



Federica Pozzi

Il terremoto del gennaio 2010, data la carenza estrema del sistema sanitario preesistente, doveva diventare per la comunità internazionale un'opportunità da non perdere.

---

Nel 2008 il *Lancet* pubblicava un articolo dal titolo "Haiti's forgotten emergency" in cui descriveva le condizioni precarie in cui versava il sistema sanitario del paese [1].

Oggi Haiti viene immediatamente associata al devastante terremoto del 12 gennaio 2010, che l'ha improvvisamente portata alla ribalta dei riflettori internazionali.

Tuttavia, senza più possedere la forza mediatica delle immagini della tragedia, quest'isola dei Caraibi, in coda **nell'ultima classifica mondiale dell'Human Development Index** (158esima su 187 paesi), si trova ancora ad affrontare quella stessa emergenza dimenticata di un sistema sanitario di base destrutturato e iniquo [2].

**Haiti, con i suoi 9.719,9 milioni di abitanti (350 abitanti/km<sup>2</sup>), possiede i peggiori indicatori sanitari di tutto l'emisfero occidentale e si colloca ben al di sotto della media degli altri stati dei Caraibi, con un'aspettativa di vita di 62 anni (media regionale di 76), una mortalità infantile entro il primo anno di vita di 57 per 1000 nati vivi (media regionale di 20,2) e una mortalità materna di 630 per 1000 nati vivi (media regionale di 89,2) (Tabella 1).**

#### **Tabella 1. PIL e Indicatori Sanitari**

Tabella 1. PIL e Indicatori Sanitari

	Haiti	Rep. Dominicana	Cuba
PIL (\$ PPP) pro-capite	1.180	7.890	9.900
Spesa sanitaria totale come % del PIL	5,3	5,4	10,4
Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale	23,3	35,9	95,5
Spesa sanitaria totale pro-capite \$	35	224	585
Spesa sanitaria pubblica pro-capite \$	8	81	558
Medici per 10.000 abitanti	2,7	19	64
Speranza di vita alla nascita	62	73	77
Mortalità infantile (1° anno di vita) x 1000 nati vivi	57	27	5
Mortalità materna 100.000 nati vivi	638	85	47
% parti assistiti da personale qualificato	26	98	100
% neonati con basso peso	25	11	5
% bambini al di sotto dei 5 anni con malnutrizione cronica (ritardo di crescita)	28,7	10,1	4,6

Fonte: World Bank 2009, WORLD HEALTH STATISTICS 2010.

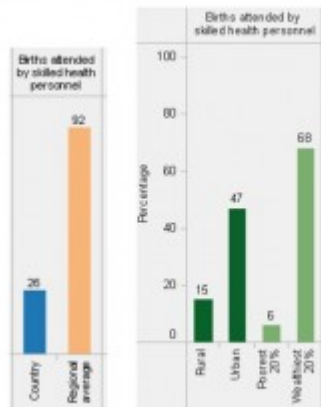
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'alta mortalità materno infantile è inoltre fortemente condizionata dalle **disuguaglianze** fra la popolazione: con un coefficiente di Gini di 59,2, Haiti si trova fra i primi otto paesi al mondo con le più elevate disparità nella distribuzione interna della ricchezza [3].

Infatti, la percentuale globale di parti assistiti da personale qualificato è del 26% (contro una media regionale di 92%) ma scende al 15% nelle aree rurali e al 6% considerando la fascia di popolazione con il reddito più basso (**Figura 1**). Ugualmente la mortalità infantile riflette la stessa disuguaglianza (**Figura 2**).

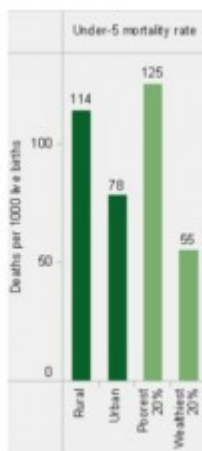
Considerando che più della metà degli abitanti vive in aree rurali (solo il 47% della popolazione abita in zone urbane) e il 54,9% vive al di sotto della soglia di povertà (\$1,25 pro-capite al giorno), è facile immaginare il valore reale di questi numeri.

**Figura 1. Disuguaglianze nell'assistenza qualificata al parto (WHO Haiti health profile 2010)**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 2. Disuguaglianze nella mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (WHO Haiti health profile 2010)**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La carenza della sanità pubblica di Haiti riflette la situazione economica di un paese con un debito estero pari a oltre 1300 milioni di \$, accumulatosi a partire dal prezzo del riscatto dell'indipendenza imposto dalla Francia in cambio della libertà nel 1825 (150 milioni di franchi ovvero l'equivalente del bilancio annuale francese dell'epoca).

