

Ambrogio Manenti



Luci e ombre di un sistema sanitario che, dopo aver ottenuto buoni risultati, mostra grandi difficoltà a innovarsi. Oggi, soprattutto nelle città, prevale la sanità privata.

### Descrizione del sistema sanitario

Il sistema sanitario in Iran, riformato dopo la rivoluzione islamica del 1979 che ha insediato al potere una Repubblica Islamica, è stato organizzato sui principi della Conferenza di Alma Ata (Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenuta nel 1978 ad Alma Ata, ex-Unione Sovietica): accessibilità ai servizi sanitari per tutta la popolazione, importanza della *Primary Health Care* (PHC), attenzione alla prevenzione, attenzione ai gruppi svantaggiati e comunità isolate, sviluppo dei *community health workers*[1].<sup>1</sup>

**Lo sviluppo economico sociale del paese e il sistema sanitario centrato sulla PHC hanno determinato un miglioramento della situazione sanitaria** (mortalità infantile sotto i 5 anni scesa da 73 per 1000 nati vivi nel 1990 a 31 per 1000 nel 2009; mortalità materna scesa da 150 per 100,000 nati vivi nel 1990 a 30 nel 2008; speranza di vita passata da 63 nel 1990 a 72 anni nel 2008) - Vedi **Tabella 1**[2].

**Tabella 1. Iran. Indicatori demografici-epidemiologici (1990-2009)**

	1990	2009
Popolazione totale	56.733.000	73.650.000
Speranza di vita	63	72,6
Mortalità infantile	73/1000	31/1000

Mortalità materna	150/100.000	30/100.000 (2008)
TB (incidenza)	16/100.000	13/100.000
Diabete (prevalenza 15-65 anni)	—	9,73/100
HIV-AIDS (n. di casi)	~100	17.672

Nonostante questa situazione, relativamente avanzata se paragonata alla situazione della regione medio-orientale nel suo complesso, a partire dagli anni novanta, sotto l'influenza delle tendenze neoliberiste affermatesi dal decennio precedente in varie parti del mondo, si determina in Iran, soprattutto nelle aree urbane, **lo sviluppo della sanità privata che diviene competitiva con i servizi pubblici** che si adeguano troppo lentamente ai cambiamenti che nel frattempo avvengono nel paese.

Infatti, il profilo demografico, caratterizzato da popolazione giovane (fenomeno favorito dal *baby boom* durante la guerra Iran-Iraq, 1980-1988), e l'epidemiologia, caratterizzata in modo predominante dalle malattie infettive, sono andati cambiando nel corso degli anni prefigurando una situazione da *middle income country* con progressivamente sempre più popolazione anziana e sempre più malattie croniche e non comunicabili.

Tuttavia, nonostante questi cambiamenti nella società iraniana, **il sistema sanitario pubblico non si è adeguato efficacemente, mentre l'atteggiamento che prevale in una parte dei politici e manager del sistema sanitario è spesso quello di 'glorificare' il passato (capillare sistema di PHC nelle aree rurali) e vivere sugli allori senza migliorare accesso e qualità dei servizi sanitari.**

### Principali problemi del settore salute

**Secondo stime del Ministero della Sanità attualmente il 60% della spesa sanitaria è rappresentato dagli *out-of-pocket* (Tabella 2). Questa alta percentuale di contributo finanziario diretto degli utenti alle spese sanitarie determina una situazione grave per il 2,5% della popolazione iraniana che deve affrontare una *catastrophic health expenditure*<sup>2</sup>, che porta ogni anno l'1% della popolazione a diventare povero<sup>[3]</sup>. Il ricorso al settore privato per la PHC e il contributo ai costi per le cure ospedaliere nel settore pubblico sono i motivi principali delle spese da parte della**

popolazione.

**Tabella 2. Iran. PIL e spesa sanitaria (2000 e 2007)**

	2000	2007
PIL pro-capite (US\$ exchange rate)	1,557	8,301 (2008)
PIL pro-capite (US\$ PPP int \$) (*)	4728	11,506 (2008)
Spesa sanitaria totale per capita (US\$ at average exchange rate)	290	253
Spesa sanitaria totale per capita (US\$ PPP int \$)	382	689
Spesa sanitaria privata come % della spesa totale	63%	53%
Spesa sanitaria totale come % del GDP	5.9%	6.4%

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La PHC infatti negli ultimi 30 anni non si è sviluppata uniformemente e adeguatamente sul territorio. In particolare, nelle aree urbane i servizi pubblici di PHC non sono in grado di soddisfare i bisogni sanitari della popolazione. Nelle città, dove vivono 2/3 della popolazione iraniana, gli utenti fanno ampio uso dei servizi privati anche per semplici problemi di salute.

