



Centro
Salute
Globale
Regione Toscana

PROJET « UN PLAT DE SANTE »

UN PIATTO DI SALUTE – Formation agricole, bonnes pratiques pour la réalisation des productions et transformations alimentaires pour garantir le bienêtre de la population dans la région de Kaffrine.

**L'allattamento esclusivo al seno e la nutrizione nei
primi 1000 giorni:**

**studio KAP ed analisi qualitativa della percezione tra le madri di
bambini tra 6 e 24 mesi nella regione di Kaffrine.**

Autori e revisori:

Caldès Maria José, medico di Sanità Pubblica – Direttrice Centro di Salute Globale Regione Toscana

Carboni Carlotta, medico in formazione specialistica di Sanità Pubblica – Centro di Salute Globale Regione Toscana

De Vito Halevy Danielle, antropologa medica – School of Oriental and African Studies (SOAS) e University College London (UCL).



Sommario

ACRONIMI E DEFINIZIONI CONCETTI CHIAVE	1
ACRONIMI	1
DEFINIZIONE CONCETTI CHIAVI	1
INTRODUZIONE	3
CONTESTO DELLA RICERCA	3
BACKGROUND	3
OBIETTIVI	7
DESIGN DELLO STUDIO	8
COMPONENTE QUANTITATIVA: KAP	8
OBIETTIVO	8
Obiettivi operativi	8
METODI	8
Popolazione	8
Calcolo della numerosità del campione	9
Modalità di campionamento	9
Team di intervista	10
Vantaggi e svantaggi	11
Organizzazione del questionario	12
RISULTATI E DISCUSSIONE	13
Caratteristiche socio-demografiche delle madri incluse nel campione	13
Modulo 1: Alimentazione della madre durante la gravidanza	17
<i>Conoscenze</i>	17
<i>Attitudini</i>	19
<i>Pratiche</i>	22
Modulo 2: Alimentazione infantile (0-6 mesi) - Allattamento al seno	24
<i>Conoscenze</i>	24
<i>Attitudini</i>	26
<i>Pratiche</i>	28
Modulo 3: Alimentazione infantile (6-24 mesi)	31
<i>Conoscenze</i>	31
<i>Attitudini</i>	33
<i>Pratiche</i>	35
COMPONENTE QUALITATIVA: FOCUS GROUP	36
OBIETTIVO	36
METODOLOGIA	36
Popolazione	36

Impostazione dello studio	37
Vantaggi e svantaggi	37
RISULTATI E DISCUSSIONE	38
Analisi Tematica	38
<i>Importanza dell'igiene personale</i>	39
Cambiamento alimentazione della madre durante gravidanza e allattamento	39
Problemi incontrati dalle madri per l'allattamento	41
Colostrum	42
Allattamento esclusivo	43
<i>Ragioni di inosservanza dell'allattamento esclusivo</i>	45
<i>Alimentazione del bambino dal 6 mese</i>	48
<i>Figure di riferimento per la salute riproduttiva e salute del bambino</i>	49
Soluzioni proposte	50
LIMITAZIONI DELLO STUDIO	51
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	51
BIBLIOGRAFIA	56
Allegato 1: questionario KAP	60
Allegato 2: lista dei villaggi inclusi nello studio KAP e calcolo campionamento	81
Allegato 3: guida focus group	82

ACRONIMI E DEFINIZIONI CONCETTI CHIAVE

ACRONIMI

ANSD	Agence Nationale de Statistique et Démographie
AME	Allaitement Maternelle Exclusif
COMI	Cooperazione per il mondo in via di sviluppo
CLM	Cellula per la lotta alla malnutrizione
CPN	Consultation prénatale
FG	Focus Group
KAP	Knowledge, Attitudes, Practices (conoscenze, attitudini, pratiche)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa

DEFINIZIONE CONCETTI CHIAVI

Attore comunitario: termine generico che si riferisce ai volontari della comunità che sono coinvolti nell'attuazione delle attività sanitarie a livello comunitario. Essi ricevono una formazione specifica e hanno il compito di fornire servizi preventivi, cure di base, cure preventive e promozionali in una case de santé.

Bajenu Gox: madrina del quartiere o del villaggio. Promuove la salute materna, neonatale e infantile a livello individuale, familiare e comunitario; aiuta i relais communautaires facendosi carico dei casi di riluttanza, consiglia le famiglie, accompagna le donne incinte/madri a livello di strutture sanitarie.

Relais communautaire: persona formata e responsabile dello svolgimento di attività di informazione, educazione e comunicazione per il cambiamento dei comportamenti, attività preventive e attività promozionali (ad es. screening malnutrizione nei bambini, sessioni di formazione delle madri).

Case de santé: Piccola struttura sanitaria in un villaggio, dove lavora un operatore sanitario di comunità, formato da un'infermiera in pratiche igienico-sanitarie come la disinfezione, le medicazioni, gestione di alcune patologie frequenti (diarrea acuta, malaria non complicata, infezioni respiratorie acute) e l'attuazione di programmi di prevenzione. Quando possibile viene formata una matrona che accompagna i parti nella case de santé rispettando le misure igieniche. La case de santé è interamente gestita dalle comunità. Il suo funzionamento è assicurato essenzialmente dalle entrate ricavate dalla partecipazione finanziaria delle popolazioni e dal sostegno dei soci. La motivazione degli attori comunitari è assicurata attraverso la partecipazione della comunità (campo comunitario o contributo). Un comitato sanitario sovrintende al buon funzionamento della case.

Niébé: Il fagiolo dall'occhio o cornille è una varietà di fagioli secchi più spesso neri e (o) bianchi.

Zam zam: Acqua benedetta proveniente dalla Mecca

Fondé: Piatto tradizionale a base di miglio

Lakh: Piatto Senegalese a base di miglio

Guerté: Arachidi in Wolof

Teq: colostro in Wolof

Maffè: Stufato di arachidi, alimento base nell'Africa occidentale proveniente dal popolo Mandinka e Bambara del Mali.

Rouy: Pappa per bambini ricca di nutrienti tra cui farina arricchita e miglio

Gnelen: miglio spezzato come il cous cous marocchino

Mbaxal: piatto tradizionale del Senegambia a base di pesce, riso, fagioli netetou e okra.

Tokental: "Acqua benedetta": sostanza a base di acqua zuccherata, miele o latte di capra con cui si pulisce una tavoletta benedetta dal Corano e che viene in seguito somministrata al neonato prima del primo allattamento al seno normalmente da un Marabout.

Marabout: Figura comune nell'Islam Saheliano, un marabutto indica un musulmano considerato "santo". Nel contesto Senegalese, il Marabout è una persona che ha studiato nella scuola coranica.

INTRODUZIONE

CONTESTO DELLA RICERCA

Questo studio esplorativo è stato condotto nell'ambito del progetto “Un piatto di salute. Formazione agricola, buone prassi per la realizzazione di produzioni e trasformazioni alimentari per garantire cibo sano e benessere alle popolazioni della regione di Kaffrine.” finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - 8X1000 Statale e capofilato dalla ONG COMI - Cooperazione per il mondo in via di sviluppo al fine di definire nuove strategie di intervento per garantire uno sviluppo sano del neonato. In linea con l’Obiettivo 3 dell’Agenda 2030 (assicurare la salute e il benessere di tutti), l’approccio del progetto considera la nutrizione come elemento fondamentale della salute. La strategia del progetto prevede quindi un focus sulle corrette abitudini alimentari e il rafforzamento delle competenze del personale socio-sanitario locale (formale e informale) per l’educazione alimentare e la gestione della malnutrizione, in particolare rispetto a donne e bambini.

La presente ricerca è stata condotta per raccogliere informazioni su conoscenze (cioè cosa si sa), atteggiamenti (cioè cosa si pensa) e pratiche (cioè cosa si fa) rispetto ad argomenti specifici relativi alla salute di base, come l’allattamento al seno, l’alimentazione, le condizioni igienico-sanitarie. Si è concentrata sulle madri in età riproduttiva che vivono nelle comunità rurali nella regione di Kaffrine ed ha cercato di identificare i loro modelli comportamentali, atteggiamenti e lacune di conoscenza, esplorando anche quali siano le fonti di informazioni di tali madri.

BACKGROUND

Nel panorama dell’Africa Occidentale, il Senegal è il Paese che ha conosciuto la più forte stabilità politica e istituzionale e si è consolidato nel ruolo di piattaforma di stabilizzazione e di apertura nel quadro di un dialogo paritario e innovativo con i principali donatori internazionali. Il paese ha una superficie pari a 196.722 Km² ed una popolazione di circa 17.215.433 abitanti di cui il 50,24% composto di donne e il 49,76% di uomini. Più della metà della popolazione (52,62%) risiede in aree rurali tra cui la Regione di Kaffrine che è una delle regioni meno densamente popolata (4,4%) (1).

Il Senegal rientra nel gruppo dei Paesi meno avanzati, con livelli di reddito pro-capite, tassi di alfabetizzazione ed indici di natalità e mortalità non ancora soddisfacenti. Il Rapporto sullo Sviluppo Umano 2016 dell’UNDP colloca il Senegal alla 162° posizione su 188 Paesi censiti (2). Il settore dei servizi contribuisce per oltre il 60% alla formazione del PIL, seguito dall’industria (circa 22%) e dal settore primario (intorno al 15%). Oltre il 70% della forza lavoro senegalese è impiegata nel settore primario (in particolare agricoltura e pesca artigianale). Il fenomeno migratorio, molto consistente, ha contribuito alla formazione di una diaspora numericamente importante (con una delle principali comunità all’estero radicata stabilmente in Italia), che contribuisce con le proprie rimesse allo sviluppo economico e

sociale del Senegal. Negli ultimi anni la crescita del PIL senegalese ha oscillato fra il 2% e il 6%. Il tasso di povertà della popolazione è intorno al 46,7% (3). Nel complesso, la povertà tende ad aumentare dal nord al sud del Paese, ad eccezione di Dakar. Tra i fattori che sembrano svolgere un ruolo importante di questo gradiente geografico, troviamo la mancanza di accesso ai mercati economici ed alle reti di trasporti nelle regioni orientali e meridionali, che rimangono isolate (4).

Il tasso di crescita della popolazione è del 2,7%, con un tasso di fertilità pari al 4,5 (figli per donna). Il tasso di alfabetizzazione è del 52%. L'aspettativa di vita è di circa 68 anni. La mortalità infantile è di 29 su 1000 nati vivi, le cause sono principalmente malaria, prematurità, infezioni respiratorie e sepsi neonatale (5). Circa il 30,5% della popolazione si sposa prima di compiere 18 anni (6). La mortalità materna è di 434 su 100.000 nati vivi, la percentuale di parti assistiti da personale qualificato è ancora molto bassa nelle zone rurali (49%) (7) e il tasso di utilizzo di sistemi contraccettivi è fermo al 27% (8). Kaffrine presenta un tasso di povertà del 77,5%, ospita circa il 4,4% della popolazione totale e quasi il 6% dei poveri in Senegal.

La malnutrizione è responsabile, direttamente o indirettamente, per metà dei 10,5 milioni di decessi nel mondo ogni anno tra i bambini di età inferiore ai cinque anni (9). Due terzi di questi decessi accadono durante il primo anno di vita e sono strettamente associati a uno scarso allattamento al seno e a pratiche inadeguate di alimentazione complementare. Solo una minoranza di bambini nel mondo viene allattata esclusivamente al seno durante i primi mesi di vita e l'alimentazione complementare è spesso pericolosa, inappropriata e inadeguata. I bambini malnutriti che sopravvivono soffrono di una maggiore morbilità, sviluppo ridotto e rendimento scolastico ridotto. Le cattive pratiche alimentari e le loro conseguenze non sono solo una violazione dei diritti dei bambini, ma minacciano anche lo sviluppo sociale ed economico. L'allattamento al seno subottimale è responsabile per 96% dei decessi tra i bambini di età inferiore a 12 mesi nei paesi in via di sviluppo. L'allattamento al seno ottimale è la strategia di sopravvivenza infantile più conveniente e ha il potenziale per ridurre la mortalità sotto i cinque anni del 13% nei paesi in via di sviluppo (10).

Secondo i dati diffusi dall'agenzia di demografia e statistica senegalese (ANSD) nella Enquête Démographique et de Santé Continue 2019, quasi un bambino su cinque (18%) soffre di malnutrizione cronica in Senegal, di cui il 5% in forma severa. La prevalenza varia in base all'età, con un aumento significativo fra i 12-17 mesi, fascia di età in cui circa un bambino su cinque (20%) soffre già di questa forma di malnutrizione, mentre nella fascia 18-23 mesi, la prevalenza raggiunge un massimo del 28%. Importante inoltre sottolineare come la malnutrizione colpisca più frequentemente i bambini che vivono nelle aree rurali piuttosto che in quelle urbane (21% vs 12% rispettivamente). Lo stesso vale per le forme severe: 6% dei bambini nelle aree rurali rispetto al 3% nelle aree urbane. Inoltre è presente un gradiente geografico della prevalenza di malnutrizione cronica da un massimo del 22% al Sud ad un minimo del 13% ad Ovest. Per quanto riguarda invece la Malnutrizione acuta, a

livello nazionale, le indagini rivelano una prevalenza della malnutrizione acuta dell'8,2%, di cui il 6,1% di forma moderata (MAM) ed il 2,1% di forma severa (MÁS) (11).

Per la Regione di Kaffrine, area di svolgimento del progetto, la prevalenza di malnutrizione cronica raggiunge il 23,1%. La regione presenta una prevalenza superiore alla soglia OMS che definisce il livello di situazione elevato o preoccupante (>20% e <30%); mentre, la prevalenza di malnutrizione acuta è pari al 5,9% (MAM) e 2,5% (MAS).

Tra i fattori che influiscono sullo stato nutrizionale della popolazione troviamo:

- l'insufficiente varietà alimentare;
- lo scarso rendimento dei terreni;
- le migrazioni stagionali e/o stabili;
- delle strategie scarsamente adatte a far fronte agli shock climatici;
- un generale spopolamento rurale;
- la presenza di credenze e pratiche socio-culturali che influenzano il consumo degli alimenti. Ne è un esempio la donna incinta per la quale tali credenze portano all'assunzione di comportamenti alimentari errati e una scarsa assunzione di vitamine e minerali durante la gravidanza.

Gli studi scientifici indicano che, in Senegal, le cause alla base dell'arresto della crescita del bambino sono la mancanza di accesso all'acqua potabile, l'assistenza sanitaria materna e infantile, la durata dell'allattamento al seno e l'età di introduzione all'alimentazione complementare (12).

Per quanto riguarda invece l'allattamento nei primi mesi di vita; secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'allattamento al seno ottimale consiste nell'inizio precoce entro un'ora dalla nascita, l'allattamento al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita e la continuazione dell'allattamento durante lo svezzamento fino a 2 anni di età o oltre (13). È importante quindi che il latte materno rimanga la scelta prioritaria anche dopo l'introduzione di alimenti complementari, poiché rappresenta un elemento nutritivo importante e protettivo da infezioni batteriche, soprattutto in un contesto dove può esistere carenza d'acqua e di idonee condizioni igieniche. Vanno altresì considerati svariati determinanti sociali (accesso a cibo e acqua, istruzione e stato occupazionale) e culturali (diffusione di pratiche tribali e convinzioni potenzialmente dannose per madre e bambino) che compromettono la realizzazione dell'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi di vita. Nel suo 'WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief' del 2014, l'OMS ha affermato che i fattori sociali e culturali erano tra i sei determinanti principali che comportano bassi tassi di allattamento al seno esclusivo a livello globale (14). L'OMS punta inoltre ad aumentare il tasso di allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi fino ad almeno il 50% entro il 2025. I primi 1000 giorni di vita (dal concepimento fino ai 2 anni) influenzano infatti lo stato di salute dell'individuo per la sua intera esistenza (15). È quindi

fondamentale comprendere quali determinanti sociali e culturali compromettono la corretta salute alimentare e formare gli operatori locali per la prevenzione, l'assistenza e l'intervento in casi urgenti nel campo della tutela materno infantile e della malnutrizione, al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione.

Nonostante il 98% dei bambini sia allattato, solo il 42% di quelli di età inferiore ai 6 mesi è nutrito esclusivamente al seno e solo il 34% dei neonati viene allattato nell'ora successiva alla nascita. Per quanto riguarda i bambini fra 6-23 mesi, solo l'8% è nutrito conformemente alle pratiche ottimali dell'alimentazione infantile. Il 71% dei bambini fra 6-59 mesi è anemico, mentre tra le donne di età compresa fra 15-49 anni la prevalenza è del 54% (5). Il tasso medio di prevalenza della malnutrizione cronica è invece del 20,3% (16). Secondo dati della Cellula per la lotta alla malnutrizione (CLM), il tasso nazionale di malnutrizione acuta è dell'8,2% (17).

L'impegno del governo senegalese nel settore della nutrizione è cresciuto costantemente negli ultimi due decenni, con il risultato che il tasso di arresto della crescita infantile, in particolare, è notevolmente migliorato. Il Senegal si dimostra un paese esemplare nella regione dell'Africa occidentale, essendo riuscito a ridurre la prevalenza di arresto della crescita infantile del 17,9% dal 1992 al 2017 (12), portandola ad uno dei più bassi tassi di prevalenza nell'Africa subsahariana. Tuttavia, a causa dei rischi derivanti dai cambiamenti climatici, il paese soffre di un'alta insicurezza alimentare e si classifica al 66° posto su 119 nell'indice globale della fame del 2018. Dal 2005, vari shock in Senegal, tra cui la crisi alimentare del 2008, le crisi dei carburanti e finanziarie e una serie di siccità, hanno contribuito a uno sviluppo economico diseguale e hanno impattato sulla performance della crescita economica (17). Una revisione sistematica della letteratura sui determinanti dell'arresto della crescita in Senegal ha rilevato che le cause fondamentali dell'arresto della crescita includono shock climatici tra cui pioggia, siccità e freddo estremo, shock economici inclusi periodi di aumento dei prezzi dei generi alimentari (2009–2011), residenza in zone rurali, dimensioni della famiglia, ricchezza della famiglia e istruzione dei genitori (12). L'alimentazione è diventata una priorità nazionale attraverso l'avvio del CLM e un aumento del budget destinato alla nutrizione. Queste organizzazioni hanno svolto un ruolo chiave nella riduzione della malnutrizione cronica implementando e monitorando importanti iniziative nutrizionali come il Programme de Nutrition Communautaire (PNC) e il Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) e promuovendo azioni multisettoriali. Inoltre, il Senegal ha lanciato nel 2021 l'iniziativa 'Più forte con solo latte materno' (sostenuta dall'UNICEF, dall'OMS e da Alive & Thrive) diventando il decimo paese a farlo nella regione dell'Africa occidentale e centrale (18). Tra il 2004 e il 2015, il governo ha sviluppato la strategia 'Alimentation et Nutrition du Jeune Enfant' (ANJE) promuovendo un'alimentazione sana. Di fronte all'insoddisfacente progressione della pratica dell'allattamento al seno esclusivo, nel dicembre 2015 è stata lanciata la campagna nazionale di comunicazione per promuovere l'allattamento al seno esclusivo, il piano strategico di comunicazione IYCF e il 2° documento sulla politica di

sviluppo nutrizionale sono stati predisposti nel 2015 (18). Sulla base del Piano strategico nazionale per la nutrizione, il Senegal si pone i seguenti obiettivi strategici da raggiungere entro il 2025:

- SO1: Ridurre di almeno il 45% la prevalenza dell'arresto della crescita a livello nazionale;
- SO2: Ridurre del 30% la percentuale di bambini con basso peso alla nascita;
- SO3: Ridurre la prevalenza della malnutrizione acuta nei bambini di età compresa tra 0 e 5 anni al 5%;
- SO4: aumentare il tasso di allattamento al seno esclusivo ad almeno il 50% durante i primi 6 mesi;
- SO5: Ridurre del 50% la prevalenza dell'anemia tra le donne in età fertile e altri gruppi vulnerabili;
- SO6: Ridurre di almeno il 40% la prevalenza di carenze di altri micronutrienti (iodio, zinco e vitamina A);
- SO7: Ridurre di almeno il 20% la prevalenza dell'obesità tra i gruppi vulnerabili

Secondo diverse istituzioni e osservatori regionali, le pratiche culturali e la povertà hanno limitato i progressi verso la diversità alimentare e l'allattamento al seno esclusivo, nonostante le raccomandazioni fornite dagli operatori sanitari. Anche le madri nelle comunità hanno descritto la riduzione della povertà come essenziale e sebbene la disponibilità di cibo sia aumentata, dipende dall'ubicazione e dalla stagionalità. Tuttavia, uno degli stakeholder ha affermato che “le giovani madri iniziano a fare domande sull'allattamento al seno esclusivo, perché hanno un livello di istruzione più elevato” (12). Ciò lascia ben sperare per il futuro della popolazione, anche considerando che si stanno registrando dei progressi nei livelli di educazione. Inoltre, le madri hanno menzionato miglioramenti nella disponibilità di posti sanitari poiché la maggior parte aveva vaccinato i propri figli, ricevuto 4+ CPN, l'assistenza alle partorienti, e aveva ricevuto consigli sull'alimentazione.