**La violenta dittatura di Duvalier**, largamente sorretta dai paesi occidentali, ha determinato poi una crescita esponenziale del debito che tra il 1957 e il 1986 si è moltiplicato per 17,5 ed è successivamente salito, grazie agli interessi e alle penalità, al valore attuale.

L'embargo imposto dagli Stati Uniti nel 1991, come risposta al regime militare che si insediò con un colpo di stato, ponendo fine al governo Aristide, deprese ulteriormente l'economia del paese, che oggi importa l'80% del proprio fabbisogno di riso (mentre nel 1972 era autosufficiente) e ha un tasso di disoccupazione del 70%[\[4\]](#).

**La crisi della produzione agricola**, non più competitiva sul mercato rispetto ai prodotti importati dagli Stati Uniti, non solo ha determinato la perdita della fonte di sostentamento primario della popolazione, ma ha contribuito fortemente all'aumento del tasso di malnutrizione infantile (29,7% di malnutrizione cronica). Tra le cause principali del ritardo di crescita oltre alla carenza qualitativa e quantitativa degli alimenti influisce soprattutto l'allontanamento delle madri da casa durante la giornata, dedite ad attività di piccolo commercio. Per lo stesso motivo **meno del 30% dei neonati sono allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi di vita** e solo il 23% affronta uno svezzamento corretto (IYCF Infant and Young Child Feeding,WHO)[\[5\]](#).

### **Il sistema sanitario deve far fronte anche alla carenza di risorse umane**

Si stima che globalmente in Haiti ci siano 2,7 medici per 10.000 persone, contro i 19 della Repubblica Dominicana e uno standard minimo definito dalla WHO di 25.

Nonostante il Ministero della Salute e della Popolazione (MSPP) dia lavoro alla maggior parte degli impiegati statali, solo il 38% del personale stipendiato è rappresentato da operatori sanitari (la maggior parte sono posizioni amministrative). I medici sottopagati nel settore pubblico (con uno stipendio medio di 180\$ al mese) tendono a spostarsi nelle aree urbane dove è più facile svolgere attività privata; il 73% è concentrato nel dipartimento Ovest attorno alla capitale, dove risiede solo il 34% della popolazione. Tra il 2005 e il 2008 circa il 30% dei medici Haitiani ha lasciato il paese per gli Stati Uniti o il Canada.

**La carenza di personale sanitario è anche strettamente connessa alla completa destrutturazione del sistema formativo.** Nel 1997 esistevano sette istituzioni pubbliche che comprendevano una università di Medicina in capitale e quattro scuole professionali per infermieri e agenti di salute comunitaria. **Nel 1998 sono state chiuse tutte le scuole di formazione degli operatori sanitari di comunità (*agents de sante communautaire*), che rappresentano le risorse umane chiave per un programma di Primary Health Care in quanto, lavorando a livello delle comunità, permettono la copertura del territorio rurale.** Questo gap, solo in parte coperto da scuole private (comunque costose e non sempre riconosciute dal ministero della salute) ha fatto in modo che il programma del Paquet Minimum de Services (PMS) definito dal governo nel 1996, basato sull'accesso universale e gratuito ad un "pacchetto minimo di servizi", non trovasse mai applicazione.

**Con una spesa pubblica per la sanità pari al 5,3 % del PIL, che corrisponde a 8 \$ procapite all'anno, i servizi pubblici sono di fatto tutti a pagamento: il costo di un parto in ospedale è di circa 6.000 Gourdes haitiani (1 US \$ = 41 Gourde) ma arriva a 20.000 per un taglio cesareo.**

Non stupisce pertanto il risultato dell'inchiesta EMMAUS IV condotta dall'istituto di statistica di Haiti, secondo la quale oltre **il 40% della popolazione non ha accesso alle cure sanitarie.**

La progressiva svalutazione del Gourdes ha fatto inoltre aumentare vertiginosamente i costi della sanità privata, largamente diffusa: una visita medica che nel 1980 costava 25 Gourdes oggi costa 1200 Gourdes, 48 volte di più, a fronte di un reddito procapite immutato di circa 98 \$ al mese.

È evidente quindi che il sistema sanitario haitiano non era preparato a far fronte alle conseguenze devastanti del sisma magnitudo 7,4 che causò oltre 230.000 morti e un milione e mezzo di sfollati nella capitale e nelle aree limitrofe.

