

INCHIESTA NUTRIZIONALE

(2019)

**Analisi di valutazione dello stato nutrizionale dei bambini
dai 6 ai 59 mesi e delle conoscenze, attitudini e pratiche
relative alla malnutrizione nella zona rurale di Mabaya,
Repubblica Democratica del Congo.**

amka ONLUS

INCHIESTA NUTRIZIONALE (2019)

INDICE

Introduzione	2
• La malnutrizione non è solo una questione di cibo	3
• Forme di malnutrizione e dati di riferimento	4
1. L'azione di AMKA Onlus nell'ambito della malnutrizione infantile nella Repubblica Democratica del Congo	6
2. L'inchiesta nutrizionale e i suoi obiettivi	6
3. Lo strumento utilizzato per effettuare l'inchiesta nutrizionale: il questionario	8
4. Presentazione dei risultati e commenti	9
5. Conclusioni e interventi consigliati	24
6. Criticità	27



INTRODUZIONE

Nella Repubblica Democratica del Congo (anche RDC) il **70%** dei circa 70 milioni di abitanti **vive al di sotto della soglia di povertà; il tasso di mortalità tra 0 e 5 anni è di 199 su 1000 nati vivi**. In termini assoluti, si stima che ogni anno nel paese muoiano circa 554.000 bambini sotto i 5 anni. Gran parte di questi decessi è imputabile alla malnutrizione, largamente diffusa in varie forme: la percentuale di neonati sottopeso (meno di 2,5 kg) raggiunge il 12%; la malnutrizione acuta colpisce il 13% dei bambini tra 6 e 59 mesi, quella cronica (ritardo nella crescita) affligge il 46% dei bambini della stessa fascia di età (UNICEF).

C'è una forte relazione tra nutrizione e sviluppo economico. I due fattori risultano essere legati in maniera direttamente proporzionale: la crescita economica contribuisce, in modo positivo ad un miglioramento dell'approvvigionamento di cibo e quindi delle condizioni nutrizionali del bambino e, allo stesso tempo, **un miglioramento della situazione nutrizionale dell'intera famiglia supporta la crescita economica**. La condizione di estrema povertà in cui si trova la maggior parte delle famiglie, unita alla difficile situazione delle donne e alle problematiche connesse a costumi e usi alimentari, pregiudica in maniera sostanziale la salute dei bambini. È difficoltoso per una donna garantire una dieta adeguata ai propri figli, soprattutto a causa del PIL pro capite del paese, tra i più bassi del continente (Rapporto del Fondo Monetario Internazionale, ottobre 2019).

Un contesto caratterizzato da un **basso livello di risorse** implica uno scarso incremento ponderale ed un lento recupero delle condizioni cliniche generali del bambino. Da questa prospettiva, la relazione tra povertà, produttività e malnutrizione è diretta e inevitabile.

È dimostrato inoltre che i programmi di precoce recupero nutrizionale migliorino i rendimenti scolastici dei bambini e siano correlati ad una maggiore probabilità di incrementare anche del **50%** i salari degli adulti e di **aumentare del 4-11% il PIL nei Paesi in via di sviluppo di Asia e Africa**. Per questo motivo la malnutrizione è da considerarsi anche una questione di sviluppo nazionale, di cui bisogna tenere conto quando si parla di sviluppo economico e sociale di un paese.

All'interno di un contesto di estrema povertà, un altro fattore da considerare è la scarsa conoscenza dei più semplici concetti relativi all'alimentazione, all'igiene e alla salute, soprattutto nelle zone rurali, con le conseguenze facilmente desumibili che ciò comporta a livello personale, familiare e sociale.

Oltre a questi fattori di carattere socio-economico e culturale, la sussistenza di una dieta standardizzata per donne, uomini e bambini, che non considera le **esigenze nutrizionali** individuali, risulta essere una ulteriore causa di pericolo, andando ad influenzare in particolare lo stato di salute dei più piccoli.

LA MALNUTRIZIONE NON È SOLO UNA QUESTIONE DI CIBO



Lo stato nutrizionale infantile dipende da tre fattori diversi: cibo, salute e cure adeguate. La **malnutrizione** è causata da una dieta inadeguata che non fornisce le necessarie calorie, proteine, vitamine e minerali (micronutrienti) utili per la crescita, o dall'incapacità di assorbire adeguatamente nutrienti necessari per contrastare malattie quali diarrea, morbillo e parassiti intestinali, con conseguenti deficienze nutrizionali.

Si instaura un circolo vizioso tra madre e bambino: la malnutrizione della donna durante la gravidanza e l'allattamento saranno, con molta probabilità, causa della malnutrizione del bambino. I **fattori determinanti** tale condizione sono riconducibili a povertà, carenza di servizi sanitari e assistenza medica, fragilità dei sistemi di sicurezza sociale, soprattutto a fronte di emergenze ricorrenti come siccità, alluvioni, migrazioni forzate, conflitti. Inoltre il debole tasso di scolarizzazione – in particolare femminile – causa la persistenza di abitudini alimentari scorrette, spesso caratterizzate da divieti e restrizioni appartenenti alle tradizioni locali, inficiando in maniera maggiore lo stato di **salute dei bambini**. A tali fattori si aggiungono un'alta frequenza di gravidanze e la presenza di famiglie estremamente numerose.

Essendo la malnutrizione direttamente correlata a uno **stato di povertà endemica** e a una disinformazione diffusa per quel che riguarda tanto i principi alimentari di base quanto la gestione del capitale, è possibile concludere che concentrarsi sull'educazione alimentare, sulla pianificazione familiare e sul miglior utilizzo delle risorse economiche familiari è **indispensabile** per spezzare questo circolo vizioso che coinvolge lo stato di salute di donne e bambini in particolare.

FORME DI MALNUTRIZIONE E DATI DI RIFERIMENTO

La **malnutrizione cronica** – o *"Stunting, ritardo nella crescita"* – è connotata da un basso rapporto tra altezza ed età. Può essere moderata o grave ed è il risultato della carenza di nutrienti di base nei primi 1.000 giorni di vita, dalla gravidanza – concepimento del bambino – fino ai primi due anni di vita. Le **conseguenze** sullo sviluppo del bambino – sia fisico che intellettuale – sono irreversibili: tale condizione determina una minore resistenza alle malattie, comporta una riduzione delle capacità di apprendimento scolastico e, successivamente, di lavoro e produttività nella vita adulta. Tra il 1990 e il 2015, la malnutrizione cronica è aumentata in Africa Occidentale e Centrale, passando **da 19,9 milioni a 28,3 milioni** (Report UNICEF "Malnutrizione", 14 novembre 2016).

La **malnutrizione acuta** – *"Wasting, deperimento"* – è connotata da un basso rapporto altezza/peso ed è il risultato della rapida perdita di peso o della incapacità ad acquisirne. Può essere moderata o grave: in quest'ultimo caso, il bambino corre un rischio di morte altissimo, 9 volte superiore al rischio di bambini ben nutriti. Nel 2015, a livello mondiale, **oltre 50 milioni di bambini sotto i 5 anni sono risultati affetti da malnutrizione acuta, di cui 17 milioni da malnutrizione acuta grave**: la metà dei bambini vivevano in Asia meridionale ed un quarto nell'Africa Sub-sahariana (Report UNICEF "Malnutrizione", 14 novembre 2016).