C'è bisogno di sviluppare sistemi di cura e interventi che prevengano effettivamente la malnutrizione infantile. Guardando oltre la biomedicina alle realtà della vita dei pazienti, una prospettiva olistica sulla malattia può considerare quali siano i valori della popolazione nella vita e il contesto in cui le persone prendono decisioni sulla propria salute.

OBIETTIVI

L'obiettivo generale è di intervenire prima che la malnutrizione diventi cronica per poter abbassare la mortalità e morbidity infantile. L'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi è il metodo preventivo più efficace per salvare la vita dei bambini. Quindi l'obiettivo dello studio è sviluppare una ricerca-intervento sul campo volta ad individuare quali sono i principali elementi che compromettono le buone pratiche di nutrizione e dell'allattamento esclusivo al seno per i i primi 6 mesi di vita del bambino. In particolare, identificare quali sono i

determinanti sociali e culturali dell'allattamento esclusivo e nutrizione tra le donne madri di bambini tra i 6-24 mesi nella regione di Kaffrine con l'obiettivo di definire nuove strategie di intervento per garantire uno sviluppo sano del neonato.

DESIGN DELLO STUDIO

Per lo studio è stato adottato un approccio di tipo misto quanti-qualitativo. La componente quantitativa di tipo KAP ha previsto la somministrazione di questionari strutturati alle donne madri di figli tra i 6-24 mesi, mentre quella qualitativa ha comportato la realizzazione di focus group.

COMPONENTE QUANTITATIVA: KAP

OBIETTIVO

Valutare le conoscenze, attitudini e pratiche delle madri di bambini tra i 6-24 mesi sull'allattamento materno esclusivo nella regione di Kaffrine.

Obiettivi operativi

- 1) In quale percentuale gli elementi socioculturali compromettono l'allattamento esclusivo
- 2) Identificare le lacune di conoscenza, i modelli di credenze culturali che possono identificare bisogni, problemi e barriere per attuare interventi nell'area dell'allattamento al seno e della nutrizione.
- 3) Approfondire la comprensione di informazioni, atteggiamenti e fattori comunemente noti che influenzano i comportamenti nelle stesse aree in ambito di allattamento esclusivo e nutrizione del bambino.
- 4) Identificare i bisogni prioritari nell'educazione alimentare al fine di informare la progettazione di interventi futuri.

METODI

Popolazione

I criteri per l'inclusione di un soggetto nel campione sono i seguenti:

- donne in età riproduttiva compresa fra i 15 ed i 49 anni¹;
- donne, madri di almeno un bambino di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi.

¹ Definizione OMS: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.22.pdf>

Calcolo della numerosità del campione

La numerosità necessaria del campione è stata calcolata sulla base della prevalenza stimata dell'allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi di vita per la regione di Kaffrine secondo i dati dell'*Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire, Nutrition et Résilience - 2019* svolta dal *Ministère de la Santé et Action Sociale* senegalese e pari al 38.4% (11). È stato inoltre utilizzato un livello di confidenza pari al 95%, un errore standard del 10% e si è ipotizzato un tasso di non risposta del 10%. Alla luce di tali calcoli, è stato definito un campione di 100 donne.

La formula esatta utilizzata per il calcolo del numero necessario di soggetti n è la seguente:

$$n = \frac{N[\pi(1 - \pi)] \left(\varphi^{-1} \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \right)^2}{(N - 1)\varepsilon^2 + [\pi(1 - \pi)] \left(\varphi^{-1} \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \right)^2}$$

La formule approchée est :

$$n = \frac{[\pi(1 - \pi)] \left(\varphi^{-1} \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \right)^2}{\varepsilon^2}$$

Soit, pour un risque α à 5% :

$$n = [\pi(1 - \pi)] * 3,84 / \varepsilon^2$$

Où

π : prévalence attendue de l'événement étudié dans la population cible

α : risque de première espèce, $\varphi^{-1} \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \approx 1,96$ si $\alpha = 5\%$

ε : précision de l'estimation ou erreur consentie

N : taille de la population cible

Modalità di campionamento

La metodologia di campionamento utilizzata in questa ricerca è una tecnica di campionamento a grappolo a più stadi (due nello specifico). Tale metodologia prevede che l'unità di campionamento sia costituita da un gruppo di elementi della popolazione, piuttosto che un singolo elemento. Questa metodologia di campionamento è particolarmente utile nei contesti in cui non è presente un database esaustivo della popolazione, basti pensare che l'ultimo censimento generale della popolazione effettuato in Senegal risale al 2011 (7). L'Expanded Program on Immunization (EPI) dell'OMS aveva inoltre già riconosciuto la necessità di condurre indagini campionarie approssimativamente valide in ambienti in cui i registri della popolazione non erano disponibili. Tale metodologia permette inoltre di ridurre i costi e la tempistica della ricerca oltre che di facilitare la logistica legata alle eventuali difficoltà di raggiungimento di unità di campionamento lontane fra loro e dislocate in aree rurali difficilmente accessibili.

Dopo aver individuato l'area geografica nella Regione di Kaffrine coinvolta nello studio sulla base della zona di copertura delle attività progettuali di COMI, per realizzare il campionamento si è proceduto come primo stadio all'estrazione ponderata ovvero con probabilità proporzionale alla più recente stima del censimento (8) della dimensione della popolazione della comunità a 20 cluster composti da comunità. Successivamente, una volta avviate le attività sul terreno, in ogni cluster selezionato, il team di intervista (precedentemente formato all'attuazione delle attività sul terreno) ha iniziato da un punto centrale della comunità, selezionando una direzione casuale da quel punto. In tale direzione il team ha selezionato le abitazioni e dunque i nuclei familiari lungo la linea dal centro al confine della comunità fino a che non si fosse raggiunto il numero definito. Nel nostro caso il numero di donne da includere per comunità era pari alla numerosità del campione diviso per il numero di cluster: $100/20 = 5$. A partire dal primo nucleo familiare, si è visitato a turno il nucleo familiare più vicino fino a quando non sono stati trovati almeno cinque soggetti. In caso di mancata risposta, i richiami non sono stati implementati, pertanto gli intervistatori hanno effettuato le interviste verso il nucleo familiare successivo. Se all'interno del nucleo familiare erano presenti più donne che rispettavano i criteri di inclusione, il team di investigatori ha proceduto al sorteggio della donna da intervistare. Le donne sono state intervistate previa acquisizione del consenso informato. Prima di iniziare lo studio sul campo, il questionario è stato preliminarmente testato su una donna per identificare eventuali problemi o domande poco chiare anche dovute a problemi di traduzione linguistica e altri fattori.

Team di intervista

Danielle De Vito Halevy - responsabile del sondaggio

Mere Amy Touré - facilitatrice locale COMI

Organizzazione del lavoro sul campo

La valutazione è stata condotta tra il 16 e il 31 Maggio 2022. Una giornata di formazione è stata organizzata dalla responsabile italiana in favore della facilitatrice locale per raccogliere dati e condurre le interviste sul campo. La responsabile italiana ha svolto un controllo quotidiano della qualità della raccolta dei dati attraverso segnalazioni e modifiche raccomandate. I dati sono stati raccolti tramite questionario cartaceo e quindi scansionati per il backup dei dati. Al termine dei processi di raccolta e inserimento dati, il team italiano ha analizzato i risultati e sviluppato le elaborazioni statistiche attraverso l'utilizzo di Excel.

Le interviste individuali sono state effettuate presso il domicilio delle donne, in un luogo calmo e raccolto alla sola presenza del team di ricerca. I villaggi sorteggiati per i cluster sono afferenti alla regione di Kaffrine, in particolare si trovano al confine tra i distretti di Kaffrine e di Birkilane in un raggio di 5,6 km attorno a Ndiao Bambali, villaggio rurale del distretto di

Kaffrine. I cluster sono stati selezionati secondo la metodologia sopra citata tra la lista di 10 villaggi in cui l'ONG Comi svolge la maggior parte delle sue attività. Il villaggio di Ndiao Bambali, sede rurale dell'ONG Comi, è stato utilizzato come base di appoggio del team di ricercatori durante il periodo delle ricerche sul terreno.

Vantaggi e svantaggi

I vantaggi della metodologia KAP sono:

- Il frame di campionamento è spesso prontamente disponibile a livello di cluster
- La forma più economica di campionamento
- Meno tempo per l'implementazione e la raccolta dei dati
- Consente, durante un unico sondaggio, la raccolta di un gran numero di dati che saranno oggetto di un'analisi statistica (che i metodi qualitativi non consentono)
- Facile da analizzare
- La valutazione delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle pratiche relative alla nutrizione offre l'opportunità di comprendere meglio una determinata situazione fornendo informazioni sui determinanti sociali, psicologici e comportamentali di uno stato nutrizionale (20).

Svantaggi della metodologia KAP:

- Bias di desiderabilità sociale
- Potrebbe non riflettere la diversità della comunità (effetto grappolo)
- Questo tipo di campionamento non è rappresentativo a livello regionale per via della selezione di località sulla base della zona di copertura delle attività progettuali di COMI
- Le KAP raccolgono solo informazioni descrittive quantitative e identificano tendenze generali - non sono esplorative: in un sondaggio KAP, domande sulla conoscenza sono usate per valutare specifiche conoscenze relative alla nutrizione che educatori considerano importante che la popolazione partecipante sappia. Uno studio KAP può essere utilizzato per misurare progressi nell'acquisizione di queste parti specifiche di conoscenza, ma non può essere utilizzato per esplorare la conoscenza della cultura nella comunità (ad es. conoscenze indigene relative ai sistemi alimentari, differenti significati e nozioni di problemi legati alla nutrizione). Per questo motivo, abbiamo scelto di utilizzare anche metodi qualitativi per esplorare ulteriormente i risultati ottenuti attraverso l'indagine KAP e generare una comprensione più approfondita dei problemi individuati.

- Instabilità degli atteggiamenti: gli atteggiamenti non sono stabili per lunghi periodi (21). Le risposte possono cambiare, perciò gli atteggiamenti non possono essere considerati come indicazioni affidabili di punti di vista stabili.
- Ricordo di sé vs misurazione obiettiva: un'indagine KAP si basa su affermazioni auto-riferite, non dati oggettivi. Le risposte possono essere influenzate dal giudizio, cooperazione e memoria del rispondente (22). Possono esistere delle lacune tra ciò che viene detto e ciò che viene fatto.
- Convalida scientifica: la conoscenza e gli atteggiamenti non si riferiscono a oggetti fisici ma a concetti psicosociali e soggettivi. Non è quindi possibile convalidare i risultati relativi a conoscenze e attitudini nelle indagini KAP perché nessun benchmark obiettivo o riferimento esiste. Nonostante ciò, alcune delle misurazioni incluse nei moduli sono state convalidate ed il formato delle domande è stato informato da questionari standardizzati (sotto riportate) le cui domande sono state testate e sono considerati affidabili e validi.

Organizzazione del questionario

Per l'elaborazione dei questionari si ha fatto in prima istanza riferimento ai questionari in lingua francese DHS² e MICS³ e in lingua inglese FAO⁴. Si tratta di questionari standardizzati già testati e validati e che permettono una comparazione affidabile su diverse popolazioni. I moduli selezionati sono state le seguenti:

Modulo 1: Alimentazione della madre durante la gravidanza

Modulo 2: Alimentazione infantile (0-6 mesi) - Allattamento al seno

Modulo 3: Alimentazione infantile (6-24 mesi)

Le domande di ogni modulo sono state modificate in base al nostro campione e contesto locale includendo ma non solo: lista degli alimenti locali, lista delle persone risorsa, domande su alimenti proibiti, domande sul ruolo della madrina/nonna. È stato cercato un equilibrio tra le domande portanti sull'analisi delle conoscenze, attitudini e pratiche. Il questionario, redatto in lingua francese, è stato somministrato dal team d'intervista con il supporto di un facilitatore locale debitamente formato in precedenza e che, insieme a delle professoresse, si è fatto carico della traduzione in lingua locale wolof.

Il questionario è presente come **allegato 1**.

² Demographic Health Survey:

https://dhsprogram.com/Methodology/Survey-Types/DHS-Questionnaires.cfm#CP_JUMP_16179

³ Multiple Indicator Cluster Survey: <https://mics.unicef.org/tools?round=mics6>

⁴ Adaptable KAP model questionnaires in MS Word: <https://www.fao.org/3/i3545e/i3545e00.pdf>

RISULTATI E DISCUSSIONE

Secondo la metodologia stabilita, sono stati individuati 20 cluster nei 10 villaggi di studio (cfr. **allegato 2**) e sono state intervistate 100 donne di età compresa fra i 15 ed i 49 anni che avessero un figlio di età compresa fra i 6 ed i 24 mesi.

Caratteristiche socio-demografiche delle madri incluse nel campione

Questa sezione descrive alcune caratteristiche socio-demografiche del nostro campione, come l'età, il livello di istruzione, il numero di bambini e la provenienza etnica.

SD1: Età delle madri

Fascia di età	Frequenza	Percentuale cumulata
<18	7	7%
18-25	63	70%
26-30	27	97%
31-35	2	99%
36-40	0	99%
>40	1	100%
Totale	100	100%

Media: 23.4 anni

SD2: Stato civile

Stato Civile	Percentuale
Celibe	0%
Sposato	99%
Divorziato/Separato	1%
Totale	100%

SD3: Gruppo etnico di appartenenza

Gruppo etnico	Percentuale
Wolof	84%
Serer	2%

Peul	8%
Toucouleur	5%
Diola	0%
Mandingue	1%
Totale	100%

SD4: Livello di educazione scolastica

Livello di educazione	Frequenza	Percentuale cumulata
Nessuno	10	10%
Inferiore alla scuola primaria	0	10%
Ha completato la scuola primaria	76	86%
Superiore alla scuola primaria	14	100%
Totale	100	100%

SD5: Numero di figli per donna

Numero di figli	Frequenza	Percentuale cumulata
1	18	18%
2	15	33%
3	16	49%
4	22	71%
5	19	90%
> 5	10	100%
Totale	100	100%

Media: 3.51 figli /donna

SD6: Età dell'ultimo figlio

Piu' piccolo: 6 mesi

Media: 15 mesi

Piu' grande: 24 mesi

SD7: Possedete un frigorifero al vostro domicilio?

Solo 1 donna sulle 100 intervistate ha riferito di possedere un frigorifero in casa.

SD8: Qual è la principale fonte di idratazione al vostro domicilio?

Fonte di idratazione	Percentuale ⁵
Rubinetto in casa	90%
Rubinetto fuori parcella	4%
Pozzo protetto	2%
Fontanella	11%

SD9: Cosa fa la famiglia per rendere potabile l'acqua?

Metodo di potabilizzazione dell'acqua	Percentuale ⁵
Bollire	0%
Filtrare	35%
Utilizzo del cloro	2%
Niente	49%
Utilizzo della candeggina	18%
Altro	1%

SD10 e SD11: Avete un telefono cellulare? Possedete una radio al domicilio?

Mezzi di comunicazione	Percentuale
Solo telefono	45%
Solo radio	8%
Nessuno dei due	34%
Entrambi	13%
Totale	100%

SD12: Qual è la sua fonte di informazioni sull'alimentazione e la salute del bambino?

Fonte di informazione	Percentuale ⁵
Operatori sanitari	81%
Attori comunitari	46%
Familiari (suocera, nonna, zia, mamma)	35%

⁵ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

Radio	22%
Marito	10%
Vicini di casa	9%
Marabout	3%
TV	2%

I principali risultati che emergono da questa sezione sono i seguenti:

- La maggior parte delle donne intervistate avevano 25 anni o meno, la quasi totalità era già sposata e pluripara con una media di 3,58 figli/donna di cui l'ultimo con età media di 15 mesi. Il dato di fertilità media del nostro campione rappresenta un livello inferiore al tasso di fertilità in Senegal pari a 4,5 figli per donna in età riproduttiva (23).
- L'84% delle intervistate ha dichiarato di essere di etnia Wolof, fatto che è in linea con i dati demografici della Regione di Kaffrine (24).
- Le donne che hanno dichiarato di non aver ricevuto alcun tipo di istruzione sono state pari al 10% del nostro campione. Questa cifra potrebbe essere influenzata dal fatto che Kaffrine è la regione del Senegal con il quarto più basso numero di strutture di istruzione primaria e con un tasso di ammissione lordo⁶ sotto l'80% perciò relativamente basso (62,7%) (8). Il 76% ha dichiarato di aver concluso il ciclo primario, un livello sostanzialmente equivalente a quello dell'UNESCO secondo cui almeno il 78,9% della popolazione femminile termina il ciclo primario (25) ma più alto di quello dell'Agence Nationale de Statistique et Démographie (ANSD) del Senegal secondo la quale il tasso lordo di scolarizzazione primaria⁷ è del 54,0% (8). In ultimo, il nostro campione ha dimostrato che solo il 14% delle donne ha iniziato un ciclo superiore a quello primario mentre i dati dell'UNESCO indicano un'iscrizione netta del 34,5% (25) e le statistiche dell'ANSD evidenziano che la Regione di Kaffrine presenta il livello più basso di iscrizione alla scuola secondaria con un tasso lordo di scolarizzazione tra le donne del 23,8% (8). Il nostro campione quindi presenta un tasso di scolarizzazione al livello secondario ancora più basso della media Regionale.
- In questa sezione abbiamo riscontrato che la principale fonte d'acqua utilizzata dalle famiglie è il rubinetto presente al domicilio fatto comune in tutto il Paese (sia tra la popolazione urbana che quella rurale) (8). Quasi il 50% delle intervistate si serve dell'acqua senza utilizzare metodi di potabilizzazione. In maniera analoga, secondo il MICS (2010-11) del Senegal, il 59,3% della popolazione

⁶ Il tasso di ammissione lordo indica il numero di bambini ammessi al corso elementare del ciclo scolastico in Senegal rispetto alla popolazione con età legale per frequentare le elementari.

