

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

- aggiornato al 13 Settembre 2023

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Bangladesh	N/D
QUESITO COI		NOTE
Tematica	Salute	Diabete
Formulazione quesiti COI	<b>1. Descrizione del sistema sanitario bengalese</b> <b>2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da HBV e sulla presenza di fenomeni di stigmatizzazione</b>	
<b>Nota metodologica</b>		
<p>1. 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";</p> <p>2. 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: <a href="https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh">https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh</a>. Finalmente per ulteriori approfondimenti si rimanda a due elaborati svolti precedentemente dal presente servizio: Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023 <a href="https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023;">https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023</a>; Bangladesh. Informazioni su fenomeni di stigmatizzazione persone affette da disabilità, informazioni sugli slums di Khulna. Aggiornato a luglio 2023 <a href="https://www.jumamap.it/it/bangladesh-informazioni-su-fenomeni-di-stigmatizzazione-persone-affette-da-disabilita-informazioni-sugli-slums-di-khulna-aggiornato-a-luglio-2023-jpg/">https://www.jumamap.it/it/bangladesh-informazioni-su-fenomeni-di-stigmatizzazione-persone-affette-da-disabilita-informazioni-sugli-slums-di-khulna-aggiornato-a-luglio-2023-jpg/</a></p> <p>3. il tema della disponibilità delle cure è stato indagato ponendo a confronto le linee guida terapeutiche riconosciute come standard dalla comunità scientifica e le risultanze relative alla sussistenza delle stesse nel Paese indagato;</p> <p>4. Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente</p>		

alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche

Roma  
13/09/2023

...

### **Lista delle abbreviazioni:**

BIDA: Bangladesh Investment Development Authority

CHW: Community Health Workers

EM: Essential Medicines

BHV: Type Viral B Hepatitis

HCFC: Health Care Financing Strategy

HNPSIP: Health Nutrition Population Sector Strategic Investment Plan

MOHFW: Ministry of Health and Family Welfare

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

OOP: Out of pocket

THE: Total Health Expenditure

## **1. Descrizione del sistema sanitario bengalese**

### **Introduzione**

L'articolo 15 della Costituzione del Bangladesh 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...”<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup>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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Accessed on 13/09/2023]

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

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 [7,8]. Ensuring standard, efficient, and effective quality services to the patients is the priority of the country’s health system [9]. 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 [10,11]...”<sup>2</sup>

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, e 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 [8]. Meanwhile the private sector is poorly regulated and the non-formal sector largely consists of untrained, traditional and homeopathic practitioners [8]...”<sup>3</sup>

Una fonte riporta come lo sviluppo di partnership tra il settore pubblico, i fornitori di cure di medicina alternativa e gli ospedali e le cliniche del settore privato, è uno degli elementi chiave

---

<sup>2</sup> Chowdhury HA, Paromita P, Mayaboti CA, Rakhshanda S, Rahman FN, Abedin M, et al. (2022) Assessing service availability and readiness of healthcare facilities to manage diabetes mellitus in Bangladesh: Findings from a nationwide survey. PLoS ONE 17(2): e0263259. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263259> [Accessed on 13/09/2023] come citato in: ARCI – Ufficio Immigrazione, Servizio Coi (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>3</sup> Jennings, Hannah Maria orcid.org/0000-0002-8580-0327, Morrison, Joanna, Akter, Kohenour et al. (8 more authors) (2021) Care-seeking and managing diabetes in rural Bangladesh : a mixed methods study. BMC Public Health. 1445. ISSN 1471-2458 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11395-3>, available at: [https://eprints.whiterose.ac.uk/176476/1/s12889\\_021\\_11395\\_3.pdf](https://eprints.whiterose.ac.uk/176476/1/s12889_021_11395_3.pdf) [Accessed on 13/09/2023] come citato in: ARCI – Ufficio Immigrazione, Servizio Coi (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]

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

dell'attuale Piano Strategico di Investimento del Settore Salute e Alimentazione, con il fine di aumentare l'accessibilità dei servizi, anche nelle aree urbane e rurali difficilmente raggiungibili. Inoltre, recenti fonti sottolineano come il Ministero della Salute e del Welfare (MOHFW) riconosca l'importanza dei sistemi di referral e informativi che vanno dalle strutture di livello comunitario agli ospedali di livello nazionale. Nella stessa fonte viene riportato come nel 2022, il Business Standard ha riferito che il MOHFW riconosce che i pazienti non utilizzano i centri di assistenza sanitaria di base, ma si rivolgono direttamente agli ospedali. Per contrastare questo problema nelle aree urbane, e ridurre la pressione sulle strutture sanitarie secondarie e terziarie, il MOHFW intende espandere il suo ruolo nell'assistenza sanitaria urbana. Ciò è confermato dalla stessa fonte, che mediante un'intervista ha affermato che i rinvii dai complessi sanitari *upazila* all'assistenza sanitaria di livello secondario e terziario avvengono, ma, quando le persone si ammalano, tendono a recarsi direttamente agli ambulatori e ai reparti di emergenza dell'assistenza sanitaria secondaria e terziaria:

“...The HNPSIP identifies a functional referral system as one of its ten key messages.<sup>134</sup> This includes developing partnerships between the public sector and Alternative Medicine Care providers and hospitals and clinics in the private sector so as to increase accessibility of services, including in urban and rural areas that are hard to reach.<sup>135</sup> MOHFW recognises the importance of referral systems that span community level facilities to national-level hospitals and the need for Health Information Systems to enable this.<sup>136</sup> The Business Standard reported in 2022 that the MOHFW acknowledges that patients do not use primary healthcare centres, but rather go directly to hospitals. MOHFW intends to expand its role in urban health care to counteract this issue in urban areas and to reduce pressure on secondary and tertiary healthcare facilities.<sup>137</sup> A functioning referral system could reportedly halve the pressure on large tertiary hospitals.<sup>138</sup> This is corroborated by an interviewee for this report who stated that referrals from Upazila Health Complexes to secondary and tertiary level healthcare do occur but, when people fall ill, they tend to go straight to the outpatient and emergency departments of secondary and tertiary health care.<sup>139</sup>...”<sup>4</sup>

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

---

<sup>4</sup> 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 13/09/2023]

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

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”<sup>5</sup>

Malgrado il 75% della popolazione del Bangladesh viva in zone rurali, l'accesso alle cure nel contesto rurale è scarso, poiché il 26% dei professionisti nelle aree rurali rimane vacante e quasi il 40% è assente. Nonostante i documenti ufficiali indichino che l'80% della popolazione ha accesso a farmaci essenziali a prezzi accessibili, le fonti indicano come ci siano molte prove della scarsità di farmaci essenziali nelle strutture sanitarie governative. Circa il 45% delle persone nelle aree rurali si rivolgerebbe infatti a operatori sanitari non qualificati, tra cui assistenti medici, ostetriche, medici di villaggio e operatori sanitari comunitari, rispetto a quelli con una formazione medica qualificata (solo dal 10% al 20%). Più del 75% delle donne con complicazioni ricorre a un fornitore non qualificato. Questo avverrebbe principalmente a causa delle preoccupazioni legate ai costi medici e delle marcate disparità socioeconomiche riscontrate nel comportamento di ricerca delle cure sia nelle aree urbane che in quelle rurali del Bangladesh:

“...Bangladesh is a developing country where 75% of total population lives in rural area. Subsequently they have poor healthcare access as 26% of rural professionals remain vacant and nearly 40%, absent. Although official documents indicate that 80% of the population has access to affordable essential drugs, there is plenty of evidence of a scarcity of essential drugs in government healthcare facilities. Nearly 45% rural people take medical assessment from unqualified health workers including medical assistants, mid-wives, village doctors, community health workers in comparison to that by qualified medical graduates (only 10%-20%). More than 75% women having complications sought treatment from an unqualified provider. These are mostly because concern over medical costs, and pronounced socioeconomic disparities found for care-seeking behavior in both urban and rural Bangladesh ...”<sup>6</sup>

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/semiqualeficati, 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

---

<sup>5</sup> 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 13/09/2023]

<sup>6</sup> Mohiuddin AK. Diabetes Fact: Bangladesh Perspective. International Journal of Diabetes Research 2019; 2(1): 14-20 Available from: URL: <http://www.ghrnet.org/index.php/ijhr/article/view/2457> [Accessed on 13/09/2023] come citato in: ARCI – Ufficio Immigrazione, Servizio Coi (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]

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

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...<sup>7,8</sup>

La stessa fonte riporta come sebbene il Bangladesh dispone di una rete rurale di servizi sanitari del settore pubblico, ma manca di una rete equivalente nelle aree urbane. Di conseguenza, la parte più povera della popolazione che vive nelle aree urbane è privata dei servizi sanitari essenziali. L'afflusso rapido e costante di immigrati costituisce un'ulteriore fonte di pressione sui servizi negli slum urbani e nelle grandi città, oltre all'impatto del cambio demografico che sta caratterizzando il paese:

“...Bangladesh has a rural network of public sector health services but lacks an equivalent network in the urban areas. As a result, the poorest part of the population living in urban areas is deprived of essential health care services. A rapid and consistent inflow of migrants provides an additional source of pressure on services in urban slums and large cities. Bangladesh is also undergoing an epidemiological transition, especially in its urban areas...”<sup>9</sup>

Inoltre, il report dell'OMS riporta come ci siano molteplici barriere di accesso ai servizi sanitari in Bangladesh, tra cui la mancanza di consapevolezza sulla disponibilità dei servizi; dalle barriere finanziarie (ad esempio, le tasse per gli utenti), geografiche (ad esempio, la distanza dalla struttura) e socio-culturali (ad esempio, il genere); e anche dalle percezioni negative sulla qualità delle cure fornite:

---

<sup>7</sup> 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 13/09/2023]

<sup>8</sup> Nello specifico nella stesso fonte viene riportato come nel 2007, Bangladesh Health Watch ha segnalato una distribuzione ineguale e ha riscontrato che gli operatori sanitari chiave e i professionisti qualificati si trovano principalmente nelle aree urbane e nelle aree metropolitane di Dhaka, Chittagong, Rajshahi e Khulna. Un intervistato per questo rapporto ha dichiarato che la distribuzione delle risorse umane qualificate e l'allocazione dei fondi sono tuttora diseguali: nelle divisioni di Dhaka, Barisal, Mymensingh e Sylhet vengono occupati tra il 60 e il 70 per cento dei posti per professionisti sanitari qualificati, mentre nelle divisioni di Chattogram, Khulna, Rajshahi e Rangpur i posti occupati sono tra il 30 e il 40 per cento. Inoltre, le risorse mediche qualificate sono concentrate nelle città, anziché essere distribuite nelle divisioni e coprire le aree remote dove la domanda è elevata.: *“In 2007, Bangladesh Health Watch reported an unequal distribution and found key health providers and qualified professionals being mainly located in urban areas and the metropolitan areas of Dhaka, Chittagong, Rajshahi and Khulna. An interviewee for this report stated that the distribution of skilled human resources and the allocation of funding is to this day unequal: in the divisions of Dhaka, Barisal, Mymensingh and Sylhet between 60 % and 70 % of posts for qualified health professionals are filled, while the Chattogram, Khulna, Rajshahi and Rangpur divisions have between 30 % and 40 % of posts filled. 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.”* Tratto da: 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 13/09/2023]

<sup>9</sup> 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 13/09/2023]

“...Bangladesh has a rural network of public sector health services but lacks an equivalent network in the urban areas. As a result, the poorest part of the population living in urban areas is deprived of essential health care services. A rapid and consistent inflow of migrants provides an additional source of pressure on services in urban slums and large cities. Bangladesh is also undergoing an epidemiological transition, especially in its urban areas...”<sup>10</sup>

o

## **Finanziamenti, strategie di protezione sociale e spesa sanitaria**

Una recente fonte riporta come la Strategia di finanziamento dell'assistenza sanitaria (HCFC) 2012-2032 del Bangladesh, mira a introdurre programmi di protezione sanitaria sociale 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 con 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, come visto precedentemente, in genere non è disponibile nelle strutture, per cui i pazienti dovranno procurarselo. I pagamenti OOP sono ancora il principale finanziatore dei servizi sanitari, attraverso l'acquisto di farmaci e prodotti medici. La stessa fonte riporta come nel 2016, il Governo ha introdotto un programma di protezione sanitaria sociale dal lato della domanda, Shasthyo Suroksha Karmasuchi (SSK), per la popolazione al di sotto della soglia di povertà in tre upazilas.<sup>149</sup> Il programma copre l'assistenza ospedaliera per 70 gruppi di malattie diverse, con un beneficio di 620 dollari per famiglia all'anno. SSK è in fase di sperimentazione e, mentre si prevede che il pacchetto di prestazioni che offre si evolverà, l'efficacia del programma nel fornire protezione non è ancora nota. [...] Le persone che non possono assicurarsi con un'assicurazione sanitaria tradizionale, possono ottenere l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità attraverso pacchetti di microassicurazione sanitaria, che hanno premi bassi. Questo può ridurre le spese OOP (out-of-pocket) e fornire protezione finanziaria da spese sanitarie inaspettate. La microassicurazione per la salute è pensata anche per affrontare l'esclusione spaziale dai servizi sanitari e l'esclusione culturale delle donne dai servizi sanitari. 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 microassicurativi e per costruire la fiducia tra i potenziali interessati.

“...The Health Care Financing Strategy (HCFC) 2012–2032 aims to introduce social health protection schemes for the poor and for formal sector employees and to move towards provision for the entire population. 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.

In 2016, the government introduced a demand-side social health protection scheme, Shasthyo Suroksha Karmasuchi (SSK), for the below-poverty line population in three upazilas.<sup>149</sup> The scheme

---

<sup>10</sup> World Health Organization. (2015). Bangladesh health system review (Vol. 5, No. 3). WHO Regional Office for the Western Pacific.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Available at: <https://euaa.europa.eu/publications/provision-healthcare-bangladesh> [Accessed on 13/09/2023]

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

covers inpatient care for 70 different disease groups, with a benefit of USD 620 per household per year. SSK is in the piloting phase and while the package of benefits that it offers is expected to evolve the efficacy of the scheme in providing protection is not yet known. [...] 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. Micro-insurance for health is also designed to address spatial exclusion from health services and cultural exclusion of women from health services. 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 micro- insurance products and to build trust among potential stakeholders....”<sup>11</sup>

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.<sup>141</sup> 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.<sup>142</sup>...”<sup>12</sup>

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:

“...The Health Care Financing Strategy (HCFC) 2012–2032<sup>146</sup> aims to introduce social health protection schemes for the poor and for formal sector employees and to move towards provision for the entire population.<sup>147</sup> 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

---

<sup>11</sup> 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 13/09/2023]

<sup>12</sup> 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 13/09/2023]



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

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...”<sup>13</sup>

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...”<sup>14</sup>

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:

“...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

---

<sup>13</sup> 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 13/09/2023]

<sup>14</sup> 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 13/09/2023]

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

that work needs to be done to encourage the use of microinsurance products and to build trust among potential stakeholders.156...”<sup>15</sup>

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].”<sup>16</sup>

Rispetto alla differenza di spesa per tipologia di centro sanitario, uno studio ha rilevato che i pazienti ambulatoriali degli ospedali pubblici hanno costi totali più elevati rispetto a quelli trattati negli ospedali privati. La maggior parte dei pazienti degli ospedali pubblici (71%) proveniva da aree rurali e quindi aveva costi di viaggio più elevati e impiegava più tempo per viaggiare rispetto ai pazienti degli ospedali privati, prevalentemente urbani:

“...The study found that outpatients in public hospitals experience higher total costs than those treated in private hospitals. The majority of public hospital patients (71 %) were from rural areas

---

<sup>15</sup> 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 13/09/2023]

<sup>16</sup> 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 13/09/2023]

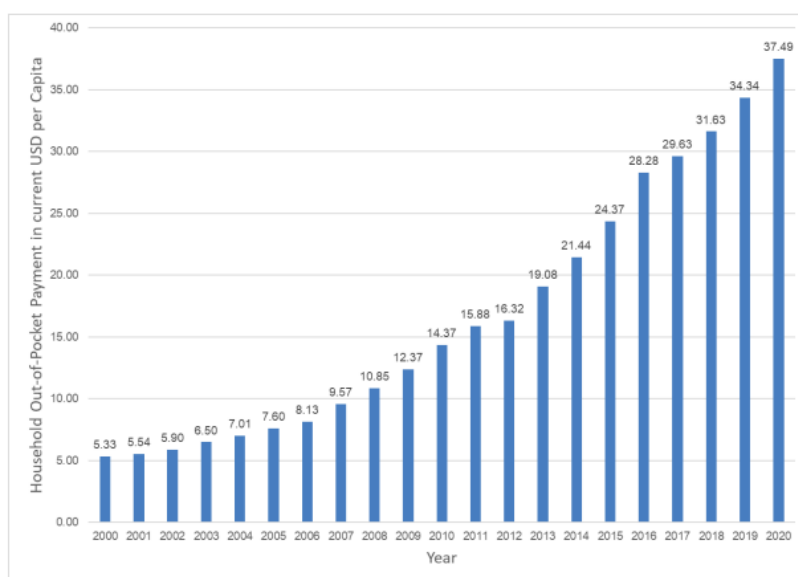
### Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

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.<sup>17</sup>

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 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 Capita<sup>181</sup>**



...<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Shariful Islam, S. M., Lechner, A., Ferrari, U., Laxy, M., Seissler, J., Brown, J., ... Holle, R. (2017). Healthcare use and expenditure for diabetes in Bangladesh. *BMJ Global Health*, 2(1), e000033. doi:10.1136/bmjgh-2016-000033 [Accessed on 13/09/2023] come citato in: Servizio COI (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>18</sup> 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 13/09/2023]

A causa di questo, alcune fonti sottolineano come l'assistenza medica in Bangladesh è molto costosa rispetto al reddito medio familiare, spesso difficile da ottenere e lascia una famiglia vulnerabile agli effetti di spese sanitarie catastrofiche:

“...Medical care in Bangladesh is very costly relative to an average person’s mean family income, often difficult to access, and leaves a household vulnerable to the effects of catastrophic health expenses.24 25 28...”<sup>19</sup>

...

