

REPORT 2015

Realizzato da AMKA Onlus



INDAGINE SULLA SICUREZZA ALIMENTARE, CURE E ALIMENTAZIONE DEI BAMBINI TRA 0 E 5 ANNI

Area di Mabaya, Zone di Salute di Kipushi, Katanga, Rep. Dem. del Congo

Indagine condotta da AMKA Onlus e AMKA Katanga Asbl

Preparata da:

Castellano Emanuela - *Responsabile dei progetti nella RDC*
Munaretto Federico - *Consulente antropologo Progetto nutrizione*

Interviste condotte da:

Mwika Karyl - *Nutrizionista*
Nswana Desiré - *Animatore comunitario*
Umba Flavie - *Animatrice comunitaria*

Con la collaborazione di:

Muteba Karaj Francine - *Coordinatrice dei progetti in Katanga*
Mbombo Faty - *Animatrice comunitaria*

Traduzione dal francese *pro bono* a cura di:

Traducendo Company Limited (www.traducendo.net)
con la collaborazione di

Alessia Rosafio, Oscar Romagnone, Ada de Micheli e Gabriella Tindiglia

INDICE

INDICE	5
ELENCO DELLE TABELLE	8
ELENCO DELLE FIGURE.....	8
INTRODUZIONE.....	9
1. Contesto: malnutrizione e sicurezza alimentare nella Repubblica democratica del Congo e nel Katanga.	10
2. Il lavoro di AMKA nell'ambito della Nutrizione e della Sicurezza Alimentare	11
3. Oggetto della ricerca e organizzazione della Relazione	14
Domande della ricerca	14
Scopi della ricerca.....	14
Organizzazione della Relazione:.....	14
4. Definizioni dei concetti	14
PARTE I - Indagine quantitativa e rilevazione della malnutrizione nei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi	17
1. Rilevazione della malnutrizione nei bambini di età compresa tra 0 e 5 anni nella zona sanitaria di Mabaya (zona sanitaria di Kipushi)	19
1.1 Metodologia	19
Obiettivo generale della ricerca	19
Obiettivi specifici della ricerca.....	19
Metodologia della raccolta.....	19
Metodologia di analisi dei dati	19
Zona della ricerca	19
Il campione della ricerca.....	19
Popolazione individuata come target.....	19
1.2 Presentazione dei risultati della ricerca	20
I risultati relativi alla prevalenza dell'insufficienza ponderale nei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi	20
I risultati relativi alla prevalenza della denutrizione (magrezza) nei bambini di età compresa tra 6 e 59 mesi nella zona	20
2. L'indagine quantitativa condotta tra le madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.....	21
2.1. Metodologia	21
Obiettivo generale della ricerca	21
Obiettivi specifici della ricerca.....	21
Metodologia della raccolta.....	21
Metodologia di analisi dei dati	21

Zona della ricerca	21
Il campione della ricerca.....	22
2.2. Presentazione dei risultati della ricerca	22
I risultati relativi alle conoscenze in materia di nutrizione delle madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.	22
I risultati relativi all'utilizzo degli alimenti ricchi di proteine (fagioli, arachidi, soia) nelle famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.	22
PARTE II – Indagine qualitativa delle cause della malnutrizione dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi	25
1. Indagine qualitativa condotta tra le madri dei bambini malnutriti di età compresa tra 0 e 59 mesi.....	27
1.1. Metodologia	27
Obiettivo generale della ricerca	27
Obiettivi specifici della ricerca.....	27
Metodologia di raccolta dei dati	27
Metodologia di analisi dei dati	28
I vantaggi e i limiti della metodologia.....	28
Zona della ricerca	28
Il campione della ricerca.....	28
Popolazione individuata come target.....	28
1.2 Presentazione dei risultati della ricerca	29
La conoscenza della malnutrizione da parte delle madri con bambini malnutriti.	29
Le malattie infantili percepite dalle madri.	29
La percezione delle malattie comuni da parte delle madri	30
Percezione da parte delle madri rispetto alla malnutrizione	32
I comportamenti rispetto alla malnutrizione e la percezione di “salute, malattie e rischi” nel bambino.....	34
Percezione della gravità e delle cause delle malattie correlate con l'alimentazione dei bambini .	34
Percezione delle conseguenze nei bambini delle malattie correlate con l'alimentazione	35
Il trattamento delle malattie percepite come comuni e di quelle correlate con l'alimentazione nel bambino di età inferiore a 5 anni.	35
La prevenzione delle malattie percepite come comuni e di quelle correlate con l'alimentazione	35
Trattamento delle malattie comuni (croniche).	37
Il trattamento delle malattie legate all'alimentazione.....	39
Il nutrimento del bambino.....	40
Percezione e pratiche dell'allattamento al seno.	40
Percezione e pratiche di alimentazione complementare e svezzamento del bambino.....	41

Percezione e prassi consuetudinarie delle madri in relazione alle visite prenatali e ai luoghi di parto	43
PARTE III – Indagine qualitativa sui fattori determinanti della sicurezza alimentare	46
1. Indagine qualitativa condotta presso le massaie residenti nel distretto di Mabaya.....	47
1.1 Metodologia della ricerca	47
Obiettivo generale della ricerca	47
Obiettivi specifici della ricerca.....	47
Metodologia della raccolta dei dati.....	47
Metodologia dell’analisi dei dati	48
Limiti della metodologia	48
L’area della ricerca.....	48
Il campione di ricerca	48
La popolazione considerata.....	48
1.2 Risultati della ricerca	49
L’abitazione e i beni personali	49
Principali attività e mezzi di sostentamento dei nuclei familiari.....	50
Introduzione alle attività dei nuclei familiari.....	50
Le attività svolte dalle donne	52
Le attività svolte dagli uomini.....	54
Osservazioni.....	55
Spostamenti e ricorso all'aiuto esterno.....	56
Disponibilità alimentare	56
Risorse agricole e mezzi di produzione	56
Produzione agricola, stoccaggio e vendita	59
Bestiame e allevamento	63
L'acquisto.....	64
Sicurezza alimentare.....	65
Accesso agli alimenti	65
Il consumo alimentare	66
Livello di sicurezza alimentare.....	67
CONCLUSIONI	69
Devianza positiva	70
L'approccio della devianza positiva (DP)	70
Caso di studio 1.....	71
Caso di studio 2.....	71

Osservazioni finali.....	72
--------------------------	----

ELENCO DELLE TABELLE

Table 1: Stato nutrizionale dei bambini relativo all'insufficienza ponderale	20
Table 2: Stato nutrizionale dei bambini relativo all'insufficienza ponderale a livello di villaggio	20
Table 3: Stato nutrizionale dei bambini relativo alla malnutrizione acuta	20
Table 4: Stato nutrizionale dei bambini relativo alla malnutrizione acuta a livello di villaggio	20
Table 5: Percezione delle malattie infantili: malattie presenti e quelle più ricorrenti.....	30
Table 6: Percezione delle malattie infantili: segni, sintomi e cause delle malattie presenti nell'area.	30
Table 7: Percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Malattie percepite.....	32
Table 8: Percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Segni e sintomi percepiti.	33
Table 9: percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Cause percepite.	35
Table 10 : Misure di prevenzione adottate in relazione alle malattie presenti nell'area.	36
Table 11: Misure di trattamento delle malattie presenti nell'area.....	37
Table 12: Attività condotte all'interno del nucleo familiare	51
Table 13: Gruppi di stili di vita	52
Table 14: Particolare delle attività svolte dalle donne all'interno del campione.....	54
Table 15: Particolare delle attività svolte dagli uomini all'interno del campione.....	55
Table 16: Particolare sulla produzione agricola	60
Table 17: Produzione media di mais	61
Table 18: Situazione dell'allevamento.....	63
Table 19: indicatore di dipendenza della famiglia dal mercato	64

ELENCO DELLE FIGURE

Figure 1: Particolare di una collana utilizzata per la protezione del bambino	36
Figura 2: Attività del nucleo familiare ripartite in base al sesso	51
Figura 3: Distribuzione delle attività svolte dalle donne all'interno del campione.....	53
Figura 4: Distribuzione delle attività svolte dagli uomini all'interno del campione.....	55
Figura 5: Tipologia delle sementi utilizzate in funzione dell'isolamento del villaggio	58
Figure 6: Tipologia di fertilizzanti usati in funzione dell'isolamento del villaggio	59
Figura 7: Produzione agricola	60
Figura 8: Ripartizione delle spese settimanali.....	64
Figura 9: Indicatori di consumo settimanale	66

INTRODUZIONE

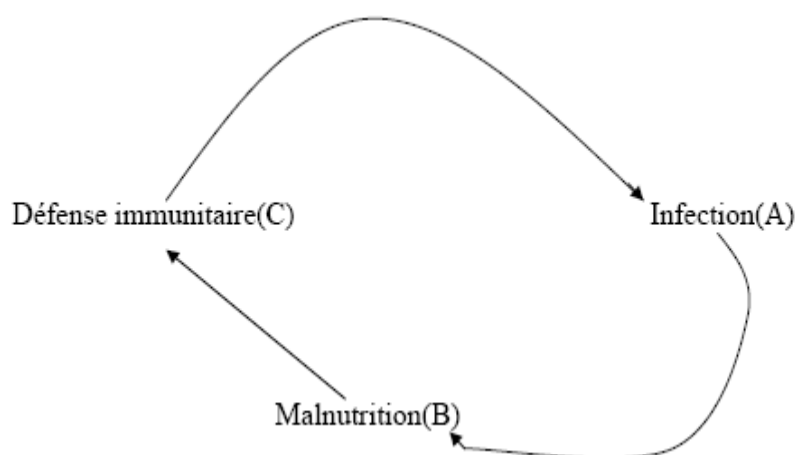
Nonostante i ripetuti interventi in campo alimentare, la Repubblica Democratica del Congo (RDC) rimane uno dei paesi al mondo che presenta il maggior numero di bambini che soffrono di malnutrizione. Si stima che ogni anno, *un bambino su dieci* sia affetto da malnutrizione acuta grave.

I numerosi conflitti e la cattiva gestione del paese hanno danneggiato il sistema sanitario in termini organizzativi e lo hanno reso ancora più dipendente dall'aiuto esterno. Tale contesto contribuisce al persistere di problemi legati alla denutrizione e, allo stesso tempo, rende difficoltosa la gestione delle conseguenze, sia a breve che a lungo termine.

Nel breve periodo, la malnutrizione colpisce lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino, indebolisce il sistema immunitario e aumenta il rischio di malattie e di mortalità. Nel lungo periodo invece, l'impatto negativo della malnutrizione si ripercuote sullo sviluppo umano ed economico del paese. Secondo Eric Alain Atebo, capo del programma di nutrizione del Fondo delle Nazioni unite per l'infanzia (Unicef): *"La malnutrizione contribuisce a un abbassamento del PIL che va dal 2% al 3% annuo. Oramai è da considerarsi come una questione di sviluppo nazionale¹".* Di conseguenza diviene necessario tener conto dell'impatto a lungo termine della malnutrizione sulle prospettive di sviluppo economico e sociale del paese.

La malnutrizione rappresenta oggi uno dei problemi principali nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo. La malnutrizione ha molteplici cause quali: l'insufficiente disponibilità di cibo; la cattiva distribuzione dello stesso; il mancato utilizzo di tecniche appropriate di conservazione dei generi alimentari, la mancanza di reddito, i problemi sanitari e quelli legati all'educazione.

Più in generale, la malnutrizione è la conseguenza di un apporto alimentare inadeguato, in quantità inadatte ai bisogni (apporto calorico insufficiente o, al contrario, eccessivo), o di scarsa qualità (carenze nutrizionali o eccessi di grassi...); oppure può essere la conseguenza di una malattia infettiva che determina difficoltà nell'assorbimento delle sostanze nutritive. Il risultato è il seguente:



- A.** L'infezione mina l'apporto nutrizionale causando malnutrizione in quanto provoca mancanza di appetito, esaurimento delle riserve del corpo e cattivo assorbimento degli alimenti.

¹ <http://www.radiookapi.net/actualite/2014/09/25/rdc-43-denfants-de-moins-de-5-ans-souffrent-de-la-malnutrition-chronique>

- B.** A sua volta, la malnutrizione indebolisce il sistema immunitario del corpo dal momento che:
- riduce lo spessore della pelle consentendo ai microrganismi di penetrarvi più facilmente,
 - appiattisce i microvilli delle membrane causando una riduzione nella secrezione di anticorpi,
 - riduce la massa dei tessuti deputati alla produzione di globuli bianchi.
- C.** Quando il sistema immunitario è indebolito, tutte le malattie infettive approfittano della situazione invadendo il corpo. E il ciclo si ripete.

Secondo l'OMS, per l'identificazione e la determinazione dello stato nutrizionale dei bambini, si devono utilizzare tre indicatori antropometrici, che combinano le misure relative al peso e all'altezza con l'età, la misura della circonferenza brachiale (MUAC) e la ricerca di edemi. Questi indicatori sono:

1. Il rapporto altezza/età, per la misurazione del ritardo di crescita o malnutrizione cronica.
2. Il rapporto peso/altezza, per la misurazione dell'emaciazione o malnutrizione acuta.
3. Il rapporto peso/età, per la misurazione dell'insufficienza ponderale.

1. Contesto: malnutrizione e sicurezza alimentare nella Repubblica democratica del Congo e nel Katanga.

La malnutrizione proteico-energetica (MPE) nei bambini di età compresa tra 0 e 5 anni rappresenta un problema di salute pubblica nella RDC. Come avviene generalmente nei paesi in via di sviluppo, la malnutrizione colpisce soprattutto i bambini di età da 0 a 59 mesi, le donne in gravidanza e le donne in allattamento.

Numerosi casi clinici dimostrano che la sotto-nutrizione (denutrizione) in la gravidanza e nella prima infanzia contribuisce, direttamente o indirettamente, alla mortalità infantile, infanto-giovanile e materna. I bambini malnutriti sono esposti ad un rischio più elevato di contrarre malattie, di mortalità e sono altresì esposti a dei ritardi o anomalie nello sviluppo mentale.

Nel 2012, al fine di combattere i problemi di malnutrizione, il governo della RDC, in collaborazione con il programma nazionale di nutrizione (PRONANUT), ha definito e attuato un nuovo protocollo di Trattamento integrato della malnutrizione acuta (PCIMA). Il PCIMA rappresenta anche una strategia per consentire alla Repubblica Democratica del Congo di conseguire gli Obiettivi di sviluppo del millennio, fissati a fine 2015.

L'Indagine demografica EDS-RDC II (2013-2014) ha raccolto le informazioni relative alle pratiche alimentari nei bambini di età inferiore ai due anni (allattamento al seno, alimentazione complementare e uso del biberon). Sono state altresì raccolte informazioni sullo stato nutrizionale dei bambini di età inferiore a 5 anni e delle donne di età compresa tra 15 e 49 anni, in quanto entrambi considerati gruppi vulnerabili.

I risultati principali dell'indagine EDS-RDC II sono i seguenti:

- Il 43% dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi soffre di ritardo nella crescita o di malnutrizione cronica causata da lunghi periodi di alimentazione inadeguata. Di questi, quasi la metà (23%) in forma grave;

- Il 9% dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi soffre di magrezza, una forma di malnutrizione acuta recente, determinata dal rapporto peso/altezza inferiore alla media, e un terzo (3%) di questi in forma grave;
- Il 23% presenta insufficienza ponderale e circa un terzo (7%) in forma grave;
- I risultati dimostrano che il livello di malnutrizione cronica è nettamente influenzato dal livello di istruzione della madre: dal 51% per i bambini con madri non scolarizzate, la percentuale di bambini affetti da malnutrizione cronica passa al 47% per quelli con madri con istruzione primaria, al 33% per i bambini con madri che hanno ricevuto un'istruzione secondaria e al 13% per bambini con madri con istruzione superiore.

La persistente insicurezza nelle zone della provincia orientale, del Nord-Kivu, del Sud-Kivu e del Katanga continua a limitare l'accesso alla terra e ai fertilizzanti, riducendo la capacità di produzione delle famiglie.

Secondo l'ultima analisi disponibile sulla sicurezza alimentare (*Integrated Phase Classification, IPC*), realizzata tra dicembre 2014 e giugno 2015, il numero di persone in situazione di insicurezza alimentare acuta e la crisi dei mezzi di sussistenza (IPC fase 3: "crisi" e IPC Fase 4: "emergenza umanitaria") è stimato in circa 6,5 milioni.

L'analisi dell'IPC in corso, comparata a quella di giugno 2014 (zona orientale) e di dicembre 2013 (intero paese), mostra una riduzione complessiva di 0,5 milioni di persone classificate come in "crisi" (Fase 3) e un aumento di circa 523.000 persone in "emergenza umanitaria" (Fase 4). L'insicurezza alimentare acuta è aumentata a Sud dell'Irumbu (provincia orientale) e nel Djera (provincia dell'Equatore). Dal 2013, il progressivo intensificarsi della guerra civile, in particolare nelle province orientali, ha danneggiato gravemente i sistemi di sussistenza locali e ha causato migrazioni di massa².

2. Il lavoro di AMKA nell'ambito della Nutrizione e della Sicurezza Alimentare

AMKA lavora dal 2004 nell'area di salute di Mabaya (zona di salute di Kipushi, Katanga, Repubblica Democratica del Congo) con progetti integrati e comunitari.

AMKA ha iniziato a lavorare nel settore della Nutrizione nel 2009. Per fronteggiare l'emergenza e rispondere ai numerosi casi di malnutrizione acuta nella zona, l'associazione ha costituito un'Unità Nutrizionale Terapeutica nel villaggio di Kanyaka (a 17 Km da Lubumbashi). L'associazione sostiene la comunità locale nel trattamento della malnutrizione acuta, realizzando campagne volte a sensibilizzare le madri sull'alimentazione e sulla nutrizione, favorendo lo sviluppo delle colture locali più ricche in proteine (fagioli, arachidi, soia) ed effettuando dimostrazioni culinarie nei villaggi.

Nel corso dei mesi di febbraio e marzo 2015, AMKA ha condotto un'Indagine quantitativa e una Screening nutrizionale (PARTE I della Relazione) come procedura preliminare volta a individuare le informazioni propedeutiche per organizzare e realizzare una successiva indagine più approfondita finalizzata a riorientare il suo progetto di sostegno.

² <http://www.fao.org/gIEWS/countrybrief/country.jsp?code=COD>

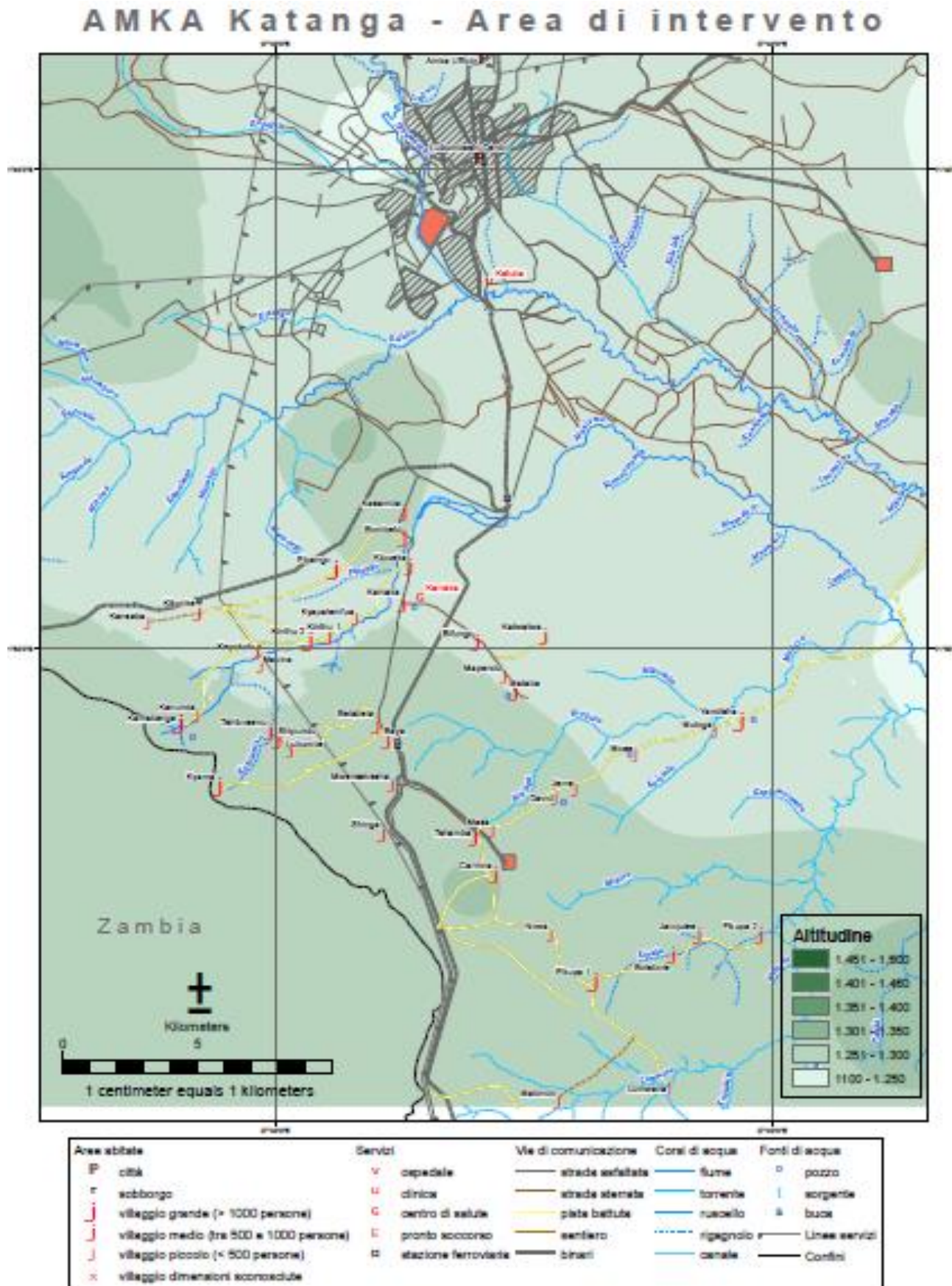
Da questa è emerso che la situazione alimentare nella zona sanitaria di Mabaya è ancora gravissima, le persone non riescono ad avere un accesso concreto né a sufficienti quantità di cibo né a cibo che sia sano e nutriente tale da assicurare una risposta adeguata ai propri bisogni alimentari. Persiste nella zona un rischio elevato di malnutrizione nei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi ed un altrettanto rischio di ricaduta in quelli dimessi dall'Unità Nutrizionale Terapeutica. Ciò deriva da differenti fattori : la produzione agricola delle famiglie e le tecniche di conservazione dei prodotti non sono né sufficienti né appropriate ai bisogni reali; la popolazione non ha ancora assimilato conoscenze sufficienti in campo nutrizionale e nello specifico della prevenzione della malnutrizione; ed, inoltre, la partecipazione comunitaria negli interventi rimane ancora molto bassa.

