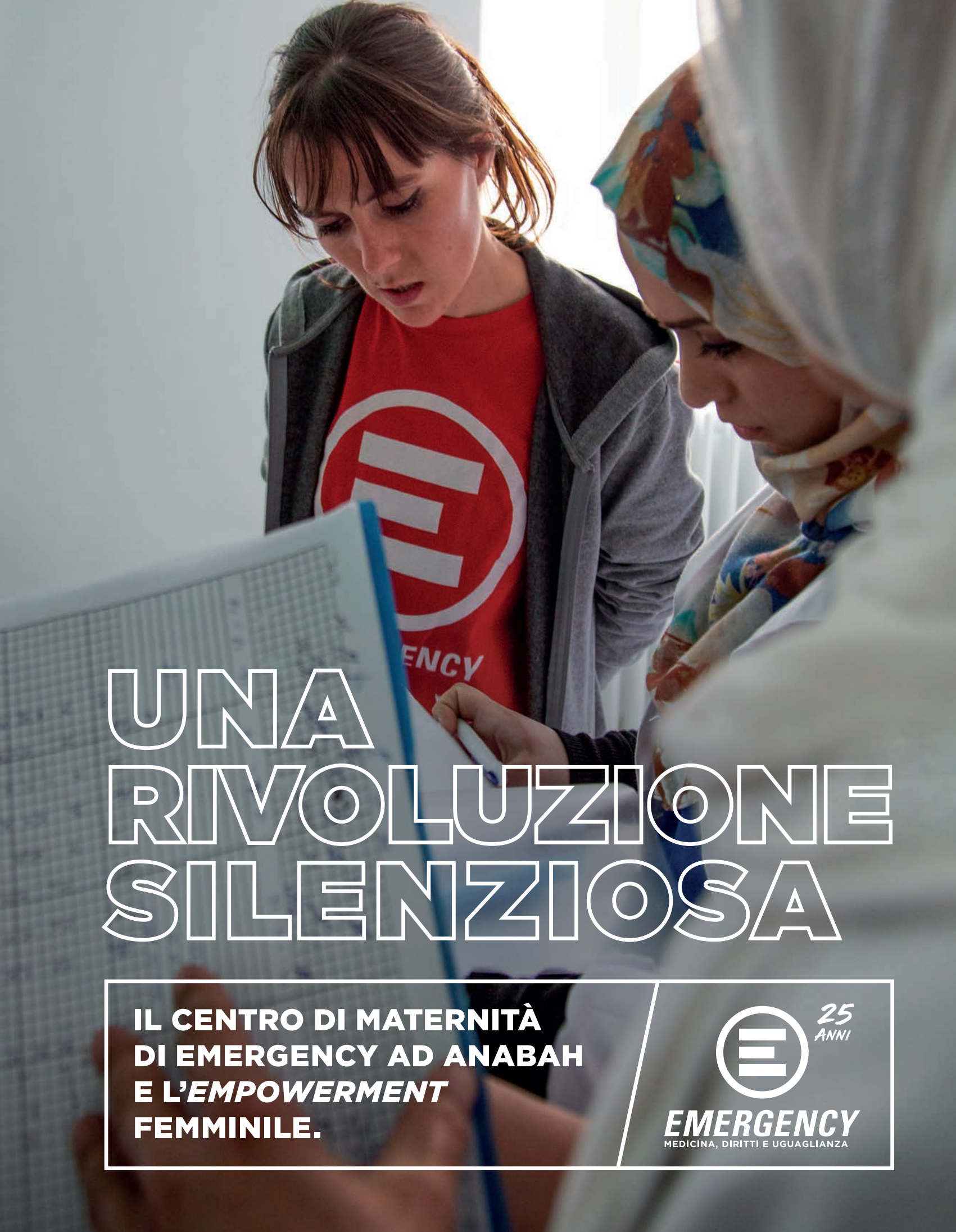




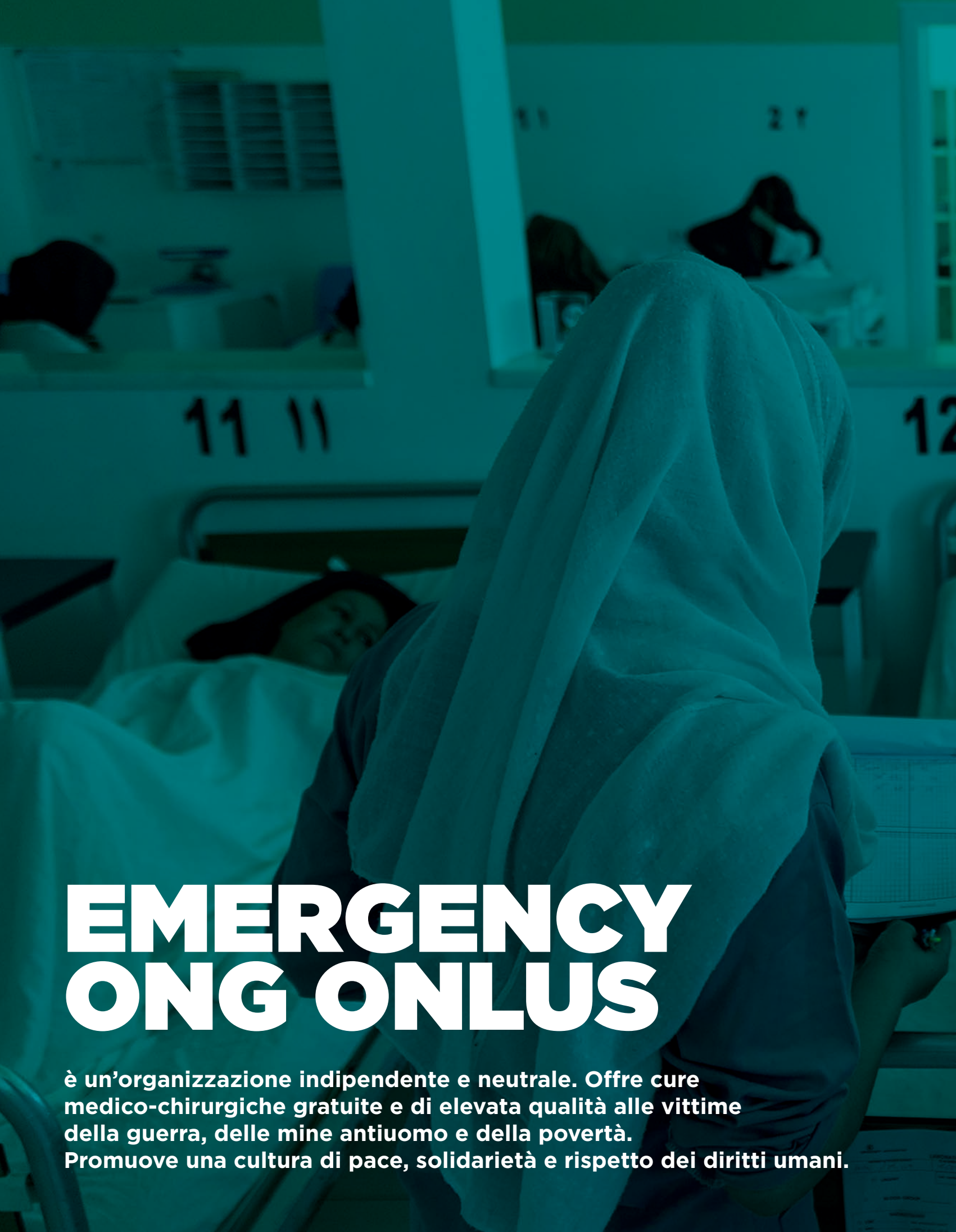
UNA RIVOLUZIONE SILENZIOSA

**IL CENTRO DI MATERNITÀ
DI EMERGENCY AD ANABAH
E L'EMPOWERMENT
FEMMINILE.**



25
ANNI

EMERGENCY
MEDICINA, DIRITTI E UGUAGLIANZA



EMERGENCY ONG ONLUS

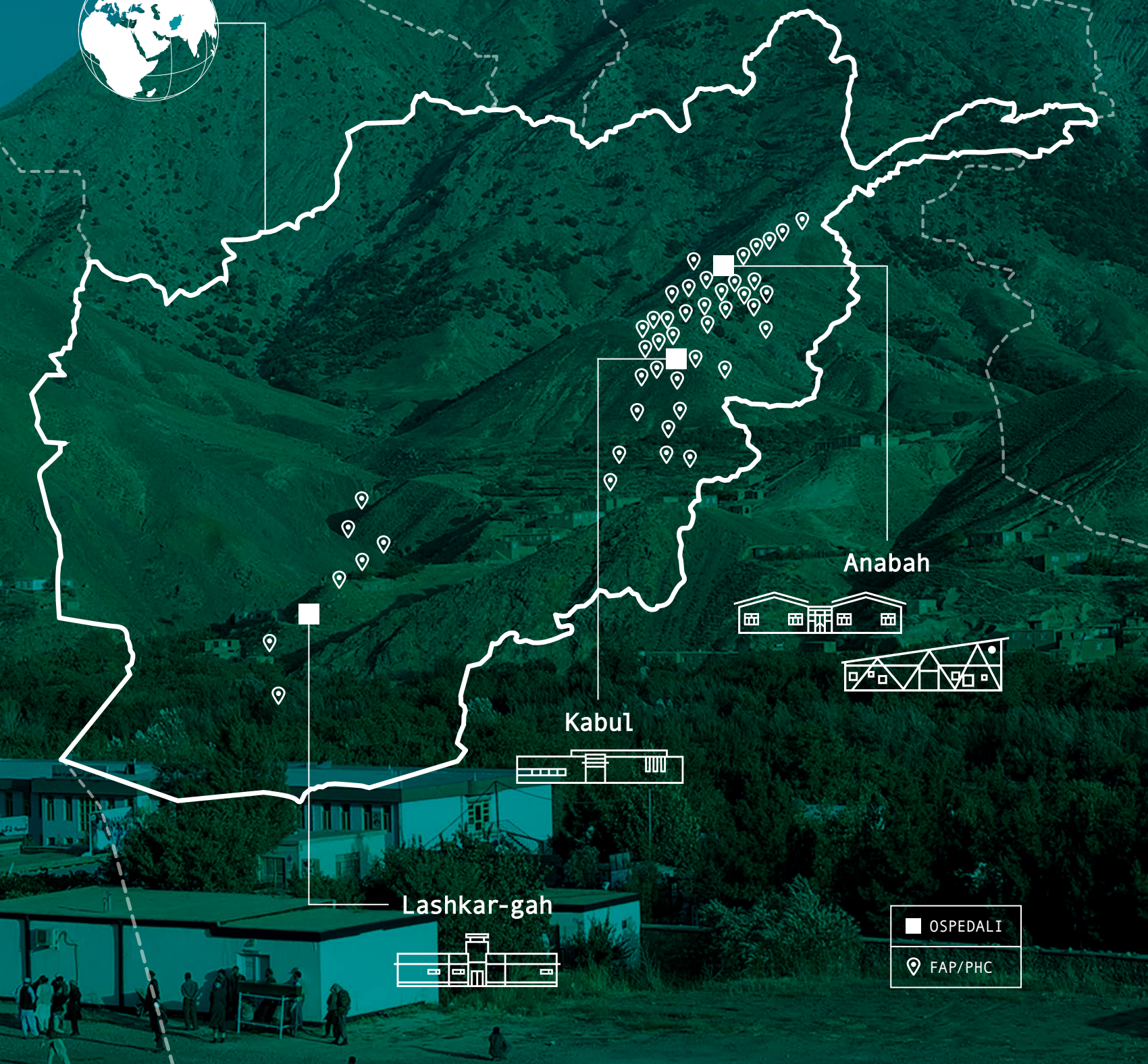
è un'organizzazione indipendente e neutrale. Offre cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà. Promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani.



Tra il 1994 e il 2019, negli ospedali, centri sanitari, ambulatori e centri di riabilitazione di EMERGENCY sono state curate gratuitamente oltre

**10 MILIONI
DI PERSONE.**

EMERGENCY IN AFGHANISTAN



Anabah

Kabul

Lashkar-gah

■ OSPEDALI

📍 FAP/PHC

CENTRO CHIRURGICO E PEDIATRICO

Anabah



Pronto soccorso, ambulatori e corsie, 2 sale operatorie, terapia intensiva, fisioterapia, radiologia, laboratorio e banca del sangue, farmacia, aule, sala giochi, servizi tecnici e ausiliari

DA DICEMBRE 1999

78
POSTI LETTO

329
PERSONALE LOCALE

CENTRO DI MATERNITÀ

Anabah



Triage e pronto soccorso ostetrico, ambulatori con servizio ecografico, 2 sale operatorie, terapia intensiva e reparto post-natale, dipartimento di neonatologia con NICU (terapia intensiva neonatale), sala travaglio, sale parto, servizi tecnici e ausiliari condivisi con il Centro chirurgico e pediatrico

DA GIUGNO 2003

104
POSTI LETTO

126
PERSONALE LOCALE

CENTRO CHIRURGICO PER VITTIME DI GUERRA

Kabul



Pronto soccorso, ambulatori e corsie, 3 sale operatorie, terapia intensiva e sub-intensiva, fisioterapia, servizio CT (tomografia computerizzata), radiologia, laboratorio e banca del sangue, farmacia, aule, servizi tecnici e ausiliari

DA APRILE 2001

120
POSTI LETTO

352
PERSONALE LOCALE

CENTRO CHIRURGICO PER VITTIME DI GUERRA

Lashkar-gah



Pronto soccorso, 3 sale operatorie, terapia intensiva, corsie, fisioterapia, radiologia, laboratorio e banca del sangue, farmacia, aule, sala giochi, servizi tecnici e ausiliari

DA SETTEMBRE 2004

94
POSTI LETTO

264
PERSONALE LOCALE

POSTI DI PRIMO SOCCORSO E CENTRI SANITARI



37 Posti di primo soccorso (FAP) e Centri sanitari (PHC): Anabah, Abdara, Dara, Darband, Dasht-e-Rewat, Khinch, Paryan, Gulbahar, Kapisa, Koklamy, Oraty, Changaram, Anjuman, Sangi Khan, Shutul, Said Khil, Pul-e-Sayyad, Mirbachakot, Maydan Shahr, Mehterlam, Ghazni, Chark, Gardez, Pul-e-Alam, Grishk, Garmsir, Musa Qala, Marjia, Urmuz, Tagab, Andar, Sheikhabad, Hesarak, Ghorband, Barakibarak, Sangin, Shoraki

DA DICEMBRE 1999

6 Centri sanitari nelle prigioni di Kabul: Governmental Jail, Investigation Department, Pul-e-Charki, Juvenile Rehabilitation Centre, Female Jail, Transition Prison

354
PERSONALE LOCALE

2 Centri sanitari negli orfanotrofi (maschile e femminili) di Kabul

Gruppo di lavoro:

Raffaella Baiocchi
Simonetta Gola
Caterina Levagnini
Rossella Miccio
Emanuele Nannini

Coordinatore della ricerca:

Fabrizio Foschini

Redazione:

Laura Fano

Con la collaborazione di:

Eleonora Bruni
Michela Paschetto

Fotografie:

Maya Art
Carlotta Marrucci
Mathieu Willcocks
Archivio EMERGENCY

Progetto grafico:

Daniela Buffagni

Progetto e sviluppo web:

Emanuele Rossini
The Visual Agency

Ufficio Stampa:

Rossella Palma

Stampa:

Publistampa Arti Grafiche

Si ringrazia:

tutto lo staff di EMERGENCY del Centro di maternità di Anabah

INDICE

INTRODUZIONE	7
1. IL REPORT	9
a. La maternità, una lente per analizzare le condizioni di vita delle donne afgane	
b. La metodologia	
c. Che cosa è emerso	
2. IL CONTESTO AFGANO	13
a. L'impatto della guerra sull'assistenza sanitaria	
b. La salute materna: una strada in salita	
3. UN CENTRO PER LE DONNE GESTITO DA DONNE	17
4. ESSERE MADRI IN AFGHANISTAN: UNO SGUARDO DAL CAMPO	19
a. Pratiche tradizionali <i>versus</i> medicalizzazione incontrollata	
b. L'assistenza prenatale	
c. Le strutture di maternità	
5. CHI SONO LE PAZIENTI E LO STAFF	23
a. Il profilo delle pazienti	
b. Il profilo dello staff	
6. GLI OSTACOLI ALL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA	27
a. I costi dell'accesso all'assistenza sanitaria	
b. La difficoltà di accesso all'assistenza prenatale	
7. PERCHÉ VIENE SCELTO IL CENTRO DI ANABAH	31
a. Le differenze con altre strutture mediche	
8. LA CAPACITÀ DECISIONALE DELLE DONNE	35
a. La pianificazione familiare e l'utilizzo di anticoncezionali	
b. La salute femminile	
c. Le questioni domestiche	
9. LA CHIAVE PER L'EMPOWERMENT DELLE DONNE	43
a. I tabù da rompere	
b. Il Centro di Anabah, il punto di svolta	
c. Le comunità dei villaggi: dal sospetto al beneficio	
CONCLUSIONI	49
REFERENZE	53
a. Note	
b. Letture di approfondimento	
c. Glossario	



L'ORGOGGIO DI QUESTO PROGETTO



ROSSELLA MICCIO
Presidente di EMERGENCY

L'Afghanistan è un pezzo importante della storia di EMERGENCY, ma dopo 20 anni di lavoro anche EMERGENCY è diventata parte integrante della storia del Paese.

Una storia che nelle ultime quattro decadi è stata caratterizzata dalla follia della guerra e dalla conseguente cancellazione nella pratica dei diritti di tanti, in primis di quelli delle donne, da sempre categoria particolarmente vulnerabile.

In questi 20 anni abbiamo infatti imparato che le vittime di guerra non sono solo le decine di migliaia di morti, feriti mutilati da bombe, proiettili, mine antiuomo. Quelli che pagano il prezzo della guerra sono molti di più: sono i bambini che non possono avere un'infanzia sicura e protetta, che rischiano la vita ogni giorno nel tentativo di andare a scuola o che muoiono per malattie prevenibili e curabili perché la guerra ha distrutto tutta l'infrastruttura del Paese; sono le donne già penalizzate da una cultura oppressiva che sono state sempre più marginalizzate con l'aumentare della violenza.

Era la fine del 2001 quando abbiamo deciso di aprire una maternità nel Panshir,

una valle bellissima, ma molto chiusa, una delle poche aree del Paese che i Talebani non erano mai riusciti a conquistare. Non per questo la condizione femminile era meno difficile. In tantissimi ci hanno detto che eravamo dei pazzi se pensavamo che una struttura "delle donne e per le donne" avrebbe avuto un futuro tra quelle alte montagne. Effettivamente qualche dubbio, in più di un'occasione, lo abbiamo avuto anche noi, ma l'incontro con donne forti e determinate, l'enormità dei bisogni, la credibilità che il nostro lavoro ci aveva fatto guadagnare nelle comunità locali ci hanno reso ancora più determinati nel portare avanti questo progetto ambizioso.

Oggi siamo particolarmente orgogliosi di poter condividere i risultati di questo impegno che, silenziosamente, ha contribuito a cambiare la vita di migliaia di donne.

Dalle oltre 350.000 che hanno avuto accesso sicuro e gratuito a cure di qualità, alle centinaia che hanno

lavorato e sono state formate da EMERGENCY in questi 16 anni. Con loro abbiamo scoperto che, con il giusto approccio, si possono trasformare anche pesanti limiti socio-culturali in opportunità di emancipazione, che un ospedale in un Paese in guerra può offrire molto di più delle cure mediche, restituendo dignità e una prospettiva di futuro, fino a diventare un modello di collaborazione tra enti governativi e società civile.

Diventare soggetti attivi nella società. Questa è la rivoluzione delicata e silenziosa delle donne afgane. Attraverso la concretezza del nostro lavoro quotidiano, stiamo sostenendo questa grande battaglia. Oggi le donne che lavorano con noi non sono più semplicemente "eccezioni tollerate" ma stanno diventando velocemente membri rispettati dalle loro comunità, promotrici di cambiamento ed esempio per il superamento dei modelli tradizionali.