**Il medico di famiglia non esiste nei centri sanitari delle città ma solo nelle aree rurali - con un rapporto 1 medico per 4000 abitanti.** E nelle aree rurali l'alto numero di pazienti per medico riduce la qualità del servizio per lo scarso tempo a disposizione per singolo paziente e non consente visite a domicilio per i pazienti che lo necessitano.

La PHC andrebbe seriamente riadattata ai cambi demografici e epidemiologici ma questo purtroppo avviene solo parzialmente. Per esempio, i community health workers, pietra miliare del sistema di PHC nelle aree rurali, continuano a svolgere prevalentemente mansioni di prevenzione legate alle malattie infettive (con priorità data alle vaccinazioni, all'igiene personale, all'acqua e ai servizi igienici), piuttosto che sviluppare attività di promozione della salute rispetto ai rischi relativi alle malattie non trasmissibili come fumo, dieta inadeguata, vita sedentaria e uso dell'alcool[4].

Le informazioni sanitarie a livello di PHC sono raccolte con metodi che, se hanno consentito una informazione minima ma essenziale agli inizi del funzionamento del sistema di PHC (Vital Horoscope) <sup>3</sup>, ora si dimostrano inadeguati per l'articolazione e complessità delle problematiche sanitarie attuali. Inoltre, in generale, esistono dei difetti nel sistema informativo che vanno da una carenza di analisi dei dati disponibili ad un uso burocratico dei dati non finalizzato alla pianificazione e alla mancanza di una reale trasparenza sui dati, in particolare se i dati si mostrano problematici.

**Per quanto riguarda gli ospedali, esiste una copertura su tutto il territorio nazionale con strutture pubbliche e private (che rappresentano il 15% del totale)[5]. Tuttavia, i co-payment richiesti agli utenti negli ospedali pubblici sono alti e la qualità del servizio è talvolta scadente.**

**Inoltre, in alcuni settori si tende a medicalizzare bisogni che richiederebbero risposte di altro tipo.** Un esempio eclatante è il problema dei parti con taglio cesareo che secondo stime condivise raggiunge almeno il 50% dei parti nel paese.

### **Carenze nel sistema 'Welfare'**

In generale le istituzioni iraniane coltivano ambizioni di leadership nella regione. La retorica a questo proposito nelle manifestazioni ufficiali è ridondante. Tuttavia, nel settore sociale e sanitario, le ambizioni di leadership sono spesso legittimate da una situazione certamente più avanzata ed evoluta rispetto ad altri paesi della regione. Il sistema di PHC, la produzione di farmaci e vaccini, i servizi socio-sanitari per i tossico-dipendenti e i pazienti HIV positivi sono alcuni esempi.<sup>4</sup>

Tuttavia, considerando in generale il livello dello sviluppo umano ed esaminando, per esempio, la posizione dell'Iran nel *Human Development Index* (HDI), nel 2007 il Paese si trova solo al 88esimo posto su 182 paesi[6]. Ma, mentre per il GDP procapite, che misura lo sviluppo economico, l'Iran è al 71esimo posto per la speranza di vita, che indica il variare della situazione sanitaria, è solo al 95esimo. **Ciò significa che l'economia (basata prevalentemente su petrolio e gas naturali) si è sviluppata più rapidamente della salute[7].**

Infatti il sistema 'Welfare' in Iran, sebbene relativamente ben strutturato dopo la Rivoluzione Islamica (1979) che esaltava equità e diritti sociali, ha mostrato nel tempo precisi limiti di accesso e qualità. Questo non solo nel settore salute ma anche nella scuola, con forte presenza del privato che compete per qualità con il settore pubblico e attira vasti

settori della classe media e settori popolari.<sup>5</sup>

### **Esclusione sociale e società civile**

Nonostante la famiglia svolga un ruolo importante nella gestione dei gruppi più deboli, l'approccio prevalente delle istituzioni è segregante e tendente all'esclusione. Esempi di questa impostazione sono gli ospedali psichiatrici e le scuole speciali per bambini disabili.