Quando si parla di **bambini sottopeso** – *"Underweight"* – si fa riferimento a un basso rapporto peso/età e si tratta di una forma composita di denutrizione. Il basso peso alla nascita – *"Low birthweight"* – fa riferimento ai neonati con peso alla nascita **inferiore ai 2,5 kg**. Il basso peso alla nascita è un indicatore importante dello stato nutrizionale e di salute di madre e bambino.

La carenza da micronutrienti può riguardare **carenze vitaminiche** e/o di minerali e comporta conseguenze analoghe alla malnutrizione cronica, anche se i parametri di crescita sembrano normali. Le donne in gravidanza e in allattamento e i bambini piccoli sono i più esposti alle carenze da micronutrienti. I bambini affetti da malnutrizione cronica dovrebbero essere protetti con somministrazione di **vitamina A**. Un'adeguata alimentazione nel periodo neonatale e nei primi 2 anni di vita accresce le probabilità di sopravvivenza e di sano sviluppo del bambino.

I bambini dovrebbero essere allattati al seno sin dalla prima ora dopo il parto e per i 6 mesi successivi. L'allattamento dovrebbe continuare fino ai 2 anni d'età ed eventualmente oltre, integrando dal 6° mese con alimenti solidi e semisolidi, sicuri ed appropriati per lo svezzamento. Nonostante i benefici per la salute materna e infantile, appena il **45% dei neonati**, a livello mondiale, inizia l'allattamento (Report UNICEF "Malnutrizione", 14 novembre 2016).

Secondo l'OMS, per la valutazione dello stato nutrizionale di un bambino, si utilizzano **tre indicatori antropometrici**, che mettono insieme le misure relative al peso e all'altezza con l'età, la misura del perimetro brachiale (PB) e la presenza/assenza di edemi:

- **Rapporto altezza/età** per l'individuazione della malnutrizione cronica o ritardo di crescita;
- **Rapporto peso/altezza** per l'individuazione della malnutrizione acuta;
- **Rapporto peso/età**, per l'individuazione dell'insufficienza ponderale o "undereweight".



1. IL LAVORO DI AMKA NELL'AMBITO DELLA MALNUTRIZIONE INFANTILE NELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

AMKA Onlus è presente nella Repubblica Democratica del Congo, nella regione del Katanga, dove opera in particolare nella **zona di salute di Mabaya**, provincia rurale di Lubumbashi, dal 2001. Ha iniziato a lavorare nel settore della nutrizione nel **2009** per fronteggiare l'emergenza e rispondere ai numerosi casi di malnutrizione infantile acuta presenti nell'area con progetti integrati e comunitari. Il programma portato avanti in questi anni si prefigge l'obiettivo di rafforzare gli aspetti che più influenzano lo **sviluppo sociale del paese** attraverso i seguenti interventi:



rinforzare l'assistenza sanitaria di base grazie alla costruzione e alla gestione di un centro di salute che offre cure specialistiche per la lotta alla malnutrizione, alla malaria, alla trasmissione madre-figlio dell'HIV;



promuovere l'istruzione e la formazione professionale degli insegnanti attraverso il sostegno al funzionamento di tre scuole primarie;



supportare l'avvio di attività produttive al fine di aumentare i livelli di reddito delle famiglie, migliorando l'accesso al cibo e ai servizi sanitari ed educativi di base.

L'associazione ha da subito affrontato l'emergenza costituendo una **Unità Nutrizionale Terapeutica** all'interno del centro di salute di Kanyaka (17 Km da Lubumbashi) e con campagne di sensibilizzazione sul territorio sui temi dell'alimentazione e della nutrizione, rivolte soprattutto alle donne.

Nel **2015** è stata condotta un'indagine volta ad ottenere informazioni per la riorganizzazione del progetto "**Lotta alla malnutrizione infantile**". Da tale indagine è emersa una grave situazione dal punto di vista nutrizionale e dal punto di vista della sicurezza alimentare.

Nel **2019** l'associazione ha deciso di effettuare una **nuova indagine** di monitoraggio, a fronte di una situazione ancora allarmante nell'area di Mabaya, caratterizzata da una inadeguata consapevolezza e gestione della patologia da parte della comunità locale e dalla sussistenza di numerosi casi di malnutrizione infantile.

2. L'INCHIESTA NUTRIZIONALE E I SUOI OBIETTIVI

Nel presente documento si riportano le considerazioni e i **risultati** dell'analisi qualitativa e dello screening nutrizionale effettuato nei villaggi della zona di salute di Mabaya nell'estate del 2019. Si è indagato in merito alla **consapevolezza delle donne sulla malnutrizione infantile**, sulle buone pratiche igienico-sanitarie e di sana alimentazione, con lo scopo di individuare le criticità dell'attuale programma di lotta alla malnutrizione e le risposte da dare ai nuovi bisogni nati in seno alla comunità.

L'obiettivo finale è quello di creare un progetto che abbia un impatto più forte e più ampio sulla comunità e che possa **allargare il target** di riferimento dei beneficiari, includendo oltre ai bambini affetti da malnutrizione, anche le donne in gravidanza e, in particolare, quelle sottopeso e con carenze nutrizionali.

L'indagine mira a indagare l'efficacia di un **intervento di tipo preventivo** dal punto di vista nutrizionale oltre che assistenziale e sanitario. Obiettivo dell'attività è allo stesso tempo quello di raggiungere in modo capillare un numero maggiore di possibili beneficiari a livello territoriale e di **responsabilizzare** le comunità dell'area sul tema.

Quest'analisi di contesto è stata effettuata mediante un'inchiesta nutrizionale svolta nei mesi di **luglio e agosto 2019** dal personale locale di **AMKA Katanga** e dal gruppo di volontari italiani presenti sul territorio durante il periodo in oggetto.

Il lavoro è stato impostato negli uffici di Roma dell'associazione nei mesi precedenti. In questo periodo è stato strutturato un **questionario** in cui sono prese in considerazione diverse tematiche connesse al problema della malnutrizione infantile.

I **volontari** di AMKA, accompagnati dallo staff locale, hanno raggiunto 7 villaggi, scelti sulla base degli interventi già in corso: *Kanyaka, Baya, Bela Bela, Tshamba, Djems, Mose e Shinga*. Per la somministrazione del questionario sono state selezionate soprattutto donne, in quanto rappresentano le principali responsabili della salute dei bambini.

La domanda che ci si è posti prima di svolgere sia l'inchiesta del 2015 che quest'ultima del 2019 è stata la stessa, ovvero: **"Quali sono gli interventi che si possono mettere in campo per rispondere alle problematiche legate alla malnutrizione infantile nella zona sanitaria di Mabaya nella RDC?"**.

In entrambe le ricerche si è cercato di porre l'attenzione su svariate tematiche, essendo la malnutrizione infantile una **patologia multifattoriale**: oltre alla mancanza di cibo agiscono parallelamente una serie di concause di carattere socio-economico, geografico, logistico e relazionale.



3. LO STRUMENTO UTILIZZATO PER EFFETTUARE L'INCHIESTA NUTRIZIONALE: IL QUESTIONARIO

La suddetta inchiesta ha coinvolto **97 famiglie** nei villaggi sopra citati, in particolare 20 a Kanyaka, 11 a Baya, 6 a Bela Bela, 20 a Tshamba, 10 a Djems, 10 a Mose e 20 a Shinga. La scelta dello strumento da utilizzare per ottenere in modo spontaneo le informazioni necessarie per lo sviluppo di un progetto che ha come focus la malnutrizione è ricaduta sul questionario, ovvero un'intervista strutturata, impostata per recuperare dati puntuali necessari per un'analisi esaustiva.

