sanitari è un problema rilevante, che si scontra con la fragilità dei sistemi sanitari, la scarsità di risorse economiche e di personale formato. Il caso della Tanzania descrive la complessità del fenomeno, tra risultati raggiunti e sfide aperte.

TESTO DI / PAOLO BELARDI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

L'AFRICA SUB-SAHARIANA SENZA PERSONALE SANITARIO

Le proiezioni al 2030 sulla carenza di personale sanitario non lasciano spazio a dubbi: la stima è di circa 10.2 milioni di professionisti mancanti, per la maggior parte infermieri, necessari per colmare il *gap* esistente tra i bisogni di personale, così come definiti dall'Oms, e la disponibilità effettiva. Un dato ancora più eclatante in Africa, in cui si registra il 24% del carico di malattia globale e in cui è presente solo il 3% mondiale di risorse umane in sanità. E solo nell'Africa sub-Sahariana si trovano 36 dei 57 Paesi al mondo che soffrono di tale carenza. I motivi? Rapida crescita demografica, fuga di cervelli verso Paesi a più alto reddito, numero insufficiente di personale formato per anno e disparità di distribuzione sul territorio, data da fenomeni migratori interni da zone rurali a zone urbane.

IL CASO DELLA TANZANIA

In Tanzania mancano risorse umane in sanità a causa del basso numero di professionisti formati, della scarsa capacità di trattare personale qualificato e della distribuzione iniqua delle risorse. Se il 75% della popolazione risiede in aree rurali solo il 55% del personale infermieristico e il 31% di quello medico operano in tali zone. È interessante notare come tra le cause di perdita di risorse sanitarie per trasferimento in altri Paesi vi sia la scarsa capacità di assorbire le stesse da parte del sistema sanitario.

In seguito alle riforme degli anni '90 nel Paese è stata adottata una politica di decentralizzazione del sistema sanitario che dà maggiore autonomia ai distretti anche nella gestione delle risorse umane. Questo ha comportato un aumento della richiesta di figure sanitarie a livello distrettuale, in parte colmata dalla possibilità di accreditamento di istituti privati di formazione in ambito sanitario e da un investimento maggiore nelle istituzioni pubbliche. Se nella Muhimbili University (Dar es Salaam) fino agli anni '90 si potevano immatricolare 50 futuri medici per anno, nel 2010 gli immatricolati/anno erano 200.

FORMAZIONE E RECLUTAMENTO DELLE RISORSE UMANE

Gli sforzi e gli obiettivi raggiunti in ambito formativo sono innega-

bili ma non si sono tradotti in un miglioramento nel reclutamento: nel 2012 si registravano 0,3 medici, infermieri e ostetriche per 1000 abitanti *versus* il 2,28 per 1000 raccomandato a livello internazionale. In questo contesto la mancanza di competenze nella gestione e programmazione delle risorse umane ha giocato un ruolo cruciale ma un grosso ostacolo è stato anche il sistema di assunzione complesso, costoso e burocratizzato in cui è il Ministero dell'Economia e delle Finanze ad approvare il budget annuale per le *vacancies* del personale sanitario, senza tener conto degli *assessment* distrettuali. Questo fa sì che ogni anno il numero delle *vacancies* sia inferiore ai bisogni reali e al numero di medici laureati. Si osserva, quindi, da un lato il fenomeno della fuga di cervelli, dall'altro lo spostamento di risorse nel settore privato. Dal 2006, tuttavia, il governo ha istituito un sistema per collegare istituzioni che si occupavano di formazione e strutture sanitarie: nasceva così lo *Human Resources for Health Information System* (Hrhis).

MIGLIORARE I PROCESSI OLTRE LE DIFFICOLTÀ

Un'analisi sulla distribuzione di risorse umane, e non solo, nell'ambito dell'assistenza materna al parto è esemplificativo di queste difficoltà: dall'ultima *survey* nazionale emerge come tre quarti delle strutture sanitarie in Tanzania offrano assistenza al parto fisiologico e nell'11% sia possibile partorire con taglio cesareo. Tuttavia, tra le strutture che offrono assistenza al parto fisiologico, solo il 28% dispongono di un *provider on call 24/24h* e solo nel 30% di essi sono disponibili linee guida sulle emergenze ostetriche di base o più complesse *Basic Emergency Obstetric Care* (BEmOC) o *Comprehensive Emergency Obstetric Care* (CEmOC). Infine, nell'87% di queste strutture, è disponibile un kit da parto completo ma la percentuale scende se si opera nei dispensari.

Il tema della formazione, gestione e programmazione delle risorse umane è centrale per la performance del sistema sanitario a tutti i livelli e non è un caso che anche in Tanzania Medici con l'Africa Cuamm abbia avviato la fase del programma "Prima le Mamme e i Bambini" intitolata proprio "Persone e competenze".

A riprova della necessità ineludibile di lavorare in modo sistematico e integrato sulle persone, in tutte le fasi formative e professionali che le coinvolgono, per costruire processi virtuosi e cambiamenti di lungo periodo che produrranno poi benefici per l'intero sistema sanitario.