

Rapporto di ricerca COI Realizzato dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale

- aggiornato al 4 Novembre 2023

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Bangladesh	N/D
QUESITO COI		NOTE
Tematica	Salute	N/D
Formulazione quesiti COI	1. Descrizione del sistema sanitario bengalese 2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da ipoacusia 3. Informazioni sulla presenza di fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone affette da ipoacusia	
Nota metodologica <ol style="list-style-type: none"> In considerazione dello specifico profilo tecnico dei quesiti, la ricerca è stata effettuata avvalendosi della collaborazione e del supporto tecnico della Associazione di supporto psicosociale "Approdi"; Sebbene la ricerca fosse stata commissionata relativamente alla disponibilità e l'accessibilità delle cure per l'ipoacusia in Bangladesh, si è reputato utile e coerente estendere il rapporto ed includere alcune informazioni complessive sul sistema sanitario del Bangladesh, utili a comprendere e coordinare le informazioni specifiche relative al trattamento dell'ipoacusia, la disabilità e sulla presenza di fenomeni di stigmatizzazione; Il presente elaborato è stato sviluppato a partire dalle evidenze riscontrate negli articoli indicizzati nei principali database sanitari (tra cui pubmed; Medscape; e The Cochrane Library), motori di ricerca per articoli scientifici (tra cui Googlescholar e SciELO) e generali (Google) e report nazionali o internazionali. L'utilizzo di altre fonti di ricerca è stato specificatamente segnalato in nota. Allo stesso tempo è da sottolineare come, sempre rispetto al primo quesito, si sia rinviato in maniera sostanziale al rapporto EUAA 2022 dedicato all'assistenza sanitaria in Bangladesh. Ciò considerando la completezza e l'attualità dell'analisi lì riportata, non integralmente citata nella presente ricerca. Fonte: EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh; Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche. 		
		Roma 04/11/2023

ooo

Lista delle abbreviazioni:

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

AT: Assistive Technology for disability
BIDA: Bangladesh Investment Development Authority
CHW: Community Health Workers
EM: Essential Medicines
HCFC: Health Care Financing Strategy
MOHFW: Ministry of Health and Family Welfare
NCD: Non-Communicable Disease
NGO: Non-governmental organization
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
OOP: Out of pocket
THE: Total Health Expenditure

1. Descrizione del sistema sanitario bengalese

Introduzione

La fornitura di servizi sanitari di base in Bangladesh è un obbligo costituzionale del Governo. L'articolo 15 della Costituzione stabilisce che è una responsabilità fondamentale dello Stato assicurare ai suoi cittadini la fornitura delle necessità di base della vita, tra cui cibo, vestiti, alloggio, istruzione e cure mediche. Inoltre, l'articolo 18 della Costituzione afferma che lo Stato deve aumentare il livello di nutrizione della popolazione e migliorare la salute pubblica come alcuni dei suoi compiti primari.

“...The provision of basic health services in Bangladesh is a constitutional obligation of the Government (IGS, 2012). Article 15 of the Constitution stipulates that it shall be a fundamental responsibility of the State to secure for its citizens the provision of the basic necessities of life, including food, clothing, shelter, education and medical care. In addition, Article 18 of the Constitution asserts that the State shall raise the level of nutrition of its population and improve public health as some of its primary duties...”¹

Secondo le fonti, il Bangladesh ha un sistema di erogazione dei servizi sanitari pluralistico che comprende istituzioni sanitarie e operatori nel settore pubblico, nel settore privato a scopo di lucro, non a scopo di lucro e informale. Assicurare servizi di qualità standard, efficienti ed efficaci ai pazienti è una priorità del sistema sanitario del paese. In questo senso, la fonte sottolinea come il Ministero della Salute e del Benessere Familiare del Bangladesh (MOHFW) avrebbe destinato considerevoli fondi e ha sviluppato diversi piani strategici basati su indagini, politiche, piani d'azione, linee guida e documenti di pianificazione strategica, al fine di rafforzare la capacità e la competenza del sistema sanitario per la gestione integrata delle malattie non trasmissibili e dei loro fattori di rischio:

“...Bangladesh has a pluralistic health service delivery system comprising health institutions and providers in the public (linked to each other by referral system), private for-profit, not for-profit and informal sectors. Ensuring standard, efficient, and effective quality services to the patients is the

¹ World Health Organization. (2015). Bangladesh health system review (Vol. 5, No. 3). WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

priority of the country's health system. Bangladesh's Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) has allocated considerable funds and developed several strategic plans based on surveys, policies, action plans, guidelines and strategic planning documents, with the aim to strengthen the capacity and competency of the health system for the integrated management of non-communicable diseases and their risk factors..."²

In via generale, le fonti sottolineano come l'assistenza sanitaria governativa è fornita negli ospedali a livello di distretto, nei complessi sanitari a livello di *upazilla* (sottodistretto), nei centri sanitari e di benessere familiare, a livello di unione e nelle cliniche comunitarie a livello di quartiere. I servizi governativi spesso sono sovraccarichi e la qualità delle cure è variabile, con una gestione inefficace, mancanza di risorse, personale ed attrezzature che influiscono sulla fornitura dei servizi. Nel frattempo, il settore privato viene definito come scarsamente regolamentato e il settore informale è costituito principalmente da praticanti non addestrati, tradizionali e omeopatici:

"...Bangladesh has a pluralistic health system, with government, private and non-governmental organisations (NGOs) providing services. Government health care is provided at district level hospitals, upazilla (sub-district) level health complexes, union health and family welfare centres and ward level community clinics. Government services are often overstretched and the quality of care is variable with ineffective management, lack of resources, staff and equipment affecting service provision. Meanwhile the private sector is poorly regulated and the non-formal sector largely consists of untrained, traditional and homeopathic practitioners..."³

Tuttavia, una fonte riporta come nel 2018 la Banca Mondiale ha riferito che i fornitori e i servizi erano frammentati e che non esisteva un coordinamento del sistema di erogazione dei servizi sanitari nelle aree urbane, con la conseguente incapacità di fornire un'assistenza completa. Gli autori non hanno riscontrato alcun segno di integrazione orizzontale, ovvero di strutture che lavorano insieme per fornire una gamma completa di servizi alla popolazione dei loro distretti. Inoltre, hanno riscontrato che il sistema di riferimento mancava di integrazione verticale, con i pazienti che accedevano direttamente alle cure specialistiche senza ricorrere a referenti:

"...In 2018, the World Bank reported that providers and services were fragmented and that there was no coordination of the health care service delivery system in urban areas, which resulted in a subsequent failure to provide comprehensive care. The World Bank authors found no sign of horizontal integration, i.e., of facilities working together to provide a comprehensive range of services to the population in their districts. They also found that the referral system lacked vertical integration, with patients accessing specialized care directly without referrals. 140"⁴

² World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2015). Bangladesh health system review. Health systems in transition, 5 (3), WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/208214> [Accessed on 04/11/2023]

³ World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2015). Bangladesh health system review. Health systems in transition, 5 (3), WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/208214> [Accessed on 04/11/2023]

⁴ EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Una fonte recente riporta come nel 2015, l'OMS abbia definito il sistema sanitario del Bangladesh come “carente di operatori sanitari qualificati”. Gli operatori sanitari qualificati sono concentrati nelle aree urbane. Le cliniche comunitarie, le principali strutture rurali, sono tipicamente prive di personale e non sono sufficientemente attrezzate. L'OMS ha inoltre riscontrato che i medici allopatrici non qualificati/semiqualificati, come i medici di villaggio e gli operatori sanitari di comunità (CHW), si trovano principalmente nelle aree rurali. D'altra parte, le risorse mediche qualificate sono concentrate nelle città, anziché essere distribuite nelle divisioni e coprire le aree remote dove la domanda è elevata:

“...In 2015, the WHO characterised the health system in Bangladesh as having a shortage of skilled health workers with twice as many doctors as nurses. Skilled health workers are clustered in urban areas. 97 Community Clinics, the main rural facilities, are typically understaffed and are insufficiently equipped. 98 The WHO found unqualified/semi-qualified allopathic practitioners, such as village doctors and Community Health Workers (CHWs), to be located mainly in rural areas [...] . In addition, the skilled medical resources are concentrated in cities rather than being spread across the divisions and covering remote areas where demand is high.102...”⁵

o

Finanziamenti, strategie di protezione sociale e spesa sanitaria

In alcune fonti, il governo del Bangladesh è stato descritto come sovvenzionatore delle strutture sanitarie pubbliche in modo da coprire il "minimo indispensabile" del costo delle cure. Nonostante una tendenza all'aumento della spesa sanitaria mostrata, il Bangladesh continua ad avere la più bassa spesa pro capite per la salute e la più bassa spesa in percentuale del PIL tra gli 11 Stati membri della regione dell'Asia sud-orientale dell'OMS:

“...The Government of Bangladesh has been described as subsidising public health facilities so as to cover the ‘bare minimum’ of the cost of care.141 Despite an upward trend in health expenditure shown in Figure 3 and Figure 4 below, Bangladesh continues to have the lowest per capita expenditure on health, and the lowest expenditure as a percentage of GDP, of the 11 member states in the WHO South East Asia Region.142...”⁶

Tuttavia, una fonte sottolinea come sia stata implementata una strategia di finanziamento dell'assistenza sanitaria al fine di introdurre schemi di protezione sociale della salute per i poveri e per i dipendenti del settore formale e a passare all'offerta per l'intera popolazione. In linea di principio, tutti i cittadini in possesso di una carta d'identità hanno accesso alle strutture sanitarie pubbliche senza pagare un contributo. Per le visite ambulatoriali è richiesto un basso costo per l'utente e, anche se il materiale medico dovrebbe essere fornito gratuitamente, di solito non è disponibile nelle strutture e quindi i pazienti devono procurarselo. In questo senso, i pagamenti OOP (out-of-pocket) sono ancora il principale finanziatore dei servizi sanitari, attraverso l'acquisto di farmaci e beni medici:

⁵EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

⁶EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

“...The Health Care Financing Strategy (HCFC) 2012–2032¹⁴⁶ aims to introduce social health protection schemes for the poor and for formal sector employees and to move towards provision for the entire population.¹⁴⁷ In principle, all citizens with an identity card have access to public health facilities without paying a contribution. For outpatient consultation a low user charge is required, and while medical supplies should be provided for free, it is commonly not available in the facilities so the patients will need to supply them. OOP payments are still the main financier for health services, through the purchase of pharmaceuticals and medical goods.¹⁴⁸...”⁷

Inoltre, alcune fonti sottolineano come l'esperienza ambulatoriale negli ospedali pubblici è stata caratterizzata da un numero insufficiente di medici e da lunghe code per le cure. Questo spinge i pazienti degli ospedali pubblici a fare offerte di pagamento informali per accelerare l'accesso ai medici. Il costo delle cure negli ospedali pubblici è composto per circa il 97% da costi indiretti e per il 3% da costi diretti. Mentre i costi diretti negli ospedali privati sono superiori a quelli degli ospedali pubblici, i costi indiretti sostenuti per ricevere cure dagli ospedali pubblici sono il doppio di quelli degli ospedali privati. Di conseguenza, questo studio del 2016 ha rilevato che il costo totale medio delle cure ambulatoriali negli ospedali pubblici era maggiore (9 923 BDT o 114 EUR) rispetto a quello degli ospedali privati (5 607 BDT o 64 EUR):

“...The study found that outpatients in public hospitals experience higher total costs than those treated in private hospitals. ¹⁹¹ The majority of public hospital patients (71 %) were from rural areas and so had higher travel costs and spent longer travelling than the, mainly urban, patients of private hospitals. The outpatient experience in public hospitals was characterised by insufficient numbers of doctors and long queues for treatment. This prompted patients in public hospitals to make offers of informal payment in order to hasten their access to the doctors.¹⁹² The cost for treatment in public hospitals is comprised of approximately 97 % of indirect costs and 3 % of direct costs. ¹⁹³ While the direct costs in private hospitals are higher than in public hospitals, the indirect costs incurred in getting care from public hospitals are twice that of private hospitals. As a result, this 2016 study found that the average total cost of outpatient treatment in public hospitals was greater (BDT 9 923 or EUR 114) than that in private hospitals (BDT 5 607 or EUR 64). ¹⁹⁴...”⁸

Le persone che non possono assicurarsi con un'assicurazione sanitaria tradizionale, possono accedere a un'assistenza sanitaria di qualità attraverso pacchetti di microassicurazione sanitaria che prevedono premi bassi. Questo può ridurre le spese OOP e fornire protezione finanziaria da spese sanitarie inaspettate. La microassicurazione per la salute è anche progettata per affrontare l'esclusione spaziale dai servizi sanitari e l'esclusione culturale delle donne dai servizi sanitari. Tuttavia, in uno studio accademico, il settore della microassicurazione in Bangladesh viene descritto come poco efficace e gli autori affermano che è necessario lavorare per incoraggiare l'uso dei prodotti di microassicurazione e per costruire la fiducia tra i potenziali interessati:

⁷EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

⁸EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

“...People who cannot secure traditional health insurance, can obtain access to quality healthcare via micro health insurance packages which have low premium rates. This can decrease OOP (out-of-pocket) expenses and provide financial protection from unexpected health care expenditures.¹⁵⁴ Microinsurance for health is also designed to address spatial exclusion from health services and cultural exclusion of women from health services.¹⁵⁵ In an academic study the micro-insurance sector in Bangladesh is described as not being very effective and the authors state that work needs to be done to encourage the use of microinsurance products and to build trust among potential stakeholders.¹⁵⁶...”⁹

Questi fattori concorrono a determinare la condizione per cui la spesa OOP è la principale strategia di pagamento per l'assistenza sanitaria in Bangladesh e la quota di spesa OOP è aumentata in modo allarmante dal 55,9% nel 1997 al 67% nel 2015. Di conseguenza, circa il 16% delle famiglie deve affrontare spese sanitarie esorbitanti e quasi 5 milioni di persone cadono in povertà ogni anno in Bangladesh. Considerando la fascia d'età dei pazienti, la media dei costi totali OOP variava da BDT 996 a BDT 2.070 per le malattie acute, mentre per le malattie croniche il costo del trattamento è salito fino a BDT 18.571. I costi OOP più elevati, sia per le malattie acute che per quelle croniche, sono stati osservati tra gli anziani, i maschi, per le malattie croniche (12.462 BDT) e le comorbidità (11.355 BDT). Nelle famiglie urbane, la spesa complessiva OOP era pari al 7,7% del reddito familiare mensile totale delle famiglie urbane. Per questo, alcune fonti sottolineano come poveri spesso non possono permettersi le cure a causa dei costi elevati. Nello specifico, si è osservato che le famiglie più povere spendono circa sei volte di più di quelle più ricche e hanno spese sanitarie catastrofiche:

“...OOP expenditure is the major payment strategy for healthcare in Bangladesh, and the share of OOP expenditure has increased alarmingly from 55.9% in 1997 to 67% in 2015 [20]. Consequently, approximately 16% of households face exorbitant health expenditures, and almost 5 million people fall into poverty every year in Bangladesh [21–24]. [...] Considering the patients’ age group, the average total OOP costs ranged from BDT 996 to BDT 2,070 for acute illness, while for chronic illness, the treatment cost raised up to BDT 18,571. The highest OOP cost for both acute and chronic was observed among older adults (Fig 1). The treatment cost was relatively higher for elderly citizens and males. [...] We found that people with higher education spent more on chronic illnesses (BDT 12,462) and comorbidities (BDT 11,355). [...] The overall OOP expenditure was 7.7% of the total monthly household income of urban households. [...] Poor people often cannot afford care due to high treatment costs and remain excluded [56]. That is why we observed that individuals who did not have access to mass media and safe water spent significantly less during illness, although they were more prone to poor health [57]. Further, we observed that the poorest households spent approximately six times more than the richest households and had catastrophic healthcare expenditure [21, 31].”¹⁰

In linea con quanto affermato previamente, uno studio condotto tra il 1° dicembre 2015 e il 31 dicembre 2016 ha rilevato che la spesa sanitaria è una delle principali ragioni di povertà e