Questo report non vuole semplicemente raccontare il lavoro del Centro di maternità di EMERGENCY. Le vere protagoniste sono le 350 donne che hanno accettato di rispondere alle nostre domande, di raccontarsi come sapevano e come potevano, che ci hanno permesso, partendo dal nostro osservatorio privilegiato di Anabah, di entrare nelle loro vite e di conoscere una realtà complessa al di là degli stereotipi. **Un enorme grazie a loro e a tutti coloro che hanno lavorato con passione e professionalità a questo progetto.**

1. IL REPORT

a. LA MATERNITÀ, UNA LENTE PER ANALIZZARE LE CONDIZIONI DI VITA DELLE DONNE AFGANE

Per due decenni la condizione delle donne è stata uno dei principali argomenti del dibattito pubblico sull'Afghanistan. **Il Paese è stato spesso raccontato attraverso il prisma del conservatorismo religioso, di un conflitto senza fine e del ruolo delle donne nella società.** La stessa attenzione è stata data al processo di "ricostruzione sociale", iniziato nel 2002 con il supporto della comunità internazionale. Questo processo avrebbe dovuto portare a una "rivoluzione culturale", riconoscendo finalmente il ruolo attivo e decisivo delle donne nella società, da valorizzare come elemento chiave per il progresso e lo sviluppo del Paese.

La Repubblica Islamica dell'Afghanistan ha creato un ministero degli Affari delle Donne (MOWA) che, dal 2011, ha promosso la pubblicazione regolare di dati sulle questioni di genere (*Women and Men in Afghanistan Series*).¹ Tra le ricerche realizzate sulle condizioni sociali della popolazione, le questioni femminili – non solo la salute materna, ma anche l'istruzione, il lavoro e il ruolo delle donne come responsabili delle decisioni in casa e nella società – hanno ricevuto un'attenzione crescente.

È ormai un dato di fatto che vi sia maggiore interesse nei confronti delle donne afgane che hanno ottenuto ruoli apicali nella sfera pubblica e politica; tuttavia, analizzare solo questa piccola élite, seppur attiva, non permette di avere un quadro realistico della situazione femminile nel Paese. **Ciò che unisce la maggior parte delle donne afgane è la loro relazione con la maternità: è molto difficile discutere della loro condizione senza esaminare questo aspetto centrale della loro vita.** Si tratta di un aspetto che non solo ha forti radici culturali, ma che dipende anche da specifiche ragioni economiche e sanitarie.

Dare alla luce molti figli rappresenta, come in altri Paesi a basso reddito e in cui mancano solidi sistemi sanitari e di welfare, l'unico modo per tessere una rete sociale capace di fornire risorse economiche, dare assistenza agli anziani e ai componenti più deboli della famiglia tra le generazioni. In questa ottica, l'infertilità può diventare una

tragedia familiare: il divorzio e la poligamia derivano spesso dalla necessità di procreare o incrementare il numero di figli.

La comunità internazionale, considerando l'impatto di queste specificità culturali e le fragili condizioni del Sistema Sanitario, ha investito risorse considerevoli nella tutela della salute materna.² E questo piano di sviluppo, ancora in gestazione, ha un potenziale enorme: non solo per migliorare l'assistenza sanitaria rivolta alle mamme e ai neonati, ma anche perché **la cura della maternità rappresenta, per ragioni culturali, un'ampia nicchia professionale dove le donne possono trovare lavoro.** Paradossalmente l'assistenza materna in Afghanistan, grazie ad una discriminazione di genere "invertita", è uno dei pochi settori attraverso cui le ragazze possono accedere a formazione e lavoro specializzato in via preferenziale.

Un Centro di maternità situato nell'Afghanistan rurale fornisce dunque un punto di osservazione ideale per capire meglio lo status delle donne del Paese. È un luogo dove le donne afgane vivono il loro ruolo sociale in maniera nuova e innovativa: sia le madri che sempre più decidono di partorire in ospedale assistite da personale specializzato, sia le lavoratrici che costruiscono sulla loro professionalità una base per la loro autonomia e per la crescita del proprio status sociale all'interno della famiglia e nella società.

Il report ha l'obiettivo di capire se il sistema messo in pratica da EMERGENCY in questa zona dell'Afghanistan possa fornire un modello da replicare in altre aree del Paese e altrove, esaminando come l'assistenza offerta alle pazienti e la formazione fornita alle operatrici sanitarie influiscano sul ruolo delle donne nella società.



b. LA METODOLOGIA

La ricerca è stata realizzata tra la metà di agosto e ottobre 2018. Le informazioni raccolte consistono in:

1. Un questionario quantitativo rivolto a **300 pazienti del Centro di maternità di Anabah che avevano partorito di recente**, distribuito e sperimentato prima per verificarne l'adeguatezza culturale e linguistica;
2. Un questionario quantitativo rivolto a **50 operatrici sanitarie del Centro di maternità di Anabah e di alcuni Posti di primo soccorso/Centri sanitari - FAPs/PHCs** (ostetriche, infermiere, specializzande in ostetricia e ginecologia) distribuito e sperimentato prima;
3. **20 interviste semi-strutturate con operatrici sanitarie del Centro di maternità di Anabah**, realizzate come follow-up alle risposte dei questionari;
4. **Interviste semi-strutturate con operatrici sanitarie internazionali di EMERGENCY.**

Ulteriori informazioni sono state raccolte attraverso un'analisi della letteratura disponibile, diverse interviste con lo staff di EMERGENCY, interlocutori chiave del ministero della Salute Pubblica e altri funzionari governativi.

I questionari sono stati distribuiti alle pazienti grazie a un team di cinque operatrici sanitarie, a cui era stata fornita un'apposita formazione, e sono stati spiegati alle intervistate nella loro lingua, Dari o Pashto. Le interviste sono state realizzate dal ricercatore nella lingua preferita dalle stesse intervistate. Tutte le intervistate - pazienti e staff - sono state informate dell'obiettivo del questionario e hanno fornito il loro consenso orale a partecipare anonimamente.

I dati dei questionari sono stati inseriti in database computerizzati tra ottobre e novembre 2018, formando la base delle successive analisi. I risultati dei questionari sono stati discussi con operatrici di salute materna di EMERGENCY e comparati con i dati e gli indicatori sanitari del Centro di maternità di Anabah.

In alcuni casi, per permettere un paragone con i questionari delle pazienti, è stato fatto un uso selettivo dei dati dei questionari dello staff: per esempio, prendendo in considerazione solo le risposte di quelle operatrici sanitarie che erano sposate ed escludendo le non sposate nella sezione del questionario che riguarda la possibilità di operare scelte all'interno della casa.

La ricerca, pur coprendo solamente un'area circoscritta dell'Afghanistan, analizza un'area rappresentativa del Paese. I distretti di origine delle pazienti intervistate appartengono all'area centrale dell'Afghanistan - incluso Kabul e le aree circostanti - ma, allo stesso tempo, includono numerose aree che presentano estreme condizioni di povertà, isolamento e insicurezza (vedi le *Lecture di approfondimento*).

Per quanto riguarda la categoria delle pazienti, il principale margine di errore che potrebbe essersi verificato è che, per non sottoporre a ulteriore stress le donne che avevano appena partorito, le intervistatrici hanno aspettato fino a che le potenziali intervistate fossero abbastanza rilassate da poter partecipare all'intervista. Le donne approcciate dunque potrebbero rappresentare in maniera sproporzionata donne che non hanno avuto eccessive complicazioni durante il parto, e quindi si sono sentite in grado di rispondere al questionario poco tempo dopo, o quelle che avevano passato abbastanza tempo in ospedale perché i loro neonati erano stati tenuti in terapia intensiva per un periodo più lungo.

Infine, le intervistate erano consapevoli che la ricerca era realizzata da EMERGENCY e il desiderio di assecondare le aspettative delle intervistatrici potrebbe avere influenzato alcune delle loro risposte.

c. CHE COSA È EMERSO

La ricerca, realizzata nel Centro di maternità di Anabah, ha fornito dati interessanti sulla vita delle pazienti e del personale femminile, evidenziando come l'assistenza sanitaria materna rappresenti un fattore di *empowerment* per le donne della zona, sia in termini di salute sia di risultati professionali.

OSTACOLI ALL'ASSISTENZA SANITARIA



La mancanza di sicurezza è stata definita dalle pazienti come il maggior ostacolo nell'accesso all'assistenza sanitaria (40%). Altre ragioni menzionate sono l'opinione delle famiglie e le questioni culturali (31%), la distanza (10%) e i costi (8%).



La percentuale di pazienti del Centro di maternità di Anabah che ha effettuato almeno 4 visite prenatali è alta (36,6%) ed è più del doppio rispetto alla media nazionale (18%).³

IL LAVORO COME FATTORE DI EMANCIPAZIONE



Tradizionalmente, le professioni mediche sono state tra le poche carriere possibili per le donne in Afghanistan. Con il tempo, nonostante i pregiudizi iniziali, le comunità locali da cui provengono le operatrici sanitarie hanno appoggiato la loro scelta professionale, beneficiando direttamente della presenza di operatrici sanitarie qualificate nei loro villaggi, dell'assistenza alle nascite, oltre che del contributo economico.



Le operatrici sanitarie hanno affermato di aver acquisito uno status sociale più rispettato nelle loro comunità e un ruolo decisivo nei processi decisionali all'interno della casa. La loro presenza ha poi contribuito a sensibilizzare sulla salute materna altre donne del proprio villaggio o di aree confinanti, oltre che incoraggiarle a intraprendere la stessa carriera. Se tra le pazienti solo quelle con un grado maggiore di istruzione hanno riportato di avere maggiori possibilità di opporsi alle decisioni familiari (46%), tra lo staff di EMERGENCY queste rappresentano una chiara maggioranza (61,5%).

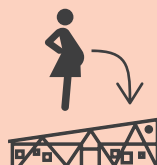
EFFETTI DELL'ISTRUZIONE



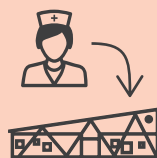
Il 50% delle pazienti intervistate non ha un'istruzione formale; la percentuale scende al 27,7% se si prendono in considerazione solo quelle provenienti da zone urbane.

Le donne con un più alto livello di istruzione, in particolare quelle che lavorano fuori casa, sono più autonome nelle decisioni, dall'assistenza sanitaria alla gestione dei figli e della casa.

IL VALORE AGGIUNTO DI EMERGENCY



Le ragioni principali per cui le donne ritornerebbero al Centro di maternità di Anabah sono: la sicurezza dell'ambiente (20%), l'atteggiamento dello staff (19%), le cure gratuite (16%), l'assistenza 24 ore su 24 (15%), le capacità professionali e la tecnologia di alta qualità (12%). La sicurezza percepita al Centro di maternità di Anabah dipende dal divieto totale di portare armi all'interno della struttura e dalla presenza di uno staff interamente femminile.



Le ragioni principali per cui le operatrici sanitarie del Centro di maternità di Anabah scelgono di lavorare per EMERGENCY sono: la sicurezza del contesto (18%), l'assistenza medica di alta qualità (17%), la formazione (16%), un ambiente di lavoro adeguato⁴ (14%), il salario (11%), un ambiente di lavoro internazionale (8%). L'opportunità di accedere ad una esperienza più ricca e più varia rispetto ad altri ospedali sembra inoltre giocare un ruolo importante nella loro scelta.



Il 58% del personale femminile è costituito da donne che sono state le prime a lavorare nella loro famiglia, e il 53% ha affermato di essere la persona che guadagna di più nella famiglia.

2. IL CONTESTO AFGHANO

a. L'IMPATTO DELLA GUERRA SULL'ASSISTENZA SANITARIA

Il 2019 ha segnato il quarantunesimo anno di guerra in Afghanistan. In tutti questi anni, il Paese è stato devastato da una guerra continua che ha causato enormi danni materiali e umani, milioni di vittime e un numero ancora più alto di persone sfollate o costrette a lasciare il proprio Paese.⁵

La guerra in Afghanistan è iniziata negli anni '70. Con l'invasione del Paese da parte degli Stati Uniti e successivamente delle truppe della cosiddetta "Coalizione internazionale" del 2001, è iniziata l'ultima fase della guerra che vede contrapposti il governo afgano sostenuto dalla Coalizione e i Talebani.

Quando nel 2014 la responsabilità della sicurezza è passata dalle forze internazionali a quelle afgane, i Gruppi Armati di Opposizione (AOGs) hanno incrementato l'azione militare e, quella che una volta era una guerra asimmetrica, è divenuta sempre più una battaglia "paritaria" tra le Forze di Sicurezza Nazionali Afgane (ANSF) e i Talebani per il controllo del territorio e della popolazione. **Le vittime civili e militari sono aumentate esponenzialmente, raggiungendo un totale di circa 10.000 vittime all'anno tra le forze di sicurezza governative, e oltre 3.800 civili solamente nel 2018, il numero più alto di morti all'anno da quando i dati hanno iniziato a essere registrati. Nel 2018 ci sono stati 7.189 civili feriti, per un totale di 10.993 vittime di guerra tra la popolazione civile.⁶**

Attualmente, **il governo afgano è fortemente dipendente dagli aiuti internazionali; il 66% del suo budget per l'anno 1396 del calendario afgano (marzo 2017-marzo 2018) è stato finanziato da donatori internazionali.⁷** A causa della consistente riduzione degli aiuti, degli ulteriori tagli all'orizzonte, dell'aumento delle sfide militari e di politica interna degli ultimi anni, il governo afgano ha subito una forte pressione (vedi le *Lettere di approfondimento*).

Tanti fattori hanno compromesso ulteriormente la situazione afgana: le distinzioni sempre più opache tra combattenti e civili come conseguenza di un conflitto

che è sempre più subappaltato ad attori paramilitari locali; l'emergere di gruppi più radicali e brutali; la distruzione di infrastrutture esistenti e la mancanza di ristrutturazioni; l'aumento dei rischi nei viaggi a causa di fronti che continuano a spostarsi; la difficoltà da parte del governo di fornire servizi perché concentrato sulla sopravvivenza militare e il rischio di essere usati come bersagli per i pochi attori umanitari internazionali rimasti. **Questa situazione ha compromesso drasticamente la qualità dell'assistenza sanitaria e l'accesso alle strutture mediche.**

L'assistenza sanitaria è stata usata da entrambe le fazioni come una delle leve per guadagnare il supporto delle comunità locali. Anche gli AOGs, con l'eccezione di gruppi ultra radicali come lo Stato Islamico (Daesh/ISKP in Afghanistan), hanno tollerato, se non incoraggiato, le attività delle ONG e di altri attori umanitari sanitari nei territori sottoposti al loro controllo. Ciononostante, **le strutture mediche e il loro personale sono più vulnerabili al rischio di violenza, per non parlare dei pazienti che hanno bisogno di viaggiare. Gli ospedali sono stati sottoposti a perquisizioni da parte delle forze governative; sono stati colpiti da proiettili o usati come postazioni di combattimento durante gli scontri tra le ANSF e i gruppi insorgenti; sono stati distrutti da attacchi o bombardamenti o semplicemente sono stati abbandonati dal personale medico a causa dell'insicurezza.**

Gli operatori sanitari sono stati spesso sottoposti a minacce e sono stati bersaglio di rapimenti e uccisioni. **A giugno 2019, si erano già verificati 59 incidenti di sicurezza contro i centri medici e il personale sanitario.⁸** In particolare sono stati registrati attacchi alle organizzazioni straniere da parte di Daesh/ISKP.⁹ L'assistenza sanitaria nel Paese è stata sviluppata in modo irregolare dal 2001. Le province maggiormente colpite dalla guerra sono rimaste indietro e, con l'aumento dell'insicurezza, queste aree del Paese rischiano un ulteriore abbandono.





b. LA SALUTE MATERNA: UNA STRADA IN SALITA

Quarantuno anni di guerra hanno devastato il Paese, incluso il Sistema Sanitario Nazionale. Le carenze della sanità pubblica afgana affondano le loro radici nel passato. Uno studio della *London School of Hygiene and Tropical Medicine* afferma che *“sebbene l’Afghanistan abbia vissuto anni pacifici negli anni ‘60 e ‘70, le statistiche sulla salute non occupavano una posizione più alta tra gli altri Paesi della regione, o persino tra i Paesi in via di sviluppo in generale, così come oggi. La mortalità infantile era il 30% più alta della media dei Paesi meno sviluppati nel 1960 e il 61% più alta della media dei Paesi in via di sviluppo. L’assistenza sanitaria, principalmente fornita dal governo, era largamente assente nelle aree rurali (...)”*¹⁰

Negli anni successivi, i numerosi conflitti hanno bloccato investimenti e conseguenti migliorie nel sistema sanitario. In particolare, le condizioni delle donne sono peggiorate a causa di forti limitazioni nell’accesso alle cure e della difficoltà di formare nuove operatrici sanitarie.

Nei primi anni 2000 le condizioni di salute degli afgani erano tra le più drammatiche al mondo¹¹:

- L’aspettativa di vita alla nascita era di circa 40 anni per entrambi i sessi;
- La mortalità materna era tra le più alte del mondo (1.600 morti materne ogni 100.000 nati vivi);
- 4 bambini su 10 non sopravvivevano oltre i 5 anni di età.

A partire dal 2003, si è tentato di migliorare i servizi di salute pubblica implementando due programmi nazionali per soddisfare i bisogni principali: il Pacchetto Servizi Sanitari di Base (BPHS) e il Pacchetto Servizi Ospedalieri Essenziali (EPHS). Il programma BPHS ha delineato un pacchetto di servizi sanitari essenziali, compresi la tutela della salute materna e del neonato. L’EPHS, sviluppato più tardi, mirava a completare il disegno del Sistema Sanitario Nazionale, stabilendo “gli standard ospedalieri del Paese”.¹²

Oggi, nonostante sia disponibile una ricca produzione di rapporti sull’Afghanistan, il quadro sullo stato di salute del Paese rimane vago.¹³ **I veri bisogni della popolazione sono difficili da stimare: non ci sono dati nazionali completi, e le aree maggiormente colpite dalla guerra rimangono difficili da raggiungere e quindi da studiare.**

Anche i dati pubblicati sulla mortalità materna sono incerti, contraddittori e di qualità dubbia. Non è disponibile inoltre alcuna analisi sulle conseguenze a lungo termine di un’assistenza inadeguata alla donna in gravidanza, quali disabilità materne, neonatali o infantili, né nessun dato sull’impatto della mortalità materna sulla mortalità infantile entro i 5 anni.

Le donne continuano a essere una delle categorie più vulnerabili della società afgana. L’inadeguatezza delle cure materne e neonatali pone ancora un grande ostacolo nel cammino dell’Afghanistan verso l’uguaglianza e il rispetto dei diritti umani.

La distribuzione del tasso di mortalità adulta per sesso è sconvolgente: **in età riproduttiva (tra i 15 e i 49 anni), il tasso di mortalità femminile è più alto del 50% rispetto al tasso di mortalità maschile.** Secondo una ricerca realizzata recentemente dalla UNFPA (*United Nations Population Fund*) in sei regioni afgane, la metà delle donne che muore in età riproduttiva muore per fattori legati alla gravidanza. Inoltre, delle 2.000 morti legate alle gravidanze registrate in un periodo di due anni, oltre il 50% è avvenuto durante il parto.¹⁴ L’ultimo studio nazionale, pubblicato nel 2017, ha stimato che la mortalità materna nel Paese sia di 1.291 donne su 100.000 nati vivi¹⁵: in altre parole, 1 donna ogni 14 muore per complicanze legate alla gravidanza.¹⁶

Le prospettive sono simili per i neonati e i bambini: **1 bambino su 18 muore prima di compiere 5 anni, e la maggior parte di essi (circa l’80%) nel primo anno di vita. 1 neonato su 45 muore prima di aver raggiunto il primo mese di vita.**¹⁷

Molte cause di questo quadro drammatico potrebbero essere rimosse facilmente. L’alto tasso di fertilità implica di per sé un rischio significativo di complicazioni in gravidanza o nel post-parto. L’uso dei servizi sanitari per prevenire, diagnosticare e curare tempestivamente i problemi legati alla gravidanza è ancora basso, soprattutto nelle aree rurali. È proprio qui che la salute materna è più fragile: la maggior parte delle donne non si sottopone ai controlli di routine raccomandati. Rispetto alle donne residenti in aree urbane, i parti in casa sono quasi il doppio e il tasso di parti cesarei è circa quattro volte più basso. Non da ultimo, la pratica dei matrimoni precoci è ancora molto diffusa e il tasso di gravidanza tra le adolescenti è più alto¹⁸ rispetto ai contesti urbani.