**Quello invece che a quasi due anni di distanza stupisce è che la risposta internazionale, con 5,3 bilioni di dollari raccolti e oltre 500 ONG insediatesi nel paese, non è stata in grado di rafforzare e supportare il sistema sanitario pubblico.**

Il *British Medical Journal*, in un editoriale di agosto denuncia una situazione post sisma allarmante [7]. **Gli aiuti internazionali hanno portato servizi sanitari gratuiti ma temporanei legati all'urgenza, basati su programmi verticali non coordinati fra loro né con il governo** (a febbraio 2011 delle 400 ONG sanitarie registrate, solo 14 avevano inviato il report richiesto dal ministero della salute attraverso il Cluster Sante), concentrati nell'area urbana della capitale, facilitando l'abbandono del personale sanitario delle strutture pubbliche per incarichi economicamente più remunerati. Se da un lato questo intervento massivo ha indubbiamente contribuito a salvare tante vite, sul lungo periodo non si è osservato nessun impatto sul miglioramento globale degli indici di salute del paese [8].

**Facendo una ricerca bibliografica per ritrovare un intervento "di successo" in Haiti si risale al lontano 1981 quando il *NEJM* pubblicava un articolo dal titolo "Reduction of mortality in rural Haiti through a PHC program".** Si tratta di un programma realizzato nell'Artibonite, un' area rurale di Haiti, su una popolazione di 180.000 abitanti, attraverso operatori sanitari di villaggio (*village health workers*) distribuiti in 7 Poste de Santé, per garantire la copertura di tutto il territorio. Il pacchetto di servizi

offerti si basava su un approccio educativo, preventivo e curativo (reidratazione orale, screening e terapia della tubercolosi, recupero nutrizionale, assistenza qualificata al parto). Il programma determinò un impatto significativo in termini di riduzione a lungo termine della mortalità infantile sotto i 5 anni, con una spesa pro capite di 1,60 \$ all'anno [9].

**In definitiva il modello vincente resta quello del rafforzamento della Primary Health Care su tutto il territorio, come ha ribadito nel 2008 l'organizzazione Mondiale della Sanità, definendola la strategia migliore per affrontare i problemi della salute globale.**

**Proprio in questa direzione si stanno muovendo oggi ad Haiti due grandi interventi.**

**Il primo è un esempio brillante di cooperazione sud-sud basato su un accordo trilaterale Cuba-Brasile-Haiti** per la ricostruzione del sistema sanitario haitiano, attraverso la formazione dei professionisti, l'edificazione di installazioni per la sanità e il continuo sostegno con personale medico cubano. I lavoratori cubani della sanità, stipendiati da Cuba, sono oggi 1600 e offrono prestazioni di prevenzione, cura e urgenza, giorno e notte, a prezzi calmierati. L'impatto nelle aree rurali è tale che l'ex presidente Preval ha dichiarato che **"per gli haitiani prima c'è Dio, e poi ci sono i medici cubani"**.

**Il secondo intervento è il programma *Manman ak timoun an sante* (Mamme e bambini in salute) lanciato nel mese di settembre dalla PAHO in accordo con il ministero della salute Haitiano e supportato dal governo Canadese, che prevede l'accesso gratuito alle visite prenatali per le madri e alle cure per bambini al di sotto dei 5 anni. Si tratta di un progetto pilota su 90 strutture pubbliche in tutto il paese, basato su un meccanismo di finanziamento dei centri sanitari in funzione delle performances ottenute e mira a ridurre la mortalità materno infantile nei prossimi due anni.**

**In conclusione**, il terremoto di Haiti, data la carenza estrema del sistema sanitario preesistente, doveva diventare per la comunità internazionale un'opportunità da non perdere per affrontare l'emergenza in un'ottica di sviluppo, con una risposta al disastro finalizzata non solo ad una assistenza temporanea ma in grado di supportare e implementare un programma sanitario "orizzontale", esteso a tutto il territorio, in accordo con le strategie governative e nell'ottica dell'accesso universale e gratuito alla salute [10].

Federica Pozzi, specialista in Medicina Interna, cooperante in Haiti

## **Bibliografia**

1. Patralekha Chatterjee. Haiti's forgotten emergency. *Lancet* 2008; 372: 615-618
2. International Human Development Indicators: [statistics](#)
3. World Bank, [Gini Index](#)
4. Elizabeth Gibbons and Richard Garfield. The Impact of Economic Sanctions on Health in Haiti, 1991-1994. *American Journal of Public Health* 1999; 89:1499-1504
5. Cayemittes, Michel, Marie Florence Placide et al. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006. Ministère de la Santé Publique et de la Population.
6. PAHO. [Basic Country Health Profiles for the Americas, Haiti](#).
7. Peter Moszynski. Haiti reconstruction is failing to reduce maternal mortality, report warns. *BMJ* 2011;343
8. Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti
9. Human Right Watch, 2001. ["Nobody Remembers Us"](#)
10. Warren L. Berggren et al. Reduction of mortality in rural Haiti through a PHC program. *NEJM* 1981;304: 1324-1330
11. Louise C Ivers. Strengthening the Health System while investing in Haiti. *American Journal of Public Health* 2011; 101: 970-971