



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –  
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

**CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA**

**TESI DI LAUREA**

**STUDIO TRASVERSALE CASO-CONTROLLO SULLE  
ABITUDINI DI VITA NEI PRIMI 1.000 GIORNI DEI BAMBINI  
AFRICANI E ITALIANI RESIDENTI A UDINE**

**RELATORE: PROF. MARIO GIOBBIA**

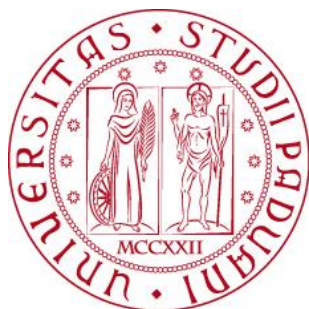
**CORRELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN**

**DOTT.SSA PAOLA CORAZZA**

**LAUREANDA: ARIANNA GULLINO**

**ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023**





**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –  
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

**CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA**

**TESI DI LAUREA**

**STUDIO TRASVERSALE CASO-CONTROLLO SULLE  
ABITUDINI DI VITA NEI PRIMI 1.000 GIORNI DEI BAMBINI  
AFRICANI E ITALIANI RESIDENTI A UDINE**

**RELATORE: PROF. MARIO GIOBBIA**

**CORRELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN**

**DOTT.SSA PAOLA CORAZZA**

**LAUREANDA: ARIANNA GULLINO**

**ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023**



# INDICE

PREMESSA	Pag. 1
CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE	Pag. 3
1.1 – I primi 1.000 giorni di vita	
1.2 – Le abitudini alimentari consigliate per la mamma e il bambino	
1.3 – Gli incidenti domestici infantili	
1.4 – Percorsi migratori e fattori culturali africani	
1.5 - Documenti fondanti la promozione della salute e la genitorialit responsabile	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	Pag. 19
2.1 - Problema	
2.2 – Scopo dello studio	
2.3 – Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	Pag. 25
3.1 - Campionamento	
3.2 – Questionario alle mamme	
3.3 – Analisi dei dati e metodo statistico	
3.4 – Aspetti autorizzativi	
3.5 – Limiti dello studio	
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	Pag. 31
4.1 – Analisi dei questionari somministrati	
4.2 – Caratteristiche socio-demografiche del campione	
4.3 – Abitudini alimentari del bambino	
4.4 – Abitudini alimentari e salute della madre	
4.5 – Attenzioni verso lo sviluppo del bambino	

4.6 – Conoscenza del Consultorio Familiare di Udine

**CAPITOLO 5 – PROPOSTA DI PROGETTO APPLICATIVO** **Pag. 61**

5.1 – Analisi del contesto e soluzioni proposte sulla base dei dati rilevati

5.2 – Descrizione del progetto

5.3 – Obiettivi del progetto

5.4 – Metodi del progetto

5.5 – Piano di valutazione

5.6 – Ruoli e funzioni degli attori coinvolti

5.7 – Fattibilità e criticità delle soluzioni proposte

5.8 – Risorse per la realizzazione del progetto

5.9 - Cronogramma

**CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE** **Pag. 69**

**BIBLIOGRAFIA** **Pag. 73**

**SITOGRAFIA** **Pag. 75**

**ELENCO DELLE TABELLE** **Pag. 81**

**ELENCO DEI GRAFICI** **Pag. 83**

**ALLEGATI** **Pag. 85**



**LAUREANDO: ARIANNA GULLINO**

**MATRICOLA: 2014102**

**TITOLO DELLA TESI: “STUDIO TRASVERSALE CASO-CONTROLLO SULLE ABITUDINI DI VITA NEI PRIMI 1.000 GIORNI DEI BAMBINI AFRICANI E ITALIANI RESIDENTI A UDINE”**

**TITOLO IN INGLESE: “CROSS-SECTIONAL CASE-CONTROL STUDY ABOUT LIFESTYLE HABITS OF AFRICAN AND ITALIAN CHILDREN LIVING IN UDINE DURING THEIR FIRST 1,000 DAYS OF LIFE”**

**RELATORE: PROF. GIOBBIA MARIO**

**CORRELATORE/I: PROF. BONAMIN MARIO, DOTT.SSA CORAZZA PAOLA**

**INTRODUZIONE:** Negli ultimi anni l’immigrazione ha sempre più interessato l’Italia, portando ad un aumento delle famiglie e dei bambini stranieri che risiedono sul territorio. Con la redazione del presente studio si vogliono indagare gli stili di vita e la cura dei bambini africani nei primi 1.000 giorni da parte delle madri, in quanto la tematica non è sufficientemente approfondita e la letteratura disponibile è limitata.

**MATERIALI E METODI:** Presso il Consultorio Familiare, il Servizio Vaccinale, la Caritas, il Centro Aiuto alla Vita e Nidi d’Infanzia comunali di Udine, sono stati somministrati dei questionari anonimi auto-redatti, in formato sia cartacea che digitale, al fine di indagare le abitudini alimentari della madre e del bambino, la percezione degli incidenti domestici, la conoscenza del Consultorio Familiare e la cura dei bambini nei primi 1.000 giorni di vita. Il campione era composto da 100 donne italiane e 100 africane ed è emerso uno studio trasversale caso-controllo finalizzato a pesare gli interventi sulla popolazione migrante in base alle necessit emergenti.

**RISULTATI E DISCUSSIONE:** L’et media al primo parto delle donne africane è 25 anni e il numero di figli varia tra i tre e i quattro, i quali vengono allattati al seno più spesso e più a lungo rispetto ai coetanei italiani, infatti, superano i sei mesi nel 94% dei casi, contro l’83%. Le africane tendono ad avere un’alimentazione più ricca di grassi e zuccheri, infatti, l’incidenza di diabete gestazionale è il 26% contro il 7% delle italiane. Per quanto riguarda la prevenzione della SIDS, le mamme africane spesso seguono le precedenti indicazioni, di posizionare il bambino di lato durante il sonno. Inoltre, il 74% dei bambini stranieri utilizza dispositivi elettronici più di mezz’ora al giorno, mentre tra gli italiani si scende al 40%.

**CONCLUSIONI:** Dall’analisi dei dati è emerso come le donne africane siano maggiormente propense all’allattamento materno, come da indicazioni OMS e Unicef. Necessitano di essere sensibilizzate sull’alimentazione salutare, sull’importanza della lettura ai bambini, sull’utilizzo corretto dei dispositivi elettronici e sulla prevenzione degli incidenti domestici.





## **PREMESSA**

In occasione del tirocinio effettuato presso il Consultorio Familiare del Distretto Sanitario di Udine, è stato osservato che le donne africane che accedono agli ambulatori mamma-bambino per un sostegno alla genitorialità, spesso adottano stili di vita che non risultano salutari secondo le linee guida OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia). Nonostante i colloqui di consultorio siano universalmente volti a far acquisire conoscenze in merito alla protezione della salute, le donne che fruiscono di tale servizio fanno fatica a superare alcune barriere tradizionali. Poiché la bibliografia non offre un'indagine accurata su questi aspetti, si è pensato di effettuare autonomamente uno studio finalizzato alla rilevazione reale dei bisogni di salute delle mamme e dei bambini africani.

La bibliografia fornisce, altresì, dati sulle malattie croniche non trasmissibili tra gli immigrati, che evidenziano, per esempio, una rilevante incidenza di obesità e sovrappeso, in cui giocano un ruolo fondamentale, oltre ai fattori genetici, le diverse culture culinarie, le difficoltà economiche, lo stress della migrazione e la bassa scolarizzazione. Da queste ed altre osservazioni ne deriva l'importanza della prevenzione e della promozione della salute tra le madri, fulcro non solo della propria salute, ma anche di quella di tutta la famiglia. È stato pertanto condotto uno studio trasversale caso-controllo, in cui sono state analizzate le abitudini delle mamme e dei bambini residenti a Udine nei primi 1.000 giorni di vita, sia di origine africana che italiana: ha permesso di comprendere le differenze culturali e di strutturare interventi mirati.

Nel primo capitolo verranno fotografate le condizioni di vita delle donne e dei bambini africani trasferiti in Italia, focalizzandosi sui macro-argomenti che caratterizzano i 1.000 giorni di vita, quali alimentazione, stimoli cognitivi per lo sviluppo e prevenzione degli incidenti domestici. Nel secondo viene presentato il progetto di tesi, che evidenzia i problemi e i quesiti che hanno portato alla sua elaborazione, l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici, con relativa letteratura. Il terzo capitolo riporta la dettagliata descrizione dei materiali e metodi utilizzati: il campionamento, la descrizione del questionario, i processi di analisi statistica, gli aspetti autorizzativi e i limiti riscontrati. Nel capitolo 4 si riportano e discutono i risultati ottenuti dallo studio, comparandoli con la letteratura disponibile. Il quinto capitolo sarà destinato alla presentazione e descrizione di un progetto di promozione della salute rivolto alle famiglie africane residenti, al fine di colmare le lacune relative alle conoscenze delle mamme rispetto alle abitudini di vita salutari nei primi 1.000 giorni. Nel sesto ed ultimo capitolo saranno esposte le considerazioni finali su quanto emerso dallo studio.



## CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'immigrazione ha sempre più interessato l'Italia, portando ad un aumento delle famiglie e dei bambini stranieri che risiedono sul territorio nazionale. Con la redazione del presente studio si intendono indagare gli stili di vita e la cura dei bambini africani nei primi 1.000 giorni di vita, una tematica non ancora sufficientemente approfondita e la cui letteratura di riferimento è limitata. Lo studio è stato svolto presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), poiché, nonostante le modeste dimensioni, la città di Udine è caratterizzata dalla marcata presenza di cittadini stranieri, i quali costituiscono ben il 14.3% della popolazione totale, con 13.798 individui residenti in Provincia al 01/01/2022. La quota media di residenti stranieri sul territorio italiano è pari all'8,5%, ossia 5 milioni.<sup>1</sup> La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 17,9% sul totale degli stranieri residenti, seguita dall'Albania all'11,6%, dall'Ucraina all'8,4% e dalla Cina al 4,65%. Per quanto concerne l'Africa, le comunità più rilevanti sono quelle originarie del Ghana (5.2%), della Nigeria (4.5%) e del Marocco (3.3%).<sup>2</sup> I dati nazionali sono coerenti con quelli udinesi relativamente agli Stati europei come Romania (21%), Albania (8.4%) e Ucraina (4.5%), ma tra gli africani i Ghanesi compongono solo l'1%, i Nigeriani il 2,4% e i Marocchini ben l'8,4% degli stranieri. Anche i cinesi sono maggiormente presenti nel resto dell'Italia (6%).<sup>3</sup>

Gli stili di vita degli stranieri provenienti dall'est d'Europa sono sotto molti aspetti simili a quelli italiani, mentre quelli delle comunità africane risultano spesso lontanissimi da quelli occidentali, rendendo così importante una loro attenta analisi. Una ricerca riporta come il tasso di ipertensione tra i migranti quarantenni sia identico a quello degli europei cinquantenni, mentre tra cluster della stessa età, il rischio è pari al 10% in più per gli stranieri.<sup>4</sup> Oltre al pericolo di assimilazione di stili di vita poco sani, i bambini rischiano la loro salute anche durante la fase di gestazione, infatti, obesità e diabete sono particolarmente presenti tra le donne

---

<sup>1</sup> Istat, "Popolazione e società. Stranieri" <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=4&action=show&L=0#:~:text=In%20Italia%2C%20al%201%2C%20B0,si%20concentra%20nel%20Centro%2DNord>, (ultima consultazione il 18/09/2023).

<sup>2</sup> TuttItalia.IT, "Cittadini stranieri Udine 2021", <https://www.tuttitalia.it/friuli-venezia-giulia/86-udine/statistiche/cittadini-stranieri-2021/#:~:text=I%20dati%20tengono%20conto%20dei,%2C%25%20della%20popolazione%20residente,2022>, (Ultima consultazione il 06/09/2023).

<sup>3</sup> TuttItalia.IT, "Cittadini stranieri Italia 2022", <https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2022/>, (ultima consultazione il 18/09/2023).

<sup>4</sup> Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, "L'ipertensione mette a rischio il cuore dei migranti", <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiolegia/lipertensione-mette-rischio-il-cuore-dei-migranti#:~:text=Un%20dato%20sostanzialmente%20dal%20confronto,nel%20%2C%20ABcluster%20BB%20dei%20migranti,2016>. (ultima consultazione il 26/08/2023)

incinte provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria, come l’Africa.<sup>5</sup> Con il presente studio, dunque, sono stati approfonditi i macro-argomenti che caratterizzano la promozione della salute nei primi 1.000 giorni, quali l’alimentazione della madre e del bambino, l’allattamento, la percezione degli incidenti domestici, gli stimoli per lo sviluppo cognitivo e la conoscenza dei servizi sanitari finalizzati al supporto della famiglia.

Sono stati indagati questi items perché fanno parte delle linee di lavoro del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale Resistenza e Resilienza (PNRR), sui quali gli operatori sanitari dovranno costruire i prossimi programmi di prevenzione e promozione della salute a sostegno alla genitorialità, vista la continua mutazione della popolazione e il crescente tasso di bambini stranieri che si contrappone al calo delle nascite da genitori italiani.

### **1.1 - I primi 1.000 giorni di vita**

I primi 1.000 giorni di vita del bambino, che vanno dal concepimento ai primi due anni, sono di enorme importanza per il suo sviluppo, sia dal punto di vista fisico che cognitivo. Durante questo periodo, infatti, si pongono le basi di quella che sarà la crescita, la salute e il futuro del bambino, influenzandone in particolar modo la corretta maturazione del sistema nervoso. Diversi studi dimostrano come la diretta causa di una buona salute e di un notevole sviluppo fisico e cognitivo non sia la genetica, quanto gli stimoli a cui un soggetto è sottoposto durante la crescita. Come riportato dal Ministero della Salute, infatti, “i bambini che crescono in ambienti avversi dimostrano nel tempo maggiori difficoltà di comportamento, apprendimento e integrazione sociale, più probabilità di fallimenti scolastici, di debole inclusione nel mondo del lavoro”.<sup>6</sup> Inoltre, in Italia, in particolar modo nelle regioni del Sud, i bambini stranieri con meno di un anno di vita subiscono un rischio di morte 1,5 volte maggiore rispetto ai coetanei italiani.<sup>7</sup> Le principali cause di morte neonatale sono le stesse tra italiane e straniere, ossia condizioni perinatali e malformazioni congenite, ma queste ultime risultano essere quasi due volte più frequenti negli stranieri.<sup>8</sup> Inoltre, secondo uno studio condotto nel Regno Unito, le

---

<sup>5</sup> Briatore L., “*Rischio di diabete gestazionale e delle relative complicanze nelle donne immigrate: uno studio di coorte italiano*”, <https://aemmedi.it/rischio-di-diabete-gestazionale-e-delle-relative-complicanze-nelle-donne-immigrate-uno-studio-di-coorte-italiano/>, 2020. (ultima consultazione il 26/08/2023)

<sup>6</sup> Ministero della Salute, “*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker; per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*”, Italia, 2019, pagina 31.

<sup>7</sup> Di Fraia G. ed al. “*Rapporto osserva salute 2014*”, consultabile al link [https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02\\_sopravvivenza.pdf](https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02_sopravvivenza.pdf), 2016, Italia.

<sup>8</sup> Istat, “*La salute riproduttiva della donna*”, Roma, 2017. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf>, da pagina 101 a pagina 110.

donne di origine africana hanno 2,5 volte la probabilità di incombere in una nascita prematura rispetto a quelle occidentali.<sup>9</sup> Ciò potrebbe essere dovuto ad un minor accesso delle donne straniere ai servizi sanitari per effettuare gli screening e i controlli prenatali, o ad una scarsa considerazione dell' aborto terapeutico in caso di gravi malformazioni. Tale approccio alla gravidanza potrebbe essere legato a fattori religiosi e diffidenza, oltre alla maggiore pressione avvertita e le difficoltà sociali ed economiche in cui spesso le donne straniere vivono. Secondo i dati Istat, dal 2013 al 2015, il 39% delle morti neonatali avvenute in Italia erano attribuibili a bambini di origine africana, in particolar modo nigeriani.<sup>10</sup>

In Africa, la problematica situazione economica, sociale e politica compromette ampiamente tutte le campagne di sensibilizzazione e di profilassi sanitaria, tanto che l'area Sub-Sahariana rappresenta quella a maggior incidenza della natimortalità. Tra le cause principali vi sono le infezioni contratte in gravidanza o già presenti nella madre come HIV/AIDS, Sifilide e malaria. Vi sono poi malattie collegate all'alimentazione come sindromi diarroiche, malnutrizione, infezioni da igiene carente e patologie croniche non trasmissibili come diabete, ipertensione e obesità. Inoltre, nelle scarse strutture sanitarie nazionali, mancano risorse umane e strumentali e sono assenti sistemi sanitari decentrati sul territorio. L'HIV/AIDS incide notevolmente sulla salute del nascituro se la madre non assume correttamente la terapia antiretrovirale, in quanto è trasmissibile sia durante il parto che attraverso l'allattamento. Nel 2010 il 90% dei bambini sieropositivi al mondo viveva in Africa.<sup>11</sup>

Durante la gravidanza, un elemento spesso poco considerato ma assai rilevante è il benessere psicologico della mamma. Molte volte le donne migranti, con difficoltà economiche e bambini piccoli, vivono momenti di stress intenso, il quale provoca un innalzamento dei valori di cortisolo nel sangue, che raggiunge il feto e porta a modificazioni a livello neuroendocrino, neuroanatomico ed epigenetico, condizionando anche il benessere psicologico nel nascituro.<sup>12</sup> In particolar modo, livelli di ansia, stress o depressione della madre in gravidanza, possono influire sulla formazione e lo sviluppo del cervello, comportando problemi relazionali e socio-

---

<sup>9</sup> Albuquerque de Oliveira K. et al. "Association between race/skin color and premature birth: a systematic review with meta-analysis", 14 marzo 2018, Portogallo. Consultabile <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893270/> .

<sup>10</sup> Istat, "La salute riproduttiva della donna", Roma, 2017. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf>, da pagina 101 a pagina 110.

<sup>11</sup> Unicef, "HIV/AIDS e infanzia", <https://www.unicef.it/media/hiv-aids-e-infanzia/> , 17/06/2010, (ultima consultazione il 26/08/2023).

<sup>12</sup> Pastore Z., "I primi 1000 giorni di vita sono importanti: tutto quello che i genitori devono sapere", <https://www.nostrofiglio.it/neonato/i-primi-1000-giorni-di-vita-sono-importanti> , 07/04/2021, (ultima consultazione il 26/08/2023).

emotivi.<sup>13</sup> Per questo motivo i Servizi Sanitari stanno creando iniziative e progetti di supporto della gravidanza consapevole.

La lettura, la musica e il gioco strutturato sono determinanti per lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. Un bambino a cui vengono quotidianamente proposte queste attività mostrerà un vocabolario più ricco, maggiore immaginazione, interesse, capacità di espressione e di *problem solving*. È stato dimostrato come esse aiutino a creare un legame di attaccamento migliore tra bambino e genitore, ponendo le basi della relazione di fiducia che si evolverà con la crescita. Il bambino impara a conoscere il mondo reale e quello di fantasia, rendendosi capace di elaborare il proprio vissuto e costruirne l'andamento temporale.<sup>14</sup> La lettura precoce in Italia è sostenuta da un progetto nazionale che si sviluppa prevalentemente nelle biblioteche, denominato "Nati per leggere".

Secondo il "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni" della Regione Piemonte, nelle undici regioni italiane che hanno offerto dati statistici sul tema, al 45% dei bambini 6-12 mesi non è mai stato letto un libro nella settimana precedente all'intervista, mentre solo al 16% è stata fatta almeno una lettura al giorno. Ai bambini maggiori di dodici mesi, invece, i rispettivi valori sono il 35% e il 22%. La scarsa adesione alla lettura ad alta voce risulta correlata al basso titolo di studio, alle madri non lettrici, a coloro che hanno difficoltà economiche e alle donne nate all'estero.<sup>15</sup>

Un altro aspetto necessario allo sviluppo cognitivo del bambino e al mantenimento di un buono stato di salute è trascorrere del tempo all'aria aperta. Passeggiare nella natura con la mamma, ad esempio, è un'attività che permette al bambino di produrre vitamina D rafforzando il sistema immunitario ed osservare il mondo che lo circonda elaborando pensieri ed emozioni. Inoltre, aiuta a stimolare l'immaginazione, i sensi e le capacità cognitive. Le linee guida OMS consigliano di far trascorrere ai bambini almeno un'ora al giorno all'aria aperta.

In contrapposizione a ciò, gli schermi sono diventati degli strumenti che tutti, compresi i bambini, utilizzano quotidianamente. Molti studi ne hanno già evidenziato i danni a breve e lungo termine. Le luci, i colori sgargianti e la rapida successione delle immagini che caratterizza

---

<sup>13</sup> Healthdesk, "Lo stress in gravidanza non fa bene al bambino", [https://www.healthdesk.it/prevenzione/stress-gravidanza-non-fa-bene-bambino#:~:text=Gli%20effetti%20dello%20stress%20materno,neurologico%20osservati%20dopo%20la%20nascita,08/05/2022,\(ultima%20consultazione%20il%2026/08/2023\).](https://www.healthdesk.it/prevenzione/stress-gravidanza-non-fa-bene-bambino#:~:text=Gli%20effetti%20dello%20stress%20materno,neurologico%20osservati%20dopo%20la%20nascita,08/05/2022,(ultima%20consultazione%20il%2026/08/2023).)

