

Massimo Serventi



Come convincere i potenti del mondo che l'Afghanistan necessita un'inversione netta di 'assistenza': molto a favore della ricostruzione in termini di aiuto allo sviluppo e assai meno in termini di presenza e spesa militare?

---

Per scrivere di salute e servizi sanitari in Afghanistan non si devono tralasciare alcuni fattori:

1. **Il Paese non conosce la pace interna da 30 anni.** Il periodo più lungo di stabilità ci fu con l'ultimo re Zahir Shah, dal '33 al '73, rovesciato da un golpe mentre era in Italia. Nel 1979 ci fu l'invasione sovietica che provocò la morte di 870 mila afgani, un milione di sfollati interni e oltre 5 milioni di rifugiati all'estero. Il periodo successivo (potere *mujaheddin* e poi talebano sino al 2001) non fu meno traumatico: oggi restano un milione di sfollati interni e tre milioni rimasti tra Pakistan e Iran. La popolazione è composta da 3 etnie dominanti (*pushtun, tagiki e hazara*): alcuni osservatori ritengono che questa divisione sia il maggior ostacolo allo sviluppo.
2. Una serie di condizioni avverse e che influenzano la salute caratterizzano il Paese: il 23% della popolazione vive in aree poco sicure (Sud-Est) e quindi meno servite, il livello di alfabetizzazione è 28% (il più basso del mondo), la parità di genere è scarsa (gli sforzi a migliorare questa situazione ci sono, ma il periodo talebano ha lasciato il segno), **la povertà assoluta interessa il 53% della popolazione.**

Nella **Tabella** sottostante alcuni indicatori demografici/epidemiologici

Popolazione totale(2008)*	28.396.000
Mortalità fra bambini di età' <5 anni, 1990	260
Mortalità' fra bambini di età' <5 anni,2007	257
Mortalità' fra bambini di età' <1 anno,1990	168
Mortalità' fra bambini di età' <1 anno,2007	165
Speranze di vita alla nascita (anni), 2007	44
% Persone che vivono in assoluta povertà'(2007)	53
Tasso di alfabetizzazione (%), 2000-2007*	28
% di donne visitate almeno unavolta in gravidanza, 2000-2007*	16
% di parti esplicitati da personale qualificato, 2000-2007*	14
Morti materne /100.000 nati vivi, 2005,	1800

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonti: Unicef,2009. \*CIA World Factbook

Inoltre.

1. **L'Afghanistan è al penultimo posto in quanto a Indicatori di Sviluppo Umano**, il primo posto se lo contendono Sierra Leone e Niger. I miglioramenti nel corso degli ultimi 10-20 anni sono stati minimi/nulli. Unicef ha dichiarato che l'Afghanistan è il

paese più pericoloso dove nascere.

2. Nel Paese si contano casi di morbillo (1188 nel 2008-WHO) e poliomielite (1 caso confermato nel 2009). Malaria (467.123 nuovi casi nel 2008-WHO), tubercolosi (28.301 n.c. nel 2008-WHO), leishmaniosi cutanea (30.319 n.c. 2007-WHO) sono le più importanti malattie infettive.  
La prevalenza di HIV-AIDS è minima (<1000 casi): il rischio di un aumento resta comunque alto anche perché meno del 2% della popolazione fa uso di preservativo.
3. L'investimento di danaro in *Official Development Aid* (ODA) ammontava nel 2006 a 3000 milioni di dollari: le spese dei 42 Paesi coinvolti nell'assistenza militare assommano a 14 volte questa cifra (Caritas International-2009).
4. **Per 10.000 abitanti ci sono 2 medici, 5 infermiere/ostetriche, 4 letti-ospedale** (2008-WHO). Il 77% della popolazione ha accesso ad un servizio di salute (WHO): campione non equamente distribuito sul territorio nazionale (zone di insicurezza).
5. La malnutrizione nei bambini è diffusa e spesso grave: unita al freddo comporta un alto fattore di rischio per la sopravvivenza.
6. Solo il 12% della terra è coltivabile: l'agricoltura è la principale fonte di reddito, con la pastorizia (pelli e lana per esportazione). L'incremento demografico è tra i più alti del mondo.