Per approfondire questi temi, nei mesi di luglio e agosto 2015 l'Associazione ha condotto un'Indagine qualitativa (PARTE II e III della Relazione) con due obiettivi:

- ✓ Determinare le conoscenze, gli atteggiamenti e le pratiche alimentari delle madri rispetto alla malnutrizione dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.
- ✓ Comprendere e aggiornare le informazioni sugli stili di vita e sulla sicurezza alimentare della popolazione nella zona sanitaria di Mabaya.

Contemporaneamente, alla luce dei primi risultati, AMKA ha lanciato ad agosto 2015 un Progetto pilota: *"Comitati di donne per la sicurezza alimentare"*, per incoraggiare la partecipazione comunitaria alla prevenzione, lo scambio di buone pratiche e il trattamento della malnutrizione nella zona sanitaria di Mabaya.

Figura 1: Area d'intervento di AMKA Onlus



3. Oggetto della ricerca e organizzazione della Relazione

Domande della ricerca

- Come rispondere ai problemi legati alla malnutrizione nella zona sanitaria di Mabaya nella Repubblica Democratica del Congo?

Scopi della ricerca

- Individuare i fattori che determinano la malnutrizione nel bambino;
- Valutare l'importanza dei fattori socio-economici e culturali che determinano la disponibilità, l'accesso e il consumo alimentare al fine di fornire soluzioni concrete e adeguate;
- Individuare e portare alla luce casi di *devianza positiva*: strategie e buone pratiche adottate da alcuni individui che possono essere utilizzate come modelli per l'acquisizione di nuovi comportamenti a livello comunitario.

Organizzazione della Relazione

La rilevazione e l'indagine quantitativa (PARTE I), condotte nei mesi di febbraio e marzo 2015, rappresentano una procedura preliminare volta a individuare le informazioni di base per organizzare e realizzare un'indagine successiva più approfondita sulla Sicurezza Alimentare nella zona sanitaria di Mabaya.

Durante quest'indagine, è stata effettuata una ricerca partecipativa divisa in due ambiti tematici principali. Il primo (PARTE II) ha l'obiettivo di approfondire la conoscenza delle cause della malnutrizione e dei fattori che sono alla base di queste cause. Il secondo (PARTE III) analizza i livelli di sicurezza alimentare delle famiglie, con un'attenzione particolare alla gestione delle risorse alimentari nella zona campione.

4. Definizioni dei concetti

Lo studio fa ampiamente riferimento al termine **nucleo familiare**: è utilizzato in molteplici sensi, in funzione del contesto operativo e istituzionale nel quale è impiegato. Nell'ambito della presente analisi, la definizione che segue è stata ritenuta la più adatta: *“È un gruppo di persone (o una sola persona), aventi o meno un vincolo di parentela, che vivono insieme nella medesima abitazione o concessione e che soddisfano insieme i loro bisogni economici e sociali essenziali (cibo in particolare). In generale riconoscono l'autorità del capo famiglia.”*

La percezione/Le conoscenze

La percezione rappresenta una costruzione, un'informazione che modella i comportamenti e i modi di pensare in conseguenza dell'istruzione in una data cultura. In altre parole, una percezione si riferisce a ciò che il soggetto vede, avverte o sente. La percezione dell'allattamento materno o dell'alimentazione del bambino è legata al contesto culturale, sociale e umano. Costituisce in qualche modo una “immagine persistente”, sia pur trasformabile sotto l'effetto delle conoscenze e della coscienza (Feyerabend, 1979: 253).

Le conoscenze costituiscono l'insieme delle informazioni acquisite dalle persone su un determinato argomento. È possibile misurare con precisione il livello di conoscenza di informazioni acquisite da una popolazione e poi confrontare (Prima – dopo, qui – altrove).

Gli atteggiamenti

Il concetto di atteggiamento indica la maniera in cui una persona si pone nei confronti dei suoi valori. Secondo Allport in Brimo (1972: 237-238), l'atteggiamento è una disposizione mentale o nervosa organizzata dall'esperienza e che esercita un'influenza direttrice o dinamica sul comportamento dell'individuo rispetto a tutti gli oggetti e a tutte le situazioni con le quali è in contatto. Secondo Béland in Mayer et Ouellet (1991: 342-343), gli atteggiamenti sono predisposizioni ad agire, e non azioni in quanto tali, e sono duraturi. Inoltre, tendono a organizzarsi secondo una configurazione regolare di manifestazioni individuali verso oggetti e soggetti sociali (Gauthier, 1984: 362).

Gli atteggiamenti esprimono ciò che la persona percepisce della nutrizione, ciò che la stessa dice riguardo alle sue intenzioni, alle difficoltà nel comprenderla, agli ostacoli che incontra nel tentativo di modificare le pratiche.

Gli atteggiamenti sono il "gap" tra le conoscenze e le pratiche, risultati di diversi vincoli che pesano sulla persona. Si tratta dunque di comprendere come la persona si pone rispetto al problema della nutrizione.

Le pratiche

Il concetto di pratiche definisce, secondo Fève (1991: 11), i processi di intervento di una persona, di un gruppo o di un'istituzione. Ogni attore sociale detiene un margine di manovra che gli consente di agire secondo la propria logica. È infatti guidato da proprie ipotesi riguardo all'interpretazione dei fatti sociali e la natura dell'azione da comprendere. Questo concetto è speculare agli effetti macro e micro sociali, alla cultura e all'individuo così come ai processi cognitivi individuali e collettivi. Questo concetto contiene dei sotto-concetti: prassi, azione, interazione ed esperienza e dimostra il carattere contraddittorio della dialettica sociale che spiega le variazioni, le eccezioni e i cambiamenti che si producono nelle società. I rapporti sociali si riproducono nelle pratiche con l'intervento degli esseri umani nel quotidiano, ma non sono immutabili.

Le contraddizioni che derivano dalle pratiche o dai vincoli determinano strategie d'azione.

Le pratiche sono atti reali compiuti dalla persona in una determinata condizione, nel suo contesto. Campo dell'osservazione diretta, dei fatti visti dall'osservatore.

La sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare è stata definita come segue: "Tutti i componenti di un nucleo familiare, in qualsiasi momento, hanno un accesso fisico, sociale ed economico a cibo sufficiente, sicuro e nutriente, che risponde ai loro bisogni dietetici e alle loro preferenze alimentari, per una vita sana e attiva"³.

Questa definizione include i tre pilastri della sicurezza alimentare:

- la disponibilità alimentare: che indica la quantità di cibo realmente presente in un paese o in una regione in qualsiasi forma tramite la produzione domestica, le importazioni commerciali e l'aiuto alimentare;
- l'accesso alimentare: rinvia alla capacità di una famiglia di procurarsi in modo regolare la quantità di cibo tramite la propria produzione domestica, le riserve, gli acquisti, il baratto, i doni, i prestiti e l'aiuto alimentare;
- l'utilizzo del cibo: indica l'utilizzo (preparazione e consumo) da parte di una famiglia del cibo al quale ha accesso e la capacità di un individuo di assorbire e metabolizzare.

³ Vertice Mondiale sull'Alimentazione 1996 Roma Italia: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613f/w3613f00.htm>

**PARTE I - Indagine quantitativa e rilevazione della
malnutrizione nei bambini di età compresa tra
0 e 59 mesi**

1. Rilevazione della malnutrizione nei bambini di età compresa tra 0 e 5 anni nella zona sanitaria di Mabaya (zona sanitaria di Kipushi)

1.1 Metodologia

Obiettivo generale della ricerca

- Valutare la prevalenza dei casi di malnutrizione tra i bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya (zona sanitaria di Kipushi).

Obiettivi specifici della ricerca

- Misurare la prevalenza dell'insufficienza ponderale tra i bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.
- Misurare la prevalenza della magrezza tra i bambini di età compresa tra 6 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

Metodologia della raccolta

Lo studio ha preso in considerazione un campione di 17 villaggi sui 35 che costituiscono la zona sanitaria di Mabaya.

La raccolta dei dati antropometrici presso i bambini è stata condotta casa per casa – nel corso di un periodo di due mesi – da un'équipe costituita da una nutrizionista, un animatore comunitario, un relais comunitario, un responsabile di progetto e uno stagista.

I dati sono stati raccolti su un totale di 713 bambini registrando il nome, l'età, il peso e il perimetro brachiale.

Metodologia di analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso l'elaborazione di una tabella di sintesi dei dati quantitativi raccolti.

Zona della ricerca

La ricerca si è svolta nella zona sanitaria di Mabaya, nella zona sanitaria di Kipushi situata a sud della provincia dell'Alto Katanga.

I villaggi raggiunti dalla rilevazione sono stati diciassette (17), situati in una zona rurale, lungo l'Asse Kasumbalesa, a Sud della città di Lubumbashi, tra i quali: Kanyaka, Shinga, Fipango, Mataba, Kasamba, Bifungo, Mose, Baya, Tchamba, Musompo, Kawanga, Shatamba, Masa, Lukolo, Pio.

Il campione della ricerca

L'indagine a campione è stata effettuata su 713 bambini di età compresa tra 0 e 5 anni che vivono nella Zona. Il campione è stato estratto secondo una procedura specifica e logica che tiene conto dell'organizzazione territoriale della zona (in particolare dell'organizzazione locale in assi e della distanza dei diversi villaggi dalla città di Lubumbashi) al fine di garantire la migliore rappresentatività possibile rispetto al totale della popolazione infantile considerata.

Popolazione individuata come target

I bambini oggetto della rilevazione hanno un'età che varia tra 0 e 59 mesi: 149 per il villaggio di Kanyaka, 125 per il villaggio di Shinga, 3 per il villaggio di Fipango, 16 per il villaggio di Mataba, 51 per il villaggio di Kasamba, 8 per il villaggio di Bifungo, 34 per Mose, 99 per il villaggio di Baya, 29 per Musompo, 10 per il villaggio di Kawanga, 12 per Shatamba, 24 per il villaggio di Masa, 12 per Lukolo, 5 per il villaggio di Pio, 55 per il villaggio di Tchamba, 26 per il villaggio di Katwatwa e 20 per il villaggio di Djems.

1.2 Presentazione dei risultati della ricerca

Per facilitare la lettura dei risultati della ricerca, i dati raccolti nei villaggi di Musompo, Kawanga, Shatamba, Masa, Lukolo e Pio sono stati raggruppati con quelli di Tchamba, considerata la piccola dimensione di alcuni villaggi e le caratteristiche comuni.

I risultati relativi alla prevalenza dell'insufficienza ponderale nei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi

Il gruppo individuato come target è costituito da 713 bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi misurato mediante il PPA (peso per età)

I risultati:

Table 1: Stato nutrizionale dei bambini relativo all'insufficienza ponderale

Prevalenza dell'insufficienza ponderale globale (P/A <-2 Z punteggio)	31%
Prevalenza dell'insufficienza ponderale moderata (P/A <-2 e ≥ -3 Z punteggio)	22%
Prevalenza dell'insufficienza ponderale severa (P/A <-3 Z punteggio)	9%

Table 2: Stato nutrizionale dei bambini relativo all'insufficienza ponderale a livello di villaggio

VILLAGGI	P/A > -2 Z punteggio		P/A <-2 et ≥ -3 Z punteggio		P/A <-3 Z punteggio		Totale (IPG)		Totale
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
KANIAKA	125	84%	17	11%	7	5%	24	16%	149
SHINGA	82	66%	32	26%	11	9%	43	34%	125
FIPANGO	13	42%	7	23%	11	35%	18	58%	31
MATABA	8	50%	6	38%	2	13%	8	50%	16
KASAMBA	35	69%	15	29%	1	2%	16	31%	51
BIFUNGO	7	88%	1	13%	0	0%	1	13%	8
MOSE	30	88%	1	3%	3	9%	4	12%	34
BAYA	60	61%	29	29%	10	10%	39	39%	99
TCHAMBA	100	65%	37	24%	17	11%	54	35%	154
KATWATWA	16	62%	8	31%	2	8%	10	38%	26
DJEMS	16	80%	3	15%	1	5%	4	20%	20
TOTALE	492	69%	156	22%	65	9%	221	31%	713

I risultati relativi alla prevalenza della denutrizione (magrezza) nei bambini di età compresa tra 6 e 59 mesi nella zona

Il gruppo individuato come target è costituito da 669 bambini di età compresa tra 6 e 59 mesi misurato mediante il perimetro brachiale (PB)

I risultati:

Table 3: Stato nutrizionale dei bambini relativo alla malnutrizione acuta

Prevalenza della malnutrizione acuta globale (MAG) ⁴ :	12%
Prevalenza della malnutrizione acuta moderata (MAM) ⁵ :	10%
Prevalenza della malnutrizione acuta severa (MAS) ⁶ :	2%

Table 4: Stato nutrizionale dei bambini relativo alla malnutrizione acuta a livello di villaggio

VILLAGGI	MAM	MAS	MAG	Totale
----------	-----	-----	-----	--------

⁴ La MAG è stata calcolata con il PB < 125 mm e/o edemi.

⁵ La MAM è stata calcolata con il PB < 125 mm e ≥ 115 mm

⁶ La MAS è stata calcolata con il PB < 115 mm e/o edemi

	PB > 125 mm		PB < 125 mm et ≥ 115		PB < 115 mm		PB < 125 mm		
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff
KANIAKA	131	93%	6	4%	4	3%	10	7%	141
SHINGA	101	86%	12	10%	4	3%	16	14%	117
FIPANGO	24	77%	5	16%	2	6%	7	23%	31
MATABA	15	94%	0	0%	1	6%	1	6%	16
KASAMBA	40	89%	5	11%	0	0%	5	11%	45
BIFUNGO	8	100%	0	0%	0	0%	0	0%	8
MOSE	27	87%	4	13%	0	0%	4	13%	31
BAYA	82	86%	12	13%	1	1%	13	14%	95
TCHAMBA&CO	123	87%	16	11%	3	2%	19	13%	142
KATWATWA	22	88%	3	12%	0	0%	3	12%	25
DJEMS	17	94%	1	6%	0	0%	1	6%	18
TOTALE	590	88%	64	10%	15	2%	79	12%	669

2. L'indagine quantitativa condotta tra le madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya

2.1. Metodologia

Obiettivo generale della ricerca

- Indagare le conoscenze e le abitudini alimentari delle famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

Obiettivi specifici della ricerca

- Misurare le conoscenze in materia di nutrizione delle madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.
- Misurare l'utilizzo degli alimenti ricchi di proteine (fagioli, arachidi, soia) nelle famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

Metodologia della raccolta

Lo studio ha preso in considerazione un campione di 10 villaggi sui 35 che costituiscono la zona sanitaria di Mabaya. A 31 madri di bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi è stato somministrato un questionario volto a comprendere meglio le abitudini alimentari locali, verificare le conoscenze in materia di nutrizione e le abitudini nell'economia domestica della famiglia.

La raccolta dei dati è stata effettuata mediante la compilazione di un questionario con risposte proposto da un'équipe costituita da un animatore comunitario, un responsabile di progetto e uno stagista.

Metodologia di analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso la costruzione di una tabella di sintesi dei dati quantitativi raccolti e, successivamente, mediante la costruzione di distribuzioni di frequenza delle risposte date al questionario.

Zona della ricerca

La ricerca si è svolta nella zona sanitaria di Mabaya, nella zona sanitaria di Kipushi situata a sud della provincia dell'Alto Katanga. I villaggi cui è stato somministrato il questionario sono stati dieci (10), situati in

una zona rurale - lungo l'Asse Kasumbalesa - a Sud della città di Lubumbashi, tra i quali: Baya, Bifungo, Fipango, Kanyaka, Kasamba, Katwatwa, Lukolo, Pio, Shinga e Tchamba.

Il campione della ricerca

Il questionario è stato somministrato a 31 madri di bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi. Il numero medio dei figli è di 6,4 bambini per donna. La donna che ha il minor numero di figli ne ha due (2) e quella che ha il maggior numero di figli ne ha tredici (13).

Tra le trentuno (31) donne intervistate, diciannove (19) hanno – attualmente oppure hanno avuto - almeno uno dei figli in stato di malnutrizione acuta, moderata o severa.

Sono state individuate come target due (2) donne per il villaggio di Baya, una (1) per il villaggio di Bifungo, due (2) per il villaggio di Fipango, sette (7) per il villaggio di Kanyaka, quattro (4) per il villaggio di Kasamba, tre (3) per il villaggio di Katwatwa, due (2) per Lukolo, una (1) per il villaggio di Pio, sei (6) per il villaggio di Shinga e tre (3) per il villaggio di Tchamba.

2.2. Presentazione dei risultati della ricerca

Il questionario somministrato al campione di donne constava di due parti, la prima con domande finalizzate a valutare le conoscenze delle madri in materia di nutrizione e la seconda con domande volte a valutare l'utilizzo degli alimenti ricchi di proteine (fagioli, arachidi, soia) nei pasti quotidiani della famiglia e la cultura agricola.

I risultati relativi alle conoscenze in materia di nutrizione delle madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

La prima parte del questionario ha fornito dati molto interessanti, relativamente al movimento delle famiglie nei villaggi della zona sanitaria di Mabaya, per dimostrare in che modo i trasferimenti avvenuti nel corso degli ultimi cinque anni a seguito di movimenti stagionali legati al lavoro agricolo hanno influenzato la capacità di questa popolazione di migliorare le proprie condizioni di vita, di alimentazione e di sicurezza alimentare. Di fatto, l'analisi dei dati raccolti mostra che solamente sedici (16) sulle trentuno (31) donne intervistate avevano partecipato alle attività e/o alle campagne di sensibilizzazione sui temi alimentari organizzate da AMKA onlus negli anni precedenti l'indagine.

Diciannove (19) donne hanno dimostrato di conoscere i principi nutritivi degli alimenti, ossia la differenza tra proteine, vitamine e carboidrati, e diciotto (18) quello delle donne che hanno dimostrato di sapere quali sono gli alimenti locali che li contengono.

Tra queste ultime, sei (6) donne – il 31,5% del gruppo considerato - preparano anche le ricette apprese durante le dimostrazioni culinarie effettuate dall'associazione con una media di 2,5 volte a settimana.

Il 42% delle donne intervistate ritiene che gli ingredienti per la preparazione delle ricette ricche di proteine (arachidi, soia, fagioli) siano troppo cari; il 3,2% dichiara che gli ingredienti sono difficili da trovare sul posto e il 32,2% ha affermato che le ricette sono complicate da preparare, le altre non hanno risposto.

I risultati relativi all'utilizzo degli alimenti ricchi di proteine (fagioli, arachidi, soia) nelle famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

La seconda parte dell'indagine ha mostrato come il consumo dei prodotti ricchi di proteine, ad esempio i fagioli, le arachidi e la soia (HAS), giochi un ruolo importante nel trattamento della malnutrizione.

Per quanto riguarda **il consumo di fagioli**, i dati mostrano che il campione di famiglie intervistate li consuma in media 1,4 volte a settimana, li compra tre (3) volte al mese, malgrado diciannove (19) donne su 31 (dunque il 61%) affermino di coltivarli nei loro campi. Quanto alla preparazione dei fagioli, la maggior parte delle donne, trenta (30) su trentuno (31), non li prepara secondo le indicazioni delle ricette apprese (polpette) durante le campagne di sensibilizzazione, bensì secondo la ricetta tradizionale.

Riguardo **la soia**, i dati indicano che il campione di famiglie intervistate la consuma in media 2 volte a settimana, la compra tre (3) volte al mese, sette (7) donne su 31 (dunque il 22%) affermano che la coltivano nei loro campi. Quanto alla preparazione della soia, la maggior parte delle donne, ventuno (21) su trentuno (31), non la prepara secondo le indicazioni delle ricette apprese durante le campagne di sensibilizzazione, bensì secondo la ricetta tradizionale. Solo quattro (4) donne preparano il latte di soia e una (1) le polpette.

Relativamente **all'utilizzo delle arachidi**, i dati mostrano che il campione di famiglie intervistate le consuma in media 4,8 volte a settimana, le compra dieci (10) volte al mese e diciotto (18) donne su 31 (dunque il 58%) affermano che le coltivano nei loro campi. Quanto alla preparazione delle arachidi, la maggior parte delle donne, ventinove (29) su trentuno (31), non le prepara secondo le indicazioni delle ricette apprese durante le campagne di sensibilizzazione, bensì secondo la ricetta tradizionale. Solo due (2) donne preparano il latte di arachidi.

Quasi la totalità delle donne intervistate, ventinove (29) su trentuno (31), non ha l'abitudine di conservare i prodotti coltivati, nessuna delle donne intervistate trasforma abitualmente i prodotti coltivati.

**PARTE II – Indagine qualitativa delle cause della
malnutrizione dei bambini di età compresa tra
0 e 59 mesi**

1. Indagine qualitativa condotta tra le madri dei bambini malnutriti di età compresa tra 0 e 59 mesi.

1.1. Metodologia

Obiettivo generale della ricerca

- Determinare le conoscenze, gli atteggiamenti e le pratiche alimentari delle madri rispetto alla malnutrizione dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi nella zona sanitaria di Mabaya.

Obiettivi specifici della ricerca

- Valutare la situazione globale dell'allattamento esclusivo e dell'alimentazione complementare dei bambini di età compresa tra 0 e 23 mesi;
- Individuare le percezioni, gli atteggiamenti e i comportamenti delle madri rispetto all'allattamento esclusivo e all'alimentazione complementare dei bambini;
- Determinare le abitudini e le pratiche alimentari familiari nei diversi gruppi socio-culturali della zona oggetto di indagine;
- Determinare le ragioni profonde nonché le norme socio-culturali e i fattori sociali che influenzano le pratiche attuali legate all'allattamento esclusivo e all'alimentazione complementare dei bambini;
- Determinare le pratiche terapeutiche infantili in vigore nella zona oggetto di indagine.

Metodologia di raccolta dei dati

La raccolta dei dati è stata effettuata utilizzando diverse tecniche della ricerca qualitativa raccogliendo dati e informazioni al contempo quantitative e qualitative e a diversi livelli, primari e secondari, e da diverse fonti.

Raccolta dei dati da fonti primarie

Si sono impiegati i seguenti metodi:

- *L'intervista individuale semi-strutturata* è una sorta di conversazione tra il ricercatore e l'informatore, condotta servendosi di uno schema di intervista con uno scopo specifico su un argomento particolare. Le interviste sono state realizzate faccia a faccia. Lo strumento impiegato è un questionario predisposto utilizzando domande aperte su cinque temi volte a guidare l'intervistatore nel corso dell'intervista.