Il questionario è stato suddiviso in **macro-aree** attraverso l'utilizzo di domande a risposta aperta, domande a risposta multipla e tabelle da completare, al fine di ottenere le informazioni necessarie.

La prima parte del questionario si concentra sulla struttura della famiglia, con domande relative all'età, al livello d'istruzione, all'occupazione di entrambi i genitori, al numero di bambini presenti all'interno del nucleo familiare, suddivisi in due fasce d'età 0-11 mesi e 0-59 mesi. In questa parte è stata inserita anche una tabella da completare relativa al calendario vaccinale dei bambini da 0 a 11 mesi.

La seconda parte del questionario indaga il livello di conoscenza e consapevolezza della patologia da parte della comunità. Le domande aperte lasciano la possibilità all'intervistato di sentirsi libero di spiegarsi ed esprimersi.

La terza parte mira ad analizzare le abitudini alimentari del nucleo familiare e comprende una tabella da completare, in cui sono elencati gli alimenti locali di cui le famiglie dispongono maggiormente nonché la frequenza settimanale con cui consumano ogni singolo alimento. In questa parte del questionario si indaga anche quante volte e in che momenti della giornata le famiglie mangiano, dove conservano gli alimenti, cosa coltivano e/o che animali allevano, dove recuperano l'acqua e se la potabilizzano attraverso trattamenti come l'ebollizione, la filtrazione o mediante l'utilizzo di prodotti chimici.

La quarta e la quinta parte del questionario trattano rispettivamente della salute dei bambini e delle donne in gravidanza; vi sono domande relative all'igiene dei bambini, alla consultazione prenatale e all'alimentazione in gravidanza. Successivamente viene chiesto alle madri se e per quanto tempo allattano i loro bambini e se venga eseguito l'allattamento esclusivo al seno per almeno i primi 6 mesi di vita del bambino.

L'ultima parte è dedicata alla raccolta delle misure antropometriche dei bambini che includono la misurazione del peso (kg), dell'altezza/lunghezza (cm) e del perimetro brachiale (PB). La fascia di età presa in considerazione nella raccolta dei dati è quella 6-59 mesi.

Le **interviste** sono state svolte sul campo esattamente nelle modalità che erano state definite in sede di elaborazione dell'attività; tuttavia, durante la somministrazione dei questionari e nella fase della loro riesamina, sono state rilevate delle criticità in alcuni punti, che verranno esaminate nel capitolo 6.

In un quadro di collaborazione con lo staff locale, presso l'ufficio di AMKA in Italia sono stati poi recuperati i dati, estrapolate le informazioni contenute nei questionari ed inserite in un database Excel. Una volta terminata la creazione del **database**, si è passati ad una fase di analisi condotta attraverso l'elaborazione dei dati quantitativi raccolti.

4. PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

Lo studio ha preso in considerazione un campione di **7 villaggi per un totale di 97 famiglie intervistate**, suddivise per aree (vedi tabella).

I villaggi di Baya e Bela Bela sono stati inseriti in un unico gruppo, considerando la piccola dimensione e la vicinanza geografica che determinano caratteristiche comuni.

Tot. Intervistati	
Kanyaka	20
Baya/BelaBela	17
Tshamba	20
Djems	10
Mose	10
Shinga	20

Tab1: Numero di famiglie intervistate suddivise per villaggi

L'analisi eseguita vuole essere una fotografia della **situazione** attuale a livello di villaggio e a livello generale nell'area di salute di Mabaya.



Parte I – Il nucleo familiare

La prima parte del questionario, come introdotto nel paragrafo precedente, indaga le caratteristiche generali del **nucleo familiare** ponendo maggior attenzione alla madre. Le tabelle seguenti presentano le informazioni suddivise per villaggio.

	Livello d'istruzione della madre	Numero di bambini (0-59 mesi)	Partecipazione alle sessioni di formazione	Monitoraggio regolare del peso dei bambini (0-59)
Kanyaka	Primaria	2	5,15%	8,24%
Baya/BelaBela	Nessuna	2	4,12%	5,14%
Tshamba	Primaria	2	9,27%	7,21%
Djems	Primaria	2	4,12%	4,12%
Mose	Primaria	2	1,03%	5,15%
Shinga	Secondaria	2	7,21%	9,21%

Il livello d'istruzione risulta medio basso in tutti i villaggi con una prevalenza di donne che non hanno terminato i sei anni della scuola primaria.

Emerge, inoltre, una scarsa partecipazione delle donne alle sessioni di formazione che AMKA svolge sul territorio mediante le dimostrazioni culinarie, utili per comprendere le diverse modalità di cottura degli alimenti e, soprattutto, importanti per capire le proprietà nutritive di ogni gruppo alimentare. Il **67,01%** delle intervistate ha risposto di non aver mai partecipato.

Partecipazione alle sessioni di formazione	Numero effettivo	%
0	65	67,01%
1	30	30,93%
Nessuna risposta	2	2,06%
Totale	97	100%

Non vi è in generale l'abitudine di far controllare regolarmente il peso dei bambini di età compresa tra **0 e 59 mesi** in strutture sanitarie a causa degli scarsi servizi sanitari territoriali e delle difficoltà logistiche per raggiungerli. Inoltre, probabilmente questa pratica non rientra nelle priorità quotidiane delle donne.

Monitoraggio del peso fino a 59 mesi	Numero effettivo	%
0	58	67,01%
1	38	59,79%
Nessuna risposta	1	1,03%
Totale	97	100%

Il dato sul lavoro svolto dalle madri rientra sempre in questa sezione del questionario e risulta che il **70,1%** delle donne svolge il lavoro nei campi, mentre il **20,6%** svolge mansioni casalinghe.

Lavoro svolto dalle mamme intervistate	Numero effettivo	% sul totale
Nessuna risposta	1	1,03 %
Parrucchiera	4	4,12 %
Sarta	1	1,03%
Contadina	20	20,62 %
Lavoro domestico	20	20,62%
Operatrice	1	1,03%
Lavoro nei campi	48	49,48 %
Venditrice al dettaglio	2	2,06 %
Totale	97	100 %

Nel contesto rurale l'agricoltura di sostentamento rimane la principale attività: **68 donne su 97 ha infatti dichiarato di coltivare e lavorare nei campi.**

Tutte queste informazioni sono utili in questa fase di analisi del contesto per individuare quali sono i fattori che possono incidere sulla stabilità delle famiglie, e se essa incide sullo stato di salute materno-infantile.

Parte II – Livello di conoscenza della malnutrizione infantile

Nella seconda parte sono state individuate quattro domande a risposta aperta volte a determinare **l'approccio delle donne** nei confronti di questa patologia e indagare se hanno sviluppato coscienza della sua gravità, oltre che percezione delle conseguenze a cui i bambini possono andare incontro.

Le domande poste alle persone intervistate sono state:

- **Che cos'è la malnutrizione?**
- **Come la riconosci? (Segni e sintomi)**
- **Quali sono le conseguenze?**
- **Se vostro figlio soffre di malnutrizione, cosa fate?**

Per la valutazione delle risposte è stato scelto un criterio di classificazione del livello di conoscenza: insufficiente, scarso, sufficiente, buono.