3. UN CENTRO PER LE DONNE GESTITO DA DONNE

EMERGENCY è entrata per la prima volta nella Valle del Panshir nel 1999, durante il conflitto tra i Talebani e l'Alleanza del Nord. La Valle, a 200 chilometri a nord di Kabul, era e rimane di difficile accesso. In quel periodo mancavano strade, rete elettrica, rete idrica e fognaria. Circa 200.000 persone vivevano di agricoltura di sussistenza e di pastorizia. Inoltre, una nuova offensiva talebana aveva portato nella regione 50.000 sfollati. Era chiaro quanto fosse necessario un ospedale per sostenere una popolazione allo stremo.¹⁹

EMERGENCY aprì allora un **Centro chirurgico per vittime di guerra** a Anabah. Allo stesso tempo, creò una serie di **Posti di primo soccorso (FAP) e Centri sanitari (PHC)** per raggiungere le aree più inaccessibili, garantire cure primarie in maniera capillare e il trasporto immediato di feriti nel nostro Ospedale. Questa rete si è poi estesa dagli iniziali 5 Centri fino agli attuali 18. A partire dal 2001, con l'inizio di una nuova fase del conflitto, il numero di civili feriti nella regione cominciò a diminuire. Tuttavia, i bisogni medici della popolazione rimanevano enormi, specialmente per le categorie più vulnerabili: le donne e i bambini.

Nel 2003 EMERGENCY ha aperto un Centro di maternità accanto al Centro chirurgico esistente. Ancora oggi il Centro di maternità rimane l'unica struttura specializzata e gratuita nella zona che offre assistenza ginecologica, ostetrica e neonatale, così come servizi di pianificazione familiare e contraccezione. Inoltre, l'ospedale è un polo formativo per personale afgano riconosciuto dai ministeri della Sanità e dell'Educazione, dove lavorano oltre 100 donne, che ricevono formazione teorica e pratica lavorando accanto al personale internazionale. Fino ad oggi, centinaia di infermiere e ostetriche e diverse dottoresse sono state formate nel Centro.

Anche i FAP/PHC giocano un ruolo importante nell'assistenza sanitaria materna: forniscono servizi per donne incinte e follow-up per le pazienti dimesse dall'ospedale. I 18 FAP e PHC che afferiscono al Centro di maternità di Anabah coprono quattro province (Panshir, Parwan, Kapisa e Badakhshan); in sei PHC è presente ogni giorno un'ostetrica, mentre le

ostetriche del Centro di maternità coprono a turni gli altri Centri sanitari. Viene offerto trasporto gratuito 24 ore al giorno, tutti i giorni, a donne in travaglio o con complicanze. Il punto di contatto principale con il Centro di maternità è il PHC di Anabah. Sei giorni alla settimana, due ostetriche e una ginecologa dell'ospedale lavorano nella clinica, riferendo donne al Centro di maternità in caso di complicanze o quando è necessaria una visita di secondo livello (ad esempio per effettuare una ecografia).

Al 30 giugno 2019, sono state effettuate oltre 351.520 visite e i bambini nati nel Centro di maternità di Anabah sono 56.329. Il Centro è diventato un punto di riferimento per l'assistenza materna e neonatale non solo nel Panshir, ma anche nelle province circostanti. In seguito a un'affluenza sempre crescente di donne, **nel 2016 EMERGENCY ha inaugurato un Centro più grande con 56 posti letto per le donne e 44 per i neonati, quattro sale parto, e due sale operatorie sia per emergenze che per chirurgia ordinaria elettiva. Un'unità di osservazione e terapia semi-intensiva materna permette il trattamento delle complicanze più gravi. L'unità neonatale include un'area di terapia intensiva, una di terapia semi-intensiva, un'unità di isolamento, una di osservazione e una stanza dedicata alla Kangaroo mother care, dove i nati prematuri in condizioni stabili vengono trattati con il contatto "pelle a pelle" con la mamma.**

La nuova struttura può assistere circa 650 parti al mese, e garantisce assistenza di qualità soprattutto alle numerose gravidanze complicate, risultato delle difficili condizioni di vita delle donne a cui si somma il limitato accesso alle strutture sanitarie di prevenzione e cura, specie nelle aree rurali.

Il nuovo ospedale è stato dedicato a Valeria Solesin, una volontaria di EMERGENCY vittima dell'attacco terroristico al Bataclan a Parigi il 13 novembre 2015.

DATI TECNICI 2018

NUMERO PARTI 7.560	NUMERO NATI VIVI 7.139
6,2% TASSO DI TAGLI CESAREI	EPISIOTOMIE 8%
0,4% LACERAZIONI DI 3°/4° GRADO	VBAC 85%
6% PARTI VAGINALI OPERATIVI CON VENTOSA	
91,5% PARTI VAGINALI IN PAZIENTI CON PRESENTAZIONE PODALICA	
93,7% PARTI VAGINALI IN PAZIENTI CON GRAVIDANZA GEMELLARE	



4. ESSERE MADRI IN AFGHANISTAN: UNO SGUARDO DAL CAMPO

Questo capitolo si basa su interviste semi-strutturate realizzate con le operatrici sanitarie internazionali di EMERGENCY, che raccontano della loro esperienza lavorativa presso il Centro di maternità di Anabah e delle pazienti che hanno curato.

L'Afghanistan può essere definito la terra delle madri: il ruolo principale delle donne nella società è quello di diventare madri e avere più figli possibili. Questo ruolo, seppur cruciale nella società afgana, non viene protetto come dovrebbe. Se si prendono in considerazione i dati sulla mortalità materna - nonostante i successi sbandierati in seguito agli investimenti pubblici in questo settore - la situazione non sembra ancora aver subito una svolta positiva (vedi le *Lecture di approfondimento*). La sopravvivenza materna dipende dalla disponibilità di assistenza qualificata durante il parto: ciò significa disporre di operatrici sanitarie qualificate e strutture ben equipaggiate e organizzate. Tuttavia, gli sforzi per costruire un sistema integrato sembrano ancora lontani dall'aver successo.

a. PRATICHE TRADIZIONALI VERSUS MEDICALIZZAZIONE INCONTROLLATA

La popolazione afgana presenta una combinazione di approcci estremi nei confronti della gravidanza: **da una parte, le pratiche tradizionali e i bassi livelli socio-educativi mantengono la gravidanza un affare privato e domestico in tutte le sue fasi; dall'altra, l'ampia disponibilità di medicine e nuove tecnologie alimenta l'ansia di avere una gravidanza sana e con buon esito.** Viaggiando per il Paese e mettendo a confronto aree urbane e rurali, così come gli strati più ricchi e poveri della popolazione, il divario tra i due approcci si amplia notevolmente. Secondo l'AfDHS (*Afghanistan Demographic and Health Survey*) 2015, **la metà delle donne afgane partorisce ancora in casa.**

Questa la media nazionale: ma se si guarda la realtà più da vicino la situazione risulta molto più complessa. **Sono le donne delle zone rurali, meno istruite e più povere, che mostrano una maggiore propensione a partorire in casa.** La differenza tra le aree rurali e urbane non dipende soltanto dal livello d'istruzione e di consapevolezza: nelle aree remote raggiungere una struttura medica può essere molto difficile a causa della mancanza di mezzi di trasporto, dei costi e dei problemi di sicurezza. Nella maggior parte delle strutture pubbliche, le pazienti devono pagare, e spesso attrezzature e personale non sono adeguati.

“

Durante la notte sono stata chiamata per un'emergenza: una donna con convulsioni. Aveva avuto 18 episodi dalla mattina, ma la famiglia non era riuscita a raggiungere l'ospedale prima, poiché gli AOGs - i gruppi antigovernativi - stavano bloccando le strade. Ho fatto subito la diagnosi: eclampsia (una complicanza molto pericolosa legata alla pressione alta) e l'abbiamo immediatamente ricoverata. Il bambino è nato prematuro e con difficoltà respiratorie ed è morto quasi subito, mentre la madre è sopravvissuta: ha avuto un ictus che le ha parzialmente compromesso i movimenti, ma è tornata a casa sulle proprie gambe. È un miracolo.

Laura | ginecologa

Non solo: una precedente esperienza negativa in una clinica o in un ospedale spesso scoraggia pazienti e familiari dall'intraprendere, pur in caso di bisogno, un viaggio lungo e complicato, salvo farlo poi quando le condizioni della donna precipitano. Non da ultimo, nelle comunità rurali ci sono levatrici o donne con qualche formazione sanitaria che assistono i parti in casa: sono donne della comunità, il cui servizio permette di mantenere il parto nell'intimità domestica, e questo spesso basta per affidare loro con fiducia la nascita dei figli.

Il governo afgano è cosciente delle ragioni che tengono le donne lontane dagli ospedali, specialmente nelle zone più remote. Queste pratiche di assistenza domestica, seppur condotte nella maggior parte dei casi da donne senza una formazione specifica, rappresentano una specie di tampone all'assenza di un sistema sanitario pubblico efficiente e capillare. **Tuttavia, quando qualcosa va storto, specialmente in zone isolate, le possibilità di raggiungere una struttura adeguata dove curarsi in tempi ragionevoli sono molto basse.** Le complicanze sono imprevedibili, e possono mettere in pericolo la vita di mamma, bambino o entrambi in tempi molto brevi. Buona parte delle pazienti che arrivano in condizioni critiche hanno avuto un problema che, se trattato in tempo e nella struttura giusta, si sarebbe probabilmente risolto senza grandi conseguenze. Lo stesso vale per i neonati: senza un'adeguata sorveglianza durante il parto e un'assistenza tempestiva alla nascita, sono più frequenti i casi di morte in utero, di morte neonatale e di lesioni neurologiche permanenti.

Altra pratica pericolosa è l'uso durante il parto in casa di farmaci potenzialmente pericolosi che andrebbero usati solo in ospedale: questi farmaci si trovano facilmente sul mercato, e alcuni sono distribuiti (nell'ambito di programmi specifici) direttamente dal ministero della Salute Pubblica.²⁰

“

Molte donne, durante il travaglio, richiedono un'iniezione che chiamano “pichkary”: vogliono accelerare il parto. Abbiamo scoperto cosa intendono: ossitocina! Sembra sia pratica comune ricevere queste iniezioni a casa: le ostetriche o anche le semplici levatrici che assistono parti in casa ne fanno un uso disinvolto. L'ossitocina è stata dichiarata dall'OMS una delle medicine più pericolose al mondo, e va somministrata solo in ospedale sotto stretta sorveglianza. È scioccante, ma è esattamente quello che succede fuori da queste mura.

Manuela | ostetrica

Il mercato farmaceutico nel Paese non è “di fatto” regolamentato: avere i soldi è l'unico requisito per accedere a qualsiasi medicina, anche a quelle che in altri Paesi sono riservate all'uso ospedaliero.

La pressione sociale e delle famiglie è causa di due gravi preoccupazioni per le donne afgane: rimanere incinte e partorire un bambino sano. **Negli ultimi anni si è assistito a un'ampia diffusione di nuovi farmaci e tecnologie mediche, e a un gran proliferare di cliniche e strutture sanitarie: il tutto facilmente accessibile dietro pagamento. La gravidanza, con tutte le implicazioni che ha nella “tenuta sociale” della società afgana, è di fatto una nuova e ghiotta frontiera di mercato.**

Sempre più donne sono sottoposte a tagli cesarei. Mentre nelle zone rurali parti cesarei sicuri sono raramente disponibili, nei principali centri urbani la frequenza di questa pratica sta raggiungendo livelli allarmanti.

I parti cesarei possono essere pericolosi e sono da praticarsi solo se strettamente necessari: una cicatrice sull'utero può mettere a rischio le successive gravidanze. Succede inoltre che alcune donne che hanno avuto un parto cesareo nascondano questa informazione nelle successive gravidanze: la nascita è ancora considerata dalla maggior parte delle persone un evento naturale, e la paura di dover tornare in sala operatoria spinge alcune donne a celare informazioni o addirittura a non andare in ospedale per i parti successivi.

“

Abbiamo ricevuto una paziente in shock, sanguinava: l'abbiamo portata di corsa in sala operatoria e abbiamo trovato una rottura dell'utero e il bambino morto. Non è stato possibile riparare l'utero, e l'ho dovuto rimuovere. Appena si è rimessa completamente, ci ha detto che aveva avuto un parto cesareo durante una gravidanza precedente. Aveva cominciato a sentire forti dolori e a perdere sangue, ma la suocera per ore le aveva negato il permesso di andare in ospedale: la famiglia voleva che partorisce naturalmente, e avevano quindi paura dell'ospedale. Nonostante tutto la paziente era contenta, poiché aveva capito che avrebbe potuto morire.

Keren | ginecologa

b. L'ASSISTENZA PRENATALE

Un numero sempre crescente di donne utilizza i servizi di assistenza prenatale messi a disposizione dal ministero della Salute e dalle ONG. Tuttavia, **molte donne si presentano alle visite prenatali durante l'ultima fase della gravidanza: in questi casi, fare prevenzione e diagnosi precoce di molte malattie è impossibile.** Ciononostante, la visita offre almeno un'occasione per sedersi con la donna e farle domande sulla sua salute e le gravidanze precedenti. Indipendentemente dal momento in cui una donna decide di farsi visitare, alcune informazioni sono difficili da ottenere: **spesso le donne non conoscono la propria età**, specialmente quelle provenienti da zone rurali. Anche **ottenere informazioni su gravidanze e parti precedenti può essere un esercizio lungo e difficile**, con la storia che può cambiare versione più volte durante il ricovero.

Le donne affette da malattie croniche spesso non hanno referti medici e ignorano il nome delle medicine che assumono; non è raro che sospendano di propria iniziativa le terapie quando rimangono incinte, per paura di potenziali danni per il neonato.

Datare la gravidanza è spesso difficile, se non impossibile: molte donne non ricordano il tempo dell'ultima mestruazione e fanno la prima visita prenatale troppo tardi. Gli esami più comuni in Paesi con maggiori risorse non sono disponibili in Afghanistan ed è difficile stimare l'età del feto, o riconoscere malformazioni o malattie congenite. Non è raro che una madre scopra di portare in grembo dei gemelli in sala parto.

c. LE STRUTTURE DI MATERNITÀ

Vi sono vari tipi di strutture che offrono assistenza al parto, dagli ospedali distrettuali a piccole cliniche private. Il livello di assistenza può variare tra due estremi, sia per le madri che per i neonati: **ci sono strutture di "primo livello", gestite da ostetriche o assistenti sanitarie, dove non ci sono medici né le risorse tecniche necessarie per affrontare eventuali complicanze, e dove i neonati spesso non ricevono neanche l'assistenza di base. All'estremo opposto, ci sono centri che sulla carta offrono un'assistenza materna e neonatale completa dove in teoria la maggior parte delle situazioni di emergenza può essere affrontata con successo. In realtà, non tutte queste strutture garantiscono un'assistenza**

appropriata 24 ore al giorno. Spesso **mancano medicine e materiale monouso** (che i pazienti e le loro famiglie sono costretti a comprare), ma **la condizione più preoccupante è la mancanza di personale**, specialmente durante i turni di notte o le festività. E chi ne fa le spese sono le pazienti più a rischio, che hanno bisogno di un trattamento immediato. Succede che le donne e le loro famiglie scoprano, dopo lungo tempo in sala d'attesa, che non c'è nessuno che le visiterà: da lì, dopo aver perso tempo prezioso, intraprendono un nuovo viaggio verso un'altra struttura, nella speranza di trovare qualcuno che le assista.

“

Erano circa le otto e trenta di sera, in giugno. Hanno chiamato il "Code 5" nel Pronto soccorso: è un codice che usiamo per le emergenze più gravi, con rischio di morte. Siamo arrivate immediatamente e la donna non respirava, il polso non c'era. Abbiamo provato a rianimarla per venti minuti, ma non c'è stato verso. I parenti ci hanno detto che stava perdendo sangue dalla mattina: erano venuti da lontano, dalle montagne del Passo di Salang. Dopo un po' avevano deciso di portarla in un ospedale: dopo molte ore di attesa una donna gli ha detto che non c'erano dottori in quella struttura. Così sono venuti da noi. Ma è stato troppo tardi. Sembrava giovane, e aveva altri cinque bambini a casa.

Eleonora | ostetrica





5. CHI SONO LE PAZIENTI E LO STAFF

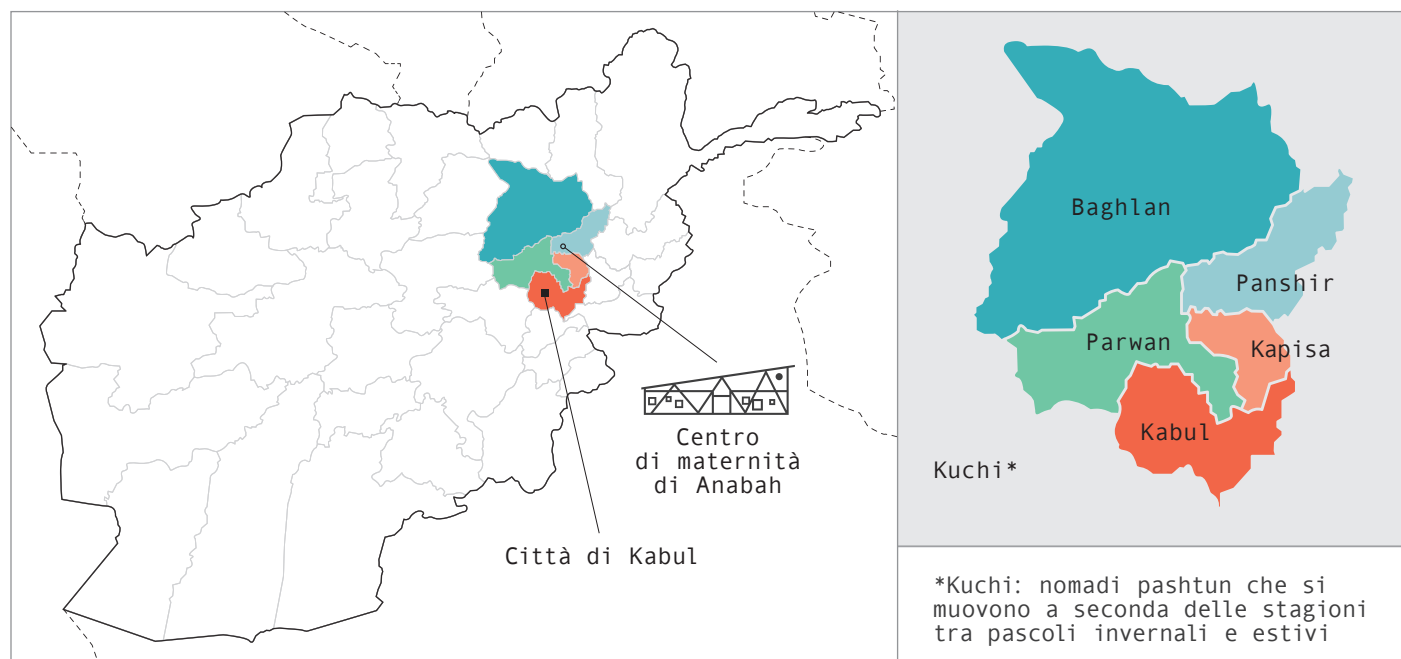
Il Centro di maternità di Anabah serve un numero di province dell'Afghanistan centrale tra cui il Panshir, le vicine Parwan, Kapisa, e, sempre più negli ultimi anni, la provincia di Kabul.

A causa della posizione geografica centrale delle province e della loro relativa diversità interna, anche in termini di composizione sociale ed etno-linguistica e di condizioni economiche e di sicurezza, le pazienti che provengono da queste zone offrono un campione rappresentativo di una parte ampia del Paese.

La ricerca ha coinvolto 300 pazienti e 50 donne del personale. Tutte le donne intervistate tra le pazienti avevano partorito recentemente, in un periodo che va da poche ore a poche settimane prima dell'intervista.

Il personale intervistato è composto principalmente da ostetriche e infermiere. Un'ampia maggioranza (75%) ha ottenuto il diploma di ostetrica o infermiera dopo un corso di 2-3 anni. Altre (20%) hanno ricevuto formazione da EMERGENCY cominciando a lavorare nell'ospedale, e dopo un periodo di due anni hanno potuto certificare la loro posizione professionale sostenendo un esame di stato.