⁹EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

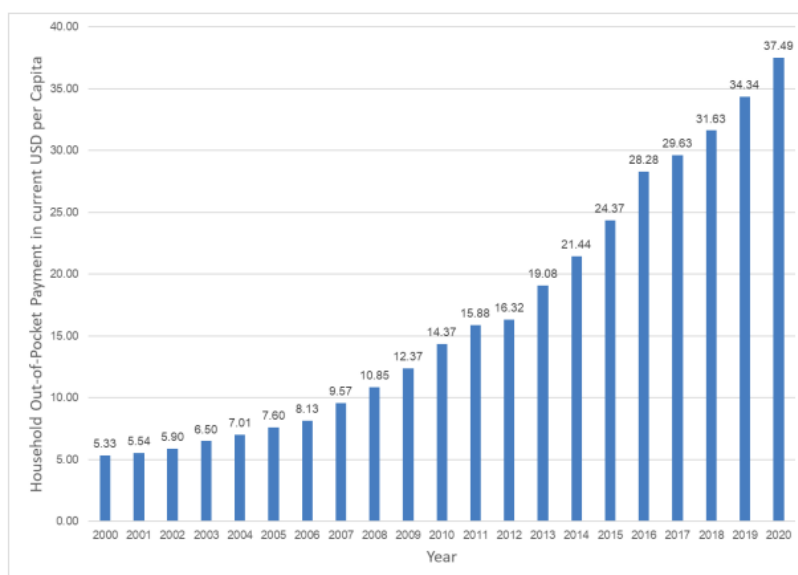
¹⁰Sarker AR, Ali SMZ, Ahmed M, Chowdhury SMZI, Ali N (2022) Out-of-pocket payment for healthcare among urban citizens in Dhaka, Bangladesh. PLoS ONE 17(1): e0262900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262900> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

privazione tra le famiglie a basso reddito, con circa 4,7 milioni di persone in Bangladesh che si trovano in condizioni di povertà a causa dei costi sanitari. Questi debiti, sono definiti come costi che "alterano gravemente il tenore di vita delle famiglie" assorbendo tra il 10 % e il 40 % delle risorse familiari. Il BIDA afferma che il Bangladesh ha uno dei tassi di spesa OOP più alti al mondo (come percentuale della spesa sanitaria totale (THE):

“...A study done between 1 December 2015 to 31 December 2016, found health expenditure to be one of the main reasons for poverty and deprivation amongst low-income households with approximately 4.7 million people in Bangladesh going into poverty due to health care costs. 173 [...] These are defined as costs that ‘severely disrupt household living standards’ by absorbing between 10 % and 40 % of household resources. 174 BIDA states that Bangladesh has one of the highest OOP expenditure rates in the world (as a percentage of Total Health Expenditure (THE)

Figure 6. Household Out-of-Pocket Payment in current USD per Capita¹⁸¹



....¹¹

ooo

2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da ipoacusia

Pochi sono gli studi disponibili sulla prevalenza dell'ipoacusia in Bangladesh - la più recente stima statistica che si pronuncia su questo problema di sanità pubblica è il lavoro di Tarafder et. al, 2015 in cui viene riportato che la prevalenza di ipoacusia debilitante nella popolazione del Bangladesh è del 9.6%, che la perdita dell'udito è più diffusa nelle persone socioeconomicamente svantaggiate e in quelle di età superiore ai 60 anni, e che milioni di persone in Bangladesh hanno bisogno di interventi medici e chirurgici, tra cui l'impianto cocleare:

“...This study reports a 9.6 per cent prevalence of disabling hearing impairment in Bangladeshi people of all ages. [...] Hearing loss is more prevalent in socioeconomically deprived people and in

¹¹ EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

those older than 60 years. [...] Millions of people in Bangladesh need medical and surgical intervention, including cochlear implantations...”¹²

Questo è in linea con ciò che viene riportato in Joarder et al. 2020 che sottolinea come, in linea generale, il 50% delle ipoacusie sono prevenibili, e che questa patologia rappresenta un grande problema di sanità pubblica nel paese, colpendo un terzo della popolazione del Bangladesh. Tuttavia, la perdita di acuità uditiva rimane come un problema trascurato, sebbene le spese dirette per apparecchi acustici e servizi di assistenza all'orecchio, soprattutto per la popolazione rurale siano apparentemente elevate:

“...It is estimated that 50% of all deafness and hearing impairment is preventable. [...] Deafness is a major public health problem in our country [...] One third of Bangladeshi population suffer from some sort of hearing impairment. [...] Deafness in Bangladesh is neglected due to ignorance, lack of awareness, social customs, taboo and misbeliefs. The out-of-pocket expenditure for hearing aid and ear care services for rural population is also apparently high...”¹³

In una fonte che esaminava la relazione tra la perdita dell'udito invalidante e lo status socio-economico, sottolinea come l'ipoacusia sia una causa e una conseguenza della povertà in paesi a basso e medio reddito. Infatti, nello studio è emerso un chiaro gradiente di povertà legato alla perdita dell'udito invalidante, facendo emergere che milioni di persone in Bangladesh hanno bisogno di interventi medici e chirurgici, tra cui impianti cocleari:

“...Hearing impairment is a cause and consequence of poverty, especially in low and middle income countries [...] The relationship of disabling hearing loss with socio-economic status as determined by wealth quartiles was examined. There was a clear gradient of poverty linked with disabling hearing loss. [...] In terms of numbers, this gives us a frightening figure of the huge suffering of humanity here. Millions of people in Bangladesh need medical and surgical intervention, including cochlear implantations...”¹⁴

Similmente, in un'altra fonte viene specificato come i costi degli interventi chirurgici sono elevati e la popolazione non può permetterseli; inoltre, la fornitura di apparecchi acustici è inadeguata, mancano strutture per lo screening, compromettendo l'accessibilità alla diagnosi e alla gestione delle malattie dell'orecchio a livello primario e secondario:

¹² Tarafder, K. H., Akhtar, N., Zaman, M. M., Rasel, M. A., Bhuiyan, M. R., & Datta, P. G. (2015). Disabling hearing impairment in the Bangladeshi population. in: *The Journal of laryngology and otology*, 129(2), 126–135. <https://doi.org/10.1017/S002221511400348X>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349144/> [Accessed on 04/11/2023]

¹³ Joarder, M. A. H., & Islam, M. N. (2020). Prevention of Deafness in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology*, 26(2), 77–78 Available at: <https://doi.org/10.3329/bjo.v26i2.50605> [Accessed on 04/11/2023]

¹⁴ Tarafder, K. H., Akhtar, N., Zaman, M. M., Rasel, M. A., Bhuiyan, M. R., & Datta, P. G. (2015). Disabling hearing impairment in the Bangladeshi population. in: *The Journal of laryngology and otology*, 129(2), 126–135. <https://doi.org/10.1017/S002221511400348X>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349144/> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

“...Cost of surgery is high, which the general people cannot afford & there is inadequate supply of hearing aids as well. There is also lack of facilities for screening, diagnosis & management of ear diseases at primary and secondary level of care...”^{15, 16}

Questo va in disaccordo con quanto affermato dalle Nazioni Unite, che riportano come lo stato del Bangladesh: riconosce alle persone con problemi di udito e di linguaggio, il diritto di utilizzare il linguaggio dei segni Bangla come prima lingua; fornisce gratuitamente dispositivi di assistenza; e offre interventi chirurgici complicati a persone con diversi tipi di disabilità. Secondo la fonte infatti, gli impianti cocleari vengono forniti gratuitamente:

“...Moreover, for people with hearing and speech impairment, “use Bangla sign language as their first language, to the greatest extent possible” has also been made a right. [...] Besides providing assistive devices free of cost, complicated surgeries are also offered to persons with different types of disabilities free of cost at the government hospitals and several private hospitals. Cochlear implants are being provided free of cost...”¹⁷

In linea con questo un recente articolo di cronaca riporta come gli impianti cocleari sono stati introdotti per la prima volta in Bangladesh nel 2007, ma a causa del costo elevato, erano accessibili solo a un numero ristretto di persone. Il costo di un impianto cocleare in Bangladesh può variare da Tk15 lakh a Tk25 lakh (da \$17.647 a \$29.412), un costo inaccessibile per la maggior parte delle famiglie del Paese. Nel 2015, sotto la guida del Primo Ministro Sheikh Hasina, il Governo del

¹⁵Ministry of Health Bangladesh (2011) Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. *National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016*. cdn.who. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]