⁷ Il tasso lordo di scolarizzazione alla scuola primaria è il rapporto tra il numero di iscritti e la popolazione in età scolare.

- rurale di tutto il paese (maschile e femminile) non effettua alcun trattamento all'acqua per renderla potabile (7).
- Il mezzo di comunicazione più utilizzato è il telefono mobile dati cioè che corrisponde a quanto riportato dall'ANSD (in 9 famiglie su 10, almeno un membro disponeva del telefono cellulare) (8), ma oltre un terzo del campione non possedeva né telefono né radio.
 - Tra le fonti di informazione più riconosciute per temi di alimentazione e salute infantile ci sono senz'altro gli operatori sanitari: 81% delle donne intervistate ha riferito che gli operatori sanitari sono la loro fonte di informazione per queste tematiche. Di questo 81%, il 54% degli operatori erano più specificatamente ostetriche. Anche gli attori comunitari sono risultati essere importanti fonti di informazione e di educazione sanitaria per le donne intervistate (46%) di cui 24% relais comunitari e 18% Bajenu Gox. Da notare che ci sono più relais per villaggio, mentre solo una BG per villaggio (fino a 1000 abitanti) (26). In ultimo, è stata anche riscontrato l'importanza del ruolo dei familiari soprattutto di sesso femminile, tra cui la suocera (27%) era la fonte più menzionata.

Modulo 1: Alimentazione della madre durante la gravidanza

Questo modulo indaga le conoscenze, le pratiche e gli atteggiamenti delle donne nei confronti della loro nutrizione durante la gravidanza. L'analisi che segue mette a confronto le raccomandazioni internazionali e gli atteggiamenti delle donne, al fine di comprendere le ragioni della discrepanza tra comportamenti ideali e reali. Di seguito, domande e risposte dirette al nostro campione.

Conoscenze

V1K1: Come dovrebbe mangiare una donna incinta rispetto a una donna non incinta per fornire i nutrienti necessari al suo bambino e contribuire alla sua crescita?

Risposta	Percentuale ⁸
Nessuna differenza nell'alimentazione	66%
Mangiare cibi più ricchi di proteine	19%
Mangiare di più ad ogni pasto o frequentemente	10%
Mangiare più cibi ricchi di ferro	4%
Cucinare con sale iodato	2%
Non lo so	1%
Altro	3%

⁸ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

V1K2: Ci sono cibi che una donna incinta non dovrebbe mangiare?

Risposta	Percentuale
No	25%
Sì	65%
Non lo so	10%
Totale	100%

V1K2-bis Se sì, quali?

Risposta	Frequenza (N=65)	Percentuale ⁷ (N=65)
Riso riscaldato	40	61,5%
Carne	39	60,0%
Uova	38	58,5%
Banana	17	26,2%
Altra frutta (anguria, mela e mango)	19	29,2%
Acqua fresca	8	12,3%
Pesce e frutti di mare	7	10,8%
Piatti locali completi (niébé e couscous)	5	7,8%
Nessuna Risposta	2	3,1%
Altro	12	18,5%

V1K3: Alcune donne consumano due tipi di integratori durante la gravidanza. Quali?

Risposta	Percentuale ⁹
Integratori di ferro	92%
Integratori di acido folico	1%
Farmaci (paracetamolo, sciroppo, profilassi antimalarica, ecc)	61%
Vitamine	3%

V1K4: Quando una donna è incinta, il suo stato nutrizionale (malnutrizione o sovrappeso) ha rischi per la salute del bambino?

Risposta	Percentuale
No	91%
Sì	7%

⁹ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

Non lo so	2%
Totale	100%

- I due terzi delle donne intervistate (66%) non ritiene che le donne incinte debbano modificare la propria dieta quotidiana. Ciononostante, il 65% delle intervistate ha tuttavia affermato che una donna incinta non dovrebbe mangiare alcuni tipi di cibo. Di questi, riso riscaldato, carne e uova (circa 60%) sono state le più menzionate e di seguito banane e altra frutta in genere (26,2% ciascuno). Queste affermazioni contrastano in parte le raccomandazioni mediche le quali suggeriscono al contrario di aumentare il fabbisogno di proteine (che si trovano nella carne e nelle uova) durante la gravidanza e di incrementarne l'assunzione con il progredire dei trimestri (27).
- La quasi totalità delle donne intervistate conosceva la raccomandazione dell'integratore alimentare di ferro per donne incinte (92%) e la maggior parte (61%) ha risposto che altri farmaci sono assunti durante la gravidanza, tra questi i farmaci profilattici contro la malaria che rientrano in effetti all'interno del programma di lotta alla malaria senegalese e sono indicati nelle gestanti sotto forma di profilassi intermittente (28). L'integratore di acido folico è rimasto tuttavia solamente all'1% di frequenza, indagando le donne hanno riferito che esso è poco utilizzato per via della bassa disponibilità di quest'ultimo nei villaggi dove sono state svolte l'inchiesta.
- Da sottolineare l'errata concezione riguardo alla non influenza dello stato nutrizionale della madre sulle condizioni di salute del feto. Infatti, la quasi totalità delle donne (91%) riteneva che lo stato nutrizionale durante la gravidanza non comportasse rischi sul figlio. Delle 7 donne che hanno dato la risposta affermativa a tale domanda, la maggioranza (4/7) individuava nella malnutrizione materna durante la gestazione, il rischio per il figlio di essere malato durante l'infanzia e l'età adulta.

Attitudini

V1A1: Quanto pensa che sia opportuno mangiare maggiormente durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
Non favorevole	50%
Piú o meno favorevole	6%
Favorevole	44%
Molto favorevole	0%
Non lo so	0%
Totale	100%

V1A2: Quanto è difficile per lei mangiare maggiormente durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
Non difficile	35%
Parzialmente difficile	16%
Difficile	41%
Molto difficile	8%
Non lo so	0%
Totale	100%

V1A3: Quanto era rassicurata dal non mangiare determinati cibi proibiti durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
Non rassicurata	98%
Piú o meno rassicurata	1%
Rassicurata	1%
Molto rassicurata	0%
Non lo so	0%
Totale	100%

V1A4: Quanto è difficile non consumare certi cibi proibiti durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
Non difficile	30%
Parzialmente difficile	12%
Difficile	41%
Molto difficile	13%
Non lo so	4%
Totale	100%

V1A5: Quanto pensa sia grave partorire un bambino sottopeso alla nascita?

Risposta	Percentuale
Non grave	3%
Piú o meno grave	7%
Grave	78%
Molto grave	10%
Non lo so	1%
Nessuna risposta	1%
Totale	100%

- I risultati mostrano una netta spaccatura tra coloro che si ritengono favorevoli a mangiare di piú durante la gravidanza (50%) e quelle che non pensano sia opportuno (50%). Questo risultato non si allinea con i risultati ottenuti nelle domande riguardo la conoscenza che in realt  mostravano che il 10% delle donne non ritenesse necessario un adattamento della dieta alimentare durante la gravidanza come, al contrario, raccomandato (27).
- Bench  solo il 10% del campione ritenga opportuno modificare la dieta durante la gravidanza incrementando l'apporto calorico, il 44% delle donne intervistate si   dichiarata favorevole a modificare attitudine ed a mangiare piú frequentemente.
- Quasi la met  delle intervistate (49%) ha affermato che   difficile o molto difficile mangiare di piú durante le gravidanze o parzialmente difficile (altre 16%). Questo potrebbe essere connesso agli alimenti proibiti riportati dalle donne o potrebbe riflettere un'altra carenza ad es. di accessibilit  alimentare.
- Quasi tutte le intervistate (98%) non erano rassicurate dal non mangiare determinati cibi proibiti e oltre la met  (54%) ha ammesso difficolt  a seguire questa pratica. Questo potrebbe riflettere una tensione tra i consigli localmente dati sulla buona alimentazione durante la gravidanza e le percezioni personali delle donne.
- L'88% delle donne intervistate concorda con il fatto che sia grave partorire un bambino sottopeso, risultati che contraddice la dichiarazione delle madri sull'influenza della salute materna sul proprio figlio.

Pratiche

V1P1: Quali liquidi o cibi ha consumato durante la gravidanza?

Opzioni	Mai	Raro	Spesso	Sempre	Nessuna risposta
Semi, radici e tuberi (pappa, pane, riso, noodles o altri alimenti a base di cereali; patate, patate dolci, manioca)	0	0	18	81	1
Carne, pesce (fresco o essiccato), insetti	1	15	39	44	1
Latticini (latte, formaggio, yogurt)	13	25	28	27	7
Frutta e verdura contenenti vitamina A (ad es. zucca, carote, zucchine; mango; cibi a base di olio di palma rosso)	4	16	53	24	3
Legumi e noci, fagioli, piselli, lenticchie	55	17	13	10	5
Uova	38	30	21	9	2
Altri: tutti gli oli, grassi o burro, condimenti, tutti i cibi dolci come cioccolatini, dolci, lecca-lecca, pasticcini, torte, ecc.	0	0	10	86	4

V1P2: Ha cambiato la sua dieta durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
No	67%
Sì	32%
Nessuna risposta	1%
Totale	100%

V1P3: Ha preso integratori durante la gravidanza?

Risposta	Percentuale
No	61%
Sì	30%
Nessuna risposta	9%
Totale	100%

- La quasi totalità delle intervistate ha risposto di aver mangiato sempre o spesso semi, radici e tuberi tra cui riso, patate e pane (99%); carne o pesce secco (83%); frutta e verdura tra cui carote, zucca e mango (77%) e altro tra cui burro e dolci (96%). Questi risultati contraddicono le conoscenze dichiarate sulla proibizione di carne (60%) e uova (58,5%). Le raccomandazioni internazionali non indicano una necessità nell'integrazione di Vitamina A (trovatisi in carote, mango e zucca) durante la gravidanza e, secondo le recenti Linee Guida WHO, il consumo di carboidrati rimane pressoché invariato ma deve essere correlato anche e soprattutto con l'attività fisica svolta. Considerata la diffusione del lavoro femminile nel settore agricolo, tale consumo di carboidrati potrebbe risultare opportuno se non addirittura necessario durante la gravidanza. Inoltre, la maggioranza ha dichiarato di mangiare raramente o mai legumi e fagioli (72%) e uova (68%), fatto che potrebbe essere correlato con la bassa varietà di legumi disponibili nelle zone inchieste e con la credenza che le uova siano un alimento proibito per la donna incinta (58,5%). È stato riscontrato una variabilità di risposte fra donne riguardo al consumo di latticini: il 55% di loro ha detto di consumarli spesso, mentre il 38% ha dichiarato di assumerli raramente o addirittura mai. Questo potrebbe essere correlato al fatto che secondo quanto riferito dalle donne, non sempre c'è disponibilità di latte fermentato e ancor meno di yogurt o formaggi (considerando altresì che il 99% di loro non dispone di frigorifero in cui conservare questi alimenti).
- I due terzi delle donne (67%) non hanno cambiato dieta durante la propria gravidanza, un livello elevato e da porre in relazione con la credenza che non sia opportuno mangiare di più (50%) e con la conoscenza dichiarata (66%) secondo cui non servirebbe modificare la propria dieta durante la gravidanza. Uno studio KAP condotto a Dakar nel 2019 ha rivelato che in realtà le conoscenze e gli atteggiamenti nutrizionali delle donne intervistate non erano direttamente correlati alle pratiche nutritive, ma che in realtà barriere economiche e livelli di istruzione erano i fattori di influenza più forti (29). Ciò nonostante, il nostro studio presenta differenze regionali tra popolazioni urbane e rurali.
- Oltre la metà delle donne (61%) non ha preso nessun integratore durante la gravidanza anche se la quasi totalità aveva individuato almeno un integratore consigliato (supplemento di ferro : 92%). Questo indica un problema di accesso e pratica per seguire le Linee Guida nazionali e internazionali che consigliano l'assunzione di 400 µg/die di acido folico almeno trenta giorni prima del concepimento e fino ad almeno tre mesi di gestazione (27).

Modulo 2: Alimentazione infantile (0-6 mesi) - Allattamento al seno

Questo modulo indaga le conoscenze, le pratiche e gli atteggiamenti delle donne nei confronti della nutrizione infantile fino ai 6 mesi, con particolare attenzione all'allattamento al seno. L'analisi che segue mette a confronto le raccomandazioni internazionali e gli atteggiamenti delle donne, al fine di comprendere le ragioni della discrepanza tra comportamenti ideali e reali. Di seguito, domande e risposte dirette al nostro campione.

Conoscenze

V2K1: Qual è il primo alimento che un neonato dovrebbe ricevere dopo il parto?

Risposta	Percentuale
Solo latte materno	91%
Tokenal	6%
Latte in polvere	2%
Latte di vacca	1%
Totale	100%

V2K2: Cosa significa allattamento al seno esclusivo?

Risposta	Percentuale
Il bambino riceve solo latte materno e nessun altro liquido o cibo	47%
Non lo so	52%
Nessuna risposta	1%
Totale	100%

V2K3: Fino a che età si consiglia a una madre di dare solo latte materno al proprio figlio?

Risposta	Percentuale
<6 mesi	11%
6 mesi	64%
>6 mesi	12%
Non lo so	13%
Totale	100%

Media dei <6 mesi: 3,55 mesi

Media dei >6 mesi: 9,33 mesi

V2K3-bis: Se meno di 6 mesi, può dirmi brevemente perché dovresti smettere di allattare prima dei 6 mesi?

Risposta	Frequenza (N=11)
Il latte materno da solo non apporta nutrienti sufficienti	4
Il bambino avrà sete se alimentato esclusivamente con latte materno	1
Mia madre / nonna / gli anziani mi hanno insegnato così	1
Nessuna risposta	1
Altro	4

V2K4: Conosce i benefici del colostro?

Risposta	Percentuale
Contiene molti componenti attivi (come gli anticorpi) rispetto al latte maturo. Questi sono essenziali per la salute, la crescita e la vitalità del neonato che è protetto	78%
Contiene molte vitamine	1%
Non lo so	16%
Altro	5%
Totale	100%

V2K5: Quali sono i vantaggi di dare al suo bambino solo latte materno per i primi sei mesi?

Risposta	Frequenza ¹⁰
Lui/lei cresce sano	70
Protegge contro la diarrea e altre infezioni	19
Il bambino riceve tutti i nutrienti utili	11
Permette di evitare una gravidanza indesiderata o troppo ravvicinata	6
Non ci sono vantaggi nel somministrare solo il latte materno	2
Non lo so	6
Altro	1

- La maggior parte delle donne (91%) riconosce che il latte materno deve essere il primo alimento che un neonato dovrebbe ricevere dopo il parto seguendo le raccomandazioni dell'OMS (13).

¹⁰ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

- La conoscenza del concetto di allattamento esclusivo al seno è molto variabile, con la metà delle donne che riferivano di non capirne la definizione e l'altra metà che ha risposto "il bambino riceve solo latte materno e nessun altro liquido o cibo". Questo fatto indica il bisogno di un lavoro di sensibilizzazione a livello comunitario. Nonostante sia emersa una scarsa consapevolezza di cosa comporti l'allattamento esclusivo al seno, la maggior parte delle donne (64%) riteneva necessario alimentare i propri figli solamente con latte materno nei primi 6 mesi di vita.
- Tra le donne che hanno dichiarato che l'allattamento esclusivo possa essere terminato prima del raggiungimento del 6° mese di età, la ragione più menzionata era la percepita insufficienza nutrizionale del latte materno per la crescita del bambino (4/11). Altre risposte (4/11) includono la difficoltà di continuare ad allattare per il periodo dei 6 mesi, l'insufficienza del latte e la presenza di ascessi sul seno, fattori identificati in tutta la regione africana come barriere all'AME (30).
- La maggioranza delle donne (78%) conosceva i benefici del colostro mentre altre (5%) hanno menzionato in maniera generale la 'buona salute' del bambino e alcune (16%) non sapevano come rispondere alla domanda. Questi risultati sono più bassi di quelli trovati da un'altra KAP nella regione urbana di Dakar dove 98,4% delle 510 donne intervistate conoscevano il colostro (31).
- Il 91% delle madri può descrivere almeno un beneficio per il bambino, derivante dall'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita. Ciò nonostante, studi scientifici nelle regioni urbane del paese hanno riportato che la conoscenza dei benefici dell'allattamento era bassa soprattutto per quanto riguarda i vantaggi alla salute della madre stessa (31).

Attitudini

V2A1: Quanto pensa che sia opportuno continuare l'allattamento al seno esclusivo per 6 mesi?

Risposta	Percentuale
Non favorevole	18%
Più o meno favorevole	1%
Favorevole	79%
Molto favorevole	2%
Non lo so	0%
Totale	100%

V2A2: Quanto è stato difficile allattare esclusivamente al seno il suo bambino per sei mesi?

Risposta	Percentuale
Non difficile	75%
Parzialmente difficile	3%
Difficile	19%
Molto difficile	3%
Totale	100%

V2A2-bis: Se parzialmente difficile, difficile o molto difficile, puoi dirmi i motivi?

Risposta	Frequenza (N=25)
All'inizio non sapevo come allattare	2
Motivo di lavoro/Non ho tempo	1
Latte materno insufficiente	10
Mia madre/nonna/anziano mi ha insegnato a fare così	1
La nonna/ gli altri danno l'acqua al bambino quando non ne sono a conoscenza	1
Altro	11
Non lo so	1
Nessuna risposta	2

V2A3: Quanto era rassicurata di introdurre altri alimenti nell'alimentazione del bambino?

Risposta	Percentuale
Non rassicurata	47%
Piú o meno rassicurata	10%
Rassicurata	41%
Molto rassicurata	1%
Non lo so	1%
Totale	100%

- La maggioranza delle donne (81%) si dichiarava favorevole alla necessità di allattare il proprio bambino esclusivamente al seno per i primi 6 mesi, mentre il 18% non era favorevole.
- Anche se oltre metà delle donne (52%) aveva espresso di non sapere cosa significasse l'allattamento esclusivo al seno, la maggioranza (75%) ha dichiarato facilità ad allattare esclusivamente in confronto al 25% che hanno dichiarato almeno una parziale difficoltà. Sembra che questa domanda sia stata malintesa come "difficoltà ad

allattare il bambino fino ai 6 mesi” non necessariamente esclusivamente ma in termine di frequenza.