Raccolta dei dati da fonti secondarie

Si sono impiegati i seguenti metodi:

- *L'intervista con gli attori locali*: tutto il periodo della ricerca è stato caratterizzato da un continuo processo di scambio di informazioni attraverso discussioni informali con gli attori chiave.
- *L'osservazione*: questa tecnica consiste nel raccogliere dati empirici utilizzando diversi supporti, senza intervenire in modo significativo sul campo per ridurre l'impatto dell'osservazione sui gruppi osservati. Nella ricerca scientifica, l'osservazione è dunque concepita in funzione di un quadro teorico di riferimento. Essa dà informazioni precise sui comportamenti e sugli atteggiamenti che non si potrebbero ottenere con i questionari e le interviste dove solamente i fatti devono essere annotati. Essa permette la verifica delle informazioni ricevute da discussioni informali con gli attori locali e durante le interviste.
- La ricerca delle informazioni tramite le statistiche governative e documenti ufficiali.

L'équipe di ricerca:

- L'équipe di ricerca era costituita da un infermiere nutrizionista, un antropologo e un responsabile di progetto.

Metodologia di analisi dei dati

L'analisi è stata effettuata in due fasi distinte.

La prima fase, o pre-analisi, consiste nella classificazione dei dati per l'elaborazione dei sotto-temi. A tal fine, sono state preparate delle tabelle comparative per sintetizzare le informazioni qualitative raccolte. L'elaborazione dei codici in funzione dei sotto-temi ha permesso l'analisi dei dati grezzi; infine, le idee sono state raggruppate per sotto-temi e presentate come risultati.

La seconda fase o la fase dell'analisi propriamente detta: sono stati interpretati i risultati.

I vantaggi e i limiti della metodologia

I vantaggi della ricerca

- Permette di avere molte informazioni in poco tempo e a un costo ridotto;
- È, di fatto, più operativa;
- Consente di coinvolgere attivamente la popolazione interessata nell'adozione di decisioni relative alle azioni da realizzare.

I limiti della ricerca

- Il fatto che essa coinvolga attivamente la popolazione interessata determina il rischio di creare false speranze;
- Il rischio di registrare risposte distorte è elevato se la raccolta dati non viene fatta con attenzione;
- La scelta dei metodi richiede molta attenzione altrimenti esiste il rischio di ottenere informazioni disomogenee, difficili da gestire.

Zona della ricerca

La ricerca si è svolta nell'Area di salute di Mabaya, Zona di salute di Kipushi, provincia dell'Haut Katanga. I villaggi raggiunti dall'indagine sono stati undici (11), situati in una zona rurale a sud della città di Lubumbashi, tra i quali: Kanyaka, Kawanga, Shinga, Dilefwe, Tshamba, Mose, Djames, Kasamba, Mwamba, Fipango, Mataba.

Il campione della ricerca

L'indagine qualitativa o socio-antropologica si distingue dall'indagine quantitativa fondata sul trattamento statistico di questionari somministrati a un campione rappresentativo. Questo studio si è proposto di fornire la rappresentazione di una realtà socio-culturale anziché evidenziare la rappresentatività statistica. Il campione è dunque costituito dalle madri dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi affetti da malnutrizione al momento dell'inchiesta o nel corso dei sei mesi precedenti.

Popolazione individuata come target

La totalità dei villaggi compresi nella zona individuata come target è di 36. Nel quadro della presente ricerca, e si è lavorato con le madri di bambini malnutriti poiché esse si occupano direttamente del bambino.

Le madri intervistate, ventiquattro (24) in totale, hanno un'età media di 27,5 anni. La più giovane ha 17 anni con un bambino malnutrito di 19 mesi, mentre la più anziana ha 47 anni con un totale di 6 bambini tra i quali uno malnutrito di 48 mesi.

Per quanto riguarda la posizione sociale delle intervistate all'interno del proprio nucleo familiare, il 67% (16 su 24) ha dichiarato di essere massaia (traduzione dal francese *ménagère*), il 25% (6 su 24) capo famiglia mentre il 13% (3 su 24) delle donne intervistate vive ancora nella famiglia dei genitori. Tra le ragioni principali riscontrate che fanno sì che una donna acquisti lo status di capo famiglia, posizione generalmente riservata agli uomini, abbiamo individuato che il 50% (3 su 6) delle donne capo famiglia è vedova, il 33% (2 su 6) divorziata e il restante 17% (1 su 6) nubile.

Benché solo il 4% (1 su 24) delle madri risulti essere analfabeta e le altre siano tutte scolarizzate, il livello di istruzione resta comunque molto basso. Solo l'8% (2 su 24) delle donne ha frequentato la scuola secondaria raggiungendo rispettivamente il secondo e il quinto anno di questo ciclo, mentre il restante 88% (21 su 24) ha dichiarato di aver frequentato solo il ciclo primario raggiungendo in media il quarto anno.

Nel campione considerato è presente un totale di 24 bambini con un'età media di 28,4 mesi. Tra questi bambini, il 46% (11 su 24) sono maschi e il 54% (13 su 24) sono femmine. La maggior parte di questi bambini, circa i due terzi (63% - 15 su 24), ha un'età inferiore ai 30 mesi. Il 29% (7 su 24) del campione preso in analisi è affetto da malnutrizione acuta severa (MAS), il 38% (9 su 24) da malnutrizione acuta moderata (MAM) e il restante 29% (7 su 24) era affetto da una delle due forme nel corso dei sei mesi che hanno preceduto l'inchiesta. Nel corso dell'indagine è stata intervistata anche una madre il cui figlio era morto di recente a causa del grave stato di malnutrizione.

In tutti e quattro gli assi, il livello di scolarizzazione resta molto basso: le madri parlano il Kiswahili, ma non il francese. Inoltre, il numero medio dei bambini nelle famiglie è 3 bambini per nucleo familiare.

1.2 Presentazione dei risultati della ricerca

I risultati della ricerca sono qui di seguito riportati con riferimento ai cinque aspetti che rappresentano le diverse tematiche affrontate dallo studio:

1. La conoscenza della malnutrizione da parte delle madri dei bambini malnutriti;
2. Gli atteggiamenti nei confronti della malnutrizione e la percezione di concetti quali salute, malattie e rischi;
3. Il trattamento delle malattie percepite come comuni e quelle legate all'alimentazione nel bambino di età inferiore a 5 anni;
4. La nutrizione del bambino;
5. La consulenza prenatale.

La conoscenza della malnutrizione da parte delle madri con bambini malnutriti.

Le malattie infantili percepite dalle madri.

Nel presente documento vengono prese in esame le malattie generiche e quelle più comuni (croniche) che le madri osservano nella popolazione infantile con età compresa tra 0 e 59 mesi nel loro villaggio di residenza. Va precisato che nella maggior parte dei casi, le madri intervistate non hanno riconosciuto la malattia, bensì i sintomi.

I dati ottenuti dalle interviste rilevano che la malaria, la tosse, la febbre e la gastroenterite costituiscono secondo le madri le quattro malattie più comuni tra le 18 da loro indicate come presenti nella zona (vedi Tab 5).

Table 5: Percezione delle malattie infantili: malattie presenti e quelle più ricorrenti.

Malattie infantili percepite dalla madre			Malattie infantili più ricorrenti percepite dalla madre		
Malattia	Effettivo	Percentuale	Malattia	Effettivo	Percentuale
Malaria	20	83%	Malaria	7	29%
Tosse	12	50%	Tosse	4	17%
Anemia	7	29%	Febbre	4	17%
Gastroenterite	7	29%	Gastroenterite	2	8%
Dermatite e/o eruzioni cutanee	6	25%	Dermatite e/o eruzioni cutanee	1	4%
Morbillo	6	25%	Diarrea	1	4%
Febbre	5	21%	Kwashiorkor e/o malnutrizione	1	4%
Splenomegalia	5	21%			
Diarrea	3	13%			
Kwashiorkor e/o malnutrizione	3	13%			
Febbre tifoide	1	4%			
Amebiasi	1	4%			
Polmonite	2	8%			
Utite	2	8%			
Disidratazione	1	4%			
Vomito	1	4%			
Piaghe anali	1	4%			
Cattiva sorte o malocchio	2	8%			

La percezione delle malattie comuni da parte delle madri

In linea generale, nessuna delle madri intervistate ha ricevuto informazioni specifiche circa il percorso sanitario da seguire e la maggior parte di esse hanno avuto notizie a livello di comunità o dai nonni. Solo l'8% (2 su 24) ha dichiarato di aver partecipato a incontri formativi organizzati dai centri di salute locale (centri di salute, scuole, ecc.). Nella tabella di seguito presentata (tab 6) sono riportati quelli che secondo la percezione delle intervistate sono i segni e i sintomi, le cause e le conseguenze per ciascuna malattia.

Table 6: Percezione delle malattie infantili: segni, sintomi e cause delle malattie presenti nell'area.

Malattia percepita	Segni e sintomi percepiti	Cause percepite	Conseguenze e/o rischi percepiti
Malaria	Febbre (5), vomito e/o nausea (2), il bambino parla molto è agitato e ha convulsioni (2), anemia (1), splenomegalia (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	L'acqua sporca (2), le zanzare (2), non è stata in grado di fornire spiegazioni (2), trasmissione madre-figlio (1), la fame (1).	Anemia (4), la morte (3), disidratazione (1), edemi (1), convulsioni (1)
Tosse (<i>kikosi</i>)	Tosse (5), raffreddore (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	Freddo (3), non è stata in grado di fornire spiegazioni (3), la polvere (1)	non è stata in grado di fornire spiegazioni (3), bronchite (2), piaghe interiori o <i>bilonda</i>

			<i>mumbavu</i> (1), La morte (3)
Anemia	Fatica (1), decolorazione degli occhi (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	Febbre (2), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	
Gastroenterite (kipima)	Dissenteria (1), il bambino si contorce e si muove in maniera bizzarra (1), rigonfiamento del ventre (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	Cattiva alimentazione sia in termini di quantità che di qualità (3), mancanza di monitoraggio della gravidanza (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	La morte (3), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Dermatite e/o eruzioni cutanee	Eruzioni cutanee (2)	Presenza di pulci (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	Infezioni delle piaghe (2)
Morbillo	Eruzioni cutanee (2), occhi rossi (2), febbre (1), raffreddore (1)	Febbre (1), mancanza d'igiene (1)	La morte (2)
Febbre	Temperatura elevate (2)	Il freddo (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	La morte (1), anemia (1)
Splenomegalia	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1), rigonfiamento del ventre (1)	Malaria (1), alimenti freddi (1)	Convulsioni - anemia - morte (1), anemia (1)
Diarrea	Piaghe (1), dissenteria e/o emissione di liquidi (1)	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	La morte (1), Dimagrimento (1)
Kwashiorkor e/o malnutrizione	Edemi (1), dimagrimento (1), mancanza d'appetito (1).	Gravidanze ravvicinate e inattese (1)	la morte (1)
Febbre tifoide	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	La morte (1)
Amibiasi	Febbre (1), diarrea (1)	Freddo (1)	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Polmonite	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Utile	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Disidratazione	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Vomito	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Piaghe anali	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Cattiva sorte o malocchio	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).	non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).

Come si evince dalla tabella appena riportata sono molte le malattie alle quali le madri, secondo la loro percezione, sono riuscite a individuare dei sintomi chiari e a trovare un legame di causa effetto. Secondo la maggior parte delle donne intervistate, la malattia costituisce una normale tappa nella crescita del bambino.

Tuttavia sono state identificate alcune cause particolari, che vanno al di là della sintomatologia e del semplice legame causa effetto, che le madri attribuiscono a tale stato: tra queste vi troviamo la stregoneria e il malocchio che, secondo il 25% delle intervistate, costituiscono la causa principale dello stato di malattia:

Una madre di 38 anni, vedova e con 4 figli, dichiara: *“Se dopo il ricorso ai Centri di salute, le malattie non accennano a passare, ci rechiamo dai guaritori tradizionali, perché si pensa che queste malattie siano causate dalla stregoneria”.*

Un'altra ha spiegato il percorso terapeutico socialmente accettato in risposta ad alcune malattie, la cui causa principale sembra essere la stregoneria: *“Da noi è normale che un bambino sia affetto da tutte queste malattie. In base all'educazione che abbiamo ricevuto a livello comunitario, per guarire da queste malattie bisogna ricorrere ai guaritori tradizionali”*.

Una madre di 25 anni con 3 bambini, che vive nel villaggio di Kanyaka ha dichiarato: *“Tutte queste malattie sono causate dal malocchio. Da noi, normalmente, quando una madre rimane incinta per la seconda volta, la gente le dice che il primo figlio, [cioè quello che attualmente soffre di malnutrizione] è vittima della sua negligenza [della madre], o della stregoneria”*.

La convinzione che sia necessario proteggere il bambino più piccolo nei casi di gravidanze ravvicinate è molto diffusa.

La conferma giunge dalle parole di un'altra madre che risiede nel villaggio di Mose: *“È normale che i bambini siano malati; normalmente durante la gravidanza è necessario proteggere il bambino più piccolo, con le medicine tradizionali”*.

Pertanto, a livello comunitario c'è ormai una certa consapevolezza rispetto al fatto che il rischio di malattie (come la malnutrizione) sia più alto nei bambini nati da gravidanze inattese e ravvicinate, in particolare in ragione di uno svezzamento brusco: *“I bambini cominciano a manifestare dei cambiamenti nel comportamento psicofisico”* ci ha raccontato una madre di 23 anni che ha 3 bambini. Il problema resta l'incapacità degli individui di determinare la reale causa dei cambiamenti nel comportamento.

Un'altra madre ha dichiarato che secondo lei la causa delle malattie del suo bambino è diversa rispetto a quelle enumerate fino a questo punto. Un tale ragionamento è basato sulla convinzione che la malattia si trasmette in linea verticale dalla madre al bambino. Ha detto: *“Queste malattie sono normali, perché se la madre che allatta è malata può trasmettere le malattie di cui è affetta al bambino”*.

Percezione da parte delle madri rispetto alla malnutrizione

Alla domanda rivolta alle madri intervistate volta a sapere se hanno già sentito parlare di malattie legate all'alimentazione, la maggior parte di esse (il 75% - 18 su 24) ha risposto di sì.

Dalle interviste emerge in modo evidente l'esistenza di malattie, o sintomi, che le madri giudicano correlati all'alimentazione del bambino. In tutto sono state 13 le malattie che secondo la percezione delle intervistate sono riconducibili a problemi legati all'alimentazione. Il 66% (16 su 24) di loro ha menzionato una o più malattie legate, realmente o in modo presunto, all'alimentazione, mentre il restante 33% (8 su 24) non è in grado di cogliere tale relazione.

In questo caso, come per la domanda precedente, nella quale era stato chiesto loro di enumerare le malattie infantili percepite, tra le malattie citate possiamo individuare una serie di segni, sintomi o possibili conseguenze che le madri confondono con la malattia stessa.

Table 7: Percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Malattie percepite.

Malattia percepita	Effettivo	Percentuale di riscontro sul totale del campione
Kwashiorkor	9	38%
Edemi	4	17%
Marasma	2	8%

Diarrea	2	8%
Dolori addominali	1	4%
Rigonfiamento del ventre	1	4%
Costipazione	1	4%
Vomito	1	4%
Splenomegalia	1	4%
Gastroenterite	1	4%
Mancanza di vitamin	1	4%
Tosse	1	4%
Capelli crespi	1	4%
Dimagrimento	1	4%
NESSUNA SPIEGAZIONE	8	33%

Alla domanda: “Come si manifestano queste malattie? (Indicare le varie forme, sintomi, riferimento medico di tali malattie)” le madri intervistate hanno elencato una serie di segni e sintomi. I dati ottenuti nel corso delle interviste dimostrano che i capelli crespi di colore biondo o caffè, i cambiamenti fisici (forma delle guance e problemi alla pelle), edemi e cambiamenti nel comportamento del bambino quali stanchezza e apatia, sono i sintomi più comuni riportati dal campione di madri intervistate. L’elenco completo dei sintomi è riportato nella tabella che segue.

Table 8: Percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Segni e sintomi percepiti.

Segni e/o sintomi percepiti	Effettivo	Percentuale di riscontro sul totale del campione
Capelli crespi color biondo o caffè	8	33%
Cambiamenti fisici (forma delle guance e problemi alla pelle)	7	29%
Edemi	5	21%
Stanchezza e apatia	4	17%
Dimagrimento	4	17%
Mancanza d'appetito	3	13%
Febbre	2	8%
Ritardo di crescita	1	4%
Ritardo nel camminare	1	4%
Tosse	1	4%
Costipazione	1	4%
Vomito	1	4%
Disidratazione	1	4%
Rigonfiamento del corpo	1	4%
Pianto continuo	1	4%
Il bambino si ammala più facilmente	1	4%
NESSUNA SPIEGAZIONE	8	33%

Per quanto riguarda le conoscenze e le rappresentazioni relative alla malnutrizione (semiologia, cause, segnali), una cosa appare evidente: non esiste una traduzione diretta della malnutrizione negli idiomi delle comunità intervistate, ma esistono vari termini che rinviano ad alcuni stati patologici assimilabili alla malnutrizione. La logica che guida le madri le porta a riconoscere con maggiore facilità i sintomi rispetto alla malattia vera e propria, con la conseguenza di generare confusione tra i due aspetti.

Inoltre, in seno alla popolazione è stata rilevata una scarsa capacità di determinare in modo chiaro le cause della malnutrizione.

Di seguito sono elencate alcune testimonianze che mettono in evidenza le malattie che le madri riconoscono come correlate con l'alimentazione e i segni o sintomi che permettono loro di comprendere lo stadio della malattia nel bambino.

Una madre di 38 anni, vedova e con 4 figli, residente a Kanyaka ha raccontato: *“Questa malattia, che ho individuato solo dopo una visita del bambino presso il centro di salute di Kanyaka è dovuta al malocchio. Quando suo padre, cioè mio marito, è morto, il bambino ha smesso di mangiare. Ha cominciato a dimagrire e subito sono comparsi gli edemi”*. Secondo lei, *“se un bambino mangia troppo, soffrirà di dolori addominali e avrà un rigonfiamento del ventre, mentre se mangia poco avrà problemi di marasma”*.

Un'altra madre di 21 anni, vedova e con 3 figli e residente a Shinga racconta: *“Si tratta di splenomegalia. Ogni volta che somministro degli alimenti preparati il giorno prima, il mio bambino si ammala”*. In questo caso, i segnali evidenziati dalla madre sono: *“i capelli diventano crespi, il bambino si gonfia e il suo stato di salute generale non è buono”*.

Sempre a Shinga una madre di 30 anni con 2 figli ha dichiarato: *“Se il bambino mangia troppe verdure (il sombe – foglia di manioca- soprattutto) vomita. È la gastroenterite, che nel bambino provoca la diarrea”*. In questo caso, i sintomi dichiarati dalla madre sono i seguenti: *“i capelli cominciano a incresparsi e a diventare biondi. Le guance cambiano forma e la pelle comincia a cadere e a diventare gialla. Lo stato di salute peggiora e il bambino piange molto”*.

A Fipango una madre di 27 anni con 4 figli racconta che secondo lei le cause principali della malnutrizione sono le cattive condizioni di vita e la mancanza di olio nella dieta: *“Sono le cattive condizioni di vita che provocano malnutrizione nel bambino. Alcune volte gli alimenti sono preparati senza olio. Anche la farina di manioca è tra le cause di questa malattia”*. A suo parere, il sintomo della malattia è il seguente: *“il modo di vivere del bambino in casa. È sempre stanco”*.

I comportamenti rispetto alla malnutrizione e la percezione di “salute, malattie e rischi” nel bambino

Percezione della gravità e delle cause delle malattie correlate con l'alimentazione dei bambini

Nonostante le scarse conoscenze sulla malnutrizione, tutte le madri intervistate evidenziano che le malattie che colpiscono i bambini e che sono correlate con la malnutrizione sono malattie molto gravi:

“Si tratta di malattie molto gravi, perché il bambino rischia di morire. Può morire immediatamente” come sottolinea una madre di 48 anni, che vive a Fipango e ha 3 figli.

Altre due madri hanno sottolineato la gravità della malattia, in particolare in caso di assenza dei mezzi finanziari necessari per acquistare cibo o per sostenere la terapia:

“Anche se non si tratta di malattie, è una situazione molto grave, perché non ho il denaro necessario per acquistare la farine per curare il bambino”, (madre di 23 anni con 3 figli e residente a Kanyaka).

“Questa malattia è molto grave, soprattutto se la famiglia non ha la disponibilità alimentare o quella finanziaria per acquistare gli alimenti”, (madre di 18 anni, studentessa, con 2 figli e residente a Shinga).

A livello comunitario, attraverso le interviste individuali, si è cercato di capire la percezione delle cause delle malattie dei bambini correlate con l'alimentazione. Come si può vedere dalla tabella riportata di seguito la maggior parte delle donne ha dichiarato che tra le cause della malnutrizione ci sono dei fattori legati all'alimentazione: tra questi ad esempio secondo le testimonianze vi è la cattiva alimentazione sia in termini di qualità che di quantità, il consumo di alimenti preparati il giorno precedente, il consumo di alimenti preparati senza olio e l'interruzione brusca dell'allattamento.

Table 9: percezione delle malattie correlate alla malnutrizione. Cause percepite.

Cause percepite	Effettivo	Percentuale di riscontro sul totale del campione
Alimentazione	11	46%
Gravidanze inattese e ravvicinate	4	17%
Stregoneria	4	17%
Povertà/stile di vita	2	8%
Problemi di salute del bambino alla nascita	1	4%
NESSUNA SPIEGAZIONE	6	25%

Inoltre, continua a essere difficile per le madri identificare le cause delle malattie legate all'alimentazione, poiché non hanno la capacità di distinguerle da altre patologie.

Tuttavia, come si nota dalle cause sopra elencate, vi è l'elaborazione di un legame tra causa ed effetto. Ma è necessario evidenziare che tale legame è spesso dettato da un sistema di pratiche e credenze sbagliate diffuse a livello comunitario.

Percezione delle conseguenze nei bambini delle malattie correlate con l'alimentazione

Le malattie sopra indicate potrebbero avere conseguenze nefaste sulla salute del bambino, fino a provocare la morte. Nel bambino sono state menzionate alcune conseguenze, come quelle legate a problemi psicomotori.

Una madre di 33 anni, residente a Fipango e con 4 figli ha raccontato: *“Essendo molto stanco, il bambino non gioca con i coetanei, non va a scuola, in sostanza non ha la forza di fare quello che fanno gli altri. Quando i bambini non hanno olio nelle loro ossa, non sono in grado di camminare”*.

In questo caso, nonostante le conoscenze sbagliate in fatto di alimentazione, questa madre sottolinea come la carenza di alcuni alimenti possa avere gravi conseguenze sulla salute del bambino.

Le popolazioni sono consapevoli della gravità di queste patologie, considerate le conseguenze che potrebbero avere sulla salute del bambino. Dal campione intervistato emerge che il 79% (19 su 24) ha menzionato la morte come prima conseguenza mentre il restante 21% (5 su 24) non è stato in grado di dare una risposta.

Il trattamento delle malattie percepite come comuni e di quelle correlate con l'alimentazione nel bambino di età inferiore a 5 anni.