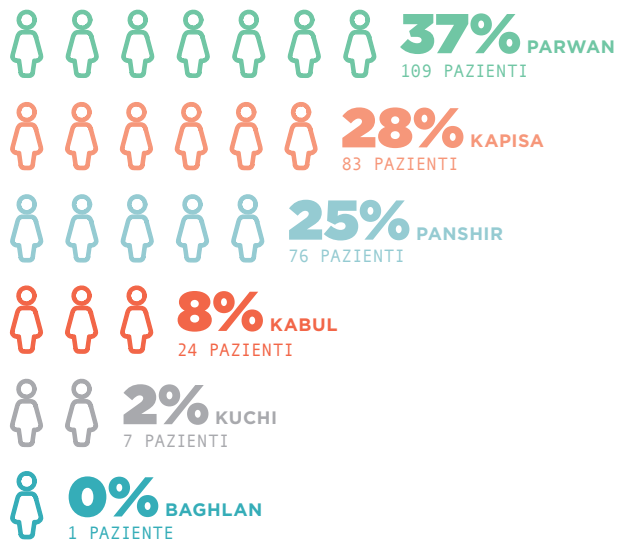
Tra le donne intervistate ci sono quattro specializzande del Centro di maternità di Anabah. Si sono unite a EMERGENCY dopo il corso universitario di medicina della durata di sette anni e si stanno specializzando in Ostetricia e Ginecologia (con un corso della durata di quattro anni). La maggioranza vive a Kabul, sebbene le loro famiglie siano originarie del Panshir.



a. IL PROFILO DELLE PAZIENTI

ORIGINE

La maggior parte delle donne intervistate ha origini rurali. Solo 36 tra le 300 intervistate vengono da un ambiente urbano. La maggior parte delle donne viene dalla provincia di Kabul e 15 donne dalla città di Charikar nel Parwan.

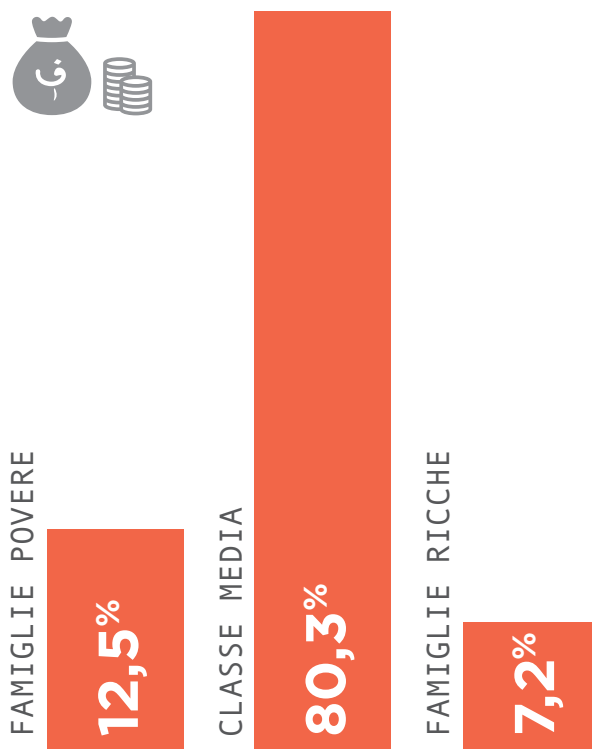


ETÀ

IL **78%** DELLE PAZIENTI HA TRA I **18 E 35 ANNI**

Il 15,3% ha più di 35 anni e il 6,6% meno di 18 anni. Le ultime provengono prevalentemente da Parwan e da alcuni distretti di Kapisa, in particolare Tagab che, tra tutti i distretti della ricerca, è uno dei più colpiti dal conflitto e più conservatori nei confronti delle donne.

SITUAZIONE ECONOMICA²¹



LIVELLO DI ISTRUZIONE

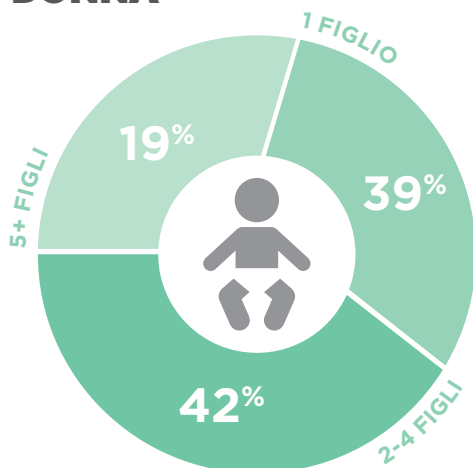
12,5% ISTRUZIONE UNIVERSITARIA

17,5% ISTRUZIONE SECONDARIA (FINO ALLA CLASSE 12°)

20% ISTRUZIONE PRIMARIA (FINO ALLA CLASSE 5°)

50% NO ISTRUZIONE

Le tre principali province di origine delle intervistate presentano indicatori socio-economici e di composizione etno-linguistica relativamente simili. Le differenze sono più significative rispetto a Kabul, dove due terzi delle donne intervistate hanno completato almeno l'istruzione secondaria. Considerando tutte le donne delle aree urbane, il 55,5% ha completato almeno l'istruzione secondaria, mentre un 27,7% è analfabeta.²² All'estremo opposto, tutte le donne Kuchi hanno riferito di non aver ricevuto alcuna istruzione e la maggioranza (5 su 7) ha affermato di essere povera.

NUMERO DI FIGLI PER DONNA

IL **71,7%**

DELLE DONNE DI ETÀ SUPERIORE AI 35 ANNI HA AVUTO 5 O PIÙ FIGLI

LE DONNE CHE VIVONO NELLE AREE RURALI MOSTRANO MAGGIOR PROPENSIONE A DARE ALLA LUCE PIÙ DI 5 FIGLI RISPETTO A COLORO CHE VIVONO NELLE AREE URBANE

20,6% VS 11,1%

ETÀ DELLA PRIMA GRAVIDANZA

IL **68,6%** TRA I **17** E I **22** ANNI

b. IL PROFILO DELLO STAFF**ORIGINE**

Il personale intervistato proviene dalle stesse quattro province dell'ampia maggioranza delle pazienti. Il 70% di coloro che vengono da Kabul sono originarie di Kapisa o Panshir e si sono trasferite in città solo recentemente. Alcune di loro sono pendolari giornaliere mentre altre hanno la possibilità di rimanere per la notte nel Panshir.

34% KAPUL
17 STAFF

30% KAPISA
15 STAFF

18% PARWAN
9 STAFF

18% PANSHIR
9 STAFF

DA QUANTO TEMPO LAVORANO CON EMERGENCY

Circa metà delle 50 operatrici intervistate ha lavorato con EMERGENCY per un periodo che va

DA 1 A 5 ANNI

ETÀ MEDIA

25,7 ANNI

SE SI PRENDONO IN CONSIDERAZIONE SOLO COLORO CHE SONO SPOSAE, L'ETÀ MEDIA È DI

28,8 ANNI



LE OPERATRICI NUBILI HANNO UN'ETÀ MEDIA DI

23,6 ANNI

Il personale femminile di EMERGENCY include una maggioranza di donne nubili, circa due terzi del totale. La posizione delle donne nubili in una famiglia afgana è diversa da quella di una donna sposata. Dopo il matrimonio la donna va a vivere con i suoceri, mentre fino ad allora era sempre rimasta sotto il tetto e l'autorità dei genitori. Per questo motivo, il campione sarà valutato separatamente nella sezione sul potere decisionale in casa.

6. GLI OSTACOLI ALL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Le aree di riferimento al Centro di maternità di EMERGENCY presentano grandi differenze nella possibilità di accesso all'assistenza sanitaria.

Oltre ai principali ospedali pubblici vicini ai capoluoghi provinciali, i villaggi dispongono spesso di piccole cliniche private. Ciononostante, le comunità che vivono in aree montane remote devono camminare per ore prima di raggiungere una strada asfaltata che le porti in un ospedale.

Vi sono poi altri tipi di distanze da considerare: in alcuni distretti il conflitto ad alta intensità impedisce gli spostamenti.

In particolare, distretti come Tagab, Alasay e Nejrab di Kapisa, o Ghorband e Koh-e Safi nella provincia di Parwan sono prevalentemente controllati dagli AOGs o aspramente contese tra questi e il governo. **I combattimenti, le mine antiuomo, gli**

ordigni esplosivi improvvisati (IEDs) sulla strada, il rischio di essere fermati e molestati ai posti di blocco, o il sospetto che le persone che si muovono lungo i fronti di guerra siano spie per una delle parti in conflitto, possono scoraggiare i residenti di queste aree da qualunque viaggio in ospedale che non sia disperatamente necessario.

Ovunque, ma specialmente in alcune comunità e famiglie, i fattori culturali giocano un ruolo molto importante nel trattenere le donne a casa. Uno dei tratti culturali più diffusi nelle comunità afgane è il valore che la famiglia dà alla cosiddetta “modestia” delle donne, considerate depositaria dell'onore familiare. Ciò si è spesso tradotto in tentativi di ridurre i movimenti delle donne al di fuori delle mura domestiche.

“

Molte persone pensano che non sia necessario per le donne andare in ospedale durante la gravidanza o il parto; le donne anziane dicono: “Che problema hai? Noi non andavamo in ospedale ai nostri tempi per partorire”.

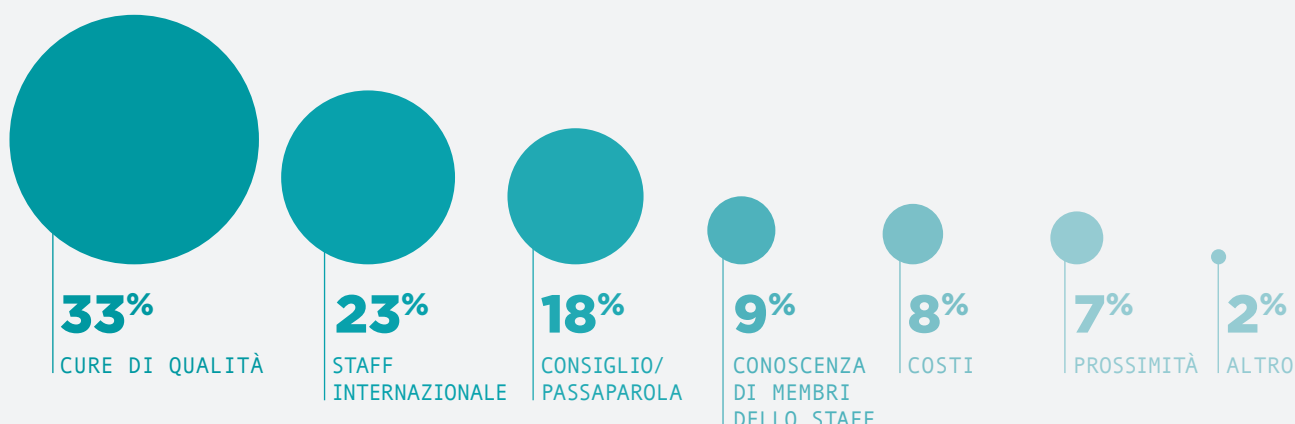
Ostetrica afgana
della provincia di Kapisa

OSTACOLI ALL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA (sia per le donne urbane che rurali)



La mancanza di sicurezza è il fattore che influisce maggiormente sull'accesso all'assistenza sanitaria. Secondo le donne intervistate, la distanza fisica rappresenta una questione secondaria all'accesso all'assistenza sanitaria, e costituisce solo il 10% delle loro risposte. In particolare, per coloro che risiedono nelle aree urbane, la distanza non costituisce alcun problema (2,7%). Le opinioni familiari e le questioni culturali pongono un ostacolo marginale all'accesso all'assistenza sanitaria se si prendono in considerazione solo coloro che provengono dalla città di Kabul (16,6% e 9,5%).

SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA



Una volta che è stata presa la decisione di recarsi in una struttura medica, la scelta di dove andare dipende da molti fattori. **Le donne intervistate hanno identificato come criterio più importante la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, considerando la presenza dello staff internazionale come garanzia di qualità.** Tra gli altri motivi menzionati dalle pazienti, non originariamente inseriti nella lista delle opzioni suggerite, i più frequenti sono stati la disponibilità di medicine di alta qualità (una preoccupazione ricorrente in un Paese inondato di medicine di bassa qualità), e lo staff interamente femminile.

Sebbene ovviamente siano importanti, considerazioni sui costi di viaggio e distanza sono state riportate con minore frequenza. La loro rilevanza aumenta naturalmente quando si prendono in considerazione le intervistate che sono qualificate come appartenenti a famiglie povere per le quali la frequenza della scelta dell'opzione meno cara raddoppia, da 8 a 16%.

a. I COSTI DELL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

La questione dei costi potrebbe essere stata sminuita dalle intervistate a causa di un pregiudizio culturale, ma sicuramente gioca un ruolo importante nelle decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria, specialmente in aree rurali poverissime. **I costi dell'accesso all'assistenza sanitaria in Afghanistan si calcolano su diversi livelli: i trasporti e le parcelle dei medici (negli ospedali privati solamente), il vitto e l'alloggio, gli esami medici e le medicine.**

Le donne intervistate affermano di aver speso somme tra i 250 e i 22.000 AFS (tra US\$3 e US\$272) prima di arrivare da EMERGENCY, durante la gravidanza corrente o in un'esperienza precedente, con una spesa media pro-capite di 2.425 AFS (US\$ 32). Questa non è una spesa insignificante in un Paese dove il reddito pro-capite annuale è di circa US\$ 550 e molti lavoratori del settore pubblico come insegnanti e poliziotti sono pagati poco più di US\$ 100 al mese.²³

In media, le donne che hanno partorito al Centro di maternità di Anabah avevano speso 1.050 AFS (US\$ 13) in trasporti per raggiungere l'ospedale.

Solamente 26 donne su 300 hanno viaggiato in macchine private e quindi non hanno potuto quantificare il costo. Le residenti di distretti isolati o accidentati come Salang o Ghorband nella provincia di Parwan, o Tagab, Najrab e Alasay in Kapisa spesso riferiscono condizioni di viaggio molto difficili. Hanno viaggiato su sentieri di montagna fino alla strada più vicina e poi preso un taxi. Mentre per la maggioranza delle pazienti, il viaggio verso l'ospedale o il FAP è durato meno di un'ora, per alcune è durato fino a 8/9 ore. **In media, le donne che sono venute al Centro di maternità di Anabah hanno impiegato 1,5 ore di viaggio.**

b. LE DIFFICOLTÀ DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA PRENATALE

Per quanto riguarda l'assistenza prenatale, le pazienti che sono arrivate all'ospedale di EMERGENCY registrano migliori indicatori rispetto alle tendenze nazionali ufficiali.

Anche tra le aree rurali vi sono grandi differenze, con distretti che mostrano tendenze particolari dovute a condizioni specifiche: Anabah nel Panshir riporta un inaspettato 86,6% di donne che hanno effettuato quattro o più visite, una caratteristica che non sorprende

poiché è il distretto che ospita i FAP di EMERGENCY e l'ospedale. Tagab nella provincia di Kapisa, al contrario, riporta solo l'11%.

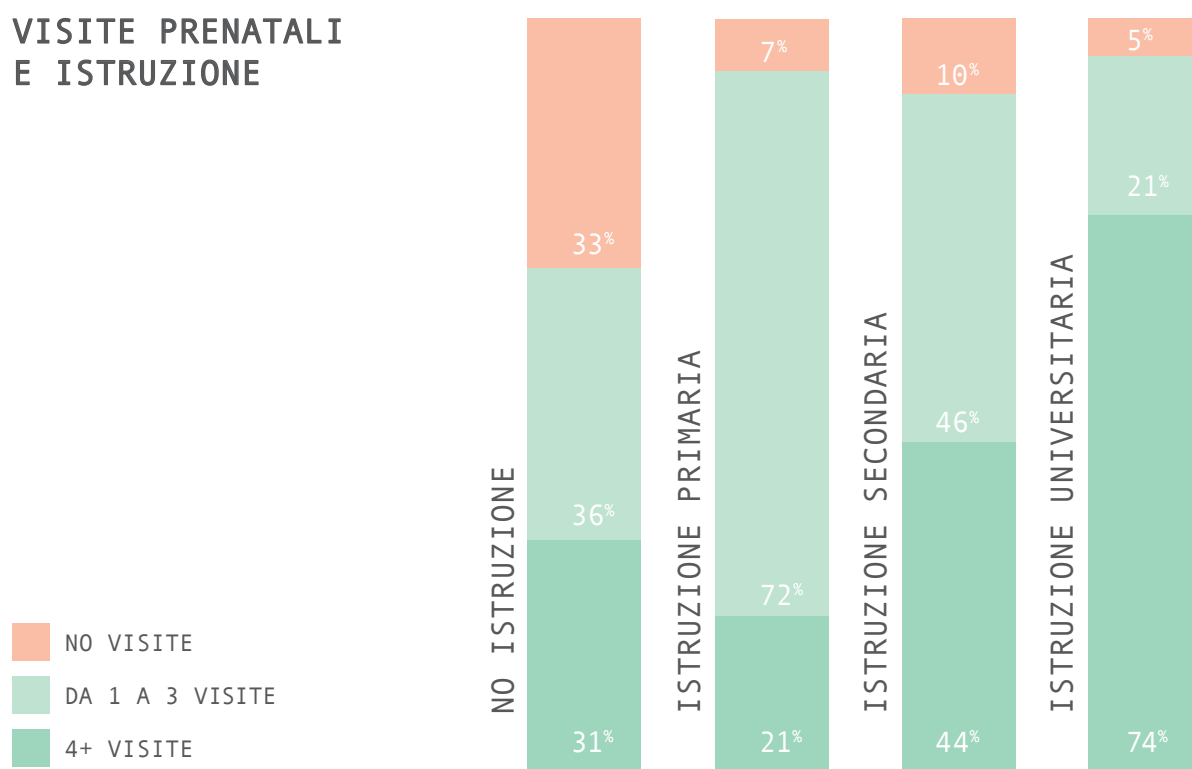
A dispetto di tassi superiori alla media nazionale, un quinto delle donne che hanno raggiunto il Centro di maternità di EMERGENCY per partorire non aveva fatto nessuna visita prenatale.

Il livello d'istruzione e la ricchezza influiscono considerevolmente sulla decisione e la possibilità di effettuare visite prenatali.

	DATI NAZIONALI	DATI DEL CENTRO
NO VISITE PRENATALI	68,6%	32%
4 O PIÙ VISITE PRENATALI	18%	36,6%



VISITE PRENATALI E ISTRUZIONE

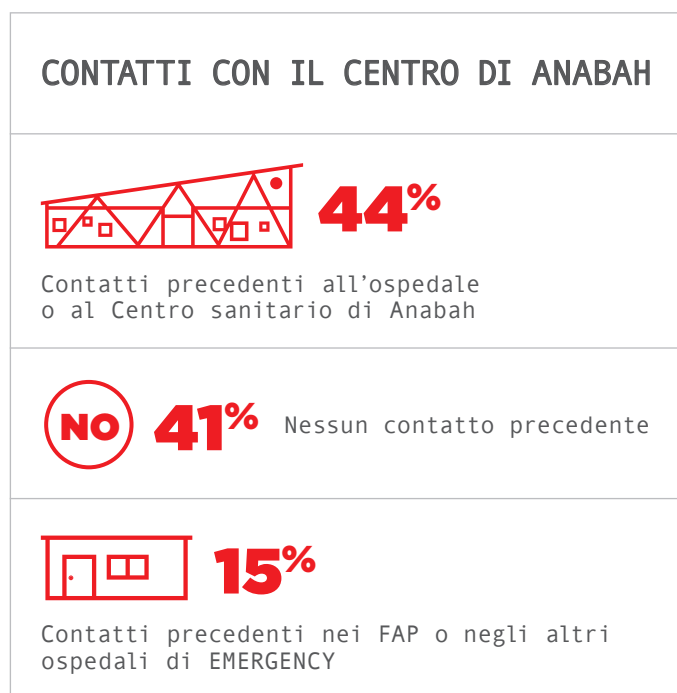


Molte donne che sono giunte al Centro di maternità di Anabah per partorire avevano già contattato EMERGENCY durante la gravidanza per le visite prenatali (43% di quelle che hanno effettuato le visite

ANC), in alcuni casi dopo essersi rivolte in precedenza a un centro di salute o a una clinica privata più vicina a casa dove hanno avuto un'esperienza negativa o dopo aver scoperto complicanze in gravidanza.