- Tra le donne per cui è stato almeno parzialmente difficile allattare (N=25), le cause più comuni sono state l'insufficienza di produzione propria di latte e altre ragioni tra cui malattia, gravidanza, calore e ferita sul seno. Questo coincide con le ragioni più comuni dell'inosservanza dell'AME trovate in altri studi in paesi africani (10,30,31).
- Il 52% delle donne era almeno più o meno rassicurata nell'introduzione di altri alimenti prima dei 6 mesi. Allo stesso modo, quasi la metà (47%) delle donne ha dichiarato di non essere rassicurata nell'introduzione di altri cibi nei primi 6 mesi di vita. Questa variabilità potrebbe riflettere la diversità nell'intendimento della domanda sull'AME.

Pratiche

V2P1: Il suo bambino è stato allattato al seno e per quanto tempo?

Risposta	Percentuale
No	0%
<6 mesi	4%
6 mesi	12%
7-12 mesi	41%
13-18 mesi	22%
19-24 mesi	19%
Non lo so	2%
Totale	100%

V2P1-bis: Se per meno di 6 mesi, perché?

Risposta	Frequenza (N=4)
Non avevo abbastanza latte	3
Nessuna risposta	1

V2P2: Quanto tempo dopo la nascita ha messo il suo bambino per la prima volta al seno?

Risposta	Percentuale
<24 ore	93%
≥24 ore	3%

Non lo so	4%
Totale	100%

Media: 3,81 ore

V2P3: Ha dato il colostro al suo bambino? Se no, come mai?

Risposta	Percentuale
Sì	87%
No, perché il primo latte fa male e fa ammalare il neonato	4%
No, perché è vietato/tabù	1%
Non lo so	6%
Altro	1%
Nessuna risposta	1%
Totale	100%

V2P4: (nome dell'ultimo bambino) ha assunto uno dei seguenti liquidi diversi dal latte materno nei primi 6 mesi?

Risposta	Percentuale ¹¹
Tokental	82%
Acqua	75%
Qualsiasi altro liquido (a base d'acqua) come succhi di bissap/baobab, infusi, preparazioni erboristiche tradizionali, acqua zuccherata o con glucosio o miele	78%
Brodo/pappa	40%
Latte animale (vaccino/caprino), in polvere o fresco	32%
Alimenti per lattanti come: latte in biberon	21%
Piatto di famiglia ad es. fondé , lakh e rouy	19%
Latte fermentato o yogurt	15%
Zam zam	13%

V2P5: Quando non è a casa o non può allattare lei stessa il bambino, chi lo fa?

Risposta	Percentuale ¹²
Nessuno	80%
Nonna	11%

¹¹ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

¹² Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

Marito	6%
Donne della casa	5%
Altri bambini	2%
Padre	1%

V2P6: Se non è presente per nutrire il bambino, che tipo di alimentazione riceve il bambino?

Risposta	Percentuale ¹³
Niente	34%
Latte in formula da cucchiaino, tazza o bottiglia	34%
Brodo	14%
Piatto a base di riso	5%
Chips	4%
Latte di mucca	3%
Latte materno da cucchiaino, tazza o bottiglia	3%

- L'82% delle donne ha allattato il proprio figlio oltre i 6 mesi (media di 14,5 mesi) con la maggioranza (41%) tra 7 e 12 mesi. Non produrre abbastanza latte era la ragione principale dichiarata dalle donne che hanno allattato per meno di 6 mesi.
- Il tempo atteso dopo la nascita per iniziare l'allattamento è risultato in media di 3,81 ore dopo il parto e l'87% delle donne ha affermato di aver fatto assumere al neonato il colostro con solo il 4% delle intervistate che lo riteneva potenzialmente dannoso per la salute del neonato. Questo risultato non concorda con quanto emerge da altri studi realizzati in paesi africani che hanno rivelato che il ritardo nell'inizio dell'allattamento al seno è dovuto allo scarto del colostro e credenze che il primo latte faccia male al bambino (10). Coincide invece con i risultati di KAP eseguite in zone urbane del Senegal e con le statistiche del governo dove oltre il 90% delle inchieste hanno dato il colostro (11,31).
- Solamente il 2% delle donne hanno affermato di non aver somministrato alcun altro alimento fuorché il latte materno al proprio bambino durante i primi 6 mesi di vita. La maggioranza delle donne ha riportato di aver dato *tokental* (n=82) e acqua normale o zuccherata (92%) al proprio bambino. Questo correla con il fatto che il 52% delle donne era relativamente rassicurata nell'introduzione di altri alimenti prima dei 6 mesi come riportato precedentemente.
- Le donne non lasciano spesso i propri figli in cura ad altre persone, pertanto la maggioranza (80%) non ha indicato nessuno che potesse nutrire il figlio in sua assenza e nulla (34%) come cibo somministrato. Ciononostante, un terzo (34%) delle donne ha dichiarato che i propri figli vengono alimentati con latte in bottiglia/biberon o con brodo/rouy in loro assenza.

¹³ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

Modulo 3: Alimentazione infantile (6-24 mesi)

Questo modulo indaga le conoscenze, le pratiche e gli atteggiamenti delle donne nei confronti della nutrizione dei bambini dai 6 ai 24 mesi. L'analisi che segue mette a confronto le raccomandazioni internazionali e gli atteggiamenti delle donne, al fine di comprendere le ragioni della discrepanza tra comportamenti ideali e reali. Di seguito, domande e risposte dirette al nostro campione.

Conoscenze

V3K1: A che età i bambini dovrebbero iniziare a mangiare cibi oltre al latte materno?

Risposta	Percentuale
≤6 mesi	68%
>6 mesi	24%
Non lo so	8%
Totale	100%

La media ≤6 mesi: 5,7 mesi

La media > 6 mesi: 8,6 mesi

V3K2: Perché è importante somministrare alimenti oltre al latte materno ai bambini a partire dai sei mesi di età?

Risposta	Percentuale ¹⁴
Il latte materno da solo non è sufficiente/non può fornire tutti i nutrienti necessari per la crescita/a partire dai sei mesi, il bambino ha bisogno di più cibo oltre al latte materno	80%
Per permettere di mantenere il bambino in buona salute (evitare la malnutrizione etc.)	7%
Alleviare la madre	3%
Altro	7%
Non lo so	5%

¹⁴ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

V3K3: Per nutrire i propri figli, molte madri danno loro della *pappa di riso*. Può indicare alcuni modi per rendere la *pappa* più nutriente, aggiungendo:

Risposta	Percentuale ¹⁵
Alimenti di origine animale (carne, pollame, pesce, carne di fegato/organi, uova, ecc.)	55%
Legumi e frutta a guscio: farine di arachidi e altri legumi (piselli, fagioli, lenticchie, ecc.), semi di girasole, arachidi, soia	45%
Frutta e verdura ricca di vitamina A (carote, patate dolci a polpa d'arancia, zucca gialla, mango, papaia, ecc.)	40%
Alimenti ad alta densità energetica (es. olio, burro/ghi)	24%
Carboidrati e tuberi (pasta, patate, maccheroni)	
Brodo/pappa (fondé)	13%
Verdure a foglia verde (es. spinaci)	8%
Banana	7%
Niente	5%
Non lo so	2%

- La maggior parte delle intervistate (68%) ha affermato che i bambini dovrebbero assumere altri alimenti oltre al latte materno dal sesto mese in poi, con 59% delle donne che dichiaravano che lo svezzamento debba partire a 6 mesi. Solo il 24% delle donne ha detto dopo i 6 mesi compiuti come indicato dall'OMS. Questo suggerisce di puntare sull'educazione alimentare sui principi nutritivi, tenuto conto che le statistiche governative mostrano che solo il 37,5% dei bambini tra 6 e 8 mesi nella regione di Kaffrine beneficiano di complementi alimentari al momento opportuno (11).
- La maggior parte delle donne (80%) conosceva l'importanza di assumere altri alimenti oltre al latte a partire dai 6 mesi.
- Le donne aggiungono maggiormente alla *pappa di riso* alimenti di origine animale (55%), legumi e farine (45%) e verdure come carote, patate e zucca (40%). Queste conoscenze seguono le raccomandazioni internazionali che richiedono l'introduzione di carne, pollo, pesce o uova quanto più possibile come alimenti complementari dopo il primi 6 mesi di vita, oltre a frutta e verdura ricca in Vitamina-A (32).

¹⁵ Domanda a scelta multipla con più possibilità di risposta

Attitudini

V3A1: Pensa che sia opportuno continuare ad allattare al seno oltre i sei mesi?

Risposta	Percentuale
Non favorevole	6%
Più o meno favorevole	9%
Favorevole	75%
Molto favorevole	8%
Non lo so	1%
Nessuna risposta	1%
Totale	100%

V3A2: Quanto è difficile continuare ad allattare al seno oltre i sei mesi?

Risposta	Percentuale
Non difficile	85%
Parzialmente difficile	2%
Difficile	9%
Molto difficile	4%
Totale	100%

V3A3: Pensa che sia opportuno nutrire suo figlio ogni giorno con diversi tipi di alimenti?

Risposta	Percentuale
Non favorevole	45%
Più o meno favorevole	4%
Favorevole	50%
Molto favorevole	0%
Non lo so	1%
Totale	100%

V3A4: Quanto è difficile dare ogni giorno diversi tipi di cibo a tuo figlio?

Risposta	Percentuale
Non difficile	50%
Parzialmente difficile	8%
Difficile	35%
Molto difficile	7%
Totale	100%

V3A5: Pensi che sia opportuno nutrire tuo figlio più volte al giorno?

Risposta	Percentuale
Non favorevole	66%
Più o meno favorevole	24%
Favorevole	9%
Molto favorevole	1%
Totale	100%

V3A5: Quanto è difficile nutrire tuo figlio più volte al giorno?

Risposta	Percentuale
Non difficile	36%
Parzialmente difficile	7%
Difficile	19%
Molto difficile	38%
Totale	100%

- Tra le intervistate, allattare oltre i 6 mesi non è difficile (l'85% non ha trovato difficoltà) ed è inteso come buona pratica (l'83% delle donne sono favorevoli o molto favorevoli a questa pratica).
- Riguardo alla domanda circa la necessità di variare la dieta dei bambini con diversi tipi di alimenti, il campione si è espresso in maniera piuttosto divaricata con circa il 50% che riteneva di essere favorevole alla pratica ed il 45% non favorevole. Questo risultato potrebbe riflettere le ragioni per i bassi livelli di diversità alimentare accettabile (23,1%) riscontrati nella regione di Kaffrine secondo i dati dell'ANSD.

Ciononostante il 58% concorda nell'affermare che non è difficile (o è solo parzialmente difficile) variare il regime alimentare.

- Oltre la metà (66%) non pensa sia opportuno nutrire il proprio figlio più volte al giorno e dichiara (57%) difficoltà a farlo.

Pratiche

V3P1: (nome dell'ultimo bambino) è stato allattato al seno o ha consumato latte materno tra i 6 mesi di età e adesso?

Risposta	Percentuale
No, mai	23%
Sì, raramente	6%
Sì, spesso	14%
Sì, sempre	57%
Non lo so	0%
Totale	100%

V3P2: Quante volte (nome) ha mangiato cibi solidi, semisolidi o morbidi ieri?

Le donne che hanno risposto a questa domanda sono state 89; 8 hanno risposto di non sapere o di non ricordarsi e 3 persone non hanno risposto. In media le donne hanno affermato che il proprio figlio ha assunto cibo 2,6 volte nella giornata di ieri (N=89).

- La maggioranza delle donne (71%) ha allattato spesso o sempre il proprio figlio con latte materno tra i 6 e 24 mesi seguendo le raccomandazioni internazionali secondo cui il latte materno dovrebbe rimanere la scelta prioritaria anche dopo l'introduzione di alimenti complementari (13). Questo coincide con i dati del governo secondo cui, al livello nazionale, oltre il 90% dei bambini ricevono latte materno fino a un anno di età (11).
- L'89% delle donne ha dato da mangiare cibi solidi al proprio figlio mediamente 2,6 volte al giorno. Le frequenze minime dei pasti giornalieri indicate dall'OMS variano a seconda della fascia di età e del fatto di essere allattati o meno: 2 volte al giorno per bambini allattati al seno di età compresa tra 6 e 8 mesi; 3 volte per bambini allattati di età compresa tra 9 e 23 mesi; 4 volte per bambini non allattati al seno di 6-23 mesi di età (13). Considerando che mediamente l'età dei bambini del nostro campione era di 15 mesi e la maggioranza erano allattati, la frequenza dei pasti riscontrati durante la nostra ricerca non è sufficiente. Questo coincide con i dati dell'ANSD secondo cui sul piano nazionale solo il 54,6% dei bambini ricevono la frequenza minima di pasti giornalieri (11).

COMPONENTE QUALITATIVA: FOCUS GROUP

OBIETTIVO

Individuare i principali determinanti sociali e culturali della nutrizione e dell'allattamento esclusivo al seno nei primi 1000 giorni di vita tra le donne madri di bambini in età compresa fra i 6-24 mesi nella regione di Kaffrine.

METODOLOGIA

La componente qualitativa della ricerca è stata effettuata attraverso la realizzazione di 5 focus group. Questa metodologia prevede una discussione organizzata con un gruppo selezionato di individui per ottenere informazioni sulle loro opinioni ed esperienze in merito ad un determinato argomento. I focus group sono particolarmente utili in presenza di differenze di potere tra i partecipanti e i decisori o professionisti, quando l'uso quotidiano della lingua e della cultura di particolari gruppi è di interesse e quando si vuole esplorare il grado di consenso su un determinato argomento (33).

Sono state incluse 12 donne per sessione. Le donne individuate tramite un metodo di campionamento di convenienza sono state invitate a partecipare alle sessioni in anticipo (2 settimane) e sono state richiamate la vigilia dell'incontro al fine di evitare di avere un numero insufficiente di partecipanti il giorno del FG.

Popolazione

Tre focus group sono stati rivolti a donne in età in età riproduttiva compresa fra i 15 ed i 49 anni e madri di almeno un bambino di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi. I restanti due hanno incluso donne autorevoli quali suocere e madri che convivono con la suddetta popolazione di studio. Sono state selezionate queste partecipanti seguendo due missioni preliminari svolte dalla ricercatrice italiana incaricata e tenuto conto di precedenti studi dai quali era emerso che, in Senegal, le donne anziane esercitano la maggiore influenza sulle pratiche di alimentazione siccome, rispetto al personale sanitario, sono più attive al livello comunitario e i loro consigli vengono percepiti come più affidabili (34–38). Tale scelta è confermata anche dal consistente numero di donne che durante le interviste individuali hanno identificato nei loro familiari di sesso femminile ed in particolare nelle suocere e madri una delle principali fonti di informazione ed educazione riguardo alle buone pratiche in ambito di salute ed alimentazione dei propri figli.

Impostazione dello studio

I focus group sono stati effettuati presso la sede rurale dell'ONG Comi a Ndiao Bambali dove le donne invitate a partecipare si sono recate autonomamente. È stato tuttavia previsto un rimborso spese per il trasporto di 2000 CFA ad ogni donna e un pasto del costo di 15000 CFA per ogni FG.

Le sessioni sono state realizzate da una moderatrice (la stessa facilitatrice locale delle KAP) incaricata di animare i FG in lingua locale Wolof sulla base di una griglia di inchiesta (guida dei FG presenti all'**allegato 3**) ed un osservatore (ricercatore CSG) che aveva il ruolo di prendere appunti ed occuparsi della registrazione della sessione previo consenso delle partecipanti.

Ogni FG ha avuto una durata di 1 ora circa (tra 57 min - 1h 23 min) e strutturato nel modo seguente:

Accoglienza ed introduzione : 10 min

Discussione : 40 min

Conclusioni: 10 min

Le registrazioni dei FG sono state tradotte dalla lingua locale wolof al francese e trascritte *verbatim*. L'analisi tematica del contenuto del *corpus* è stata condotta da due ricercatori individualmente utilizzando un approccio induttivo. L'analisi ha incluso letture ripetute delle interviste, il processo di codificazione e l'identificazione dei temi emersi dai dati. È stato definito un *codebook* per guidare il processo di codifica dei dati. L'analisi è stata interrotta al raggiungimento della saturazione tematica. Una volta analizzato il corpus singolarmente, i due ricercatori hanno partecipato ad una sessione di scambio e confronto per validare la tematizzazione e determinare un nuovo codebook definitivo e condiviso. I temi principali e secondari sono discussi di seguito, supportati da citazioni pertinenti dalle trascrizioni.

Vantaggi e svantaggi

Vantaggi della metodologia dei focus group:

- non sono costosi e non richiedono molta preparazione;
- producono un volume grande di informazioni più velocemente di altri metodi qualitativi;
- utilizzabili per ottenere informazioni con comunità analfabeti;
- generalmente ben accettati dalla comunità perché fanno appello a una forma di comunicazione abbastanza naturale;

- consentono di cogliere le modalità di interazione nelle comunità, la comprensione condivisa dalle persone e i modi in cui gli individui sono influenzati dagli altri (utile per capire interazioni tra persone chiave per i futuri progetti);
- permettono di indagare più a fondo gli atteggiamenti e le percezioni (capire "cosa dovrebbe essere fatto" - le norme in vigore)

Svantaggi della metodologia dei focus group:

- i risultati non possono essere estesi alla comunità più ampia;
- difficoltà ad identificare il punto di vista individuale dal punto di vista del gruppo, difficoltà ad esprimere opinioni divergenti;
- se il moderatore non è ben formato, c'è rischio d'orientamento delle risposte;
- difficoltà ad interpretare ed analizzare i dati qualitativi;

RISULTATI E DISCUSSIONE

Sono stati condotti ed analizzati 5 focus groups e sono state incluse 12 donne per sessione di lavoro. Tre focus groups sono stati effettuati con la partecipazione di donne in età riproduttiva compresa fra i 15 ed i 49 anni e madri di almeno un bambino di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi. Due focus group hanno visto coinvolte donne autorevoli (nonne, suocere, madri, ecc) conviventi con almeno una donna rispondente alle precedenti caratteristiche. La totalità dei focus group è stata analizzata uniformemente tramite un'analisi tematica per produrre un singolo *corpus* e un singolo *codebook*, andando in ogni caso a identificare durante l'analisi le differenze di opinioni sulla base delle caratteristiche delle donne intervistate.

Analisi Tematica

Le principali tematiche individuate sono state le seguenti: *Importanza dell'igiene personale*, sia della madre che del bambino; *Problemi incontrati dalle madri per l'allattamento*; *Cambiamento di alimentazione della madre durante gravidanza e allattamento*; *Colostrum*, in termini di conoscenza e di osservanza di tale pratica; *Allattamento esclusivo*, in termini di conoscenza e di osservanza di tale pratica; *Le ragioni di inosservanza dell'allattamento esclusivo*, tra cui si evidenziano le sottocategorie "caldo", "mancanza di latte", "tradizioni", "impossibilità di trasgredire regole imposte o conoscenze delle persone più autorevoli della famiglia", "credenze di salute", "ragioni logistiche nella quotidianità"; *Alimentazione del bambino dal 6° mese*; *Figure di riferimento per la salute riproduttiva e salute del bambino*.