La prevenzione delle malattie percepite come comuni e di quelle correlate con l'alimentazione

Nell'ambito della ricerca portata avanti, sono state identificate differenti misure particolari adatte a prevenire le malattie più comuni percepite dalle madri.

Table 10 : Misure di prevenzione adottate in relazione alle malattie presenti nell'area.

Malattia	Prevenzione
Malaria	Evitare il contatto con le zanzare utilizzando le zanzariere (5), bere dell'acqua pulita (2), una buona alimentazione per il bambino sia in termini di quantità che di qualità (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Tosse (<i>kikosi</i>)	Proteggere il bambino dal freddo (2), evitare la polvere (1), mangiare pollo (1), prendere un bicchiere di ccitronella (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Anemia	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (2), una buona alimentazione per il bambino sia in termini di quantità che di qualità (1)
Gastroenterite (<i>kipima</i>)	Non dare al bambino verdure oogni giorno (1), proteggere il bambino dal freddo (1), dare al bambino solamente il latte materno, la bouillie ed il latte di mucca (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Dermatite e/o eruzioni cutanee	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Morbillo	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (2).
Febbre	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (2).
Splenomegalia	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Diarrea	Curare il bambino a caa con delle piante e radici tradizionali <i>kitondomono</i> (1)
Kwashorkior e/o malnutrizione	Utilizzare metodologie di Planning familiare - <i>kupanga bazazi</i> (1)
Febbre tifoide	Curare il bambino a caa con delle piante e radici tradizionali - <i>kabucyungu</i> (1)
Amibiasi	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Polmonite	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Utite	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Disidratazione	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Vomito	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Piaghe anali	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Cattiva sorte o malocchio	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).

Come si evince dalla tabella riportata (Tab. 10), il ricorso a pratiche tradizionali per la cura di alcune malattie è ampiamente diffuso. Nei casi di gravidanze ravvicinate, come dimostra una testimonianza raccolta nel corso del presente studio, è stato possibile identificare delle pratiche di prevenzione tradizionale che le madri seguono al fine di proteggere il bambino nato dalla gravidanza precedente. È una specie di “cintura protettiva” che i bambini portano alla vita e che li tiene al riparo dal malocchio. Tale oggetto rituale viene preparato dal guaritore tradizionale con una serie di amuleti contenenti radici che servono a proteggere il bambino. Tali monili possono essere portati non solo a livello della vita, ma come dimostra la foto possono essere indossati come una normale collana.



Figure 1: Particolare di una collana utilizzata per la protezione del bambino

Diversamente, per quanto concerne in modo specifico la malnutrizione, non è possibile enumerare delle pratiche mediche preventive, ma piuttosto le madri intervistate hanno riferito di prestare attenzione

quotidianamente affinché il bambino riceva gli alimenti necessari alla sua crescita. Da quanto emerso dall'indagine, sono le donne a detenere il monopolio dell'ambito domestico, in particolare per quanto riguarda la preparazione degli alimenti. Se in primo luogo questa situazione scaturisce da fattori culturali, la maggior parte delle madri intervistate giustificano una tale pratica, sostenendo di essere le sole in grado di prestare la dovuta attenzione alla qualità degli alimenti somministrati ai bambini.

“Io so come preparare i pasti. Gli altri non sono in grado di preparare i pasti come lo faccio io”,
ci ha riferito una madre di 29 anni, con 3 figli e residente a Fipango.

Per quanto riguarda il trattamento delle malattie comuni e di quelle legate all'alimentazione del bambino con meno di 5 anni, nonostante la mancanza generalizzata di informazioni e di percorsi formativi adeguati, la maggior parte delle madri, in caso di necessità, hanno portato i figli in ospedale. In base ai dati raccolti, tutte le madri si sono recate presso i centri di salute per curare i propri bambini, ma questo canale non è esclusivo. Infatti, il ricorso al semplice trattamento casalingo che passa per la medicina tradizionale o l'automedicazione è ancora largamente diffuso nella zona considerata. Se tutte le madri intervistate (100% - 13 su 13) dichiarano di essersi recate in ospedale per far curare i propri bambini, tre di loro (03 su 13 - 23%) hanno dichiarato di ricorrere sia ai guaritori che all'ospedale, scegliendo il percorso terapeutico in base alla malattia, tre (03 su 13 - 23%) si recano prima in ospedale e successivamente dai guaritori nel caso in cui la malattia non venga debellata, tre (03 su 13 - 23%) mettono in atto il processo inverso, recandosi prima dai guaritori o cominciando il trattamento in casa e solo successivamente vanno in ospedale, nel caso in cui il bambino non risulti guarito, e solo tre (03 su 13 - 23%) hanno dichiarato di recarsi direttamente in ospedale. Il restante 8% (1 su 13) non ha intrapreso alcuna via, a causa della mancanza d'informazione.

Trattamento delle malattie comuni (croniche).

Il ricorso alle pratiche tradizionali come l'utilizzo della medicina tradizionale e il consulto presso i guaritori tradizionali, costituisce una pratica ancora molto diffusa nella zona in oggetto.

Table 11: Misure di trattamento delle malattie presenti nell'area.

Malattia	Trattamento eseguito
Malaria	Ospedale (4), guaritori tradizionali e poi ospedale (3), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Tosse (<i>kikosi</i>)	Ospedale (4), guaritori tradizionali e poi ospedale (1), curare il bambino a casa con delle radici tradizionali e poi all'ospedale (1).
Anemia	Ospedale (2), guaritori tradizionali e poi ospedale (1),
Gastroenterite (<i>kipima</i>)	Ospedale (1), guaritori tradizionali e poi ospedale (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Dermatite e/o eruzioni cutanee	Ospedale (2)
Morbillo	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1), trattamento a casa con il the rosso e poi all'ospedale (1)
Febbre	Guaritori tradizionali e poi ospedale (1), non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Splenomegalia	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Diarrea	Guaritori tradizionali e poi ospedale (3)
Kwashiorkor e/o malnutrizione	Ospedale (1)
Febbre tifoide	Guaritori tradizionali e poi ospedale (1)
Amibiasi	Ospedale (1)
Polmonite	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Utile	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Disidratazione	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Vomito	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).
Piaghe anali	Non è stata in grado di fornire spiegazioni (1).

Nel corso della ricerca sono stati identificati diversi percorsi terapeutici adottati dalle comunità utilizzando pratiche tradizionali. Nell'ambito della cura delle malattie percepite come più comuni, una parte delle madri ha raccontato di scegliere il percorso terapeutico in base alle malattie che devono essere trattate. Questi diversi trattamenti sono stati identificati in particolare nel villaggio di Shinga.

Una madre di 17 anni con un figlio ha raccontato: *“Io mi reco presso i guaritori tradizionali nel caso di malattie tradizionali, le malattie dei neri, come kasumba, kashelele, kipima, mentre vado in ospedale per curare malattie moderne come la malaria”*.

Sempre a Shinga, un'altra madre di 18 anni con 2 bambini ha raccontato: *“Andiamo presso i guaritori tradizionali per guarire dal lukunga, mentre ci rechiamo negli ospedali e dai medici per malattie come malaria o gastroenterite”*.

Anche nel villaggio di Mose, una madre di 27 anni con 3 bambini ha detto: *“Normalmente ci rechiamo presso i Centri di salute dei villaggi di Mukangamuke e Mose o dai guaritori di Mose. Secondo l'educazione che abbiamo ricevuto nella comunità dobbiamo recarci dai guaritori tradizionali per curare e proteggere i bambini”*.

In merito alle malattie comuni sono state raccolte delle testimonianze in base alle quali tre madri ricorrono ai percorsi tradizionali solo dopo aver utilizzato i canali di salute ufficiali e nel caso in cui il bambino non sia guarito:

“[Dopo il Centro di salute] se queste malattie non passano, ci rechiamo dai feticisti, perché crediamo che siano dovute alla stregoneria”. Testimonia di una madre di 38 anni con 4 figli, residente a Kanyaka.

In generale, il percorso tradizionale prevede l'utilizzo di pratiche tradizionali a seguito di una consulenza presso un guaritore tradizionale o sulla base di conoscenze e pratiche trasmesse a livello comunitario. Infatti, sono spesso le madri e le nonne a occuparsi della preparazione dei medicinali tradizionali per l'automedicazione. In linea di massima si tratta, in base alla patologia, di decotti di piante, foglie e corteccia di alberi che vengono somministrate al bambino sotto forma di bevanda preparata dai guaritori tradizionali o dai membri della famiglia che ne conoscono l'uso.

“In un primo momento la terapia è casalinga o viene fatta presso i guaritori tradizionali. Successivamente, se il bambino non è guarito, ci si reca in ospedale. Questo è il trattamento seguito nei casi di lukunga o splenomegalia, mentre gli operatori sanitari intervengono per tutte le altre malattie. Di solito vado in ospedale. È stata mia madre [la nonna del bambino] a somministrare delle radici da bere per la splenomegalia”. Madre di 21 anni con 3 bambini e residente a Shinga.

“Per il trattamento di queste malattie mi sono informata a livello comunitario, per cui, in questi casi faccio prima il trattamento casalingo e se il bambino non guarisce lo porto in ospedale. [...]. In caso di tosse: sminuzzare l'aglio con un po' di sale e farlo mangiare al bambino; in caso di vomito: prendere delle radici naturali (cipolla di Brousse)”. Madre di 23 anni con 3 bambini, residente a Kanyaka.

Il trattamento delle malattie legate all'alimentazione.

Per quanto riguarda le malattie legate all'alimentazione il trattamento è più o meno sempre lo stesso. Tuttavia, risulta inferiore il numero di pazienti che hanno iniziato un percorso terapeutico, perché la malnutrizione non è sempre considerata una malattia e le madri non sempre sono in grado di riconoscerla.

“Sono rimasta sempre a casa, perché non sapevo cosa fare” è stata la risposta fornita da una madre di 17 anni con 1 bambino e residente a Shinga.

L'indagine dimostra come a livello comunitario i percorsi terapeutici scelti dalle madri, nei casi di malnutrizione, rientrano nell'ambito di quanto precedentemente denominato “ricorso al trattamento casalingo”, ricorrendo alla medicina tradizionale, all'automedicazione o attraverso il cambiamento della dieta del bambino.

Nell'ambito del campione intervistato, il 63% (15 su 24) delle madri ha dichiarato di essere rimasta a casa. Di queste, il 53% (8 su 15) ha optato per un trattamento a base di articolari alimenti (spesso acquistando la soia in polvere per fare il tè altre volte aumentando la quantità di pesce nella dieta del bambino), il 33% (5 su 15) è rimasto a casa per mancanza d'informazioni ed il restante 14% (2 su 15) ha dichiarato di essere rimasto a casa al seguito di consigli ricevuti a livello comunitario o per mancanza di mezzi economici.

Un'altra parte del campione, il 17% (4 su 24) ha scelto di iniziare il trattamento a casa a base di alimenti per poi recarsi al centro di salute quando ha visto che lo stato di salute del figlio non migliorava. Il 13% (3 su 24) si è recato direttamente al centro di salute alla comparsa dei primi sintomi mentre il restante 8% ha iniziato il trattamento inizialmente presso i guaritori tradizionali per recarsi solo successivamente al centro di salute quando si è accorto che il bambino non mostrava segnali di guarigione.

L'indagine mette in luce un altro dato significativo. Si tratta della credenza circa le proprietà di alcuni alimenti. Tra le madri che hanno iniziato il trattamento a casa, il 25% (6 su 24) ha dichiarato di aver trattato il bambino con alimenti a base di soia in polvere (tè o la bouillie).

“Sono rimasta sempre a casa. Cercavo del tè di soia per curare il mio bambino. Non ho chiesto consigli, perché pensavo di dover fare in questo modo”. Madre di 22 anni con 3 bambini, residente a Kanyaka.

“Non si tratta di una malattia, per cui non ho portato il bambino in ospedale. Bisogna prima fare il trattamento in casa con il tè di soia. Ma finora non l'ho comprato”. Madre di 23 anni con 3 bambini, residente a Mose.

“Io avevo iniziato il trattamento a casa con il tè di soia. Solo quando mi sono accorta che non funzionava, ho portato il bambino in ospedale”. Madre di 29 anni con 3 bambini, residente a Mose.

Sono rari i casi in cui i genitori si recano direttamente presso i centri di salute e spesso questo avviene dopo aver constatato il fallimento del trattamento casalingo o tradizionale. Nonostante abbiano portato i bambini presso il centro di salute, le popolazioni continuano a ricorrere alle pratiche tradizionali.

Le ragioni generalmente addotte dalle popolazioni per giustificare questo tipo di pratiche sono di due tipologie:

- **Socioculturali:** In base alle manifestazioni della malattia e del suo significato sul piano culturale e comunitario, la priorità del trattamento è appannaggio dei guaritori tradizionali o segue pratiche tradizionali preparate a livello sociale, condivise e praticate in ambiente casalingo.
- **Finanziarie:** Le madri intervistate dichiarano di non avere sempre a disposizione il denaro sufficiente per far fronte alla spese da sostenere per il trattamento nei centri di salute. Pertanto, si orientano anche verso altre pratiche, nella speranza di alleviare il dolore, se non addirittura di guarire il bambino. *“Il bambino aveva sempre la febbre, ma non so di che tipo di febbre si tratta. Non era mai stato sottoposto ad esami per capire l’origine della febbre, anche se lo avevo portato in ospedale a Kanyaka. Non avevo denaro sufficiente per pagare gli esami all’ospedale e gli hanno fatto [al bambino] delle iniezioni di paracetamolo”*, ha raccontato una madre di 22 anni con 3 bambini.

In linea di massima, le popolazioni sono consapevoli dell’importanza dei centri di salute nel trattamento delle malattie comuni, ma i problemi di tipo finanziario e la mancanza di un’informazione adeguata costituiscono un ostacolo. Il ricorso al centro di salute non limita comunque l’uso di medicinali tradizionali e dell’automedicazione.

Il nutrimento del bambino

Percezione e pratiche dell’allattamento al seno.

Come riportato dall’EDS-RDC-II, l’allattamento al seno costituisce una pratica quasi universale nella Repubblica Democratica del Congo e si protrae per un periodo abbastanza lungo. Infatti, i risultati dell’indagine qualitativa condotta nell’area di salute di Mabaya dimostrano che, in base alle testimonianze, tutti i bambini (100%) con età inferiore a 6 mesi vengono allattati al seno e che il bambino continua a esser nutrito con latte materno fino all’età **di 18,4 mesi**⁷. Le ragioni alla base di tale interruzione precoce sono numerose:

Una madre di 23 anni con 3 bambini e residente a Kanyaka ha raccontato di aver smesso di allattare il proprio bambino all’età di 14 mesi, perché è rimasta nuovamente incinta.

Per la stessa ragione, una madre residente nel villaggio di Djames ha dichiarato: *“Io so che bisogna allattare il bambino fino all’età di 24 mesi, ma ho interrotto a 17 mesi, perché sono rimasta nuovamente incinta”*.

C’è anche un caso in cui una madre residente a Mose ha allattato i suoi 2 bambini fino all’età di 20 mesi.

Un’altra madre di 18 anni di Shinga con 2 bambini ha raccontato di aver interrotto l’allattamento del proprio bambino all’età di 18 mesi, perché ha ricominciato a studiare.

Se da un lato la situazione dell’allattamento è quella finora descritta, l’indagine mostra anche come l’allattamento esclusivo al seno non sia praticato dalle madri intervistate. Solamente l’8% (2 su 24) ha dichiarato di aver allattato il proprio bambino in modo esclusivo fino ai sei (06) mesi di vita, mentre in tutti gli altri casi (92% - 22 su 24) tale pratica è stata interrotta mediamente all’età di 2 mesi. L’introduzione di alimenti, in particolare liquidi, a partire dal primo giorno di vita è molto diffusa. Il latte di mucca e l’acqua, utili nella preparazione del tè o delle pappe, sono tra gli alimenti liquidi più utilizzati fin dai primi giorni di

⁷ Secondo l’OMS l’allattamento del bambino deve proseguire in media fino a 24 mesi.

vita del bambino. Dall'indagine emerge che tutte le madri sono d'accordo nell'affermare che "il latte, da solo, non è sufficiente per saziare il bambino" e che se loro stesse sono state nutrite con l'acqua non possono negarla al proprio bambino.

È importante sottolineare che in contesti normali, il bambino non ha bisogno di nient'altro che del latte materno a partire dai primi giorni di vita e fino ai sei (06) mesi di vita. Pertanto, l'introduzione di altri alimenti o bevande, anche in piccole quantità, può rivelarsi pericolosa per la salute del bambino, poiché può causare malattie infettive, diarrea o allergie.

Percezione e pratiche di alimentazione complementare e svezzamento del bambino.

Lo svezzamento è quel processo nel corso del quale il bambino si abitua lentamente a consumare lo stesso nutrimento della famiglia o dell'adulto. In questo arco di tempo, il bambino è sempre meno legato al latte materno. I dati ottenuti nel corso delle interviste mostrano che la pratica dell'allattamento esclusivo nell'ambito rurale di Mabaya non viene seguita. L'indagine ha rivelato che:

1. L'introduzione di alcuni liquidi, come l'acqua e il latte in polvere, nel regime alimentare del bambino comincia in media a 2 mesi di età:
 - Il 42% (10 su 24) ha iniziato a somministrare altri liquidi alla nascita;
 - Il 4% (1 su 24) a 1 mese;
 - Il 13% (3 su 24) a 2 mesi;
 - Il 25% (6 su 24) a 3 mesi;
 - L'8% (2 su 24) a 5 mesi;
 - Solamente l'8% (2 su 24) a 6 mesi.
2. L'introduzione di alimenti semi-liquidi comincia mediamente a 2 mesi:
 - Il 4% (1 su 24) ha iniziato a somministrare le pappe fin dalla nascita;
 - Il 50% (12 su 24) tra il 2° e il 3° mese di vita;
 - Il 25% (6 su 24) a 4 mesi;
 - L'8% (2 su 24) a 5 mesi;
 - L'8% (2 su 24) a 6 mesi.
3. Il passaggio definitivo a un tipo di alimentazione solida (alimentazione familiare) comincia intorno ai 7 mesi:
 - Il 4% (1 su 24) all'età di 4 mesi;
 - Il 21% (5 su 24) all'età di 6 mesi;
 - Il 46% (11 su 24) all'età di 7 mesi;
 - Il 13% (3 su 24) all'età di 8 mesi;
 - Il 13% (3 su 24) dopo i 9 mesi.

Generalmente, gli alimenti complementari semi-liquidi vengono somministrati al bambino tra il 2° e il 3° mese di vita. Tuttavia, esistono casi in cui le madri cominciano a somministrare questo tipo di alimenti subito dopo la nascita. Come complemento del latte materno, è la pappa il primo alimento semi-solido che viene somministrato al bambino. In questo piatto preparato a base di farina di mais, manioca o riso, a seconda della situazione economica, le donne aggiungono latte in polvere, acqua, olio di palma e/o margarina, sale e zucchero. Pertanto, le madri introducono la pappa molto presto, somministrandola 2 o 3 volte al giorno e senza variazioni di rilievo. Come dichiarato da alcune madri, le ricette di queste pappe

sono spesso trasmesse all'interno della comunità dalle nonne o dalle ostetriche. Alcune hanno dichiarato che è meglio ricorrere alle pappe che si trovano in commercio (marca *Elite*). Queste sono preferibili a quelle tradizionali.

Le cause del passaggio precoce dall'allattamento al seno all'alimentazione complementare riferite dalle madri sono molteplici. Tra le tante, si ricordano:

- Il bambino che piange molto;
- Il bambino si rifiuta di ingerire altri alimenti;
- Per motivi culturali/tradizionali bisogna introdurre altri alimenti ;
- Per aiutare il bambino: *“Perché il bambino diventa più grande e quindi anche i suoi bisogni sono maggiori”* (madre di Shinga e di Fipango).

In particolare, l'introduzione dell'alimentazione familiare si fa normalmente intorno ai 7 mesi, tra 6 e 9 mesi, stando alle indicazioni fornite dalle madri intervistate. Tuttavia, la maggior parte di esse dichiara di farlo prima, cioè intorno ai 6 mesi. Sono questi i casi in cui le pratiche alimentari culturali risultano essere più marcate. L'introduzione del *fou-fou* (*bukari*), nel regime alimentare del bambino a partire dal 7° mese di vita è una pratica molto diffusa nella zona considerata *“perché il bambino cresce e con lui crescono anche i suoi bisogni”* ha dichiarato una madre di Kanyaka.

“Il fufu è una pasta commestibile, solida o molle, a seconda dei gusti, realizzata con farinate [farina di mais e/o manioca]. Costituisce un alimento di base presso numerose popolazioni dell'Africa equatoriale⁸”. Questo piatto è spesso servito accompagnato da verdure cotte e due o tre volte la settimana da carne (di pollo o di ratto), o da pesce (pesce affumicato o salato, Thompson e Tilapia).

Una madre di 38 anni, con 4 bambini, che risiede a Kanyaka dichiara che il proprio bambino ha iniziato a rifiutare la pappa all'età di 7 mesi e che secondo lei un bambino di quell'età può mangiare il fufu [bukari], i Thompson (un tipo di pesce) e i tilapia con la salsa ma non può mangiare le verdure.

Un'altra madre di 21 anni, con 3 figli e residente a Shinga ha detto di aver iniziato a dare gli alimenti consumati anche dal resto della famiglia quando il suo bambino aveva 6 mesi, perché piangeva troppo e sua madre (la nonna) le ha consigliato di fare in questo modo.

Due madri hanno dichiarato di aver somministrato ai propri bambini degli alimenti da adulti per aiutarli: *“Quando il bambino comincia a crescere, anche i suoi bisogni sono maggiori”*.

L'incapacità da parte delle madri di differenziare le pietanze a livello familiare è dovuta a diversi fattori. Tra questi, la scarsa disponibilità di cibo e i problemi economici sono i principali. Alcune madri (06) hanno dichiarato di non aver disponibilità di alimenti in casa né il denaro sufficiente per acquistare i diversi alimenti necessari a un'ottima crescita del bambino.

L'indagine dimostra che il bambino non viene preparato nel processo che gli consente di passare dall'alimentazione liquida a quella adulta. Dallo studio condotto emergono due tipologie di svezzamento:

⁸ <https://en.wikipedia.org/wiki/Fufu>

1. **Lo svezzamento precoce:** fin dai primi giorni di vita le madri somministrano al piccolo alimenti liquidi e semi-liquidi. Alcune madri introducono la pappa già alla nascita.
2. **Lo svezzamento brusco:** due madri hanno dichiarato di aver interrotto immediatamente l'allattamento non appena si sono rese conto di essere nuovamente incinte.

La quasi totalità delle madri intervistate non segue una corretta pratica nella fase dello svezzamento. Malgrado il campione preso in esame non sia molto numeroso, è possibile rilevare come la maggior parte dei bambini malnutriti abbiano un'età inferiore a 29 mesi, mentre per quelli con età compresa tra 30 e 59 mesi il rischio di malnutrizione risulta raddoppiato. Questo dato mette in luce il reale problema che risiede nella cattiva pratica dello svezzamento, ovvero nel passaggio dall'allattamento al seno all'alimentazione solida.