7. PERCHÉ VIENE SCELTO IL CENTRO DI ANABAH

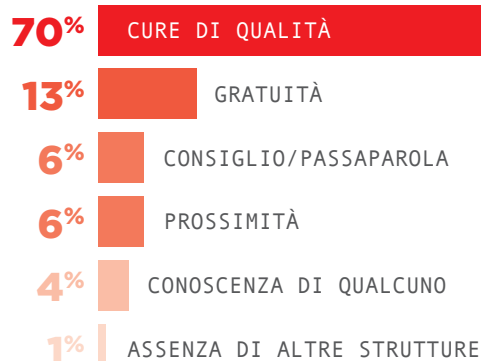
La maggioranza delle donne che hanno partorito al Centro di maternità di Anabah si erano già rivolte alle operatrici sanitarie di EMERGENCY (58,5%).



Il contatto con EMERGENCY di solito avviene al Centro sanitario o al Centro di maternità di Anabah (73,5% di quelle che hanno avuto tale contatto) o nei vari FAP/PHC con servizio di ostetricia. In rari casi, il primo punto di contatto è stato l'ospedale di EMERGENCY di Kabul (Centro chirurgico per vittime di guerra).

Le donne che vengono da Anabah o dai distretti adiacenti come Rokha e Bazarak nel Panshir, Kohistan 1 nel Kapisa o Jabal ul-Seraj nel Parwan sono quelle che hanno avuto contatti precedenti con EMERGENCY. Al confronto, meno donne tra quelle che vengono da distretti più lontani come Tagab nella provincia di Kapisa o Ghorband nel Parwan, hanno avuto contatti precedenti con EMERGENCY e alcune hanno espresso la speranza che EMERGENCY apra dei FAP/PHC nei loro distretti di origine in modo da poter eseguire le visite prenatali. A causa dei costi e dei rischi che ciò comporta, le residenti di questi distretti affrontano il viaggio verso Anabah o verso un FAP/PHC relativamente lontano solamente per il parto o in caso di complicanze.

RAGIONI PER SCEGLIERE IL CENTRO DI ANABAH



Quando sono state chieste le ragioni che le hanno portate a scegliere l'assistenza sanitaria materna di EMERGENCY, il 70% delle intervistate ha menzionato la buona qualità dell'assistenza sanitaria fornita. Solamente il 13% delle intervistate ha menzionato la gratuità, mentre gruppi meno numerosi hanno identificato come motivazioni la prossimità, i consigli, le conoscenze o la mancanza di altre strutture.

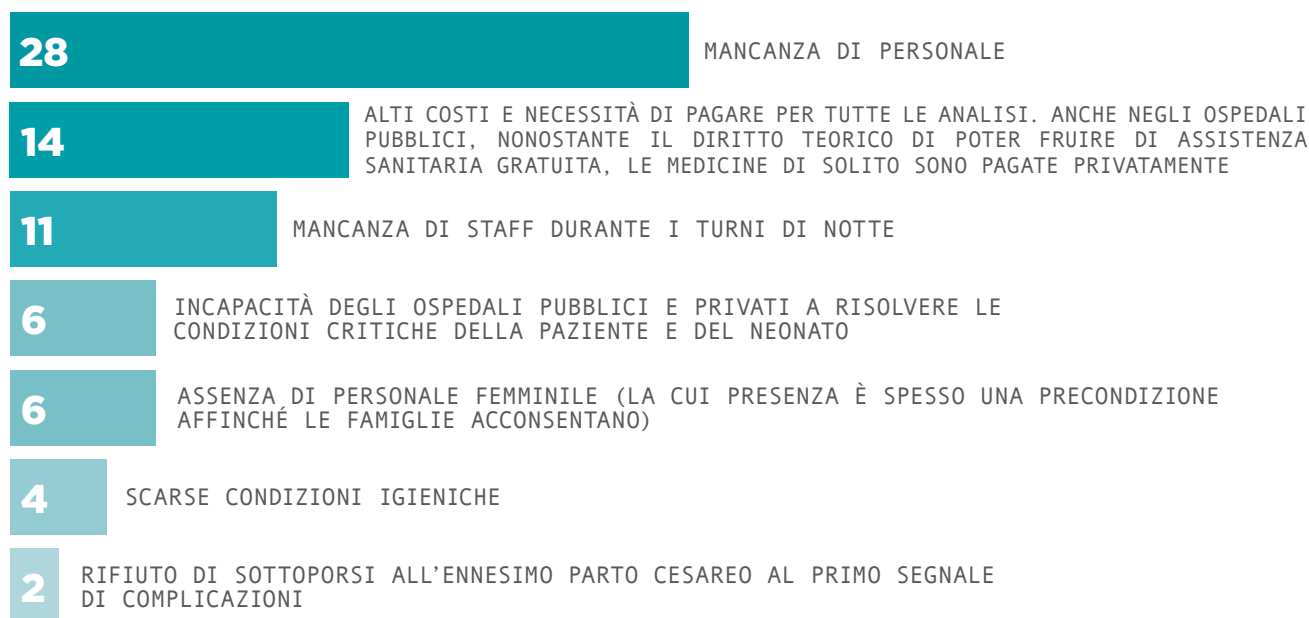
Le pazienti riconoscono certamente i benefici della fornitura gratuita di cibo e medicine di alta qualità da parte di EMERGENCY, sebbene questo figuri solamente al terzo posto nella lista di cose che le intervistate apprezzano. Più in generale **il passa parola sembra aver giocato un ruolo molto importante nella costruzione della reputazione di EMERGENCY in questa parte dell'Afghanistan.**

Quando è stato costruito il Centro di maternità di Anabah, molte famiglie locali non volevano permettere alle loro mogli e figlie di lavorarci, a causa della presenza dello staff internazionale e del presunto rischio di "corruzione morale" ad esso collegato. C'è voluto del tempo perché la gente dei villaggi cambiasse idea e tuttora molte operatrici sanitarie di EMERGENCY affermano che la loro interazione con gli stranieri è qualche volta criticata. La presenza del personale internazionale è generalmente considerata dai pazienti un beneficio che migliora di molto le prestazioni mediche: all'inizio delle attività l'ospedale riusciva a realizzare circa 20 parti al mese, mentre oggi se ne effettuano circa 650 al mese.

a. LE DIFFERENZE CON ALTRE STRUTTURE MEDICHE

Circa un terzo delle intervistate ha motivato la scelta di rivolgersi a EMERGENCY con l'insoddisfazione verso altre strutture mediche.

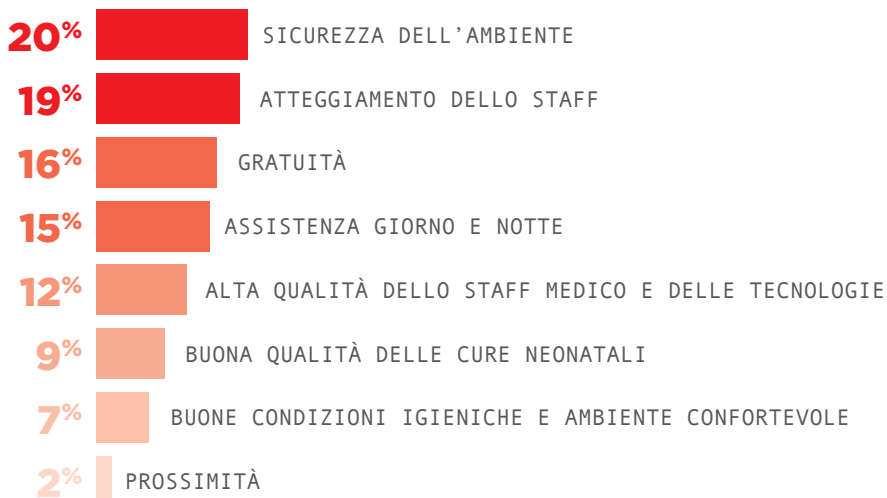
Le critiche (in base al numero di risposte) sul trattamento ricevuto in altri ospedali si riferiscono principalmente a cliniche private e si concentrano su:



I due terzi delle pazienti hanno aggiunto dettagli per descrivere la differenza tra il Centro di maternità di Anabah e gli altri ospedali: ancora una volta, la garanzia di assistenza giorno e notte per le pazienti è considerata il fattore più importante, dopo l'apprezzamento più generico dell'assistenza sanitaria di alta qualità disponibile. Di fatto, la presenza costante di personale medico al Centro di maternità di Anabah contrasta

positivamente con la maggioranza delle cliniche vicine, dove spesso nessun membro del personale rimane di notte, a parte un portiere e un'infermiera, e molti pendolari a causa del rischio di viaggiare al buio lasciano la struttura già a metà pomeriggio. Anche l'assistenza gratuita è considerata una differenza importante, seguita dalla presenza di personale interamente femminile e dalle buone condizioni igieniche.

MOTIVI PER TORNARE AL CENTRO DI ANABAH



“

Qui è pulito e le ostetriche rimangono con le pazienti e le controllano tutto il tempo.

Donna di Kapisa

“

La gente pensa che qui tutto sia possibile, poiché il Centro mostra la capacità di ricevere e assistere al meglio qualunque numero di pazienti, nessuno viene mandato via.

Ostetrica di EMERGENCY

“

Negli ospedali privati dobbiamo comprare tutto, dalle medicine al cibo, qui è tutto gratuito.

Donna di Kabul

PERCEZIONE DEL CENTRO DI MATERNITÀ DI ANABAH DA PARTE DELLE PAZIENTI

La presenza continua e attenta di personale qualificato e con molta esperienza, sia nazionale sia internazionale, e la disponibilità di medicine e tecnologie di alta qualità, diffondono l'idea tra le pazienti che anche le gravidanze più difficili possano avere un esito positivo nel Centro di EMERGENCY. Inoltre, le medicine, il vitto e l'alloggio gratuiti aumentano la gamma di terapie possibili, mentre altrove le loro opzioni potrebbero essere seriamente limitate da considerazioni economiche.

Quando gli è stato chiesto di nominare le ragioni per cui ritornerebbero al Centro di maternità di Anabah per una gravidanza futura, scegliendo fino a tre delle sette possibili risposte, le preferenze delle pazienti hanno sottolineato l'importanza di trovarsi in un ambiente sicuro e l'atteggiamento positivo del personale come i due aspetti più rilevanti della loro esperienza. Queste due risposte rappresentano ciascuna un quinto del totale delle risposte fornite.

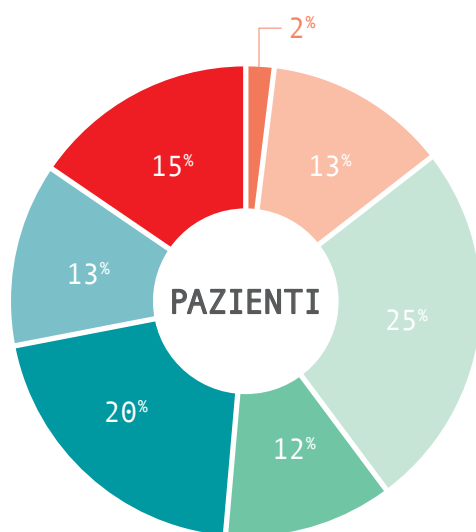
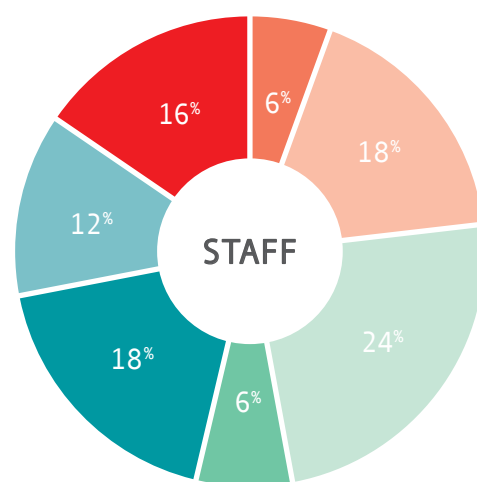
Un ambiente sicuro non è considerato tale solo di fronte all'assenza di insicurezza, sebbene questa giochi sicuramente un ruolo importante. A dispetto della quasi totale assenza di conflitto nel Panshir, la provincia registra un'alta incidenza di scontri armati tra individui o famiglie, dovuta anche all'alto numero di armi presenti tra la popolazione.

Il divieto totale di portare armi all'interno delle strutture ospedaliere di EMERGENCY ha un effetto rassicurante su tutte le pazienti. Inoltre, le donne che si rivolgono al Centro di maternità di Anabah si trovano in uno spazio per sole donne dove gli uomini non sono ammessi, cosa che offre loro un

periodo di pausa dalle norme sociali che regolano il comportamento delle donne in una sfera pubblica interamente maschile.

Queste risposte coincidono in parte con le opinioni espresse dalle operatrici sanitarie di EMERGENCY, a dispetto di una serie di opzioni previste leggermente diverse. Secondo le ginecologhe, le ostetriche e le infermiere del Centro di maternità, l'elemento principale che le pazienti apprezzano di EMERGENCY rispetto alle altre strutture è il fattore economico, ossia la gratuità di assistenza sanitaria e del vitto. Seguono l'atteggiamento del personale e la presenza di medici internazionali, sebbene, a detta di parte dello staff, questa può essere un'arma a doppio taglio: mentre per le pazienti che vengono da Kabul, questo rappresenta un di più, per coloro che vengono da aree di conflitto o più socialmente conservatrici, può rappresentare un motivo di sospetto. Secondo il personale del Centro, l'assistenza costante giorno e notte e una cura orientata sul paziente rappresentano altri vantaggi.

PUNTI DI FORZA DEL CENTRO DI ANABAH SECONDO LE PAZIENTI E LO STAFF



● CURA ORIENTATA AL PAZIENTE

● AMBIENTE INTERNAZIONALE

● ASSISTENZA GIORNO E NOTTE

● GRATUITÀ

● QUALITÀ DELLO STAFF MEDICO

● ATTEGGIAMENTO DELLO STAFF

● APPROCCIO A LUNGO TERMINE E FORMAZIONE

8. LA CAPACITÀ DECISIONALE DELLE DONNE

a. LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE E L'UTILIZZO DI ANTICONCEZIONALI

IL 50%

DELLE DONNE INTERVISTATE
NON AVEVA MAI RICEVUTO
ALCUNA INFORMAZIONE SULLA
PIANIFICAZIONE FAMILIARE
PRIMA DELL'ULTIMA GRAVIDANZA

Soprattutto nelle famiglie rurali, tratti della cultura tradizionale, insieme a considerazioni economiche, hanno reso difficile convincere la popolazione dei vantaggi di lasciare passare più tempo tra le gravidanze. Per quanto riguarda la pianificazione familiare e l'uso degli anticoncezionali, **le risposte delle donne mostrano che vi è ancora una prevalente mancanza di attenzione su questo tema.**

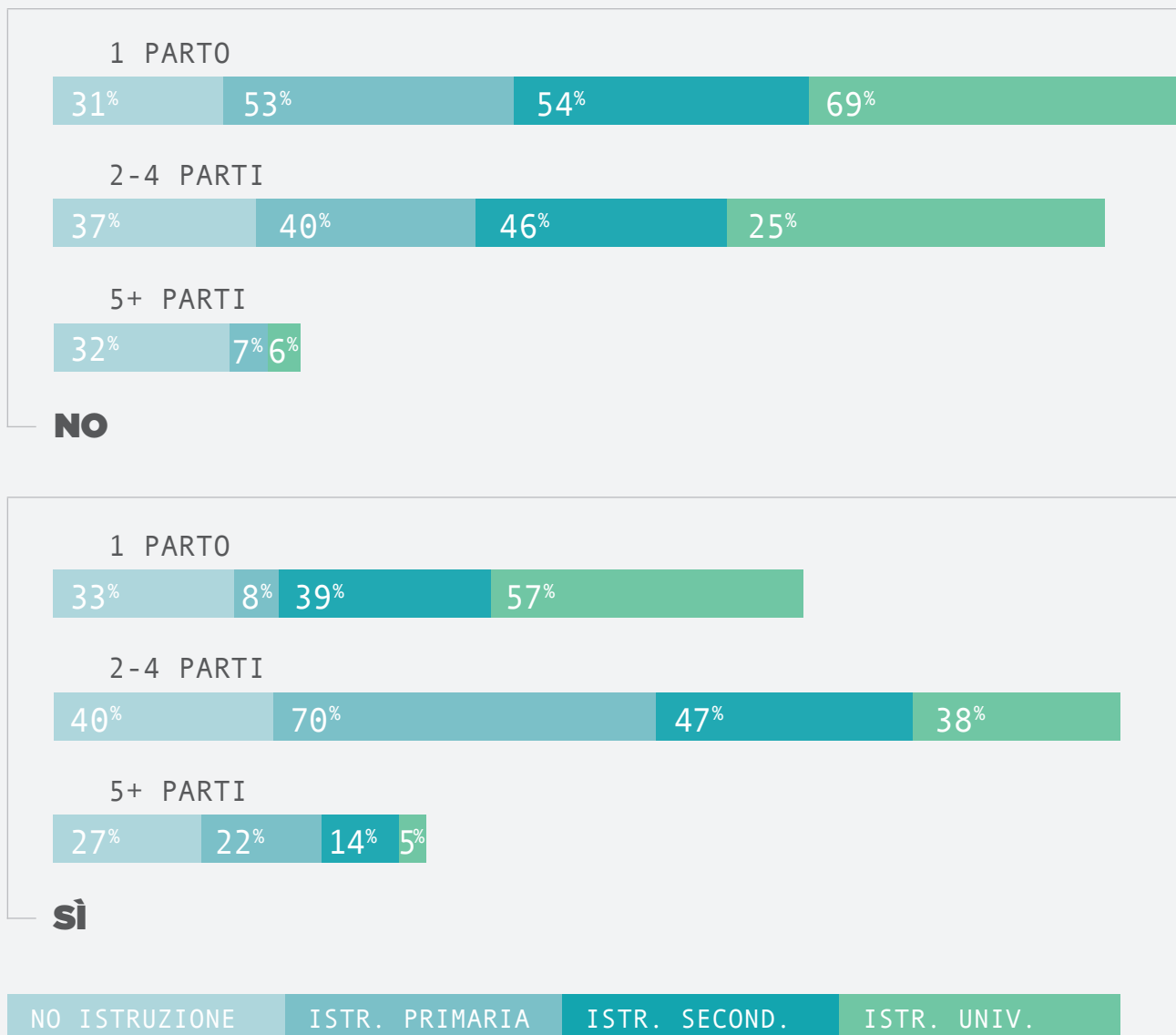
Questa mancanza di consapevolezza è più alta tra le pazienti intervistate che hanno partorito per la prima volta (39%); guardando meglio, il 57,7% di coloro che affrontavano la prima gravidanza non aveva ricevuto alcuna informazione sulla pianificazione familiare, ma le percentuali sono incredibilmente alte anche tra coloro che hanno avuto tra due e quattro gravidanze (47,5%) e ancor più alta tra coloro che hanno partorito

cinque o più volte (51,7%).

Le intervistate provenienti da zone urbane mostrano una maggiore consapevolezza su questo aspetto, con una chiara maggioranza (64%) che ha ricevuto informazioni sulla pianificazione familiare, mentre tra coloro con un'origine rurale la percentuale è solamente del 45,5%.

ISTRUZIONE E PIANIFICAZIONE FAMILIARE

Donne che hanno ricevuto informazioni sulla pianificazione familiare prima di questa gravidanza, per numero di parti e livello di istruzione.



Anche la mancanza di istruzione gioca un ruolo importante: le donne che non hanno consapevolezza della pianificazione familiare nonostante abbiano partorito dalle due alle quattro volte, fino a cinque o più volte, corrispondono a quelle totalmente analfabete. Prendendo in considerazione solamente le donne che non hanno avuto nessun contatto precedente con le operatrici sanitarie di EMERGENCY, la percentuale di donne che non ha ricevuto alcuna informazione sulla pianificazione familiare sale al 69,4%, mentre la cifra scende al 42,3% se si prendono in considerazione solo quelle che hanno avuto tali contatti.