Per quanto riguarda la prima domanda "**Che cos'è la malnutrizione?**" il **67%** degli intervistati dimostra un livello di conoscenza **insufficiente**, essendo la risposta più ricorrente "non lo so".

La seconda domanda "**Come la riconosci? (la malnutrizione)**" si riferisce all'identificazione dei segni e sintomi provocati dalla patologia ed è volta a capire se le mamme sono in grado di identificarli. Come si può notare dalle risposte date, c'è un buon livello di riconoscimento dei sintomi e dei segni, soprattutto per quanto riguarda l'atteggiamento di nervosismo e/o apatia che il bambino assume (**43,3% delle risposte dimostrano un livello di conoscenza sufficiente e buono**). Le mamme, osservando i figli, riconoscono anche segni come il rigonfiamento dei piedi e del volto. Questi sono tipici di una condizione grave di edema, dovuta ad un insufficiente apporto di proteine.

Purtroppo il bambino affetto da malnutrizione a causa dell'edema al volto e agli arti ha un aspetto paffuto che può trarre in inganno la madre che lo crede in buona salute. La causa dell'**edema** è la diminuzione delle proteine del plasma, soprattutto l'albumina. Spesso i bambini presentano inoltre un addome gonfio noto come "pancia a pentola", dovuto a un eccesso di liquido ascitico e/o alla presenza concomitante di vermi intestinali.

La decolorazione rossiccia dei capelli e la depigmentazione della pelle dipendono generalmente da gravi anemie dovute ai vermi e alla malaria, che si associano ad una condizione di denutrizione. **Un 40,20% delle intervistate non ha saputo rispondere.**

Di seguito sono presentate le risposte riassunte e classificate secondo il criterio sopracitato.

Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono
Nessuna risposta	Dimagrimento	Il bambino è apatico, non gioca e non mangia	Capelli assottigliati, edema, il bambino non gioca più
Non lo so	Il bambino si gonfia	Mancanza di salute e dimagrimento	
	Bambino senza forza	Dimagrimento, capelli assottigliati, magrezza	Dimagrimento, apatia, rigonfiamento piedi
	Bambino gonfio e giallo	Rigonfiamento piedi e perdita di peso	
		Il bambino non è in buona salute, capelli assottigliati, rigonfiamento dei piedi	
		Il bambino è pallido e gonfio	
		Rigonfiamento delle guance e dei piedi	
		Dimagrimento, capelli assottigliati, diarrea	
		Edema piedi e rigonfiamento ventre	

Alla domanda **"Quali sono le conseguenze?"** più della metà delle intervistate (**58,8%**) ha risposto "la morte" e il **37,1%** non ha dato risposta.

Alla quarta e ultima domanda posta **"Se vostro figlio soffre di malnutrizione, cosa fate?"** le risposte più frequenti sono state "portare il bambino al centro di salute e/o all'ospedale" e **"dargli alimenti proteici"**. Ciò potrebbe significare che la maggior parte delle donne intervistate (**58,80%**) ha una buona percezione della malattia, ne capisce la gravità e l'urgenza di riferirsi ad un centro sanitario più o meno specializzato qualora ne individuasse i segni o i sintomi.

Come si può evincere dai **risultati** dell'intervista, per quanto riguarda le conoscenze relative alla malnutrizione (semiologia, cause, effetti e conseguenze) appare evidente che, pur non conoscendone l'esatta definizione, le donne ne riconoscono con maggiore facilità i segni e i **sintomi**. All'interno della popolazione femminile è stata invece rivelata una scarsa capacità di determinare in modo chiaro le cause che la generano e le conseguenze, oltre la morte, a cui può portare.

Valutando le risposte date è stato individuato un **fattore positivo**, ovvero la consapevolezza delle donne di dover intervenire attraverso il coinvolgimento di uno staff specializzato nel momento in cui i sintomi vengono riconosciuti. Questa consapevolezza, unita alla percezione dei sintomi, è in gran misura il risultato degli interventi realizzati da AMKA Onlus nel tempo sul territorio.

Parte III – Abitudini alimentari del nucleo familiare

Come spiegato precedentemente, una parte del questionario è dedicato alla **frequenza dei consumi alimentari** e una parte alla produzione familiare, agricola e relativa all'allevamento. Queste due serie di dati sono state messe a confronto. Di seguito viene presentata una tabella dove sono elencati gli alimenti locali di cui la comunità dispone maggiormente e la frequenza settimanale con cui li consuma.

Dalla tabella si evince che la maggior parte degli intervistati consuma **quotidianamente** (7 giorni su 7) farina di mais (sotto forma di fufu), oli e verdure (intesi come erbe selvatiche e non ortaggi). La **carne** risulta essere quasi assente se si considera la percentuale di consumo settimanale; il **35,05%** ha risposto di non consumarla mai o di consumarla 1-2 volte al mese. D'altro canto il **49,48%** consuma **pesce** essiccato 7 volte alla settimana e in media 4 volte alla settimana. I legumi non superano le 4 volte alla settimana e in media vengono consumati 2 volte alla settimana. Gli altri alimenti quasi assenti nelle frequenze di consumo settimanale sono le **uova** e la **soia**; poco meno della metà (rispettivamente **45,36%** e **44,33%**) non ne consuma mai. Di seguito sono illustrate le frequenze di consumo settimanale e i consumi medi.

	0	1	2	3	4	5	6	7	1/MESE	2/MESE
RISO	26,80%	13,40%	20,62%	14,43%	3,09%	4,12%	1,03%	15,46%	0,00%	0,00%
SOIA	44,33%	12,37%	9,28%	9,28%	5,15%	0,00%	0,00%	16,49%	0,00%	0,00%
CARNE	29,90%	19,59%	15,46%	7,21%	2,06%	4,12%	0,00%	6,18%	2,06%	3,09%
POLLO	2,06%	5,15%	9,28%	21,65%	7,22%	3,09%	0,00%	49,48%	1,03%	0,00%
FARINA DI MAIS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,59%	0,74%	0,00%	98,66%	0,00%	0,00%
LEGUMI	1,03%	0,00%	0,00%	4,12%	4,12%	5,15%	0,00%	85,56%	0,00%	0,00%
ZUCCHERO	0,00%	1,42%	6,13%	9,20%	9,43%	1,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
OLIO DI PALMA	0,00%	0,36%	2,13%	5,33%	2,84%	0,00%	1,07%	88,28%	0,00%	0,00%
OLIO VEGETALE	0,00%	0,51%	2,40%	3,09%	1,37%	1,72%	2,06%	88,85%	0,00%	0,00%
FAGIOLI	4,12%	38,14%	41,24%	8,25%	2,06%	4,12%	1,03%	1,03%	0,00%	0,00%
UOVA	45,36%	21,65%	12,37%	10,31%	5,15%	0,00%	0,00%	3,09%	0,00%	0,00%
ARACHIDE	24,74%	9,28%	9,28%	8,25%	6,19%	2,06%	1,03%	36,08%	0,00%	0,00%

Consumi Medi	
Pesce	4,894737
Riso	2,479167
Soia	2,010638
Mais	6,948454
Verdure	6,536082
Zucchero	4,371134
Arachide	3,574468
Legumi	1,863158
Oli	5,907216

Un bambino ha bisogno di circa **1.800 calorie al giorno**, mentre generalmente la sua dieta per parecchi giorni non supera le **1.200 calorie**. Sono consumate principalmente farine, erba selvatica e arachide.