Percezione e prassi consuetudinarie delle madri in relazione alle visite prenatali e ai luoghi di parto

La metà delle donne intervistate, il 63% (15 su 24) afferma di utilizzare in modo esclusivo il centro di salute per avere informazioni circa la propria gravidanza. Un 13% (3 su 24) racconta di far uso sia le strutture sanitarie presenti nella zona, sia le *sages-femmes*. L'8% (2 su 24) frequentano le *sages-femmes* in modo esclusivo e il restante 8% (2 su 24) dicono di non aver fatto nulla per il monitoraggio della gravidanza. Nonostante dai dati raccolti emerga che il numero delle donne che si recano in una struttura sanitaria per il monitoraggio della gravidanza sia in costante aumento rimane comunque molto alto il numero di donne che si rivolgono a figure tradizionali.

Una donna di 33 anni di Fipango, madre di 4 bambini, afferma: *“Le donne di questo villaggio non fanno mai le visite prenatali perché non vogliono. Io mi rivolgo alle ostetriche tradizionali, mia madre è una di loro”*.

Un'altra di 23 anni di Kanyaka, madre di 3 bambini, racconta: *“In generale le donne di Kanyaka vanno all'ospedale [centro di salute di Kanyaka], ma io mi sono rivolta a mia madre che è un'ostetrica tradizionale”*.

Anche a Shinga una madre testimonia che le donne si recano all'ospedale di Baya, ma si rivolgono anche alle ostetriche tradizionali.

La ricerca rivela che esistono delle consuetudini tradizionali riguardo al parto. Due madri, una di Kanyaka e una di Mose, fanno sapere che in caso di prima gravidanza sono solite rivolgersi innanzitutto ai nonni o ai punti di riferimento tradizionali per ricevere consigli ed effettuare il rito tradizionale di *prospera gestazione*.

Una madre di 38 anni di Kanyaka, con 4 figli, spiega: *“Le donne che affrontano la loro prima gravidanza si rivolgono, in ogni caso, innanzitutto ai nonni e alle ostetriche tradizionali per chiedere consigli, mentre le donne che si trovano alla loro decima gravidanza vanno direttamente in ospedale”*.

Un'altra di 27 anni di Mose, madre di 3 bambini, racconta: *“Le donne di qui vanno al centro di salute di Mose perché si trova molto vicino, ma si affidano alle ostetriche tradizionali in caso di prima gravidanza per ricevere consigli. In occasione della loro prima volta devono presentarsi dalle ostetriche tradizionali. Lo fanno per i rituali di buona gestazione”*.

Sono numerose le donne incinte che ricorrono all'aiuto delle ostetriche tradizionali o ad altre donne di esperienza per il controllo della propria gravidanza e per avere consigli nell'ambito della loro comunità. Inoltre, i prezzi elevati e la carenza di servizi per la maternità nel distretto sanitario rappresentano un altro rilevante fattore di demotivazione tra le donne, in riferimento ai controlli prenatali (CPN).

PARTE III – Indagine qualitativa sui fattori determinanti della sicurezza alimentare

1. Indagine qualitativa condotta presso le massaie residenti nel distretto di Mabaya

1.1 Metodologia della ricerca

Obiettivo generale della ricerca

- Analizzare e aggiornare le informazioni sugli stili di vita e sulla sicurezza alimentare della popolazione nel distretto sanitario di Mabaya (Katanga, RDC)

Obiettivi specifici della ricerca

- Fornire informazioni sulle cause dell'evoluzione tendenziale dell'insicurezza alimentare nella zona considerata;
- Favorire le decisioni in merito alla programmazione degli interventi;
- Fornire raccomandazioni sulle opportunità d'intervento ai decisori, ai partner e alla società civile per migliorare le condizioni alimentari delle popolazioni.

Metodologia della raccolta dei dati

La raccolta dei dati è stata effettuata utilizzando diverse tecniche della ricerca qualitativa, raccogliendo dati al contempo quantitativi e/o qualitativi e a diversi livelli: primari e secondari.

Raccolta dei dati attraverso fonti primarie

I metodi utilizzati sono stati:

- *L'intervista individuale semi-direttiva*, una sorta di conversazione tra il ricercatore e l'informatore, condotta con l'ausilio di uno schema d'intervista, con una finalità specifica e su un tema particolare. Le interviste sono state realizzate secondo la formula del faccia a faccia. Lo strumento (o schema) è un questionario strutturato in base ai diversi temi in esame, articolato su domande aperte. Le informazioni quantitative e qualitative sono raccolte con riferimento ai seguenti sei temi:
 - 1) la demografia e i trasferimenti,
 - 2) l'abitazione e i beni personali,
 - 3) l'agricoltura e l'allevamento,
 - 4) le spese,
 - 5) le fonti di reddito,
 - 6) il consumo alimentare.

Raccolta dei dati attraverso fonti secondarie

I metodi utilizzati sono:

- *Attori locali*: l'intero periodo della ricerca è caratterizzato da un processo costante di scambio di informazioni attraverso discussioni informali con gli attori chiave.
- *L'osservazione*: questa tecnica consiste nel raccogliere dati sul campo avvalendosi di svariati supporti, senza intervenire in maniera significativa sul campo in modo da ridurre l'impatto dell'osservazione sui gruppi osservati. Nella ricerca scientifica, l'osservazione è concepita in funzione di un quadro teorico di riferimento. Essa fornisce informazioni precise sui comportamenti e sugli atteggiamenti che non sarebbe possibile ottenere per mezzo delle interviste e dei questionari destinati unicamente a riportare i fatti. Consente la verifica delle informazioni ricevute nel corso di conversazioni informali con gli attori locali o delle interviste.
- *Statistiche governative*.

L'équipe di ricerca

- L'équipe di ricerca è composto da un animatore comunitario, un antropologo e un responsabile di progetto.

Metodologia dell'analisi dei dati

L'analisi si è articolata in due fasi differenti.

Nella prima fase, o pre-analisi, la classificazione dei dati viene effettuata con riferimento a sotto-tematiche. A tale scopo vengono preparate delle tabelle comparative destinate a sintetizzare le informazioni qualitative raccolte. L'elaborazione dei dati in funzione di tali sotto-tematiche consente poi lo spoglio dei dati grezzi; infine i concetti sono raggruppati in base a sotto-tematiche e presentati come risultati.

Nella seconda fase, o fase dell'analisi propriamente detta, si interpretano i risultati mettendo in luce le problematiche.

Limiti della metodologia

I vantaggi della ricerca partecipativa

- Consente di ottenere molte informazioni in breve tempo e a un costo contenuto;
- Consente di essere maggiormente operativi;
- Permette il coinvolgimento attivo della popolazione interessata nei processi decisionali riguardanti le azioni da intraprendere.

I limiti della ricerca partecipativa

- Il fatto che essa coinvolga attivamente la popolazione interessata rischia di generare false speranze;
- Esiste il forte rischio di alimentare delle aspettative nella popolazione mirata;
- Le massaie tendono ad una sottovalutazione del reddito da loro dichiarato;
- La scelta delle metodologie esige molta attenzione se si vuole evitare di ottenere informazioni del tutto eterogenee e difficili da trattare;

L'area della ricerca

La ricerca è stata condotta nel distretto sanitario di Mabaya, zona sanitaria di Kipushi. La zona rurale è situata nella provincia dell'Alto Katanga a sud della città di Lubumbashi. Per facilitare l'analisi dei dati la ricerca è stata suddivisa in base ai quattro (04) assi di riferimento territoriale.

- Asse di Kasumbalesa. Villaggi: Shinga, Baya, Kasamba e Kanyaka.
- Asse di Fipango. Villaggio: Fipango.
- Asse di Mataba. Villaggio: Mataba.
- Asse di Tchamba. Villaggi: Mose, Tchantamba, Tchamba, Dilefwe.

Il campione di ricerca

L'indagine qualitativa, o socio-antropologica, si distingue dall'indagine quantitativa basata sul trattamento statistico dei questionari relativi ad un campione rappresentativo. In questo tipo studio, si è scelto di esprimersi in termini di rappresentazione di una realtà socioculturale piuttosto che di rappresentatività statistica. Il campione è costituito pertanto dalle donne che risultano coinvolte in modo diretto nella gestione delle risorse familiari.

La popolazione considerata

Nel quadro della presente ricerca, sono state intervistate 44 famiglie e per ciascuna di sono state individuate e si è lavorato con le donne che si occupano in maniera diretta della gestione dei nuclei

familiari. Nella zona considerata, su un insieme totale di 36 villaggi, abbiamo raccolto dati in 12 diversi villaggi, per un totale di 39 famiglie. Sfortunatamente, a causa di un problema metodologico riscontrato nel corso delle interviste, i dati raccolti presso cinque (05) famiglie non sono confrontabili con gli altri e non sono stati utilizzati nell'analisi riportata di seguito, che ha quindi preso in considerazione i rimanenti trentanove (39) nuclei famigliari.

L'età media delle donne appartenenti a tali famiglie è di 35,9 anni mentre quella degli uomini risulta essere di 41,2 anni. Va ricordato che nella maggior parte dei casi le donne sottoposte ad indagine non sono in grado di fornire tutte le informazioni sul proprio coniuge. In effetti il 33% (13 su 34 questionari somministrati nei quali risultava un uomo a capo del nucleo familiare) delle donne intervistate ignora l'età del proprio marito.

Il numero medio di componenti è di 6,4 persone per nucleo, ripartite come segue: circa il 23% ha un'età tra 0 e 5 anni, il 30% tra 6 e 14 anni, il 46% tra 15 e 59 anni. Solamente in un caso (0,1%), la nonna risulta convivere con gli altri membri della famiglia. La struttura per grandi gruppi di età rivela che più della metà della popolazione (53%) ha meno di 15 anni, *"elemento che può rivelarsi una risorsa vincente, pur ponendo sfide importanti per lo sviluppo del paese"*⁹.

Per quanto riguarda il ruolo delle donne all'interno del nucleo familiare, sul totale delle trentanove (39) madri intervistate, l'87% (34) sono massaie mentre il 13% (05) ricopre il ruolo di capo famiglia.

In linea generale, i livelli di scolarizzazione permangono sempre molto scarsi. Tra le donne intervistate il 31% (13 su 39) è analfabeta, il 49% (19 su 39) ha frequentato la scuola primaria raggiungendo in media il quarto anno di questo ciclo, il 20% (8 su 39) ha frequentato la scuola secondaria frequentando in media il secondo anno. Il livello di istruzione degli uomini è leggermente superiore a quello delle donne, ma va rilevato che non si dispone di dati completi in quanto il 29% delle donne (10 su 34) non conosce il livello di scolarizzazione del proprio marito: il 9% (3 su 34) è analfabeta, il 18% (6 su 34) ha frequentato la scuola primaria raggiungendo in media il quinto anno e il 44% (15 su 39) ha frequentato la scuola secondaria raggiungendo in media il quarto anno.

1.2 Risultati della ricerca

L'abitazione e i beni personali

Obiettivo del presente capitolo è presentare le condizioni di vita dei nuclei familiari intervistati. Verranno prese in esame le condizioni relative all'approvvigionamento idrico, alla disponibilità elettrica e alle caratteristiche delle sistemazioni abitative.

Abitazioni familiari

Per ciò che concerne i dati riguardanti l'abitazione e i beni personali, è importante registrare alcune tendenze significative. Innanzitutto la quasi totalità (79% - 31 su 39) dei nuclei familiari oggetto di indagine è proprietaria del proprio alloggio. Soltanto il 21% (8 su 39) ha dichiarato di essere in affitto. Si registra una percentuale del 40% di locatari nell'asse Mataba, del 27% nell'asse Kasumbalesa, del 12% nell'asse Fipango e del 10% nell'asse Tchamba. Tra di loro, soltanto una famiglia nel villaggio di Kasamba paga un canone mensile di 10.000 Fc mentre le altre usufruiscono di locazioni gratuite. Gli alloggi sono composti generalmente da due stanze nei quali abitano in media 6,4 persone. Se i materiali di costruzione sono diversi a seconda del tenore di vita della famiglia, il pavimento risulta sempre essere in terra battuta. La

⁹EDS 2013-2014

maggior parte delle abitazioni è fatta di mattoni di fango con un tetto in paglia che richiede una costante manutenzione soprattutto al sopraggiungere della stagione delle piogge, mentre è raro incontrare delle famiglie che dispongano di una casa costruita in mattoni cotti e tetto di lamiera.

Modalità di cottura dei cibi

Il principale tipo di combustibile utilizzato dalle famiglie (100%) è rappresentato da combustibili solidi come il carbone vegetale e la legna da ardere.

Approvvigionamento idrico

Nel complesso, si può riscontrare che il 44% (17 su 39) delle famiglie intervistate si rifornisce d'acqua in via esclusiva presso una fonte (pozzi) migliorata, un altro 44% (17 su 39) utilizza i pozzi tradizionali e l'acqua del fiume (28% - 11 su 39). Dalle testimonianze raccolte si evince che l'utilizzo dell'acqua di fiume è molto diffuso (13 % - 5 su 39), specialmente nei villaggi di Mose, Tchantamba e Tchamba a causa delle avarie dei pozzi al momento nel momento in cui si è svolta l'indagine. Le avarie dei pozzi migliorati rappresentano la ragione principale del ricorso alle fonti d'acqua non migliorate.

Elettricità

Lo studio mostra che nessuna famiglia intervistata risulta essere allacciata alla rete elettrica statale e che soltanto il 23% (9 su 39) dei nuclei familiari ha accesso all'elettricità grazie a soluzioni di tipo *off-grid* : di questi, il 78% (7 su 9) utilizza generatori mentre il 22% (2 su 9) i pannelli solari.

Principali attività e mezzi di sostentamento dei nuclei familiari

Introduzione alle attività dei nuclei familiari

L'obiettivo di questo capitolo è presentare il profilo socio-economico della popolazione che compone i nuclei familiari analizzati.

La sicurezza alimentare, i redditi o qualsiasi altro servizio derivante da una combinazione di attività svolte da uno o più membri del nucleo. Da questa combinazione emerge una tendenza che indica un certo stile di vita e una certa dipendenza da una piuttosto che da un'altra attività. Allo stesso tempo, i redditi e i mezzi di sostentamento rappresentano un indicatore fondamentale dell'accessibilità e della sicurezza alimentare dei nuclei in quanto tutte le spese (alimentari e non) ne sono dipendenti. A tal fine è stato chiesto ai nuclei familiari quali sono state le tre principali attività/fonti di reddito che hanno loro consentito di vivere nel corso degli ultimi sei mesi e, per ognuna di queste, di indicare il valore monetario ottenuto (incluso l'autoconsumo).

Nella seguente analisi si è preferito considerare separatamente le attività realizzate dalle donne e quelle realizzate dagli uomini.

L'istogramma in basso mostra le attività e i mezzi di sostentamento rilevati all'interno dell'Area di Salute di Mabaya. La maggior parte delle attività rilevate sono strettamente legate alle attività tipiche dell'ambiente rurale ed esiste una differenza profonda tra quelle realizzate dalle donne e quelle realizzate invece dagli uomini. La partecipazione dei due sessi si osserva solo nelle attività agricole, sebbene esista un'importante differenza in termini di tempo ed energie dedicate a queste. Nell'ambito delle attività agricole di sussistenza si registra una rappresentazione delle donne quasi 5 volte superiore rispetto a quella degli uomini (85% rispetto al 18%). La stessa situazione si ripropone analizzando il lavoro agricolo salariato (Vedi bracciante giornaliero) presso individui o aziende (fattorie): nel caso dei dipendenti agricoli contrattualizzati, solo il 9% degli uomini è coinvolto nel settore, contro il 36% delle donne.

Tra le attività gestite in modo esclusivo da donne, sono state identificate tipologie specifiche di piccole attività commerciali (Piccolo commercio), sartoriali (Attività di cucito) e due casi nei quali non sono state registrate attività. Per quanto concerne le attività gestite esclusivamente dagli uomini, sono state identificate la produzione di carbone e il taglio di legname (Produzione di carbone), l'edilizia (Muratore), il lavoro in miniera (Minatore) e il trasporto (Autista di moto).

Figura 2: Attività del nucleo familiare ripartite in base al sesso

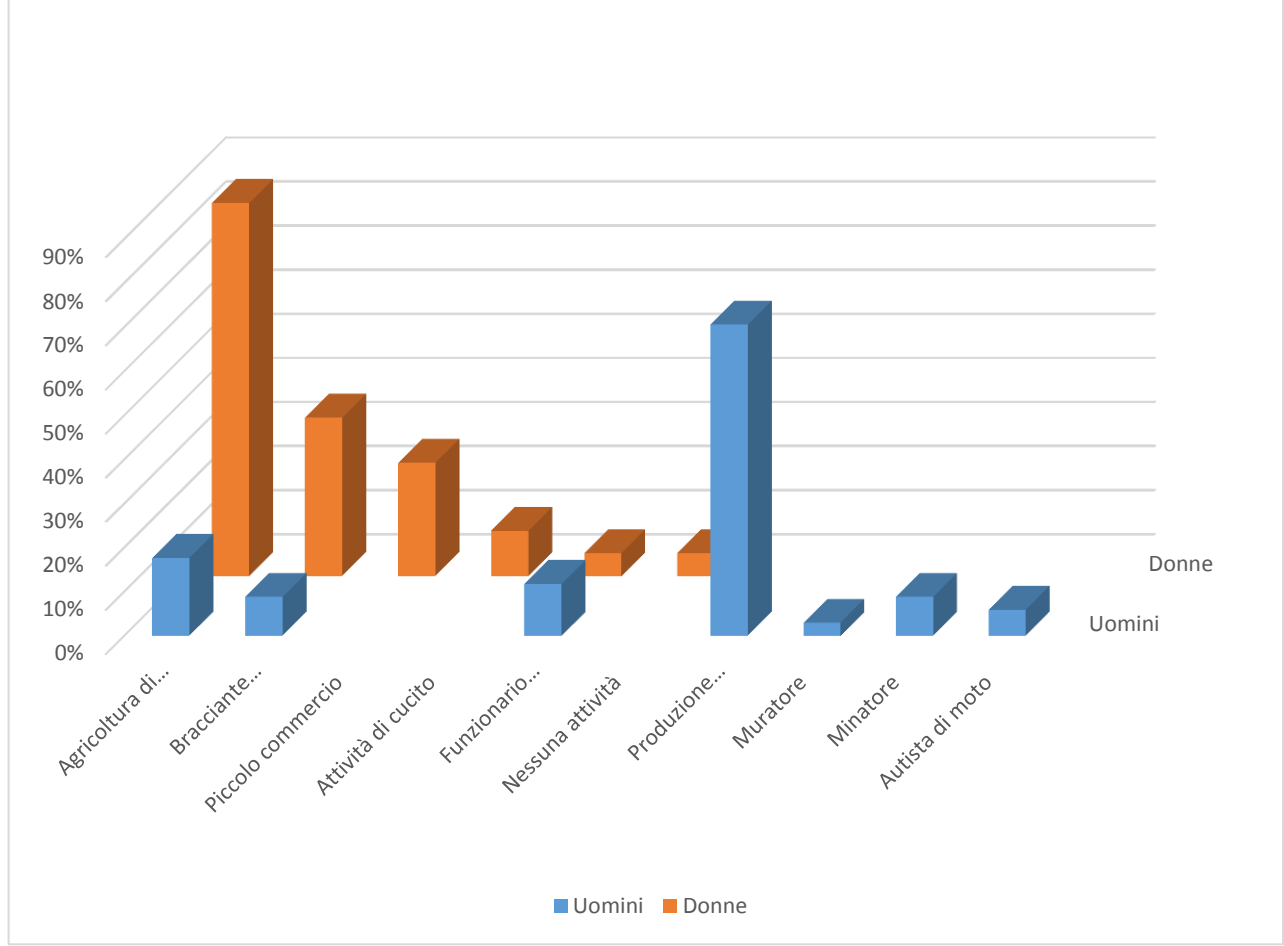


Table 12: Attività condotte all'interno del nucleo familiare

		Agricoltura di sostentamen to	Bracciant e giornalier o	Piccolo commerci o	Attivit à di cucito	Funzionar io salariato	Nessun a attività	Produzio ne carbone	Murator e	Minat ore	Autista di moto
Donne	Effettivo	33	14	10	4	2	2				
	% sul campion e (39)	85%	36%	26%	10%	5%	5%				
	Guadagn o medio	40,000	15,000	88,500	40,000	70,100	#NUM!				
Uomini	Effettivo	6	3			4		24	1	3	2
	% sul campion e (34)	18%	9%			12%		71%	3%	9%	6%
	Guadagn o medio	#NUM!	42,500			270,000		96,000	#NUM!	80,000	225,000

In media è stato stimato che, sommando le attività praticate dalle donne a quelle degli uomini, ogni nucleo familiare pratica dalle due alle tre attività (2,7 in media) di sostentamento garantendo al proprio gruppo

familiare un'entrata media di circa 167.000 Fc (167 USD con il cambio attuale), 870 Fc a persona (con un nucleo familiare di media dimensione composto da 6,4 persone) vale a dire meno di 1 USD al giorno.

Si tenga in conto che le donne dei nuclei familiari tendono a sottostimare i redditi che dichiarano perché spesso non sono in grado di fornire stime esatte del valore monetario generato da tali fonti e frequentemente non sono a conoscenza del guadagno effettivo dei propri mariti. Per tale ragione non è stato possibile raccogliere dati esatti per determinare esaustivamente i "gruppi di stili di vita". Ciò nonostante, i risultati ottenuti ci hanno consentito di individuare tre (3) gruppi di stili di vita sulla base delle attività svolte dai membri del nucleo familiare.

Table 13: Gruppi di stili di vita

Gruppo	Attività	%
Nuclei familiari completamente dipendenti dalle attività produttive del contesto agricolo	Impiegati agricoli, del carbone e del tagli di legname, dell'edilizia e cavatori.	56 %
Nuclei familiari non completamente dipendenti dalle attività produttive del contesto agricolo	Impiegati agricoli, del carbone e del tagli di legname, dell'edilizia, cavatori, piccoli commercianti e salariati.	36 %
Nuclei familiari indipendenti dalle attività produttive del contesto agricolo	Commercio.	8 %

Le attività svolte dalle donne

Sulla base dei dati raccolti nella zona di Mabaya, le donne si occupano di diverse attività generatrici di reddito praticandone più di una alla volta. In media è stato stimato che le donne praticano circa due attività (1,7 in media) garantendo al proprio gruppo familiare un'entrata media di circa 40.000 Fc (40 USD con il cambio attuale).

L'agricoltura di sostentamento rimane la principale attività delle donne nel contesto rurale. Questa viene indicata da circa il 85% (33 su 39) delle donne come la principale attività svolta per assicurare la sussistenza durante i sei mesi precedenti l'indagine.