Non sorprende dunque che la maggioranza delle donne intervistate, **il 66% (circa due su tre), affermi di non aver mai usato metodi contraccettivi.**

Il mancato utilizzo di contraccettivi è abbastanza comprensibile per le donne alla prima gravidanza, in una società che non ammette il sesso pre-matrimoniale e che valorizza la procreazione come dovere primario di una coppia sposata. La percentuale tra queste donne è la più alta (76,7%); e rimane alta anche tra le donne che hanno tra i due e i quattro figli (63,7%) e cinque o più (41,3%).

Queste percentuali non mostrano una significativa differenza tra le persone provenienti da un contesto rurale o urbano, o con diverso livello educativo. Se si prendono in considerazione solamente le donne alla prima gravidanza, l'utilizzo della contraccezione è più frequente tra quelle con maggiore istruzione (22,9%), rispetto a quelle con istruzione primaria o nessun tipo d'istruzione (16,4%).

b. LA SALUTE FEMMINILE

Solamente il 12,7% delle intervistate afferma di poter decidere autonomamente sulla pianificazione familiare, mentre il restante 87,3% non ha autonomia nella decisione.

Il basso numero di donne che possono prendere decisioni riguardo alla pianificazione familiare rivela la difficoltà per le donne di esprimere un'opinione sui propri corpi e le proprie vite. Ciò non sembra dipendere né dalla situazione economica della famiglia, né dall'origine rurale o urbana.

L'istruzione, d'altro canto, sembra fare la differenza: solamente il 6,3% di donne analfabete prende decisioni, rispetto al 21,1% di donne che hanno frequentato la scuola. Tuttavia, nemmeno questo dato è sufficiente per spiegare la situazione. **Tra le donne che lavorano fuori casa, oltre il 50% afferma di poter decidere autonomamente in materia di pianificazione familiare.** Le donne che lavorano in casa (cucito, tessitura, ecc.) o in attività agricole e pastorizie non mostrano alcuna differenza significativa rispetto alle donne che non lavorano (casalinghe). Si registrano solamente incrementi minimi nella loro capacità decisionale a seconda del livello educativo delle donne che lavorano in questi campi. La stessa situazione si riscontra in relazione ad altre decisioni su questioni di salute riproduttiva.

DECISIONI SULLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

DONNE NON ISTRUITE



DONNE ISTRUITE



DONNE CHE LAVORANO FUORI CASA

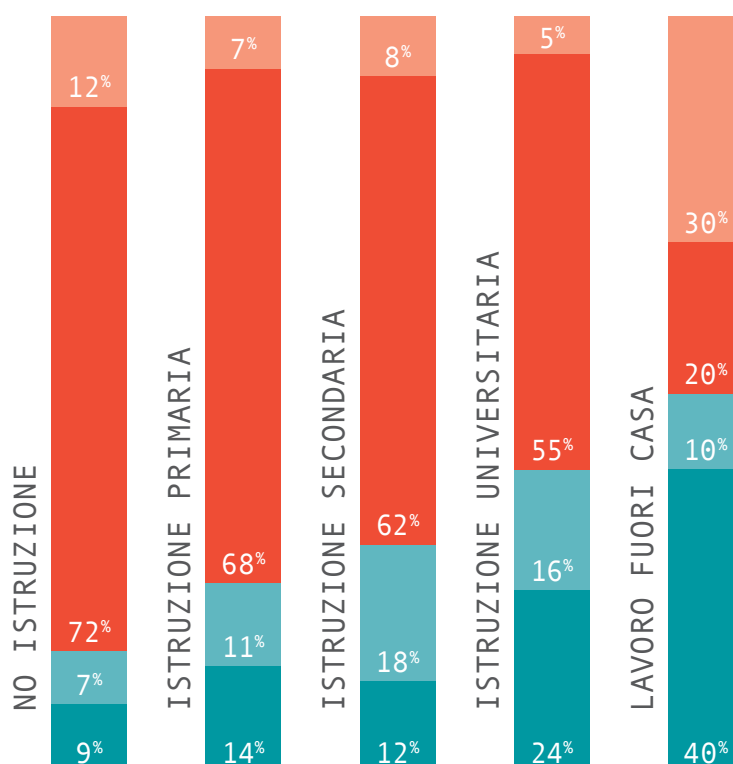


■ NON PUÒ DECIDERE ■ PUÒ DECIDERE

DECISIONI SULLE VISITE PRENATALI

Per quanto riguarda le visite prenatali, la ricerca tra le pazienti mostra che, nella maggioranza dei casi, sottoporsi a controlli è stata una decisione dei mariti (67,3%). Nel 12,4% dei casi è stata la donna a decidere autonomamente, nell'11% dei casi la decisione è stata condivisa, e nel 9,2% dei casi la decisione è stata presa da qualche altro membro della famiglia, di solito la suocera.

■ ALTRI MEMBRI DELLA FAMIGLIA
■ DECISIONE DEL MARITO
■ DECISIONE CONDIVISA
■ DECISIONE DELLA DONNA



I trend sono molto simili indipendentemente dall'origine rurale o urbana delle intervistate o dalla situazione economica delle famiglie.

Ancora una volta, l'istruzione è il fattore che spiega la differenza nella proporzione di donne capaci di decidere autonomamente se sottoporsi a visite prenatali: l'8,8% tra le analfabete, il 13,1% di quelle con istruzione primaria e secondaria, e il 23,6% di quelle che hanno frequentato l'università. In particolare, ancora una volta le professioniste che lavorano fuori casa sono più "responsabili delle decisioni" rispetto alle altre: il 40% di esse può decidere autonomamente.

A differenza della questione più sensibile degli anticoncezionali, l'essere esposte ad una vasta gamma di mezzi di comunicazione sembra avere un effetto positivo sulla capacità delle donne di richiedere visite prenatali: le donne che a casa hanno accesso a più di un mezzo di comunicazione sono quelle con più possibilità di decidere sulle visite prenatali, sia da sole che con il proprio partner (il 17,9% e il 21,3% rispettivamente).²⁴ Queste percentuali aumentano ulteriormente se si prendono in considerazione le donne che hanno accesso a più di due mezzi di comunicazione: 36,6% e 43,3%.

c. LE QUESTIONI DOMESTICHE

In Afghanistan la possibilità per le donne di avere un'istruzione universitaria è aumentata con un ritmo molto più alto rispetto alla possibilità di percorrere una carriera professionale.

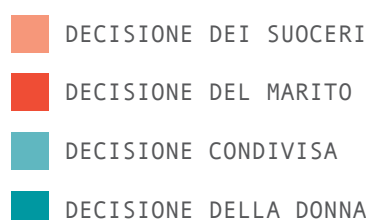
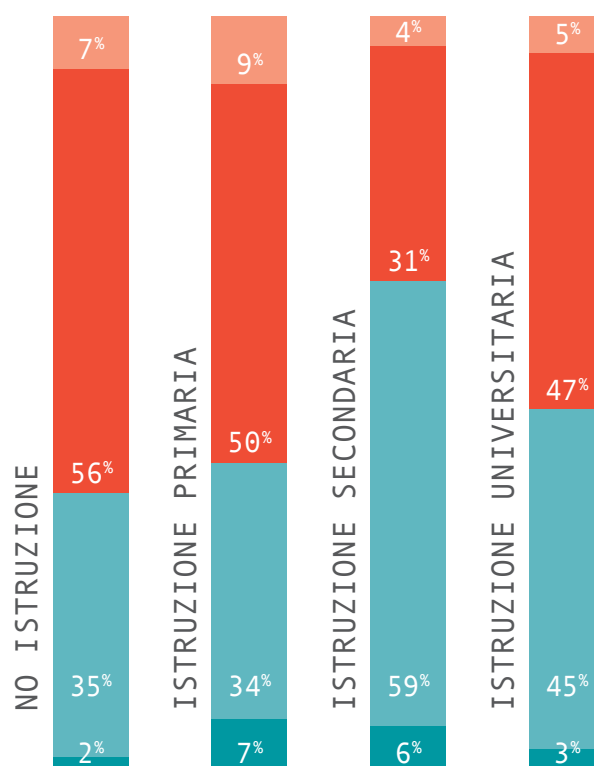
L'origine urbana e la ricchezza non coincidono con visioni liberali e laiche: alcune famiglie agiate con un'attitudine conservatrice nei confronti del ruolo delle donne nella società possono permettere alle proprie figlie di completare l'università, come una specie di *status symbol*. L'offerta di strutture educative, almeno a Kabul e nelle zone incluse nella ricerca, è abbastanza ampia da accomodare ogni richiesta di rigore religioso e rispettabilità. Una volta finito il percorso tuttavia, molte donne non hanno la possibilità di trovare un lavoro, o non hanno bisogno di cercarlo, e tendono a rientrare nel ruolo sociale tradizionale, limitato alla sfera privata.

Le donne che, indipendentemente dalla loro origine economica, seguono l'istruzione universitaria con l'obiettivo di una carriera professionale, sono un'eccezione. Ciò può essere il risultato di scelte personali, dell'atteggiamento dei genitori o del bisogno che ogni membro della famiglia contribuisca al suo sostentamento. **Le donne istruite che perseguono una carriera professionale sembrano avere il potenziale di cambiare il proprio ruolo all'interno della società afgana.**

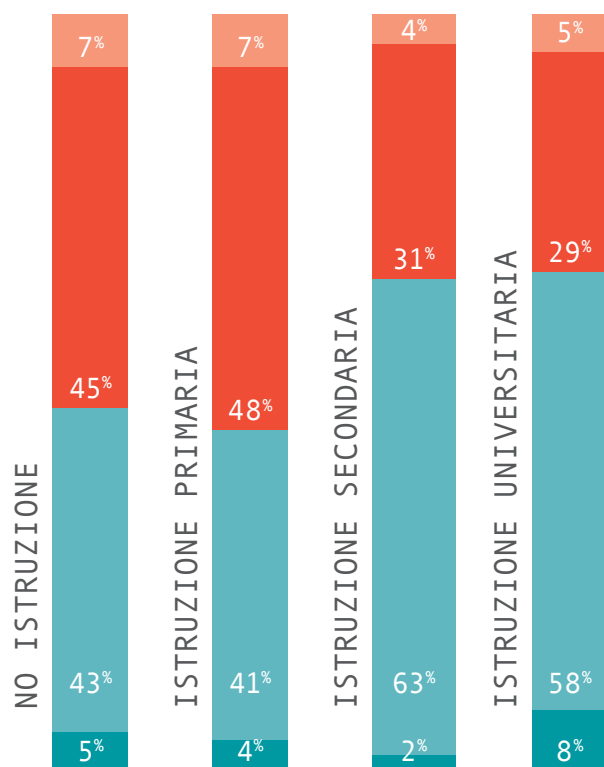
Spostandosi ad altri campi del potere decisionale all'interno delle mura domestiche, di nuovo le donne istruite mostrano una maggiore capacità di prendere decisioni.

Per esempio, hanno maggior voce in capitolo sulle spese domestiche: la maggioranza delle intervistate (52,8%), appartenenti alle due categorie educative più alte, riferiscono che le decisioni sulle spese domestiche sono prese da entrambi i partner insieme, cosa che avviene raramente tra quelle meno istruite (34,4%).

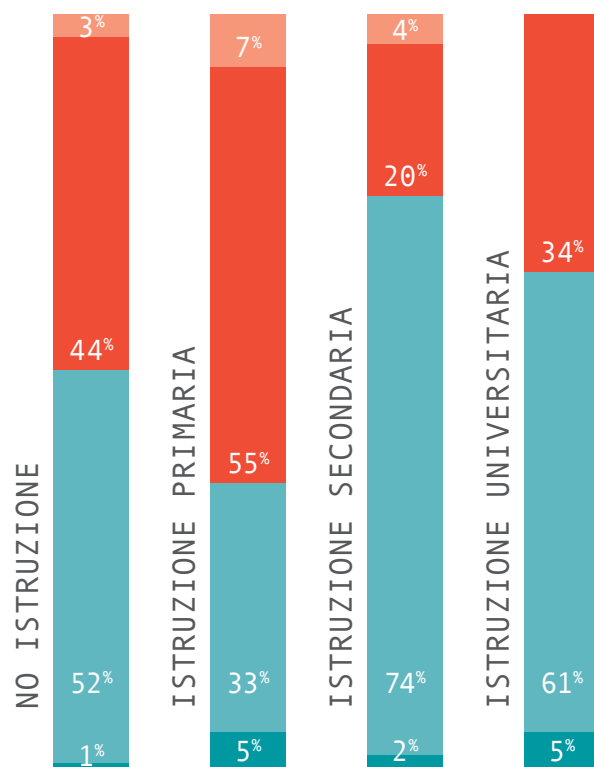
DECISIONI SULLE SPESE DOMESTICHE (PAZIENTI)



DECISIONI SULLA SALUTE DEI FIGLI (PAZIENTI)



DECISIONI SULL'ISTRUZIONE DEI FIGLI (PAZIENTI)

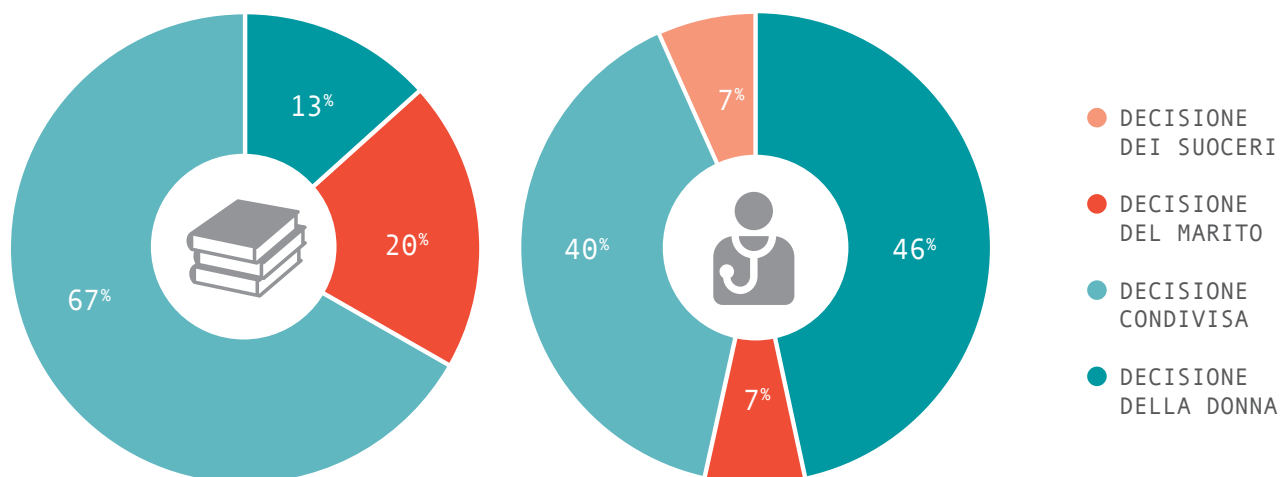


DECISIONE DELLA DONNA DECISIONE CONDIVISA DECISIONE DEL MARITO DECISIONE DEI SUOCERI

La stessa cosa si verifica per le decisioni che riguardano altri componenti della famiglia, come quelle relative alla salute dei figli (61,1% verso 42,2%), la loro

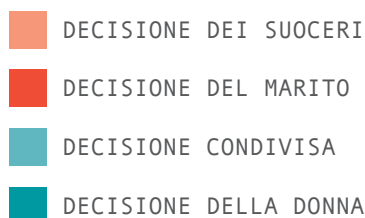
istruzione (68,5% verso 46,3%), le visite ai parenti (43,8% verso 32,1%) o se prendere in prestito denaro (55,5% verso 35,9%).

DECISIONI SULLA SALUTE E SULL'ISTRUZIONE DEI FIGLI (STAFF)



Le risposte fornite dalle operatrici sanitarie di EMERGENCY in questo campo mostrano una preferenza ugualmente alta nei confronti di una "decisione condivisa", ma anche una sicurezza di sé maggiore verso la propria capacità di prendere decisioni autonomamente, specialmente su questioni riguardanti la salute.

DECISIONI SULLA SALUTE FEMMINILE (PAZIENTI E STAFF)

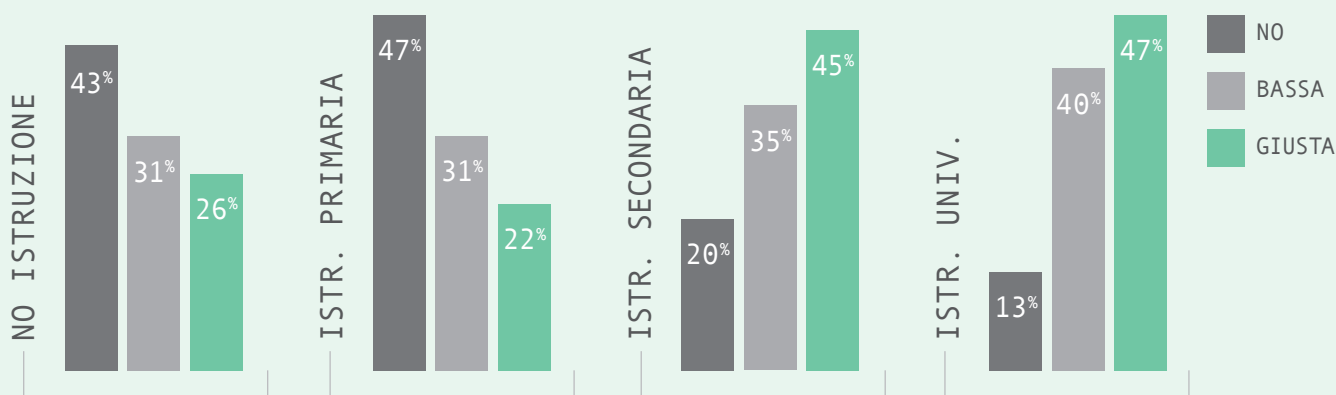


Una questione simbolica è rappresentata dalle decisioni sulla salute femminile, perché sono direttamente collegate alla libertà di movimento delle donne al di fuori della casa e in altri luoghi “permessi”. Paradossalmente, è in questo campo che perfino le lavoratrici di EMERGENCY, a dispetto del loro background medico, menzionano un livello di controllo maggiore da parte dei loro mariti, il cui permesso è necessario perché possano muoversi senza che parenti

e vicini “alzino le sopracciglia”.

Le residenti dei villaggi sono particolarmente sensibili a questo tema, mentre le residenti delle zone centrali di Kabul sono più rilassate, cosa che spiega atteggiamenti leggermente diversi tra il personale femminile a seconda della loro origine rurale o urbana (il 41% delle residenti di Kabul afferma di poter decidere autonomamente sulle visite mediche rispetto al 33% delle residenti delle altre province).

CAPACITÀ DI OPPORSI ALLE DECISIONI DELLA FAMIGLIA (PAZIENTI)



Significativamente, le operatrici di EMERGENCY, sposate o no, sembrano trovarsi in una posizione migliore rispetto a molte pazienti quando si tratta di opporsi alle decisioni delle loro famiglie prese contro la loro volontà.

Se, tra le pazienti, solamente quelle con un livello d'istruzione più alto riportano in maniera significativa di avere possibilità di opporsi a tali decisioni (46%), tra il personale di EMERGENCY, queste rappresentano una chiara maggioranza (61,5%).



GESTIONE DEL SALARIO

Le poche pazienti che lavorano possono gestire solamente una piccola parte del proprio salario per uso personale; è però sempre più diffusa l'abitudine che il marito affidi il salario nelle mani della moglie perché lo gestisca, pratica una volta comune solo tra i colletti bianchi delle città. Il 32,5% delle intervistate conferma questa pratica, sebbene sia maggiormente comune tra i lavoratori salariati: il 45,3% delle mogli di uomini che hanno un lavoro regolare qualificato con un salario adeguato, afferma di gestirlo completamente rispetto al 13,3% di coloro i cui mariti hanno lavori dequalificati occasionali, solo il 9,7% delle mogli dei contadini e nessuna tra coloro i cui mariti gestiscono negozi o sono commercianti. Al contrario, tra il personale del Centro di maternità di Anabah di EMERGENCY, la maggioranza afferma di gestire direttamente parti piccole o grandi del proprio salario, e solo una donna afferma di affidarlo ai genitori o mariti. Nella maggior parte dei casi, sono anche quelle che guadagnano di più in famiglia.