Importanza dell'igiene personale

L'analisi del *corpus* mostra la grande importanza che viene data dalle donne intervistate alla tematica dell'igiene personale. Nonostante non fosse presente nella guida dei focus group una domanda specifica su questa tematica, le donne hanno portato alla luce la propria conoscenza e le proprie pratiche in termini di igiene corporea e buona salute. Questa tematica è stata identificata sia dal punto di vista materno che del bambino e, nello specifico, sotto il profilo della necessità per la madre di lavarsi nel post partum e di igienizzare il seno in preparazione all'allattamento.

<<Il faut bien nettoyer son sein et donner à ton enfant à soucer>> (Madre, da Louba)

[Bisogna ben pulire il seno e darlo al tuo bambino a succhiare]

Analogamente, sia le madri che le donne autorevoli hanno ribadito l'importanza dell'igiene del bambino che per lo più veniva messa in relazione con la prevenzione di infezioni, in particolare gastro-intestinali e quindi di manifestazioni diarroiche del neonato e del bambino. Questa condizione clinica riscontrata assai frequentemente nei bambini in Senegal è ben nota alle caregiver, che hanno quindi colto l'occasione del focus group per sottolineare il loro particolare impegno a prevenirla. La necessità di "mantenere pulito" il bambino è stata infatti la principale risposta riportata dalle donne ed in particolare dalle donne autorevoli (nonne dei bambini) alla domanda: "Cosa fate per aiutare i vostri nipoti? Come ve ne occupate?"

<<La grande mère doit toujours s'occuper de son petit fils; s'il a la figure sale on doit le nettoyer, s'il a faim on doit lui donner à manger, nettoyer aussi ses mains, lui donner à boire.>> (Donna autorevole, da Keur mallé)

[La nonna deve sempre occuparsi del suo nipote; se è sporco, si deve lavare; se ha fame, gli si deve dare da mangiare, lavargli anche le mani, dargli da bere.]

Cambiamento alimentazione della madre durante gravidanza e allattamento

Analogamente a quanto riscontrato con il questionario KAP, l'analisi tematica dei FG ha riportato l'importanza del cambiamento di alimentazione della madre durante la gravidanza e l'allattamento. In particolare, è stata menzionata una lista di **alimenti che una madre dovrebbe mangiare**, tra cui: *lakh ak guerté* (riso con farina di arachidi) per favorire la produzione del latte materno, *niébé*, *chura guerté* (impasto di riso con arachidi), pappa con olio di palma, riso *gnelen*, *maffè*, zuppa di pollo, zuppa di carne, tisane forti e amare come ad es. con le foglie di 'rat'. Queste ultime tre sono state citate soprattutto come alimenti preparati dalle donne autorevoli per la partoriente. D'altra parte è stata individuata una lista di **alimenti "proibiti"** per la donna incinta tra cui: acqua fresca, uova, banane, mango, pane,

fondé (perché fa prendere troppo peso al feto) ed il *cous cous*. Questi alimenti “proibiti” coincidono con i risultati dell’analisi KAP, tra i quali venivano ritrovati uova (58,5%), banana (26,2%), mango (29,2%), acqua fresca (12,3%), piatti locali (7,8%).

<<*On nous interdit le pain, on doit que manger le riz le gnelen (brisure de mil comme le couscous marocain) et faire le mafé.*>> (Madre, da Ndioben Taiba)

[Ci viene proibito il pane, si deve mangiare solamente il riso *gnelen* (miglio spezzato come il *cous cous* marocchino) e fare il maffè.]

Nonostante, in linea di massima, venisse manifestato consenso a questa lista da parte di molte donne, tuttavia alcune hanno mostrato dissenso, il che potrebbe fare pensare a localismi circa questa pratica. In effetti è stato riportato da certe donne che gli alimenti “proibiti” sono legati ai propri luoghi di residenza.

<<*Il faut [manger] le lakh ak guerte (riz fait avec farine d’arachide). Quand je le mange très bien, avant minuit j’ai le sein rempli de lait.*>> (Madre, da Ndioben Taiba)

[Si deve mangiare il *lakh ak guerte* (riso cucinato con farina d’arachide). Quando lo mangio molto , prima di mezzanotte ho il seno riempito di latte]

Da ricordare, in aggiunta, che la quasi totalità delle donne sottoposte alle interviste KAP (91%) riteneva che lo stato nutrizionale durante la gravidanza non comportasse rischi sul figlio, cio’ che potrebbe influenzare le ragioni per cui le madri propongono una lista di alimenti proibiti. Ad ogni modo, si ritiene importante evidenziare che durante la nostra ricerca non si sono potuti esplorare compiutamente i motivi in ragione dei quali certi alimenti vengono considerati proibiti e quindi il significato attribuito ad ogni alimento nella prospettiva del sistema di costruzione culturale.

Da notare come le donne autorevoli abbiano evidenziato l’evoluzione in atto con il passare del tempo, riferendo che attualmente le madri non seguono più tali regole. Questo è in linea con i risultati del questionario KAP: in effetti il 67% delle donne intervistate non aveva riportato alcun cambiamento alla propria dieta durante la gravidanza nonostante il 65% avesse risposto di essere a conoscenza dell’esistenza di alimenti “proibiti”.

<<*Maintenant on mange tout: du pain, du fondé, des œufs et tout ça. Avant, on avait moins de tout cela.*>> (Donna autorevole, da Keur mallé)

[Adesso si mangia tutto: pane, fondé, uova e tutto questo. Prima, avevamo meno di tutto questo]

Al fine di esplorare meglio le pratiche riguardo ai cambiamenti dietetici delle madri e le conoscenze a questo riguardo, come nella KAP, si sono poste domande mirate circa ciò che

una donna dovrebbe fare in tale ambito. Si è pur tuttavia riscontrato, come del resto risulta dal questionario KAP, un livello di conoscenza subottimale per quanto riguarda le necessità nutrizionali della donna incinta e sono emerse delle false credenze, talora anche contraddittorie, nella popolazione di studio con opinioni variabili sulla necessità o meno di un **incremento calorico** degli apporti nutrizionali durante la gravidanza. In particolare, alcune donne ritenevano che fosse più opportuno alimentarsi maggiormente per avere più forza o perché “non mangiare, non è buono”; altre invece consigliavano di diminuire gli apporti alimentari (ad es. senza mangiare la colazione) soprattutto verso la fine della gravidanza. Altri studi hanno evidenziato che questa convinzione, diffusa tra vari gruppi etnici, va ricondotta all’idea che una donna incinta dovrebbe lavorare sodo e non mangiare troppo in modo che il feto sia piccolo e il parto più facile (34). In definitiva, sembra che l’affermazione di ‘mangiare di più’ fosse intesa diversamente tra le intervistate e, fondamentalmente, le madri concordano che una donna incinta debba mangiare bene:

<<Celui qui me conseille de bien manger, est mieux de celui qui me conseille de beaucoup manger.>> (Donna autorevole, da Keur mallé)

[Chi mi consiglia di mangiare bene, è meglio di chi mi consiglia di mangiare di più]

Problemi incontrati dalle madri per l’allattamento

Le discussioni durante i focus group hanno evidenziato una serie di ostacoli cui devono far fronte le madri per l’allattamento. Uno di questi risulta essere l’effetto fisico del parto sul corpo della madre, che spesso - è stato riferito - sarebbe la causa del ritardo **tra il momento del parto e l’inizio dell’allattamento materno**. Molte madri e donne autorevoli hanno, infatti, riportato l’importanza del riposo per via della stanchezza causata dal parto, fatto che essenzialmente tarda l’inizio dell’allattamento materno.

<<Elle ne donne pas le sein immédiatement elle aussi, elle attend de se reposer.>>
 (Madre, da Ndioben Taiba)

[Anche lei non dà automaticamente il seno, aspetta per riposarsi]

Questo risultato è in linea con i risultati dei questionari KAP che dimostrano un’attesa media di circa 3,8 ore. Anche ulteriori studi scientifici effettuati in vari Paesi africani evidenziano che il ritardo per l’inizio dell’allattamento è dovuto a riti tradizionali eseguiti sulla madre e sul bambino e alle credenze che questi rituali garantiscono che il seno sia privo di veleni (10). Uno studio KAP eseguito a Dakar mostra che il 77% delle intervistate ha cominciato a dare il latte oltre 2 ore dopo la nascita (31) e i dati dell’ANSD mostrano che nella regione di Kaffrine solo il 23,2% dei bambini di età compresa tra 0 e 23 mesi viene allattato al seno entro la prima ora dalla nascita (si tratta dei livelli più bassi nel Paese) (11). Questa pratica

risulta significativa in quanto uno studio ha dimostrato che ritardare l'allattamento al seno costituisce un fattore di rischio per lo svezzamento prematuro (39).

Un'altra ragione per cui l'allattamento è ritardato va individuata nella **salute della madre dopo il parto**. Sia le madri che le donne autorevoli hanno discusso di potenziali malattie della madre che potrebbero inficiare la possibilità di iniziare l'allattamento entro un'ora dal parto, come previsto dalle raccomandazioni OMS (13). Tra l'altro anche le analisi KAP avevano dimostrato come la media di tempo per la messa al seno fosse superiore alle 3 ore nel nostro campione.

<<Je suis restée trois mois sans donner le sein car j'étais malade et elle utilise le biberon>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Sono rimasta tre mesi senza dare il seno siccome ero malata e lui (il bambino) utilizza il biberon]

Inoltre, l'analisi del *corpus* ha evidenziato come ulteriore problematica la **mancanza di conoscenza** su come fare ad allattare subito dopo il parto:

<<Moi j'avais des problèmes à donner le tétou, [il] pouvait pas rentrer dans la petite bouche [de l'enfant]>> (Madre da Louba)

[Io avevo problemi a dare il seno, non poteva entrare nella piccola bocca del bambino]

Molte donne hanno poi fatto stato di **dolori** connessi all'allattamento. In ogni caso, l'atteggiamento comune è stato di continuare ad allattare trovando che, con il tempo, il dolore diminuiva.

<<Oui un peu mal [à donner le sein juste après l'accouchement] mais après, avec le temps, est disparu.>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Si faceva un po' male (dare il seno subito dopo il parto) ma dopo, con il tempo, è sparito]

Colostrum

Come nelle KAP, il colostro è stato oggetto di indagine. Alla domanda su cosa fosse il colostro, le donne hanno risposto correttamente, dimostrando una buona conoscenza teorica a tal proposito. Il colostro era, tra l'altro, riconosciuto come molto favorevole per la salute del bambino. Questo risultato è in linea con quanto riscontrato dal questionario KAP secondo il quale 78% delle donne intervistate conosceva i benefici del colostro. Questa **concapevolezza** è stata riferita tramite frasi come:

<<On peut donner aussi le “teq” (colostrum) puisque ça correspond au premier vaccin de l’enfant; il contient tous les nutriments.>> (Madre, da Ndiagnene)

[Si può dare [al bambino] il *teq* (colostrum) perché corrisponde al primo vaccino del bambino; contiene tutti i nutrimenti]

D’altra parte, alcune madri hanno menzionato la non sistematica **osservanza** di questa pratica, con particolare riferimento ad una generica difficoltà ad iniziare l’allattamento. Ciononostante è da ricordare che le donne che hanno risposto al questionario KAP avevano invece riportato un’osservanza dell’ 87%.

<<Des fois des femmes ne donnent pas le colostrum, d’autres aussi ont peur de donner parce que quand il le pince ça fait mal.>> (Madre da Ndiagnene)

[A volte le donne non danno il colostro [al bambino], altre hanno paura di darlo perché quando [il bambino si attacca al seno] fa male.]

Allattamento esclusivo

Nonostante la totalità delle donne che hanno partecipato ai FG concordino sull’importanza del latte materno per la salute del bambino (così come dimostrato dai risultati delle KAP), la reale **conoscenza** dell’allattamento esclusivo risulta mediocre. Già l’analisi quantitativa KAP aveva messo in evidenza come più della metà delle donne non conoscesse la definizione di “allattamento esclusivo al seno”. Anche le discussioni focus group hanno evidenziato una spaccatura nelle conoscenze dell’allattamento materno esclusivo (AME). Le donne che sapevano cosa significasse hanno dichiarato che fosse “allattare fino ai 6 mesi” e “dare solo il seno”. Queste madri ne hanno anche dettagliato i benefici, tra i quali: evitare la malnutrizione, le gravidanze troppo ravvicinate e che il latte materno contiene già gli apporti liquidi necessari al bambino. D’altra parte molte donne hanno dichiarato di non aver compreso o non conoscere bene cosa significasse l’AME o che invece fosse importante durante i primi 6 mesi somministrare acqua in supplemento.

<<Quand tu donne seulement le lait, l’enfant n’auras pas soif.>> (Madre da Ndiagnene)

[Quando dai solo il latte, il bambino non avrà sete]

<<L’enfant qui a été allaité tous les 6 mois sans prendre de l’eau et autres choses est plus bien portant de l’enfant qu’à pris aussi autres choses comme l’eau avant les 6 premiers mois.>> (Madre da Ndiagnene)

[Il bambino che è stato allattato al seno per la durata di tutti i 6 mesi senza prendere acqua o altre cose é un bambino più sano di quello che ha preso anche altre cose come l'acqua prima dei primi 6 mesi.]

In termini di **osservanza** dell'allattamento esclusivo, la maggior parte delle donne ha dichiarato di non effettuarlo e di integrare l'allattamento con altri alimenti e liquidi, con particolare riferimento all'acqua:

<<Les femmes qui donnent le lait et l'eau sont plus nombreuses de celles qui donnent le lait seulement.>> (Madre da Ndiagnene)

[Le donne che danno latte e acqua sono più numerose di quelle che danno solo il latte]

<<Certaines disent que quand elles vont à l'hôpital leur disent de ne pas faire ça, de ne donner que le sein. Il y en a qui respectent ça, il y en a qui ne font pas ça et il y en a qui jusqu' à présent donnent zam zam et tokental et miel et lait de chèvre.>> (Madre da Ndiagnene)

[Alcune dicono che quando vanno all'ospedale le consigliano di non farlo (dare acqua al figlio), ma solo di allattare al seno. C'è chi lo rispetta, c'è chi non lo fa e c'è chi fino ad ora dà zam zam e tokental e miele e latte di capra]

La stragrande maggioranza ha dichiarato di somministrare acqua da bere o *tokental* come primo liquido ancor prima del latte materno. Questo risultato coincide con i dati delle KAP (nei primi 6 mesi di vita, l'82% delle donne ha somministrato il *tokental* al figlio ed il 75% l'acqua; mentre il 6% delle donne dichiara che il *tokental* fosse il primo alimento da fare assumere al neonato subito dopo il parto) e con la diverse ricerche nei Paesi africani secondo le quali vige la credenza che si dovrebbe somministrare acqua per dissetare il bambino (soprattutto in ambienti caldi) o come segno di accoglienza nel mondo (10,30,34).

<<Avant on donnait le tokental, avant de donner le sein.>> (Donna autorevole, da Ndiaio Bambaly)

[Prima davamo il *tokental* , prima di dare il seno]

Altri alimenti dati ai figli prima dei 6 mesi includono: latte in polvere, pappa, biberon, biscotti, frutta (ad es. mango, banana e guava), piatto familiare (ad es. riso), purée. In aggiunta, molte hanno parlato degli alimenti proibiti al bambino tra cui il couscous e piatti freddi perché “potrebbe dare la diarrea”. Questi risultati coincidono con quelli dell'analisi KAP (pappa 40%, latte in polvere 32%, biberon 21%, piatto di famiglia 19%).

Nonostante si sia riscontrata una bassa osservanza dell'AME, alcune donne hanno riportato di praticarla abitualmente grazie anche alla “abbondanza di latte disponibile”, menzionando le loro esperienze positive con l'AME:

<<*J'ai jamais donné de l'eau et mon enfant n'as jamais eu des problèmes.*>> (Donna autorevole, da Ndiao Bambaly)

[Non ho mai dato dell'acqua e il mio bambino non ha mai avuto problemi]

Ragioni di inosservanza dell'allattamento esclusivo

La componente qualitativa dello studio ha permesso di identificare quali fossero le principali ragioni di inosservanza dell'allattamento esclusivo, fra cui: "caldo", "mancanza di latte", "tradizioni", "impossibilità di trasgredire regole imposte o conoscenze delle persone più autorevoli della famiglia", "credenze di salute", "ragioni logistiche nella quotidianità".

Alcune donne hanno citato la percezione del **caldo** come pericolo per il bambino e, quindi, l'acqua come rimedio necessario da integrare al solo allattamento:

<<*On peut pas ne pas donner l'eau à l'enfant parce qu'il fait tellement chaud, avant même que quelqu'un te dit que tu doit donner de l'eau, toi même tu le fais parce que tu sais qu'il lui faut.*>> (Madre da Louba)

[Non possiamo non dare l'acqua al bambino perché fa così tanto caldo, anche prima che qualcuno ti dica che devi dare l'acqua tu lo fai lo stesso perché sai che ne ha bisogno]

Altra ragione identificata come ostacolo all'AME era la **mancanza** (percepita o osservata) **di produzione di latte** materno sufficiente per poter sentirsi rassicurata della capacità del solo latte materno a nutrire il proprio figlio o per "soddisfare i bisogni del bambino":

<<*Sa fille n'arrivait pas à avoir du lait et donc on a cherché d'autre lait pour l'enfant.*>> (Donna autorevole da Ndiao Bambaly)

[La sua figlia non riusciva ad avere del latte e quindi siamo andati a cercare altro latte per il bambino]

<<*Mon enfant je n'arrivais à lui donner du lait, donc si j'ai pas les moyens, je suis obligée de donner à manger ce que je mange.*>> (Madre da Ndiagnene)

[Mio figlio, non riesco a dargli il latte, quindi se non ne ho i mezzi, sono obbligata a dargli da mangiare ciò che io mangio]

Da notare il significato particolare attribuito alle **tradizioni** culturali della regione che, ad esempio, evidenzia l'importanza di somministrare il *tokental* in virtù del fatto che questa pratica fosse stata ereditata dagli avi e pertanto fosse "normale" seguirla:

<<C'est une tradition qu'on a trouvé dans la zone et qu'on continue à le faire.>>
 (Madre da Louba)

[É una tradizione che si trova nella zona e che continuiamo a fare]

Una delle ragioni preponderanti dell'inosservanza dell'AME è l'**impossibilità di trasgredire regole imposte o conoscenze delle persone più autorevoli della famiglia**. Le giovani madri hanno infatti sottolineato l'ingerenza di persone più autorevoli a livello familiare nella crescita dei figli, imponendo l'osservazione di pratiche anche quando esse non sono condivise dalla madre stessa. Nella stragrande maggioranza dei casi, la madre si trova tuttavia impossibilitata a trasgredire per intrinseci equilibri familiari e sociali. Questo corrisponde agli studi svolti nella regione africana che identificano come barriera all'AME pressioni da parte delle famiglie, ad es. il tabù di non dare del cibo coltivato dalla famiglia (10,30).