<sup>14</sup> Nati per leggere, "Dieci buoni motivi", <https://www.natiperleggere.it/dieci-buoni-motivi.html>, (ultima consultazione il 30/08/2023).

<sup>15</sup> Regione Piemonte, "Sistema di sorveglianza 0-2 anni". Risultati dell'indagine 2018-2019, Torino, 2020. Pagine 21 e 22. Consultabile [https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report\\_PIEMONTE\\_Sorv\\_02.pdf](https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report_PIEMONTE_Sorv_02.pdf)

il mondo digitale, non sono in grado di stimolare correttamente le capacità cognitive di un cervello in via di sviluppo. Anche la motivazione e la capacità di gestire gli impulsi e la frustrazione vengono meno, in quanto il bambino necessita di trascorrere momenti di noia e di rielaborazione per implementare la capacità di far affidamento su sé stesso. Il bambino viene catturato dalle immagini a tal punto da non fare caso a ciò che accade attorno a lui, trascurando le espressioni facciali, i toni di voce e le movenze di chi lo circonda, elementi essenziali per lo sviluppo dell'empatia e della socialità. Oltre a creare disturbi del sonno, iperattività e riduzione dell'attività fisica favorendo l'aumento ponderale, i dispositivi elettronici limitano le capacità scolastiche future del bambino, rallentando lo sviluppo del linguaggio e il rendimento.<sup>16</sup> L'OMS raccomanda l'assoluto non utilizzo di schermi tra i bambini 0-2 anni e tra quelli 2-4 anni per non più di un'ora al giorno.<sup>17</sup>

Secondo il "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni" della Regione Piemonte, nelle undici regioni italiane che hanno offerto dati statistici sul tema, circa il 34% dei bambini con meno di sei mesi utilizza dispositivi elettronici e il 9% di essi per più di 1-2 ore al giorno. Dopo i dodici mesi, coloro che risultano esposti per più di 1-2 ore al giorno sono il 31,5% e solo il 24% sul totale non ne ha mai fatto utilizzo. Lo scorretto utilizzo degli schermi è associato alle donne con minor scolarizzazione, maggiori difficoltà economiche e non nate in Italia.<sup>18</sup>

## **1.2 - Le abitudini alimentari consigliate per la mamma e il bambino**

Uno degli aspetti a cui la donna in gravidanza ed in epoca preconcezionale deve porre particolare attenzione è l'alimentazione. Ciò di cui si nutre la madre è molto importante per il bambino, in quanto funge da prevenzione o modulazione per malattie non trasmissibili come il diabete e l'ipertensione. Tali patologie sono associate ad un maggior rischio di aborti, nascite premature, sottopeso alla nascita, sviluppo di malattie metaboliche e sovrappeso da parte del bambino.<sup>19</sup> È importante che la donna incinta assuma in quantità superiori al solito acqua, ferro,

---

<sup>16</sup> Fliesler N., , "Babies and screen time: New research calls for caution", Boston's Children Hospital, <https://answers.childrenshospital.org/screen-time-infants/> , 03/02/2023, (ultima consultazione il 31/08/2023).

<sup>17</sup> Nelson C., "I bambini hanno bisogno degli esseri umani, non degli schermi", Unicef, <https://www.unicef.org/parenting/child-development/babies-screen-time> , (ultima consultazione il 31/08/2023).

<sup>18</sup> Regione Piemonte, "Sistema di sorveglianza 0-2 anni". Risultati dell'indagine 2018-2019, Torino, 2020. Pagine 24-26. Consultabile [https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report\\_Piemonte\\_Sorv\\_02.pdf](https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report_Piemonte_Sorv_02.pdf)

<sup>19</sup> Di Lara A. Friel, MD, PhD, University of Texas Health Medical School at Houston, McGovern Medical School, "Diabete durante la gravidanza", <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-delle-donne/gravidanza-complicata-da-malattia/diabete-durante-la-gravidanza> , ottobre 2021, (ultima consultazione il 26/08/2023).

vitamine, calcio e proteine. Carenza di acidi grassi essenziali, vitamina B12 o scarso consumo di pesce possono apportare danni al bambino, come la spina bifida o gravi carenze da compensare alla nascita, non sempre con buoni risultati.<sup>20</sup> Inoltre, attraverso il liquido amniotico, ed in seguito con il latte materno, il bambino sperimenta il gusto, iniziando a costruire le proprie abitudini e preferenze.<sup>21</sup> Gli alimenti assolutamente da evitare sono: alcol, caffeina e bibite contenenti cola, che hanno effetti stimolanti sul sistema nervoso; cibi crudi, poiché possono contenere agenti patogeni come virus e parassiti in grado di ledere lo sviluppo del bambino, portando a gravi deficit o malformazioni. Un esempio è quello del virus del Toxoplasma, trasmesso attraverso il consumo di carne cruda o poco cotta e vegetali contaminati da deiezioni di gatto, causando nelle donne suscettibili e in gravidanza malformazioni fetali, aborti e morti in utero.<sup>22</sup>

Per quanto concerne la donna che allatta, invece, si può seguire l'abituale regime alimentare, a patto che sia caratterizzato da una dieta varia ed equilibrata. Inoltre, attraverso il latte materno vengono eliminate elevate quantità di acqua, calcio e proteine, motivo per cui per il benessere della mamma è importante la reintegrazione dei nutrienti e dei liquidi. È consigliata l'assunzione di pesce, poiché ricco di omega-3, e olio di oliva, in quanto entrambi favoriscono lo sviluppo neuronale del bambino. Sarebbero invece da limitare alimenti ricchi di istamina come arachidi, crostacei, molluschi o fragole, dolci e cibi che favoriscono le alterazioni della flora batterica e la formazione di gas intestinali. Alimenti nervini e alcol vanno evitati perché causano problemi di iperattività o sedazione nel neonato, oltre ad attribuire al latte un sapore sgradevole e influenzarne negativamente la produzione.<sup>23</sup>

Un'alimentazione sana e bilanciata prevede almeno sei bicchieri di acqua al giorno, cinque porzioni di frutta e verdura, da tre a cinque al giorno di carboidrati, tre al giorno di grassi come olio e burro, due di latticini, due di pesce, carne bianca, uova o legumi, una o due a settimana

---

<sup>20</sup> Ospedale pediatrico Bambino Gesù, "Alimentazione in gravidanza", <https://www.ospedalebambinogesu.it/alimentazione-in-gravidanza-80498/#:~:text=La%20dieta%20deve%20essere%20variata,cottura%20di%20carne%20e%20pesce>, 05/10/2022, (ultima consultazione il 26/08/2023).

<sup>21</sup> Centro Diagnostico Italiano, "Quando nasce il gusto nei bambini? Il ruolo dell'alimentazione complementare", <https://www.cdi.it/news/nascita-del-gusto-e-alimentazione-complementare-svezzamento/#:~:text=Il%20senso%20del%20gusto%20C3%A8,con%20le%20proprie%20scelte%20alimenti>, 14/12/2020, (Ultima consultazione il 26/08/2023).

<sup>22</sup> Istituto Superiore di Sanità, "Toxoplasmosi", <https://www.epicentro.iss.it/toxoplasmosi/#:~:text=La%20toxoplasmosi%20C3%A8%20ad%20alto,o%20la%20morte%20in%20utero>, (ultima consultazione il 28/08/2023).

<sup>23</sup> Ospedale Niguarda, [https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/le-bevande-giuste-durante-lallattamento/#:~:text=Chi%20allatta%20deve%20cercare%20di,noce%20moscata%20C%20curry\)%20e%20alimenti](https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/le-bevande-giuste-durante-lallattamento/#:~:text=Chi%20allatta%20deve%20cercare%20di,noce%20moscata%20C%20curry)%20e%20alimenti), 29/09/2015, (ultima consultazione il 28/08/2023).



di carne rossa o insaccati, dolci, snacks o fritti occasionalmente e spezie solo in piccole quantità.<sup>24</sup> Ad una sana alimentazione andrebbero associati almeno 30 minuti al giorno di attività fisica, anche non continuativa o intensa.

Nonostante i rischi legati all'obesità e al sovrappeso, il “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”, riporta come sul territorio friulano, dal 2015 al 2020, il 20% delle donne in gravidanza era sovrappeso, il 9% obesa e il 5% sottopeso.<sup>25</sup> Obesità e sovrappeso predispongono allo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili come il diabete e l'ipertensione. I figli di donne che soffrono di diabete durante la gravidanza, specialmente se non controllato, corrono maggiori rischi di eccessiva crescita fetale, polidramnios, ipertensione, aborto, ipoglicemia o ittero dopo la nascita e sovrappeso durante la crescita.<sup>26</sup>

L'ipertensione giovanile costituisce un problema se non controllata, perché può comportare danni ai vasi sanguigni e predisporre a ictus e infarto. Inoltre, la donna che soffre di pressione elevata durante la gravidanza potrebbe essere predisposta ad alcune complicazioni potenzialmente fatali, come distacco della placenta, emorragia cerebrale, insufficienza epatica e renale o coagulazione intravasale disseminata. Quest'ultima rappresenta la prima causa di morte materna dopo il tromboembolismo e contribuisce al blocco della crescita, morbilità e mortalità fetale e neonatale.<sup>27</sup>

Dal grafico 1 e 2, ricavati dall'analisi dei dati forniti dal report regionale “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”, si evince come le condizioni di obesità e sovrappeso, che riguardano circa il 30% delle gestanti, siano correlate al titolo di studio e alla cittadinanza. Le donne laureate, infatti, tendono ad occupare prevalentemente la fascia delle normopeso, mentre nel sovrappeso e nell'obesità ci sono soprattutto coloro che non possiedono alcun titolo di studio, o solamente la licenza elementare. Come si può vedere, le donne straniere tendono ad essere maggiormente in sovrappeso o obese rispetto alle italiane.<sup>28</sup> Ciò dipende talora da fattori sociali: in molte culture africane, ad esempio, la donna sovrappeso è spesso considerata più attraente rispetto alla donna normopeso o magra. Inoltre, la povertà induce le famiglie immigrate al consumo di cibi a basso costo ed alto valore energetico come pane, pasta, dolci e

---

<sup>24</sup> Istituto Superiore di Sanità, “*Piramide alimentare*”, <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare#la-piramide-alimentare-italiana>, 27/05/2021, (ultima consultazione il 29/08/2023).

<sup>25</sup> Ronfani L., “*Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG*”, Trieste, 2020. Da pagina 24 a 26.

<sup>26</sup> Centro Medico Santagostino, “*Il diabete in gravidanza: rischi e sintomi*”, <https://www.santagostino.it/it/santagostinopedia/diabete-in-gravidanza>, (ultima consultazione il 15/08/2023).

<sup>27</sup> Farmacia Loreto, “*Pressione arteriosa alta in gravidanza*”, <https://farmacialoreto.it/pressione-arteriosa-alta-gravidanza>, (ultima consultazione il 15/08/2023).

<sup>28</sup> Ronfani L., “*Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG*”, Trieste, 2020. Da pagina 24 a 26.

patate, mentre la scarsa scolarizzazione delle madri impedisce di comprendere le indicazioni sanitarie e sociali, restando così legate ad abitudini negative della propria tradizione.

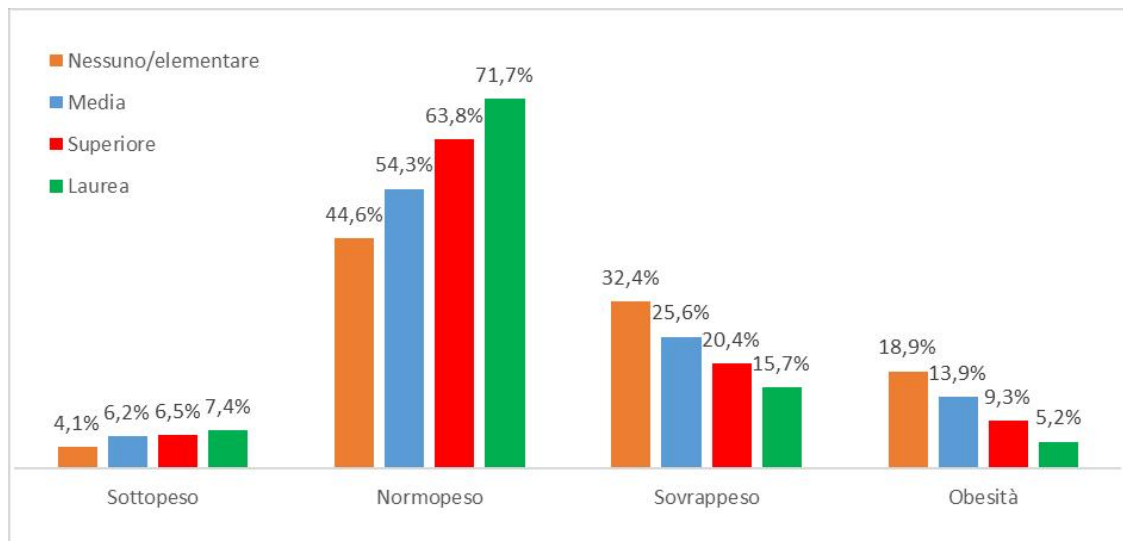


Grafico 1: distribuzione percentuale dello stato ponderale delle gestanti 2015-2020 in base al titolo di studio (tratto da “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”).

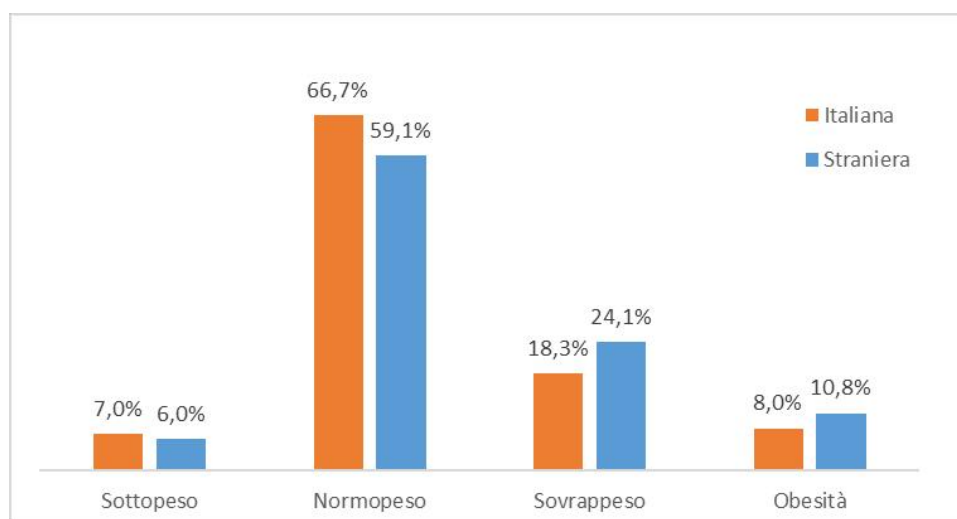


Grafico 2: distribuzione percentuale dello stato ponderale delle gestanti 2015-2020 per etnia (tratto da “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”).

L’OMS afferma che l’alimento adeguato per i bambini con meno di sei mesi è il latte, materno o in formula. Il latte materno costituisce senza dubbio il miglior alimento, in quanto contiene tutti i nutrienti necessari per la crescita del bambino e nelle corrette quantità. Il latte materno funge anche da booster per le difese immunitarie, oltre a contribuire alla formazione di un buon microbiota intestinale. Per i bambini nati prematuri, che sono più soggetti alle infezioni,

l'allattamento è fondamentale per la formazione di un sistema immunitario più forte.<sup>29</sup> Il latte in formula, invece, contiene diverse tipologie di proteine che possono risultare difficili da digerire, rischiando di affaticare l'organismo del bambino e di scatenare intolleranze. I bambini nutriti con la formula sono maggiormente predisposti a soffrire di episodi diarroici, infezioni respiratorie, allergie, sovrappeso e obesità. Durante la produzione, la polvere può essere contaminata da batteri come *Enterobacter* e *Salmonella enterica*, dunque bisogna porre molta attenzione alla preparazione del latte, utilizzando le corrette temperature per l'abbattimento microbico.<sup>30</sup> Il latte vaccino, invece, è altamente proteico, al punto da contenere più del doppio della caseina presente in quello materno e per questo viene sconsigliato fino ai 24 mesi. Grazie alle lipasi della madre, il latte materno contiene acidi grassi già disponibili in forma energetica, in particolar modo a catena lunga, dunque essenziali per lo sviluppo neuronale e visivo del bambino. La quantità di grassi varia a seconda della poppata e si trova prevalentemente nell'ultima parte di essa, mentre la prima ha un'elevata quantità di acqua (87%) ed è più dissetante. Il lattosio stimola la formazione nervosa, oltre a limitare la crescita degli organismi patogeni dell'intestino. Il ferro è in tracce, ma è associato alla lattoferrina, un fattore di trasporto che ne facilita l'assorbimento, mentre il latte di animale o in formula ne contiene elevate quantità che non vengono però assorbite efficacemente, causando la proliferazione dei batteri nell'intestino. La prima produzione di latte prende il nome di colostro, che si presenta denso, giallo e dolce, e ricopre l'intestino fungendo da prima immunizzazione contro i patogeni. È ricco di proteine e vitamine e funge da lassativo, favorendo l'eliminazione delle prime feci dette meconio e prevenendo così l'ittero.

I benefici dell'allattamento materno per il bambino sono molteplici: previene l'anemia infantile, protegge dalle infezioni e dall'enterocolite necrotizzante, non induce allergie o intolleranze, previene l'obesità, il diabete, la celiachia, tumori come linfomi e leucemie. L'atto della suzione al seno favorisce lo sviluppo intellettuale e mandibolare, limita i problemi ortodontici, il rischio di SIDS ("Sudden Infant Death Syndrome", ossia "sindrome della morte in culla") e favorisce lo sviluppo sociale ed emotivo del bambino. Inoltre, l'allattamento porta benefici anche alla mamma, poiché è un fattore protettivo per i tumori al seno e all'ovaio, oltre a ritardare

---

<sup>29</sup> Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, "L'allattamento al seno protegge il bambino per tutta la vita", <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/pediatria/allattamento-al-seno-uno-scudo-che-protegge-il-bambino-per-tutta-la-vita>, 02/08/2019, (ultima consultazione il 29/08/2023).

<sup>30</sup> Chiodero I., Corso di Sostegno all'allattamento, "*Promuovere l'allattamento in gravidanza*", 15/02/2023, Università degli Studi di Padova, Conegliano, da pagina 11 a pagina 40.

l'osteoporosi ed essere economico.<sup>31</sup> Spesso, le mamme temono di non avere sufficiente latte ed usufruiscono delle aggiunte di formula, anche a causa del poco sostegno o delle paure che insorgono nel delicato momento del post-partum. L'inserimento della formula porta ad una riduzione progressiva del latte materno, poiché il bambino sentendosi sazio limita le poppate e conseguentemente la produzione di latte. È importante valutare attentamente i motivi per cui si inserisce la formula e conoscere i vantaggi e gli svantaggi di essa, in modo da attuare scelte consapevoli.

OMS e Unicef stimano che se tutti bambini del mondo fossero allattati al seno almeno nei primi sei mesi, ogni anno si salverebbero 1,5 milioni di vite colpite da infezioni e malnutrizione. In Italia solo il 23,6% dei bambini è allattato in modo esclusivo al seno fino ai 4-5 mesi e solo il 31% lo assume fino a 12-15 mesi.<sup>32</sup> Secondo il “Profilo di salute ed equità della regione Friuli Venezia Giulia del 2020”, al momento della dimissione post nascita, circa il 78% dei bambini viene allattato in modo esclusivo, mentre alla seconda vaccinazione viene rilevato per solo il 41%.<sup>33</sup>

L'allattamento al seno, meglio se esclusivo, dovrebbe continuare fino ad almeno sei mesi di vita, per poi essere associato ai cibi tradizionali e continuato fino a 12 mesi ed oltre, in quanto sostiene la tolleranza ai nuovi alimenti e ne riduce il rischio di allergia. Prima dei sei mesi compiuti, i bambini non necessitano altri liquidi oltre al latte materno, neanche l'acqua. Le linee guida consigliano di prolungare l'allattamento fino ai due anni o finché la mamma e il bambino lo desiderino.

Dai 6-8 mesi di vita il latte materno inizia a non essere più sufficientemente nutriente, perciò in questo periodo inizia l'alimentazione complementare, un tempo definita impropriamente “svezzamento”. L'alimentazione complementare prevede l'associazione del latte materno ad altri alimenti, senza schemi e imposizioni, procedendo preferibilmente con l'autosvezzamento, ossia seguendo l'autoregolazione del bambino.<sup>34</sup> Non è necessario utilizzare alimenti industriali per bambini come farine ed omogenizzati, poiché non presentano proprietà migliori del cibo

---

<sup>31</sup> Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, “*Quando è giusto dare il latte artificiale a un neonato?*”, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/pediatria/quando-e-giusto-dare-il-latte-artificiale-un-neonato>, 09/11/2013, (ultima consultazione il 29/08/2023).