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

### Introduzione

Le fonti riportano com l'infezione da HBV sia endemica in Bangladesh, e che è la causa principale dell'epatite B cronica (CHB), della cirrosi epatica (LC) e del carcinoma epatocellulare (HCC) in questo Paese. Recentemente, l'insufficienza epatica acuta cronica legata all'HBV (HBV-ACLF) è emersa come un problema medico serio ed emergente in Bangladesh. Secondo le evidenze circa 50 milioni o più di bangladesi sono stati infettati dall'HBV in qualche momento della loro vita. Sul totale della popolazione del Bangladesh, circa il 2-5% è cronicamente infetto da HBV (circa 3-8 milioni) (1-6%) e un numero considerevole di questi pazienti finirà per sviluppare LC, HCC o ACLF (circa 1 milione). Sebbene manchino statistiche adeguate, si stima che le malattie epatiche legate all'HBV siano responsabili della maggior parte dei ricoveri ospedalieri e di circa 20.000 decessi ogni anno in Bangladesh, e che la prevalenza dell'HBV e dell'HCV in Bangladesh potrebbe essere rispettivamente del 5,4 e dello 0,84%. Prendendo in considerazione questa cifra, la stessa fonte riporta come più di 10 milioni di bangladesi sono cronicamente infettati da uno di questi due virus, rappresentando l'8-12% dei ricoveri nei reparti di Medicina degli ospedali terziari, con il carcinoma epatocellulare che è la terza causa più comune di morte per cancro in Bangladesh, al pari solo ai decessi per cancro ai polmoni e allo stomaco:

“...Hepatitis B virus (HBV) infection is endemic in Bangladesh. Studies have indicated that HBV is the major cause of chronic hepatitis B (CHB), liver cirrhosis (LC), and hepatocellular carcinoma (HCC) in this country. Recently, HBV-related acute on chronic liver failure (HBV-ACLF) has emerged as a serious and emergent medical problem in Bangladesh. [...] Conservative estimates indicate that about 50 million or more of Bangladeshi have been infected by HBV at some point of their life. Out of the total Bangladeshi population, about 2 to 5% is chronically infected with HBV (about 3–8 million) (1–6%) and considerable number of these patients will eventually develop LC, HCC, or ACLF (about 1 million). Although proper statistics is lacking, it is estimated that HBV-related liver diseases account for a majority of hospital admissions and around 20,000 deaths every year in Bangladesh.”

---

<sup>19</sup> Shariful Islam, S. M., Lechner, A., Ferrari, U., Laxy, M., Seissler, J., Brown, J., ... Holle, R. (2017). Healthcare use and expenditure for diabetes in Bangladesh. *BMJ Global Health*, 2(1), e000033. doi:10.1136/bmjgh-2016-000033 [Accessed on 13/09/2023] come citato in: Servizio COI (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]

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

It has been estimated that the prevalence of HBV and HCV in Bangladesh may be 5.4 and 0.84% respectively. Taking the figure into consideration, more than 10 million Bangladeshis are chronically infected with either of these two viruses. It has been estimated that HBV- and HCV-related liver diseases account for 8 to 12% admissions in the Medicine Departments of our tertiary hospitals, and are responsible for more than 20,000 deaths per annum, with hepatocellular carcinoma being the third most common cause of cancer deaths in Bangladesh, next only to deaths from cancers of lungs and stomach...<sup>20</sup>

Queste informazioni sono in linea con quanto riportato da altre fonti<sup>21</sup> che sottolineano come in Bangladesh l'HBV rimanga la maggiore causa di malattia epatica cronica e la seconda causa di malattia epatica acuta:

“...HBV is still the leading cause of all forms of chronic liver diseases (CLD) and second commonest cause of acute hepatitis in Bangladesh...”<sup>22</sup>

In accordo con quanto riportato precedentemente, una recente ricerca riporta come le principali difficoltà per l'eliminazione dell'HBV in Bangladesh, vi sono la mancanza di dati affidabili per guidare le politiche, la scarsa consapevolezza e gli ostacoli alla diagnosi precoce, la trasmissione attraverso prodotti ematici infetti, le iniezioni non sicure e la trasmissione nosocomiale e la mancanza di disponibilità di trattamenti. A questi sono associati la mancanza di istruzione, la mancanza di consapevolezza riguardo alla vaccinazione contro l'HBV, la limitatezza di dati affidabili per guidare le politiche, la povertà, la mancanza di screening/controllo incrociato del sangue, l'attività sessuale pericolosa, la trasmissione verticale da madre a figlio, il trattamento costoso dell'infezione da HBV e la mancanza di strutture sanitarie adeguate:

“...The major difficulties for hepatitis B elimination in Bangladesh, including a lack of reliable data to guide policy, low awareness and barriers to early diagnosis, transmission via infected blood products, unsafe injections and nosocomial transmission and a lack of treatment availability. [...] The identified major factors for a moderate prevalence rate of HBV infection in Bangladesh are lack of education, lack of awareness regarding HBV vaccination, limited reliable data to guide policy,

---

<sup>20</sup> Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2016;6(2):163-166. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>21</sup> Similmente, un'altra fonte riporta come l'HBV rimane una delle principali cause di morbilità e mortalità in Bangladesh e che sia presente una lunga strada da percorrere prima di poter dire addio a questa minaccia mortale: “*HBV remains a major cause of morbidity and mortality in Bangladesh and we have a long way to go before we may bid farewell to this deadly menace*” Tratto da: Mahtab, M. A., Rahman, S., Karim, M. F., Khan, M., Foster, G., Solaiman, S., & Afroz, S. (2008). Epidemiology of hepatitis B virus in Bangladeshi general population. *Hepatobiliary & pancreatic diseases international: HBPD INT*, 7(6), 595-600. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19073404/> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>22</sup> Sultana, R., & Imtiaz, K. S. (2020). Knowledge and practices towards hepatitis B among patients and their attendants in a primary healthcare facility in Bangladesh. *Int J Commun Med Public Health*, 8(1), 97. Available at: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7383> [Accessed on 13/09/2023]

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

poverty, lack of blood screening/cross-checking, perilous sexual activity, vertical transmission from mother to child, costly treatment of HBV infection and lack of proper health care facilities...<sup>23</sup>

Una fonte riporta come sebbene in Bangladesh siano presenti diversi programmi di controllo per alcune malattie infettive (la tubercolosi, la malaria, la dengue e kala-azar) non risulterebbero invece programmi volti alla prevenzione e al trattamento delle epatiti virali nello specifico HBV e HCV, che rappresentano una grossa problematica all'interno della popolazione e nella gestione del servizio sanitario:

“...In Bangladesh, we have excellent control programs for a range of communicable diseases, such as tuberculosis, malaria, dengue, and kala-azar, to name a few. However, there is no such program for hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) as of now. On the contrary, HBV-and HCV-related liver diseases incur a huge burden to our country's economy and health care delivery system. ...<sup>24</sup>

Questo viene certificato anche da un'altra fonte che riporta come, sebbene siano stati sviluppati programmi per la prevenzione verticale e la vaccinazione per l'HBV, mancherebbe tuttavia un piano nazionale per il suo contrasto:

“...Although vaccination against HBV and containment of horizontal transmission are in progress in Bangladesh for reduction of new HBV infection, there is a lack of national strategy for treatment of millions of chronic HBV-infected subjects...<sup>25</sup>

Questo è parzialmente in disaccordo rispetto a quanto riportato dalle guide mondiali per il contrasto alle epatiti virali che riportano come in Bangladesh non siano presenti progetti per contrastare la trasmissione verticale dell'HBV. La stessa fonte sottolinea come non esista una strategia o un piano nazionale scritto che si concentri esclusivamente o principalmente sulla prevenzione e controllo dell'epatite virale; non esista un'unità/reparto governativo designato responsabile esclusivamente del coordinamento e/o della realizzazione delle attività legate all'epatite virale; non è noto il numero di persone che lavorano a tempo pieno sulle attività legate all'epatite in tutte le agenzie/organismi governativi; non è presente un programma di prevenzione e controllo dell'epatite virale che includa attività rivolte a popolazioni specifiche; il Governo non ha stabilito l'obiettivo di eliminare l'HBV:

---

<sup>23</sup> Banik, S., Datta, A., Ghosh, A., Ghosh, K., & Debi, H. (2022). The prevalence of hepatitis B virus infection in Bangladesh: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Infection*, 150, E47. doi:10.1017/S0950268822000061 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35156592/> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>24</sup> Al Mahtab M. (2017) Elimination of Hepatitis Viruses: Bangladesh Scenario. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2017 Jan-Jun;7(1):40-42. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1209. Epub 2017 May 5. PMID: 29201770; PMCID: PMC5663772. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663772/> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>25</sup> Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2016;6(2):163-166 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]

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

“...There is no written national strategy or plan that focuses exclusively or primarily on the prevention and control of viral hepatitis. There is no designated governmental unit/department responsible solely for coordinating and/or carrying out viral hepatitis-related activities. It is not known how many people work full-time on hepatitis-related activities in all government agencies/bodies. The government does not have a viral hepatitis prevention and control programme that includes activities targeting specific populations. [...] The government has not established the goal of eliminating hepatitis B [...] There is no national policy that specifically targets mother-to-child transmission of hepatitis B....”<sup>26</sup>

Questo dato è in accordo con quanto riportato da una recente ricerca che sottolinea come più dell’80% della popolazione studiata non avesse avuto accesso alla vaccinazione o a esami di screening per l’HBV, confermando le evidenze raccontate in altri studi:

“...It was unfortunate to note that majority of the respondents hadn’t been screened (82.8%) or vaccinated (76.5%) for hepatitis B infection. This finding is in line with two other studies conducted in Bangladesh...”<sup>27</sup>

Secondo le fonti, il limitato impegno politico su HBV e HCV potrebbe essere dovuto a diversi fattori, tra cui la scarsa comprensione da parte dei funzionari governativi della storia naturale dell’epatite virale e del suo impatto economico finale (come si approfondirà nella prossima sezione). D’altra parte, si riporta anche come in alcuni casi, a causa della necessità di un approccio multisettoriale alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura, potrebbe non essere chiaro quale dipartimento governativo dovrebbe assumersi la responsabilità dell’epatite virale. Finalmente, anche la mancanza di dati epidemiologici sulla prevalenza delle epatiti virali è un problema critico nel paese in oggetto della ricerca:

“...Limited political engagement on HBV and HCV could be due to several factors, including poor understanding by government officials of the natural history of viral hepatitis, and its ultimate economic impact. In some cases, because of the need for a multisectoral approach to prevention, diagnosis, and care, it might not be clear which government department should take responsibility for viral hepatitis. Lack of reliable epidemiological data is also a critical issue in all countries studied. [...] In Bangladesh, information about the prevalence of HBV and HCV is lacking for the general population.

---

<sup>26</sup> World Health Organization. (2013). Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632_eng.pdf) [Accessed on 13/09/2023]

<sup>27</sup> Sultana, R., & Imtiaz, K. S. (2020). Knowledge and practices towards hepatitis B among patients and their attendants in a primary healthcare facility in Bangladesh. *Int J Commun Med Public Health*, 8(1), 97. Available at: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7383> [Accessed on 13/09/2023]

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

Table 1 Overview of individual country responses to HBV and HCV

	Bangladesh	India	Indonesia	Malaysia	Pakistan	Philippines	Thailand
<b>Policy</b>							
National plan/strategy	No <sup>26</sup>	Yes <sup>26</sup>	Yes <sup>26,27</sup>	No (being drafted)	Yes (to be launched in 2016)	No	No <sup>26</sup>
<b>Data availability</b>							
Reliable national epidemiological data	No	No <sup>26</sup>	No	No	No	No <sup>23</sup>	No
Estimate of economic burden of HBV and HCV	No	No	No	No	No	No	No

” 28

o

### Disponibilità dei trattamenti e barriere economiche

Stando alle fonti consultate, l’accesso ai trattamenti e ai farmaci per l’HBV in Bangladesh risulterebbe influenzato da molteplici fattori. La guida mondiale dell’OMS volta al contrasto delle epatiti virali sottolinea come in Bangladesh non esistano linee guida cliniche nazionali per la gestione dell'epatite virale. Allo stesso modo, come riportato in precedenza, il Governo non disporrebbe di politiche nazionali relative allo screening e all'invio alle cure per l'epatite B o l'epatite C, e i test per l'HBV e l'HCV non sono gratuiti. Un'altra questione che compromette l’accesso alle cure è che il trattamento dell'HBV e dell'HCV non risulterebbe essere finanziato con fondi pubblici, e solo il *interferone alfa*, *interferone pegilato*, *lamivudina*, *adefovir dipivoxil*, *entecavir*, *telbivudina* e *tenofovir* fanno parte dell'elenco nazionale dei farmaci essenziali per il trattamento dell’HBV:

“...There are no national clinical guidelines for the management of viral hepatitis. [...] The government does not have national policies relating to screening and referral to care for hepatitis B or hepatitis C. People testing for hepatitis B and hepatitis C do not register by name. Hepatitis B and hepatitis C tests are not free of charge, and are compulsory for blood donors. Publicly funded treatment is not available for hepatitis B or hepatitis C. The following drugs for treating hepatitis B drugs are on the national essential medicines list: interferon alpha, pegylated interferon, lamivudine, adefovir dipivoxil, entecavir, telbivudine and tenofovir...”<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Wait, S., Kell, E., Hamid, S., Muljono, D. H., Sollano, J., Mohamed, R., Shah, S., Mamun-Al-Mahtab, Abbas, Z., Johnston, J., Tanwadee, T., & Wallace, J. (2016). Hepatitis B and hepatitis C in southeast and southern Asia: challenges for governments. In *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* (Vol. 1, Issue 3, pp. 248–255). Elsevier BV. Available at: [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(16\)30031-0](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(16)30031-0) [Accessed on 13/09/2023]

<sup>29</sup> World Health Organization. (2013). Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632_eng.pdf) [Accessed on 13/09/2023]



Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Similmente, secondo una ricerca, in Bangladesh, la proporzione di persone che hanno accesso al rimborso per i farmaci anti-virali è minore dell'1% sia nelle aree urbane che nelle aree rurali:

**Table 3 Proportion of patients eligible for reimbursement for hepatitis B treatment**

	Bangladesh	India	Indonesia	Malaysia
Urban areas	<1%	10-20%	5%	70%
Rural areas	1%	<5%	2%	70%

“ ...

”<sup>30</sup>

Questo dato è in accordo anche con un'altra fonte che mette in luce l'impossibilità di garantire esami di screening, controllo e trattamento a tutte le persone affette da HBV in Bangladesh, in quanto non sarebbe sostenibile per il paese:

“...The cost of assessment of HBV DNA, HBsAg, HBeAg, ALT and imaging of patients would cost about USD 200 during the initial diagnosis. If these investigations are accomplished in about one million prospective patients for 5 to 10 times during their lifetime, the economic cost would be about one billion USD. The cost to ensure HBV-free blood transfusion in Bangladesh would add to a very high price tag of additional cost that would not be discussed in this communication. It is presumed that abdominal imaging would be required in about 20% of these patients and that would cost about 20 million USD. Thus, direct cost related to bringing all prospective patients to initial diagnosis would be more than one billion USD in addition to substantial cost of patients screening, hospital attendance, and surveillance studies that may cost additional one billion USD [...] Even if the 50% of prospective patients with CHB are brought under treatment, the lowest cost by cheapest oral drugs would be about 75 million/year and the total cost for an average therapy of 6 years would be about 450 million USD. The cost of usage of pegylated IFN would about USD 3 billion for 50% of prospective treatment group. In addition to patients with CHB, more intensive treatment would be required for patients with LC and HCC. [...] The cost of management of HBV-related liver diseases would reach to several billion USD in Bangladesh and that is not a realistic option at this point in this country...”<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Wait, S., Kell, E., Hamid, S., Muljono, D. H., Sollano, J., Mohamed, R., Shah, S., Mamun-Al-Mahtab, Abbas, Z., Johnston, J., Tanwadee, T., & Wallace, J. (2016). Hepatitis B and hepatitis C in southeast and southern Asia: challenges for governments. In *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* (Vol. 1, Issue 3, pp. 248–255). Elsevier BV. Available at: [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(16\)30031-0](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(16)30031-0) [Accessed on 13/09/2023]

<sup>31</sup> Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2016;6(2):163-166. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]

In parziale disaccordo con le fonti precedenti un'altra fonte riporta come gli antivirali per l'HBV e l'HCV non siano ancora presenti nell'elenco dei farmaci essenziali e, non esistendo un'assicurazione sanitaria in Bangladesh, il trattamento dell'HBV e dell'HCV in Bangladesh è ancora ad appannaggio delle aziende private. Sebbene l'industria farmaceutica del Bangladesh produca versioni generiche locali di quasi tutti gli antivirali per HBV (*lamivudina*, *adefovir*, *entecavir* e *tenofovir* generici prodotti localmente) e HCV (interferone pegilato generico, ribavirina e antivirali ad azione diretta (DAA), come *sofosbuvir*, *ledipasvir*, *daclatasvir* e *velpatasvir*) rendendo i farmaci antivirali accessibili a molte persone in Bangladesh, anche grazie alle esenzioni fiscali concesse ai DAA dal Governo del Bangladesh, è una realtà che questi trattamenti sono ancora al di là delle possibilità di molti cittadini del Bangladesh:

“...Antivirals for HBV and HCV are still not in our essential drug list and there is no health insurance in Bangladesh. Treatment of HBV and HCV in Bangladesh is still, therefore, a private affair. However, the inspiring news is that with a vibrant pharmaceutical industry, Bangladeshi patients enjoy access to local generic versions of almost all antivirals for HBV and HCV. For HBV, in Bangladesh, we have locally produced generic lamivudine, adefovir, entecavir, and tenofovir. For HCV, the list includes generic pegylated interferon, ribavirin, and direct-acting antivirals (DAAs), such as sofosbuvir, ledipasvir, daclatasvir, and velpatasvir. In fact, the first generic sofosbuvir in the world was introduced in Bangladesh back in February 2015, making us the first country in the world to have a generic DAA. Not only so, recently, a local pharmaceutical company has introduced the first sofosbuvir-velpatasvir combination tablet. These have made antiviral drugs affordable to many in Bangladesh. Besides, tax waivers granted to DAAs by the Bangladesh government has further helped to bring down the costs. However, it is a reality that such treatments are still beyond the means of many of the Bangladeshi citizens...”<sup>32</sup>

Infatti, sebbene una fonte riporta come in Bangladesh, alcuni farmaci per la gestione dell'HBV siano disponibili (come il *tenofovir*, *entecavir* e *l'interferone*), in quanto prodotti da aziende farmaceutiche locali e i pazienti li ricevono al prezzo più basso del mondo:

“...A brief on “Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update” has been recommended several drugs for the management of CHB eg: Nucleoside and nucleotide analogue eg: tenofovir, entecavir. Immunomodulatory drug eg: pegylated interferon is also recommended. All the drugs are available in Bangladesh produced by local pharmaceutical companies and patients are getting it with lowest price in the world....”<sup>33</sup>

Sono molteplici le fonti che riportano come sia ancora economicamente complesso accedere ai trattamenti, come riportato in una testimonianza di una donna affetta da HBV, che sottolinea come molte persone riferiscono che i trattamenti sono costosi e che qualora lei non avesse avuto accesso

---

<sup>32</sup> Al Mahtab M. (2017) Elimination of Hepatitis Viruses: Bangladesh Scenario. Euroasian J Hepatogastroenterol. 2017 Jan-Jun;7(1):40-42. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1209. Epub 2017 May 5. PMID: 29201770; PMCID: PMC5663772. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663772/> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>33</sup> Video di testimonianza generato da NOhep Movement, un movimento globale volto all'eliminazione dell'epatite virale. NOhep Movement (2021) Muslima Kader Mili. Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]

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

alla donazione dell'Associazione Nazionale per le malattie del fegato (organizzazione di volontariato) non si sarebbe potuta curare:

“...Many people say treatment is costly. It was not possible for me as my husband has been sick and paralyzed since 2013 at the time of my diagnosis of the disease...”<sup>34</sup>

Similmente, è necessario sottolineare come la presenza di altri fattori esterni contestuali possono impattare anche sull'accessibilità economica dei farmaci. Infatti, recenti fonti riportano come nel luglio 2022, il comitato di revisione dei prezzi della DGDA ha aumentato i prezzi dei farmaci essenziali. Tra questi, 19 farmaci generici di 53 marche e i produttori di farmaci hanno aumentato anche i prezzi di altri farmaci. Gli aumenti di prezzo variano, ma vanno dal 50 % al 100 %. Secondo quanto riportato dall'OVC, i prezzi nelle farmacie al dettaglio sono aumentati tra il 13% e il 75% tra maggio e novembre 2022. Nella fonte non vengono menzionati gli antivirali orali, tuttavia viene messo in luce come il Governo ha 'poco controllo sul mercato dei farmaci e che abbia subito pressioni da parte dei produttori mentre gli interessi dei consumatori sono stati di secondaria importanza:

“...In July 2022, the price review committee of the DGDA increased prices of essential drugs. The newspaper New Age described in an opinion piece this as adding to economic hardship in an economy that has been affected by Covid. 198 The prices of 19 generic drugs of 53 brands were increased by the DGDA and drug manufacturers also increased the prices of other drugs. [...] New Age reported that the government has 'little control over the drug market'.<sup>206</sup> The newspaper further informed that the DGDA states that drug prices were last reviewed in 2015 and that the market prices of raw materials have increased. In this review, the government was reportedly under pressure from producers and that consumer's interests had been of secondary concern [...] The increases in price vary but they range from rises of 50 % to 100 %. <sup>204</sup> CAB are reported as stating that prices, in retail pharmacists, rose between 13 % and 75 % between May and November 2022.<sup>20</sup>...”<sup>35</sup>

Oltre alla mancanza di farmaci antivirali, una fonte riporta come l'assenza di un piano assicurativo determini anche l'impossibilità ad accedere a cure per il trattamento delle complicanze dell'HBV (nello specifico la cirrosi e l'epatocarcinoma):

“...There is no national health care insurance system in Bangladesh that provides full support to therapy even in terminal stages of the diseases...”<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Video di testimonianza generato da NOhep Movement, un movimento globale volto all'eliminazione dell'epatite virale. NOhep Movement (2021) Muslima Kader Mili. Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>35</sup> 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 13/09/2023]

<sup>36</sup> Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. Euroasian J Hepato-Gastroenterol 2016;6(2):163-166. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]

## Disponibilità di strutture e barriere geografiche

Come visto precedentemente, il sistema sanitario del Bangladesh si caratterizza per un'elevata disomogeneità nella distribuzione territoriale. In questo senso una fonte riporta come sebbene si sia assistito a un recente incremento dei servizi specialistici, in Bangladesh ci siano poche strutture pubbliche che possono potenzialmente fornire una terapia ai pazienti con CHB, e il trattamento di LC e HCC può essere effettuato in un numero minore di strutture mediche pubbliche. Pertanto, sebbene recentemente sono state sviluppate alcune strutture sanitarie pubbliche, queste sono estremamente limitate rispetto alle esigenze del Paese, e la maggior parte delle terapie per i pazienti affetti da malattie epatiche viene condotta in strutture private:

“...There has been major expansion in access to tertiary health care in Bangladesh over the last several years by the active support of the government of the People’s Republic of Bangladesh. Currently, there have been establishments of new superspeciality departments in different tertiary public hospitals. [...] There are few public facilities at Bangladesh that can potentially provide therapy for CHB patients. Treatment of LC and HCC may be given in fewer public medical facilities. Thus, the major bulk of therapies for patients of liver diseases are conducted in private facilities. [...] Although some public health facilities have recently been developed, those are extremely limited considering the need of the country. In fact, the health care delivery system of Bangladesh is almost similar to most of the developing and resource-constrained countries of Asia and Africa...”<sup>37</sup>

In maniera più dettagliata, una fonte che indaga l’accesso delle cure in Bangladesh riporta come per il trattamento dell’HBV ci siano due cliniche, una pubblica e una privata entrambe localizzate a Dhaka, che garantiscono diversi trattamenti e esami:

“...treatment for hepatitis B (example: chronic viral hepatitis B and liver cirrhosis) was available at the following clinics:

Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU), Shahabagh Avenue, Dhaka (public facility):

- Laboratory research: alkaline phosphatase
- Laboratory research: PTH (parathyroid hormone), calcium, phosphate
- Diagnostic imaging by means of an oesophago- gastro- duodenoscopy
- Laboratory research of liver function (PT, albumin, bilirubin, transaminases: ASAT (=SGOT), ALAT (=SGPT)
- Diagnostic research: transient elastography; test for liver fibrosis (e.g., Fibro scan)
- Diagnostic imaging by means of ultrasound

Diagnostic imaging by means of MRI (Magnetic Resonance Imaging)

- Diagnostic research, in the form of liver biopsy
  - Laboratory research of HBV DNA testing in case of Hepatitis B
  - Inpatient, outpatient and follow up treatment by a gastroenterologist
  - Inpatient, outpatient and follow up treatment by a hepatologist
- Dhaka Medical College Hospital, Secretariat Road, 1000, Dhaka (public facility):

---

<sup>37</sup> Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2016;6(2):163-166. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]