**Rispetto ai diritti delle donne la situazione è quantomeno controversa.** Infatti, se da un lato l'Iran ha ottenuto indubbi successi nel settore educativo ampliando l'accesso all'educazione femminile (per esempio gli studenti universitari donne sono passate dal 27% nel 1990 al 50% nel 2002)[8], dall'altro le donne mantengono nelle società iraniana una posizione ininfluyente nei settori decisionali (per esempio solo il 2.8% dei parlamentari sono donne)[2], oltre all'esistenza di una legislazione discriminatoria (l'Iran non ha firmato la convenzione sui diritti delle donne: *'United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women'*).

**Complessa e problematica appare anche la situazione dei giovani** per i quali il 'gap' tra titolo di studio (alti tassi di scolarizzazione) e opportunità di lavoro (alti tassi di disoccupazione) e la distanza culturale dal potere costituito determinano un disagio sociale trascurato dalle istituzioni.

Un approccio adeguato alle problematiche di gruppi vulnerabili presupporrebbe uno sforzo collettivo, con il coinvolgimento di tutti i settori della società (Istituzioni pubbliche, settore privato, area del non-profit). **Purtroppo il ruolo del settore non profit (ONG, associazionismo) è estremamente limitato sia nella gestione dei servizi che nel farsi carico delle marginalità sociali. Le ONG e la società civile sono percepite come potenzialmente pericolose e invise dal potere costituito.**

Il *welfare mix* con uno specifico ruolo del terzo settore non esiste in Iran per far fronte in modo efficace alle problematiche complesse di settori più deboli della popolazione (anziani, disabili, malati cronici, giovani marginali, etc.). Un ruolo importante è invece svolto dalle **fondazioni di ispirazione religiosa, in particolare l'Imam Khomeini Relief Foundation** (i cui dirigenti sono scelti dalla Guida Suprema e finanziamenti provengono prevalentemente dal governo). Queste assistono milioni di persone ai margini, adottando però prevalentemente un approccio filantropico e caritatevole piuttosto che improntato alla emancipazione ed all'empowerment degli assistiti.

### **Esperienze in controtendenza**

La società iraniana è composta e per certi versi contraddittoria. Esistono infatti politiche e progetti pilota che mostrano un chiaro approccio di apertura e inclusione, tendono a superare le stigmatizzazioni dei gruppi marginali e pongono in primo piano i bisogni della popolazione. Citiamo tre esempi.

1. **Pianificazione familiare.** L'iniziativa del *family planning* parte negli anni 80 da settori del sistema sanitario e mondo scientifico che, coinvolgendo personalmente l'Imam Khomeini (leader della rivoluzione islamica deceduto nel 1989), creano una sinergia tra interessi di salute (promozione della pianificazione familiare) e posizioni del clero. Questa esperienza sul finire degli anni 80, con addirittura una *fatwa* a favore del controllo delle nascite, ha decretato la sconfitta delle frange conservatrici della società e della classe dirigente della repubblica islamica che proponevano politiche a favore delle nascite. Negli anni successivi si è consolidata una politica di controllo delle nascite che ha portato a una diminuzione del *fertility rate* da 6,1 a 2,2[9].
2. **HIV/AIDS.** Le attività per combattere l' HIV/AIDS con politiche avanzate di riduzione del danno per i tossicodipendenti (terapia metadonica, scambio di siringhe, etc.) diffuse anche nelle carceri[10] e attività di promozione della salute rivolte alle *sex workers* fatte nei luoghi di prostituzione e quindi anche per strada con cliniche mobili gestite da *peer staff*[11].
3. **Politica sui rifugiati.** In Iran vi sono 1 milione di rifugiati afgani 'documentati' che hanno accesso a lavoro, servizi scolastici e sanitari, e 2 milioni di immigrati afgani irregolari che una recente iniziativa del governo iraniano mira a regolarizzare. Questa situazione di apertura verso i rifugiati e riconoscimento dei loro diritti sociali è inusuale nel panorama internazionale e rappresenta un precedente poco conosciuto internazionalmente[12].

### Cooperazione internazionale

La cooperazione internazionale è molto limitata in Iran sia perché l'Iran è un *middle income country*, quindi dotato di importanti risorse proprie, sia per i rapporti politici conflittuali che l'Iran intrattiene con l'occidente.

L'OMS ha sviluppato attività soprattutto in settori come *Health Policy*, *Non-Communicable Diseases* e *Communicable Diseases*. Nella *Health Policy* l'enfasi è su assistenza tecnica per ridurre l'*out-of-pocket* e rafforzare la PHC con lo sviluppo della medicina di famiglia. La violenza come problema di sanità pubblica e l'inclusione e integrazione di gruppi segregati (e.g. salute mentale) sono settori di impegno per il prossimo futuro.