¹⁶ Ciò è particolarmente critico considerando che la dichiarazione dell'International Workshop on Primary Ear Care, tenutosi in Sudafrica, afferma che "le malattie dell'orecchio che causano disabilità sono più efficacemente prevenute attraverso l'identificazione precoce e il trattamento nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria". La dichiarazione prende anche in considerazione il fatto che i Paesi in via di sviluppo non dispongono di una legislazione efficace contro il rumore e di programmi per prevenire la perdita dell'udito causata dal rumore: “...*The declaration of the International Workshop on Primary Ear Care held in South Africa states that 'Ear disease causing disability is most effectively prevented through early identification and treatment within primary health care'. Declaration also takes into consideration that the developing countries are lacking in effective legislation against noise and programmes to prevent noise induced hearing loss. Opportunities exist for prevention of the noise induced hearing loss by primary, secondary and tertiary health care and it is necessary for countries to measure the size of the problem and adopt country specific strategies for its prevention.*” Fonte: Ministry of Health Bangladesh (2011) Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. *National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016*. cdn.who. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]

¹⁷ CRPD - United Nations(2017). *Initial report submitted by Bangladesh under article 35 of the Convention, due in 2010*. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/1449245/1930_1541599181_g1826332.pdf [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Bangladesh ha lanciato un programma per fornire impianti cocleari gratuiti ai bambini provenienti da famiglie a basso reddito. Il programma è stato implementato dall'Istituto Nazionale dell'Orecchio, del Naso e della Gola (NIENT), Ospedale Militare Combinato (CMH), Università Medica Bangabandhu Sheikh Mujib (BSMMU) a Dhaka, in collaborazione con il Ministero della Salute e del Benessere Familiare. Nel 2021, il produttore austriaco di impianti cocleari MED-EL ha vinto quattro delle cinque gare d'appalto governative per impianti cocleari (IC) in Bangladesh. Il programma ha ricevuto il sostegno di organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Global Foundation for Children with Hearing Loss. La fonte riporta come il programma del Governo ha permesso ai bambini delle famiglie a basso reddito di ricevere l'intervento chirurgico gratuitamente, coprendo il costo dell'intervento, dell'impianto e dell'assistenza post-operatoria. Tuttavia, sono presenti dei criteri di idoneità per gli impianti cocleari in Bangladesh, che variano a seconda dell'età del paziente. Per gli adulti, i criteri includono una perdita uditiva neurosensoriale da moderata a profonda in entrambe le orecchie e un beneficio limitato dall'amplificazione, definito dai punteggi dei test preoperatori che non superano il 50% di riconoscimento della frase nell'orecchio da impiantare e al massimo il 60% nell'orecchio opposto o binauralmente. Per i bambini, i criteri includono una perdita uditiva neurosensoriale da grave a profonda in entrambe le orecchie, un beneficio limitato dall'amplificazione binaurale e punteggi del Test Multisillabico di Prossimità Lessicale (MLNT) o del Test di Prossimità Lessicale (LNT) inferiori al 30% per i bambini di età compresa tra 2 e 17 anni. I bambini di età compresa tra 9 e 24 mesi devono avere una perdita uditiva neurosensoriale profonda in entrambe le orecchie e un beneficio limitato dall'amplificazione binaurale:

“...Cochlear implants were first introduced in Bangladesh in 2007, but due to the high cost, they were only accessible to a small number of people. The cost of a cochlear implant in Bangladesh can range from Tk15 lakhs to Tk25 lakhs (\$17,647 to \$29,412), which is unaffordable for most families in the country. The government's program has made it possible for children from low-income families to receive the surgery for free. The program covers the cost of the surgery, the implant, and the post-operative care. [...] Under the leadership of Prime Minister Sheikh Hasina, the government of Bangladesh has taken significant steps towards improving the lives of those with hearing impairments through the implementation of cochlear implants. In 2015, the government launched a program to provide free cochlear implants to children from low-income families. The program has been implemented by the National Institute of Ear, Nose and Throat (NIENT), Combined Military Hospital (CMH), Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU) in Dhaka, in collaboration with the Ministry of Health and Family Welfare. In 2021, the Austrian cochlear implant manufacturer MED-EL won four out of five governmental cochlear implant (CI) tenders in Bangladesh. The program has received support from international organizations such as the World Health Organization (WHO) and the Global Foundation for Children with Hearing Loss. [...] The program has been a game-changer for many families who previously could not afford the expensive procedure. [...] The eligibility criteria for cochlear implants in Bangladesh vary depending on the age of the patient. For adults, the criteria includes moderate to profound sensorineural hearing loss in both ears and limited benefit from amplification defined by preoperative test scores not exceeding 50% sentence recognition in the ear to be implanted and at most 60% in the opposite ear or binaurally. For children, the criteria includes severe to profound sensorineural hearing loss in both ears, limited benefit from binaural amplification, and Multisyllabic Lexical Neighbourhood Test (MLNT) or Lexical Neighbourhood Test (LNT) scores below 30% for children aged 2-17 years.

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Children aged 9-24 months must have profound sensorineural hearing loss in both ears and limited benefit from binaural amplification...^{18, 19}

Malgrado l'apparato legislativo e l'implementazione di questi programmi, in linea con le altre evidenze riportate precedentemente, una recente fonte riporta come la popolazione del Bangladesh non può permettersi un impianto cocleare a causa del costo elevato del dispositivo e che anche la disponibilità di tecnologia e servizi per l'impianto cocleare è limitata nel paese:

“...General people in Bangladesh cannot afford Cochlear Implant due to high cost of the device. The availability of Cochlear Implant technology and services are also limited in the country...”²⁰

Similmente, in un'altra fonte viene specificato come le difficoltà nell'ambito dell'impianto dei dispositivi cocleari in Bangladesh siano dovute ai costi proibitivi, all'introduzione di una tecnologia radicale in un Paese in via di sviluppo e al suo impatto sulla cultura delle persone con sordità, facendo emergere il dilemma di bilanciare una tecnologia avanzata con i requisiti di un Paese in via di sviluppo. I problemi unici del contesto del Bangladesh sono la mancanza di consapevolezza, la scarsa politica sanitaria, l'indisponibilità del sostegno delle ONG, la mancanza di personale qualificato e la mancanza di sostegno familiare e sociale:

“...Difficulties in Bangladesh perspective have been due to their prohibitive costs, the introduction of a radical technology in a developing country and its impact on deaf culture. The dilemma of balancing an advanced technology with the requirements of a developing country still remains.

¹⁸ Adnan S. Md. (2023) Breaking the silence: How cochlear implants are transforming lives in Bangladesh. Dhaka tribune Available at: <https://www.dhakatribune.com/opinion/op-ed/329011/breaking-the-silence> [Accessed on 04/11/2023]

¹⁹ Malgrado la fonte sopracitata sia recente, non è possibile assicurare che il programma sia ancora attivo, in quanto sul sito del Governo del Bangladesh viene solo specificato che le domande per l'accesso a questo programma sarebbero state chiuse il 02 Febbraio 2022: “... ‘Cochlear Implant Program’ is being run in different hospitals of the country for the welfare of hearing impaired people with the initiative and funding of the Ministry of Social Welfare. This program provides free cochlear implant devices (instruments) through surgery to completely deaf children / persons who cannot hear even after using hearing aids. Application deadline is February 5, 2022. Those interested in getting the service can contact...” Fonte: Bangladesh national Portal (2022) Notice of 'Cochlear Implant Activities' for the Welfare of Hearing Impaired Persons. Available at: <http://dss.chandanaish.chittagong.gov.bd/en/site/notices/%E0%A6%B6%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%AC%E0%A6%A3-%E0%A6%AA%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%A4%E0%A6%BF%E0%A6%AC%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%A7%E0%A7%80-%E0%A6%AC%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%BE%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%A4%E0%A6%BF%E0%A6%A6%E0%A7%87%E0%A6%B0-%E0%A6%95%E0%A6%B2%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%BE%E0%A6%A3%E0%A7%87-%E0%A6%95%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B2%E0%A6%BF%E0%A7%9F%E0%A6%BE%E0%A6%B0-%E0%A6%87%E0%A6%AE%E0%A6%AA%E0%A7%8D%E0%A6%B2%E0%A6%BE%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%9F-%E0%A6%95%E0%A6%BE%E0%A6%B0%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%AE-%E0%A6%B8%E0%A6%82%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%BE%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%A4-%E0%A6%A8%E0%A7%8B%E0%A6%9F%E0%A6%BF%E0%A6%B6> [Accessed on 04/11/2023]