## Il sistema sanitario afgano. Breve storia

Alla caduta del potere talebano (2001) il sistema sanitario afgano era in condizioni disastrose. Personale e infrastrutture erano scarsi se non assenti. L'anno successivo Il *Ministry of Public Health* (MoPH) assistito dai paesi donatori maggiori sviluppò il *Basic Package of Health Service* (BPHS), ossia le linee guida per la ricostruzione di infrastrutture e personale. Al BPHS si affiancò anche l'*Essential Package of Hospital Service* (HPHS) che delineava ruolo, ambiti di servizio, risorse, responsabilità degli ospedali distrettuali, provinciali e regionali. Il MoPH, dietro indicazioni di WB, USAIDS e UE, decise di affidare l'erogazione dei servizi primari e secondari a ONG locali e internazionali: la World Bank (WB) avrebbe finanziato gran parte dell'iniziativa.

È questo un elemento di novità nel sistema sanitario afgano. **Attualmente circa il 90% dei servizi sanitari periferici vengono erogati da ONG locali.**

Gli inizi non furono facili, le difficoltà si divisero fra il MoPH che dovette rinforzare le capacità di gestione e supervisione (fu istituita la sezione '*Grants and Contracts management unit*') e le ONG stesse, che paventavano la perdita di indipendenza e l'intromissione di influenze politiche.

Sorsero numerose ONG locali ad hoc che si sostituirono a quelle internazionali.

L'assegnazione dei contratti, di durata biennale, veniva (come lo è anche oggi) affidata con

regolari bandi nazionali.

**Il sistema, valutato con indicatori di processo e di impatto dopo 5 anni** (la *John Hopkins School of Public Health* fu incaricata di condurre valutazione di progresso e di impatto), **mostrò un netto miglioramento nella qualità/distribuzione dei servizi e nella gestione dei dati statistici, oltre a maggiore affluenza agli ambulatori periferici, alle cliniche pre-parto e all'identificazione dei casi di TB.**

Le ONG estesero il reclutamento di personale sanitario femminile, il MoPH incentivò finanziariamente chi accettava di lavorare in zone periferiche disagiate.

**I servizi di igiene e sanità pubblica rimasero a gestione diretta del MoPH.**

Oggi si stima che circa l'80% della popolazione afgana viva a distanza ragionevole da un centro/posto di salute. La medicina curativa è comunque offerta per la gran parte dall'attività privata.

La piramide dei servizi sanitari è la seguente:

1. **Health post**, gestito da uno o due CHW (*Community Health Worker*), previsto per circa 100-150 famiglie, 1000-1500 persone.
2. **Basic Health Centre**, previsto per 15-30.000 persone, con la possibilità di espletare parti non complicati, gestito da personale infermieristico.
3. **Comprehensive Health Centre**, previsto per 30-60.000 persone, con la possibilità di ricovero e la presenza di medico.
4. **District Hospital** (100-300.000 abitanti), provinciali e regionali con competenze e numero di servizi più estesi.

I dati più recenti riguardanti 3 *Millenium Development Goals* (MDG) della salute, ossia riduzione della mortalità infantile, riduzione della mortalità materna, controllo delle malattie infettive (TB, Malaria, HIV-AIDS) danno segnali di progresso. La mortalità infantile è alta ma in calo costante. **Non è facile valutare i miglioramenti nella mortalità materna ma sempre più madri partecipano alla clinica prenatale e partoriscono in centri con personale qualificato. La prevalenza della malaria è già bassa, come pure quella di HIV-AIDS; i risultati migliori si hanno nel controllo della tubercolosi: la prevalenza si è ridotta del 40% dall'anno 2000, come pure la mortalità per cause legate a TB si è ridotta del 32%.**

### Considerazioni finali

1. Le statistiche, si sa, sono 'elastiche', diverse se raccolte da fonti diverse; possono

essere e/o sembrare esagerate. Per avere maggiore legittimità devono essere confrontate e confermate dall'esperienza sul campo: lavorando in ospedale, a contatto con madri di bambini malati, per lo più provenienti da zone rurali, **ho avvertito una sensazione di gravità, quasi di disperazione**. E pure la zona-provincia dove lavoro non è fra le più disastrose o povere del Paese: ce ne sono altre che alcuni osservatori occidentali hanno definito 'da preistoria'.