Come si può notare nella tabella sottostante gli alimenti maggiormente coltivati sono **mais (90,36%)**, **manioca (32,53%)** e **patate (40,96%)**, mentre manca totalmente la produzione di frutta e molto bassa risulta essere la produzione di ortaggi come pomodori, carote, melanzane, peperoni e cipolle. Confrontando questi risultati con quelli relativi al consumo settimanale si può notare che si predilige la produzione di alimenti contenenti principalmente amido, probabilmente per il loro grande **potere saziante**. Sotto il termine "**amidacei**" vengono raggruppati diversi alimenti e prodotti alimentari accumulati dalla generosa presenza di amido, il carboidrato di riserva tipico del mondo vegetale. Tra i più noti alimenti amidacei si ricordano le patate, la manioca (tubero tropicale) e i semi dei cereali (frumento, mais, riso ecc.).

Alimenti coltivati	% di persone che coltivano	Tot di famiglie che coltivano	Tot %
Soia	12%	83/97	100%
Pesce	0%	83/97	100%
Mais	90,36%	83/97	100%
Legumi	8,43%	83/97	100%
Patate	40,96%	83/97	100%
Manioca	32,53%	83/97	100%

Alimenti coltivati	% di persone che coltivano	Tot di famiglie che coltivano	Tot %
Fagioli	34,94%	83/97	100%
Arachidi	37,35%	83/97	100%
Spezie	1,03%	83/97	100%
Pomodoro	1,03%	83/97	100%
Carota	1,03%	83/97	100%
Zucchini	1,03%	83/97	100%
Sorbe	2,06%	83/97	100%
Peperone	1,03%	83/97	100%
Cipolla	1,03%	83/97	100%

Un altro dato interessante, legato ai **consumi** alimentari della popolazione esaminata, è quello relativo al rapporto tra consumo degli alimenti coltivati e la loro vendita.

La tendenza generale è quella di coltivare soprattutto per la **vendita** e non per il consumo intra-familiare. Anche se la percentuale di famiglie che coltivano è pari all'**85,56%** (83 famiglie su un totale di 97), è stato constatato durante la somministrazione dei questionari che la maggior parte delle famiglie non possiede scorte alimentari nelle case. Questo fa pensare che, vendendo quasi tutto quello che producono, ciò che viene consumato è acquistato quotidianamente. Vi è quindi un rapporto squilibrato che pesa sulla stabilità economica familiare.

Anche per quanto riguarda la carne, il **consumo** risulta inferiore rispetto ai dati sull'allevamento degli animali. Il **52,6%** (51 famiglie) ha risposto che alleva almeno un animale tra polli, conigli, anatre, capre e maiali; mentre il **43,3%** (42 famiglie) **non alleva** nessun animale.

	Numero Effettivo	%
Due animali	12	23,52%
Tre animali	2	3,92%
Un animale	37	72,55%
Totale famiglie che allevano	51	100%

Vi è però una percentuale di famiglie (**8,25%**) che consuma **solo una volta al giorno il pasto**, tra colazione pranzo e cena. Questa abitudine può diventare pericolosa soprattutto per i bambini in fase di crescita.

Numero di pasti consumati al giorno	Numero effettivo	%
1	8	8,25%
2	64	65,98%
3	21	21,65%
4	1	1,03%
Nessuna risposta	3	3,09%
Totale	97	100,00%

La maggior parte delle donne dichiara che i pasti sono consumati al mattino e alla sera (45,36%). Una percentuale del **26,8%** dichiara anche di consumare un **terzo pasto** durante la giornata (colazione, pranzo e cena).

Momenti della giornata in cui si consumano i pasti	Numero effettivo	%
Colazione	1	1,03%
Pranzo	2	2,06%
Cena	4	4,12 %
Colazione, Pranzo	1	1,03%
Colazione, Pranzo, Cena	26	26,80%
Colazione, Cena	44	45,36 %
Pranzo, Cena	16	16,49 %
Nessuna risposta	3	3,09%
Totale	97	100 %

Un tema molto importante da non sottovalutare, perché interagisce strettamente con lo stato di salute, è la **sanificazione dell'acqua**. Non bastano gli interventi legati alla sanificazione del cibo per risolvere la grave sfida della malnutrizione, bisogna tenere in considerazione anche i problemi relativi alla contaminazione dell'acqua.

Stando alle stime attuali, la scarsa potabilità dell'acqua rappresenta la seconda causa, dopo la malnutrizione, dei problemi legati allo sviluppo nei bambini di età inferiore ai 2 anni. La **mancanza** di acqua pulita è alla base di una serie di patologie intestinali trasmesse da parassiti che possono peggiorare lo stato nutrizionale, causando diarrea e/o malassorbimento degli alimenti.

Durante la **World Water Week del 2017** sono state presentate dagli esperti di tutto il mondo le conseguenze sulla salute dei bambini legate all'acqua non pulita. Garantire **"Acqua pulita e sanificazione"** rientra anche nei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite.

Questo argomento è stato preso in considerazione all'interno del questionario. Più della metà delle intervistate (**53,61%**) ha dichiarato di recuperare l'acqua direttamente dal fiume e dalla fonte, mentre il **42,27%** dispone dell'acqua presa dal pozzo già potabilizzata. L'**accesso** richiede però il pagamento di un piccolo contributo economico (necessario per garantire la gestione del pozzo) che la maggior parte delle famiglie non può permettersi. Inoltre, il **95,88%** dichiara di non effettuare **nessun** tipo di trattamento per renderla sicura, tra ebollizione, filtrazione e utilizzo di sostanze chimiche.

Luogo in cui prendono l'acqua	Numero Effettivo	% sul totale
Pozzo	41	42,27%
Riviera	42	43,30%
Riviera, Pozzo	1	1,03%
Fonte	9	9,28%
Nessuna risposta	4	4,12%
Totale	97	100%

I dati in merito all'igiene degli alimenti e la loro conservazione sono positivi: il **93,8%** ha dichiarato di **lavare** gli alimenti prima del consumo e l'**89,7%** li conserva in **luoghi protetti o semi-protetti** come sacchetti o contenitori di plastica. Ciò che risulta è che generalmente si ha la percezione dell'importanza e dei pericoli legati alla contaminazione batterica degli alimenti.

È importante che le donne sappiano che gli alimenti possono fungere da vettori per patologie infettive che aggravano lo stato di salute dei bambini.



Parte IV – Igiene e cura dei bambini

In questa sezione del questionario sono state prese in considerazione le **pratiche materne** sull'igiene che rientrano nel concetto di cura dei bambini. Attraverso la valutazione delle risposte date alle domande **"Quante volte al giorno/settimana lavate i vostri bambini?"** e **"Insegnate ai vostri figli a lavarsi le mani prima di mangiare?"** si è cercato di comprendere se le donne badassero alla salute dei figli e se riponessero attenzione alla contaminazione batterica.

Igiene personale dei bambini	Numero Effettivo	% sul totale
0	1	1,03%
1	65	67,01%
2	17	17,53%
3	1	1,03%
1 volta alla settimana	1	1,03%
2 volte alla settimana	3	3,09%
3 volte alla settimana	1	1,03%
4 volte alla settimana	5	5,15%
Nessuna risposta	3	3,09%
Totale	97	100,00%

Dalla tabella risulta evidente che vi è una percentuale elevata (67,01%) che quotidianamente si occupa dell'igiene personale dei figli. Quasi la totalità delle donne (**84,5%**) ha risposto inoltre di insegnare ai propri figli a **lavarsi le mani** prima di consumare il pasto, con 82 risposte affermativo su 97, mentre 12 hanno risposto di no.