<sup>32</sup> Istituto Superiore di Sanità, “*Allattamento*”, <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/epidemiologia-italia#:~:text=Il%20tasso%20di%20partecipazione%20ha,pari%20al%2031%2C3%25>, 07/10/2023, (ultima consultazione il 29/08/2023).

<sup>33</sup> Ronfani L., “*Profilo di salute ed equità della Regione Friuli Venezia Giulia del 2020*”, Trieste, 2020. Consultabile [https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/allegati/24012022\\_Profilo\\_di\\_salute\\_FVG.pdf](https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/allegati/24012022_Profilo_di_salute_FVG.pdf)

<sup>34</sup> Marchili M.R. e Gesualdo F., Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, “*Svezzamento*”, <https://www.ospedalebambinogesu.it/svezzamento-80539/>, 14/12/2022, (ultima consultazione il 29/08/2023)

tradizionale, ma si possono offrire cibi preparati in casa secondo il modello della dieta mediterranea. La porzione sarà composta da un quarto di proteine, un quarto di carboidrati e metà piatto di verdure, più i grassi. Per le merende sono raccomandabili frutta e yogurt naturale intero, evitando prodotti con zuccheri o coloranti aggiunti, dolci e spuntini o succhi di frutta industriali. Attraverso la sperimentazione con i tagli sicuri, ossia con pezzi di cibo croccante o particolarmente morbido come le verdure cotte e crude fatte a listarelle o cubetti, il bambino sperimenta l'alimento solido in bocca, sviluppando gradualmente la capacità di masticazione. È importante offrire ai bambini un'alimentazione varia, con diversi tipi di cereali, anche integrali, proteine sia animali che vegetali, come carne, pesce, uova, formaggi o legumi, evitando di associarli all'interno dello stesso pasto, perché un eccesso proteico causa obesità e sovrappeso nelle età successive. La frutta e la verdura fresca, soprattutto di stagione, vanno offerte 2-3 volte al giorno, possono essere sia cotte che crude e servono all'apporto di vitamine, fibre e sali minerali. I grassi come l'olio extra vergine di oliva e quelli contenuti nei latticini interi fungono da fonte di acidi grassi per lo sviluppo neuronale. Gli alimenti da evitare assolutamente fino ai due anni sono il sale, perché modifica il gusto e predispone ad obesità e problemi renali, e lo zucchero per l'eccessivo apporto calorico e la predisposizione al gusto dolce, a problemi metabolici come il diabete, all'infiammazione, alla disbiosi e alla steatosi epatica.<sup>35</sup> Latte vaccino e infusi a base di erbe potrebbero contenere i tannini, ossia delle sostanze in grado di limitare l'assimilazione di micronutrienti essenziali.<sup>36</sup> Il miele, invece, potrebbe causare il Botulismo infantile.

Secondo i dati Unicef, il 97% dei bambini africani tra i 6-11 mesi e il 71% di quelli tra i 12-13 viene allattato al seno,<sup>37</sup> ma non in modo esclusivo, infatti, vi è l'usanza di dare acqua e altri liquidi. Il 30% utilizza latte in formula, specialmente in Tunisia, Nigeria e Namibia. Tuttavia, si stima che in Africa l'allattamento al seno venga prolungato in media fino ai 16-28 mesi.<sup>38</sup> Gli alimenti maggiormente offerti ai bambini all'inizio dell'alimentazione complementare sono carboidrati e vegetali come pomodori, carote, spinaci, radicchio, cavolo, broccoli, mango, papaya e frutto della passione. Tuttavia, la dieta dei bambini è poca varia, infatti vi è scarso

---

<sup>35</sup> Paglia L., <https://www.sioi.it/troppo-zucchero-nella-dieta-dei-nostri-bambini/>, (ultima consultazione 14/08/2023)

<sup>36</sup> Barocco G. e Del Pio T., Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, "Linee di indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi – 3 anni", Trieste, 27/11/2018, da pagina 6 a 9 e da pagina 19 a 20.

<sup>37</sup> Unicef, "*Children, food and nutrition*", 2019, consultabile a <https://www.unicef.org/media/60846/file/SOWC-2019-WCA.pdf>, pagine 3 e 4.

<sup>38</sup> Claude Dop M., "*Breastfeeding in Africa: will positive trends be challenged by the AIDS epidemic?*", gennaio-marzo 2022, Francia, pagine 64-72.

consumo di uova, latticini e legumi. Tre bambini su quattro dell’Africa centro-ovest non mangiano almeno cinque alimenti diversi sugli otto gruppi disponibili, il 40% non mangia frutta e verdura, nonostante la disponibilità e il 53% non si nutre a sufficienza. Inoltre, quasi la metà dei bambini africani sono soliti a consumare spuntini dolci e salati fin dai primi mesi di vita.<sup>39</sup>

### **1.3 - Gli incidenti domestici infantili**

Uno degli incidenti domestici più gravi che possono accadere nei primi mesi di vita è la SIDS. Il rischio persiste dalla nascita fino all’anno di vita, con un picco tra i due e i quattro mesi, e minore probabilità dopo i sei. Non esistono dati esatti sulla sua incidenza, ma si stima che colpisca l’1-1,5 ‰ sui nati vivi. Grazie alle indicazioni fornite ai genitori per la prevenzione, l’evento è in diminuzione, dunque in Italia pari a circa il 0,5‰, con 250 casi l’anno. I fattori determinanti per la prevenzione sono: la posizione supina del bambino nel sonno, la giusta vestizione e un lettino ad uso esclusivo del bambino, evitando la condivisione con genitori o fratelli.<sup>40</sup> Anche in questo caso i report sulla sorveglianza evidenziano che il rischio di SIDS è maggiore nelle famiglie con un minor livello di scolarizzazione, con maggiori difficoltà economiche e straniere.<sup>41</sup>

Ogni anno, in Italia, migliaia di bambini 0-3 anni sono vittime di incidenti domestici o stradali, molto spesso prevenibili, rappresentando la principale causa di morte nei Paesi industrializzati. L’Africa è il continente che registra il maggior tasso di decessi infantili per infortuni accidentali, superando di dieci volte i Paesi ad alto reddito. Ciò avviene da un lato per una scarsa percezione del rischio da parte delle famiglie, ma soprattutto per la quasi totale assenza di strutture di primo soccorso in grado di intervenire prontamente ed efficacemente nel trattamento di tali incidenti. Vi è poi il problema degli infortuni non fatali ma invalidanti, i quali non vengono trattati come dovrebbero a causa delle scarse possibilità economiche delle famiglie.<sup>42</sup> Inoltre, gli studi rilevano come i bambini stranieri con meno di un anno, residenti nel nostro Paese, muoiano il

---

<sup>39</sup> Unicef, “*Children, food and nutrition*”, 2019, consultabile a <https://www.unicef.org/media/60846/file/SOWC-2019-WCA.pdf>, pagina 6.

<sup>40</sup> INAIL, “*La salute e la sicurezza del bambino*”, edizione 2014, Roma.

<sup>41</sup> Regione Piemonte, “*Sistema di sorveglianza 0-2 anni*”. Risultati dell’indagine 2018-2019, Torino, 2020. Pagine 27 e 28. Consultabile [https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report\\_Piemonte\\_Sorv\\_02.pdf](https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report_Piemonte_Sorv_02.pdf)

<sup>42</sup> Epicentro, Oms e Unicef: la prevenzione degli infortuni e degli incidenti nei bambini, <https://www.epicentro.iss.it/incidenti/infanziaOms08>, (ultima consultazione il 12/08/2023).

66% in più rispetto a quelli italiani.<sup>43</sup> Risulta dunque interessante capire se la percezione del rischio muta in base al contesto in cui si vive.

I dati ISTAT dell'anno 2011 riportano che negli ultimi tre mesi precedenti all'intervista, i bambini residenti in Italia infortunati con età compresa tra i 0 e i 4 anni sono stati 36.562, dunque 12,85 su 1.000. La causa dell'incidente più comune tra i 0 e i 5 anni è la caduta sul pavimento, seguita dall'urto sui mobili dell'abitazione e l'ustione da forno. Il trauma cranico è una delle principali cause di morte nei bambini con più di un anno di vita.<sup>44</sup> Gli ambienti maggiormente interessati ai rischi domestici, secondo i dati ISTAT del 1999, sono la cucina (40%), il soggiorno (28%) e la camera da letto (13%).<sup>45</sup> La maggior parte degli incidenti in questa fascia d'età avvengono durante momenti di gioco o svago e sono ferite (42,1%) e ustioni (20%), che colpiscono gli arti superiori, la testa e gli arti inferiori. A seguito dell'infortunio il 37% si rivolge al pronto soccorso, mentre il 33,7% ai familiari conviventi.<sup>46</sup>

#### **1.4 - Percorsi migratori e fattori culturali degli africani**

Secondo i dati Istat, gli africani residenti nella città di Udine nel 2021 erano 2.897, pari al 20,74% della popolazione migrante residente.<sup>46</sup> I Nigeriani rappresentano la seconda comunità dopo i Ghanesi e costituiscono la maggior parte dei soggetti afferenti ai servizi a cui si fa riferimento in questa tesi. La Nigeria è lo Stato più popoloso dell'Africa e il sesto al mondo, con 213,4 milioni di abitanti nel 2021, dunque un africano su sei risulta essere nigeriano. Questo Paese è caratterizzato da una variegata combinazione di culture, tanto che si contano ben 250 etnie diverse, e una netta divisione religiosa, infatti la parte nord del Paese è a prevalenza musulmana, mentre quella sud cristiana. In tutto il Paese è ampiamente diffusa la religione animista. Tali differenze sfociano spesso in scontri religiosi, con attacchi terroristici e imposizioni, culminanti nella parte nord est del Paese, con le azioni terroristiche di Boko Haram, un'organizzazione jihadista nata nel 2002. La Nigeria, inoltre, è destabilizzata da criminalità organizzata, violenza urbana diffusa, inesistente libertà di stampa e di parola, tassi

---

<sup>43</sup> Società Italiana di Pediatria, Italia spaccata a metà sulla mortalità infantile. De Curtis: "Il 47% in più di rischio morte per chi nasce al Sud", <https://sip.it/2020/12/14/italia-spaccata-a-meta-sulla-mortalita-infantile-de-curtis-il-47-in-piu-di-rischio-morte-per-chi-nasce-al-sud/>, (ultima consultazione il 12/08/2023).

<sup>44</sup> Ministero della Salute, "Bambini sicuri in casa, piccola guida per i genitori", Roma, 2015

<sup>45</sup> INAIL, "La salute e la sicurezza del bambino", edizione 2014, Roma

<sup>46</sup> TuttiItalia.IT, "Cittadini stranieri Udine 2021", <https://www.tuttitalia.it/friuli-venezia-giulia/86-udine/statistiche/cittadini-stranieri-2021/#:~:text=I%20dati%20tengono%20conto%20dei,%2C2%25%20della%20popolazione%20residente,2022,>

(Ultima consultazione il 06/09/2023).

di disoccupazione pari al 40% tra i giovani e inflazione al 21%. Inoltre, il 60% della popolazione vive sotto il livello di povertà e l'aspettativa di vita è pari a 52,5 anni.<sup>47</sup>

Secondo il Mixed Migration Center (MMC), al 2022 in Italia si trova la seconda comunità di nigeriani più grande d'Europa, con quasi 120.000 migranti. Gli intervistati nigeriani, residenti sul territorio da meno di cinque anni, sono per il 57% uomini, ma entrambi i generi rientrano prevalentemente nella fascia di età 18-35. Il grafico 3 mostra i principali motivi che spingono le persone a migrare da questo Paese, dunque la fuga da atti di violenza, motivi familiari e privazione di diritti umani e libertà. In particolar modo, gli intervistati maschi hanno classificato all'interno dell'insieme "Violenza" avvenimenti di conflitto generale o guerra, mentre le femmine violenza di genere e domestica.<sup>48</sup>

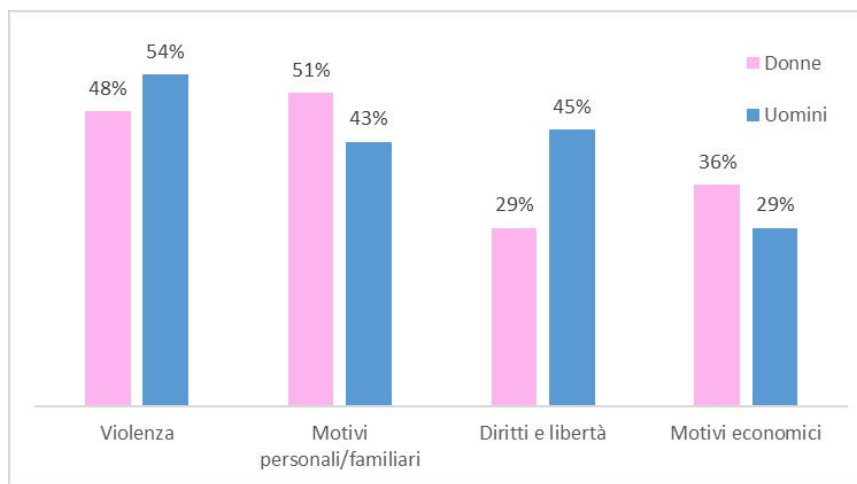


Grafico 3: distribuzione percentuale per motivi di migrazione in base al genere (tratto da "Il viaggio dei Nigeriani verso l'Italia: drivers, rotte e rapporti con i trafficanti")

Il 47% dei migranti affronta viaggi lunghi più di due anni per raggiungere l'Italia. Il percorso migratorio prevede in quasi la totalità dei casi la rotta Mediterranea, dunque il passaggio per il Niger, la Libia o la Tunisia e il Mar Mediterraneo. In media solo un migrante su dieci non utilizza le reti illegali dei trafficanti e la quasi totalità delle persone rischia la propria vita durante il viaggio. Il 40% del tempo di permanenza in Libia trascorre in regime di detenzione,

<sup>47</sup> Carbone G., Enciclopedia Treccani, "Atlante Geopolitico 2015, Nigeria", [https://www.treccani.it/enciclopedia/nigeria\\_res-d6cc6024-7f2e-11e6-9672-00271042e8d9\\_%28Atlante-Geopolitico%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/nigeria_res-d6cc6024-7f2e-11e6-9672-00271042e8d9_%28Atlante-Geopolitico%29/), 2016, (ultima consultazione il 01/09/2023).

<sup>48</sup> MMC Europe 4Mi Snapshot, "Il viaggio dei Nigeriani verso l'Italia: drivers, rotte e rapporti con i trafficanti", [https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221\\_Il\\_viaggio\\_dei\\_Nigeriani\\_verso\\_l-1-%CC%81Italia\\_drivers\\_rotte\\_e\\_rapporti\\_con\\_i\\_trafficanti.pdf](https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221_Il_viaggio_dei_Nigeriani_verso_l-1-%CC%81Italia_drivers_rotte_e_rapporti_con_i_trafficanti.pdf), aprile 2022, (ultima consultazione il 02/09/2023).



durante il quale i migranti subiscono torture, ricatti e violenze, soprattutto a danno delle donne che vengono prese in ostaggio.<sup>49</sup>

Un altro aspetto culturalmente molto diffuso tra le donne africane, anche se immigrate, è la mutilazione genitale femminile (MGF). Tale atto in Italia è severamente vietato, poiché danneggia l'integrità fisica, mentale e morale delle bambine. La cultura della mutilazione genitale femminile, però, è molto radicata e spesso viene mantenuta come valore tradizionale da difendere, per tanto, non appena vi è l'occasione, per esempio durante la vacanza nel Paese d'origine, viene eseguita alle bambine prepuberi. Nel questionario non è stata prevista una domanda su questo argomento, poiché ritenuto troppo delicato, ma essendo un tema di notevole importanza nella promozione della salute, è necessario parlarne. “Con l'espressione *mutilazioni genitali femminili* si fa riferimento a tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o ad altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”.<sup>50</sup> La diffusione e l'età della pratica varia in base al Paese africano: in Egitto, ad esempio, viene effettuata al 90% delle bambine tra i 4 e i 15 anni, in Etiopia e Mali al 60% prima dei 5 anni e nello Yemen al 76% nelle prime due settimane di vita. In Nigeria, la MGF viene praticata nel circa 20% delle donne e, considerato l'alto numero di migranti nigeriani, egiziani ed in generale africani presenti sul territorio italiano, è un tema che va trattato attraverso progetti di promozione della salute per sensibilizzare i genitori e prevenire queste violenze sulle bambine. Si stima, infatti, che in Italia ci siano oltre 7.000 bambine a rischio di mutilazione. I danni di tale pratica possono essere a breve termine come shock, sepsi ed emorragie, a medio come difficoltà e dolore nell'espulsione di materiale biologico, dolore, infiammazione del tratto urinario o genitale. A lungo termine le donne rischiano dismenorrea, dolori cronici, difficoltà sessuali, infertilità, complicanza e morte durante il parto. È importante che tutti gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i migranti africani siano informati e sensibilizzati su questo problema, al fine di cogliere segnali di rischio, educare i genitori e creare una rete di protezione intorno alle bambine.

---

<sup>49</sup> MMC Europe 4Mi Snapshot , “*Il viaggio dei Nigeriani verso l'Italia: drivers, rotte e rapporti con i trafficanti*”, [https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221\\_Il\\_viaggio\\_dei\\_Nigeriani\\_verso\\_l-CC%81Italia\\_drivers\\_rotte\\_e\\_rapporti\\_con\\_i\\_trafficanti.pdf](https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221_Il_viaggio_dei_Nigeriani_verso_l-CC%81Italia_drivers_rotte_e_rapporti_con_i_trafficanti.pdf) , aprile 2022, (ultima consultazione il 02/09/2023).

<sup>50</sup> A cura di Scattoni O. e Rossitto A., “*Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili.*”, dicembre 2011. Consultabile <https://www.alberodellavita.org/wp-content/uploads/2014/10/Il-diritto-di-essere-bambine-.pdf> , pagina 13.

## 1.5 – Documenti fondanti la promozione della salute e la genitorialità responsabile

La promozione della salute si basa su diversi documenti integrati da parte dei governi, che riportano l'importanza e la necessità di attuare azioni preventive in maniera uniforme sulla popolazione.

I documenti più significativi in materia di prevenzione e promozione della salute sono: la “Dichiarazione di Alma Ata” del 1978, la “Carta di Ottawa” del 1986 e la “Carta di Bangkok” del 2005.

Nella Dichiarazione di Alma Ata è discussa l'importanza dell'associazione tra cure primarie e promozione della salute, in quanto, attraverso essa, i cittadini partecipano attivamente alla costruzione della propria salute, in modo consapevole e responsabile.

Successivamente, la Carta di Ottawa parla di promozione della salute come uno strumento attraverso il quale la persona o la comunità aumenta le competenze per controllare e migliorare la propria salute.<sup>51</sup> La comunità diventa dunque un soggetto attivo nella definizione dei determinanti della propria salute.

Vi è poi il “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025”, riportante in diversi suoi punti l'importanza della *One Health*, dell'equità delle azioni all'interno della comunità, della promozione della salute e della prevenzione come cardini dell'assistenza primaria.

Il “Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025” presenta un capitolo specifico relativo all'importanza degli interventi nei primi 1.000 giorni di vita, approfondendo gli aspetti della salute riproduttiva, dei corretti stili di vita, dell'allattamento e dell'individuazione di segnali precoci di disagio da parte del bambino.

Inoltre, l'interconnessione tra il benessere del genitore e quello dei figli viene trattato dalla Regione Veneto nel documento “Genitori Più”, il quale approfondisce tutti gli aspetti che possono caratterizzare la genitorialità, in modo da offrire informazioni complete e affidabili su temi quali: la depressione post-partum, il ruolo del partner, i disturbi d'ansia e le difficoltà emotive. “Genitori Più” parla anche degli stili di vita raccomandati e attiva percorsi di formazione e sensibilizzazione per operatori e genitori.

---

<sup>51</sup> Congresso internazionale sulla Promozione della Salute, “Carta di Ottawa per la promozione della salute”, 21 novembre 1986, Canada.

## CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

### 2.1 - Problema

Per via dei grandi flussi migratori che caratterizzano la storia mondiale degli ultimi decenni, il numero di mamme migranti è in continuo aumento<sup>52</sup> e con esse il numero di bambini che si ritrovano a metà tra culture spesso molto differenti tra loro. Nonostante la maggior parte dei migranti presenti sul territorio sia proveniente dall'est Europa, è importante indagare le abitudini delle famiglie africane, anch'esse fortemente presenti<sup>53</sup> e culturalmente molto distanti dall'Italia. Spesso gli usi tipici del Paese di appartenenza, come l'alimentazione e gli stili di vita, non risultano salutari per le mamme e i bambini una volta trasferiti nel nostro contesto di vita. Secondo i dati Istat, gli immigrati tendono ad avere una dieta caratterizzata da un eccesso di carboidrati e zuccheri semplici che porta all'aumento dell'incidenza di patologie tipicamente occidentali, come l'ipertensione arteriosa e il diabete, anche in gravidanza.<sup>54</sup> Dall'altro lato, come già riportato, le donne africane tendono ad essere maggiormente propense all'allattamento al seno rispetto a quelle italiane, ma tendono a integrare con acqua e bevande zuccherine che potrebbero influire sulla salute al neonato.<sup>55</sup> Fra le madri straniere, inoltre, il tasso di natimortalità, mortalità perinatale e incidenti domestici infantili è più alto rispetto alle madri italiane.<sup>56 57</sup> In parte ciò è dovuto al fatto che solo un quarto dei migranti conosce i suoi diritti di accesso alle cure e vi sono importanti ostacoli come le barriere linguistiche e culturali, che limitano le richieste di assistenza, rallentando la diagnosi e il trattamento precoce.<sup>58</sup> Nonostante l'elevato tasso di cittadini africani residenti nella città di Udine, manca una rilevazione sulle abitudini e le scelte di salute delle mamme africane durante i primi 1.000 giorni

---

<sup>52</sup> ISTAT, “*Migrazioni interne e internazionali della popolazione residente, anno 2021*”, 9 febbraio 2023. Consultabile [https://www.istat.it/it/files//2023/02/REPORT\\_MIGRAZIONI\\_2021.pdf](https://www.istat.it/it/files//2023/02/REPORT_MIGRAZIONI_2021.pdf) .

<sup>53</sup> IRES FVG, “*IMPACTFVG 2014-2020. Osservatorio regionale sull'immigrazione. Rapporto finale.*”, ottobre 2022. Consultabile [https://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA2/allegati/23\\_Report\\_finale\\_Osservatorio.pdf](https://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA2/allegati/23_Report_finale_Osservatorio.pdf) .

<sup>54</sup> A cura di Petrelli A. et al. Epidemiologia e prevenzione, “*Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT*”, Milano, agosto 2017. Consultabile <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7467165.pdf> .

<sup>55</sup> Claude Dop M., “*Breastfeeding in Africa: will positive trends be challenged by the AIDS epidemic?*”, Marzo 2022, Francia. Consultabile <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11943640/> .

<sup>56</sup> Di Fraia G. ed al. “*Rapporto osserva salute 2014*”, consultabile al link [https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02\\_sopravvivenza.pdf](https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02_sopravvivenza.pdf) , 2016, Italia.

<sup>57</sup> Istat, “*La salute riproduttiva della donna*”, Roma, 2017. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf> , da pagina 101 a pagina 110.

<sup>58</sup> Istituto Superiore di Sanità, “*Le condizioni di salute degli immigrati in Europa*”, <https://www.epicentro.iss.it/globale/eurObserver> , (ultima consultazione il 06/09/2023).

di vita del bambino. I dati regionali e nazionali sono spesso poco specifici relativamente alle diverse etnie, poiché considerano tutti gli stranieri come uno stesso gruppo, a prescindere dalle differenze etniche presenti. Inoltre, le poche rilevazioni esistenti si riferiscono solo ad alcuni dei macro-argomenti inclusi nella promozione dei primi 1.000 giorni, come l'allattamento e la mortalità precoce. Tra la letteratura internazionale è presente qualche dato più specifico sulle abitudini africane, ma anche in questo caso è spesso unito a quelle asiatiche o si riferisce esclusivamente alla vita nel Paese di origine, non dopo la migrazione. Per questo motivo è stato condotto il presente studio, in modo da rilevare le necessità delle donne e dei bambini di origine africana, al fine di strutturare un progetto di promozione della salute attuabile nella provincia di Udine, basato sui reali bisogni di salute.

Una funzione propria dell'Assistente Sanitario è quella di indagare i bisogni della comunità attraverso studi socio-culturali ed epidemiologici, al fine di programmare, progettare, attuare e valutare interventi di educazione e promozione alla salute appropriati.<sup>59</sup> Per l'Assistente Sanitario di consultorio è importante conoscere le abitudini di vita dei migranti, in modo da agire a supporto della singola famiglia durante le attività ambulatoriali e della comunità, in cui sono inseriti interventi di promozione ai corretti stili di vita.

## **2.2 – Scopo dello studio**

Lo studio condotto è stato programmato sulla base di alcuni quesiti di ricerca:

- Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle mamme africane facenti parte del campione?
- Quali sono le abitudini alimentari delle mamme e dei bambini africani nei primi 1.000 giorni di vita?
- Qual è la percezione del rischio di infortunio domestico infantile nelle famiglie africane?
- Qual è il livello di consapevolezza su rischi e benefici dei comportamenti nei primi 1.000 giorni?
- In un'ottica di stile di vita salutare, quali sono i punti di forza e gli aspetti migliorabili delle abitudini tradizionali delle donne rispetto agli stili di vita?
- Le mamme africane conoscono il consultorio e i servizi offerti a sostegno della genitorialità?

---

<sup>59</sup> Ministero della sanità, Decreto Ministeriale n. 69, “Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario”, 17 gennaio 1997.

A partire da questi quesiti sono stati individuati l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici. L'obiettivo generale è stato indagare sugli stili di vita delle mamme e dei bambini africani immigrati durante i primi 1.000 giorni. Gli obiettivi specifici sono stati:

- Descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione;
- Descrivere le abitudini alimentari delle mamme africane e dei loro figli fino ai primi 1.000 giorni di vita;
- Indagare la percezione del rischio di infortuni domestici infantili;
- Indagare il grado di conoscenza delle mamme sulla promozione della salute nei primi 1.000 giorni;
- Indagare sulla conoscenza del Consultorio Familiare e dei servizi da esso offerti;
- Raccogliere dati per elaborare un progetto sulla promozione di stili di vita salutari nelle famiglie africane.

### **2.3 – Revisione della letteratura**

La revisione della letteratura è stata svolta prevalentemente attraverso il motore di ricerca “Google” e “Google Scholar”, utilizzando come parole libere:

- Primi 1.000 giorni / *First 1.000 days*;
- Bambino africano/ *African Child*;
- Salute migrante africano / *African migrant's health*;
- Allattamento / *Breastfeeding*;
- Incidenti domestici / *Domestic accidents*;
- Immigrazione in Italia / *Immigration to Italy*;
- Alimentazione / *Diet*.

La ricerca ha prodotto come primo articolo “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future”, (Ministero della Salute, 2019).

La ricerca ha portato inoltre ad articoli sia nazionali che internazionali e sono stati consultati esclusivamente quelli scientificamente certificati da enti tra i quali:

- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- Istituto Superiore di Sanità (ISS);

- Ministero della Salute;
- Unicef;
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT);
- *National Institutes of Health* (NIH);
- Regione Piemonte;
- Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia.

La ricerca in PubMed è partita con i termini “*First 1.000 days*”, “*Migrants Habits*” e “*Africa*” “*Children*”, portando come risultato 29 articoli ed il primo ad essere consultato è stato “*Migration and psychological status in South African black migrant children*”<sup>60</sup>. Successivamente sono state incrociate ulteriori parole chiave come “*Breastfeeding*”, “*Diet*” e “*Domestic Accidents*”, ottenendo 83 articoli, poi filtrati escludendo quelli precedenti agli ultimi dieci anni. Infine, si sono ottenuti 47 risultati, dei quali alcuni sono stati presi in considerazione per lo svolgimento dello studio.

*Keywords: First 1.000 days, Africa, Children, Migrats Habits, Breastfeeding, Diet, Domestic Accidents.*

*Search details:*

*(((((children[MeSH Terms]) AND (africa[MeSH Terms])) OR (breastfeeding[MeSH Terms])) OR (first 1000 days[MeSH Terms])) AND (migrants habits[MeSH Terms]) AND (Diet[MeSH Terms]) AND (Domestic Accidents[MeSH Terms])).*

I testi che sono stati consultati maggiormente durante la revisione della letteratura sono:

- A cura di Barbone F. et al., *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*, Roma, Ministero della Salute, 2019;
- A cura di Petrelli A. et al., *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT*, Milano, 2017;
- A cura di Ronfani L. et al., *Profilo di salute ed equità 2020 regione FVG*, Trieste, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, 2020;

---

<sup>60</sup> Magwaza AS. “*Migration and psychological status in South African black migrant children*”. *J Genet Psychol.* 1994 Sep;155(3):283-8. doi: 10.1080/00221325.1994.9914778. PMID: 7964654.

- A cura di Scattoni O. e Rossitto A., *Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili*, Fondazione L'Albero della Vita, Milano, 2011;
- Barocco G. e Del Pio T., *Linee di indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi – 3 anni*, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, Trieste, 2018;
- INAIL, *“La salute e la sicurezza del bambino. Quaderni per la salute e la sicurezza”*, II edizione, Roma, 2014;
- ISTAT, *La salute riproduttiva della donna*, Roma, 2017.

Lo sviluppo del progetto di tesi è stato limitato dalla carenza e dalla generalità della letteratura presente sul tema, dunque, inizialmente sono state riscontrate difficoltà nella ricerca. Lo studio viene illustrato nella sinossi in allegato (allegato 1).





## **CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI**

### **3.1 - Campionamento**

Il campione ideale dello studio era costituito esclusivamente da donne di origine africana residenti a Udine, con almeno un bambino di età tra i 0 e i 2 anni, incluse le gestanti. La raccolta dei dati è avvenuta presso: il Consultorio Familiare, in particolare nell'Ambulatorio Mamma-Bambino dove si è svolto il tirocinio curricolare; le case-famiglia e il nido d'infanzia della Caritas; l'Associazione Centro Aiuto alla Vita che supporta le donne migranti nell'integrazione sociale; Nidi di infanzia pubblici del Comune di Udine, ("Fantasia dei bimbi", "Sacheburache", "Dire, fare, giocare" e "Cocolar"); sala post-vaccinale del Servizio Vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione di Udine. In quest'ultimo contesto, per evitare atteggiamenti discriminatori nei confronti delle donne africane, si è deciso di somministrare il questionario a tutte le mamme presenti. In questo modo è stata raggiunta una numerosità del campione di 100 questionari tra le africane e 100 tra le italiane, mentre le altre nazionalità sono state scartate. Ciò ha permesso di effettuare un confronto tra le abitudini di vita delle due provenienze, evidenziando alcune notevoli differenze.

Per la compilazione del questionario sono state seguite due modalità, ossia quella cartacea e quella digitale. Il formato cartaceo è stato prevalentemente somministrato tramite intervista diretta alle donne africane per facilitarne la comprensione. Le donne italiane lo hanno compilato autonomamente. Il formato digitale è stato utilizzato nei Nidi d'Infanzia sopra citati, su richiesta dei coordinatori per velocizzare le procedure di somministrazione.

### **3.2 - Questionario alle mamme**

Il questionario (allegato 3) è stato elaborato secondo gli obiettivi specifici della tesi, in condivisione con gli operatori del Consultorio e il relatore. Per la realizzazione sono stati utilizzati i programmi Word per il formato cartaceo e Google Form per quello digitale. Il questionario è stato somministrato dalla seconda settimana di maggio fino a metà luglio, grazie alla collaborazione degli operatori dei servizi e delle comunità. Per renderlo comprensibile ai diversi livelli culturali sono stati utilizzati termini semplici, e approfonditi solo gli aspetti più rilevanti delle problematiche indagate. Per superare le barriere linguistiche il questionario è stato tradotto in lingua inglese e francese. In quasi la totalità dei questionari somministrati alle donne africane, la studentessa ha posto le domande in inglese, cogliendo l'occasione per

spiegare il significato dei termini. Alcuni questionari sono stati compilati presso il domicilio, permettendo l'osservazione del contesto abitativo, delle dinamiche familiari e domestiche o del rapporto mamma-bambino nell'ambiente di vita.

Il questionario era composto da 33 domande, di cui 5 a risposta scritta chiusa, 15 a scelta multipla, una di valutazione, 10 a matrice e due aperte. Era inoltre suddiviso in sei sezioni, ossia quella socio-demografica della madre, quella relativa alle abitudini alimentari del bambino ed in seguito della mamma, gli stili di vita mamma-bambino, gli incidenti domestici infantili e la conoscenza del Consultorio Familiare. Di seguito viene riportata la denominazione dei quesiti nella relativa matrice dati utilizzata per l'analisi dei dati. (Tabella 1)

Domanda questionario	Matrice dati	Domanda questionario	Matrice dati	Domanda questionario	Matrice dati
1	A01	12	B03	23	C08
2	A02	13	B04	24	D01
3	A03	14	B05	25	D02
4	A04	15	B06	26	D03
5	A05	16	C01	27	D04
6	A06	17	C02	28	D05
7	A07	18	C03	29	E01
8	A08	19	C04	30	E02
9	A09	20	C05	31	E03
10	B01	21	C06	32	E04
11	B02	22	C07	33	E05

Tabella 1: riferimenti dei quesiti nella matrice dati

Nella “Sezione A - Dati socio-demografici della mamma” si è indagato, attraverso nove domande strutturate di vario genere (A01 – A10), l'anno di nascita e il Paese di origine della donna, da quanto tempo vive in Italia se straniera, le religioni, l'età dei figli e dove vivono i parenti, il titolo di studio e l'occupazione lavorativa.

La “Sezione B - Abitudini alimentari del bambino” indaga, attraverso l'utilizzo di sei quesiti (B01-B06), la frequenza dell'allattamento al seno e/o con formula, l'alimentazione con cibi cucinati in casa e/o acquistati, la durata dell'allattamento materno e l'età di inizio dell'alimentazione complementare. Viene inoltre chiesto di elencare in forma scritta gli alimenti maggiormente preparati per il bambino. Infine, si è indagato il grado di conoscenza delle mamme sulle limitazioni consigliate entro i 24 mesi.

Nella “Sezione C - Abitudini alimentari della mamma”, con otto domande (C01-C08), si è analizzata l’incidenza di patologie croniche non trasmissibili sia della donna che dei suoi familiari, quali diabete e ipertensione, al fine di comprenderne la predisposizione genetica e le abitudini del contesto di provenienza. È stata chiesta anche la frequenza di consumo di vari alimenti. Il campione è stato invitato ad indicare da chi ha ricevuto dei consigli o indicazioni alimentari durante la gravidanza, in particolar modo tra familiari, amici, medici, operatori del Consultorio e nutrizionisti o dietisti. Alla fine della sezione viene chiesto alla donna di indicare, a titolo personale, in una scala da 1 a 10 il grado di soddisfazione sulle proprie abitudini alimentari.

Nella “Sezione D – Attenzioni verso lo sviluppo del bambino”, attraverso la risposta ai primi tre quesiti (D01-D03) è stato esplorato il grado di accordo o disaccordo della mamma relativamente al ruolo educativo della lettura e del gioco con il bambino. Inoltre, si è rilevato il tempo trascorso dai bambini all’aria aperta, in particolar modo camminando con la madre, e quello dedicato all’utilizzo dei dispositivi elettronici. Attraverso gli ultimi due quesiti (D04-D05), si è indagata la percezione della mamma sui rischi di infortunio dei bambini in ambito domestico. È stata proposta una tabella con domande a matrice, riportante i principali tipi di incidente: cadute, soffocamento, ustioni, urti su superfici, tagli e ingestione di sostanze nocive. Infine, attraverso un’altra tabella, si è indagato il rischio di morte in culla, chiedendo in quale posizione il bambino viene posto durante il sonno nei primi mesi di vita.

Nella “Sezione E - Conoscenza del Consultorio Familiare di Udine” è stato indagato il grado di informazione delle madri relativamente ai servizi offerti dall’Azienda sanitaria a sostegno della donna e del bambino, e in che modo ne sono venuti a conoscenza. Attraverso cinque domande (E01-E05) è stato richiesto alla donna quanto conoscesse ogni servizio offerto, se ha mai fatto accessi al pronto soccorso con il proprio bambino e in caso positivo di esprimerne la motivazione. Quest’ultima domanda sarebbe stata più pertinente nella sezione relativa agli infortuni domestici, ma è stato valutato che trattandosi di una domanda delicata, era più indicato porla al termine del questionario, quando la resistenza e la titubanza probabilmente si sarebbe attenuata. Le donne, infatti, avrebbero potuto sentirsi giudicate per le risposte date e perciò limitate nella sincerità.

Il questionario è stato strutturato mediante l’utilizzo di domande di tipo qualitativo e quantitativo su scala nominale ed ordinale. I quesiti erano a scelta multipla, sia semplici che a batteria di domande, risposta scritta breve e a domanda aperta (B05 e E05). Molti di essi prevedevano l’utilizzo di diverse varianti della scala Likert, come “mai”, “alcune volte al

giorno”, “quasi sempre” ed “esclusivamente”, riscontrabili nelle domande B01 e B04. La scala “assolutamente no”, “più no che sì”, “più sì che no” e “assolutamente sì” è stata utilizzata in B06, mentre quella “raramente/mai”, “1-2 volte a settimana”, “3-4 volte a settimana” e “ogni giorno” in C05. La successione “per niente”, “poco”, “abbastanza” e “molto” è stata utilizzata per C06, C07, D01 ed E03. “Mai”, “raramente”, “a volte” e “spesso” era riscontrabile in D04, mentre in D05 “mai”, “qualche volta”, “quasi sempre” e “sempre”.

Per quanto concerne le domande a risposta multipla, ossia A04, A06, A07, A08, B02, B03, C01, C02, C03, C04, D02, D03, E01, E02 e E04, sono state realizzate per indagare le macro-aree degli stili di vita dei bambini 0-2 anni e delle mamme.

Per semplificare la compilazione della sezione socio-demografica sono state utilizzate domande a risposta scritta chiusa, come nel caso di A01, A02, A03, A05 e A08. C08 è stata strutturata come scala di valutazione, dove i voti da 1 a 5 risultano insufficienti, 6 e 7 sufficienti, 8 e 9 buoni e 10 ottimi.

### **3.3 - Analisi dei dati e metodo statistico**

Ultimata la raccolta dei dati, l’elaborazione è avvenuta in prima istanza con la codifica delle risposte e l’associazione ad uno o più grafici univariati, consentendo la formulazione delle prime considerazioni relative allo studio. L’analisi dei dati e la costruzione dei grafici sono state svolte con l’utilizzo di Excel, in particolar modo con le tabelle Pivot.

I dati sono stati inseriti manualmente nella matrice delle risposte, procedendo con l’utilizzo di codici numerici per l’analisi. Per le tabelle con domande a batteria, ad ogni risposta è stato assegnato un numero da 1 a 4, dove 1 corrisponde al grado minore e 4 al maggiore. Nei quesiti a scelta multipla, invece, sono stati utilizzati i numeri arabi in modo crescente, identificando la prima risposta con il numero 1 e le seguenti secondo la scala. Le risposte in formato testo sono state aggregate per categoria e riportate in specifiche tabelle che ne rappresentano la frequenza dei singoli termini. Infine, sono stati selezionati i dati di maggior interesse, in modo da approfondirli e confrontarli con la bibliografia già esistente.

Per l’analisi sono stati utilizzati diversi strumenti statistici, quali somma, indice di variazione, coefficiente di variazione, regressione e la funzione “analisi dati”, con la quale sono state rilevate le correlazioni tra i singoli alimenti consumati dal campione e la valutazione sul proprio stile alimentare. I grafici mostrano dati percentuali per quanto ricavato dalle domande a scelta multipla o a compilazione scritta breve, e indici standardizzati da 0 a 1 per le batterie di domande. La standardizzazione riporta la media su un intervallo da 0 a 1 e tiene conto della

diversa numerosità delle singole variabili e degli item di risposta, permettendo di effettuare confronti diretti che non sarebbero possibili altrimenti. Gli elementi più significativi tra quelli riscontrati sono stati confrontati con la letteratura già esistente e discussi nel quarto capitolo.

### **3.4 - Aspetti autorizzativi**

Il questionario è stato revisionato dai professori del corso di laurea e dai professionisti del Distretto Sanitario di Udine. Prima della somministrazione presso i servizi del Distretto Sanitario, il questionario è stato autorizzato dalla Direttrice e dal Responsabile infermieristico. In Dipartimento di Prevenzione è stato necessario il consenso del Direttore del Dipartimento, della Direttrice della Struttura Operativa Complessa (SOC), del Coordinatore degli Assistenti Sanitari e dell'Ufficio Amministrativo. Per la raccolta dati presso i servizi della Caritas si è reso necessario il nulla osta dei Coordinatori e Direttori, mentre per i Nidi comunali quello del Coordinatore dei Servizi all'Infanzia del Comune di Udine. Inoltre, la Sinossi (allegato 1) è stata condivisa allo scopo di autorizzare la studentessa ad accedere ai servizi per i fini in essa riportati.