2. (Mi) **colpisce la quasi totale mancanza di istruzione**, un abisso in confronto alla situazione in Africa. Spesso sono donne minute, di bassa statura, hanno partorito in casa, molti figli precedenti sono morti per cause ignote. I pochi stracci che hanno con se, le condizioni assai scarse di igiene e pulizia del bimbo danno la sensazione di povertà estrema alla base, rimandano col pensiero alle condizioni delle loro case/capanne, alle difficoltà di mantenere una dieta adeguata e il riscaldamento necessario alla sopravvivenza: la temperatura in Afghanistan scende molti gradi sottozero per almeno 3 mesi l'anno. **Il 'freddo' non è annoverato fra le cause di morte, non è una malattia: pur sempre l'anno scorso ad Herat sono morti di freddo bambini e vecchi**.
3. I bambini non hanno carta di crescita, non sono mai stati pesati in vita loro. Hanno ricevuto le vaccinazioni, spesso in occasione delle campagne nazionali che vengono promosse ad hoc. L'approccio dominante alla malattia, da parte di parenti e di medici, è quello di un intervento farmacologico: **si prescrivono medicinali sofisticati che i parenti devono poi acquistare nelle mille farmacie private della zona**. Non importa se il bimbo ha 1 anno e pesa 4.5 Kg.
4. **L'attività privata medica è floridissima, nelle città e anche nelle zone rurali**. Quasi tutti i medici che lavorano nelle strutture pubbliche svolgono attività privata dopo le 15.30 (orario fissato dal MoPH). Numerosi sono i centri di laboratorio, radiologia, ecografia (con molti dubbi sulla loro qualità). Esistono moltissime farmacie (spesso di proprietà dei medici), nelle quali si trovano farmaci di dubbia qualità ( di molti di essi non si legge la provenienza), latte in polvere e i prodotti 'da banco' non farmacologici.  
I medici prescrivono farmaci sofisticati, cari e in eccesso: il cliente viene mantenuto fedele in questo modo. **Il latte di formula rientra in questa logica: tantissime sono le madri che associano il latte in polvere al loro latte, la conseguenza è la progressiva diminuzione del latte materno e il calo ponderale nel bambino, fino alla grave malnutrizione**. Chiaramente in un contesto di povertà, scarsa nutrizione e ignoranza questo stato di cose assume una gravità aggiuntiva.
5. **La Costituzione Afgana prevede che i servizi medico-sanitari devono essere gratuiti: l'orientamento generale non sembra andare in questa direzione**. È prevista la prossima introduzione del sistema *cost-sharing*, i farmaci prescritti non

sono forniti dal servizio pubblico, con alta frequenza i pazienti ricoverati in strutture pubbliche vengono mandati a fare esami e ad acquistare farmaci nei servizi private.

6. **Ho visitato un centro di salute (*comprehensive*) gestito da ONG locale e sono rimasto impressionato dalla buona qualità del servizio reso alla popolazione.** Nessun servizio era a pagamento, inclusa la consegna gratuita dei farmaci prescritti. Le attività di triage, educazione sanitaria, visita medica, prescrizione dei farmaci, assistenza al parto, esami di laboratorio, follow up dei casi di TB, vaccinazioni, gestione dei dati statistici erano accuratamente svolte, con professionalità e competenza. La stessa impressione non l'ho avuta visitando (e lavorandoci in) strutture pubbliche.

### **Domande**

Parché non esportare il sistema afgano di 'ONG locali a contratto' per l'erogazione dei servizi in altri PVS? La valutazione del loro operato è buona, considerata senz'altro positiva dai leader sanitari governativi afgani.

Come disciplinare/contenere l'attività privata medica, che va in direzione opposta alla salute della popolazione? Quali i modi? Quali gli incentivi per i medici a lavorare (bene) nella struttura pubblica?

**Come convincere i potenti del mondo che l'Afghanistan necessita un'inversione netta di 'assistenza': molto a favore della ricostruzione in termini di aiuto allo sviluppo e assai meno in termini di presenza e spesa militare?**

### **Nota**

**Massimo Serventi**, medico pediatra, ha lavorato in Tanzania, Mozambico, Uganda, Sri Lanka e più recentemente in Afghanistan, in attività clinica ospedaliera e pediatria di comunità

### **Bibliografia**

#### **Ministry of Health**

- Policy for Afghanistan Health System, 2004

- A basic package of Health Services for Afghanistan, 2005/1384

#### **Islamic Republic of Afghanistan**

Millenium Development Goals, vision 2020

#### **UNICEF**

The State of the World's Children, 2009

#### **Afghanistan Research and Evaluation Unit (AREU)**

Afghanistan Health System since 2001, Dec 2006