<<Ce que la famille me dit, c'est ce que je dois faire.>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Quello che la famiglia mi dice é quello che devo fare]

<<Ca tu n'ose même pas le faire [ne pas respecter la belle mere]. Tu risques d'avoir des problèmes avec ton mari.>> (Madre da Ndiagnene)

[Questo non lo osi nemmeno fare (non rispettare la tua suocera). Rischi di avere problemi con il tuo marito]

Da notare è la relazione tra il marito / padre / capo famiglia e le donne autorevoli, laddove emerge che il capo famiglia rispetta e si fida dei consigli delle donne autorevoli; di conseguenza queste ultime mantengono lo statuto primario di persona di riferimento per conoscenze sulla nutrizione del bambino. Infatti è stato dichiarato che "l'AME non é facile da seguire perché ci sono dei padri di famiglia che non saranno d'accordo con questo". Anche le nonne, zie, o donne autorevoli in genere somministrano l'acqua in assenza della madre o quando la madre lascia il figlio da loro. Ciononostante, una piccola minoranza di donne ha dichiarato di violare tali regole in virtù della propria conoscenza.

<<Ici tu ne peux pas le faire [l'AME]. Même si tu ne veux pas, il y a auras toujours une belle mere qui vas le faire pour toi [donner le tokental].>> (Donna autorevole da Keur Mallé)

[Qui non lo puoi fare [l'AME]. Anche se tu non volessi, ci sarà sempre una donna autorevole che lo farà per te [dare il tokental]]

<<J'ai allaité mon enfant 5 mois sans donner de l'eau et un jour j'ai trouvé ma belle mère donner l'eau à l'enfant et depuis l'heure j'ai commencé à donner moi même aussi.>> (Madre da Louba)

[Ho allattato mio figlio 5 mesi senza dare dell'acqua e un giorno ho trovato mia suocera che dava l'acqua al bambino e da quel momento ho cominciato anch'io a dargliela].

Alcune madri hanno dichiarato che non sia opportuno effettuare l'AME per alcune **credenze di salute** e, in particolare, che l'aggiunta di altri alimenti o dell'acqua renderebbe più nutrienti i pasti per il bambino. Una madre ha per esempio riportato una tradizione della loro famiglia nella quale, essendo allevatori di bovini, al neonato viene dato dopo il parto del latte di vacca, in quanto lo si ritiene più nutriente del latte materno. Ciò coincide con la ragione più menzionata nelle nostre KAP e tra gli studi scientifici in Paesi africani (10,30) ovvero la percepita insufficienza nutrizionale del solo latte materno per la crescita del bambino durante i primi 6 mesi di vita.

<<Les enfants qu'ont pris le lait et l'eau sont plus résistants de ceux qu'ils n'ont pas pris l'eau [jusqu'à] 6 mois.>> (Donna autorevole, da Ndiao Bambaly)

[I bambini che hanno preso il latte e l'acqua, sono più forti di quelli che non hanno preso l'acqua [fino a] a sei mesi]

<<Une femme avant ne donnait pas l'eau, mais depuis qu'elle donne ca va mieux>> (Madre, da Louba)

[Una donna prima non dava l'acqua, ma da quando lo da (il bambino) sta meglio]

In ultimo, sono state riportate alcune **ragioni logistiche della quotidianità** come causa della mancata osservanza dell'AME. Ad esempio, la necessità di lasciare il proprio figlio in casa della nonna o della zia, soprattutto per la necessità di dover riprendere il lavoro quanto prima dopo la gravidanza.

<<On peut donner de l'eau quand on laisse l'enfant à la maison à grand mère ou la tante si l'on sort.>> (Madre, da Ndiagnene)

[Si può dare dell'acqua quando si lascia il bambino a casa alla nonna o alla zia, quando si esce]

Le ragioni riscontrate dall'analisi del *corpus* come ostacoli alla buona osservanza dell'AME coincidono per la maggior parte con le risposte date nella KAP e vanno ulteriormente a completarle. In effetti le donne che hanno risposto al questionario hanno dichiarato che l'allattamento esclusivo non fosse osservato per l'insufficiente produzione di latte materno, per gli insegnamenti dati da parte delle donne autorevoli ed anche per la necessità di lasciare il proprio figlio alle cure di altre donne. Da notare come, durante la KAP, la mancanza di conoscenza su come allattare fosse citata tra le cause di mancata osservanza dell'AME. Tuttavia questo risultato non ha trovato riprova durante i focus group, in effetti la mancanza

di conoscenza su come allattare era stata in tale sede collegata al ritardo di messa al seno del neonato e non al ricorso ad altri alimenti integrativi nella dieta del neonato.

Alimentazione del bambino dal 6 mese

La maggioranza delle madri e donne autorevoli hanno dichiarato la necessità di svezzare i bambini somministrando altri alimenti oltre il latte materno a partire dal 6° mese. Poche hanno menzionato altri timing per lo svezzamento del bambino (ad es. dal 4° or 7° mese). La motivazione riferita più frequentemente per giustificare questo cambiamento di alimentazione e' stata l'insufficienza nutritiva del latte materno per la buona crescita del bambino a partire da questa età, come tra l'altro dichiarato dall'80% delle donne intervistate durante la componente quantitativa KAP. Nonostante ciò, alcune madri hanno fatto riferimento a diversi metodi esperienziali per decidere quando introdurre altri alimenti:

<<[Comment sais-tu que l'enfant a besoin d'un complément? ou bien que le lait n'arrive plus à le nourrir?][Il commence à pleurer, le sein ne suffit plus.]>> (Madre da Louba)

[(Come fai a sapere che il bambino ha bisogno di un integratore? o che il latte non può più dargli da mangiare?) Comincia a piangere, il seno non basta più.]

<<Si l'enfant commence à s'asseoir, tu sais qu'il peut commencer à se nourrir. Tu commences petit à petit, jusqu'à ce qu'il s'adapte.>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Se il bambino inizia a sedersi sai che può iniziare a nutrirsi. Inizi in piccolo, finché non si adatta.]

Tra gli alimenti dati al bambino dopo i primi 6 mesi sono stati menzionati l'acqua, il biberon, latte in polvere, banane ma anche la pappa di farina con burro e un po' di zucchero, pappa con bissap, pappa con miglio, farine arricchite e, significativamente, piatti caldi e familiari tra cui maffè con pesce secco, *gnelen*, couscous, *lakh ak guerté*, *mbaxal*. Questi coincidono con gli alimenti mangiati dalle famiglie, disponibili localmente nella zona dei villaggi oggetto della nostra indagine e menzionati nei questionari KAP (alimenti di origine animale (55%), legumi e farine (45%) e verdure (40%)).

<<Il faut le nourrir sur le plat, tout ce qu'on mange, on commence à lui donner.>> (Madre da Louba)

[Bisogna nutrirlo sul piatto: tutto quello che mangiamo si comincia a darglielo]

Merita sottolineare come alcune donne abbiano menzionato il numero di pasti al giorno necessari per ben alimentare un bambino (dichiarato pari a 2 o 3), mentre altre hanno riferito

l'impossibilità di alimentare il bambino più volte al giorno essenzialmente per ragioni economiche:

<<Il faut lui donner le repas si tu as les moyens tu lui donnes un autre repas aussi le soir.>> (Nonna, da Kour Mallé)

[Bisogna dargli il pasto, se hai i mezzi economici tu gliene dai un altro anche la sera]

Figure di riferimento per la salute riproduttiva e salute del bambino

Le discussioni in occasione dei FG hanno messo in evidenza alcune figure di riferimento delle madri per la salute riproduttiva e del bambino. La maggioranza delle donne ha indicato le Bajenu Gox e gli attori comunitari in generale; mentre altrettante hanno citato il personale sanitario tra cui le ostetriche come fonte principale di conoscenza in merito alla salute riproduttiva, alle buone pratiche, alle norme per l'alimentazione e la salute del bambino. Una minoranza ha citato l'imam o il capo villaggio come primo punto di riferimento per le questioni di nutrizione del bambino. Ad ogni modo, grandissimo spazio è stato dato alla discussione del ruolo della famiglia ed in particolare delle donne autorevoli tra cui madri, nonne, suocere e zie, che hanno dimostrato di svolgere una funzione preponderante nella predisposizione delle pratiche da seguire in ambito soprattutto di gestione, educazione e presa a carico della salute, nutrizione e crescita del bambino. Queste donne sono il contatto più vicino per le nuove mamme e, oltre che per la loro autorità all'interno del contesto familiare, in virtù della loro esperienza divengono figure di fiducia e punti di riferimento anche dal punto di vista della salute della donna e del bambino. Il loro ruolo sociale impone loro di occuparsi non solo quindi dei propri figli, ma anche dei propri nipoti:

<<A part ta belle mere ou ta cousine et ta voisine, il n'y a personne qui va t'aider, alors on fait appel à une femme de bonne volonté.>> (Donna autorevole di Keur Mallé)

[Oltre la suocera o la cugina o la vicina, non c'è nessuno che ti aiuterà, per cui facciamo appello una donna di buona volontà.]

<<Avant quand tu accouchait, c'était la belle mère qui prenait l'enfant, c'était la belle mère qui faisait tout.>> (Donna autorevole di Keur Mallé)

[Prima quando partorivi, era la suocera che prendeva (cura del) bambino, era la suocera che faceva tutto.]

Considerando le problematiche economiche, il periodo di riposo necessario dopo il parto, il basso utilizzo della contraccezione, la giovane età di parto ancora prevalente nel Paese, nonché la struttura sociale e familiare senegalese, queste donne autorevoli rappresentano

figure di rilievo da rispettare e possiedono un ruolo decisamente importante all'interno di tutte le dinamiche familiari.

<<Moi avant le sevrage je tombais toujours enceinte, donc je n'avais même pas le temps de m'occuper de mon enfant, c'est maman qui le faisait à ma place.>> (Donna autorevole da Keur Mallé)

[Io prima dello svezzamento, rimanevo sempre incinta, quindi non avevo tempo per occuparmi di mio figlio. Era mia madre che lo facevo al mio posto].

Quanto emerso dall'analisi del *corpus* è in linea con i risultati della componente quantitativa. Infatti la maggior parte delle donne intervistate aveva riferito come gli operatori sanitari fossero la principale fonte di informazione per queste tematiche. Nello specifico il 54% delle donne si affida alle ostetriche, il 24% ai relais comunitari e il 18% Bajenu Gox. Da notare che era già stata riscontrata l'importanza del ruolo dei familiari soprattutto di sesso femminile ai quali si affida il 35% delle donne intervistate. Tra queste, la suocera (27%) è la figura più menzionata.

Soluzioni proposte

In linea con l'approccio partecipativo della metodologia di indagine tramite focus group, è stato chiesto alle donne di discutere degli argomenti trattati e presentare delle possibili soluzioni per alcune delle problematiche identificate nello studio. In particolare è stata sollevata la necessità di un maggior legame tra l'ambito socio-familiare e quello sanitario. Nello specifico è stato dichiarato importante coinvolgere le istituzioni sanitarie nella sensibilizzazione delle figure di riferimento familiare per tematiche quali la nutrizione del bambino e l'assistenza alle donne circa la salute riproduttiva (CPN, parto assistito ecc).

<<S'il y a ce probleme là [le pères de famille pas d'accord sur ÂME], on peut se référer à l'infirmière ou docteur qui peut faire comprendre aux hommes.>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Se c'è questo problema [i padri non sono d'accordo sull'AME], possiamo fare riferimento all'infermiera o al medico che può far capire agli uomini (l'importanza dell'AME)]

Inoltre è stata posta particolare attenzione all'importanza dell'educazione in salute e alla propria esperienza personale. In questo senso è stato dichiarato che, una volta acquisite le buone pratiche, si potrà basare sulla propria esperienza personale l'osservanza di certi modus operandi.

<<Si tu donnes le lait maternel [à ton enfant] et tu vois que tout se passe bien, bien qu'ils te disent de faire autrement, mais avec le deuxième [enfant] tu peux continuer et tu gardes la confidentialité..>> (Madre da Ndioben Taiba)

[Se dai latte materno [a tuo figlio] e vedi che va bene, nonostante ti dicano di fare diversamente, con il secondo [figlio] continuerai così e sarai sicura di te]

LIMITAZIONI DELLO STUDIO

- La presenza della ricercatrice ‘toubab’ (ovvero persona ‘di razza bianca’ come inteso culturalmente nei villaggi) potrebbe aver influito sulle informazioni fornite e generato un’interferenza in termini di desiderabilità sociale nelle risposte.
- Durante i focus group erano presenti due figure maschili che, considerando i temi di salute riproduttiva, potrebbero aver condizionato le donne e la loro libertà di esprimersi.
- Per ragioni di tempo, la nostra ricerca non ha potuto indagare compiutamente sulle ragioni per cui alcune credenze e atteggiamenti sono prevalenti nella regione. Ad esempio, future KAP dovrebbero indagare sulle ragioni per cui alcune non sarebbero favorevoli (18% del nostro campione) all’AME per poter meglio definire strategie di intervento sul piano educativo.
- Essendo state effettuate nell’arco di diversi giorni, le visite sul terreno presso i singoli villaggi potrebbero aver consentito a gruppi di donne di discutere fra loro degli argomenti riportati nei questionari KAP prima e dopo dei nostri incontri. Ciò nonostante, la ricerca-intervento ha generato un possibile valore aggiunto avendo portato alcune donne a prendere consapevolezza di tematiche precedentemente non diffuse nella regione.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

I principali risultati che emergono da questo studio sono descritti alla fine di ogni sezione. Alcune importanti evidenze che risultano dalle analisi sopra descritte potrebbero guidare lo svolgimento di attività progettuali future per poter favorire la diffusione di buone pratiche in ambito nutrizionale materno-infantile e prevenire la malnutrizione nei bambini al di sotto dei 5 anni e derivanti da un precario stato di salute delle madri:

- **Aumentare l'alfabetizzazione alla salute e alla nutrizione materno-infantile.** Diversi studi hanno rivelato che l'educazione contribuisce in modo importante alla riduzione dell'arresto alla crescita (12) ed è un importante facilitatore per l'AME (30). È necessario quindi:
 - Aumentare le conoscenze sui vantaggi dell'AME ad es. ribadendo che il latte materno è composto per oltre l'80% d'acqua, è prontamente disponibile, facile da somministrare, meno costoso e più sano del latte artificiale e lascia il tempo per svolgere altre attività (rispetto alla preparazione di alimenti separati per il bambino).
 - Correggere le idee sbagliate sulle abitudini alimentari, ad es. le maggiori credenze emerse dagli studi KAP e dalle discussioni nei FG: l'insufficienza del latte materno nei primi 6 mesi di vita; le conoscenze errate sugli alimenti proibiti alle donne incinta (tra cui acqua fresca, uova, banane, mango, carne, e piatti locali); la non influenza della salute materna sul bambino.
 - Informare le giovani madri anche su come migliorare l'assunzione di ferro ferroso con l'alimentazione, considerando che oltre la metà delle intervistate (61%) ha dichiarato di non assumere nessun integratore alimentare durante la gravidanza e considerando l'alta prevalenza di anemia nella Paese (54% tra donne di età riproduttiva).
 - Educare sulle frequenze minime di pasti giornalieri e sul momento opportuno per cominciare a dare alimenti complementari al latte materno, come consigliato dalle organizzazioni internazionali.
- **Il sostegno all'allattamento al seno a livello comunitario.** Nella maggior parte dei casi non sarà possibile segnare dei progressi in favore dell'allattamento al seno esclusivo se non viene adeguatamente riconosciuto il supporto offerto dalla comunità (14). È cruciale quindi:
 - Continuare a coinvolgere importanti attori chiave a livello comunitario nella sensibilizzazione alle buone pratiche nutritive; ad es. le Bajenu Gox, i relais communautaires, il marito e capo villaggio ma soprattutto le donne autorevoli quali suocere, nonne e zie. Altri studi svolti in Senegal hanno già identificato la necessità di coinvolgere le donne autorevoli come preziosa risorsa comunitaria piuttosto che ostacolo al cambiamento (34). Così facendo, si va a rafforzare l'impegno intrinseco che già esplicano e dichiarano di esplicitare (come visto nelle discussioni FG) per il benessere della propria famiglia tramite un approccio di *capacity-building* della comunità. Questa metodologia segue ricerche sulla comunicazione partecipativa e dialogica basate sull'apprendimento costruttivista attraverso cui i membri della comunità sono sfidati a integrare concetti 'tradizionali' e biomedici della salute/malattia (40). Un'analisi del 1995 sull'educazione alimentare e sanitaria in Senegal ha mostrato che la maggior parte dei percorsi di educazione sulla nutrizione utilizzati nel Paese si basano sul paradigma dominante del ricorso a metodi

direttivi, unidirezionali, basati su messaggi con tecniche di insegnamento didattico verso i membri delle comunità e mirando ad apportare cambiamenti nel comportamento delle donne di età riproduttiva (34). Il Direttore del Ministero dell'Educazione alla Salute, a quel tempo, aveva identificato diversi fattori limitativi sull'impatto degli sforzi passati in materia di salute nutritiva ed educazione: primo, l'uso di metodi direttivi; secondo, il mancato coinvolgimento di membri influenti nelle famiglie e comunità; e terzo, l'incapacità di includere una discussione sui valori e le convinzioni socio-culturali esistenti tra le discussioni delle pratiche raccomandate. Sviluppando un approccio di educazione tramite l'*empowerment* nelle comunità si potranno incoraggiare le comunità ad integrare il 'vecchio' e il 'nuovo' nei loro contesti sociali, oltre a sviluppare relazioni di rispetto e fiducia per futuri progetti.

- In pratica, questo potrebbe avvenire attraverso ad es. la creazione di gruppi di 'donne risorsa' che potrebbero essere mobilitate per ricevere il sostegno continuo degli altri membri della famiglia e poter indurre un cambiamento sostenibile nei vari villaggi. Sarebbe opportuno anche enfatizzare l'importanza del loro supporto nel periodo di riposo di una madre dopo il parto, considerando la prevalenza dell'attesa individuata nel nostro studio e la relazione tra l'allattamento ritardato e il rischio dello svezzamento prematuro (39). Altri programmi che rafforzano il supporto familiare e comunitario potrebbero includere gruppi di sostegno 'da madre a madre', laddove madri che hanno avuto precedenti esperienze positive con l'AME possono condividere le buone pratiche con altre donne del villaggio.
- **Rafforzamento del sistema sanitario come occasione di sensibilizzazione ed educazione su tematiche che riguardano la nutrizione materno-infantile.**
 - La bassa densità di operatori sanitari in Senegal ha portato a disuguaglianze nella fornitura di servizi sanitari soprattutto nelle aree rurali povere. Infatti, Kaffrine è la terza regione nel Paese con meno personale sanitario (3% del paese) (8). Per cui è essenziale rafforzare il personale sanitario disponibile al livello comunitario. Sarebbe utile formare e lavorare a stretto contatto con gli operatori dei distretti sanitari (continuando l'approccio *capacity building*) affinché questi ultimi possano incidere sulle abitudini alimentari della popolazione. Infatti, l'accesso ai servizi di assistenza prenatale aiuta a consegnare messaggi chiave relativi alla salute nutrizionale materno-infantile (30).
 - Considerando il basso tasso di parti che avvengono nelle strutture sanitarie (7), servirebbe aumentare anche i tassi di consulenza alle madri durante la gravidanza, subito dopo il parto e durante il periodo neonatale e, simultaneamente, incoraggiare le donne madri a frequentare questi servizi di assistenza dove possono ricevere messaggi educativi e il supporto necessario

(soprattutto alla luce delle difficoltà menzionate prima e durante l'allattamento).