Il questionario è stato accompagnato da una lettera di spiegazione dei motivi e delle modalità della raccolta dati (allegato 2), assicurando che le informazioni ricavate sarebbero state finalizzate solo alla tesi ed elaborate in forma aggregata garantendo l'anonimato, nel rispetto delle normative sulla privacy, come da D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"<sup>61</sup>, integrato con le successive modifiche del D.Lgs. 10 agosto 2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

### **3.5 - Limiti dello studio**

Il questionario è stato somministrato direttamente dalla studentessa, quindi vi è il rischio che le risposte fornite dalle donne siano state dettate dalla consapevolezza di ciò che era più consono

---

<sup>61</sup> Garante della protezione dei dati personali, (2003), Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", Roma.

rispondere. Inoltre, la barriera linguistica e i processi di traduzione potrebbero aver dato errori di comprensione.

Le tempistiche dello studio si sono dimostrate molto lunghe a causa del difficile reperimento del numero di mamme africane necessarie alla composizione di un campione significativo. Inoltre, nonostante la durata del questionario fosse stata stimata, in fase pre-attuativa, attorno ai 10 minuti, per difficoltà linguistiche e barriere culturali ha richiesto mediamente 20 minuti ad intervista. La studentessa ha dovuto recarsi diverse volte in uno stesso luogo, poiché l'affluenza ai servizi era molto variabile.

L'elemento maggiormente limitante riscontrato nello studio è stata la diffidenza delle donne straniere, le quali, nonostante la presentazione ufficiale iniziale, facevano domande insistenti su chi fosse la studentessa e quale fosse il fine delle domande poste. Molte temevano che le informazioni rilevate potessero avere conseguenze legali per loro ed i loro bambini. Per tale motivo le risposte fornite potrebbero non essere completamente esaustive. Per esempio, c'è stato il caso di una madre che ha dichiarato di non essersi mai recata al Pronto Soccorso con la figlia, mentre l'operatrice della Caritas riferiva, in separata sede, che la bambina di due anni era stata ricoverata per ustioni gravi.

## **CAPITOLO 4 - RISULTATI E DISCUSSIONE**

### **4.1 - Analisi dei questionari somministrati**

Per la raccolta dei dati e lo studio sulle abitudini di vita e la cura dei bambini nelle famiglie africane, sono stati raccolti 200 questionari, di cui 100 compilati da mamme italiane e 100 da mamme di origine africana. Le interviste compilate da donne di altre nazionalità (23) sono state scartate, in quanto numericamente scarse e poco significative per il fine dello studio. Il tasso di risposta per i questionari distribuiti fisicamente è stato del 100%, mentre per la modalità digitale di circa il 25% e quasi tutti da parte di mamme italiane.

La completezza di campione è stata soddisfacente, infatti quasi la totalità delle intervistate ha risposto a tutte le domande. È stata riscontrata una minore collaborazione solo nelle risposte alle domande aperte.

### **4.2 - Caratteristiche socio-demografiche del campione**

Le caratteristiche sociodemografiche del campione corrispondono a donne incinte o con almeno un bambino di età compresa tra i 0 e i 2 anni.

Nel grafico 4 vengono messi in evidenza i Paesi di provenienza delle donne africane intervistate, utilizzando il colore arancione per quelli del nord Africa. Si può subito notare come la maggior parte del campione rilevato provenga da Stati della zona Sub-Sahariana e che il gruppo più rilevante sia composto dalle nigeriane, seguite da tunisine, marocchine e ghanesi. Tale dato è in disaccordo con il censimento di Udine del 2022, che rilevava una maggior prevalenza di donne ghanesi sul territorio provinciale, seguite da quelle nigeriane e marocchine. Si deduce che tale discrepanza sia data dal fatto che probabilmente le donne nigeriane afferiscano maggiormente ai servizi offerti dall'Azienda Sanitaria e alle associazioni dove sono stati somministrati i questionari. Tale supposizione non è comprovata, ma in generale altre nazionalità, come quella ghanese, hanno strutture di supporto e di aiuto all'interno delle loro comunità, invece carenti per i migranti nigeriani che spesso presentano difficoltà di integrazione dovute alle varie micro etnie presenti nel Paese di origine.

Unificando in un unico campione le donne provenienti dal nord e dalla zona Sub-Sahariana dell'Africa, però, non si tiene conto delle importanti differenze culturali. La parte settentrionale del continente è a forte prevalenza musulmana e culturalmente araba, discostandosi quindi molto dal resto dell'Africa. Le conclusioni del lavoro, dunque, risentiranno di questi bias.

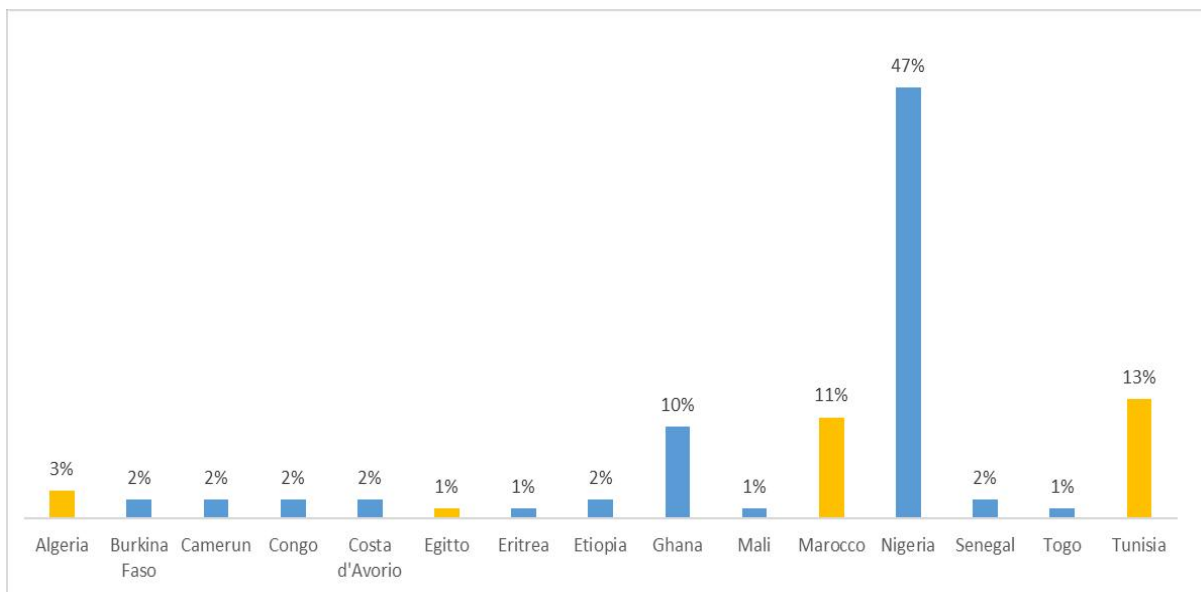


Grafico 4: distribuzione percentuale delle donne africane per Paese di origine (in arancione i paesi del nord, in blu quelli del centro Africa) (n=100)

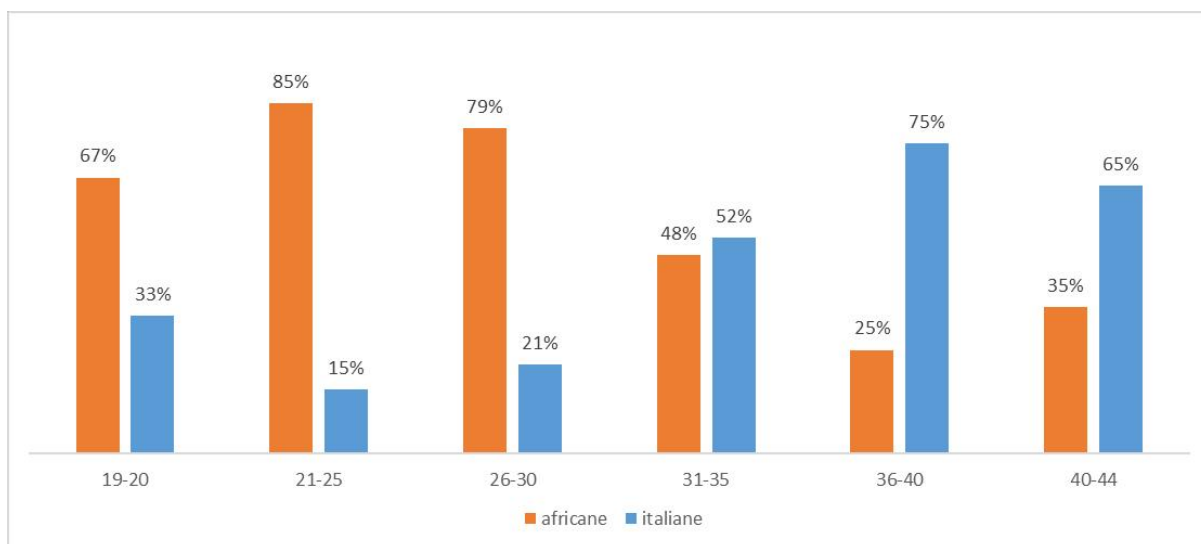


Grafico 5: distribuzione percentuale del campione per fascia di età ed etnia (n=200).

Nel grafico 5 si nota come la maggior parte delle donne di origine africana, si inserisca all'interno delle fasce di età comprese tra i 19 e i 30 anni, mentre l'età delle italiane si attesta tra i 36 e i 44 anni. Confrontando i due gruppi si evince che l'età media delle intervistate sia compresa tra i 31 e i 35 anni. Da questi dati si deduce anche che l'età media al primo parto sarà significativamente diversa tra i due gruppi, come mostrato nel grafico 6, i cui valori sono stati ricavati dalla correlazione tra l'età della donna e dei figli.



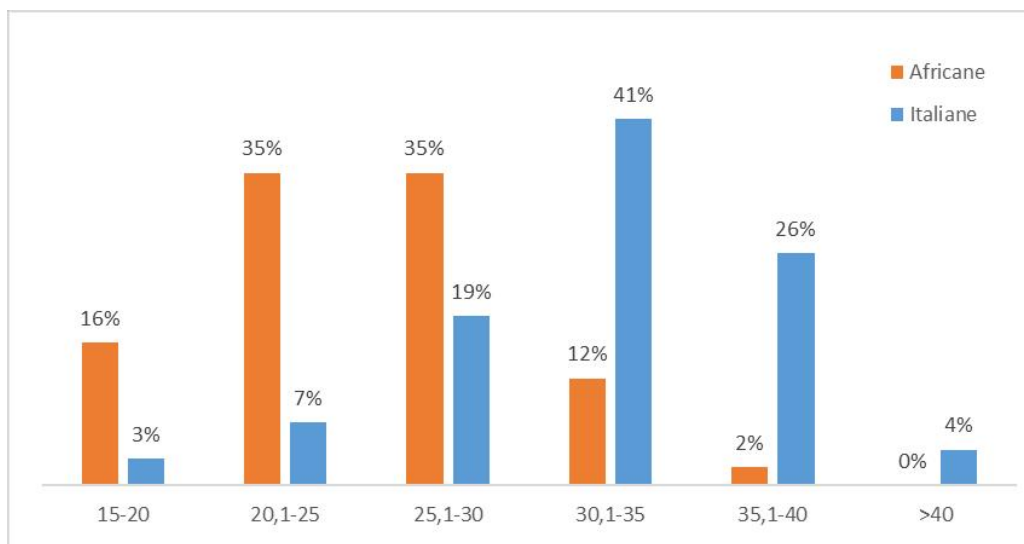


Grafico 6: distribuzione percentuale per età al primo parto e per etnia (n=200)

In base a quanto emerso dall'intervista, l'età media al primo parto delle donne di origine africana risulta essere 25 anni, mentre quella delle italiane 32 anni. I dati ISTAT riportano che, in Italia, nel 2021 l'età media al primo parto per le donne straniere era 29,7 anni, mentre per le italiane 32,8 anni.<sup>62</sup> Se il dato delle italiane è coerente con quanto rilevato nello studio, quello delle straniere si differenzia probabilmente perché il report ISTAT tiene conto anche di coloro che provengono da altri Paesi europei simili all'Italia. Secondo i dati di CIA Factbook, l'età media al primo parto in Nigeria è 20,4 anni<sup>63</sup>. Quasi la totalità delle africane del campione ha partorito per la prima volta tra i 20 e i 30 anni, mentre le italiane tra i 30 e i 40. Diversi studi dimostrano come l'età del parto è strettamente correlata ai rischi che possono insorgere durante la gravidanza. Se l'età di maggiore fertilità e minori rischi per il feto è quella compresa tra i 20 e i 26 anni, le donne over 35 tendono a riscontrare maggiori difficoltà nel concepimento e nella conduzione di una gravidanza priva di ostacoli. In primis, infatti, dopo i 30 anni, ma soprattutto dopo i 35, vi è un calo della fertilità. Con l'avanzare dell'età aumenta inoltre la probabilità di soffrire di malattie croniche come ipertensione o diabete gestazionale, di parto prematuro, sottopeso alla nascita, complicanze durante il parto, taglio cesareo, aborto spontaneo e sviluppo di sindromi cromosomiche, in particolar modo la trisomia 21, detta anche sindrome di Down. Per suddetti motivi, le africane tendono ad adottare comportamenti più consigliabili partorendo in età giovanile. Dall'altro lato se procreassero più tardi avrebbero maggiori opportunità per

<sup>62</sup> Istat, "Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2021", 19 dicembre 2022, Roma. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2022/12/report-natalita-2021.pdf>

<sup>63</sup> CIA Factbook, "Nigeria", 08 settembre 2023, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/nigeria/#people-and-society>, (ultima consultazione il 24/09/2023).

studiare, emanciparsi e costruire una condizione socio-economica più stabile. Si suppone che tra i limiti alla programmazione delle gravidanze da parte delle madri africane vi siano innanzi tutto motivi socioculturali, come il marcato maschilismo che porta al controllo sulla sessualità della donna. Inoltre, in Africa sono ancora molto diffuse le tradizioni che considerano la donna virtuosa e l'uomo vigoroso solo nel caso in cui la famiglia sia molto numerosa.

Secondo il report ISTAT 2022, il tasso di fecondità delle donne italiane è passato dall'1,33 nel 2002 all'1,18 nel 2021. Le donne straniere, invece, sono passate dal 2,53 nel 2008 all'1,87 nel 2021.<sup>64</sup> “I figli di coppie straniere, sono aumentati ma solo fino al 2012, allorché è iniziata anche per loro una fase di costante diminuzione, tuttora in corso. Negli anni 2020 e 2021 il numero di nati stranieri è sceso sotto le 60 mila unità, segnando un ritorno ai livelli di quindici anni fa, quando però gli stranieri residenti erano la metà degli attuali”.<sup>65</sup> Ciò potrebbe essere dovuto a diversi fattori: vivendo in Italia, le donne acquisiscono maggiore consapevolezza sul diritto di decidere autonomamente per il proprio futuro e le famiglie non hanno sufficiente stabilità economica per mantenere tanti figli. Tuttavia, attraverso questo studio è emerso che il numero di figli tra donne africane e italiane presenta nette differenze, infatti, come si evince dal grafico 7, mentre le italiane hanno mediamente uno o due figli, le africane sono più propense per averne tre o quattro. Tra le intervistate, una donna africana su dieci ha cinque figli, mentre solo una italiana su dieci ha più di due bambini. La discrepanza tra i dati raccolti e quelli presentati dall'Istat potrebbe essere dovuta al fatto che quest'ultimo include anche i migranti provenienti dall'est d'Europa, dunque con usi sempre più simili a quelli italiani. Successivamente, le donne intervistate sono prevalentemente primipare ma residenti in Italia da un breve periodo, oppure pluripare con almeno il primo parto avvenuto nel Paese di origine o poco dopo l'arrivo in Italia.

---

<sup>64</sup> Istat, “*Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2021*”, 19 dicembre 2022, Roma. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2022/12/report-natalita-2021.pdf>

<sup>65</sup> Istat, “*Rapporto annuale 2022. La situazione del Paese*”, 2022, Roma, pagina 7. Consultabile [https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Sintesi\\_Rapporto\\_Annuale\\_2022.pdf](https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Sintesi_Rapporto_Annuale_2022.pdf)

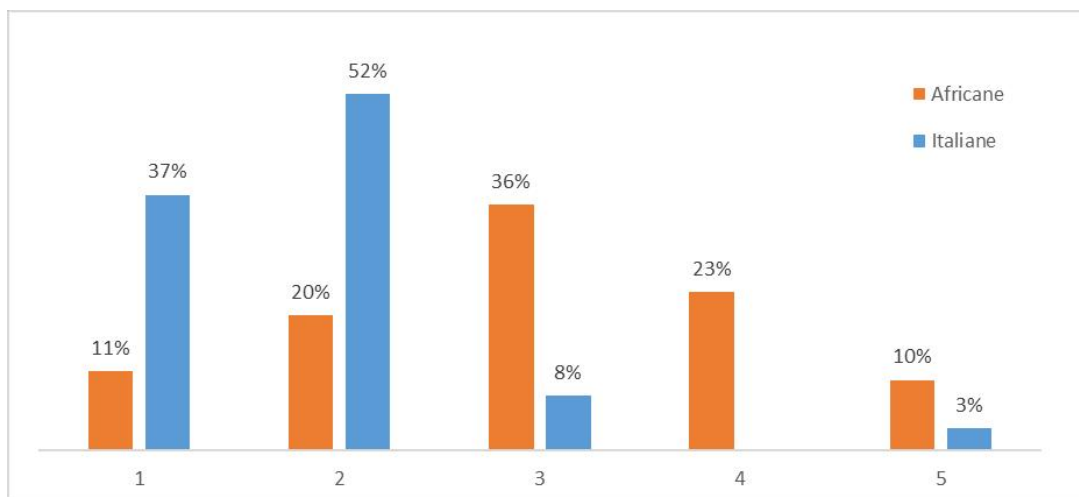


Grafico 7: distribuzione percentuale per numero di figli in base all'etnia (n=200).

Le motivazioni che creano questo divario tra donne africane e italiane possono essere diverse, ma prime tra tutte si ritiene che siano la cultura di appartenenza e l'immagine tipica della donna in alcuni Paesi. I matrimoni precoci sono una pratica molto diffusa negli stati della Nigeria, infatti nel 2011 il 17,6% delle donne con età compresa tra i 15 e i 49 anni si era sposata prima di compiere 15 anni, mentre quasi il 40% prima dei 18 anni. Va inoltre considerato che nel 2008 più del 30% delle donne nigeriane ha dichiarato di aver subito violenza fisica e sessuale sia dal partner che da parte di terzi.<sup>66</sup> Il calo delle nascite sta interessando tuttavia anche l'Africa subsahariana, che nel 1980 vedeva una media di figli per donna pari ad oltre 6.5, nel 2020 circa 4.5 e secondo le stime nel 2050 circa 3.<sup>67</sup> La diminuzione avuta fin ora può essere data dalle difficili condizioni di vita presenti in gran parte dei Paesi africani, la scarsa stabilità e sicurezza e l'aumento dei processi migratori.

Come si evince dal grafico 8, le donne africane tendono ad essere maggiormente religiose rispetto alle italiane. Il 62% delle africane dichiara di essere cristiana, mentre il 35% musulmana. Tra le italiane circa il 65% è cristiana, mentre il restante 35% atea o agnostica. La pressione religiosa potrebbe determinare alcuni comportamenti come minor utilizzo dei contraccettivi e dell'interruzione volontaria di gravidanza, portando all'aumento delle nascite. La forte prevalenza di donne cristiane di origine africana è data dal fatto che quasi la metà del campione dichiara di essere di origine nigeriana, come visto nel grafico 4, dove si pratica il cristianesimo e l'islamismo. Da ciò si evince che queste donne provengano principalmente dalla

<sup>66</sup> ActionAid, "Discriminazione delle donne nel mondo: la situazione in Nigeria" <https://adozioneadistanza.actionaid.it/magazine/discriminazione-donne-mondo-nigeria/>, (ultima consultazione il 13/08/2023).

<sup>67</sup> United Nation, DESA, "Population Division. World Population Prospects 2022", 2022. Consultabile <http://population.un.org/wpp/>

parte sud del Paese, dove la religione più diffusa è il cristianesimo, a differenza della zona nord islamica. Inoltre, tutte le donne provenienti dai Paesi del nord Africa hanno dichiarato di essere musulmane, dunque tra coloro che appartengono al credo cristiano vi sono solo migranti originari della zona Sub-Sahariana.

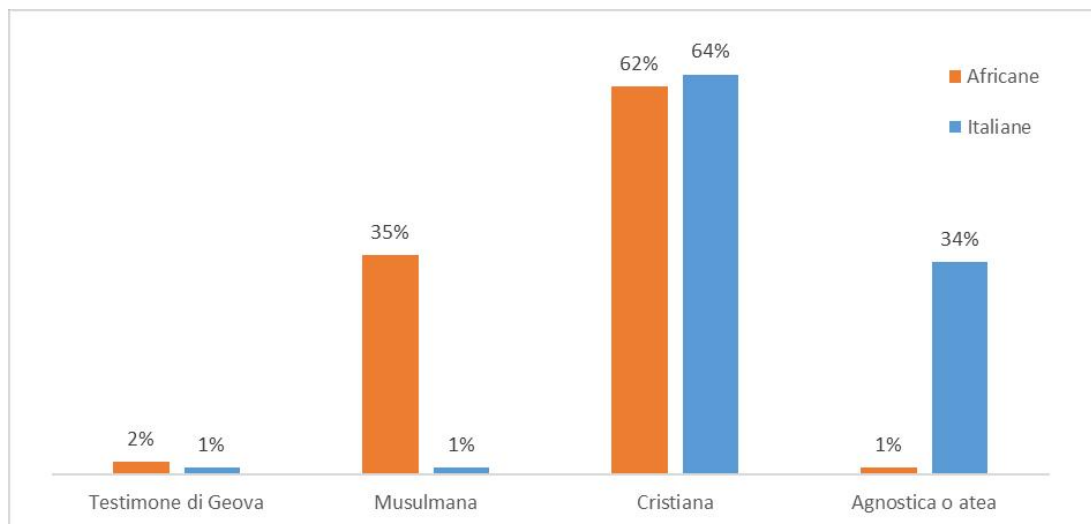


Grafico 8: distribuzione percentuale del campione per religione e per etnia (n=200).