Il 36% (14 su 39) delle donne ha dichiarato di aver lavorato come bracciante giornaliero per terzi (in genere per aziende agricole della zona) nel corso dei ultimi sei mesi. Il salario dichiarato è mediamente di 1.500 FC per una parcella di terreno 10 metri quadri, denominata "*tâche*", con guadagno minimo di 1.000 Fc e un massimo a 2.500 Fc : la quantità di terreno coltivabile da una donna in buono stato di salute è di circa 2 o 3 *tache* al giorno. Più donne ci hanno detto di aver lavorato solo alcuni giorni (in media tre giorni) a contratto nel corso degli ultimi sei mesi. Tuttavia, sono stati registrati casi in cui le donne hanno dichiarato di aver ricevuto un salario minimo in funzione dei giorni lavorati.

Una donna di Mataba ha raccontato di avere lavorato 25 *tâche* per 1.500 Fc nel corso degli ultimi sei mesi, con un guadagno medio di 6.000 Fc al mese.

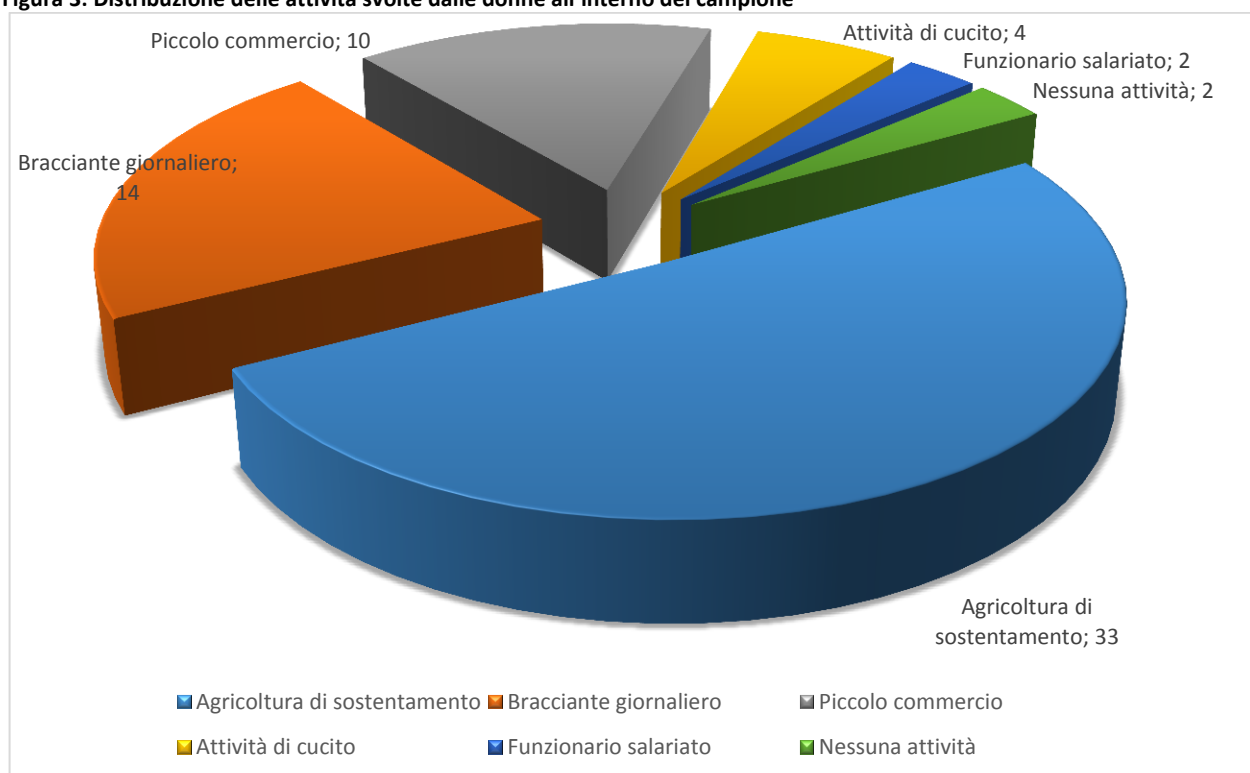
Una donna di 54 anni di Kenyaka ha detto di aver lavorato per 14 giorni durante gli ultimi sei mesi ricevendo un salario di 2.000 Fc per parcella, ma non ricordava l'importo guadagnato totale.

Un'altra donna di 45 anni di Kasamba ha dichiarato che durante la buona stagione può guadagnare tra i 16.000 e i 24.000 Fc al mese lavorando due o tre giorni la settimana.

I guadagni sono spesso molto scarsi al punto che generalmente le donne non sono in grado di quantificarli. In generale siamo comunque riusciti a stimare un guadagno medio mensile di circa 15.000 Fc per questo genere di attività.

Il piccolo commercio di prodotti alimentari a livello di villaggio risulta essere la seconda attività principale, sebbene sia largamente meno citata rispetto all'agricoltura di sussistenza e alle attività di agricoltura a contratto. Più di un quarto delle donne (26% - 10 su 39) praticano diverse forme di piccolo commercio di prodotti alimentari. Tra i prodotti venduti si trovano i prodotti freschi come il mais in grani e in pannocchie e i prodotti trasformati come il pesce (pesce affumicato, sotto sale, congelato¹⁰, le patate dolci fritte, i bignè, i dolci e la farina di mais. Il reddito medio ottenuto con questa attività è di 88.500 Fc al mese; il minimo si attesta a circa 35.000 Fc, registrato presso una donna di Mataba che vende "Thompson" (pesce congelato importato dalla Namibia e dal Sud Africa) e il massimo a 300.000¹¹ Fc al mese, dichiarato da una donna di Tchamba, che possiede un piccolo negozio. Negli assi di Mataba e Kasumbalesa abbiamo individuato quattro donne (10% circa sul totale) che svolgono attività sartoriali. Con questa attività, una donna ha dichiarato di riuscire a guadagnare 40.000 Fc al mese. Tra le attività elencateci due donne (5%) risultavano avere un lavoro stipendiato (insegnante in un progetto di alfabetizzazione e inferiera) e altre due (5%) non praticavano nessuna attività.

Figura 3: Distribuzione delle attività svolte dalle donne all'interno del campione



¹⁰ La trasformazione del pesce non viene realizzata a livello locale nella zona di indagine.

¹¹ Ipotesi calcolate sulla base della media del guadagno quotidiano in due stagioni, moltiplicato per 20 giorni lavorativi.

Table 14: Particolare delle attività svolte dalle donne all'interno del campione

		Agricoltura di sostentamento	Bracciante giornaliero	Piccolo commercio	Attività di cucito	Funzionario salariato	Nessuna attività
1. Asse Kasumbalesa	Eff.	11	3	3	3	2	2
	%	73%	20%	20%	20%	13%	13%
2. Asse Fipango	Eff.	7	2	4	-	-	-
	%	88%	25%	50%	0%	0%	0%
3. Asse Mataba	Eff.	5	1	2	1	-	-
	%	100%	20%	40%	20%	0%	0%
4. Asse Tshamba	Eff.	10	8	1	-	-	-
	%	91%	73%	9%	0%	0%	0%
Total	Eff.	33	14	10	4	2	2
	%	85%	36%	26%	10%	5%	5%

Le attività svolte dagli uomini

Secondo le testimonianze delle donne, le attività svolte dagli uomini sono numerose, ma spesso, per ragioni culturali, è raro che una donna possa conoscere gli importi effettivamente guadagnati dal marito. Abituamente gli uomini danno alle donne una piccola somma, denominata "*ration*" (porzione), che questa deve gestire per gli acquisti dei generi alimentari necessari al nucleo familiare. In media è stato stimato che gli uomini raramente svolgono più di un'attività lavorativa (1,3 in media). Tuttavia anche praticando una sola attività riescono a garantire al proprio gruppo familiare un'entrata media di circa 126.500 Fc (126,5 USD con il cambio attuale).

Come indicato nel grafico in basso, la maggior parte degli uomini (71% - 24 su 34) si occupa della produzione di carbone e del taglio di legname. Rispetto alle donne risulta minore l'impiego della manodopera maschile in agricoltura. Secondo le testimonianze raccolte, solo il 18% degli uomini (6 su 34) assiste la moglie nel lavoro nei campi e ancora minore risulta essere il numero di braccianti giornalieri: solo il 9% (3 su 34). I funzionari salariati sono il 12% (4 su 34): tra i mestieri praticati vi ritroviamo due insegnanti, un tecnico e un dipendente d'albergo. Il 9% (3 su 34) è impiegato come minatore, il 6% (2 su 34) è autista di moto e il 3% (1 su 34) lavora come muratore. I grafici e le tabelle di seguito mostrano la suddivisione delle diverse attività remunerate per asse:

Figura 4: Distribuzione delle attività svolte dagli uomini all'interno del campione

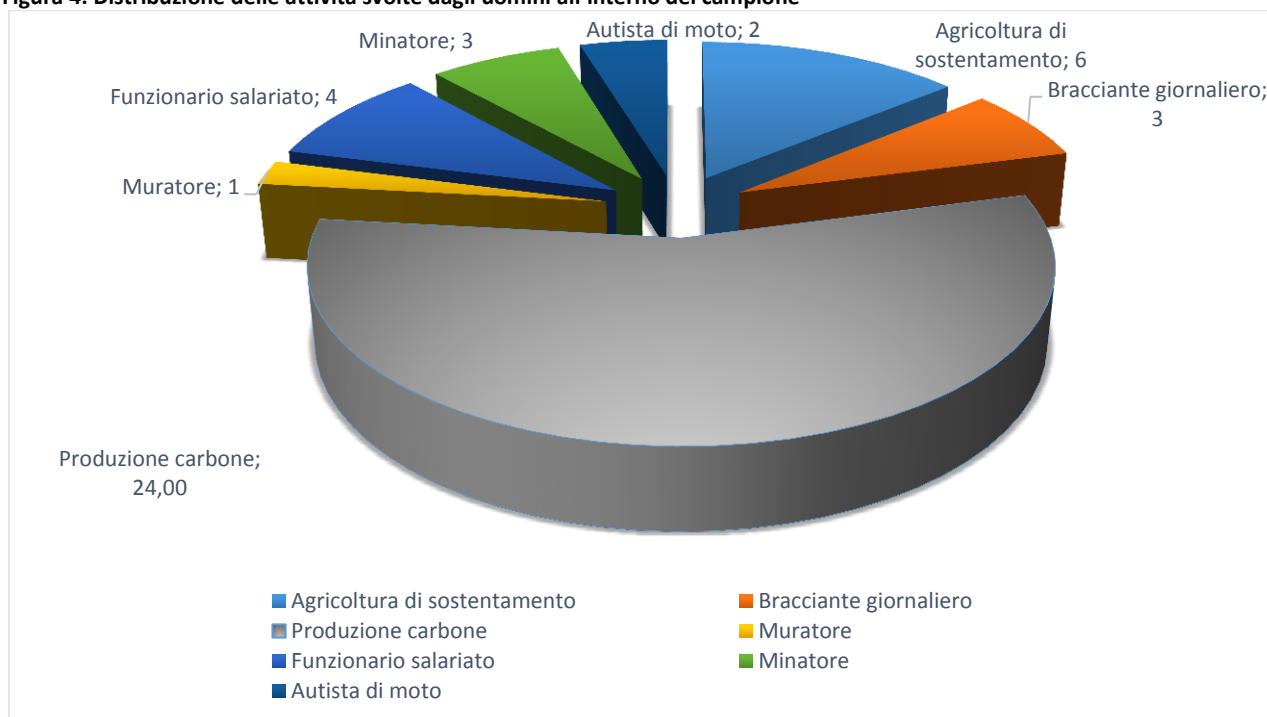


Table 15: Particolare delle attività svolte dagli uomini all'interno del campione

		Agricoltura di sostentamento	Bracciante giornaliero	Produzione carbone	Muratore	Funzionario salariato	Minatore	Autista di moto
1. Asse Kasumbalesa	Eff.	3	-	6	1	3	2	1
	%	20%	0%	40%	7%	20%	13%	7%
2. Asse Fipango	Eff.	-	2	4	-	1	1	-
	%	0%	25%	50%	0%	13%	13%	0%
3. Asse Mataba	Eff.	1	-	5	-	-	-	-
	%	20%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
4. Asse Tshamba	Eff.	2	1	9	-	-	-	1
	%	18%	9%	82%	0%	0%	0%	9%
Total	Eff.	6	3	24	1	4	3	2
	%	18%	9%	71%	3%	12%	9%	6%

Osservazioni

Il lavoro agricolo è percepito come il principale mezzo di sussistenza ed è gestito principalmente dalle donne, ma in generale non può essere considerato come una fonte di reddito. Sebbene qualche volta le donne intervistate vendano i prodotti agricoli, non ci è possibile, e nemmeno per loro, quantificare il valore o l'importo ottenuto da tale vendita in quanto le quantità di prodotti vendute sono estremamente modeste e la frequenza non è regolare. La fonte di reddito principale delle donne è rappresentata dal piccolo commercio.

Dai dati raccolti si evince che il taglio di legname per la produzione di carbone destinato alla vendita è l'attività principale svolta dagli uomini dei nuclei familiari rurali intervistati. In genere, la vendita avviene presso il mercato del carbone del quartiere Katuba a Lubumbashi. In media gli uomini fanno due o tre viaggi settimanali e il guadagno mensile medio ricavato tramite questa attività è di 96.000 Fc, pari a 96 USD.

Spostamenti e ricorso all'aiuto esterno

Nel campione considerato non abbiamo individuato casi significativi di spostamenti di durata superiore a un giorno che contribuiscano in modo rilevante al benessere della famiglia. Nel corso dell'inchiesta sono stati individuati solo 7 nuclei familiari (il 18 %) interessati da spostamenti interni. La principale meta è rappresentata dalla città (86% - 6 su 7) e più raramente da paesi frontalieri (14% 1 su 7). Lo scopo principale è dato dal lavoro (71% - 5 su 7) seguito da motivi di studio (29% - 2 su 7). In generale gli studenti non contribuiscono al sostentamento della famiglia, mentre i lavoratori giornalieri rappresentano la principale fonte di reddito.

Circa il 44% delle famiglie ha dichiarato di aver ricevuto aiuti dalla famiglia e/o da amici in caso di bisogno nei 6 mesi precedenti all'indagine. In base alle necessità e alle possibilità, l'aiuto può essere in denaro o in natura, ma in nessun caso le donne intervistate sono state in grado di quantificare l'ammontare di tale aiuto.

Disponibilità alimentare

Risorse agricole e mezzi di produzione

Il lavoro agricolo è la principale fonte di sostentamento dei nuclei familiari considerati. Si tratta di un'agricoltura di sussistenza, la cui produzione è quasi interamente destinata al consumo diretto delle famiglie rurali. Solo una piccola parte di queste colture, quella in eccesso, viene venduta al mercato o scambiata con altri prodotti.

L'obiettivo di questo capitolo è analizzare le risorse agricole disponibili per la popolazione che compone i nuclei familiari analizzati. Si tratta quindi di analizzare il rapporto tra le terre coltivate e quelle possedute, la tipologia delle sementi e dei fertilizzanti adoperati, l'uso di braccianti salariati e le modalità del loro pagamento.

Asse Kasumbalesa: Nonostante l'agricoltura risulti essere tra le principali fonti di sostentamento per l'80% (12 su 15) dei gruppi familiari presenti in quest'asse, solo il 50% (6 su 12) delle intervistate era a conoscenza della quantità di terreni posseduti, che in media è 1,5 ettari per nucleo familiare. Il 58% (7 su 12) ci ha comunicato di aver coltivato mediamente 0,5 ettari, mentre il rimanente 42% (5 su 12) non sa stimare la superficie lavorata. In generale, l'analisi rivela che solo una parte, circa il 33%, dei terreni posseduti, viene coltivata. Rimane però difficile stimare con precisione questo rapporto in quanto solo il 33% (4 su 12) delle intervistate conosceva questi due valori.

Secondo i dati raccolti, il 33% (4 su 12) delle donne intervistate ha dichiarato di aver utilizzato sementi provenienti dal precedente raccolto per la coltivazione dei propri terreni mentre il 58% (7 su 12) dichiara di utilizzare sementi miliorate. Solo in un caso (8%) la famiglia ha utilizzato contemporaneamente le due sementi nei sei mesi precedenti l'indagine.

L'uso di fertilizzanti chimici è molto diffuso in quest'asse. In effetti, il 42% (5 su 12) dei nuclei familiari utilizza fertilizzanti chimici per concimare i terreni, il 17% (2 su 12) utilizza sia fertilizzanti chimici che naturali e il restante 33% (4 su 12) utilizza esclusivamente concimi naturali in quanto non aveva sufficienti risorse per acquistare fertilizzanti chimici.

Tra le famiglie considerate, il 17% (2 su 12) ha dichiarato di essere ricorso a braccianti per lavorare i propri terreni negli ultimi sei mesi, adoperando in media tra le due e le quattro persone. In entrambi i casi, i braccianti sono stati compensati con prodotti agricoli. L'8% invece dichiara di lavorare i campi sfruttando una particolare forma associativa.

Asse Fipango: In quest'asse i nuclei familiari che praticano l'agricoltura costituiscono l'88% (7 su 8) del campione dato. La quantità media dei terreni è di circa 1 ettaro e quella delle terre coltivate di all'incirca 0,375 ettari, risultando così che solo il 38% dei terreni posseduti vengono coltivati. Anche in questo caso la capacità delle donne di stimare le proprietà è molto scarsa. Tra le famiglie che praticano l'agricoltura, il 57% (4 su 7) non ha idea del rapporto tra terreni posseduti e coltivati.

Tra le famiglie che si dedicano all'agricoltura, negli scorsi sei mesi il 71% (5 su 7) del campione ha utilizzato sementi miliorate mentre solo il 29% (2 su 7) ha utilizzato quelle naturali provenienti dal precedente raccolto.

L'uso di fertilizzanti chimici è molto diffuso in quest'asse. In effetti, il 43% (3 su 7) dei nuclei familiari utilizza fertilizzanti chimici per concimare i terreni mentre il restante 57% (4 su 7) utilizza esclusivamente concimi naturali.

Sulla base dei dati raccolti, solo il 14% (1 su 7) delle famiglie che si dedicano all'agricoltura, hanno utilizzato braccianti. In questo particolare caso, una donna intervistata ha dichiarato di aver speso un totale di 80.000 Fc per pagare un bracciante durante l'ultimo raccolto. Il salario è fissato a 2.000 Fc per parcella.

Asse Mataba: Sebbene il 100% (5 su 5) del campione ha dichiarato di essere dedito all'agricoltura, in quest'asse non è stato possibile raccogliere dati sufficienti per stimare il rapporto tra terreni posseduti e coltivati in quanto il campione considerato era molto ridotto. I dati raccolti mostrano comunque che la quantità di media terre possedute (2,5 ettari per famiglia) è la più grande rispetto alle altre aree prese in analisi, ma il rapporto tra quelle possedute e quelle coltivate è minore: infatti dalle interviste risulta che il gruppo familiare non riesca a coltivare più del 10% del terreno che possiede.

L'uso di sementi provenienti dal precedente raccolto nel villaggio di Mataba non è esclusivo: il 40% (2 su 5) adopera sia sementi naturali sia sementi provenienti dall'ultimo raccolto, un altro 40% (2 su 5) utilizza in modo esclusivo quelle migliorate e 20% (1 su 5) utilizza esclusivamente sementi naturali.

Per quanto riguarda l'uso dei concimi, il 60% (3 su 5) ha dichiarato di utilizzare in modo esclusivo i fertilizzanti chimici mentre il restante 40% (2 su 5) usa solamente quelli naturali.

Il 40% (2 su 5) del campione considerato fa ricorso a braccianti salariati durante il periodo del raccolto. Una donna ha dichiarato di aver speso 25.000 Fc in contanti per il pagamento del lavoro di quattro braccianti. Un'altra ha detto di aver utilizzato braccianti per il raccolto, ma non ricorda l'importo speso totale. Tuttavia ha affermato di pagare generalmente sia in natura (farina di mais) sia in danaro (1.500 Fc per parcella).

Asse Tchamba: In quest'asse, che comprende quattro villaggi, il 91% (10 su 11) dei nuclei considerati si dedica all'agricoltura. In questa zona si registra il rapporto più alto tra terreni posseduti e coltivati: circa il 63% dei terreni posseduti viene coltivato. Anche per quanto concerne la raccolta dei dati, il campione considerato è stato in grado di fornire informazioni più complete rispetto agli altri assi: l'80% (8 su 10) conosce la quantità di terreni coltivati, stimata in circa 0,6 ettari, e il 60% (6 su 10) conosce le dimensioni della sua proprietà, stimata in circa 1 ettaro.

L'80% (8 su 10) dichiara di non fare ricorso a sementi migliorate, bensì di utilizzare quelle ottenute dal precedente raccolto.

Come per gli altri tre assi, anche qui il ricorso ai fertilizzanti chimici è molto diffuso (80% - 8 su 10). Tutte le donne intervistate ha dichiarato di utilizzarli per concimare i propri terreni.

Il 30% (3 su 10) delle famiglie intervistate ci ha detto di aver utilizzato braccianti per il lavoro nei campi. Come per gli altri casi, i lavoratori sono stati pagati sia in danaro che in natura. In quest'asse è stata registrata anche la presenza di due nuclei familiari (20%) che hanno scelto di lavorare in cooperativa per quanto riguarda le attività agricole.

Analisi dei dati sui quattro assi

Come precedentemente descritto, il 90 % (18 su 20) dei nuclei considerati si dedica all'agricoltura. In generale è possibile affermare che si tratta di un'agricoltura di sussistenza, in quanto non vi è surplus destinato alla vendita, ad eccezione di alcuni casi.

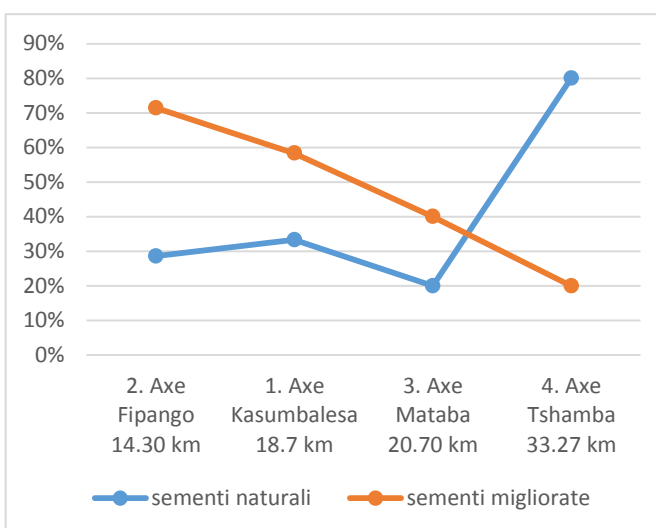
- **Rapporto tra terre possedute e terre coltivate:** dalla ricerca risulta che l'87% dei nuclei familiari intervistati si dedica all'agricoltura di sussistenza. Tra le donne intervistate che si dedicano all'agricoltura, solo il 50% (17 su 34) è in grado di fornire dati sulla quantità di terreni posseduti dalla famiglia e queste dichiarano che la superficie media coltivabile per nucleo familiare è di circa 1 ettaro. Al contrario, si registra una consapevolezza maggiore per quanto riguarda i terreni coltivati: il 68% (23 su 34) ci ha fornito dati inerenti ai terreni coltivati che risultano essere mediamente di 0,375 ettari risultando così essere circa un terzo (38%) di quelli posseduti¹².