- Il lavoro sulla accessibilità alle CPN e il parto assistito è già avviato, come notato nelle differenze riscontrate nel nostro studio tra le risposte delle madri e delle nonne. È importante quindi continuare il supporto a livello comunitario attraverso visite domiciliari, gruppi di supporto e la facilitazione di contatti con il sistema sanitario.
- **Favorire attività che permettano l'incremento dell'accessibilità economica all'alimentazione, ad es. tramite il sostegno allo sviluppo agricolo e la diversificazione della produzione.**
 - Altri studi KAP fatti in Senegal (29,31,34) hanno evidenziato la necessità di migliorare l'indipendenza economica dei partecipanti. Per cui futuri progetti nutrizionali dovrebbero includere componenti incentrate sulla promozione di attività economiche basate sulla comunità.
 - Il Senegal dipende fortemente dalla produzione agricola; tuttavia, i primi programmi agricoli hanno faticato a raggiungere i loro obiettivi e non hanno contribuito efficacemente alla crescita a lungo termine del settore. Considerando l'impatto delle disuguaglianze sociali sulla malnutrizione, incidere sulla povertà tramite il supporto allo sviluppo agricolo è necessario per rafforzare azioni multisettoriali nella prevenzione della malnutrizione. La diversificazione della produzione aiuterà anche ad affrontare la mancanza di diversità alimentare incontrata in questa ed altre ricerche nella regione tra bambini dai 6 ai 24 mesi.
- **Usufruire delle strategie di comunicazione per aumentare la consapevolezza e il supporto per l'allattamento al seno esclusivo.**
 - I canali di comunicazione dovrebbero essere opportunamente selezionati per l'ambiente specifico, tenendo conto dei livelli di alfabetizzazione (52% a livello nazionale) e di accesso ai media (il telefono cellulare era il più comune tra le donne inchieste). I messaggi di cambiamento comportamentale dovrebbero essere sensibili ai temi riportati in questa ricerca tra cui la situazione economico-ambientale della popolazione, il rispetto delle tradizioni del *tokental*, l'attesa pre-allattamento e le pratiche alimentari del figlio basate sulla disponibilità alimentare e i piatti locali.
- Sarebbe opportuno eseguire **analisi di costo-benefici** dei programmi in corso per determinare dove risultino utili investimenti futuri ed analizzare le relazioni causali tra le variabili della nutrizione (ad es. conoscenze, atteggiamenti e pratiche) attraverso disegni di **studi longitudinali**.
- **Interventi politici e programmatici a livello regionale e comunitario.**
 - Il raggiungimento dell'obiettivo globale dell'OMS di aumentare il tasso di allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi fino ad almeno il 50% entro il 2025 richiede risorse tecniche e finanziarie sostenibili e adeguate, politiche e

interventi normativi di supporto e protezione, nonché volontà politica, e ciò deve far parte di sforzi più ampi per rafforzare i sistemi sanitari. Questi interventi dovrebbero essere sensibili alla cultura, integrando i rituali e le pratiche locali, e dovrebbero essere guidati dalle comunità per poter contribuire all'*empowerment* delle figure di riferimento sulla salute nei villaggi.

- Ad esempio, l'assicurazione sanitaria obbligatoria e volontaria e i servizi sanitari sovvenzionati per le popolazioni vulnerabili coprono solo un piccolo sottogruppo della popolazione (23–28%), con conseguenti difficoltà finanziarie nell'accesso ai servizi sanitari per la maggior parte delle popolazioni povere e rurali (12). Bisognerà quindi lavorare in congiunzione con la CLM (responsabile di assistere il governo nella definizione e seguito delle politiche della nutrizione) e promuovere un approccio multisettoriale per migliorare lo stato nutrizionale delle popolazioni espandendo l'accesso a servizi sanitari sovvenzionati. In aggiunta, si potrebbe promuovere l'adozione di legislazioni che seguono il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno; e tutelare i diritti della maternità sul posto di lavoro (41).

BIBLIOGRAFIA

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). ANNUAIRE DE LA POPULATION DU SENEGAL EN 2021 [Internet]. Ministère de l'économie, du plan et de la coopération; 2021 Décembre. Disponible su: <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport-%20annuaire%20population%20du%20Sngal%202021vf.pdf>
2. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2016 [Internet]. 2017 mar. Disponible su: <https://www.undp.org/publications/human-development-report-2016>
3. Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione, Agenzia Nazionale del Turismo. SENEGAL, Rapporto Congiunto Ambasciate/Consolati/ENIT 2015 [Internet]. 2016. Disponible su: <https://www.infomercatiesteri.it/public/images/paesi/27/files/SENEGAL.pdf>
4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), The World Bank. Resume du Rapport National sur les Cartes de Pauvrete 2011 [Internet]. Dakar: MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN; 2016 Juillet. Disponible su: http://www.ansd.sn/ressources/rapports/ANSD_Resume%20du%20Rapport%20National%20sur%20les%20Cartes%20de%20Pauvrete%202011%20-%20VF.pdf
5. The World Bank. Country/Senegal [Internet]. Disponible su: <https://data.worldbank.org/country/senegal>
6. UN Women. Senegal/Global Database on Violence against Women [Internet]. 2016. Disponible su: <https://evaw-global-database.unwomen.org/fr/countries/africa/senegal?formofviolence=e1617fa638ca4041900fea9b9194c9d4>
7. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), ICF International. Demographic and Health and Multiple Indicator Cluster Survey (EDS-MICS) 2010-2011 [Internet]. Rockville, Maryland, USA; 2012 feb pag. 482. Disponible su: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR258/FR258_English.pdf
8. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Situation Economique et Sociale du Sénégal. Ministère de l'économie, du plan et de la coopération; 2022 gen pag. 310.
9. World Health Organization. Regional Office for Europe, United Nations Children's Fund (UNICEF). Development of a global strategy on infant and young child feeding : report on a WHO/UNICEF consultation for the WHO European Region, Budapest, Hungary 28 May-1 June 2001 compiled and written by Dr Joceline Pomerleau [Internet]. 2001 pag. 104. Disponible su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108457>
10. Joseph FI, Earland J. A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. *Int Breastfeed J.* dicembre 2019;14(1):38.
11. Secrétariat exécutif du conseil national de sécurité alimentaire. Enquête nationale sur la sécurité alimentaire, la nutrition et la résilience (2019) [Internet]. Secrétariat général du gouvernement (SGG); 2020 mar pag. 131. (Echantillon de référence, ménages [sf/hh]). Report No.: SEN-SECNSA-ENSANR-2019-V3.2. Disponible su: <http://anads.ansd.sn/index.php/catalog/187>
12. Brar S, Akseer N, Sall M, Conway K, Diouf I, Everett K, et al. Drivers of stunting

- reduction in Senegal: a country case study. *Am J Clin Nutr.* 14 settembre 2020;112(Supplement_2):860S-874S.
13. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2021 giu. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 14. Nutrition and Food Safety. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. World Health Organization (WHO); pag. 8. Report No.: WHO/NMH/NHD/14.7. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
 15. Heidkamp RA, Piwoz E, Gillespie S, Keats EC, D'Alimonte MR, Menon P, et al. Mobilising evidence, data, and resources to achieve global maternal and child undernutrition targets and the Sustainable Development Goals: an agenda for action. *The Lancet.* aprile 2021;397(10282):1400–18.
 16. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), ICF. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2017 [Internet]. Rockville, Maryland, USA: RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL; 2018 set. Report No.: FR345. Disponibile su: <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-fr345-dhs-final-reports.cfm>
 17. Nene M. “Nutrition Situation in Senegal.” Analysis & Perspective: 15 Years of Experience in the Development of Nutrition Policy in Senegal [Internet]. World Bank, Washington, DC; 2018 [citato 27 luglio 2022]. Disponibile su: <http://hdl.handle.net/10986/32469>
 18. Alive & Thrive. Le Sénégal lance l’initiative régionale Plus fort avec le lait maternel uniquement [Internet]. News. 2021. Disponibile su: <https://www.aliveandthrive.org/fr/news/senegal-launches-stronger-with-breastmilk-only-regional-initiative>
 19. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l’Afrique. Stratégie de coopération de l’OMS avec le Sénégal : 2016-2018 [Internet]. 2018 pag. 39. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260173>
 20. Fautsch Macías Y, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices: KAP manual. Rome: FAO; 2014. 180 pag.
 21. Cleland J. A Critique of KAP Studies and Some Suggestions for Their Improvement. *Stud Fam Plann.* febbraio 1973;4(2):42.
 22. Keith G. D. A step-by-step guide to developing effective questionnaires and survey procedures for program evaluation and research. [Internet]. New Brunswick, NJ, USA: Rutgers Cooperative Research and Extension, New Jersey Agricultural Experiment Station; 2004 pag. 5. Report No.: FS995. Disponibile su: <http://fs.cahnrs.wsu.edu/wp-content/uploads/2015/09/A-Step-By-Step-Guide-to-Developing-Effective-Questionnaires.pdf>
 23. Groupe de la Banque Mondiale. Taux de fertilité, total (naissances par femme) - Senegal [Internet]. 2020. Disponibile su: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.TFRT.IN?end=2020&locations=SN&start=1960&view=chart>
 24. AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE, ET DE LA DEMOGRAPHIE. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DE LA RÉGION DE KAFFRINE EDITION 2017/2018 [Internet]. REPUBLIQUE DU SENEGAL; 2020 set. (Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Kaffrine). Disponibile su:

- <http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-Kaffrine%20-%202017-2018.pdf>
25. UNESCO Institute of Statistics. Senegal [Internet]. UIS; Disponibile su: <http://uis.unesco.org/en/country/sn>
 26. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. Arrêté ministériel n° 7507 MSP DS-DSR en date du 24 août 2010 portant création et organisation du Programme dénommé « Bajenu Gox ». J Off REPUBLIQUE SENEGAL [Internet]. août 2010;(J.O. N° 6561). Disponibile su: <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article8402>
 27. FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE, Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani, Associazione Ginecologi Universitari Italiani. NUTRIZIONE IN GRAVIDANZA E DURANTE L'ALLATTAMENTO [Internet]. 2018 Giugno. Disponibile su: https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2018/06/LG_NutrizioneinGravidanza.pdf
 28. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL 2016 - 2020 [Internet]. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE; 2015 ott pag. 171. Disponibile su: http://www.pnlp.sn/wp-content/uploads/2016/08/PNLP_PSN_VFF_03-02-2016.pdf
 29. Oh HK, Kang S, Cho SH, Ju Y ju, Faye D. Factors influencing nutritional practices among mothers in Dakar, Senegal. Goodman ML, curatore. PLOS ONE. 11 febbraio 2019;14(2):e0211787.
 30. Paschal Awingura Apanga. A Review on Facilitators and Barriers to Exclusive Breastfeeding in West Africa. J Biol Agric Healthc. 2 novembre 2014;4(24):15.
 31. Gueye M, Mbaye M, Diallo M. Knowledge, attitudes and practices of mothers on breastfeeding in urban environment in dakar. MOJ Womens Health. 2018;7(3):83–7.
 32. Dewey K. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2003. Disponibile su: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/752>
 33. Morgan DL, Krueger RA. When to Use Focus Groups and Why. In: Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 1993 [citato 14 luglio 2022]. pag. 3–19. Disponibile su: <https://methods.sagepub.com/book/successful-focus-groups/n1.xml>
 34. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. Soc Sci Med. settembre 2004;59(5):945–59.
 35. Mané NB, Simondon KB, Diallo A, Marra AM, Simondon F. Early Breastfeeding Cessation in Rural Senegal: Causes, Modes, and Consequences. Am J Public Health. gennaio 2006;96(1):139–44.
 36. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers: Grandmothers: nutrition advisors and caregivers. Matern Child Nutr. gennaio 2012;8(1):19–35.
 37. Diagne-Guèye NR, Diack-Mbaye A, Dramé M, Diagne I, Fall AL, Camara B, et al. Connaissances et pratiques de mères sénégalaises vivant en milieu rural ou suburbain sur l'alimentation de leurs enfants, de la naissance à l'âge de six mois. J Pédiatrie Puériculture. settembre 2011;24(4):161–6.
 38. Alive & Thrive, UNICEF. Facteurs influençant la pratique de l'allaitement maternel exclusif et les autres pratiques d'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois



- de vie en Afrique de l'Ouest et du Centre [Internet]. 2022. Disponible su: https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/literature.review-breastfeeding.in_.westc.entralafrica_fr_march2022.pdf
39. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiologique Hebd-BEH. 2015;(27):522–32.
 40. Riaño Alcalá P, curatore. Women in grassroots communication: furthering social change. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. 315 pag. (Communication and human values).
 41. World Health Organization. Nutrition for health and development : a global agenda for combating malnutrition [Internet]. 2000 pag. 86. Disponible su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66509>

APPENDICE

Allegato 1: questionario KAP

Questionnaire CAP Kaffrine 2022

Questionnaire N° __ __ __
Grappe n° __ __
Ménage n° __ __
Lieu _____
Date de l'entretien __ __ 2022

Réponse au questionnaire	
Complète	1
Pas à la maison	2
Refus	3
Partielle	4

Informations concernant le contenu et la confidentialité du questionnaire

Bonjour/Bonsoir, Madame _____. Je m'appelle Danielle De Vito Halevy, je travaille avec l'ONG COMI sur un projet concernant la nutrition. A l'heure actuelle le projet ne fait que commencer et nous effectuons un sondage au sein des femmes mères d'enfants âgés entre 6 et 24 mois afin d'évaluer leurs savoir-faire, attitudes et pratiques concernant la nutrition. Ce questionnaire durera environ **30-40 minutes**. Toutes les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles et vos réponses et informations personnelles ne seront en aucun cas révélées. De plus, vous n'êtes en aucun cas tenue de répondre à ce questionnaire si vous ne le souhaitez pas, et vous pouvez cesser de répondre à tout moment.

Le but est en aucun cas de vous évaluer ou de vous critiquer, de ce fait, ne vous sentez pas contraint(e) de donner une réponse spécifique et ne soyez pas intimidée si vous ne connaissez pas la réponse à une question. Nous ne nous attendons pas à ce que vous donniez une réponse spécifique ; nous espérons que vous nous donnerez une réponse honnête, tout en partageant avec nous ce que vous savez, comment vous vous sentez, votre train de vie et vos habitudes nutritionnelles. Prenez autant de temps que nécessaire pour répondre à ce questionnaire.

Souhaitez-vous prendre part à ce questionnaire ?

Oui ___ Non ___

Si Oui, vous pouvez procéder à la question suivante ;

Si Non, vous pouvez mettre fin au questionnaire.

Avant de débiter, avez-vous des questions ? (*Répondre aux questions*).

Êtes-vous prêt(e) à commencer ?

V1. Nutrition de la mère pendant la grossesse

Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant l'alimentation des femmes en état de grossesse. S'il vous plaît, laissez-moi savoir si vous avez besoin de clarifier l'une des questions. N'hésitez pas à poser toute question que vous pourriez avoir.

V1P1 : Quels liquides ou aliments avez-vous consommés pendant votre grossesse?

V1P1a	Graines, racines et tubercules (porridge/bouillie, pain, riz, nouilles ou autre aliment à base de grains; pommes de terre, patates douces, manioc, etc)	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1b	Légumes et noix, d'haricot, petit pois, lentille	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1c	Produits laitiers (lait, fromages, yaourt)	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1d	Viande ou poisson frais ou séché, insectes, escargot	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent

		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1e	Œufs	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1f	Fruits et légumes contenant de la vitamine A (ex. citrouille, carottes, courges légumes verts; mangues; aliments à base d'huile de palme rouge)	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1g	Autre:	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V1P1h	Autres; tous huiles, gras, ou beurre, condiments pour assaisonnement, tous aliments sucrés tels que chocolats, bonbons, sucettes, pâtisseries, gâteaux etc	1	Jamais
		2	Rarement
		3	Souvent
		4	Toujours
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse

V1P2 : Avez-vous changé votre régime alimentaire pendant votre grossesse ?

V1 P2	1	Oui
	0	Non
	88	Je ne sais pas/Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V1P3 : Avez-vous consommez des suppléments, ou tablettes, pendant la grossesse. Lesquels ?

V1 P3	1	Oui
	0	Non
	88	Je ne sais pas/Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V1K1: Comment une femme enceinte doit-elle se nourrir en comparaison avec une femme qui n'est pas en état de grossesse afin de fournir les nutriments nécessaires à son bébé et contribuer à sa croissance ?

V1 K1	1	Pas de différence dans la nutrition
	2	Manger davantage à chaque repas (manger plus de nourriture chaque jour) ou fréquemment (mangez plus de fois chaque jour)
	3	Manger davantage d'aliments riches en protéines
	4	Manger davantage d'aliments riches en fer
	5	Cuisiner avec du sel iodé
	6	Autre:
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V1K2 : Y a-t-il des aliments qu'une femme enceinte ne doit pas consommer en comparaison avec une femme qui n'est pas en état de grossesse ?

V1 K2	1	Oui
	0	Non
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

Si Oui, question V1K2-bis
V1K2-bis: Lesquels ?

V1 K2 bis	1	Oeufs
	2	Banane
	3	Coco
	4	Pastèque
	5	Leyet (fruit de mere)
	6	Riz chauffé
	7	Eau fraîche
	8	Viande
	9	Autre ()
	99	Pas de réponse

V1K3 : Certaines femmes consomment deux types de suppléments, ou tablettes, pendant la grossesse. Lesquels ?

V1 K3	1	Suppléments de fer
	2	Suppléments d'acide folique
	3	Autre ()
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V1K4 : Lorsqu'une femme est enceinte, est-ce que son état nutritionnel (malnutrition ou surpoids) a des risques sanitaires sur le bébé ?

V1 K4	1	Oui
	0	Non
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

Si oui, question V1K4-bis.

V1K4-bis: Lesquels?

V1 K4 bis	1	Petit poids à la naissance
	2	Croissance et développement lents de l'enfant
	3	Risques d'infections/de tomber malade

	4	Risques de décès
	5	Risques d'être mal nourri/d'avoir une déficience en micronutriments
	6	Risques d'être malade à l'âge adulte/de développer une maladie chronique à l'âge adulte (maladie cardiaque, tension élevée, obésité, diabètes)
	7	Autre()
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V1A1 : A quel point pensez-vous qu'il est bien de manger davantage durant la grossesse ?