Quanto al percorso di studio, nel caso delle donne africane si conclude molto prima rispetto a quello delle donne italiane (grafico 9), portando ad una minor conoscenza dell'utilizzo dei metodi anticoncezionali ed una maggiore dipendenza dall'uomo, spesso più acculturato e con possibilità di impiego più rilevanti. Diversi studi, infatti, evidenziano come le donne con un basso titolo di studio rappresentino il gruppo più corposo tra coloro che non utilizzano metodi contraccettivi.<sup>68</sup> Dal grafico 9 si evince che le donne africane, nei propri Paesi di origine, raggiungano mediamente il titolo di licenza media, il quale però non trova corrispettivo con quello riconosciuto in Italia. Tale titolo deriva dalla scolarità di circa sette anni, dunque una sorta di via di mezzo tra la scuola primaria e secondaria di primo grado che conosciamo. Per questo motivo, le donne che giungono in Italia devono frequentare i corsi serali per conseguire il titolo di Diploma di Scuola secondaria di primo grado, se desiderano che ci sia un riconoscimento del percorso di studio. Molto spesso, però, le difficoltà con la lingua, la scarsa alfabetizzazione, la dipendenza dal coniuge e l'isolamento sociale ne riducono le possibilità. Coloro che hanno dichiarato di possedere il diploma di maturità o la laurea, presumibilmente

<sup>68</sup> Istat, "La salute riproduttiva della donna", Roma, 2017. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf>, da pagina 29 a pagina 39.

provengono da zone urbane o sono cresciute in Italia. Il divario di istruzione con le donne italiane è molto evidente, tanto che la maggior parte di esse dichiara di essere laureata.

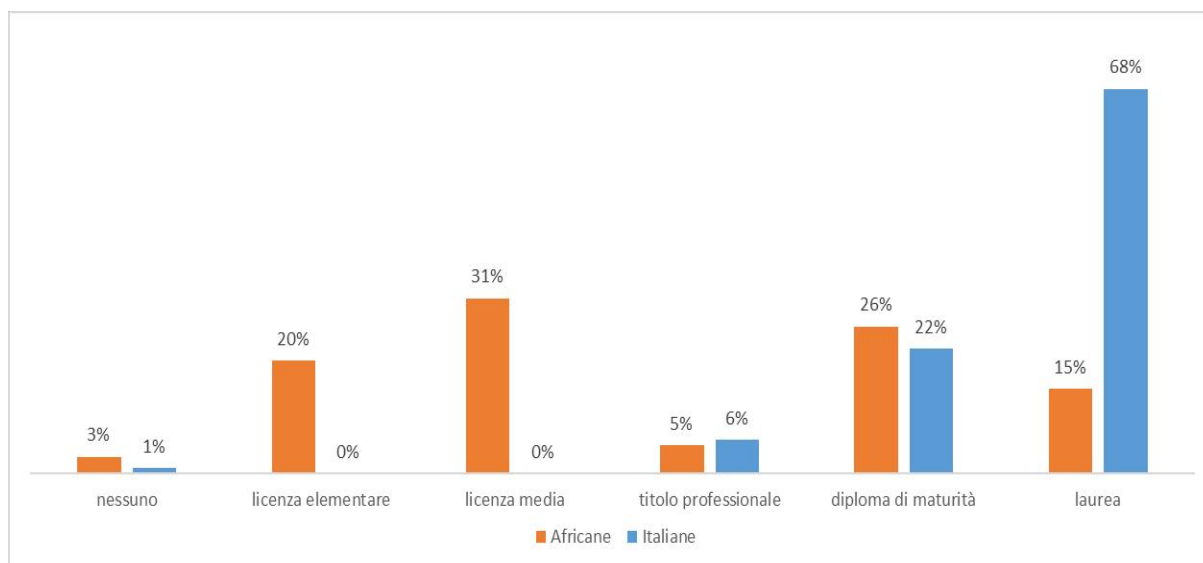


Grafico 9: distribuzione percentuale del campione per titolo di studio ed etnia (n=200).

I matrimoni precoci, le difficoltà economiche, la scarsa presenza di strutture scolastiche nei villaggi e la discriminazione di genere portano le donne africane ad abbandonare gli studi prima del diploma. Il livello di scolarizzazione in Africa risulta drammatico: poco più della metà dei maschi ha accesso agli studi e le femmine hanno solo una probabilità su due di potersi acculturare e formare.<sup>69</sup> Infatti, durante la somministrazione del questionario si è rilevato che nonostante il 97% delle intervistate africane dichiarasse di aver frequentato la scuola, esse non erano in grado di leggere o scrivere in inglese o in francese, nonostante sapessero parlarlo correntemente: in Nigeria l'inglese è la lingua nazionale. Il livello di analfabetismo è dunque sicuramente superiore a quello dichiarato, infatti, secondo i report CIA Factbook 2023, nel 2018 le persone con più di 15 anni che sapevano leggere e scrivere in Nigeria erano il 71,3% dei maschi e il 52,7% delle femmine<sup>70</sup>, mentre in Ghana rispettivamente l'83,5% e il 74,5%.<sup>70</sup> A tale proposito, diversi studi evidenziano come la classe sociale e l'istruzione dei genitori influenzi il proseguimento scolastico dei figli e le possibilità di laurearsi. Da questo punto di vista è possibile che la maggior parte degli immigrati africani di seconda generazione abbia minori opportunità di elevarsi socialmente rispetto ai coetanei italiani, che interrompano gli

<sup>69</sup> Geopolitica.info, "Il divario di genere nell'istruzione in Africa", <https://www.geopolitica.info/divario-di-genero-istruzione-africa/> (ultima consultazione 13/08/2023).

<sup>70</sup> CIA Factbook, "Nigeria", 08 settembre 2023, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/nigeria/#people-and-society>, (ultima consultazione il 24/09/2023).

studi e svolgano attività lavorative che richiedano meno competenze.<sup>71</sup> Attraverso il dialogo con le intervistate, però, è emersa la consapevolezza che l'istruzione dei propri figli sia molto importante e che lo studio sia il mezzo attraverso il quale essi si emanciperanno.

La diretta conseguenza della mancanza di titoli di studio e formazione specifica, come il mantenimento dei modelli patriarcali in Africa, consentono scarse opportunità lavorative per le donne africane. Come evidenziato dal grafico 10, il 77% delle donne africane intervistate non hanno un'occupazione lavorativa e poco più di una su dieci ha un lavoro a tempo pieno. La condizione delle italiane, invece, è quasi opposta, con il 71% delle donne lavoratrici a tempo pieno e il 16% disoccupate. A tale proposito sarebbe interessante indagare sul grado di disoccupazione dei partners, in modo da quantificare le famiglie che vivono senza stabilità economica, con i sostentamenti offerti dalle Associazioni, dai Comuni e dalle Regioni.

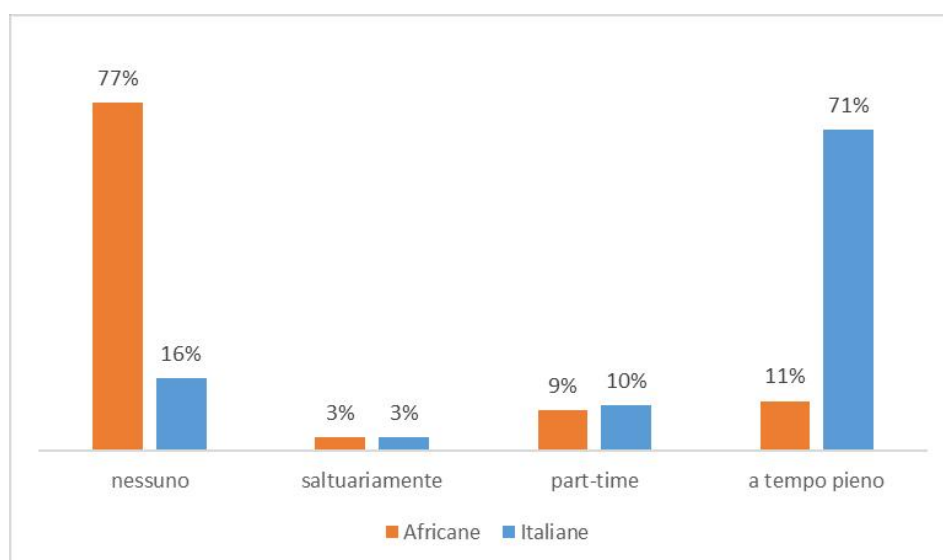


Grafico 10: distribuzione percentuale dell'occupazione in base all'etnia (n=200).

Il fatto che il 76% delle intervistate africane dichiarino di non lavorare implica che la famiglia sia, nella migliore delle situazioni, monoreddito o addirittura priva di introiti finanziari stabili. È interessante sottolineare come nonostante le difficoltà economiche, il grafico 7 mostra che le famiglie africane hanno molti più figli rispetto a quelle italiane. Da ciò ne deriva che le famiglie e i bambini africani tendano a vivere in condizioni economiche più sfavorevoli rispetto ai loro coetanei italiani, con tutti i disagi che ciò comporta in termini di salute, come scorretta

---

<sup>71</sup> Istat, "Generazioni a confronto. Come cambiano i percorsi verso la vita adulta", Roma, 2014. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2014/09/Generazioni-a-confronto.pdf>, da pagina 45 a 60.

alimentazione, utilizzo di prodotti di scarsa qualità, residenza in abitazioni precarie e minori possibilità per il futuro.

Dal grafico 11 si legge che soltanto il 3% delle donne africane intervistate si trova in Italia da meno di un anno, mentre la maggior parte vi si risiede da 6-10 anni, ma tale fattore non risulta essere sufficientemente correlato con l'occupazione lavorativa o il raggiungimento di un titolo di studio. Un altro 3%, invece, è nato in Italia, dunque è di seconda generazione.

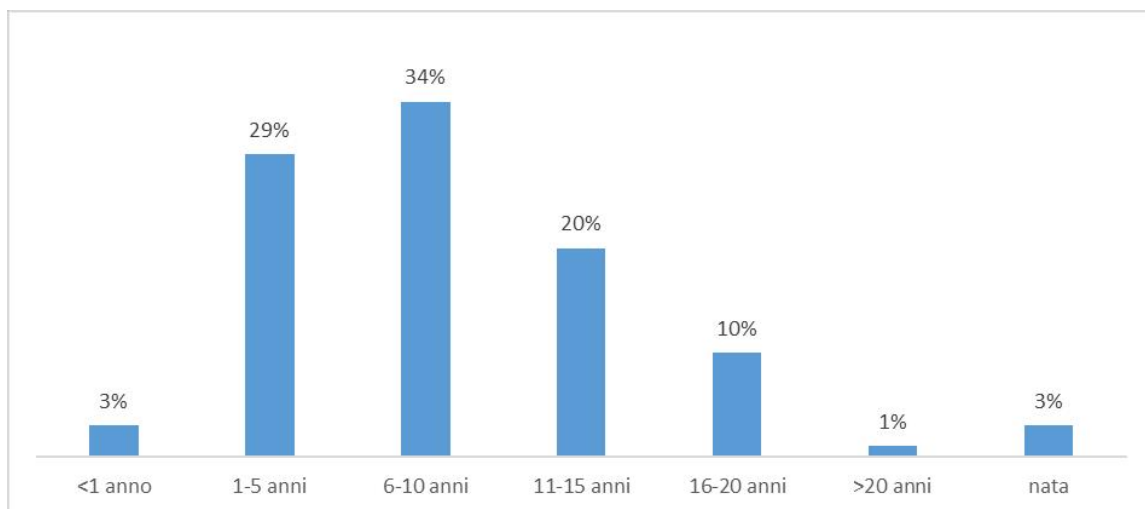


Grafico 11: distribuzione percentuale delle africane per anni di permanenza in Italia (n=100)

In Africa le famiglie sono abituate a vivere all'interno di una fitta rete relazionale, la quale offre sostegno durante la crescita dei bambini, a tal punto che il bambino diventa parte integrante della comunità. Le donne migrate in Italia, invece, si ritrovano molto spesso sole, con il marito fuori casa per lavoro, prive di aiuti da parte dei familiari e lontane dai propri cari. Vi è inoltre spesso la possibilità che abbiano altri figli residenti ancora nel Paese di origine o avuti da diversi uomini. L'indagine ha rilevato quindi anche la vicinanza o meno dei familiari, in quanto diversi studi sostengono l'importanza della presenza di una rete familiare o sociale per il sostegno alla madre e per un migliore sviluppo cognitivo del bambino<sup>72</sup>. Nel grafico 12 si nota come il 76% delle donne africane riferiscano che la propria famiglia nativa risieda nel Paese di origine, mentre solo nell'8% dei casi vi è stato il ricongiungimento. Il 16% delle intervistate dichiara che i genitori siano giunti in Italia prima o assieme a loro. La gran parte delle donne intervistate

---

<sup>72</sup> Rapaport L., "Bambini. Se la mamma ha una buona rete sociale, aumenta il QI", [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=70610](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=70610), 04/02/2019, (ultima consultazione 26/08/2023).

ha dichiarato di essersi recata in Italia in un secondo tempo per raggiungere il marito e molte di esse hanno altri figli che vivono in Africa con i parenti.

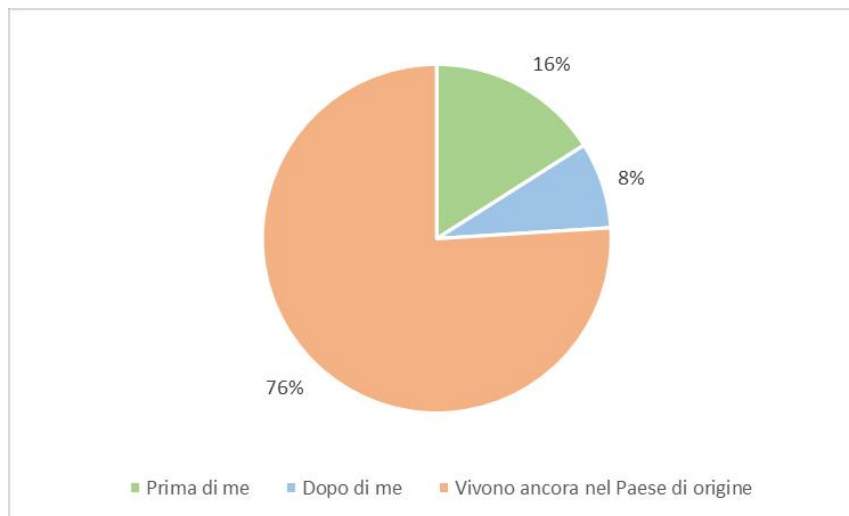


Grafico 12: distribuzione percentuale per risposta delle donne africane alla domanda A04 “quando sono arrivati i tuoi genitori in Italia?”

Dall’osservazione diretta, durante la raccolta dei dati si è visto come spesso le donne africane si conoscano tra loro, probabilmente poiché frequentano aree comuni come luoghi di culto, centri assistenziali e finalizzati alla creazione o al mantenimento della comunità di origine. Ciò è un fattore essenziale affinché la persona si senta compresa e un po’ più vicina al contesto di provenienza, ma dall’altro lato può costituire un elemento di forte limitazione all’integrazione, in quanto rallenta l’apprendimento della lingua e non aiuta la familiarizzazione della nuova cultura. Non è inoltre escluso che il marito possa ostacolare l’integrazione della donna, in modo da ostacolarne l’autonomia.

#### 4.3 – Abitudini alimentari del bambino

L’alimentazione per i bambini 0-2 anni risulta essere di notevole importanza, in quanto durante questa fase della vita avvengono diversi cambiamenti, quali la riduzione dell’allattamento materno, il primo approccio con il cibo e la sperimentazione dei gusti. Ogni alimento che il bambino mangia contribuisce a creare abitudini che influiscono sulla sua crescita sia fisica che cognitiva. I genitori, dunque, svolgono un ruolo importantissimo nel processo di crescita salutare dei propri figli, fungendo da esempio e adottando abitudini alimentari corrette.<sup>73</sup> Attraverso la sezione di domande relative all’alimentazione del bambino, vengono indagate le

---

<sup>73</sup> Cerchiarì A., “Viaggio nella funzione alimentare del bambino 0-3 anni”, Roma, 2018.



abitudini delle famiglie, il tipo di allattamento, gli alimenti utilizzati per l'alimentazione complementare e le conoscenze della mamma sulle raccomandazioni prima dei 12 mesi.

Nel grafico 13 si nota come le donne africane e italiane tendano ad avere lo stesso approccio nei confronti dell'allattamento, ossia un'adesione alla forma esclusiva pari al 63,5%. Vi è una lieve discrepanza solo nell'alternanza tra latte materno e formula, infatti, le donne africane tendono ad utilizzare meno il latte artificiale rispetto a quelle italiane. Tali dati riportano una tendenza notevolmente più positiva rispetto a quella che risulta dalla media nazionale, secondo la quale solo circa un quarto dei bambini viene allattato esclusivamente al seno fino ai 6 mesi. La differenza di età tra i figli delle intervistate (da 0 a 2 anni) può alterare le risposte, infatti, i neonati tenderanno ad essere allattati più frequentemente in modo esclusivo rispetto ai bambini più grandi. I dati relativi al tasso di allattamento dei bambini africani rilevati dal presente studio risultano essere coerenti con quelli riportati dall'Unicef in "*Children, food and nutrition*", ovvero 97% di bambini allattati.<sup>74</sup>

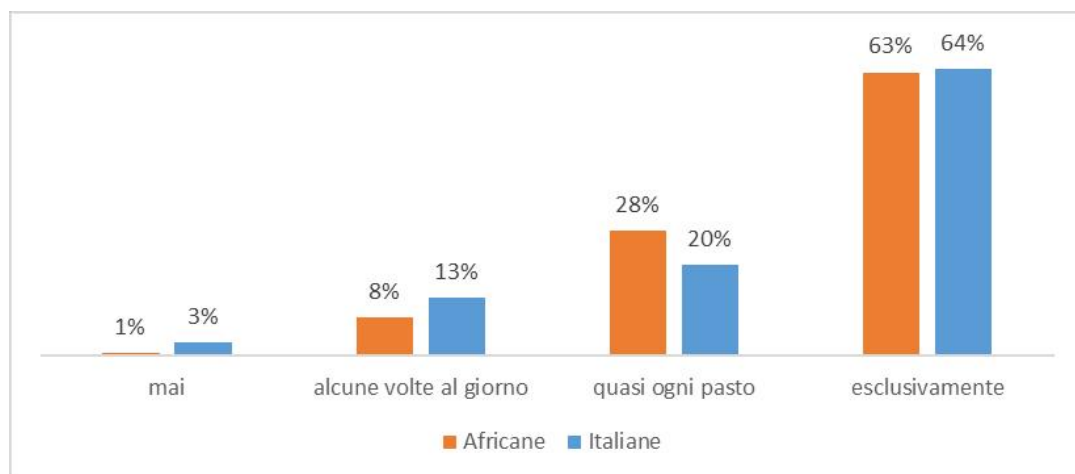


Grafico 13: distribuzione percentuale di donne che hanno allattato al seno per etnia

Confrontando i grafici 14 e 15, si nota che il 94% delle mamme africane proseguono l'allattamento fino ad almeno sei mesi, oltre il 10% in più rispetto alle italiane. In ogni caso, si può dire che in entrambe le etnie, in caso di allattamento materno esclusivo, le donne seguono correttamente le indicazioni delle linee guida, non interrompendolo prima dei sei mesi. Si nota inoltre come il passaggio all'alimentazione complementare, anche se iniziata prima dei sei mesi, non porti alla sospensione dell'allattamento. L'alimentazione del bambino procede in modo misto tra cibo e latte, come da raccomandazioni OMS e Unicef. L'adesione alle indicazioni sull'allattamento delle donne africane, può essere determinata anche da fattori economici,

<sup>74</sup> Unicef, "*Children, food and nutrition*", 2019. Consultabile <https://www.unicef.org/media/60846/file/SOWC-2019-WCA.pdf>, pagine 3 e 4.

poiché l'allattamento non comporta spese. Le donne italiane presentano maggiori difficoltà a mantenere la continuità dell'allattamento oltre i sei mesi e una su tre anticipa l'inizio dell'alimentazione complementare a cinque mesi. Questo dato è presumibilmente in relazione alle necessità di ripresa del lavoro da parte delle donne italiane.