Parte V/VI – La salute delle donne in gravidanza e l'alimentazione del neonato

Le donne in gravidanza hanno bisogno di **300 kcal** al giorno in più, che salgono a 500 kcal giornaliere durante l'allattamento. Nella gravidanza e nel parto la malnutrizione fa correre alle donne rischi più gravi e complicazioni che in casi estremi possono portare anche alla morte.

Complicazioni legate alla gravidanza sono la causa principale di morte tra donne di età compresa **tra 15 e 19 anni**. Queste giovani madri, con un fisico non ancora completamente sviluppato e spesso con deficienze nutritive, corrono un rischio di morte **da 20 a 200 volte più alto** di quello di madri con età da 20 a 24 anni.

La malnutrizione minaccia anche i loro bambini. Ogni anno, la morte di oltre la metà dei **12 milioni di bambini** è legata alla malnutrizione, spesso dovuta all'insufficiente alimentazione della madre durante la **gravidanza**. I dati mostrano che il tasso di mortalità infantile per bambini di madri molto giovani è più alto – talvolta anche del doppio – di quello di bambini nati da madri più adulte.

Una nutrizione inadeguata nei primi 1.000 giorni di vita del bambino - dal concepimento al secondo anno di vita - può causare un ritardo della crescita irreversibile, una compromissione delle capacità cognitive e una **ridotta produttività scolastica e lavorativa** in età adulta. Per questo motivo nella nostra intervista si è posta anche attenzione alle fasi della gravidanza e dell'allattamento.

Al fine di rendere più efficiente e adeguato il monitoraggio delle donne in gravidanza nella Repubblica Democratica del Congo, il Programma Nazionale per la Salute Riproduttiva ha integrato nella sua politica un approccio aggiornato chiamato "**consultazione prenatale di riferimento**" o "assistenza prenatale focalizzata" che pone l'accento sui seguenti punti:

- **sottolineare la qualità** delle consultazioni piuttosto che il numero di visite;
- **assicurare che ogni consultazione venga condotta da un operatore sanitario qualificato**;
- **reputare ogni donna incinta a rischio di complicanze** e quindi idonea a ricevere tutte le cure di base poiché la maggior parte di esse sono giovani e/o pluripare.

Dai dati analizzati si può constatare che, tra le donne intervistate, vi è una buona compliance della **consultazione prenatale (CPN)**, con il 100% di esse che ne ha compreso l'importanza e risponde di averla effettuata. I maggiori centri di riferimento della CPN sono risultati essere il centro di salute di **Kanyaka** e il centro di salute di **Shinga**.

Secondo il **Programma Nazionale per la Salute Riproduttiva**, durante le visite si affrontano i problemi di salute più frequenti che riguardano la donna incinta e il neonato. Si raccomandano quattro visite prenatali per tutte le donne in attesa, programmate in momenti specifici della gravidanza. Durante le visite le donne, oltre a sottoporsi al **controllo ginecologico**, ricevono nozioni di base in merito all'alimentazione in gravidanza e a concetti essenziali per le cure prenatali.

L'allattamento al seno costituisce una pratica quasi universale nella RDC e si protrae per un periodo abbastanza lungo. I nostri risultati confermano questo trend generale. Tutte le donne intervistate hanno risposto positivamente, eseguendo in media l'**allattamento per 18-20 mesi (40,2%)**, con una percentuale del **27,8%** che lo prolunga fino a 24. Solo il **2,06%** ha risposto di allattare per un periodo **inferiore a 12 mesi**.

Il dato che più preoccupa è quello relativo all'allattamento **esclusivo** nei primi 6 mesi di vita del neonato, con il **95,2%** delle donne intervistate che non si attiene a questa pratica. Dai questionari abbiamo infatti constatato che nessuna delle donne intervistate rispetta l'esclusività del latte materno per i primi mesi, la maggior parte inizia l'integrazione con alimenti liquidi e/o semisolidi già a partire dal terzo o quarto mese dopo il parto.

Integrazione durante l'allattamento da 0 a 6 mesi	
Nessuna integrazione	5,49%
Integrazione	94,51%
Totale	100,00%

Generalmente il latte materno viene integrato mediante bouille (zuppa tradizionale composta da acqua e farina) di diverse **farine**, come manioca e mais principalmente, e con il tè.

La malnutrizione della donna durante la gravidanza e l'allattamento possono rappresentare la causa della malnutrizione del **bambino**. Si dovrebbe quindi puntare ad un rafforzamento della conoscenza delle donne su un'appropriata nutrizione in gravidanza e un corretto svezzamento, promuovendo all'interno delle comunità buone pratiche igieniche e nutrizionali.

Parte VII – Livello di malnutrizione infantile

Nel **2006** è stato compiuto uno studio da parte della **OMS** che ha permesso di introdurre nuovi **indici di crescita** di riferimento che considerassero valori antropometrici quali altezza e peso in sostituzione alle precedenti linee guida in vigore dal 1977. Tali criteri prendono in considerazione i **rapporti tra altezza, peso e età riferiti a una mediana di riferimento ideale**.

La classificazione della malnutrizione si basa quindi sulla **deviazione** da tale riferimento ipotetico. L'indice prende il nome di Z – score e considera i rapporti peso/età, peso/altezza e altezza/età. La deviazione viene indicata come **Standard Deviation (SD)** e solitamente presuppone un numero intero negativo.

Contemporaneamente tale studio ha permesso di identificare un nuovo valore di riferimento antropometrico nella misurazione della circonferenza del braccio nel punto medio della parte superiore (**Mid-Upper Arm Circumference, MUAC**). Il MUAC calcola la circonferenza del punto medio del braccio del bambino ed è in grado di determinare, parimenti agli altri indici, il rischio di morte correlato all'indice di malnutrizione.

Lo studio ha dimostrato come in età prescolare (l'analisi prende in considerazione la fascia d'età compresa tra 6 e 59 mesi) le **differenze** di etnia, di nazionalità e, di conseguenza, di struttura fisica siano insignificanti rispetto all'influenza ambientale. Questo ha permesso di utilizzare i **nuovi criteri** a livello internazionale definendo nella mediana di riferimento una persona ideale per peso e altezza indipendentemente dall'etnia di origine.

I bambini oggetto della rilevazione hanno un'età compresa tra **0 e 60 mesi** (162 bambini misurati). È stata valutata la prevalenza dei casi di **Malnutrizione Acuta Severa (MAS)** e **Moderata (MAM)** mediante la misurazione del **Perimetro Brachiale (PB)** e mediante il rapporto peso/altezza.

IL **MUAC** o perimetro brachiale è un indicatore che, al pari dei valori antropometrici, è in grado di determinare lo stato nutrizionale del bambino e, di conseguenza, il rischio di morte, basandosi sull'assunto che nella fascia d'età esaminata (6-59 mesi) in condizioni ottimali tale valore è **stabile** e se risulta superiore ai 12,5 cm indica uno stato nutrizionale adeguato.