²⁰ Joarder A.H. (2018) Cochlear implant program in Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh: An overview. 8th International Conference on Otorhinolaryngology Available at: <https://www.scitechnol.com/conference-abstracts-files/2324-8785-C4-018-013.pdf> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Problems unique to the Bangladesh context are the lack of awareness, poor health policy, unavailability of NGO support, lack of skilled personnel and lack of family & social support...²¹

Rispetto all'accessibilità a trattamenti e/o professionisti, Alauddin et al. riportano come ci siano solo pochi audiologi nel paese e che sebbene il livello terziario di assistenza, gli ospedali universitari di medicina e gli ospedali distrettuali di medio livello, siano molto utili per la cura delle malattie otologiche, di solito non siano raggiungibili per la vasta comunità rurale per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, in particolare per la cura dell'orecchio. Infatti, la microchirurgia dell'orecchio, i servizi audiologici e l'applicazione di apparecchi acustici sono disponibili solo nella capitale e nelle grandi città. In questo senso la fonte riporta come sarebbe necessario che tutti gli ospedali di medio livello dovrebbero fornire servizi di audiologia e avere una semplice chirurgia dell'orecchio, mentre i test audiologici semplici dovrebbero essere disponibili in ogni centro sanitario di *Upazilla* (sottodistretto), al fine di garantire l'assistenza all'ipoacusia:

“...There are [...] only a few audiologists in the country. [...] the tertiary level or medical college hospitals and mid-level district hospitals are very instrumental in relation to cure of otologic diseases but it usually fails to reach the vast rural community in health care, particularly in ear care [...] All these centers are providing ear and hearing care services. (But) Microsurgery of ear, audiological services and hearing aid fitting services are available in capital and big cities only. [...] All Mid-level hospitals should provide audiological service and have simple ear surgery. Simple audiological tests should be available in every Upazilla (Sub-district) Health Center. [...] To ensure ear care we have to incorporate primary ear care in the existing primary health care delivery system...”²²

Ciò viene confermato con notifiche carenziali piuttosto gravi nel piano nazionale di prevenzione della sordità del 2011-2016. Qui viene riferito che ci sono solo 307 specialisti in otorinolaringoiatria nel paese (ovvero uno specialista per 1.997.597 abitanti), che negli ospedali distrettuali mancano ancora risorse umane formate e strutture di analisi per la cura dell'orecchio e dell'udito, e che in Bangladesh non esiste una scuola per audiologi:

“...In respect of manpower there are 307 ENT specialists in the country, in other words there is one specialist for 1,997,597 populations. [...] Trained human resources and testing facilities for ear and

²¹Hossain, M. D., fardous, J., Asaduzzaman, A., Ahamed, M. N. U., & Rahman, M. M. (2020). Outcomes of Cochlear Implantation: A Clinical Study. *Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology*, 22(2), 71–77. <https://doi.org/10.3329/bjo.v22i2.45091> [Accessed on 04/11/2023]

²² Alauddin, M., Joarder, A.H. (2004). Deafness in Bangladesh. In: Suzuki, JI., Kobayashi, T., Koga, K. (eds) *Hearing Impairment*. Springer, Tokyo. https://doi.org/10.1007/978-4-431-68397-1_13 Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-4-431-68397-1_13 [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

hearing care are still lacking in the district hospitals. There is no school for audiologists in Bangladesh...²³

In un lavoro pubblicato nel 2019 da Emmett SD et. al, i quali si prefiggono di calcolare l'efficacia dei costi dell'impianto cocleare come misura terapeutica in Asia, riporta che anche in Bangladesh è necessario un incremento di otorinolaringoiatri, audiologi e terapeuti dell'udito per poterla mettere in pratica. In sostanza, questo significa che, seppur dimostrata la validità dell'uso dell'impianto cocleare per la riduzione sul lungo termine della spesa pubblica nel trattamento dell'ipoacusia, non c'è sufficiente personale per poter rendere questo piano attuabile:

“...All countries except Sri Lanka require additional personnel to reach goal capacity, defined as sufficient CI-trained otolaryngologists, audiologists, and speech therapists to provide CI services to 30% of children born with profound hearing loss. Speech therapy represents the largest gap in capacity, with all 7 countries other than Sri Lanka requiring additional speech therapists. Additional audiologists are needed in all countries other than India and Sri Lanka, and additional CI-trained otolaryngologists are needed in Bangladesh, Cambodia, and Pakistan. [CI = Cochlear Implant]...”²⁴

Inoltre, di fianco a una difficoltosa e spesso assente possibilità di accesso alle cure, nella presa in carico dell'ipoacusia in Bangladesh, è lacunoso anche il contesto educativo nel quale la persona con disabilità si trova. Infatti una fonte riporta come in Bangladesh non ci siano molte scuole per bambini con ipoacusia:

“...In Bangladesh there are not so many special schools for children with hearing impairment. In Dhaka city there are some schools for children with hearing impairment. But may be they have limited facilities such as- lack of human resources, educational resources and therapy resources facilities...”²⁵

Le evidenze raccolte nell'ambito del trattamento dell'ipoacusia sono in linea con quanto riferito rispetto al trattamento della disabilità. Infatti, una fonte riporta come nonostante tutti gli impegni, le politiche e gli atti del governo, le evidenze aneddotiche suggeriscono che il bisogno insoddisfatto

²³ **NOTA:** Seppur questo documento sia ormai datato al momento della redazione di questo report COI, il fatto il piano quinquennale citato sia l'unico progetto ufficiale in cui il problema della perdita dell'udito viene bersagliato fa sospettare che siano ancora piccole le migliorie apportate nel corso degli anni in quest'ambito. Ministry of Health Bangladesh (2011) Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. *National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016*. cdn.who. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]

²⁴ Emmett SD, Sudoko CK, Tucci DL, Gong W, Saunders JE, Akhtar N, et al. (October 2019). "Expanding Access: Cost-effectiveness of Cochlear Implantation and Deaf Education in Asia". *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 161 (4): 672–682. doi:10.1177/0194599819849917 <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599819849917> [Accessed on 04/11/2023]

²⁵ Muntaha, S. (2015, March). Schools for Children with Hearing Impairment in Dhaka City: Perspective of Available Facilities [A research presented to the Bangladesh Health Professions Institute (The academic institute of CRP) University Of Dhak]. Available at: <http://library.crp-bangladesh.org:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/156/14.%20Satia%20Muntaha.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

di servizi di AT [Assistive Technology] - ovvero di tecnologie di assistenza, come gli impianti cocleari, in India potrebbe essere simile a quello del Bangladesh, che è del 71%. Infatti, ci sono molte persone con disabilità in Bangladesh che non hanno ancora accesso ai servizi di AT, per i quali né il governo né il settore della beneficenza sono stati in grado di soddisfare la crescente domanda anche di dispositivi di AT di base. Infatti solo l'1% circa dei servizi di AT nel Paese è fornito dal Governo; il resto è fornito da ONG, comunità e organizzazioni di volontariato. Sebbene tutti e tre i Paesi si impegnino a non discriminare e a garantire l'accesso all'AT a chi ne ha bisogno, la realtà è molto diversa. I servizi di AT sono spesso non disponibili o inaccessibili e le persone con disabilità hanno spesso bassi livelli di conoscenza dei loro diritti e dei servizi a loro disposizione. Ciò evidenzia la necessità di una maggiore ricerca empirica sull'offerta di AT, alla quale il presente documento intende contribuire:

“...Despite all the Government commitments, policies and acts, anecdotal evidences suggest that the unmet need for AT [- Assistive Technology] services in India might be similar to that in Bangladesh, which is 71% [26]. [...] There are many PWDs in Bangladesh who still do not have access to AT services. Neither the Government nor the charity sector have been able to meet the even increasing demand even for very basic AT devices [...] Only about 1% of the AT services in the country are provided by the Government; the rest are provided by NGOs, community and voluntary organisations [27]. Although all three countries are committed to non-discrimination and to ensuring AT access for those who need it, the reality is very different. AT services are often unavailable or inaccessible, and PWDs often have low levels of knowledge of their rights and of the services available to them. This points to the need for more empirical research on AT provision, to which this paper aims to contribute...”^{26, 27}