9. LA CHIAVE PER L'EMPOWERMENT DELLE DONNE

a. I TABÙ DA ROMPERE

Che le donne lavorino fuori casa o nelle sue immediate vicinanze come nei campi e nei pascoli rappresenta un tabù nella società afgana. Le operatrici sanitarie del Centro di maternità di Anabah e dei FAP spesso provengono dallo stesso ambiente rurale in cui lavorano, il che implica che hanno dovuto impegnarsi molto per raggiungere tale posizione.

Anche studiare può essere abbastanza complicato. I costi e le distanze pongono una scelta difficile alle famiglie. Le strutture educative pubbliche sono localizzate solamente nelle città principali come Kabul o Charikar, mentre i pochi istituti privati localizzati in altri distretti della regione sono più vicini, ma anche più costosi. Un corso per ostetriche di due anni in un istituto privato a Kapisa o in Panshir può costare fino a 100.000 AFS (US\$1350), solamente in tasse d'iscrizione. Le ragazze accettate nelle strutture pubbliche come Ghazanfar non pagano tasse ma devono trasferirsi a Kabul o Charikar e, a meno che non vivano abbastanza vicino da viaggiare ogni giorno, risiedono nel il dormitorio dell'istituto. Ciò rappresenta sia una possibilità, sia una sfida per le famiglie, perché mandare una ragazza a vivere da sola in città rischia di generare sospetti e risentimenti nel villaggio di origine.

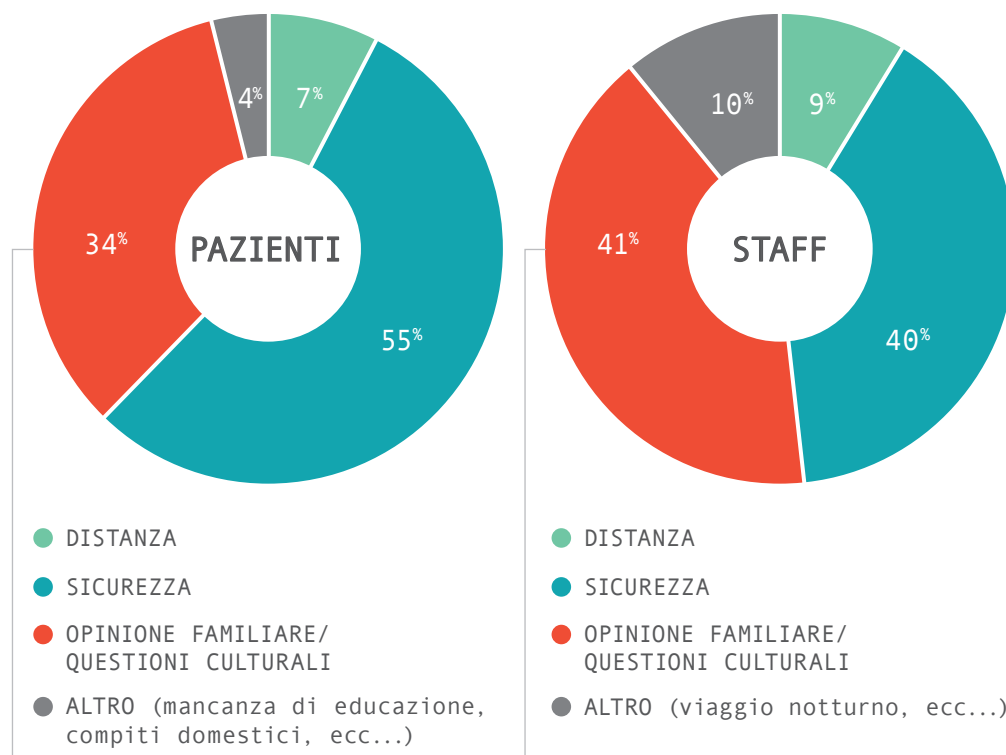
Alla domanda sul perché hanno cercato di ottenere un'istruzione superiore e perché hanno scelto questa carriera, le motivazioni sono generalmente divise equamente tra l'idealistico e il pragmatico. Da un lato, molte ragazze afgane considerano la mancanza di accesso delle donne all'assistenza sanitaria e l'alto tasso di mortalità materna come i problemi sociali prioritari del loro Paese e crescono con l'idea di impegnarsi per superarli; dall'altro, attraverso esperienza personale e consigli familiari, identificano giustamente le professioni mediche, e in particolare quelle collegate all'assistenza materna, come una delle poche carriere socialmente possibili per loro e dove la domanda di personale qualificato sta crescendo. Tuttavia, vi si frappongono molti ostacoli.

“

Mio padre è analfabeta ma non di vedute ristrette. Mi diceva sempre: “Fino a che non dirai ‘Basta’ puoi continuare a studiare.

Ostetrica di Anabah

OSTACOLI AL LAVORO (PAZIENTI E STAFF)



In Afghanistan, le famiglie non permettono facilmente alle donne di studiare e lavorare, quindi dovremmo cogliere ogni possibilità che abbiamo: se possiamo essere infermiere, dovremmo cercare di diventare ostetriche, se possiamo essere ostetriche, allora dovremmo cercare di studiare per diventare dottoresse e così via...

Infermiera di Anabah e studentessa di ostetricia

I grafici mostrano chiaramente che, per il personale di EMERGENCY, le questioni relative al permesso da parte delle famiglie e i tabù culturali rappresentano uno dei principali ostacoli incontrati, insieme alle preoccupazioni sulla sicurezza. Ad eccezione di situazioni di estremo bisogno, dove motivazioni puramente economiche costringono tutti i membri della famiglia a contribuire alle spese, le famiglie spesso sono convinte che l'utilità di una carriera professionale per i membri femminili ecceda i rischi a cui sono esposte le ragazze e le famiglie. Nella società afgana, una donna che lavora fuori casa è spesso percepita come potenziale causa di problemi per sé stessa e per l'onore della famiglia.

Di conseguenza, anche quando i membri più stretti della famiglia le appoggiano, ci sono sempre altri parenti che pongono obiezioni. Alcune intervistate hanno descritto situazioni in cui la madre che le appoggiava ha dovuto discutere con il padre e gli zii che erano contrari all'idea. Le nuove generazioni non sono necessariamente più favorevoli all'idea che le donne lavorino: molte donne hanno riferito che sono stati i fratelli, probabilmente sentendo di dover agire da difensori dell'onore familiare, ad impedirgli di perseguire una carriera, e che sono riuscite ad andare avanti solamente grazie all'intervento dei genitori. Il matrimonio è spesso un "salto nel buio",

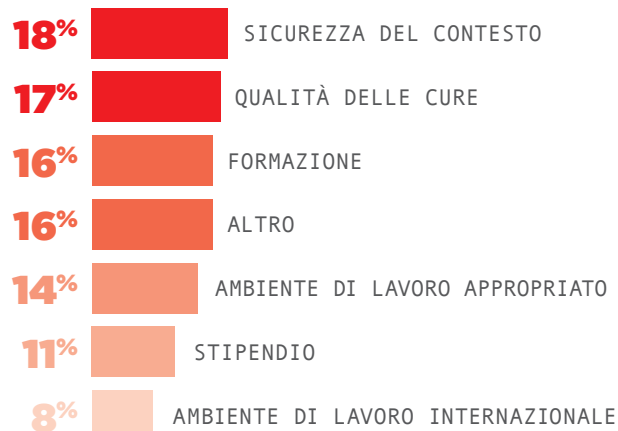
perché i suoceri potrebbero avere idee diverse sul ruolo di una moglie. Inoltre, una "donna in carriera" è spesso qualcosa di nuovo in una famiglia: **il 58% del personale di EMERGENCY che è stato intervistato afferma di essere la prima donna della famiglia ad aver mai lavorato fuori casa.** Queste donne non hanno potuto beneficiare dall'esperienza di madri o sorelle che le hanno precedute in questo percorso pionieristico, ma adesso sono loro a fornire esempio e guida alle sorelle o ad altre ragazze della famiglia estesa che potrebbero seguire i loro passi.

Le famiglie possono dunque essere una risorsa o un ostacolo: mentre la maggioranza delle donne che lavorano per EMERGENCY ricorda che le loro famiglie hanno giocato un ruolo di supporto durante i loro studi e quando hanno iniziato a lavorare, molte altre hanno dovuto lottare per ottenere l'accettazione della famiglia e ci è voluto tempo prima che i parenti potessero vedere gli aspetti positivi della scelta delle loro figlie o mogli. Considerando che le intervistate sono solamente quelle donne che alla fine sono riuscite nel loro intento, è sorprendente che **un terzo di loro abbia riferito di essere stata sottoposta a qualche forma di pressione da parte della famiglia per smettere di lavorare o cambiare le proprie abitudini di lavoro.**

b. IL CENTRO DI ANABAH, IL PUNTO DI SVOLTA



MOTIVI PER LAVORARE AL CENTRO DI ANABAH



Dopo tutte le vicissitudini per ottenere un'istruzione e superare le barriere culturali, il Centro di maternità di Anabah rappresenta un porto sicuro e una buona scuola per ostetriche e infermiere appena laureate. Tra le ragioni suggerite dalle intervistate, **è prevalente la possibilità di fare molta pratica, anche grazie all'alto numero di pazienti – spesso in condizioni gravi – e di migliorare il proprio livello professionale.**

Le operatrici sanitarie riconoscono che i protocolli standard e il sistema di riferimento sono necessari per evitare “di trattare le pazienti a tuo piacimento”; d'altro canto, le operatrici sono incoraggiate a seguire le pazienti in prima persona così che possano “imparare più al Centro di Anabah in una settimana che in un anno intero in un altro ospedale”. Alcune lamentano che negli ospedali pubblici o privati dove avevano lavorato o fatto pratica in precedenza “non permettevano di seguire le pazienti” e “non c'erano possibilità di migliorare le proprie capacità”.

La formazione è considerata una parte centrale del lavoro al Centro di maternità di Anabah, grazie alle sessioni teoriche periodiche e grazie alla formazione giornaliera impartita attraverso la costante collaborazione tra colleghi nazionali e internazionali e la condivisione delle buone pratiche.



La sicurezza è anche come ti senti nel luogo di lavoro, il fatto di non dover essere preoccupata per ogni movimento e azione che fai.

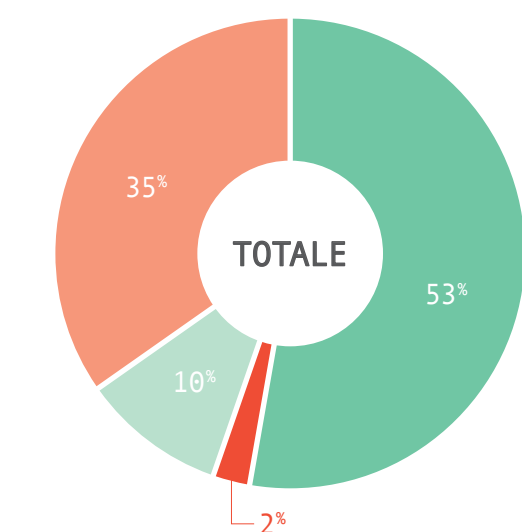
Amministratrice di EMERGENCY
di Rokha, Panshir

IL 53%

DELLO STAFF HA RIFERITO DI ESSERE LA PERSONA CHE GUADAGNA DI PIÙ IN FAMIGLIA

(CONSIDERANDO CHE SOLO 16 DELLE 50 OPERATRICI SONO SPOSATE)

CHI GUADAGNA DI PIÙ IN FAMIGLIA



- STAFF DI EMERGENCY
- MARITO
- ENTRAMBI I CONIUGI
- ALTRI MEMBRI DELLA FAMIGLIA

Acquisire maggiore esperienza e competenza porta a uno status sociale prestigioso agli occhi della gente. Il salario che ricevono migliora enormemente il loro ruolo in famiglia.

Una parte importante dello status ottenuto dalle operatrici sanitarie di EMERGENCY deriva anche dall'alto grado di accettazione sociale di cui EMERGENCY gode tra le comunità locali, al punto che molte operatrici affermano che le loro famiglie non le avrebbero lasciate lavorare in altri ospedali. I fattori che hanno contribuito a questa reputazione sono il personale interamente femminile e il sistema di navetta che porta le pendolari a casa e all'ospedale in sicurezza, mentre chi abita più lontano può fermarsi nella guest-house.

Non è sempre stato così. Come ricordano molte veterane, all'inizio le famiglie non volevano mandare le proprie figlie in ospedale a causa della presenza del personale internazionale. La buona reputazione è quindi ancora più sorprendente perché è stata ottenuta nonostante la connotazione negativa che di solito è associata alla presenza di stranieri dalle persone più conservatrici e non istruite.

Il processo di accettazione è durato molti anni e vi sono ancora pregiudizi profondi che possono riaffiorare occasionalmente, ma grazie alla sua presenza di lunga durata e all'incontrovertibile effetto positivo sulla salute delle comunità locali, EMERGENCY ha ottenuto molta fiducia nella zona.

Persino Mawlawi Yahya, tra i maggiori leader religiosi del Panshir e molto conservatore, ha affermato durante una visita dei membri del consiglio provinciale nel 2016 che "l'ospedale di EMERGENCY è parte della storia del Panshir".²⁵

Questa accettazione garantisce sostenibilità alla scelta e alle carriere del personale femminile dell'ospedale e aumenta le possibilità di espansione di questo modello di empowerment femminile attraverso lo sviluppo di competenze professionali nei distretti confinanti.

“

Prima di far parte del Centro di maternità di Anabah ero semplicemente una ragazza appena uscita da scuola, senza alcuna esperienza, competenza o autostima.

Ma adesso, dopo due anni di studi e pratica, dopo aver aiutato molte persone e visto le mie competenze crescere e la gente rispettarci per questo, ho realizzato che non sono più solamente una ragazza, ma qualcuno che ha un ruolo importante nella società.

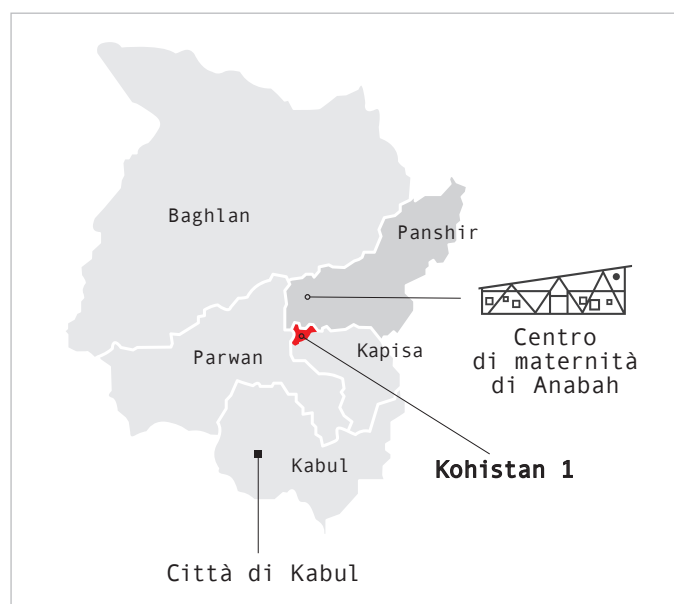
Ginecologa specializzanda di EMERGENCY

c. LE COMUNITÀ DEI VILLAGGI: DAL SOSPETTO AL BENEFICIO

Nelle zone rurali dell'Afghanistan, le donne che lavorano fuori casa sono sempre state l'eccezione e non la norma. Molti membri dello staff del Centro di maternità di Anabah affermano di essere state oggetto di pettegolezzi, di essere state molestate e perfino minacciate dalla gente del loro villaggio.

Tuttavia, **c'è almeno un distretto dove il numero di donne che lavorano come operatrici sanitarie con EMERGENCY è aumentato considerevolmente, facendo sì che queste donne rappresentino una "massa critica" a livello locale.**

Delle 50 intervistate, 17 vengono da un piccolo distretto della provincia di Kapisa, Hisa-e Awal-e Kohistan, conosciuto anche come Kohistan 1.



Parwan, Kapisa e Panshir stanno diventando degli apripista perché la gente accetti il lavoro fuori casa delle donne. Le pazienti arrivano qui da tutto l'Afghanistan e vedono come funziona il sistema.

Ostetrica di Kapisa
e studentessa di medicina

Ad eccezione di tre che si sono trasferite a Kabul, tutte le altre vivono ancora nel loro villaggio di origine, facendo le pendolari ogni giorno per raggiungere il posto di lavoro nel Panshir. Il loro numero è sorprendentemente alto se si considera che il secondo gruppo più grande per distretto di origine, quelle che vengono da Charikar, è composto da sole sette donne (sebbene Charikar abbia il doppio della popolazione di Kohistan 1).

Queste donne sono molto giovani, anche più giovani della media delle loro colleghe al Centro di maternità di Anabah: l'88% ha meno di 26 anni, dunque appartiene alla generazione di operatrici sanitarie che si sono formate nelle nuove strutture universitarie dell'Afghanistan e nell'ospedale di EMERGENCY.

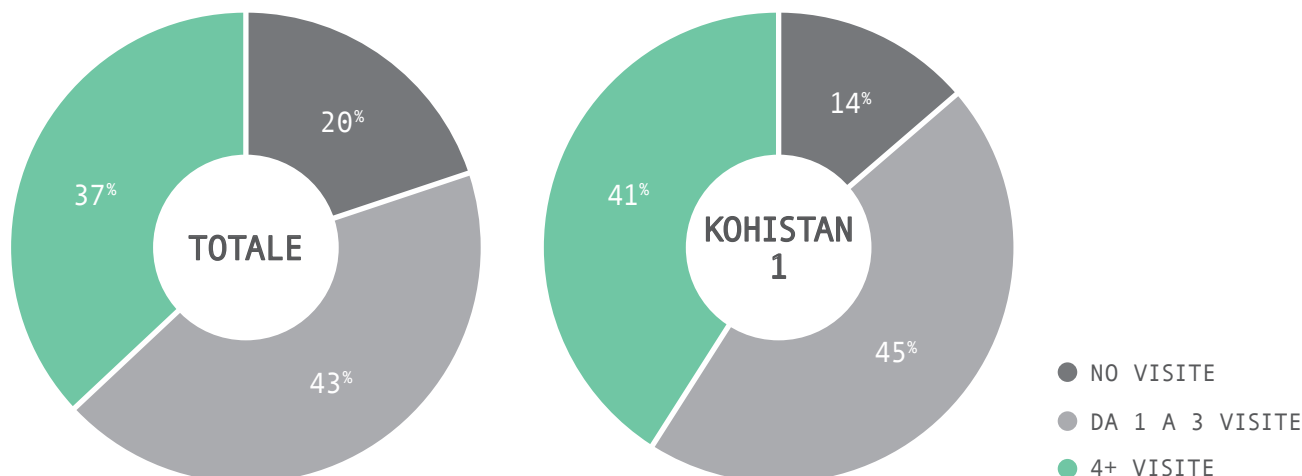
Il loro distretto non dispone di una struttura universitaria: per laurearsi come ostetriche o infermiere si sono dovute trasferire a Kabul o Charikar e stare nei dormitori, o fare le pendolari in qualche distretto confinante in modo da poter frequentare istituti privati molto costosi. Questa 'anomalia' non può essere spiegata solamente in termini di prossimità al Panshir. Kohistan 1, secondo le statistiche dell'Ufficio Centrale Statistiche dell'Afghanistan, occupa il primo posto per alfabetizzazione, sia maschile che femminile nella provincia di Kapisa.²⁶

Ancor più importante: le operatrici hanno migliorato il loro status sociale all'interno delle loro comunità, spesso dopo un difficile inizio in cui erano ostracizzate. Questo miglioramento dello status sociale deriva dal fatto che sono in grado di offrire assistenza a persone con problemi di salute nei loro villaggi.

Per gli abitanti dei villaggi la possibilità di avere un consulente sanitario direttamente a casa e un contatto fidato all'interno dell'ospedale più avanzato della regione costituisce un doppio vantaggio.

Il ruolo di queste operatrici sanitarie nel sensibilizzare e diffondere buone pratiche tra la popolazione nei loro distretti di origine è evidente: le donne provenienti da Kohistan 1 sono circa il 10% delle pazienti intervistate nel Centro di maternità di Anabah, e Kohistan 1 è il distretto di origine più rappresentato.

VISITE PRENATALI TOTALI VERSUS VISITE PRENATALI A KOHISTAN 1



Le madri di Kohistan 1 hanno anche un livello leggermente più alto rispetto alla media delle pazienti di visite prenatali.