I valori compresi **tra $\geq 11,5 < 12,5$ cm** indicano uno stato di malnutrizione moderata. Al di sotto di tale valore viene definita la soglia per la malnutrizione severa: con valori inferiori agli 11,5 cm il bambino malnutrito è ad alto rischio di morte. Il target individuato per la valutazione dello stato nutrizionale mediante la valutazione del MUAC è quello compreso **tra 6 e 59 mesi di età**. I bambini valutati tramite la circonferenza del braccio sono stati in totale 128 di cui 28 a Kanyaka, 12 a Baya, 6 a Bela Bela, 30 a Tshamba, 15 a Djems, 3 a Mose e 34 a Shinga.

I risultati generali sono stati riassunti nella Tabella 1 mentre quelli riferiti ad ogni singolo villaggio nella Tabella 2.

Valutazione dello stato nutrizionale		
	Numero effettivo	%
Prevalenza di uno stato normale nutrizionale	127	92,03%
Prevalenza della malnutrizione Acuta Moderata (MAM)	8	5,80 %
Prevalenza della Malnutrizione Acuta Severa (SAM)	3	2,17 %
Totale complessivo	138	100,00%

Tab 1

VILLAGGI	Normale stato di nutrizione		Malnutrizione acuta moderata (MAM)		Malnutrizione acuta severa (SAM)		Malnutrizione acuta globale (MAG)	
	PB>12,5 cm		PB< 11,5 < 12,5 cm		PB< 11,5 cm		PB< 11,25 cm	
	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
Kanyaka	27	96,4%	1	3,60%	0	0%	1	3,33%
Baya	8	66,7%	3	25,0%	1	7,14%	5	35,71%
BelaBela	5	83,3%	0	0%	1	16,70%	1	16,70 %
Tshamba	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Djems	15	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Mose	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Shinga	31	91,2%	3	8,82%	0	0%	3	8,82 %

Tab 2

La **Malnutrizione Acuta Globale** è data dalla somma della Malnutrizione Acuta Moderata (MAM) e della Malnutrizione Acuta Severa (SAM) per cui la sua prevalenza risulta essere:

Prevalenza della Malnutrizione Acuta Moderata (MAM)	8	5,80 %
Prevalenza della Malnutrizione Acuta Severa (SAM)	3	2,17 %
Prevalenza della Malnutrizione Acuta Globale (MAG)	11	7,97 %

Dalla indagine eseguita appare che la Malnutrizione Acuta Globale ha una prevalenza del **7%** di cui il **5,6%** sono casi di malnutrizione acuta **moderata** e l'**1,5%** casi di malnutrizione acuta **severa**, distribuita principalmente nei villaggi di Kanyaka, Baya, Bela Bela e Shinga. Le situazioni più gravi sono state riscontrate principalmente a Baya e Bela Bela. Nella valutazione dei risultati si deve tenere conto però della scarsa ampiezza del campione.

Sono stati inseriti nella valutazione del rapporto P/A (peso altezza) anche i bambini di età inferiore a 6 mesi per un totale di **110 bambini**. In entrambe le valutazioni si registra tuttavia la mancanza di alcuni dati poiché le misurazioni risultano alcune volte incomplete di tutti i valori considerati (peso, altezza e circonferenza del braccio).

In totale i bambini valutati sono stati **162**, compresi bambini di età inferiore a 6 mesi e superiore a 59. Di questi escludiamo quelli con età superiore e mancanti dei dati relativi al peso e all'altezza. Nel nostro caso specifico, facendo riferimento anche alle linee guida del **OMS** ho deciso di considerare solo i bambini di età compresa tra 6-59 mesi, per quanto riguarda la valutazione del rapporto Peso/Altezza. Per questo motivo la tabella seguente si riferisce a **97 bambini di 6-59 mesi** di cui abbiamo i dati relativi all'età, al peso e all'altezza.

Rapporto peso / altezza bambini 0-59 mesi			
	SD	Numero effettivo	%
Peso medio	≥ 0	56	57,40%
	≥ -1	26	29,90%
PCIMA	$< -1,5$	8	7,40%
MAM	< -2	5	5,55%
MAS	< -3	0	0,92%
Molto severa	< -4	2	1,85%
Totale		97	100,00%

Un indice **peso/altezza < -3 SD** è l'indicatore principale della malnutrizione acuta severa che rappresenta una delle più gravi condizioni cliniche ad elevata mortalità infantile. A seconda che la SD (Deviazione Standard) sia inferiore o superiore a -3 , la malnutrizione viene definita rispettivamente severa o moderata. I bambini che hanno ottenuto un **valore $< -1,5$ SD** rientrano all'interno del nuovo protocollo di Trattamento Integrato della Malnutrizione Acuta (PCIMA) definito dal governo della RDC insieme al **Programma Nazionale di Nutrizione (PRONANUT)** del **2012**. Il rapporto altezza/età (H/A, height for age, altezza per età) è il terzo indicatore antropometrico considerato dalle linee guida OMS. Prende in considerazione l'altezza raggiunta dal bambino e quindi il livello complessivo di sviluppo fisico, correlandolo all'ipotetico valore della **mediana** di riferimento per un bambino della stessa età con sviluppo ottimale. Tale indicatore, a differenza dei precedenti due, non indica una perdita di peso repentina ma una carenza nutrizionale protratta nel tempo che ha permesso all'organismo di **adattarsi**, pur non sviluppandosi al meglio delle proprie potenzialità.

Un indice H/A basso non rappresenta quindi un immediato rischio per la vita ma le **complicanze** possono svilupparsi lentamente, spesso con carattere subclinico e prognosi sfavorevole. Tale categoria si riferisce comunque ai valori di deviazione standard per la classificazione (da 0 a -1 lieve, da -1 a -2 moderata, < -3 severa) e viene anche definita Stunting. È indice di malnutrizione cronica e comporta una serie di complicanze soprattutto correlate a un **insufficiente** sviluppo del sistema immunitario e del metabolismo.

5. CONCLUSIONI ED INTERVENTI CONSIGLIATI

L'indagine condotta rileva una **vulnerabilità** sociale ancora fortemente presente nelle zone rurali del paese, dove il problema della malnutrizione infantile è solo una conseguenza di una fragilità di contesto. Sulla base dei dati raccolti è stato possibile fare una riflessione generale sui problemi che sono emersi, in modo da individuare la strategia di intervento più opportuna per affrontare il problema che persiste nella zona di Mabaya. Dalla lettura dei risultati appaiono evidenti le **molteplici problematiche** connesse alla patologia:

- La **distanza** dei villaggi dai centri di salute e le difficoltà nell'usufruire dei trasporti locali per raggiungerli;
- L'impegno di **tempo** che coinvolge principalmente le donne e quindi la diminuzione di ore di lavoro che questo determina. La maggior parte delle donne svolgono un lavoro agricolo e investono la gran parte della giornata nei campi. Impegnarle molte ore per il raggiungimento e per l'assistenza dei bambini nei centri di salute determina una diminuzione della disponibilità economica familiare in termini di **produzione agricola** e vendita degli alimenti prodotti.
- La totale **assenza** di centri per l'acquisto dei beni primari e l'uniformità della produzione che determinano una condizione di insicurezza alimentare grave ed allarmante. Le farine di mais e manioca, sotto forma di **fufu**, sono alla base dell'alimentazione congolese. Risultano essere i prodotti maggiormente coltivati e consumati nell'area rurale, tuttavia possiedono uno scarsissimo potere nutrizionale. Da indagini precedenti, la farina di mais è risultata essere l'alimento che ha un maggiore impatto sul bilancio familiare (il 30% del bilancio familiare è assegnato per il suo acquisto). La **carne e i latticini sono inaccessibili** alla maggior parte della comunità avendo un costo troppo elevato e per questo motivo sono quasi assenti nelle abitudini alimentari quotidiane delle famiglie. Le uova sono anch'esse scarsamente consumate. Il pesce si trova generalmente essiccato (proveniente dallo Zambia) mentre quello fresco non risulta essere reperibile; le caratteristiche dell'alimento originale e le proprietà nutritive non sempre sono simili al prodotto fresco. Totalmente **assente è la presenza di frutta e ortaggi** nel piano alimentare settimanale.