- **Tipologia delle sementi (Fig. 4):** nella

zona d'indagine il 44% del campione (15 su 34) utilizza sementi provenienti dal raccolto precedente, il 47% (16 su 34) adopera sementi migliorate e il restante 9% (3 su 34) afferma di adoperare entrambi i tipi di sementi. Le sementi migliorate sono generalmente acquistate presso i mercati della città, ma secondo le testimonianze raccolte, nei villaggi passano spesso venditori ambulanti di tali prodotti. Sulla base delle interviste, tra le principali ragioni dell'uso di tali sementi vi è l'aumento della produttività osservato rispetto alle sementi naturali:

"I semi dello scorso raccolto non sono più convenienti" ci ha detto una donna di Mataba. I dati raccolti mostrano che l'uso delle sementi naturali aumenta in modo proporzionale con l'aumento della distanza del villaggio dalla città di Lubumbashi, mentre l'uso di sementi migliorate segue una dinamica inversa. La sola eccezione riscontrata è presso il villaggio di Mataba dove, nonostante la sua interclusione, l'uso di sementi migliorate risulta molto diffuso. Secondo la maggior parte delle testimonianze raccolte, in questo villaggio si praticano due diversi tipi di colture in funzione delle sementi utilizzate. Le sementi naturali sono seminate a spaglio, mentre le altre in solchi.

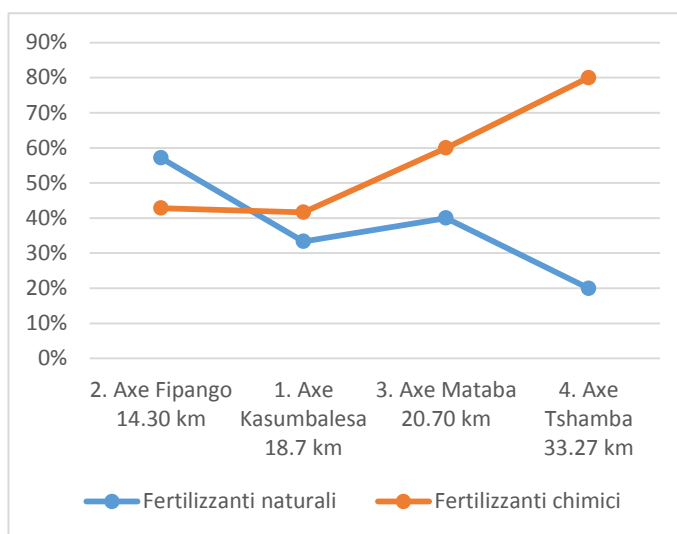
Figura 5: Tipologia delle sementi utilizzate in funzione dell'isolamento del villaggio



¹² Questa stima è stata realizzata sulla base dei dati forniti dalle donne dei nuclei familiari (44%) in grado di dare informazioni complete sui terreni posseduti e quelli coltivati.

- **Tipologia di fertilizzanti:** il 59% (20 su 34) delle donne intervistate ha dichiarato di fare uso esclusivo di fertilizzanti chimici per fertilizzare il terreno destinato all'agricoltura, il 6% (2 su 34) utilizza sia quelli chimici che quelli naturali e il 38% (12 su 34) quelli naturali in modo esclusivo. Questi concimi naturali risultano molto poveri in quanto elaborati a partire da materie prime vegetali e minerali (resti dei raccolti precedenti) e senza alcun tipo di apporto di originale animale, data la scarsa diffusione di forme di allevamento organizzato a livello di villaggio.

Figure 6: Tipologia di fertilizzanti usati in funzione dell'isolamento del villaggio



Come per le sementi migliorate, i fertilizzanti chimici sono generalmente acquistati presso i mercati della città, a Lumumbashi, e in Zambia, ma è stata anche registrata la presenza di venditori ambulanti nei villaggi che vendono tali prodotti. Le marche più diffuse sono UREE e NPK, per le quali il costo di un sacco da 50kg si aggira rispettivamente tra i 40.000 e i 50.000 Fc (UREE) e tra i 50.000 e i 60.000 Fc (NPK), in base ai costi di trasporto. In questo caso i dati raccolti mostrano l'effetto contrario rispetto a quanto rilevato per le sementi. L'uso dei fertilizzanti chimici infatti aumenta in modo proporzionale all'aumentare della distanza del villaggio dalla città di Lubumbashi, mentre l'uso di fertilizzanti naturali segue una dinamica inversa. Questo aumento dell'utilizzo di fertilizzanti chimici dimostra come nei villaggi più isolati sia ancora alto l'investimento economico nel settore agricolo da parte dei nuclei familiari intervistati.

- **Impiego di braccianti:** nel campione considerato, il 24% (8 su 34) delle famiglie che praticano l'agricoltura si avvale di braccianti per il lavoro nei campi. Durante l'indagine, sono stati identificati due metodi diversi di pagamento: in danaro e in natura. Per quanto concerne il pagamento in danaro, il salario medio è di 1.500 FC per parcella (tra i 1.000 e i 2.500 Fc) mentre per quanto riguarda il pagamento in natura, per lo stesso lavoro viene consegnata la quantità di 1 Meka¹³ di farina di mais. Nella totalità del campione preso in analisi sono stati individuati quattro casi (12%) di donne che per ottimizzare le attività in questo settore hanno deciso di lavorare sfruttando una forma semplice di associazionismo.

Produzione agricola, stoccaggio e vendita

La Provincia del Katanga ha due stagioni. La stagione secca, che va dalla metà di aprile sino alla fine di ottobre, e la stagione delle piogge. Una parte della provincia ha un clima tropicale umido, con una stagione secca e una fredda che dura tra i due e i cinque mesi in base alla regione, mentre l'altra ha un clima temperato, con temperature che possono scendere sino a -3°C.

L'indagine è riuscita a identificare i principali prodotti agricoli coltivati dai nuclei familiari che hanno partecipato all'inchiesta. L'istogramma e la tabella che seguono mostrano la frequenza con la quale le donne intervistate hanno indicato di coltivare determinati prodotti agricoli e la quantità media prodotta per ciascun articolo.

¹³ Unità di misura locale.

Figura 7: Produzione agricola

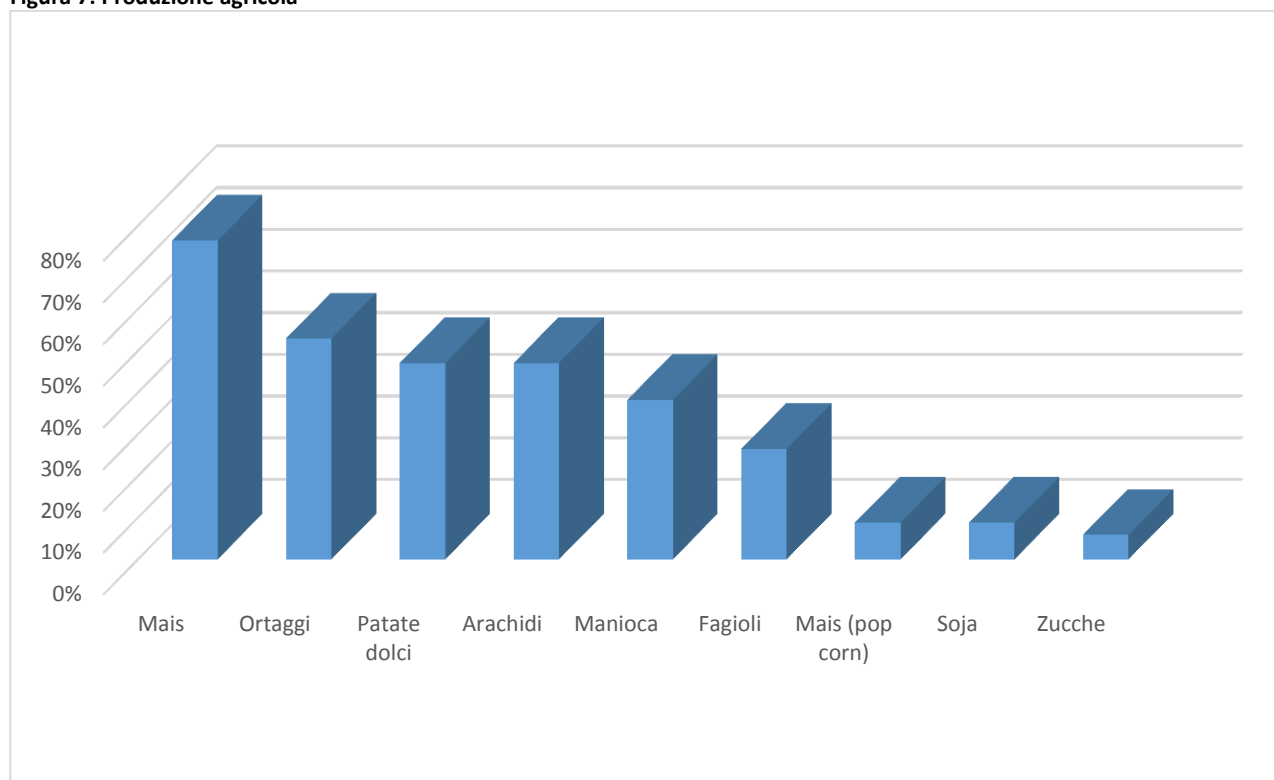


Table 16: Particolare sulla produzione agricola

	Percentuale di famiglie sul campione che hanno dichiarato di coltivare tale prodotto	Quantità media prodotta (in Kg)
Mais	76%	250
Ortaggi	53%	#NUM!
Patate dolci	47%	140
Arachidi	47%	51
Manioca	38%	#NUM!
Fagioli	26%	30
Mais (pop corn)	9%	375
Soja	9%	48
Zucche	6%	#NUM!

Uno degli obiettivi della presente indagine è la valutazione del sistema di gestione di ogni prodotto agricolo con una particolare attenzione ai prodotti ricchi di proteine, come la soia, i fagioli e le arachidi. Per diverse ragioni un'analisi dettagliata della questione non è stata possibile, tuttavia dallo studio si possono trarre informazioni importanti. L'agricoltura praticata nella regione in esame rimane tuttora di sussistenza e, salvo rari casi, gli intervistati non hanno saputo fornire informazioni complete sulla propria produzione (produzione stoccaggio e vendita). Si è tuttavia tentato di fare un'analisi, per una maggiore comprensione

della situazione relativamente alla gestione rurale dei prodotti, che tenesse in considerazione tale mancanza di informazioni. Di seguito si propone un'analisi dei principali prodotti agricoli.

- Il **mais** è la principale fonte di calorie nella regione del Katanga. La principale forme di consumo a livello locale avviene tramite il *fou- fou* di mais (chiamato localmente *Bukari*) la cui diffusione nell'area risulta maggiore di quella del *fou- fou* di manioca. Il periodo di semina va da ottobre a novembre, mentre il raccolto è da giugno a luglio.

Table 17: Produzione media di mais

ASSE	Produzione media di mais per famiglia (in kg)
Kasumbalesa	231
Fipango	175
Mataba	289
Tchamba	250
Media	250

La produzione di mais (coltivato dal 76% del campione – 26 su 34) per le annate 2015 e 2016 è stata in media di 250 kg per nucleo familiare. Tra i coltivatori intervistati il 38% (10 su 26) ha dichiarato di aver raccolto meno di 250 Kg, il 27% (7 su 26) tra i 250 Kg e i 750 Kg, il 19% (5 su 26) oltre i 750 Kg, mentre un 15% (4 su 26) non è riuscito a stimare la propria produzione.

Per quanto concerne lo stoccaggio al momento dell'indagine, tra i nuclei familiari che coltivano il mais l'65% (17 su 26) ha dichiarato di avere un magazzino nella propria abitazione. Si noti però che l'indagine si è svolta nei mesi di luglio e agosto, immediatamente dopo la fine del raccolto e che quindi la percentuale è da considerarsi più alta. Tra le famiglie che hanno fornito informazioni, la quantità media di mais stoccato durante il periodo dell'indagine era di 150kg per nucleo. Tuttavia il 42% non è stato in grado di conservare oltre i 100 Kg o di lo stock. Il mais viene stoccato in grani in grandi sacchi e viene macinato solo in caso di uso. Nella zona considerata non si contano casi significativi di vendita di mais: secondo i dati raccolti, solo il 23% (6 su 26) ha dichiarato di aver venduto una piccola quantità della propria produzione. Le ragioni principali di tale vendita, come confermate dalle interviste, sono legate alle necessità del nucleo familiare di far fronte a situazioni di particolare urgenze, come il pagamento delle spese scolastiche o il pagamento dei braccianti che hanno lavorato i terreni di proprietà della famiglia. Il prezzo di vendita varia in base al periodo di cessione. Se il mais viene venduto subito dopo il raccolto (luglio), data la grande disponibilità del prodotto sul mercato, il prezzo è molto basso e fissato a 200 Fc/kg (ovvero 500 Fc per l'unità di misura locale, il "meka"). Diversamente, quando il prodotto viene venduto a partire da mese di ottobre, data la limitata disponibilità sul mercato, il suo prezzo raddoppia e può raggiungere i 400 Fc/kg (1.000 Fc per secchio). Raramente, e solo in un terzo dei casi, le famiglie che hanno venduto il mais sono state in grado di attendere il mese di ottobre al fine di massimizzare i profitti. Gli altri hanno venduto a un prezzo inferiore subito dopo il raccolto al fine di soddisfare immediatamente le necessità basilari.

- La seconda coltura dominante nella zona interessata è rappresentata da ortaggi e verdure, coltivate dal 53% delle famiglie. Contrariamente al caso del mais, qui non è stato possibile quantificare la produzione in quanto le donne intervistate non sono state in grado di fornire dati esatti. La coltivazione delle verdure si effettua durante entrambe le stagioni in base al tipo di prodotto. Grazie all'osservazione e allo scambio di informazioni con il personale locale è stato possibile

verificare che sia a livello di villaggio, sia tra i villaggi e la città, esiste un mercato continuo che influisce su questi tipi di prodotti. Molte donne, ma anche uomini, vendono le verdure nei villaggi e molti altri si recano, più volte a settimana, nei mercati della città per vendere i propri prodotti. Tra le verdure più coltivate si contano l'amaranto (*lenga lenga*), il cavolo e il cavolo di Pechino, le foglie di manioca (*sombe*), le foglie di zucca (*kibwabwa*) e le foglie di patata dolce.

- I tuberi, come la patata dolce e la manioca, si prestano bene al clima e ai tipi di suolo della regione. Mentre la farina di manioca è spesso utilizzata per la preparazione del *fou fou*, la patata dolce accompagna frequentemente il pasto del mattino. In base ai dati raccolti, una buona parte della produzione della patata dolce è destinata alla vendita in quanto nella zona rurale non esistono possibilità per la sua conservazione. Si noti che le foglie di manioca sono talvolta consumate come verdure (*Sombe*).

Secondo quanto si evince dai dati, il 38% (13 su 34) delle famiglie coltiva la manioca, ma a causa dei tempi di coltura particolarmente lunghi, tutte le famiglie, al momento dell'indagine, hanno dichiarato di consumarne solo le foglie, in quanto i tuberi non erano ancora maturi. Per la patata dolce, in base alle informazioni raccolte, il periodo di semina è compreso tra i mesi di dicembre e febbraio, mentre il raccolto è tra maggio e luglio.

Quasi la metà (47% - 16 su 34) del campione considerato coltiva la patata dolce. Il raccolto medio per famiglia sino ad ora è di 140 kg, ma questi dati non sono completi in quanto la produzione era in corso durante l'indagine. Tra i coltivatori di questo prodotto, il 44% (7 su 16) ha dichiarato di aver venduto una parte del raccolto, registrando così uno dei tassi di vendita più alti tra i prodotti coltivati. Tuttavia, quasi la metà delle donne intervistate non è stato in grado di fornire dati completi sulla propria produzione. Sulla base di quanto è stato possibile dedurre dalle informazioni raccolte relativamente al rapporto tra produzione e vendita, si è registrata una cessione media pari al 60% della produzione totale. La patata dolce rimane un prodotto popolare, ma per il quale nelle zone rurali non esistono possibilità di stoccaggio. Pertanto, il prezzo non varia in funzione della stagione, ma spesso dal luogo di vendita: se le patate dolci vengono vendute nei villaggi, queste possono raggiungere un costo di 150 Fc/kg, mentre se sono vendute nei mercati della città il prezzo arriva a raddoppiare sino a 300 Fc/kg.

- Per quanto riguarda gli alimenti ricchi di proteine per i quali l'indagine mirava a ottenere dati specifici, troviamo, a livello di abitudini locali, prodotti come le arachidi, i fagioli e la soia. Sebbene la loro coltivazione non sia molto diffusa e solo il 47% (16 su 34) afferma di coltivarne, le arachidi sono particolarmente apprezzate. La maggior parte delle ricette a base di verdure, prevede l'uso di arachidi. La produzione media rimane comunque molto bassa e supera a fatica i 50 Kg (51,4 Kg). Il periodo di semina va da novembre a gennaio, mentre il raccolto da aprile a giugno. Tra i produttori, solo il 38% (6 su 16) dichiara di venderne. Secondo i produttori, il prezzo di vendita varia considerevolmente in base al luogo. Se venduti nei mercati cittadini il prezzo è di circa 400 Fc/kg, mentre se la vendita avviene nei villaggi il prezzo può addirittura triplicare.

La produzione di fagioli nell'area considerata, al contrario, è molto limitata sia in termini di numero di produttori (26% - 9 su 34) sia in termini di quantità prodotte, con una produzione media di appena 29,5 kg per famiglia. Tra i produttori, solo il 3% (1 su 34) dichiara di vendere una parte della produzione. Il prezzo di vendita sul mercato cittadino è intorno ai 200 Fc/kg.

Tra i tre alimenti ricchi in potere nutritivo, la soia parrebbe essere quello la cui coltivazione è meno diffusa sia come numero di produttori sia come quantità prodotte: solo il 10% degli intervistati dichiara di aver coltivato soia nell'ultimo anno e non sa fornire dati sulle quantità prodotte.

Bestiame e allevamento

L'allevamento costituisce generalmente un pilastro molto importante della sicurezza alimentare. Secondo l'analisi dei dati raccolti, nell'area di salute di Mabaya, il tipo di allevamento praticato è di scarsa qualità e non rappresenta una mezzo di scambio né una forma di risparmio salvo che per quanto riguarda gli animali di taglia media (capre e maiali).

Nel campione considerato, il 62% (24 su 39) dei nuclei familiari intervistati ha dichiarato di praticare l'allevamento.

La tipologia di animali più diffusa sono i volatili, come galline, galli e anatre. Quasi la totalità degli allevatori (96% - 23 su 24) ha dichiarato di possedere volatili. Il numero medio di animali per famiglia è di 4 polli, salvo rare eccezioni (16% - 4 su 23) che possiedono 10 o più capi. Secondo le testimonianze raccolte il 96% (22 su 23) dichiara di allevare gli animali ai fini riproduttivi principalmente per l'autoconsumo (78% - 18 su 23), mentre solo il 26% (6 su 23) sostiene di allevare i volatili a scopo di vendita. Bisogna comunque evidenziare che il consumo di carne è riservato agli eventi importanti, come la visita di ospiti. Gli animali di piccola taglia come i volatili rivestono un'importanza fondamentale nell'economia domestica: spesso infatti le donne intervistate hanno dichiarato di vendere il capo di bestiame per poter sostenere spese improvvise. Il prezzo di acquisto nei villaggi è in media di 2.500 Fc per un pulcino, mentre un pollo adulto viene venduto in media a 5.000 Fc garantendo così un guadagno netto di 2.500 Fc.

L'allevamento dei caprini è invece scarsamente diffuso nell'area oggetto d'inchiesta: solo il 21% (5 su 24) degli allevatori ha dichiarato di allevare questo animale. Il numero medio di animali per famiglia è di 1 capra, salvo un'eccezione (4% - 1 su 24) che possiede 3 capi. Secondo le testimonianze raccolte il 60% (3 su 5) dichiara di allevare gli animali a scopo di consumo personale, il 40% (2 su 5) a scopo riproduttivo e il 40% (2 su 5) per la vendita. Il prezzo di acquisto di un capo giovane è in media di 35.000 Fc, mentre la vendita dello stesso da adulto è in media di 70.000 Fc garantendo così a chi le alleva un guadagno medio netto di 35.000 Fc.

La diffusione dei suini è molto più limitata, solo il 4% (1 su 24) degli intervistati ha dichiarato di dedicarsi a questo particolare tipo di allevamento. Il prezzo di acquisto del capo giovane riscontrato era di 30.000 Fc a fronte di un prezzo di vendita del capo adulto di 85.000 Fc.

Mentre i piccoli animali possono essere considerati come un importante fonte nutritiva, i grandi animali, come le capre e i maiali, devono considerarsi principalmente come un investimento che necessita di un certo capitale iniziale. Secondo i rispondenti, l'intenzione è generalmente quella di tenere l'animale sino a che abbia raggiunto la taglia adulta per poi rivenderlo.

Table 18: Situazione dell'allevamento

Tipo di capo	N° Allevatori	Quantità media di capi posseduta	Scopo dell'allevamento			Prezzo d'acquisto medio (Fc)	Prezzo di vendita medio (Fc)
			Autoconsumo ¹⁴	Riproduzione ¹⁵	Vendita ¹⁶		
Volatili	96%	4	78%	96%	26%	2,500.00	5,000.00
Caprini	21%	1	60%	40%	40%	35,000.00	70,000.00
Suini	4%	1	0%	0%	100%	30,000.00	85,000.00

¹⁴ Le percentuali sono calcolate sull'effettivo degli allevatori del capo in analisi.