Questo è in linea con quanto riportato nel report di stato sull'implementazione della Convenzione dei diritti delle persone con disabilità svolta dalle Nazioni Unite, che riporta come sebbene, il Governo stia lavorando a una nuova politica sanitaria che mira a coprire la prevenzione di altri tipi di disabilità che in passato non erano stati affrontati nel movimento sanitario, è probabile che i guadagni dovuti al miglioramento dell'assistenza sanitaria nell'ambito della disabilità siano superati dal triplice effetto dell'aumento del numero di bambini con disabilità che sopravvivono, e dell'aumento del numero di persone ne sono affette a causa della vecchiaia e dell'invecchiamento:

²⁶ Karki, J., Rushton, S., Bhattarai, S., & De Witte, L. (2023). Access to assistive technology for persons with disabilities: a critical review from Nepal, India and Bangladesh. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 18(1), 8–16. Available at: <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1892843> [Accessed on 04/11/2023]

²⁷ Questo è particolarmente critico considerando che una fonte riporta come le persone che utilizzano apparecchi acustici avevano maggiori probabilità di riportare risultati positivi per quanto riguarda il tenore di vita, la salute, l'istruzione, il lavoro, la ricezione di informazioni e il movimento, rispetto alle persone con problemi di udito che non utilizzano apparecchi acustici, e che l'uso di apparecchi acustici e sedie a rotelle è stato associato positivamente al godimento dei diritti umani in Bangladesh: “...*people using hearing aids were more likely to report positive outcomes regarding standard of living, health, education, work, receiving information, and movement than people with hearing impairments not using hearing aids did. [...] Use of hearing aids and wheelchairs was positively associated with human rights enjoyment in Bangladesh...*” Fonte: Borg, J., Larsson, S., Ostergren, P. O., Rahman, A. A., Bari, N., & Khan, A. N. (2012). Assistive technology use and human rights enjoyment: a cross-sectional study in Bangladesh. *BMC international health and human rights*, 12, 18. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-18> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519502/> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

“...The national health policies in the past have rarely incorporated disability issues, and so the main actors in this field have mostly been the non-government organizations. However, now, prevention of blindness has been addressed, to some extent, in the national health policy. The Government is now working on a new health policy which aims at covering prevention of other types of disabilities that had not been addressed in the mainstream health movement in the past. [...] However, the gains due to improved health care is likely to be outweighed by the triple effects of increased numbers of impaired children surviving; increased numbers of people incurring impairments due to old age...”²⁸

Finalmente, una fonte riporta come in Paesi come il Bangladesh, i servizi e le attività sanitarie si trovano spesso lontano dalle abitazioni della maggior parte delle persone o in aree prive di mezzi di trasporto facilmente accessibili. Molte persone con disabilità riferiscono di non essere in grado di sostenere le spese di viaggio per recarsi in una struttura sanitaria e acquistare i farmaci, per non parlare del pagamento per vedere un operatore sanitario:

“...Persons with disabilities frequently report prejudice, stigma, and discrimination from healthcare providers and other hospital staff. In countries like Bangladesh, health services and activities are frequently located distant from most people's homes or in areas without readily available transportation. Many persons with disabilities report being unable to afford the fees of traveling to a health facility and purchasing medicines, let alone paying to see a healthcare practitioner...”²⁹

...

3. Informazioni sulla presenza di fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone affette da ipoacusia

Una fonte riporta come il governo del Bangladesh abbia stimato che l'ipoacusia è la seconda forma di disabilità più comune in Bangladesh. Inoltre, viene riportato come le persone che sono portatrici di perdite uditive invalidanti, possono soffrire di una scarsa o addirittura assente comunicazione con gli altri, con conseguente esclusione sociale, solitudine e frustrazione:

“...The Government of Bangladesh have estimated that hearing impairment is the second most common form of disability in Bangladesh [...] Similar to other populations, more than one-third of elderly people have disabling hearing loss in Bangladesh. These people may suffer from poor or

²⁸ CRPD - United Nations(2017). *Initial report submitted by Bangladesh under article 35 of the Convention, due in 2010*. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/1449245/1930_1541599181_g1826332.pdf [Accessed on 04/11/2023]

²⁹ Government of Bangladesh. (2023). Report on National Survey on Persons with Disabilities. reliefweb.com. Available at: http://203.112.218.65:8008/WebTestApplication/userfiles/Image/latesreport/NSPD_%202021.pdf [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

even absent communication with other people, leading to social exclusion, loneliness and frustration...”³⁰

In un'altra fonte viene riportato come nel caso di ipoacusia severa, la persona con sordità e la sua famiglia cercano di nascondere l'handicap, e che per lo stesso motivo, molte volte una persona con ipoacusia si rifiuta di usare un apparecchio acustico. In questa prospettiva viene riportato come la sordità in Bangladesh è trascurata a causa dell'ignoranza, della mancanza di consapevolezza, delle abitudini sociali, dei tabù e delle credenze errate.

“...At the same time, even with the deafness revealed clearly, the deaf individual and his family try to hide the handicap. For the same reason, many times a person with hearing loss refuses to use a hearing aid. Deafness in Bangladesh is neglected due to ignorance, lack of awareness, social customs, taboo and misbeliefs...”³¹

Questo è in linea con quanto riportato dallo studio di Karki et. al del 2023 che riporta come le disabilità sono ancora trattate con stigma sociale e come tabù in Nepal, India e Bangladesh. Spesso sono viste come maledizioni familiari imposte da una forza invisibile per qualche peccato commesso in passato dalla persona con disabilità o dalla famiglia. Questo incoraggia i membri della famiglia a nascondere la persona con disabilità all'interno della famiglia e a non denunciare la disabilità, rendendola invisibile al mondo esterno. La fonte sottolinea inoltre che rispetto al Nepal e all'India, lo stigma nei confronti delle persone con disabilità è ancora peggiore in Bangladesh e i genitori spesso non vogliono rivelare i loro familiari disabili, rendendo ancora più difficile l'accesso ai servizi di AT:

“...Disabilities are still treated with social stigma and as taboo in Nepal, India and Bangladesh. They are often viewed as family curses imposed by the unseen force for some past sin performed by the person with disability or the family. This encourages family members to hide the PWD in the family and not to report the disability, making them invisible to the outside world.[...] Compared to Nepal and India the stigma towards PWDs is even worse in Bangladesh and parents often do not want to disclose their disabled family members, making it even more difficult to access AT services...”³²

Diverse fonti riportano come il governo del Bangladesh abbia approvato la Legge sui Diritti e la Protezione delle Persone con Disabilità il 9 ottobre 2013, di seguito denominata "Legge". Questa legge, promulgata dopo importanti sforzi di sensibilizzazione da parte della società civile, delle Organizzazioni di persone disabili e degli attivisti per i diritti umani, ha abrogato e sostituito la

³⁰Tarafder, K. H., Akhtar, N., Zaman, M. M., Rasel, M. A., Bhuiyan, M. R., & Datta, P. G. (2015). Disabling hearing impairment in the Bangladeshi population. in: *The Journal of laryngology and otology*, 129(2), 126–135. <https://doi.org/10.1017/S002221511400348X>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349144/> [Accessed on 04/11/2023]

³¹Joarder, M. A. H., & Islam, M. N. (2020). Prevention of Deafness in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology*, 26(2), 77–78. Available at: <https://doi.org/10.3329/bjo.v26i2.50605> [Accessed on 04/11/2023]

³²Karki, J., Rushton, S., Bhattarai, S., & De Witte, L. (2023). Access to assistive technology for persons with disabilities: a critical review from Nepal, India and Bangladesh. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 18(1), 8–16. Available at: <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1892843> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

precedente Legge sul benessere delle persone con disabilità del 2001 e ha spostato l'obiettivo sulle persone con disabilità da un approccio basato sul benessere a un approccio basato sui diritti. Lo status del Bangladesh come firmatario dell'UNCRPD ha ulteriormente sostenuto la spinta per la promulgazione della Legge, offrendo nuove speranze per quanto riguarda la situazione delle persone con disabilità, in quanto non solo stabilisce i diritti delle persone con disabilità, ma incarica anche la creazione di diversi comitati a livello regionale e nazionale per una migliore protezione dei loro diritti. Infine, l'Allegato della Legge delinea le misure specifiche che saranno intraprese per proteggere i diritti delle persone con disabilità:

“...The government of Bangladesh passed the Rights and Protection of Persons with Disability Act on October 9, 2013—hereafter referred to as the “Act.” This Act repealed and replaced the hitherto Disability Welfare Act of 2001 and shifted the lens on PWDs from a welfare-based approach to a rights-based approach. The Act was enacted after significant advocacy efforts from civil society, Disabled Peoples’ Organizations and human rights activists. The status of Bangladesh as a signatory of the UNCRPD further supported the push for the enactment of the Act. The Act offers new hope regarding the situation of PWDs in that it not only establishes the rights of PWDs but also mandates the creation of different committees at the regional and national levels for better protection of their rights. Finally, the Schedule of the Act outlines specific measures that will be undertaken to protect the rights of PWDs...”³³

Tuttavia le stesse fonti riportano come siano presenti diversi limiti di questa legge. Nello specifico sebbene lo stanziamento di bilancio per gli assegni di invalidità sia aumentato dal suo inizio nel 2006, i dati suggeriscono che il numero di beneficiari è ancora inferiore al numero stimato di persone con disabilità che vivono in Bangladesh. Inoltre, il contenuto della Legge non delinea chiaramente il meccanismo di stanziamento di bilancio per sostenere l'attuazione della Legge. Finalmente, fonti riportano come sia necessario che il governo applichi politiche e legislazioni non discriminatorie. In particolare, è fondamentale istituire un'agenzia di monitoraggio indipendente con esperti che possano lavorare in collaborazione con altri comitati e monitorare i progressi dell'attuazione della Legge "sul campo", oltre a ritenere il governo responsabile dell'attuazione della Legge.:

“...Taken together, the literature above suggests that the Act has potential gaps, and questions emerge regarding the suitability of the Act and its implementation. [...] Although the budgetary allocation for disability allowances has increased since its inception in 2006, evidence suggests that the number of beneficiaries is still below the estimated number of PWDs living in Bangladesh [...] The content of the Act does not clearly outline the budget allocation mechanism to support the implementation of the Act. ...]there is a need for the government to enforce nondiscriminatory policies and legislations. In particular, it is crucial to establish an independent monitoring agency with experts that can work collaboratively with other committees and monitor the progress of the

³³ Nuri, R. P., Aldersey, H. M., Ghahari, S., Huque, A. S., & Shabnam, J. (2022). The Bangladeshi Rights and Protection of Persons with Disability Act of 2013: a policy analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 33(3), 178-187. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10442073211066789> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

implementation of the Act “on the ground” and also hold the government accountable toward the implementation of the Act...”³⁴

Questo è in linea con altre fonti che riportano come con poche eccezioni, le persone nei Paesi a basso reddito godono dei diritti umani in misura molto minore rispetto alle persone che vivono nei Paesi con economie più ricche, in particolare per quanto riguarda il loro tenore di vita, la salute, l'istruzione e il lavoro. La disabilità spesso amplia questo divario, facendo sì che le persone con disabilità siano tra le più emarginate in ogni società, in particolare nei Paesi a basso reddito, avendo un effetto devastante sulla qualità della vita, in particolare sui risultati scolastici e sull'occupazione. Sebbene il Bangladesh sostenga la parità di diritti e opportunità per le persone con disabilità, per la maggior parte di loro, questi diritti non sono stati realizzati, in quanto il loro accesso ai programmi di sviluppo, ai benefici sociali e ai servizi sanitari e di riabilitazione è limitato:

“...With few exceptions, people in low-income countries enjoy human rights to a much less extent than people living in countries with richer economies, particularly with regards to their standard of living, health, education and work. Disability often enlarges this gap resulting in people with disabilities being amongst the most marginalized in every society, particularly in low-income countries. [...] Disability has been reported to have a devastating effect on quality of life, particularly on educational attainment and employment. [...] the Country (Bangladesh) supports equal rights and opportunities for people with disabilities. However, for most of them, these rights have not been realized as their access to development programmes, social benefits, and health and rehabilitation services is limited...”³⁵

Similmente, il più recente report sulle disabilità del governo del Bangladesh riporta come Una percentuale considerevole delle persone che hanno partecipato al sondaggio nazionale (43,70 per cento) ha riferito di essersi sentita discriminata o molestata durante il periodo dello studio, rendendola la più comune discriminazione presente nel paese, e che le persone con disabilità riferiscono spesso pregiudizi, stigma e discriminazione da parte degli operatori sanitari e del personale ospedaliero:

“...A considerable proportion of them (43.70 percent) reported to have felt discriminated or harassed during the mentioned period. [...] Being a person with disability is the most commonly reported reason or ground on which persons with disabilities have felt discriminated against or harassed (98.58 percent). [...] Persons with disabilities frequently report prejudice, stigma, and discrimination from healthcare providers and other hospital staff...”³⁶

³⁴ Nuri, R. P., Aldersey, H. M., Ghahari, S., Huque, A. S., & Shabnam, J. (2022). The Bangladeshi Rights and Protection of Persons with Disability Act of 2013: a policy analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 33(3), 178-187. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10442073211066789> [Accessed on 04/11/2023]

³⁵ Borg, J., Larsson, S., Ostergren, P. O., Rahman, A. A., Bari, N., & Khan, A. N. (2012). Assistive technology use and human rights enjoyment: a cross-sectional study in Bangladesh. In: *BMC international health and human rights*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-18> Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519502/> [Accessed on 04/11/2023]

³⁶ Government of Bangladesh. (2022). Report on National Survey on Persons with Disabilities. [reliefweb.com. Available at: http://203.112.218.65:8008/WebTestApplication/userfiles/Image/latesreport/NSPD_%202021.pdf](http://203.112.218.65:8008/WebTestApplication/userfiles/Image/latesreport/NSPD_%202021.pdf) [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Finalmente nel loro ultimo report le Nazioni Unite riportano le loro preoccupazioni per i casi segnalati di infanticidio sulla base di menomazioni e di torture e morti in custodia di persone con disabilità negli istituti:

“...The Committee is concerned about reported cases of infanticide on the basis of impairment. [...] The Committee observes the following with concern:

- (a) The reported cases of torture and custodial deaths of persons with disabilities in institutions, the absence of information and data, disaggregated by age and sex, on the issue and the lack of the provision of protection measures, enforceable remedies, accessible services, including shelters, and information in accessible formats for persons with disabilities and their families who have been victims of such torture, including persons with disabilities belonging to minority groups, migrant workers and refugees with disabilities;
- (b) The lack of measures adopted to sanction perpetrators of torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, including corporal punishment perpetrated against children with disabilities, and the lack of mechanisms to monitor the implementation of sanctions...”³⁷

...

Appendice

BOX Clinica - Ipoacusia

In accordo con la definizione fornita dalla WHO, una persona è affetta da ipoacusia se la sua capacità uditiva è ridotta e non è in grado di sentire come una persona con un udito normale, ovvero con soglie uditive di 20 dB o migliori in entrambe le orecchie.

Chi ha una soglia uditiva superiore a 20 dB può essere considerato affetto da ipoacusia a seconda della gravità del problema.

Il termine sordo (deaf) viene utilizzato per descrivere la condizione di persone con una perdita uditiva grave o profonda in entrambe le orecchie che possono sentire solo suoni molto forti o non sentire affatto. Il termine hard of hearing è usato per descrivere la condizione delle persone con perdite uditive da lievi a gravi che non riescono a sentire bene come chi ha un udito normale.