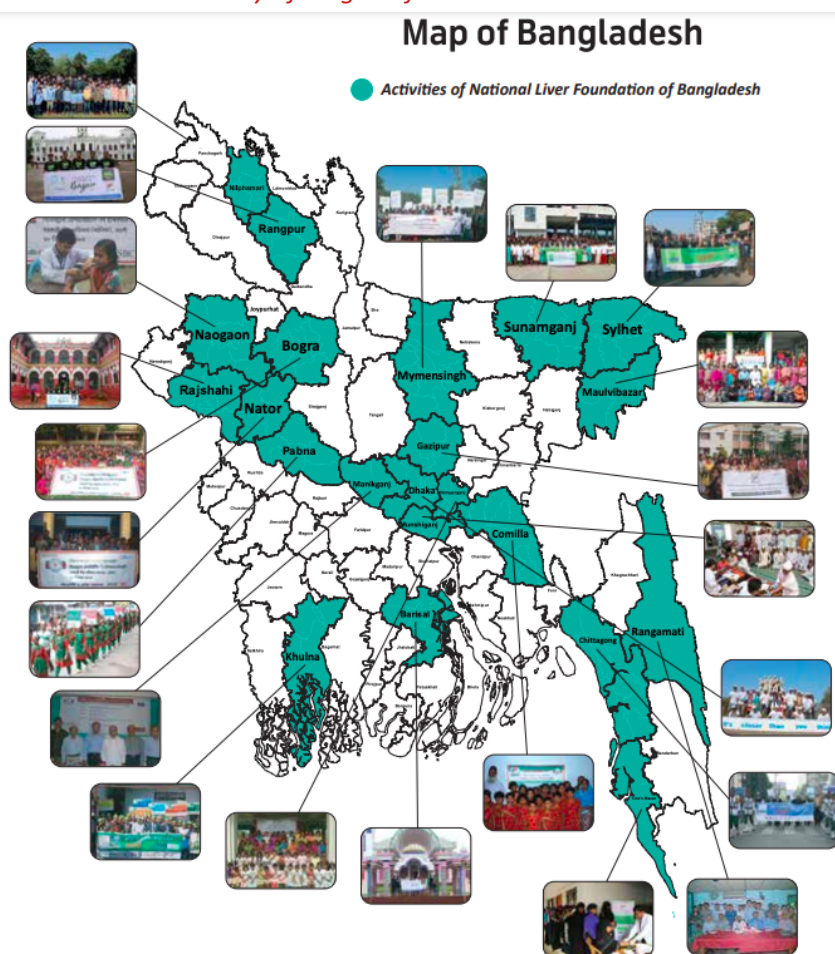
### Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

- Laboratory research of renal/ kidney function (creatinine, ureum, proteinuria, sodium, potassium levels)
- Gastroenterological emergency treatment in case of rupture of oesophageal carices
- Laboratory research of antibody hep. B surface antigen (anti Hbs)
- Haematology: blood transfusion
- Laboratory research of alpha- fetoprotein (AFP)
- Laboratory research of blood; INR e.g., in case of acenocoumarol anticlotting
- Bangladesh Institute of Tropical and Infectious Disease, Chittagong Highway- Fauzderhat, Dhaka (public facility)
- Inpatient, outpatient and follow up treatment by an infectiologist Tamanna Pharmacy, 125/A Bashundhara Residential Area, Baridhara, Dhaka (private facility):
- Ferrous fumarate- Haematology; against anaemia; iron deficiency
- Ferrous gluconate- Haematology; against anaemia; iron deficiency
- Entecavir- Infections; antivirals; Hepatitis B
- Tenofovir alafenamide- Infections; antivirals; Hepatitis B
- Tenofovir disoproxil- Infections; antivirals; Hepatitis B79...<sup>38</sup>

Similmente, l'Associazione Nazionale per le malattie epatiche del Bangladesh riporta come ad oggi svolga attività solo in queste zone:

---

<sup>38</sup>UK Home Office (2022) Country Policy and Information Note Bangladesh: Medical treatment and healthcare [Version 2.0], July 2022 [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1092700/Country\\_Policy\\_and\\_Information\\_Note\\_Bangladesh\\_Medical\\_treatment\\_and\\_healthcare.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1092700/Country_Policy_and_Information_Note_Bangladesh_Medical_treatment_and_healthcare.pdf) [Accessed on 13/09/2023]



### Mancanza di informazioni sulla patologia e fenomeni di stigmatizzazione

Oltre alle barriere sopracitate, sono molteplici le fonti che riportano come in Bangladesh le persone affette da HBV e in più in generale, da epatiti virali siano fortemente stigmatizzate.

Una fonte riporta come in generale lo stigma e la discriminazione fanno sì che le persone perdano i loro diritti fondamentali sul lavoro, subiscano rotture di relazioni, si vedano rifiutare i visti di viaggio, ricevano servizi sanitari scadenti e, nei casi più estremi, vengano separate dalle loro famiglie o si tolgano la vita. Allo stesso modo, una ricerca della World Hepatitis Alliance mostra che la regione Asia-Pacifico presenta alcuni dei più alti casi di stigma e discriminazione nelle persone che vivono con l'epatite virale:

“...Stigma and discrimination cause people to lose their basic rights at work, suffer relationship breakdowns, be refused travel visas, receive poor health-care services, and, in the most extreme cases, be separated from their families or take their own lives. Research by the World Hepatitis

<sup>39</sup>National Liver Foundation (2022) Report delle attività. Available at: <https://www.liver.org.bd/wp-content/uploads/2022/11/All-Page.pdf> [Accessed on 13/09/2023]

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

Alliance shows that the Asia-Pacific region has some of the highest instances of stigma and discrimination in people living with viral hepatitis...<sup>40</sup>

Questo è valido anche in Bangladesh come riportato dal fondatore della Fondazione Nazionale del Fegato Bengalese, l'epatite virale è stigmatizzata dalla popolazione in generale, soprattutto nelle comunità rurali. Le persone affette da epatite virale, vengono messe in "lista nera" in quando vengono considerate come "portatrici di sangue inquinato", pericoloso per gli altri. A causa di questo stigma e della discriminazione, le persone hanno paura del test per l'epatite virale e coloro che ricevono la diagnosi rimangono in silenzio e non evitano di frequentare i centri medici per il trattamento, perché temono che le persone della comunità scoprano la loro diagnosi. Inoltre le persone affette da epatite virale, possono essere escluse in modo permanente dal lavoro e la loro vita sociale viene distrutta. Inoltre, i cittadini del Bangladesh che lavorano all'estero come lavoratori migranti, soprattutto nei Paesi del Medio Oriente, possono essere respinti dal lavoro ed espulsi a causa della diagnosi di epatite B o C, affrontando un'immensa perdita finanziaria, un disagio psicologico e la prospettiva di un'ulteriore discriminazione sociale, che è senza fine:

“...Unfortunately, in Bangladesh, where I am from, viral hepatitis is stigmatized among the general public, especially in rural communities. They usually "blacklist" individuals affected by viral hepatitis as they consider them as “bearers of polluted blood” which is dangerous for others. Because of this stigma and discrimination, people are afraid of the test for viral hepatitis. Those who are diagnosed remain silent and don't like to attend medical centers for treatment as they are afraid of people in the community finding out about their diagnosis. They can be permanently barred from jobs, their social lives destroyed and their dreams lost as they silently face endless discrimination. Furthermore, Bangladeshi citizens working overseas as migrant workers, especially in Middle Eastern countries can be rejected from employment and deported because of their hepatitis B or C diagnosis. They face immense financial loss, psychological distress and the prospect of more social discrimination, which is endless...<sup>41</sup>

Una delle principali motivazioni che implicano lo sviluppo di atteggiamenti stigmatizzanti e il mancato accesso ai servizi è l'assenza di una conoscenza della patologia che caratterizza il contesto bengalese, come riportato nella seguente fonte che riporta anche come siano fortemente presenti delle credenze errate rispetto alle modalità di trasmissione:

“...Results of the study revealed poor knowledge and practices towards hepatitis B. The low knowledge included lack of essential information of respondents regarding etiology, symptoms, transmission, management, and prevention strategies. This finding is comparable with another studies in Bangladesh where the overall knowledge of more than two-thirds of the respondents

---

<sup>40</sup> Wingrove, C., Wang, S., Ninburg, M., Aguatian, E., Lee, D. (2020) Communities living with hepatitis must be central to the response to liver diseases in the Asia-Pacific region. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30360-7](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30360-7) [Accessed on 13/09/2023]

<sup>41</sup> Mohammad A. (2019) Hepinion. Stigma and Discrimination affects everyone. Hepvoice. Vol. 37. pp. 12-13. Available at: [https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/hep\\_voice\\_june\\_-\\_final.pdf](https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/hep_voice_june_-_final.pdf) [Accessed on 13/09/2023]

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

were reported low [...] In addition, very few respondents (18.1%) of our study knew that hepatitis B is not transmitted by eating food that has been prepared by an infected person...<sup>42</sup>