- Il **basso livello di conoscenza** relativo alla malnutrizione, all'alimentazione in gravidanza, all'allattamento ed allo svezzamento e la mancanza di informazioni riguardo alle cause e conseguenze dello sviluppo della patologia.

Nella zona di Mabaya e nei villaggi raggiunti risulta ancora largamente diffusa una condizione di malnutrizione infantile, è necessario quindi un intervento più incisivo che agisca sui molteplici fattori che vi sono alla base, tra cui l'**instabilità economica** delle famiglie e le tradizioni alimentari locali, oltre che le difficoltà logistiche e geografiche legate agli spostamenti.

Gli **interventi** devono mirare a rafforzare il sistema sociale in maniera sostenibile e duratura nel tempo rendendo il più efficiente possibile le azioni messe in campo.

Per questi motivi la metodologia che appare più adatta per affrontare l'enorme problematica della malnutrizione infantile è quella chiamata **Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM)**. Essa si basa sulla necessità di implementare un trattamento più efficace sul paziente attraverso un modello di mobilitazione sociale e comunitario, stimolando la presa in carico del bambino all'interno della famiglia e della comunità, sotto la **supervisione** di professionisti della salute e con le comunità interessate che diagnosticano e curano i problemi nutrizionali meno gravi direttamente sul territorio.

Questo **approccio** determina meno sforzo per le famiglie, soprattutto a livello economico, in quanto si è riscontrato che il trattamento ospedaliero o presso centri di salute pesa molto sul bilancio economico. Come un boomerang, questa situazione torna ad incidere sullo stato di salute dei bambini presentando, addirittura, una **regressione** delle condizioni una volta terminata l'ospedalizzazione, così rendendo vani i progressi raggiunti.

Tutto ciò tende a verificarsi quando le condizioni di vita di una famiglia si basano quasi esclusivamente su un'economia di sussistenza, in cui l'utilizzo delle risorse naturali rappresenta la fonte primaria per garantire il **sostentamento** dei membri.

Le **tecniche** di approvvigionamento del cibo e dei beni che ancora caratterizzano queste comunità sono l'agricoltura di sussistenza, la raccolta e l'allevamento. In genere, in questi tipi di contesti sociali, ogni singolo membro della comunità provvede al sostentamento di sé e degli altri tramite la **cooperazione**, il solidarismo, la condivisione e il dono, in modo tale da garantire la sopravvivenza di tutti i suoi membri.

Affrontare il tema della malnutrizione a livello comunitario e capillarmente a livello territoriale significa trarre dai **valori** della cooperazione, del solidarismo e della condivisione, risultati di maggior impatto ed efficacia.

Il livello di **conoscenza** e consapevolezza della malnutrizione da parte della comunità è risultato dall'indagine svolta abbastanza scarso. Ciò sicuramente incide sul concetto che hanno, in particolare le donne, di cura dei bambini, sia in condizioni patologiche che fisiologiche. È essenziale promuovere **educazione**, consapevolezza, prevenzione e cura della malnutrizione in favore di tutta la comunità.

Le tematiche che riguardano le prime fasi della vita del bambino sono altresì importanti e devono essere quindi affrontate con le donne della **comunità**.

L'**insicurezza alimentare** e la malnutrizione tendono a essere amplificate laddove si verificano più spesso eventi come siccità e alluvioni. I cambiamenti climatici stanno portando ad un aumento della frequenza e dell'intensità di inondazioni e tempeste che determinano una distruzione dei raccolti, oltre a lunghi periodi di siccità che rallentano la produzione agricola. La **scarsa** disponibilità di prodotti alimentari e la loro bassa qualità producono vere e proprie crisi alimentari e nutrizionali, comportando un aumento dei casi di malnutrizione infantile acuta.

L'**istruzione** continua a essere tra i fattori che influiscono maggiormente sulla condizione di salute della comunità. Le cattive abitudini alimentari delle madri hanno ripercussioni sui figli ancor **prima della nascita** e si intensificano durante l'infanzia e l'adolescenza in misura inversamente proporzionale al livello di istruzione dei genitori.

Le considerazioni emerse da questa indagine saranno alla base dell'approccio di un **futuro intervento** caratterizzato da azioni a breve e a lungo termine, sostenibili ed efficaci, che puntino ad una modificazione delle scorrette abitudini quotidiane. Partendo dal presupposto che i comportamenti di una comunità hanno radici lontane nel tempo e che tendono a modificarsi lentamente, l'approccio a livello territoriale e comunitario è la soluzione più sostenibile rispetto alle soluzioni di origine esterna.

Il **cambiamento delle abitudini** e degli stili di vita può verificarsi solo attraverso un coinvolgimento totale della comunità ed una presa di coscienza collettiva.



Alcuni interventi e consigli per la comunità:

- **Allattare** i neonati al seno in modo esclusivo per almeno i primi 6 mesi di vita del bambino. Effettuare un allattamento prolungato fino a 24 mesi integrando nel modo corretto con alimenti solidi. (Incrementare i tassi di allattamento al seno riduce i rischi di malnutrizione e rafforza il sistema immunitario del neonato).
- Seguire il programma di **Consultazione Pre-Natale** (CPN) e di **Consultazione Pre-Scolare** (CPS).
- Dare **importanza ai pasti** dal punto di vista nutrizionale sia come prevenzione che come cura.
- **Migliorare il rapporto tra produzione, consumo e vendita.**

6. CRITICITÀ

Le criticità dell'indagine svolta sono dovute principalmente alla **scarsa ampiezza del campione** preso in considerazione e alla mancanza di alcuni dati.

Le risposte date ad alcuni campi del questionario sono state leggermente differenti da quelle attese a causa di una differente modalità di **interpretazione** delle domande. Per esempio i consumi alimentari sono stati indicati dalla popolazione intervistata tramite una tabella giornaliera e non settimanale.

Nonostante questi punti deboli, l'indagine è stata svolta in modo **ramificato** sul territorio raggiungendo villaggi e **comunità** particolarmente interessate dal fenomeno della malnutrizione. Le risposte date dalle famiglie che si sono sottoposte ai questionari sono pertanto una **base importante** per la riflessione e lo sviluppo dell'azione di lotta alla malnutrizione realizzato da AMKA.



**Questa pubblicazione è stata realizzata da AMKA Onlus
con la collaborazione del team locale di AMKA Katanga
e il supporto tecnico di Giulia Castiello.**



Associazione AMKA Onlus | Viale delle Medaglie D'Oro 201 | 00136 Roma

amka@assoamka.org | +39.06.64760188 | www.amka.it

C.F. 97243920580