In accordo al tipo di meccanismo che produce l'ipoacusia, questa può essere classificata in:

- Ipoacusia conduttiva: l'origine è spesso infettiva o da ostruzioni dell'orecchio esterno o medio. Una persona affetta da ipoacusia conduttiva di solito è in grado di utilizzare bene un apparecchio acustico.
- Ipoacusie neurosensoriale: l'origine è da danni alle delicate cellule sensoriali dell'orecchio interno o ai nervi che lo alimentano. Con l'amplificazione sonora, una persona con ipoacusia neurosensoriale può percepire suoni distorti, rendendo talvolta impossibile l'uso dell'apparecchio acustico. Spesso in questi casi è di impiego l'uso di impianto cocleare.
- Ipoacusia mista: si riferisce a una combinazione di ipoacusia conduttiva e neurosensoriale e significa che il problema riguarda sia l'orecchio esterno o medio che quello interno.
- Ipoacusia centrale: deriva da un danno nelle vie di comunicazione con il cervello e/o nel cervello stesso.

³⁷ CRPD – UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Concluding observations on the initial report of Bangladesh [CRPD/C/BGD/CO/1], Available at: <https://www.ecoi.net/en/file/local/2079807/G2260831.pdf> [Accessed on 04/11/2023]

Per avere successo, la riabilitazione dell'udito deve essere iniziata non appena viene diagnosticata l'ipoacusia. I bambini la cui perdita uditiva viene diagnosticata entro 3 mesi dalla nascita e i cui interventi vengono avviati entro i 6 mesi di età, possono sviluppare il linguaggio a una velocità simile a quella dei bambini con udito normale. Sia per gli adulti che per i bambini, è importante che l'ipoacusia venga identificata il più presto possibile.

La riabilitazione uditiva comprende l'uso di apparecchi acustici, impianti cocleari, linguaggio dei segni e terapia riabilitativa.

Fonti:

World Health Organization. (2021). World report on hearing. WHO - World Report on Hearing. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481> [Accessed on 04/11/2023]

Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. (2011, November). National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016. cdn.who. Available at:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]

World Health Organization. (2023). Primary ear and hearing care training manual. World Health Organization.

Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366334/9789240069152-eng.pdf?sequence=1> [Accessed on 04/11/2023]

...

Bibliografia

Adnan S. Md. (2023) Breaking the silence: How cochlear implants are transforming lives in Bangladesh. Dhaka tribune Available at: <https://www.dhakatribune.com/opinion/op-ed/329011/breaking-the-silence> [Accessed on 04/11/2023]

Alauddin, M., Joarder, A.H. (2004). Deafness in Bangladesh. In: Suzuki, JI., Kobayashi, T., Koga, K. (eds) Hearing Impairment. Springer, Tokyo. https://doi.org/10.1007/978-4-431-68397-1_13 Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-4-431-68397-1_13 [Accessed on 04/11/2023]

Bangladesh national Portal (2022) Notice of 'Cochlear Implant Activities' for the Welfare of Hearing Impaired Persons. Available at:

<http://dss.chandanaish.chittagong.gov.bd/en/site/notices/%E0%A6%B6%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%AC%E0%A6%A3-%E0%A6%AA%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%A4%E0%A6%BF%E0%A6%AC%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%A7%E0%A7%80-%E0%A6%AC%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%BE%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%A4%E0%A6%BF%E0%A6%A6%E0%A7%87%E0%A6%B0-%E0%A6%95%E0%A6%B2%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%BE%E0%A6%A3%E0%A7%87-%E0%A6%95%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B2%E0%A6%BF%E0%A7%9F%E0%A6%BE%E0%A6%B0-%E0%A6%87%E0%A6%AE%E0%A6%AA%E0%A7%8D%E0%A6%B2%E0%A6%BE%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%9F-%E0%A6%95%E0%A6%BE%E0%A6%B0%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%AE-%E0%A6%B8%E0%A6%82%E0%A6%95%E0%A7%8D%E0%A6%B0%E0%A6%BE%E0%A6%A8%E0%A7%8D%E0%A6%A4-%E0%A6%A8%E0%A7%8B%E0%A6%9F%E0%A6%BF%E0%A6%B6> [Accessed on 04/11/2023]

Borg, J., Larsson, S., Ostergren, P. O., Rahman, A. A., Bari, N., & Khan, A. N. (2012). Assistive technology use and human rights enjoyment: a cross-sectional study in Bangladesh. BMC international health and human rights, 12, 18. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-18> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519502/> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

CRPD - United Nations(2017). *Initial report submitted by Bangladesh under article 35 of the Convention, due in 2010*. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/1449245/1930_1541599181_g1826332.pdf [Accessed on 04/11/2023]

Emmett SD, Sudoko CK, Tucci DL, Gong W, Saunders JE, Akhtar N, et al. (October 2019). "Expanding Access: Cost-effectiveness of Cochlear Implantation and Deaf Education in Asia". *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 161 (4): 672–682. doi:10.1177/0194599819849917 <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599819849917> [Accessed on 04/11/2023]

EUAA (2023) Provision of Healthcare in Bangladesh. General report on healthcare system and health insurance. MedCOI. Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 04/11/2023]

Government of Bangladesh. (2022). Report on National Survey on Persons with Disabilities. reliefweb.com. Available at: http://203.112.218.65:8008/WebTestApplication/userfiles/Image/latesreport/NSPD_%202021.pdf [Accessed on 04/11/2023]

Hossain, M. D., fardous, J., Asaduzzaman, A., Ahamed, M. N. U., & Rahman, M. M. (2020). Outcomes of Cochlear Implantation: A Clinical Study. *Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology*, 22(2), 71–77. <https://doi.org/10.3329/bjo.v22i2.45091> [Accessed on 04/11/2023]

Joarder A.H. (2018) Cochlear implant program in Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh: An overview. 8th International Conference on Otorhinolaryngology Available at: <https://www.scitechnol.com/conference-abstracts-files/2324-8785-C4-018-013.pdf> [Accessed on 04/11/2023]

Joarder, M. A. H., & Islam, M. N. (2020). Prevention of Deafness in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology*, 26(2), 77–78 Available at: <https://doi.org/10.3329/bjo.v26i2.50605> [Accessed on 04/11/2023]

Karki, J., Rushton, S., Bhattarai, S., & De Witte, L. (2023). Access to assistive technology for persons with disabilities: a critical review from Nepal, India and Bangladesh. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 18(1), 8–16. Available at: <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1892843> [Accessed on 04/11/2023]

Ministry of Health Bangladesh (2011) Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. *National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016*. cdn.who. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]

Muntaha, S. (2015, March). Schools for Children with Hearing Impairment in Dhaka City: Perspective of Available Facilities [A research presented to the Bangladesh Health Professions Institute (The academic institute of CRP) University Of Dhak]. Available at: <http://library.crp-bangladesh.org:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/156/14.%20Satia%20Muntaha.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed on 04/11/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

- Non Communicable Diseases Unit Directorate General of Health Services Dhaka. (2011, November). National Strategy on Prevention of Deafness and Hearing Impairment in Bangladesh : 2011-2016. cdn.who. Available at:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/pdf-reports/year-2007-2012/national-strategy-on-prevention-of-deafness-and-hearing-impairment-in-bangladesh-2011-2016.pdf?sfvrsn=e0a4137c_2 [Accessed on 04/11/2023]
- Nuri, R. P., Aldersey, H. M., Ghahari, S., Huque, A. S., & Shabnam, J. (2022). The Bangladeshi Rights and Protection of Persons with Disability Act of 2013: a policy analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 33(3), 178-187. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10442073211066789> [Accessed on 04/11/2023]
- Sarker AR, Ali SMZ, Ahmed M, Chowdhury SMZI, Ali N (2022) Out-of-pocket payment for healthcare among urban citizens in Dhaka, Bangladesh. *PLoS ONE* 17(1): e0262900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262900> [Accessed on 04/11/2023]
- Tarafder, K. H., Akhtar, N., Zaman, M. M., Rasel, M. A., Bhuiyan, M. R., & Datta, P. G. (2015). Disabling hearing impairment in the Bangladeshi population. in: *The Journal of laryngology and otology*, 129(2),126–135.<https://doi.org/10.1017/S002221511400348X>. Available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349144/> [Accessed on 04/11/2023]
- World Health Organization. (2015). Bangladesh health system review (Vol. 5, No. 3). WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed on 04/11/2023]
- World Health Organization. (2021). World report on hearing. WHO - World Report on Hearing. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481> [Accessed on 04/11/2023]
- World Health Organization. (2023). Primary ear and hearing care training manual. World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366334/9789240069152-eng.pdf?sequence=1> [Accessed on 04/11/2023]