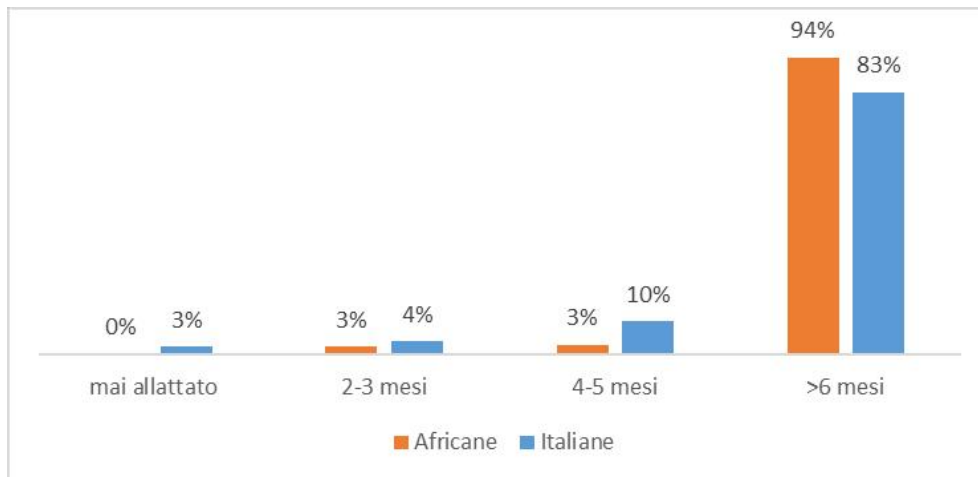


Grafico 14: distribuzione percentuale per prolungamento dell'allattamento in base all'etnia.

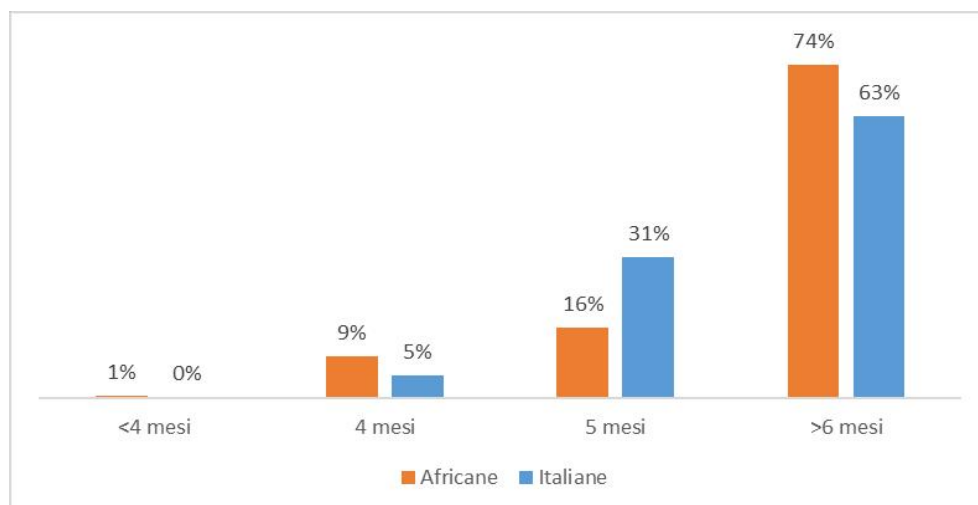


Grafico 15: distribuzione percentuale per età all'inizio dell'alimentazione complementare in base all'etnia

Per quanto concerne la tipologia di alimenti utilizzati per l'alimentazione complementare, non sono state riscontrate differenze significative fra le due etnie. Tuttavia, l'osservazione diretta durante la raccolta dei dati ha evidenziato il regolare utilizzo di *baby food* industriali da parte delle madri africane, soprattutto se ricevono i prodotti dal Banco Alimentare.

Nel grafico 16 sono stati raccolti gli alimenti elencati come risposta alla domanda "Cosa cucini più spesso al tuo bambino?" (domanda B05) e suddivisi per etnie. Hanno risposto alla domanda 41 africane (146 alimenti riportati) e 58 italiane (201 alimenti riportati), dunque partendo dai numeri assoluti si sono ricavate e messe a confronto le percentuali per singola etnia.

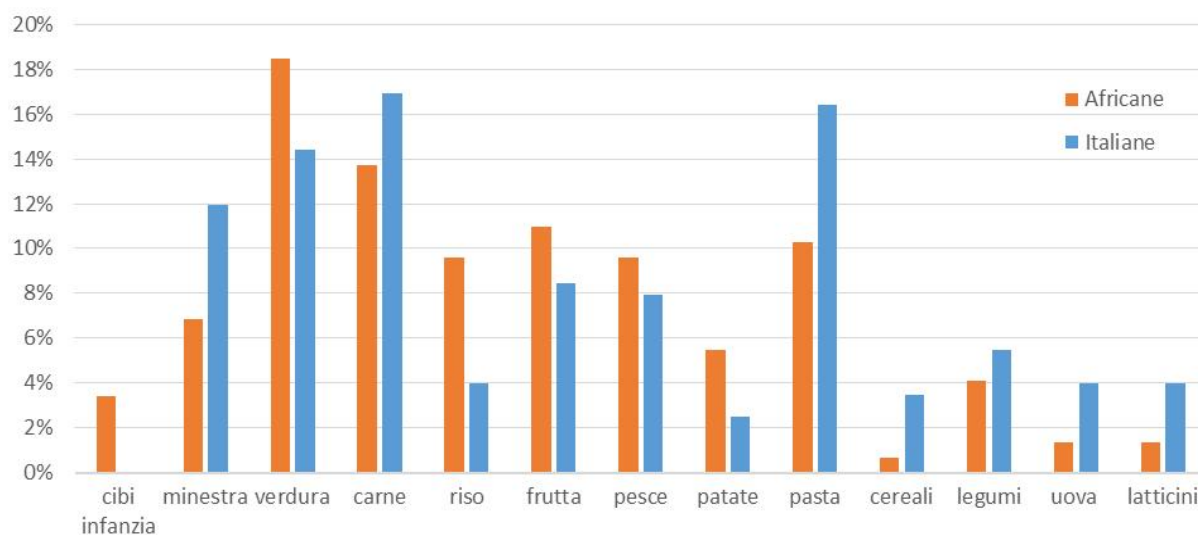


Grafico 16: distribuzione percentuale per alimenti dati più spesso al bambino e per etnia.

Si evince che i cibi maggiormente preparati ai bambini tendono ad essere simili tra le due etnie, ossia frutta frullata o schiacciata, minestra, riso, pasta, carne bianca e pesce. Le differenze maggiori si mostrano tra minestra e verdure, infatti la prima viene preparata prevalentemente dalle italiane, mentre la seconda dalle africane. In questo caso potrebbe esserci un bias dovuto alla barriera linguistica, portando le africane a rispondere “verdura” considerando la materia prima e non il preparato finale. Vi è inoltre un maggior consumo di riso e patate da parte dei bambini africani, mentre gli italiani preferiscono la pasta. Cereali, uova, legumi e latticini vengono poco utilizzati, soprattutto per i bambini africani, riducendo dunque la varietà dei piatti.

Con lo studio si è indagato l’utilizzo di sale, zucchero, miele e latte solo nel primo anno del bambino, in modo da focalizzare meglio gli stili alimentari durante il passaggio dal latte al cibo. Secondo il grafico 17, il 73% delle donne italiane intervistate ritiene che lo zucchero debba essere evitato fino a dodici mesi mentre tra le africane solo il 45%. Va poi considerato lo zucchero contenuto negli alimenti apparentemente sani, come yogurt e prodotti per bambini, i quali molto spesso presentano tra gli ingredienti elevate quantità di saccarosio. Inoltre, dall’osservazione diretta durante la raccolta dati, si segnala il fatto che molte donne, soprattutto africane, nonostante avessero dichiarato il disaccordo nei confronti del consumo di zucchero, offrirono ai figli bevande zuccherate come il tè freddo in bottiglia, biscotti e caramelle. Ciò evidenzia il fatto che spesso le mamme sono informate sui corretti comportamenti da adottare, ma non hanno conoscenze abbastanza approfondite sulle conseguenze per la salute.

Intervengono inoltre le credenze popolari, particolarmente diffuse nei Paesi in via di sviluppo, secondo le quali acqua e zucchero aiutano il bambino a soddisfare la fame e a crescere meglio.

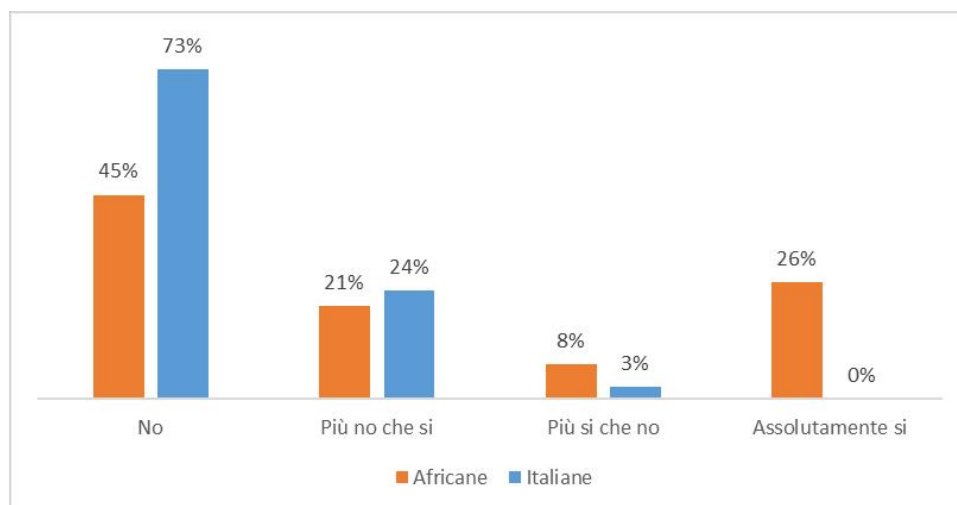


Grafico 17: distribuzione percentuale per l'opportunità di dare zucchero al bambino prima dei 12 mesi e per etnia.

Anche il sale andrebbe evitato fino all'anno di vita, in quanto può apportare danni ai reni che non sono ancora in grado di filtrarlo correttamente. Dalla raccolta dei dati e dal grafico 18 emerge nuovamente una migliore conoscenza di tale aspetto da parte delle madri italiane rispetto a quelle africane, tanto che quest'ultime dichiarano di usare regolarmente il sale per condire i pasti ai loro bambini.

L'uso delle spezie e del piccante è largamente diffuso nella cucina tradizionale africana, perciò le donne non si interrogano se tali prodotti siano controindicati per il loro bambino, in quanto loro stesse sono cresciute mangiando alimenti particolarmente conditi.

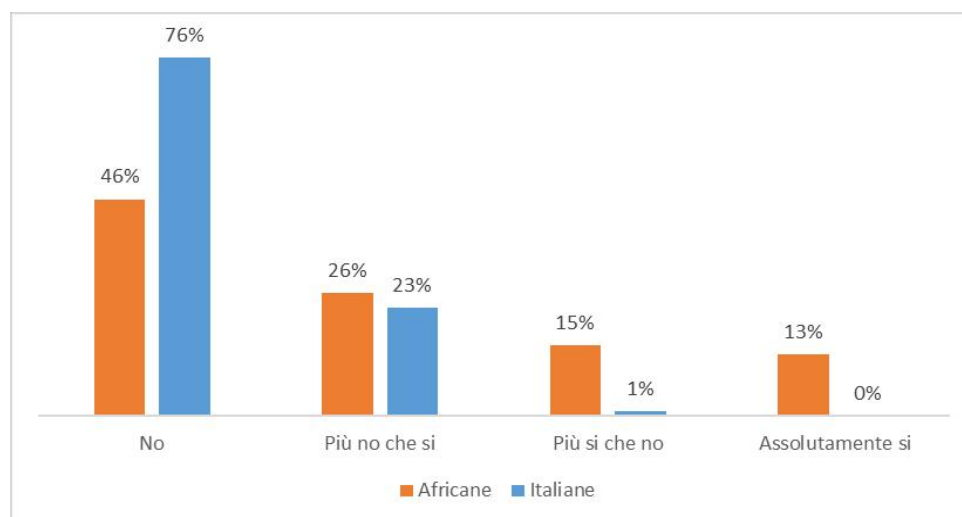


Grafico 18: distribuzione percentuale per l'opportunità di dare il sale al bambino prima dei 12 mesi e per etnia.

Il miele è un altro alimento da evitare nei neonati, in quanto possibile portatore di spore di *Clostridium botulinum*. L'assunzione di Clostridi da parte di bambini molto piccoli può portare allo sviluppo del Botulismo Infantile, causato dall'insufficiente risposta della flora intestinale, ancora immatura, alla spora ingerita.<sup>75</sup> Dal grafico 19 si evince che il miele viene scarsamente percepito come alimento da attenzionare, probabilmente per via delle sue proprietà vantate dalla tradizione, portando le donne africane a sostenere che sia meglio introdurlo nella normale alimentazione infantile piuttosto che il contrario. In diversi Paesi africani, infatti, viene fatto largo uso di miele e pappa reale, ritenuti cardini della medicina tradizionale. Più del 60% delle africane, infatti, dichiara che sia consigliabile offrirlo prima dei dodici mesi, mentre tra le italiane solo il 14%.

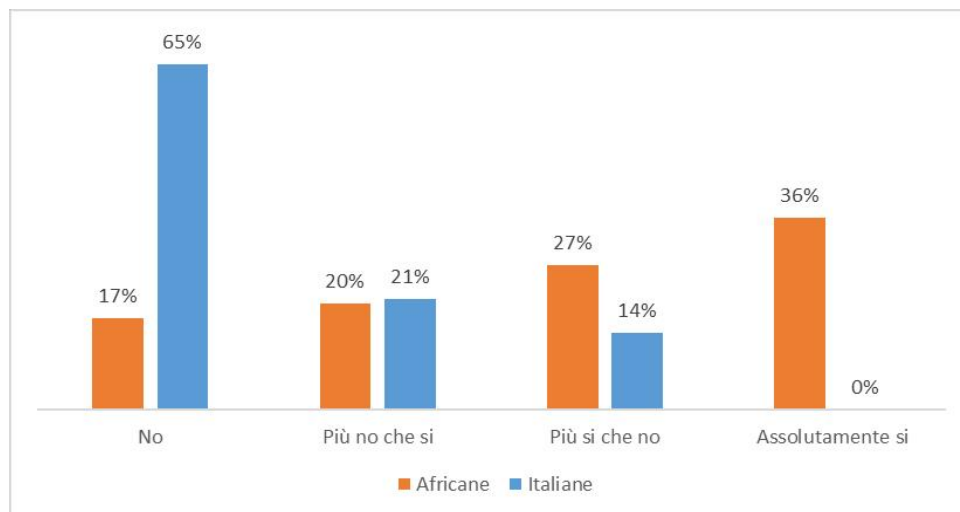


Grafico 19: distribuzione percentuale per l'opportunità di dare il miele al bambino prima dei 12 mesi e per etnia.

Anche il latte di mucca viene spesso ritenuto un alimento importante e sano per i bambini piccoli, utile ad integrare quello materno. In realtà, il latte vaccino, oltre ad essere troppo povero di grassi a catena lunga e di ferro, necessari per la crescita e lo sviluppo del neonato, si accompagna ad un apporto proteico decisamente troppo elevato, possibile causa di sovraccarico della funzione renale e predisposizione all'obesità. Diversi studi, infatti, dimostrano come i bambini alimentati fin dalla nascita con alti dosaggi proteici sviluppano l'obesità 2,5 volte in più di coloro che assumono quote proteiche inferiori.<sup>76</sup>

<sup>75</sup> Sorice A., "Miele ai neonati? No grazie!", <https://www.sanitainformazione.it/contributi-opinioni/miele-ai-neonati-no-grazie/>, (ultima consultazione il 15/08/2023).

<sup>76</sup> ANSA.it, "Latte vaccino a bimbi dopo i 12 mesi, nuove linee indirizzo", [https://www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/salute\\_bambini/alimentazione/2016/10/21/latte-vaccino-a-bimbi-dopo-i-12-mesi-nuove-linee-indirizzo\\_1547456a-9a04-11e6-9836-00505695d1bc.html](https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/salute_bambini/alimentazione/2016/10/21/latte-vaccino-a-bimbi-dopo-i-12-mesi-nuove-linee-indirizzo_1547456a-9a04-11e6-9836-00505695d1bc.html), (ultima consultazione il 15/08/2023).

Le tradizioni radicate, secondo le quali i bambini crescono bevendo il latte vaccino, conducono ad una errata percezione del corretto impiego dell'alimento. Tale convinzione, sebbene riscontrata in entrambe le etnie, risulta maggiormente rilevante in quella africana, come mostrato nel grafico 20. In maniera inattesa, durante la raccolta dei dati, le mamme africane hanno dichiarato un elevato consumo di latte in polvere aromatizzato, piuttosto che fresco, per la composizione delle colazioni, sia dei bambini che degli adulti. Tali preparati sono sconsigliati per l'elevato contenuto di aromi, zuccheri, coloranti e conservanti. La preferenza per il latte liofilizzato rispetto a quello fresco può essere dettata anche dal suo basso costo, dalla quantità di porzioni ricavabili da una singola confezione e dalla facile e lunga conservazione.

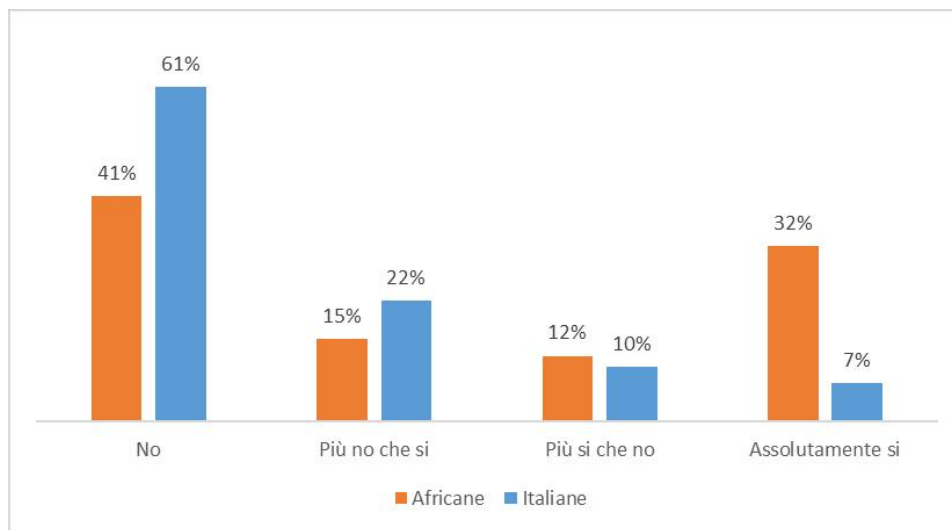


Grafico 20: distribuzione percentuale per l'opportunità di dare il latte vaccino al bambino prima dei 12 mesi e per etnia.

#### 4.4 – Abitudini alimentari e salute della madre

Un'alimentazione sana e bilanciata per la donna in gravidanza o che allatta è di notevole importanza per la futura salute del bambino, per il passaggio dei nutrienti e per l'idratazione. Inoltre, durante la crescita i genitori fungono da modello anche in campo alimentare, motivo per il quale è essenziale che la famiglia adotti sane abitudini alimentari. Attraverso il questionario è stato indagato il grado di percezione delle donne relativamente alla correttezza della propria alimentazione, chiedendo loro di attribuirle un voto da uno a dieci. Come si evince dal grafico 21, le donne africane tendono a dare una valutazione migliore alle proprie abitudini alimentari rispetto alle italiane.

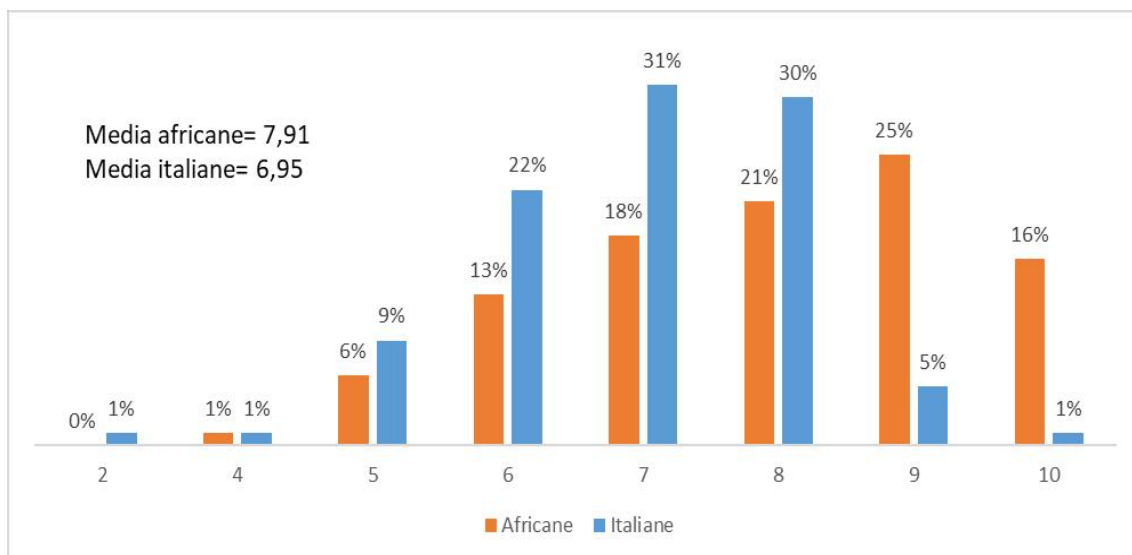


Grafico 21: distribuzione percentuale per valutazione sulla propria alimentazione in base all'etnia.