Esistono inoltre altre 15 agenzie dell'ONU che operano prevalentemente con istituzioni governative. L'approccio delle agenzie ONU è di collaborare con le istituzioni iraniane e promuovere i diritti attraverso il lavoro tecnico, specializzato, 'neutrale' favorendo una

collaborazione soprattutto sui diritti sociali (educazione, salute, protezione sociale).

**Ambrogio Manenti**, Rappresentante Paese dell'OMS a Tehran

## Bibliografia

1. Marandi SA. The integration of Medical Education and health care services in Islamic Republic of Iran and its health impacts. Doha: The first international conference in partnership with WHO, 1-4 November 2008.
2. UN. Millennium Development Goals. Progress report. Tehran: UN Country Team, 2010.
3. Ministry of Health and medical Education. National Health Account. Structure, links and contribution to the health policy. Tehran: MOHME, 2009.
4. Malekafzali H. Primary health care Success and Challenges in Iran. WHO-Iran Quarterly Newsletter, Volume 4, Numbers 3-4. 2008. Tehran.
5. WHO. Country Cooperation Strategy for Islamic republic of Iran 2010-2014. Tehran: WHO, 2009.
6. UNDP. Human Development Report 2009. Country fact sheet. 2009
7. Farzin, A. UN inter-agency welfare system initiative. Gaps and issues in Iran's welfare system (first draft - Unedited). Tehran, 2010.
8. UNESCO. Gender and Education in Iran. A case study. Tehran: UNESCO, 2006.
9. Adams C, Manenti A. Flexibility and Pragmatism in Promoting Health. An experience of synergy between health and religion in Islamic, Republic of Iran. (Unedited). Tehran, 2009.
10. UNAIDS Executive Director Statement on Press Conference. Tehran: UNAIDS, 12 October 2010.
11. AA. Counseling and Harm Reduction Services for Vulnerable Women in the Islamic Republic of Iran: a preliminary review. (Unedited). Tehran: WHO, 2010.
12. UN. Iran Press Conference on the Occasion of UN Day - UNHCR Representative statement. Tehran: UN, 24 October 2010.

## Note

1. Il sistema di PHC dell'Iran ha ottenuto una certa notorietà a partire dagli anni 70 perchè con scarse risorse e un territorio vasto ha garantito la copertura della popolazione rurale attraverso i *community health workers* (CHW) distribuiti su tutto il territorio. Due CHWs: 1 donna e 1 uomo- nelle 'Health House, 1 Health House per 1500 abitanti - con compiti prevalentemente di prevenzione.
2. *Catastrophic health expenditure*: Spesa sanitaria pari al 40% della spesa totale tranne

quella per il cibo World Health Organization researchers have used 40 percent when “capacity to pay” (roughly, nonfood expenditure) is used as the denominator].

3. Il *Vital Horoscope* è un sistema di informazione sanitaria adottato dal Ministero della Sanità nelle aree rurali dal 1988 con dati demografici, di mortalità e relativi a programmi di PHC (es. pianificazione familiare) raccolti prevalentemente dai *community health worker*. I dati raccolti dovrebbero essere ampliati (per esempio con i fattori di rischio per la salute) e computerizzati. Progetti pilota sono in fase di implementazione da vari anni ma senza un appropriato follow up.
4. Occorre comunque notare che se il confronto non avviene tanto tra Iran e paesi limitrofi come Iraq, Afganistán e Pakistan, ove guerre e sottosviluppo hanno reso la situazione sanitaria particolarmente precaria, ma con paesi con un simile livello di sviluppo economico come per esempio Sri Lanka o Costa Rica, allora la situazione non appare così avanzata.
5. Oltre alla maggiore enfasi sullo sviluppo economico, esiste una carenza nel *management* del sistema *welfare* dovuta a debolezze strutturali nella gestione della cosa pubblica (esiste per esempio una approssimativa cultura della pianificazione) in parte dovute a carenze della classe dirigente che nel corso degli ultimi 30 anni è stata colpita da guerre (esterne ed interne) che hanno decimato intere generazioni, emigrazioni importanti con ‘fuga di cervelli’, instabilità politica con la consuetudine di un alto turnover dei quadri alti e medi della struttura statale e isolamento scientifico, tecnico e culturale conseguenza dell’isolamento politico.