Kohistan 1 non possiede alcun elemento specifico che possa aver influenzato questo fenomeno. Il modello attraverso il quale molte famiglie hanno trovato un beneficio economico e intere comunità rurali hanno migliorato l'accesso all'assistenza sanitaria potrebbe essere dunque replicato in altre zone.

“

Alcuni parenti erano contrari all'idea che io andassi a studiare lontano e dovessi passare la notte lì (al dormitorio dell'università a Charikar). Quindi, per convincerli, gli abbiamo spiegato che l'obiettivo era che un giorno avrei fatto qualcosa di molto utile per la nostra gente, perché nella nostra zona non c'era nessuna ostetrica.

Ostetrica afgana
di un FAP in Panshir

“

C'era bisogno di ostetriche nel mio villaggio. Sono l'unica ostetrica qui. La mia famiglia era molto preoccupata e si è opposta ai miei tentativi di ottenere un'istruzione superiore... Mio zio materno era contrario all'idea, così come mio padre e mio fratello. Solamente mia madre voleva che io continuassi, e si scontrò con loro. La gente del mio villaggio invece appoggiava il fatto che qualcuno di lì potesse diventare ostetrica e aiutarli... la gente del mio villaggio cominciò a venire a casa mia a chiedere consigli e col tempo hanno acquistato grande rispetto per le mie competenze. Vedendoli, anche mio padre ha cominciato a rispettarli di più.

Ostetrica afgana, Kapisa

IL 34%

DELLE 50 OPERATRICI
SANITARIE INTERVISTATE

IL 10%

DELLE 300 PAZIENTI
INTERVISTATE

PROVENGONO
DAL DISTRETTO DI
KOHISTAN 1

CONCLUSIONI

GLI OSTACOLI ALL'ASSISTENZA SANITARIA

La ricerca offre uno sguardo approfondito sulle condizioni in cui le donne afgane affrontano un momento fondamentale della loro vita: il parto. A dispetto del notevole influsso di investimenti e tecnologia, il progresso nel campo dell'assistenza sanitaria in Afghanistan è ancora tutt'altro che soddisfacente. Molte donne non hanno ancora consapevolezza dell'importanza di ricevere adeguata assistenza medica materna, prenatale e neonatale. Anche quando ne sono coscienti, sono spesso **impossibilitate ad accedere all'assistenza sanitaria a causa di vari ostacoli, primo tra tutti la sicurezza (40%).** I controlli previsti dai protocolli internazionali, quando effettuati, raggiungono raramente gli standard richiesti e sono ancora considerati "facoltativi" in molte famiglie, mentre sono al di fuori della portata di molte altre. L'utilizzo di metodi anticoncezionali è spesso preso in considerazione solamente in un periodo maturo della vita di una coppia e le donne raramente possono decidere autonomamente se avvalersene.

LA DIFFERENZA FRA LE AREE RURALI E LE AREE URBANE

È preoccupante il divario tra le aree rurali e quelle urbane. Sebbene il campione di donne intervistate provenga da una parte relativamente piccola dell'Afghanistan, la ricerca mostra modelli non omogenei di comportamento in merito all'assistenza sanitaria materna, come emerge chiaramente dalle statistiche divergenti dei due gruppi. La distanza tra questi "due Afghanistan" rischia di aumentare invece di diminuire: negli ultimi anni **l'insicurezza si è diffusa anche in aree del Paese che erano relativamente calme e la nuova situazione genera rischi e costi ulteriori per la popolazione che deve accedere all'assistenza sanitaria. La situazione di insicurezza crescente influisce negativamente sulla loro possibilità di accedere alle strutture sanitarie.** In contesti insicuri, la mobilità delle donne è ulteriormente limitata dalle loro famiglie. **La disponibilità degli uomini a permettere alle donne di accedere alle cliniche e agli ospedali dipende da fattori di sicurezza, così come dal timore di compromettere l'onore della famiglia a causa dell'esposizione delle donne ad ambienti promiscui e pericolosi.** Anche i costi influiscono maggiormente sugli abitanti delle zone rurali che generalmente, devono spendere più soldi per raggiungere le strutture

mediche, avendo solitamente un reddito più basso rispetto agli abitanti delle zone urbane. Nonostante queste differenze, **le donne afgane condividono un deficit di autonomia in termini di potere decisionale dentro la casa, specialmente su questioni riguardanti l'assistenza sanitaria. L'unica eccezione seppur parziale riguarda le donne con istruzione superiore e, soprattutto, quelle che lavorano fuori casa, che costituiscono una piccola minoranza tra le pazienti.**

I PUNTI DI FORZA DEL CENTRO DI ANABAH

Come descritta dalle intervistate, la posizione del Centro di maternità di Anabah di EMERGENCY, lo rende più facilmente accessibile agli abitanti delle zone remote e, grazie al sistema di riferimento dei FAP/PHC e delle cliniche governative, anche a quelli di alcune aree isolate di montagna. Al contrario degli altri maggiori ospedali di questa parte dell'Afghanistan, quasi tutti situati a Kabul, chi spende di più per raggiungere il Centro di maternità di Anabah sono le donne di Kabul, che potrebbero permettersi una "scelta di qualità" in città. Le spese di viaggio in cui incorrono sono tuttavia bilanciate da assistenza sanitaria e permanenza totalmente gratuite.

L'ambiente vietato alle armi, l'assistenza centrata sul paziente, la presenza continua del personale e la composizione interamente femminile sono elementi che placano le preoccupazioni dei familiari circa l'opportunità di portare le mogli e le figlie in ospedale. La presenza di stranieri è percepita come un'ulteriore conferma della qualità dell'assistenza medica fornita ed è riuscita a non divenire un elemento controverso agli occhi dei locali.





L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

La formazione fornita da specialisti stranieri e la buona qualità di procedure e medicine sono menzionate dalle pazienti e dal personale come i fondamenti della buona reputazione del Centro.

Due anni di lavoro al Centro di maternità di EMERGENCY sono riconosciuti dal governo afgano equivalenti ai corsi per ostetriche dell'università e abilitano le donne all'esame di Stato per ottenere la certificazione. Di fatto, le ostetriche e le infermiere "diplomate" nel Centro di maternità di Anabah sono molto richieste dagli altri ospedali della regione.

L'alto grado di accettazione di cui gode EMERGENCY tra la popolazione locale non solo ha garantito sostenibilità alle attività dell'organizzazione, ma ha anche contribuito a dare forma a un crescente ruolo sociale delle operatrici sanitarie nella regione. Oggi non sono più semplicemente eccezioni tollerate alla regola secondo cui le donne dovrebbero rimanere a casa, ma stanno diventando membri rispettati dalle loro comunità.

IL CASO DI KOHISTAN 1

È interessante il cambiamento nelle aree rurali intorno al Centro di maternità di Anabah, come Kohistan 1 della provincia di Kapisa, dove molte giovani donne hanno trovato lavoro con EMERGENCY.

Un approccio utilitaristico da parte delle comunità riguardo all'importanza che le donne contribuiscano all'economia familiare e alla disponibilità di operatrici sanitarie qualificate nei villaggi si è dimostrato più forte delle restrizioni religiose o culturali. A loro volta, queste professioniste contribuiscono a diffondere consapevolezza dell'importanza dell'assistenza sanitaria nelle loro comunità di origine, e incoraggiano altre donne ad assumere un ruolo attivo nel prendere decisioni sulla salute e a sfidare tabù sociali e scetticismo familiare, intraprendendo un corso di studi o una carriera professionale.

IL MODELLO DI EMERGENCY

Il Centro di maternità di Anabah è dunque diventato un luogo dove le donne possono realizzare il loro ruolo sociale come madri o come operatrici sanitarie in maniera assertiva, autonoma e rilassata.

Sfidando le attitudini e le aspettative maschili, sono riuscite a portare questo nuovo ruolo nella società.

Un circolo virtuoso basato sull'emulazione di questo modello di accesso alla salute, formazione e lavoro potrebbe essere diffuso in altri distretti della regione serviti dal Centro di maternità di Anabah, così come in altre parti del Paese. Un sistema di riferimento con piccole cliniche e la creazione di altri FAP/PHC in aree remote potrebbe estendere alcuni dei benefici di questo modello anche ad aree che sono sfuggite al controllo del governo, e dunque aiutare a prevenire il collasso di quegli standard di base nell'assistenza materna e neonatale che hanno rappresentato un fragile traguardo della ricostruzione del sistema sanitario afgano avviata negli ultimi anni.

L'esperienza del Centro di maternità di Anabah rafforza l'evidenza che le strategie per ridurre i tassi di mortalità materna e neonatale debbano concentrarsi sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Negli ultimi decenni, sono stati realizzati a livello globale sforzi per massimizzare l'assistenza professionale alla nascita e il parto in strutture sanitarie, ma non sono stati sufficienti per ottenere un reale impatto positivo sulla salute. Di fatto, nonostante la crescita nel numero di parti che avvengono in strutture sanitarie, la scarsa qualità dell'assistenza ha addirittura contribuito a risultati negativi in termini di morbidità e mortalità.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito la qualità dell'assistenza come "il livello in cui i servizi sanitari forniti agli individui e ai pazienti migliorano i risultati sanitari desiderati. Per realizzare ciò, l'assistenza sanitaria deve essere sicura, effettiva, tempestiva, efficiente, equa e centrata sulle persone". Inoltre, "la qualità dell'assistenza dipende dalle infrastrutture fisiche, dalle risorse umane, dalle conoscenze, competenze e capacità nell'affrontare sia gravidanze normali sia complicanze che richiedono interventi celeri salva-vita."

I risultati della nostra ricerca sottolineano e rafforzano il concetto per cui la qualità dell'assistenza sanitaria è un elemento centrale nel facilitare l'aumento dei parti assistiti da personale qualificato e i parti ospedalieri, così come nell'avere effetti positivi sugli obiettivi della salute materna.

NOTE

1. *Women and Men in Afghanistan series* (<http://cso.gov.af/en/page/1500/11161/12727>)
2. *The Lancet Global Health Volume 4, Issue 5, June 2016*
3. *Ministry of Public Health DHS Program, Afghan Demographic and Health Survey 2015*, (gennaio 2017), p.135 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR323/FR323.pdf>)
4. Un "ambiente di lavoro appropriato" significa un luogo professionale dove le donne vengono trattate con rispetto e possono svolgere il proprio lavoro in modo organizzato e efficiente
5. Per un primo tentativo nel fornire dati completi, si veda Oxfam, "*The Cost of War: Afghanistan's experiences of conflict 1978-2009*" (https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/afghanistan-the-cost-of-war_14.pdf). Per una corretta comprensione delle fonti delle statistiche sulle vittime in Afghanistan, si veda Ruttig T., "*More Violent, More Widespread: trends in Afghan security in 2017*", *Afghanistan Analysts Network*, 29 gennaio 2018 (<https://www.afghanistan-analysts.org/more-violent-more-widespread-trends-in-afghan-security-in-2017/>)
6. UNAMA, "*Civilian Deaths in 2018 at Highest Recorded Level*", 24 febbraio 2019 (<https://unama.unmissions.org/civilian-deaths-afghan-conflict-2018-highest-recorded-level---un-report>)
7. Bjelica J. e Ruttig, T., "*The State of Aid and Poverty in 2018: A new look at aid effectiveness in Afghanistan*", *Afghanistan Analysts Network*, 17 maggio 2018 (<https://www.afghanistan-analysts.org/the-state-of-aid-and-poverty-in-2018-a-new-look-at-aid-effectiveness-in-afghanistan/>)
8. WHO, "*Afghanistan Attacks on healthcare*", 24 giugno 2019 (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Afg-Attacks-on-Health-Care-20190623.pdf>)
9. Lo Stato Islamico in Afghanistan è conosciuto principalmente come Daesh (dall'acronimo del nome originale arabo) o come ISKP, *Islamic State Khorasan Province*, il nome del suo ramo specifico attivo in Afghanistan e Pakistan
10. LSHTM, "*Health Policy in Afghanistan: Two years of rapid change*", 2005, pp.8-9 (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08c97ed915d622c001445/ContractHealthServicesAfghanCaseStudy.pdf>)
11. CDC/UNICEF/MOH 2002, MOH 2004, UNICEF MICS 2003
12. WHO, "*Essential Package of Hospital Services in Afghanistan*", 2005, p.V (<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16169e/s16169e.pdf>)
13. Contributi validi alla conoscenza statistica della società afgana sono stati forniti dalle inchieste periodiche realizzate all'Organizzazione Statistica Centrale Afgana, come l'Inchiesta sulla Mortalità in Afghanistan 2010 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr248/fr248.pdf>), l'Inchiesta su Salute e Demografia 2015 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR323/FR323.pdf>) e l'Inchiesta sulle Condizioni di Vita in Afghanistan 2016-2017 (<http://cso.gov.af/en/page/1500/1494/nrav-report>). Tuttavia, molti dati sui distretti insicuri rimangono inaccessibili
14. CSO/UNFPA, *SDES Maternal Mortality Monograph*, 8 giugno 2017, p.30 (https://afghanistan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternal%20Mortality%204%20web_0.pdf)
15. *Ministry of Public Health DHS Program, Afghan Demographic and Health Survey 2015* (gennaio 2017), p.245, (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR323/FR323.pdf>). Secondo alcune analisi, queste informazioni potrebbero essere sovrastimate; per un approfondimento sugli indicatori relativi alla mortalità materna in Afghanistan si veda: Bartlett, L. Et al., "*Progress and Inequities in Maternal Mortality in Afghanistan*", *The Lancet*, Vol 5 Issue 5, May 2017, ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30139-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30139-0/fulltext))
16. *Ministry of Public Health DHS Program, Afghan Demographic and Health Survey 2015*, (gennaio 2017), p.245 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR323/FR323.pdf>)
17. *Ministry of Public Health DHS Program, Afghan Demographic and Health Survey 2015*, (gennaio 2017), p.129 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR323/FR323.pdf>)
18. Ibid
19. Archivio Riviste Trimestrali di EMERGENCY
20. Haver J. et al. "*Misoprostol for Prevention of Postpartum Haemorrhage at Home Birth in Afghanistan: Program expansion experience*", *J Midwifery Women's Health* 2016; 61: 196-202
21. La situazione economica delle famiglie è stata valutata anche in base al possesso dei seguenti beni domestici: frigorifero, stufa/cucina a gas, generatore, radio, TV, lettore DVD/VCR, telefono satellitare, telefono cellulare, motocicletta, macchina.
22. Da notare che le donne della città di Charikar non mostrano differenze sostanziali in termini d'istruzione rispetto alle tendenze più generali delle aree rurali della provincia di Parwan
23. Si vedano i dati della Banca Mondiale sull'Afghanistan (<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=AF>)
24. Più di uno tra radio, TV, internet, quotidiani/riviste
25. Intervista con Wafi Akbar Jan, Anabah, 20 agosto 2018
26. CSO/UNFPA, *Socio-Economic and Demographic Survey Kapisa*, 2012, p. 27 (<http://cso.gov.af/Content/files/SDES%20Kapisa%20Report%20-%20Final.pdf>)

LETTURE DI APPROFONDIMENTO

The World Bank Group "Progress in the face of insecurity. Improving health outcomes in Afghanistan" 2018

Cordaid "Afghanistan: Monitoring Women's Security in Transition - Cycle 5" Gennaio 2015

Islamic Republic of Afghanistan Central Statistics Organization, Afghanistan Living Conditions Survey 2016-17

Arnold R., E. van Teijlingen, K. Ryan and I. Holloway, "Understanding Afghan Healthcare Providers: a qualitative study of the culture of care in a Kabul maternity hospital", BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015

Massahikhaleghi P., A. Tehrani-Banihashemi, S. Ataullah Saeedzai, S. Musa Hossaini, S. Amin Hamedji, M. Moradi-Lakeh, M. Naghavi, C. J. L. Murray and A. H. Mokdad, "Burden of Diseases and Injuries in Afghanistan, 1990-2016: Findings from the global burden of disease 2016 Study", Archives of Iranian Medicine, Volume 21, Issue 8, August 2018

Strong L., A. Wali and E. Sondorp, "Health Policy in Afghanistan: Two years of rapid change. A review of the process from 2001 to 2003", London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2005

Higgins-Steele A., J. Burke, A. I. Foshanji, F. Farewar, M. Naziri, S. Seddiqi and K. M. Edmond, "Barriers Associated with Care-seeking for Institutional Delivery Among Rural Women in Three Provinces in Afghanistan", BMC Pregnancy and Childbirth, volume 18, Article number: 246 (2018)

Islam Republic of Afghanistan Ministry of Public Health "Health in a Glance" 2018

Arnold, R., "Afghan Women and the Culture of Care in a Kabul Maternity Hospital", Doctoral Thesis, Bournemouth University, Luglio 2015

Maisam Najafizada S. A., I. L. Bourgeault and R. Labonté, "Social Determinants of Maternal Health in Afghanistan: A review", Central Asian Journal of Global Health 2017; 6(1): 240

Islamic Republic of Afghanistan Central Statistics Organization, Socio-Demographic and Economic Survey. Maternal Mortality Provinces of Kabul, Bamiyan, Daykundi, Ghor, Kapisa and Parwan, 2017

Islamic Republic of Afghanistan Central Statistics Organization, Socio-Demographic and Economic Survey. Gender Provinces of Kabul, Bamiyan, Daykundi, Ghor, Kapisa and Parwan, 2017

Speakman E. M., A. Shafi, E. Sondorp, N. Atta and N. Howard, "Development of the Community Midwifery Education Initiative and its Influence on Women's Health and Empowerment in Afghanistan: a case study", BMC Women's Health, volume 14, Article number: 111 (2014)

Tappis H., M. Koblinsky, S. Doocy, N. Warren and D. H. Peters, "Bypassing Primary Care Facilities for Childbirth: Findings from a multilevel analysis of skilled birth attendance determinants in Afghanistan", Journal of Midwifery & Women's Health, Volume 61, Issue 2, March/April 2016

SIGAR "Afghanistan's Health Care Sector: USAID's Use of Unreliable Data Presents Challenges in Assessing Program Performance and the Extent of Progress" Gennaio 2017

Bjelica, J. and T. Ruttig, "The State of Aid and Poverty in 2018: A new look at aid effectiveness in Afghanistan", Afghanistan Analyst Network, 17 maggio 2018

Van der Lijn J., "Development Assistance in Afghanistan after 2014: From the military exit strategy to a civilian entry strategy", SIPRI Insights on Peace and Security, No. 2013/4 October 2013

World Health Organization, "Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities", 2016

GLOSSARIO

AfDHS – Afghanistan Demographic and Health Survey, Inchiesta Demografica e Sanitaria dell'Afghanistan

ANC – Antenatal Care, Cure Prenatali

ANSF – Afghan National Security Forces, Forze Afgane di Sicurezza Nazionale

AOGs – Armed Opposition Groups, Gruppi Armati di Opposizione

BPHS – Basic Package of Health Services, Pacchetto Basico di Servizi Sanitari

CS – Caesarean Section, Parto Cesareo

EPHS – Essential Package of Hospital Services, Pacchetto Essenziale di Servizi Ospedalieri

FAP – First Aid Post, Posto di Primo Soccorso

IEDs – Improvised Explosive Devices, Ordigni Esplosivi Improvvisati

ISKP – Islamic State Khorosan Province, Stato Islamico della provincia di Khorosan

MOWA – Ministry of Women Affairs, Ministero per gli Affari delle Donne

OB&GYN – Obstetrics and Gynaecology, Ostetricia e Ginecologia

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità

PHC – Primary Health Centre, Centro sanitario

SBA – Skilled Birth Attendants, Assistenti al Parto Qualificate

UNFPA – United Nations Population Fund, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione

VBAC – Vaginal Birth After Caesarean, Parti vaginali con pregresso cesareo

EMERGENCY ONG ONLUS

Via Santa Croce 19 - 20122 **Milano** | T +39 02 881881 - F +39 02 86316336

Via dell'Arco del Monte 99/A - 00186 **Roma** | T +39 06 688151 - F +39 06 68815230

Isola della Giudecca 212 - 30133 **Venezia** | T +39 041 877931 - F +39 041 8872362

info@emergency.it - www.emergency.it

EMERGENCY è presente anche nel Regno Unito, Svizzera e Stati Uniti, e ha una rete di volontari a Barcellona, Berlino, Bruxelles, Hong Kong, Hyogo, Londra, Los Angeles, New York, Canton Ticino e Vienna.



EMERGENCY