Queste riflessioni sono riportate anche nelle biografie di diverse persone che hanno ricevuto trattamenti gratuiti grazie al supporto di un'associazione. Muslima, in un video svolto per la NOhep Movement riporta come a suo fratello sia stato negato il visto di lavoro per l'estero dopo che le analisi del sangue sono risultate positive all'HCV, e che due membri della sua famiglia sono stati deportati, mentre lei ha vissuto gli effetti della mancanza di conoscenza rispetto alle epatiti virali per cui i suoi familiari la costringevano a tenere separati i suoi utensili e le era stato riferito che sarebbe morta di questa malattia:

“...My brother also denied work visa for abroad after blood test came positive (Hepatitis C). [...] Two of my family members have HBV, returned from abroad. [...] My relatives told to keep my utensils separate, Doctor told it is not needed, as it's not contagious. [...] I was highly uncomfortable, people said no treatment for this disease, death is inevitable...<sup>43</sup>

Similmente, un altro testimone riporta come i suoi amici non lo volessero toccare e che a causa dell'HBV non avesse potuto andare all'estero o trovare un impiego:

“...Avoidance from my friends, who don't like to touch me, discriminate like HIV. [...] Don't allow go abroad, no job in Bangladesh...<sup>44</sup>

Analogamente, a titolo esemplificativo, si richiama altresì il caso di un farmacista, il quale oltre a essere stato discriminato durante tutta la carriera universitaria è stato licenziato e non gli è stato pagato il periodo di prova proprio a causa della sua diagnosi, che gli impedisce anche di trovare un'occupazione in un mercato lavorativo già ristretto:

“...Faisal first found out he was living with hepatitis B in 2014. He studied pharmacology in Bangladesh and as a bright student he was confident that he would find employment once he left university. However, once he entered the workforce, he was met with the cruel realities of discriminatory workplace policies. [...] During my studies, my professors and friends believed that my hepatitis status made me immunocompromised. They told me that I was unfit to work and would die young. [...] He was convinced that hepatitis B could spread through sharing utensils and would not listen to any data that proved otherwise. He called me 'dangerous to others.' I did not feel like I was living with the virus, I felt like I was the virus. The company policy was not to hire people living with hepatitis B and my contract was terminated. [...] I was not hired based only on

---

<sup>42</sup> Sultana, R., & Imtiaz, K. S. (2020). Knowledge and practices towards hepatitis B among patients and their attendants in a primary healthcare facility in Bangladesh. *Int J Commun Med Public Health*, 8(1), 97. Available at: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7383> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>43</sup> Video di testimonianza generato da NOhep Movement, un movimento globale volto all'eliminazione dell'epatite virale. NOhep Movement (2021) Muslima Kader Mili. Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]

<sup>44</sup> Video di testimonianza generato da NOhep Movement, un movimento globale volto all'eliminazione dell'epatite virale. NOhep Movement (2021) 90. "Stories from Bangladesh" from the National Liver Foundation of Bangladesh (video with English subtitles). Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]



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

my hepatitis B status. I was not compensated for the 30 days of training either, because the company said I wasted their time and resources by not disclosing my hepatitis status [...] . I was quickly disappointed to learn that many pharmaceutical companies around Bangladesh have the same policy. Due to the country's high unemployment rate, sometimes hundreds of people apply for a single open position. People living with hepatitis B are seen as 'ill' and unfit to work and companies avoid hiring them in favour of hiring someone 'fit'..."<sup>45</sup>

ooo

## Appendice

### BOX Clinica - HBV

L'epatite B è un'infezione del fegato causata dal virus dell'epatite B (HBV).

L'epatite B è considerata un grave problema di salute globale: le stime della WHO parlano di 296 milioni di persone nel mondo affette da epatite cronica B (dati relativi al 2019), con un'incidenza di circa 1.5 milioni di nuove infezioni ogni anno. Solo nel 2019 si ritiene che nel mondo vi siano state circa 820 000 morti correlate all'infezione cronica da HBV.

L'infezione si trasmette attraverso i fluidi biologici (sangue, secrezioni vaginali, sperma..), per contatto diretto oppure attraverso oggetti a loro volta contaminati (siringhe, rasoio, oggetti appuntiti/taglienti in genere). La via di trasmissione più comune nei paesi a basso reddito è quella verticale, ovvero da madre a figlio durante il parto. Altre vie di trasmissione comuni sono quella sessuale (attraverso rapporti con partner infetto) e attraverso punture con oggetti contaminati.

L'epatite B può essere prevenuta attraverso la somministrazione di vaccino, considerato sicuro ed efficace e in grado di prevenire quasi il 100% dei casi di infezione.

L'epatite B può avere un decorso acuto, solitamente breve ma potenzialmente grave, oppure cronico.

La cronicizzazione dell'infezione (il passaggio da forma acuta a cronica) non è una costante. Si ipotizza che sia l'efficienza della risposta immunitaria che condiziona l'evoluzione dell'infezione: una risposta immunitaria intensa consente la guarigione dell'infezione acuta, mentre una risposta meno energica come quella che può verificarsi nei soggetti che contraggono l'infezione in epoca precoce (soprattutto in caso di trasmissione verticale madre-figlio) ne favorisce la cronicizzazione della stessa.

L'infezione cronica può accompagnare il soggetto per tutta la vita ed esporlo ad alto rischio di morte per cirrosi epatica oppure per epatocarcinoma (cancro del fegato).

Non esistono trattamenti specifici per l'epatite acuta B, mentre l'epatite cronica può beneficiare di trattamenti farmacologici.

I principali farmaci orali per il trattamento dell'infezione cronica da HBV sono tenofovir ed entecavir, farmaci antivirali capaci di azzerare la replicazione del virus senza però permetterne la definitiva eradicazione. Per questa ragione la maggior parte dei soggetti che inizia un trattamento diretto contro HBV è costretto a continuarlo per tutta la vita.

<sup>45</sup> World Hepatitis Alliance (2021) HEP Can't Wait: THE IMPACT OF STIGMA AND DISCRIMINATION AFFECTING PEOPLE WITH HEPATITIS B. Available at: <https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2021/11/WHA-Report-2021-Final.pdf> [Accessed on 13/09/2023]

La sospensione in sicurezza del trattamento è consentita solo in alcuni casi: nei soggetti non cirrotici quando si osservano stabile soppressione virologica e cambiamenti dell'assetto immunitario del soggetto in risposta all'infezione (comparsa di specifici anticorpi diretti contro parti del virus, evenienza che non si verifica spesso).

In alcuni casi la sospensione della terapia antivirale può comportare riacutizzazioni dell'epatite con rischio relativo di scompenso epatico o morte.

L'alternativa terapeutica alle terapie antivirali orali è l'utilizzo di Interferone (PegIFNa), il cui razionale sarebbe quello di indurre un controllo immunologico dell'infezione dopo un periodo definito di trattamento. Nonostante il potenziale terapeutico esistono numerosi svantaggi relativi all'uso di questo trattamento, tra cui: l'estrema variabilità nella risposta clinica e uno sfavorevole profilo di sicurezza che rende la maggior parte dei pazienti non eleggibili o addirittura riluttanti al trattamento.

Gli obiettivi del trattamento sono: prevenire o ridurre la progressione della cirrosi epatica e ridurre il rischio di epatocarcinoma, e quindi aumentare la sopravvivenza.

Non tutti i soggetti con infezione cronica da HBV richiedono un trattamento, che viene riservato ai soggetti con elevata attività di malattia, ovvero: a) soggetti con elevata infiammazione del fegato, che nel tempo può evolvere verso una fibrosi epatica e successivamente verso il suo stadio più grave rappresentato dalla cirrosi epatica; b) soggetti che si presentano già con fibrosi avanzata e cirrosi; c) soggetti che presentano elevati valori di virus B nel sangue, perché a maggior rischio di sviluppare epatocarcinoma indipendentemente dalla presenza di cirrosi epatica.

Al momento della diagnosi/presa in carico del Paziente è pertanto opportuno un accurato inquadramento della fase malattia che dovrebbe prevedere, oltre ad una visita medica, esami ematici completi di tutti gli indici di funzionalità epatica (comprese le transaminasi, il cui valore correla con la presenza di infiammazione del fegato), ecografia addome (per valutare la presenza di segni di cirrosi epatica o epatocarcinoma), eventuale biopsia epatica (gold standard per valutare il grado di infiammazione del fegato), o in alternativa, quali il Fibroscan, una metodica non invasiva che ha dimostrato una buona accuratezza per la diagnosi di esclusione di fibrosi/cirrosi epatica. Inoltre, si rendono necessari i livelli di HBV-DNA nel sangue, il dosaggio degli anticorpi diretti contro il virus (HBeAB, HbsAB) e il dosaggio plasmatico di specifiche particelle virali (HBeAg, HbsAg). Solo al termine di questi accertamenti è possibile comprendere la gravità della malattia e il rapporto tra sistema immunitario e virus e quindi la necessità di una terapia.

Attualmente circa il 12-25% dei soggetti con epatite cronica B rientrano nei criteri di trattamento.

E' previsto che nelle prossime linee guida 2023 della WHO ci sia un ampliamento dei criteri di trattamento per dare la possibilità a più persone di poterne beneficiare.