¹⁵ *Ibidem.*

¹⁶ *Ibidem.*

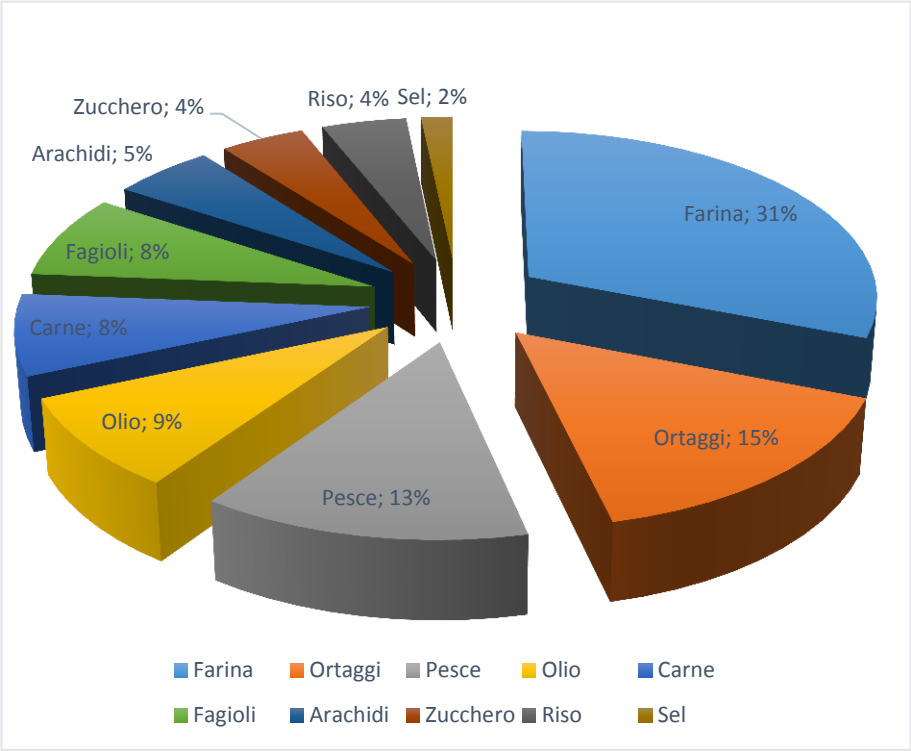
L'indagine ha rilevato che, tra i principali motivi che limitano lo sviluppo e la differenziazione dell'allevamento, vi è il costo iniziale elevato (specialmente nel caso degli animali di media/grossa taglia), la mancanza di conoscenze e tecniche adeguate, il rischio di furto e la preoccupazione che gli animali possano danneggiare la proprietà degli altri abitanti del villaggio generando conflittualità.

L'acquisto

Al fine di comprendere

meglio la capacità di un nucleo familiare di procurarsi in modo regolare la quantità di alimenti necessaria, nel corso dell'indagine è stata realizzata un'analisi degli acquisti dei prodotti alimentari. Malgrado le difficoltà riscontrate nella raccolta e nell'analisi dei dati, sono state ottenute informazioni interessanti per migliorare la conoscenza della situazione nell'area oggetto d'inchiesta. Nella zona considerata è pratica molto diffusa che il marito non comunichi alla moglie

Figura 8: Ripartizione delle spese settimanali.



l'importo ottenuto dalle sue attività, ma che questi dia alla moglie una parte dei ricavi denominata "ration" (porzione). Questa piccola somma data dal marito, insieme a quanto guadagnato dalla moglie, consente gli acquisti alimentari quotidiani. La "ration" porzione media rilevata per nucleo familiare (mediamente composto da 6,4 membri) è in media di circa 3.000 Fc al giorno (21.000 Fc per settimana), ossia 550 Fc per persona al giorno. Il minimo giornaliero per persona rilevato è di 111 Fc, mentre il massimo di 1.500 Fc. L'incidenza dei prezzi dei prodotti sul bilancio famigliare è rappresentata nel grafico in alto (Fig. 6). La spesa media settimanale registrata è di 22.625 Fc per famiglia, ripartita come indicato nel grafico. La farina di mais risulta essere il prodotto il cui acquisto ha un maggiore impatto sul bilancio famigliare: la sua quota è del 31% del totale. Un'altra parte consistente della spesa settimanale è destinata all'acquisto dei legumi (15%) seguiti dal pesce (13%) che può essere salato, affumicato o congelato e che ha un costo proporzionalmente più elevato e l'olio (9%). Il restante è ripartito in modo pressoché simile tra carne (8%), Fagioli (8%), arachidi (5%), riso (4%), zucchero (4%) e sale (2%). Il grafico mostra l'impatto economico di ogni alimento sul bilancio famigliare settimanale e la tabella riporta la dipendenza della famiglia dal mercato, in base ai diversi tipi di prodotto.

Table 19: indicatore di dipendenza della famiglia dal mercato

Aliments	Percentuale di famiglie che hanno dichiarato di acquistare il prodotto in questione
Huile	85%
Poisson	74%
Sel	72%
Sucre	56%

Farine	51%
Légumes	49%
Haricots	31%
Riz	21%
Arachides	18%
Viande	10%

La tabella (Tab. 15) indica la frequenza con la quale, in base alle risposte, i nuclei famigliari si rivolgono al mercato per alcuni tipi di prodotti. L'olio, il pesce, il sale e lo zucchero sono i prodotti per i quali le famiglie sono maggiormente dipendenti dal mercato in quanto non in grado di produrli domesticamente. La percentuale elevata degli acquisiti di verdure e di farina di mais è significativa. Nonostante questi siano tra i prodotti agricoli la cui coltivazione è maggiormente diffusa, numerose famiglie, per far fronte ai cattivi raccolti, continuano a essere dipendenti dal mercato per il loro acquisto e consumo.

È il caso di menzionare anche altri alimenti che sono consuetudinariamente acquistati al mercato, come le uova, il tè e la soia in polvere per la preparazione del tè che spesso accompagna le patate dolci nella colazione.

Sicurezza alimentare

Accesso agli alimenti

L'accesso agli alimenti, per quanto concerne il nucleo familiare, è nella maggior parte dei casi gestito dalla donna che deve quindi essere in grado di organizzarlo in ragione della propria produzione domestica, delle scorte, degli acquisti (porzione e altre fonti di reddito), dei doni, dei prestiti e dell'assistenza alimentare.

La maggior parte delle famiglie non è in grado di produrre a sufficienza per i propri bisogni di base. Pertanto la produzione agricola e le scorte diventano variabili fondamentali, sebbene non le sole, per la determinazione della capacità di accesso agli alimenti. Per colmare questa lacuna, i nuclei familiari ottengono una buona parte di quanto consumano acquistandolo sul mercato, pertanto le spese, i redditi e i profitti di produzione (ad esempio il bestiame, che può essere venduto per acquistare alimenti in caso di necessità) e l'andamento dei prezzi divengono variabili determinanti per la capacità di accesso agli alimenti delle famiglie.

Come riportato recedentemente dai dati raccolti nell'area considerata emergono 3 differenti gruppi identificati sulla base delle attività produttive praticate dai propri membri:

- il gruppo più consistente in termini numerici (56% - 22 su 39), include i nuclei che sono totalmente dipendenti dalle attività produttive legate al contesto rurale, di conseguenza per questo macro gruppo risulta di fondamentale importanza la produzione agricola. Analizzanddo nello specifico la produzione del mais, alimento base della dieta locale e unica coltura per la quale gli intervistati sono riusciti a fornirci dati esaurienti, risulta che solo il 14% (3 su 22) dei nuclei familiari intervistati è riuscito a produrre una quantità di mais necessaria a soddisfare il proprio fabbisogno. Il restante 86% (19 su 22), non essendo riuscito a coltivare quantità sufficienti, risulta essere fortemente dipendente dagli acquisti e quindi dal mercato per poter raggiungere un livello di sicurezza alimentare, ma in genere queste famiglie sono caratterizzate da un basso poter d'acquisto.
- Relativamente al secondo gruppo (36% - 14 su 39), nel quale sono inclusi quei nuclei familiari che non risultano totalmente dipendenti dalle attività produttive legate al contesto rurale, altre fonti di reddito derivanti da attività di piccolo commercio e da stipendi legati al terzo settore (generalmente uomini) contribuiscono ad aumentare il potere di acquisto delle famiglie. Ciò

nonostante, l'accesso agli alimenti rimane scarso, in quanto, come nel caso del primo gruppo, i nuclei familiari non hanno una buona capacità produttiva in ambito agricolo.

- L'ultimo gruppo (8% - 3 su 39), rappresentato dalle famiglie indipendenti dalle attività legate al contesto agricolo, è quello in cui è stato registrato un buon accesso agli alimenti, in quanto, nonostante non beneficino di alcuna produzione propria, il potere di acquisto è tale da permettergli un costante accesso agli alimenti.

Di fondamentale importanza nel garantire al nucleo familiare l'accesso agli alimenti (sia in termini di autoproduzione che di acquisto) è la capacità dei propri membri di diversificare le attività produttive o generatrici di reddito.

Per nessuno dei nuclei familiari considerati l'allevamento rappresenta un fattore determinante nell'ambito dell'accessibilità agli alimenti in quanto non è particolarmente diffuso nella zona considerata.

Il consumo alimentare

Il numero medio di pasti per nucleo

familiare nell'area considerata è di 2 per i bambini e di 2,2 per gli adulti.

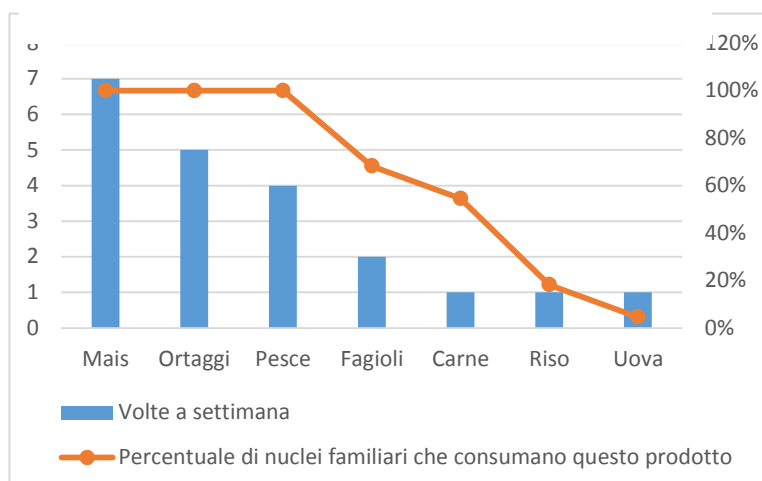
Alla domanda: "Quali sono gli alimenti che avete consumato nel corso dei sette giorni che hanno preceduto l'inchiesta?" il 100% delle donne intervistate hanno dichiarato di consumare mais sotto forma di *fou-fou* (mediamente 7 volte a settimana), verdure (in media 5 volte a settimana) e pesce (in media 4 volte a settimana), mentre solo il 68% delle donne ha consumato fagioli (in media 2 volte a settimana). Il 55% ha dichiarato di aver mangiato carne almeno una volta, mentre si riduce ancora il consumo di riso e uova (rispettivamente il 10% e il 5% hanno consumato questi alimenti solo una volta).

Tradizionalmente, le ricette preparate a base di verdure comprendono sempre l'aggiunta di olio vegetale e spesso di farina di arachidi, ma secondo i dati raccolti dal personale sanitario presente nella zona le donne non sempre hanno i soldi per acquistare questi due ingredienti. Tra i tipi di pesce è possibile citare: il *Thompson* (un pesce surgelato proveniente dalla Namibia o dal Sud Africa), il pesce sotto sale (*Kitoyo*), il pesce affumicato (*Milonge*) e dei piccoli pesci d'acqua dolce (*Ndakala*). Per quanto concerne la carne, la più consumata è quella di pollo, mentre il consumo di carne di capra o di maiale è molto raro. Sebbene ciò sia poco frequente, l'approvvigionamento di proteine è anche collegato alla caccia. La selvaggina più comunemente cacciata è costituita da roditori, come ratti e nutrie, da piccoli volatili e da larve (*chenil*).

La ricerca mostra inoltre che i tipi di pasto non variano molto in base ai diversi gruppi. Ad eccezione di alcune famiglie i cui i pasti, specialmente al mattino, variano grazie alla coltivazione di patata dolce, in tutte le altre i pasti si ripetono.

Il pasto abituale della colazione si compone di patate dolci accompagnate da tè (rosso o, raramente, tè di soia). Il *fou-fou* è presente nei pasti principali accompagnato sempre da verdure stagionali e, tra le due e le

Figura 9: Indicatori di consumo settimanale



cinque volte a settimana, da pesce. Raramente, e solo in occasioni particolari, da carne. Sebbene molto scarso, si è registrato il consumo di uova, esclusivamente acquistate e mai provenienti dai polli di proprietà, che sono sempre destinati alla riproduzione e al consumo di carne.

La maggior parte degli alimenti consumati dal nucleo familiare proviene dalla produzione propria. Le altre due fonti importanti sono anzitutto l'acquisto e a seguire lo scambio.

Livello di sicurezza alimentare

Il profilo di vulnerabilità dei nuclei familiari è stato definito calcolando il livello di accessibilità di questi e la frequenza e la diversità dei loro consumi alimentari. Il livello di accessibilità è stato stabilito a partire dai dati sulle spese dei nuclei familiari e il livello delle scorte di cereali e bestiame; il livello di consumo è misurato a partire dalla frequenza di consumo degli alimenti e la loro varietà nel corso della settimana precedente l'intervista. Questi due indicatori combinati hanno consentito di determinare il livello di vulnerabilità relativo all'insicurezza alimentare delle famiglie. Sfortunatamente, durante la fase di indagine, non è stato possibile raccogliere dati sufficienti per poter determinare con precisione i livelli o i profili di sicurezza alimentare. È tuttavia possibile dedurre conclusioni utili per fornire un'idea di quali sia la situazione nell'area di salute di Mabaya.

Suddividendo in base agli stili di vita, il gruppo che risulta più toccato da questa insicurezza è quello degli agricoltori. A seguire vengono coloro che lavorano nell'agricoltura ma possono contare anche con altre fonti di reddito provenienti da attività di piccolo commercio e i salariati. I nuclei familiari che praticano in modo esclusivo il commercio risultano essere i meno colpiti, ma il campione è troppo ridotto per poter trarre conclusioni definitive.

CONCLUSIONI

Devianza positiva

Sebbene sinora questa relazione abbia mirato a estrapolare le norme comportamentali locali legate alle problematiche affrontate, l'obiettivo di questo capitolo è invece quello di identificare e scoprire, nel campione considerato, i comportamenti e le strategie poco diffuse, eppure efficaci, qualificate come "devianza positiva", attuate da alcuni individui e considerate come "modelli positivi".

Il fine di questo capitolo è pertanto quello di gettare, grazie ad esempi individuati nel corso dell'indagine, le basi per una riflessione volta a pianificare strategie di sviluppo sostenibile e adattato al contesto.

L'approccio della devianza positiva (DP)

"In ogni comunità vi sono individui le cui abitudini e comportamenti poco comuni consentono loro di evitare un problema o di trovare le migliori soluzioni rispetto a quelle dei loro vicini o colleghi che hanno accesso alle stesse risorse"¹⁷.

L'approccio della Devianza positiva parte dall'ipotesi per la quale alcune soluzioni ai problemi di una comunità esistono già all'interno della comunità stessa e si tratta solo di individuarle. Fermo restando che i comportamenti si modificano lentamente, la maggior parte dei medici pubblici sono concordi nell'indicare che le soluzioni identificate all'interno della comunità sono più sostenibili rispetto a quelle di origine esterna. La Devianza positiva è un approccio fondato sulla convinzione secondo la quale in ogni comunità esistono alcuni individui ("i devianti positivi") che adottano pratiche e comportamenti poco comuni ma che gli consentono di trovare mezzi migliori per prevenire problemi (legati alla malnutrizione o alla sicurezza alimentare) rispetto ai loro vicini pur disponendo delle stesse risorse ed essendo esposti agli stessi rischi di questi.

La questione principe è la seguente: cosa permette ad alcuni membri della comunità (i modelli positivi - MP) di disporre di soluzioni migliori o di poter prevenire meglio un problema diffuso rispetto ai loro vicini che hanno accesso alle stesse risorse?

Dalla sua elaborazione nell'ambito della ricerca nutrizionale nel 1970, l'approccio DP è stato ampiamente utilizzato dai ricercatori e dai valutatori nel contesto dello sviluppo. Questo è uno strumento prevalentemente basato intorno a cinque principi fondamentali:

1. le comunità possiedono le soluzioni e le competenze per rispondere meglio ai propri problemi;
2. queste comunità sono entità auto-organizzate con mezzi e risorse umane sufficienti per raggiungere soluzioni ai problemi comuni;
3. le comunità possiedono un'"intelligenza collettiva", equamente distribuita che l'approccio DP tenta di individuare e promuovere.
4. il fondamento dell'approccio DP si basa sulla sostenibilità e sul consentire a una comunità di scoprire soluzioni ai propri problemi mediante lo studio dei "devianti positivi" locali.
5. la modifica comportamentale è realizzata al meglio mediante la pratica e il "fare".

¹⁷ <http://www.positivedeviance.org/pdf/French4Ds.pdf>

Casi di devianza positiva nella zona sanitaria di Mabaya

Nel corso dell'indagine sono stati identificati due casi considerabili come devianza positiva e che risultano particolarmente interessanti per una riflessione.

Caso di studio 1

Mbina è una madre di 27 anni e di 5 figli, residente nel villaggio di Mose (Asse Tchamba). Suo marito ha 39 anni. Il loro livello di educazione è identico, avendo entrambi raggiunto il 6° anno del primo ciclo e tutti i loro figli vanno a scuola. È massaia e agricoltrice, mentre il marito si dedica al taglio di legname per la produzione e la vendita di carbone. In passato, sino al 2013, Mbina ha inoltre gestito una piccola sala cinematografica nel villaggio, chiusa a causa dei danni alla sua abitazione provocati da un tornado.

Al momento dell'indagine, questo nucleo familiare è il solo ad aver dichiarato di coltivare il 100% delle terre possedute diversificando inoltre la produzione. La produzione di questo nucleo familiare è pertanto di 1.400 kg di mais raggiungendo, e superando, così il bisogno medio di una famiglia delle stesse dimensioni (che è di circa 1039,5 kg¹⁸). La famiglia è in grado inoltre di produrre: 100 kg di patate dolci al momento dell'indagine (il raccolto era in corso) e poco più di 20 kg di fagioli. La loro produzione di verdure è stata sufficiente ai bisogni della famiglia e una parte dei terreni è stata destinata alla produzione di manioca. Inoltre, la totalità della produzione, realizzata a partire da sementi provenienti dal precedente raccolto, è stata destinata al consumo.

Dall'analisi più approfondita emerge che la capacità di questa famiglia di mettere a produzione tutti i terreni posseduti è legata a una modalità organizzativa particolare promossa dalla chiesa locale. Nel villaggio di Mose, infatti, c'è un gruppo di dieci (10) donne organizzate in cooperativa. Durante il periodo di semina e raccolta, queste donne si riuniscono per lavorare a turno i terreni di uno dei membri della cooperativa. Il giorno successivo lavorano i terreni di un altro membro. Questo consente loro di concentrare gli sforzi ed evitarne la dispersione ottenendo livelli di coltura ottimali.

La capacità del nucleo familiare di rispondere ai propri bisogno alimentari mediante l'autoproduzione gli consente di investire il danaro risparmiato per l'acquisto di mais da altre fonti. Come precedentemente menzionato, tutti i figli frequentano la scuola e il nucleo familiare è stato in grado di investire anche nell'allevamento. L'acquisto di una capra, finalizzato a familiarizzarsi con l'allevamento, è la prima tappa verso una diversificazione delle fonti di reddito.

Caso di studio 2

Berta è una madre di 40 anni e di 4 figli, residente nel villaggio di Tchamba (Asse Tchamba). Suo marito ha 39 anni. È analfabeta. Solo il figlio maggiore, di 18 anni, è scolarizzato (6° anno del primo ciclo), mentre gli altri non hanno mai frequentato la scuola. Berta è divorziata e pertanto è la capofamiglia.

Si dedica esclusivamente al commercio al dettaglio a livello del villaggio, vendendo diversi prodotti. A differenza delle altre donne intervistate che praticano il commercio, la capacità di questa donna di rispondere alle necessità alimentari del nucleo familiare praticando solo l'attività commerciale deriva dalla sua capacità di differenziare la vendita dei prodotti in base alle variazioni stagionali. Durante la stagione secca vende solo a livello di villaggio la birra di mais (*mukoyo*), mentre durante la stagione delle piogge, cambia i prodotti per vendere solo mais e arachidi. Il mais, ad esempio, viene acquistato durante il periodo di raccolta, tra giugno e luglio (stagione secca), sia in città sia nel villaggio, per un prezzo di 200 Fc/kg (500 Fc per *meko*) e venduto nel mese di novembre (stagione delle piogge) periodo in cui è molto difficile trovarne al mercato e il prezzo raddoppia a 400 Fc/kg (1000 Fc per *meko*).

¹⁸ Il calcolo è stato realizzato tenendo in considerazione un consumo medio per nucleo familiare di 6,6 persone di 18,2 kg di mais per settimana.

Inoltre ha ammesso di interrompere la vendita quando il prezzo si riduce a causa dei venditori provenienti dalla città.

Senza alcun dubbio, la sua principale capacità è quella di organizzare la sua attività sulla base di due principi fondamentali: la differenziazione dei prodotti destinati alla vendita in base alla variabilità stagionale e l'evoluzione dei prezzi dettata dalla disponibilità sul mercato.

Osservazioni finali

Sulla base dei dati raccolti attraverso l'indagine, è possibile avviare una riflessione sui problemi che emergono ai fini dell'identificazione delle strategie di risposta potenziali al problema della malnutrizione che persiste nella zona sanitaria di Mabaya.

In effetti, ciò che appare evidente a una lettura più approfondita dei risultati e delle risposte raccolte, è che la malnutrizione in questa zona è strettamente legata alle seguenti cause:

- mancanza di informazioni e conoscenze relative alla malnutrizione (percezione, prevenzione, individuazione e gestione);
- difficoltà di accesso ai servizi sanitari e nutrizionali;
- scarsa produzione agricola;
- assenza di forme di lavoro agricolo organizzato;
- mancanza di un sistema di stoccaggio e trasformazione dei prodotti agricoli e delle sementi;
- scarso sfruttamento delle attività generatrici di reddito realizzate dalle donne.

Dall'indagine emerge inoltre una grande mobilità della popolazione che si trasferisce frequentemente tra i villaggi e le città e che causa una dispersione delle informazioni precedentemente acquisite grazie a interventi e alle sensibilizzazioni in ambito sanitario.

Questa abitudine necessita di un approccio comunitario che possa creare unità locali di conoscenza (comitati di villaggio) che detengano e promuovano la conoscenza delle informazioni relative alla nutrizione e alla sicurezza alimentare.

Il cambiamento delle abitudini e degli stili di vita passa in effetti attraverso una presa di coscienza comunitaria e l'*istruzione tra pari* risulta tra le strategie più adoperate in questo ambito.

I casi di devianza positiva riscontrati nella zona di Mabaya dimostrano che alcune soluzioni già esistono all'interno di questa comunità e che è necessario rafforzarle e metterle a disposizione di tutta la popolazione affinché possano divenire modelli positivi per tutti.

L'Obiettivo di AMKA è quello di restituire i risultati dell'indagine presso la comunità al fine di sviluppare una strategia di azione sostenibile per rispondere alle problematiche legate alla malnutrizione nella zona sanitaria di Mabaya.