V1 A1	1	Pas favorable
	2	Plus ou moins favorable
	3	Favorable
	4	Très favorable
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V1A2 : A quel point est-il difficile pour vous de manger davantage durant la grossesse ?

V1 A2	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V1A3 : À quel point vous étiez rassuré de ne pas consommer certains aliments interdits pendant la grossesse?

V1 A3	1	Pas rassurée
	2	Plus ou moins rassurée
	3	Rassurée
	4	Très rassurée

	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V1A4 : A quel point est-il difficile de ne pas consommer certains aliments interdits pendant la grossesse ?

V1 A4	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V1A5 : A quel point, selon vous, est-il grave d'accoucher d'un bébé avec un petit poids à la naissance?

V1 A5	1	Pas grave
	2	Plus ou moins grave
	3	Grave
	4	Très grave
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V2. Alimentation des nourrissons (0–6 mois)

Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant la nutrition des nourrissons de la naissance à six mois. S'il vous plaît, laissez-moi savoir si vous avez besoin de clarifier l'une des questions. N'hésitez pas à poser toute question que vous pourriez avoir.

V2P1 : Est-ce que (*nom*) a été allaité et pendant combien de temps avez-vous allaité votre enfant ?

V2 P1	0	Non
	1	Oui, > 6 mois
	2	Oui, < 6 mois (_____ mois)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

Si 'moins de 6 mois:

V2P1-bis : Pourquoi ?

V2 P1 bis	1	Parce que je travaille
	2	Pour raison de maladie
	3	Par refus de l'enfant
	4	Par refus de la mère
	5	J'avais pas assez lait
	6	Autres (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2P2 : Combien de temps après la naissance avez-vous mis (*nom*) au sein pour la première fois ?

V2 P2	1	Immédiatement
	2	< 24 heures (_____ heures)
	3	> 24 heures (_____ jours)
	88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V2P3 : Avez- vous donné le colostrum à votre bébé? Pourquoi? *Le colostrum est la première forme de lait produite immédiatement après l'accouchement du nouveau-né.*

V2 P3	1	Oui
	2	Non parce que le premier lait est mauvais et rend malade le nouveau-né
	3	Non parce que c'est interdit / tabou
	4	Non parce que le premier lait ne coule pas
	5	Autres ()
	88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V2P4 : Ensuite, j'aimerais vous poser des questions sur certains liquides que (*nom*) a pu boire lorsqu'il avait moins de 6 mois. Est-ce que (*nom*) a bu l'un des liquides suivants ?

V2P4a	Eau ordinaire/robinet	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4b	Eau bénit (zam zam)	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4c	Tout autre liquide tel que: tokhental	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4d	Préparations pour nourrissons telles que: biberon de lait maternisé	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4e	Lait, tel que lait animal en conserves, en poudre ou frais (lait vache/chèvre)	1	Oui
		0	Non

		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4f	Jus ou boissons à base de jus (jus de bissap/baobab)	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4g	Bouillon clair	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4h	Bouillie mince	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4i	Yaourt	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4j	Tout autre liquide (à base d'eau) tel que thé, infusions, préparations traditionnelles à base de plantes, eau sucré, eau avec du glucose, miel, jus, eau grippe, solution eau-salée-sucrée	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse
V2P4k	Plat familial/foufou et autres	1	Oui
		0	Non
		88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
		99	Pas de réponse

V2P5 : Lorsque vous n'étiez pas à la maison ou que vous pouviez pas nourrir le bébé vous-même, qui le fait ?

V2 P5	1	Père
	2	Grand-mère
	3	Un autre femme (préciser _____)
	4	D'autres enfants
	5	Autres (_____)
	88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V2P6 : Si vous n'êtes pas là pour nourrir le bébé, quel type de nourriture le bébé reçoit-il ?

V2 P6	1	Lait maternel à la cuillère, au gobelet ou au biberon
	2	Lait maternisé à la cuillère, au gobelet ou au biberon
	3	Autres liquides (préciser _____)
	4	Autres (_____)
	88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V2K1 : Quel est le premier aliment qu'un nouveau-né devrait recevoir après l'accouchement ?

V2 K1	1	Uniquement du lait maternel
	2	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2K2 : Que signifie l'allaitement maternel exclusif ?

V2 K2	1	Que le bébé ne reçoit que du lait maternel et aucun autre liquide ou aliment
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2K3 : Jusqu'à quel âge est-il conseillé à une mère de donner uniquement du lait maternel à son enfant ?

V2 K3	1	< 6 mois (_____ mois)
	2	> 6 mois (_____ mois)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

Si moins de 6 mois

V2K3-bis : Pouvez-vous me dire brièvement pourquoi vous devriez arrêter d'allaiter avant 6 mois ?

V2 K3 bis	1	Le lait maternel seul ne donnera pas assez de nutriments à mon bébé
	2	Le bébé aura soif avec exclusivement du lait maternel
	3	Ma mère / grand-mère / aînée m'a appris à faire cela
	4	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2K4 : Connaissez-vous les avantages du colostrum ?

V2 K4	1	Il contient beaucoup de composés bioactifs (comme les anticorps) par rapport au lait mature. Celles-ci sont essentielles à la santé, à la croissance et à la vitalité du nouveau-né/le bébé est protégé
	2	Le bébé grandit bien
	3	Il contient beaucoup de vitamines
	4	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2K5 Quels sont les avantages de donner seulement le lait maternel à votre bébé pendant les six premiers mois?

V2 K5	1	Il / elle grandit en bonne santé
	2	Protection contre la diarrhée et autres infections
	3	Il/elle obtient tous les nutriments utiles
	4	Autre (_____)
	5	Il n'y a pas d'avantages de donner seulement le lait maternel

	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V2A1 : A quel point pensez-vous qu'il est bien de poursuivre l'allaitement exclusif pendant 6 mois ?

V2 A1	1	Pas favorable
	2	Plus ou moins favorable
	3	Favorable
	4	Très favorable
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V2A2 : A quel point vous a-t-il été difficile d'allaiter votre bébé exclusivement pendant six mois ?

V2 A2	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

Si réponse 2,3,4 :

V2A2-bis : Pouvez-vous me dire les raisons pour lesquelles c'est difficile ?

V2 A2 bis	1	Au début je ne savais pas comment allaiter
	2	Raison du travail/j'ai pas le temps
	3	Pas assez de lait maternel
	4	Ma mère / grand-mère / aînée m'a appris à faire cela
	5	Grand-mère/autre donne d'eau à l'enfant quand je suis pas au courant
	6	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V2A3 À quel point vous étiez rassuré d'introduire d'autres aliments ?

V2 A3	1	Pas rassurée
	2	Plus ou moins rassurée
	3	Rassurée
	4	Très rassurée
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V3. Alimentation des enfants de 6-23 mois

Je vais vous poser quelques questions sur la nutrition des enfants âgés de 6 à 23 mois. S'il vous plaît, laissez-moi savoir si vous avez besoin de moi pour clarifier l'une de mes questions. N'hésitez pas à poser toute question que vous pourriez avoir.

V3P1 : Est-ce que (*nom*) a été allaité ou a-t-il consommé du lait maternel entre l'âge de 6 mois et maintenant?

V3 P1	1	Non, jamais
	2	Oui, rarement
	3	Oui, souvent
	4	Oui, toujours
	88	Je ne sais pas/ Ne se souvient pas
	99	Pas de réponse

V3P2 : Combien de fois (*nom*) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour et la nuit ?

V3 P2	1	_____ n° de fois
	88	Je ne sais pas/Ne veut pas répondre
	99	Pas de réponse

V3K1 : À quel âge les bébés devraient-ils commencer à manger des aliments en plus du lait maternel ?

V3 K1	1	< 6 mois (_____ mois)
----------	---	-----------------------

	2	> 6 mois (_____ mois)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V3K2 : Pourquoi est-il important de donner des aliments en plus du lait maternel aux bébés dès l'âge de six mois ?

V3 K2	1	Le lait maternel seul n'est pas suffisant (assez)/ne peut pas fournir tous les nutriments nécessaires à la croissance/à partir de six mois, bébé a besoin de plus de nourriture en plus du lait maternel
	2	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V3K3 : Pour nourrir leurs enfants, de nombreuses mères leur donnent de la bouillie de riz. Veuillez me dire quelques façons de rendre la bouillie de riz plus nutritive ou meilleure pour la santé de votre bébé. En ajoutant :

V3 K3	1	Aliments d'origine animale (viande, volaille, poisson, foie/abats, œufs, etc.)
	2	Légumineuses et fruits à coque : farines d'arachide et autres légumineuses (pois, haricots, lentilles, etc.), graines de tournesol, cacahuètes, soja
	3	Fruits et légumes riches en vitamine A (carotte, patate douce à chair orange, potiron jaune, mangue, papaye, etc.)
	4	Légumes à feuilles vertes (par exemple, épinards)
	5	Aliments riches en énergie (par exemple, huile, beurre/ghee)
	6	Autre (_____)
	88	Je ne sais pas
	99	Pas de réponse

V3A1 : Pensez-vous qu'il est bien de continuer à allaiter au-delà de six mois ?

V3 A1	1	Pas bien
	2	Plus ou moins bien
	3	Bien
	4	Très bien
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre

	99	Pas de réponse
--	----	----------------

V3A2 : A quel point est-il difficile de continuer à allaiter au-delà de six mois ?

V3 A2	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V3A3 : Pensez-vous qu'il est bien de donner chaque jour différents types d'aliments à votre enfant?

V3 A3	1	Pas bien
	2	Plus ou moins bien
	3	Bien
	4	Très bien
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V3A4 : A quel point est-il difficile de donner chaque jour différents types d'aliments à votre enfant ?

V3 A4	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V3A5 : Pensez-vous qu'il est bien de de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour?

V3 A5	1	Pas bien
	2	Plus ou moins bien
	3	Bien

	4	Très bien
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

V3A6 : A quel point est-il difficile de nourrir votre enfant plusieurs fois par jour?

V3 A6	1	Pas difficile
	2	Plus ou moins difficile
	3	Difficile
	4	Très difficile
	88	Je ne sais pas/ Je ne suis pas sûre
	99	Pas de réponse

		4	Puits protégé
		5	Puits non protégé
		6	Borne fontaine
		7	Puits extérieur
		8	Rivière
		9	Autre ()
		99	Pas de réponse
SD9	Que fait le ménage pour rendre l'eau potable?	1	Bouillir
		2	Filtrer
		3	Utiliser le chlore
		4	Rien
		5	Autre ()
		99	Pas de réponse
SD10	Avez-vous un téléphone portable personnel ?	1	Oui
		0	Non
		99	Pas de réponse
SD11	Avez-vous une radio à la maison ?	1	Oui
		0	Non
		99	Pas de réponse
SD12	Quelle est votre source d'information sur l'alimentation et la santé du nourrisson ?	1	Sagefemme
		2	Agents de santé
		3	Relais communautaires
		4	Bajenu Gox
		5	Belle mère
		6	Grand-mère
		7	Marabout



Centro
Salute
Globale
Regione Toscana

		8	Voisins
		9	Aucune
		10	Autre ()
		99	Pas de réponse

Remercier l'enquêtée et mettre fin à l'entretien.

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR
[à remplir après l'entretien]

Commentaires sur l'entretien :

Commentaires sur des questions spécifiques :

Autres commentaires :

Allegato 2: lista dei villaggi inclusi nello studio KAP e calcolo campionamento

Nome villaggio	Popolazione	Pop. cumulata	Numero grappoli
Louba Nguerene	1000	1000	2
Dioly Mbamba	300	1300	1
Mouye Tieken	1719	3019	3
Ndiangnene	1300	4319	3
Keur Mallé	1026	5345	2
Ndioben Taiba	900	6245	2
Thiekene	1000	7245	2
Louba Cissé	600	7845	1
Ndankh	700	8545	1
Ndiao Bambaly	1600	10145	3
			Tot. 20

Allegato 3: guida focus group

Bonjour à tous. Je m'appelle Amy Touré et elle est Danielle De Vito Halevy.

Nous aimerions vous parler aujourd'hui sur vos idées concernant l'allaitement maternel exclusif ainsi que sur votre alimentation pendant la grossesse et celle de vos enfants pendant les 24 premiers mois de vie.

Nous vous avons choisi pour participer à cette discussion car vous avez déclaré avoir au moins un enfant entre 6 et 24 mois. De cette façon, vous devriez tous être en mesure de répondre aux questions relatives à la nutrition de votre enfant soit pendant les 6 premiers mois, soit jusqu'à 24 mois.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à aucune des questions.

Nous aimerions simplement savoir ce que vous faites normalement et demandez vos avis.

Nous travaillons avec l'ONG COMI sur un projet concernant la nutrition pendant les premiers 1000 jours de la vie. A l'heure actuelle le projet ne fait que commencer. Nous avons déjà rencontré certains d'entre vous à travers les questionnaires au cours des dernières semaines - il est bon de vous revoir.

Cette étude exploratoire a été réalisée dans le cadre du projet « Un plat santé » afin de définir des stratégies d'intervention pour assurer un développement sain du nouveau-né. L'on souhaite en discuter avec autant de personnes que possible et avoir des expériences personnelles en matière de santé pour aider le projet à développer des actions destinées à assurer une meilleure santé pour tous. Nous aimerions connaître vos expériences et réflexions pour aider d'autres familles et pour arriver à des solutions locales en vous impliquant tous et en vous donnant l'autonomie décisionnelle pour votre avenir.

Cette discussion durera environ une heure à deux heures.

Comme nous allons discuter de beaucoup de choses entre nous, il sera important que nous ne parlions pas tous à la fois parce que nous voudrions nous entendre pour que nous puissions parler ensemble.

Danielle va écrire certaines des choses dont nous parlons pour nous souvenir d'eux plus tard. Aussi, nous voudrions utiliser un téléphone pour enregistrer la session. Est-ce que quelqu'un s'y oppose ?

Nous sommes les seuls à savoir vous et le nom de votre bébé et nous allons ne pas les utiliser dans des rapports écrits.

Comprenez-vous ce que j'ai dit? Avez-vous des questions?

Veuillez vous présenter et, au fur et à mesure, parlez-nous un peu des personnes avec lesquelles vous partagez une maison et de vos enfants (nombre d'enfants, âge du dernier enfants).

Guide entretien - mères

<p>Q1. Je vais vous poser quelques questions sur l'allaitement. Disons qu'une femme vit dans votre quartier et allaite son enfant qui a 1 mois. Je me demande ce que vous feriez si elle venait vous demander un conseil sur la marche à suivre.</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrivez ce que fait une bonne mère. • Qu'est-ce qui est important pour votre bébé? • Quelles sont les raisons pour lesquelles ils devraient commencer ces pratiques d'alimentation à cette période? • Qui vous a informé et vous a expliqué cela ? Quand ont-ils fait ça?
<p>Q2. Pouvez-vous me décrire comment vous avez commencé à allaiter votre enfant ? Que s'est-il réellement passé ce jour-là ?</p> <p><i>(l'allaitement a commencé dans la première heure? c'était exclusif pendant 6m?)</i></p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre expérience personnelle concernant l'allaitement? • Après ça, que s'est-il passé ? Qui vous a aidé ? • Quels avantages ont-ils eu? • Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées?
<p>Q3. J'aimerais que vous me disiez tous ce qui arrive au corps d'une femme pendant la grossesse et l'allaitement. Quelles sont vos pratiques alimentaires perçues idéales ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous personnellement des aliments interdits aux femmes enceintes? Y allaitants? • Quand la mère est-elle prête à allaiter? • Qu'est-ce qui est le plus important pour que la mère puisse avoir du lait ? • Dites-moi ce que signifie l'allaitement pour vous. Décrivez son importance: comment est-il perçu comme un comportement, ce qui rend le lait maternel bon.
<p>Q4. Comment vous assurez-vous qu'un nouveau-né de moins de 6m est bien nourri/ne souffre pas de malnutrition?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont vos pratiques alimentaires perçues idéales? • Quelle est la valeur des aliments ou des liquides introduits avant 6m?

	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous personnellement de ça? • Comment savez-vous quand l'enfant est prêt à manger d'autres aliments ?
<p>Q5. Que signifie l'allaitement maternel exclusif ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps cela nourrira-t-il l'enfant ? • Que font certaines femmes pour ne donner que du lait maternel? Par exemple, si la mère doit travailler et est séparée de son bébé.
<p>Q6. Quelle est l'attitude de votre famille et de votre entourage vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de ce qu'ils vous disent ? Pensez-vous que c'est correct? • Où pensez-vous que vous pouvez obtenir les meilleurs conseils sur l'alimentation des enfants ? • Que faites-vous lorsque vous recevez de tels conseils ? • Dans quelle mesure les femmes, en particulier les jeunes femmes, sont-elles considérées comme inexpérimentées et obéissantes aux souhaits des autres ?
<p>Q7. Que faire pour améliorer la situation nutritionnelle de votre contrée ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment pouvez – vous nous aider à assurer l'allaitement exclusif dans votre village? • Quelles sont les personnes ressources à impliquer ?

Guide entretien- grand meres

<p>Q1. Êtes-vous impliqué dans la garde de votre petit-enfant?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que faites-vous? • Vous aimez votre rôle ?
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de leur santé ?
<p>Q2. Pensez-vous que l'alimentation de l'enfant affecte la santé ? Pourquoi?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment une bonne mère doit-elle nourrir son enfant ? • Pensez-vous que votre belle-fille est compétente?
<p>Q3. Repensez au moment où vous avez nourri votre propre enfant. Expliquez comment l'alimentation a changé avec le temps.</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Commençons par la période immédiatement après la naissance • Qu'en est-il pendant les premiers 6m ? • Et après jusqu' à 24 mois?
<p>Q4. Que doit faire une mère/votre belle-fille juste après l'accouchement ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail, repos, rituels, alimentation, soins du nourrisson • Quand et pourquoi une mère changerait-elle la façon dont elle nourrit son enfant ? • Y a-t-il des différences entre la façon dont vous avez nourri votre enfant et la façon dont votre belle-fille nourrit le sien ?
<p>Q6. Que signifie l'allaitement maternel exclusif ?</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des problèmes liés à l'allaitement?
<p>Q5. Discutez des bons conseils à donner à votre belle-fille sur la façon dont elle devrait manger pendant la grossesse ou l'allaitement.</p> <p><u>Mots clés et sémantique :</u></p>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Croyez-vous que c'est à vous de la conseiller/d'instruire ? • Y a-t-il une différence d'alimentation lorsque la mère est absente? • Il y avait une femme enceinte dont la belle-mère lui avait conseillé de manger plus que d'habitude pendant sa grossesse. Il y avait une autre femme enceinte dont la belle-mère

	lui avait conseillé de manger moins que d'habitude pendant la grossesse. Laquelle des belles-mères a donné le meilleur conseil ?
--	--

Avant de clore la réunion, je veux faire un bref résumé de ce que vous dit pour voir si vous êtes d'accord.

Avez-vous des questions?

Merci beaucoup d'avoir participé