I Pazienti in trattamento per epatite cronica necessitano di un monitoraggio periodico volto a verificare la comparsa di eventuali complicanze legate alla malattia, l'efficacia del trattamento, ed eventuali tossicità legate all'assunzione cronica di farmaci anti HBV.

Anche soggetti non candidati a trattamento medico richiedono uno stretto monitoraggio dell'attività del virus, della funzionalità epatica e uno screening ecografico almeno annuale per il riscontro precoce di segni di epatopatia avanzata e/o epatocarcinoma.

WHO afferma che nelle regioni a basso reddito la maggior parte dei soggetti con epatocarcinoma si presenta all'attenzione medica con malattia avanzata e muore in media pochi mesi dopo la diagnosi. Il contrario accade nei paesi ad alto reddito, in cui diagnosticando la malattia in fasi più precoci si ha la

possibilità di migliorare la prognosi attraverso interventi mirati (chemioterapia, chirurgia..).

In alcuni soggetti con malattia epatica avanzata ed epatocarcinoma l'ultima chance terapeutica è rappresentata dal trapianto di fegato, che tuttavia si pratica solo in alcuni paesi.

### **Bibliografia**

World Health Organization (2023) Hepatitis B. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> [Accessed on 13/09/2023]

EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2017 Aug;67(2):370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28427875. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28427875/> [Accessed on 13/09/2023]

Moroni M, Esposito R, Antinori S. Malattie Infettive. Ottava edizione, Milano, EDRA, 2015.

Pockros PJ, Mulgaonkar A. (2022) Cessation of Nucleoside/Nucleotide Analogue Therapy in Chronic Hepatitis B HBeAg-Negative Patients. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2022 Jun;18(6):320-325. PMID: 36398137; PMID: PMC9666823. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9666823/> [Accessed on 13/09/2023]

Terrault NA, Bzowej NH, Chang K-M, Hwang JP, Jonas MM, Murad MH, et al. AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. Hepatology 2016;63:261–283 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26566064/> [Accessed on 13/09/2023]

## Bibliografia

- Al Mahtab M. (2017) Elimination of Hepatitis Viruses: Bangladesh Scenario. *Euroasian J Hepatogastroenterol.* 2017 Jan-Jun;7(1):40-42. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1209. Epub 2017 May 5. PMID: 29201770; PMCID: PMC5663772. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663772/> [Accessed on 13/09/2023]
- Al Mahtab M, Chaudhury M, Uddin MH, Noor-E-Alam SM, Rahim MA, Alam MA, Moben AL, Khondaker FA, Choudhury MFI, Sarkar MJA, Poddar PK, Foez SA, Akbar SMF. Cost Assessment of Hepatitis B Virus-related Hepatitis in Bangladesh. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2016;6(2):163-166. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201750/> [Accessed on 13/09/2023]
- ARCI – Ufficio Immigrazione, Servizio Coi (2023) Bangladesh. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete. Aggiornato a luglio 2023. Available at: <https://www.jumamap.it/it/coi/bangladesh/#:~:text=Bangladesh.%20Informazioni%20sulla%20disponibilit%C3%A0%20e%20accesso%20alle%20cure%20per%20persone%20affette%20da%20Diabete.%20Aggiornato%20a%20luglio%202023> [Accessed on 13/09/2023]
- Banik, S., Datta, A., Ghosh, A., Ghosh, K., & Debi, H. (2022). The prevalence of hepatitis B virus infection in Bangladesh: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Infection*, 150, E47. doi:10.1017/S0950268822000061 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35156592/> [Accessed on 13/09/2023]
- Chowdhury HA, Paromita P, Mayaboti CA, Rakhshanda S, Rahman FN, Abedin M, et al. (2022) Assessing service availability and readiness of healthcare facilities to manage diabetes mellitus in Bangladesh: Findings from a nationwide survey. *PLoS ONE* 17(2): e0263259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263259>, available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263259> [Accessed on 13/09/2023]
- EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2017 Aug;67(2):370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28427875. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28427875/> [Accessed on 13/09/2023]
- 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 13/09/2023]
- Jennings, Hannah Maria [orcid.org/0000-0002-8580-0327](https://orcid.org/0000-0002-8580-0327), Morrison, Joanna, Akter, Kohenour et al. (8 more authors) (2021) Care-seeking and managing diabetes in rural Bangladesh : a mixed methods study. *BMC Public Health.* 1445. ISSN 1471-2458 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11395-3>, available at: [https://eprints.whiterose.ac.uk/176476/1/s12889\\_021\\_11395\\_3.pdf](https://eprints.whiterose.ac.uk/176476/1/s12889_021_11395_3.pdf) [Accessed on 13/09/2023]
- Mahtab, M. A., Rahman, S., Karim, M. F., Khan, M., Foster, G., Solaiman, S., & Afroz, S. (2008). Epidemiology of hepatitis B virus in Bangladeshi general population. *Hepatobiliary & pancreatic diseases international: HBPD INT*, 7(6), 595-600. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19073404/> [Accessed on 13/09/2023]
- Mohammad A. (2019) Hepinion. Stigma and Discrimination affects everyone. *Hepvoice.* Vol. 37. pp. 12-13. Available at: [https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/hep\\_voice\\_june\\_final.pdf](https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/hep_voice_june_final.pdf) [Accessed on 13/09/2023]
- Moroni M, Esposito R, Antinori S. (2015) *Malattie Infettive.* Ottava edizione, Milano, EDRA.

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

National Liver Foundation (2022) Report delle attività. Available at: <https://www.liver.org.bd/wp-content/uploads/2022/11/All-Page.pdf> [Accessed on 13/09/2023]

NOhep Movement (2021) Muslima Kader Mili. Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]

NOhep Movement (2021) 90. "Stories from Bangladesh" from the National Liver Foundation of Bangladesh (video with English subtitles). Available at: <https://youtu.be/ppITQV-ujeA> [Accessed on 13/09/2023]

Pockros PJ, Mulgaonkar A. (2022) Cessation of Nucleoside/Nucleotide Analogue Therapy in Chronic Hepatitis B HBeAg-Negative Patients. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2022 Jun;18(6):320-325. PMID: 36398137; PMCID: PMC9666823. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9666823/> [Accessed on 13/09/2023]

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 13/09/2023]

Shariful Islam, S. M., Lechner, A., Ferrari, U., Laxy, M., Seissler, J., Brown, J., ... Holle, R. (2017). Healthcare use and expenditure for diabetes in Bangladesh. *BMJ Global Health*, 2(1), e000033. doi:10.1136/bmjgh-2016-000033 [Accessed on 13/09/2023]

Sultana, R., & Imtiaz, K. S. (2020). Knowledge and practices towards hepatitis B among patients and their attendants in a primary healthcare facility in Bangladesh. *Int J Commun Med Public Health*, 8(1), 97. Available at: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7383> [Accessed on 13/09/2023]

Terrault NA, Bzowej NH, Chang K-M, Hwang JP, Jonas MM, Murad MH, et al. AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology* 2016;63:261–283 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26566064/> [Accessed on 13/09/2023]

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

UK Home Office (2022) Country Policy and Information Note Bangladesh: Medical treatment and healthcare [Version 2.0], July 2022  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1092700/Country\\_Policy\\_and\\_Information\\_Note\\_Bangladesh\\_Medical\\_treatment\\_and\\_healthcare.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1092700/Country_Policy_and_Information_Note_Bangladesh_Medical_treatment_and_healthcare.pdf)  
[Accessed on 13/09/2023]

Wait, S., Kell, E., Hamid, S., Muljono, D. H., Sollano, J., Mohamed, R., Shah, S., Mamun-Al-Mahtab, Abbas, Z., Johnston, J., Tanwadee, T., & Wallace, J. (2016). Hepatitis B and hepatitis C in southeast and southern Asia: challenges for governments. In *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* (Vol. 1, Issue 3, pp. 248–255). Elsevier BV. Available at: [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(16\)30031-0](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(16)30031-0) [Accessed on 13/09/2023]

Wingrove, C., Wang, S., Ninburg, M., Aguatian, E., Lee, D. (2020) Communities living with hepatitis must be central to the response to liver diseases in the Asia-Pacific region. Available at:  
[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30360-7](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30360-7) [Accessed on 13/09/2023]

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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Accessed on 13/09/2023]

World Health Organization. (2013). Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States. Available at:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85397/9789241564632_eng.pdf) [Accessed on 13/09/2023]

World Health Organization (2023) Hepatitis B. Available at:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> [Accessed on 13/09/2023]

World Hepatitis Alliance (2021) HEP Can't Wait: THE IMPACT OF

STIGMA AND DISCRIMINATION AFFECTING PEOPLE WITH HEPATITIS B. Available at:  
<https://www.worldhepatitisalliance.org/wp-content/uploads/2021/11/WHA-Report-2021-Final.pdf>  
[Accessed on 13/09/2023]