Come si ricava dal confronto dei grafici 22 e 23, nonostante le donne africane dichiarino meno familiarità per le malattie metaboliche, presentano un'alta incidenza di diabete gestazionale. Tuttavia, nessuna ha dichiarato di soffrirne in forma cronica, probabilmente anche grazie al fattore protettivo della giovane età. Si può ipotizzare che il dato relativo alla familiarità delle africane possa essere condizionato dalla scarsa conoscenza delle malattie croniche e dai pochi esami diagnostici fatti, per via dei costi elevati degli stessi nei Paesi di origine. Le persone provenienti dall'Africa sono geneticamente maggiormente predisposte allo sviluppo del diabete, ma meno all'obesità e al sovrappeso. Tuttavia, con il trasferimento in Italia, le loro abitudini alimentari cambiano e tendono ad assumere maggiormente zuccheri e alimenti confezionati, aumentando lo stato ponderale e dunque esponendosi al rischio di sviluppare patologie croniche. Nel grafico 22, infatti, si nota come una donna africana su quattro soffra di diabete gestazionale e, considerato che la scorretta alimentazione ne favorisce l'insorgenza,<sup>77</sup> si deve intervenire con l'educazione ai sani stili di vita, in modo da tutelare la salute del nascituro e quella della madre.

<sup>77</sup> Fondo ASIM, “*Diabete gestazionale: cause, sintomi e complicanze*”, <https://www.fondoasim.it/diabete-gestazionale-cause-sintomi-complicanze/>, (ultima consultazione il 15/08/2023).

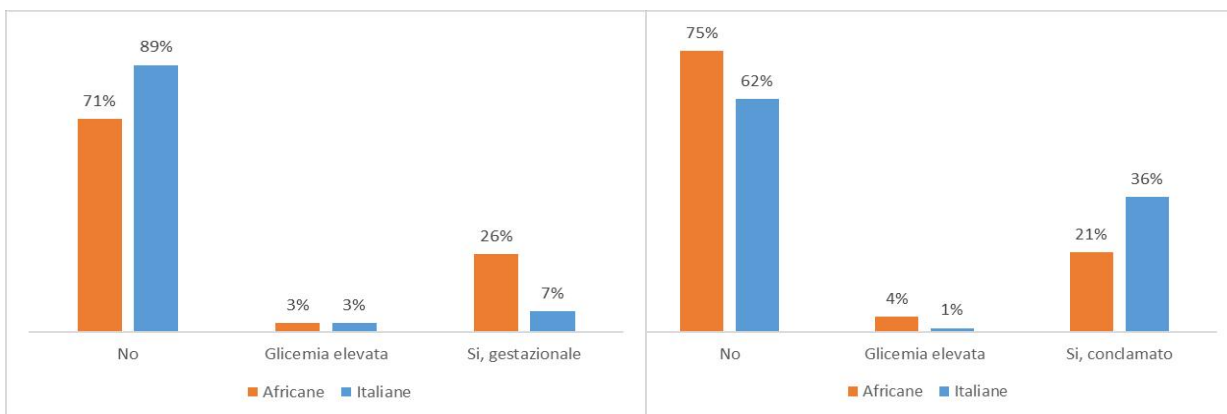


Grafico 22: incidenza del diabete tra etnie (%)

Grafico 23: incidenza del diabete in famiglia tra etnie (%)

Confrontando i grafici 24 e 25 relativi all'ipertensione si riscontra come le donne italiane riportino tassi di familiarità di gran lunga maggiori rispetto alle africane. Inoltre, vista la differenza di aspettativa di vita tra Italia e Paesi africani (82,6 anni in Italia<sup>78</sup> e 62,5 in Africa<sup>79</sup>), i genitori delle donne italiane sono più anziani rispetto a quelli delle controparti africane, aumentando dunque il tasso di ipertesi. Tuttavia, a differenza delle italiane che ne soffrono nel 4% dei casi, le africane segnalano di avere la pressione elevata nel 17% dei casi. Anche questo dato è influenzato dall'alimentazione e dall'attività fisica, e si può correlare all'elevato tasso di donne africane in sovrappeso o obese.

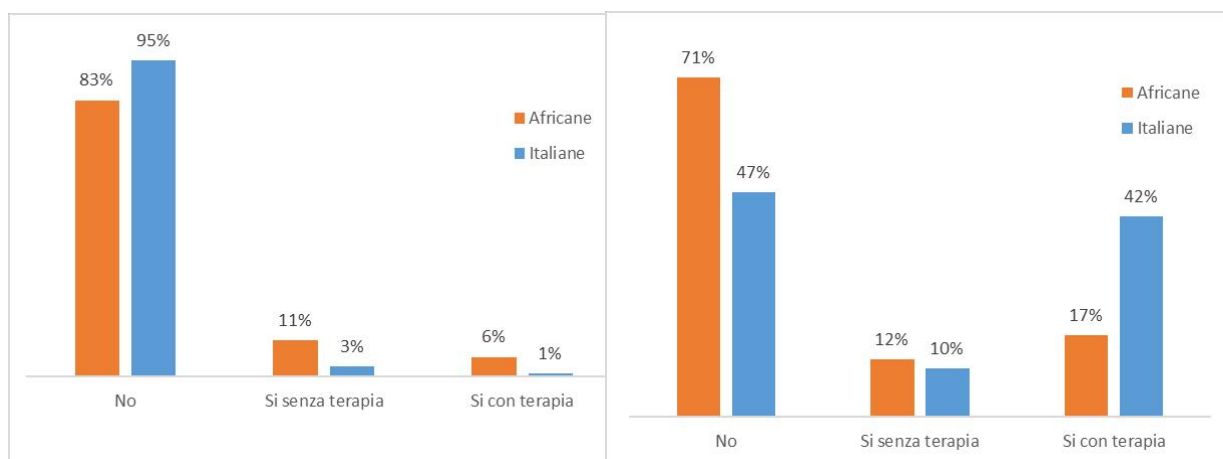


Grafico 24: incidenza dell'ipertensione tra etnie (%)

Grafico 25: incidenza dell'ipertensione in famiglia tra etnie (%)

Lo studio ha analizzato le abitudini alimentari delle mamme, le quali possono fornire indizi sulla futura alimentazione dei loro bambini. I grafici 26 e 27, riportanti gli indici di

<sup>78</sup> Istat, "Tavole di mortalità 2022", <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283>, 2023, (ultima consultazione il 22/09/2023).

<sup>79</sup> Kamers L., "Life expectancy in Africa 2022", <https://www.statista.com/statistics/274511/life-expectancy-in-africa/>, 31 agosto 2023, (ultima consultazione il 22/09/2023).



appropriatezza dei consumi, definendo come approccio corretto le categorie che superano la soglia del 0,6. Si può subito notare come le donne africane consumino cibi fritti e bibite zuccherate in quantità doppie rispetto alle italiane. Le straniere riportano peggiori abitudini anche per quanto riguarda l'assunzione di snacks salati, cibi confezionati e dolci, ma consumano maggiormente carne, latticini, uova, pesce, patate e legumi. Questi ultimi alimenti sono tendenzialmente positivi, anche se un eccessivo consumo può non essere raccomandabile. L'utilizzo in cucina di cereali è molto basso in entrambe le etnie, mentre quello di verdura e frutta è adeguato, con una leggera prevalenza tra le italiane. Il consumo di cereali sarebbe da favorire a quello di carboidrati semplici come pasta e pane bianco, intervenendo anche sugli aiuti dei banchi alimentari, che spesso offrono cibi ad elevato contenuto glucidico.

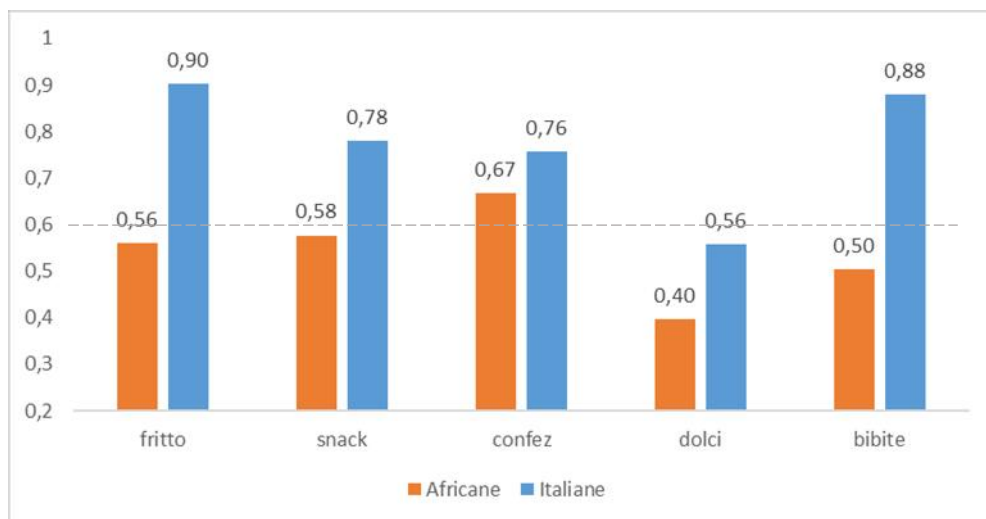


Grafico 26: indice standardizzato da 0 a 1 di adeguato consumo per tipo di alimento da limitare in base all'etnia

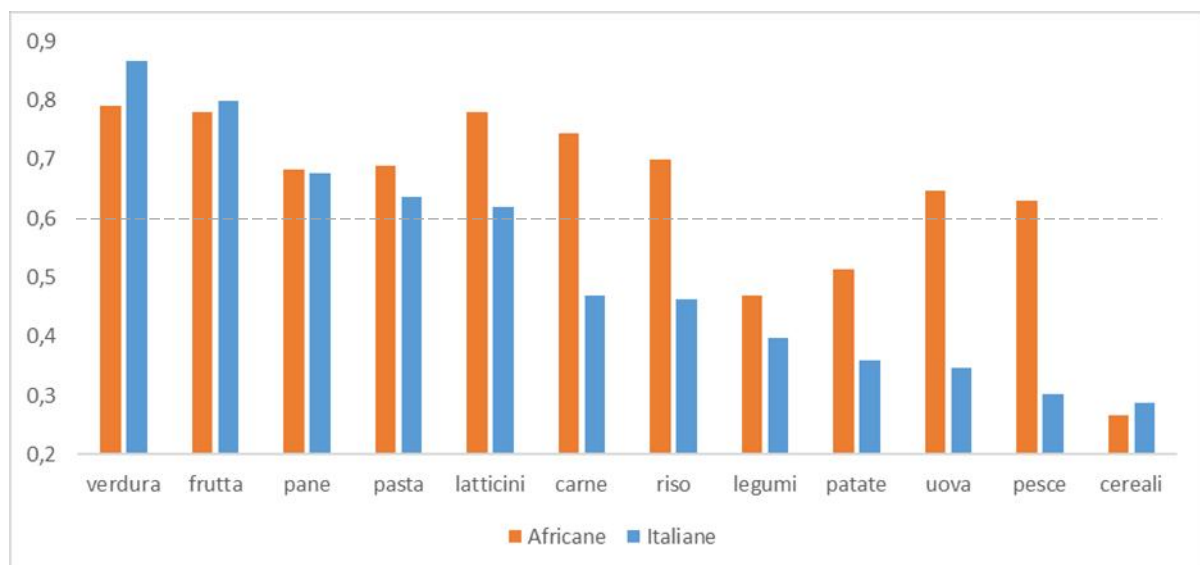


Grafico 27: indice standardizzato da 0 a 1 di adeguato consumo per tipo di alimento sano in base all'etnia

Osservando il grafico 27 emerge anche che c'è un'elevata varietà del consumo di alimenti all'interno della popolazione africana.

Il grafico 28 riporta gli indici standardizzati del consumo di carne suddivisi per tipologia ed etnia. Dalla sua osservazione si evince che le africane tendono ad utilizzare in cucina discrete quantità di pollame, carne bovina ed ovina, ma molto raramente coniglio e suino. Tali dati sono determinati da fattori culturali, infatti il consumo di carne ovina è molto diffusa in Africa vista la resistenza di tali animali all'ambiente, mentre un ridotto o nullo consumo di carne suina è determinato sia da fattori religiosi (Islam) che abitudini culinarie tradizionali. In Africa è difficile allevare i suini perché sono poco adattabili ai climi troppo caldi e, inoltre, vi sono maggiori rischi infettivi correlati all'assunzione della loro carne rispetto a quella di altri animali (teniasi e trichinella). Nonostante la maggior parte delle donne intervistate non sia di religione musulmana, molte sostengono di non consumare carne suina neanche in Italia, probabilmente per abitudini legate al clima del loro Paese di origine.

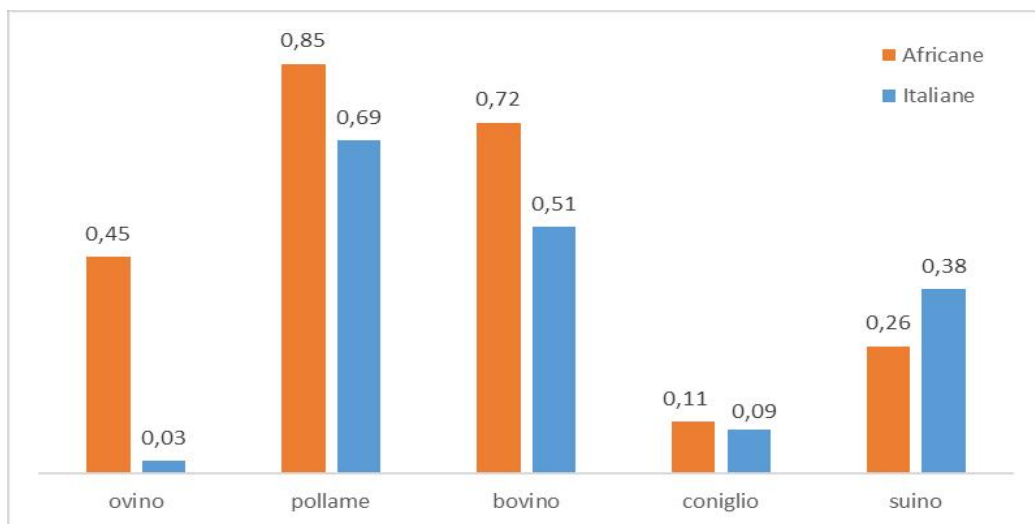


Grafico 28: indice standardizzato da 0 a 1 sul consumo dei tipi di carne, per etnia

Il grafico 29 riporta la correlazione tra l'autovalutazione attribuita alla propria alimentazione e il consumo dei diversi cibi, suddiviso per etnie. Dalla sua osservazione si evince come le italiane valutino negativamente la propria alimentazione nel caso in cui siano solite consumare cibi fritti, dolci, confezionati o bibite, mentre le africane, nonostante il largo uso, non percepiscano tale comportamento come un problema. La correlazione tra la cattiva autovalutazione e il consumo di pasta e carne tra le italiane è probabilmente legato al fatto che siano alimenti sani ma che debbano essere consumati nelle giuste quantità. Si conferma dunque che le africane spesso consumino alimenti poco sani ma, ritenendo di avere una corretta alimentazione, non si rendano conto degli aspetti migliorabili. Da ciò ne deriva che lo stile alimentare verrà tramandato ai figli

fin dall'alimentazione complementare, rischiando di impostare precocemente abitudini scorrette.

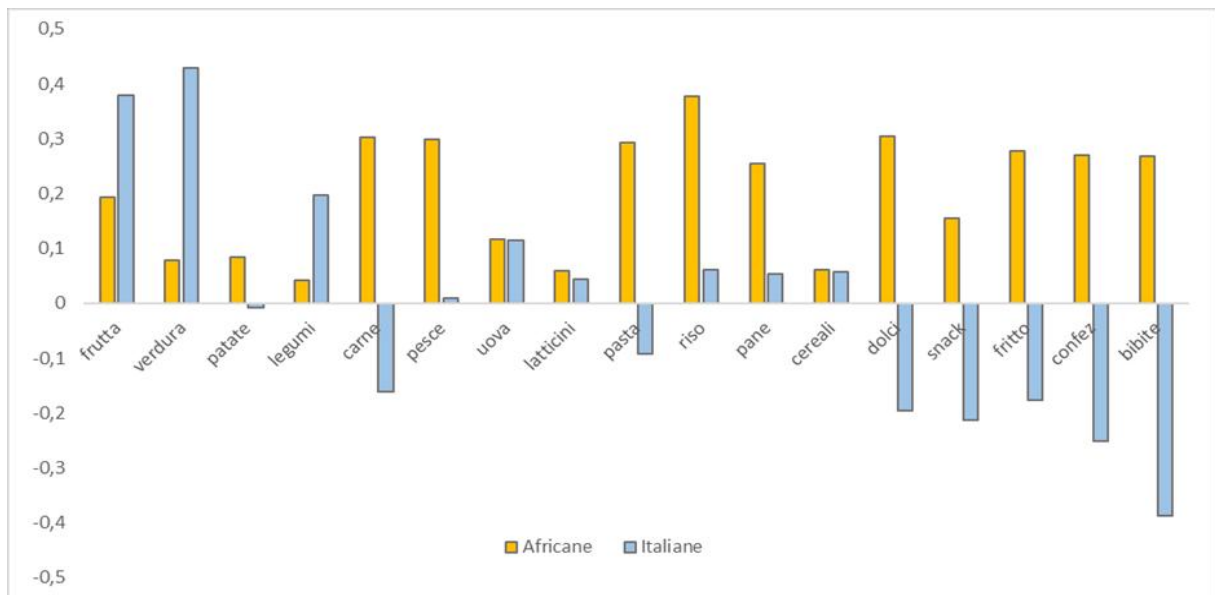


Grafico 29: correlazione tra l'autovalutazione attribuita all'alimentazione e ciò che viene mangiato, per etnie.

Il grafico 30 riporta una regressione, ossia l'incrocio tra le dichiarazioni alimentari fornite e il voto che le donne hanno attribuito alla loro alimentazione. In un'ottica di intervento educativo all'interno della comunità, emerge come il primo quadrante, ossia quello in alto a destra, riporti le donne che hanno una buona alimentazione e ne sono consapevoli, nel secondo coloro che hanno una buona alimentazione ma non ne sono consapevoli, il terzo rappresenta coloro che non hanno buone abitudini alimentari, ma ne sono coscienti, mentre il quarto coloro che hanno cattive abitudini, ma non si valutano negativamente, dunque rappresentano il gruppo in cui è più difficile intervenire con efficacia.

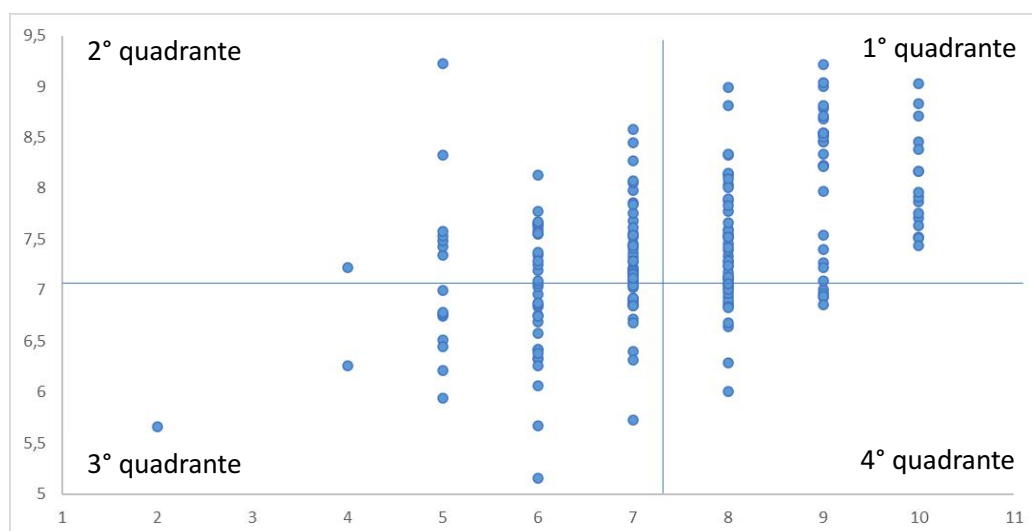


Grafico 30: valutazione osservata ed attesa per abitudini alimentari

Un'alimentazione povera di vitamine e ferro, assieme a malattie come HIV e Malaria, favorisce l'insorgenza di disturbi come l'anemia. Essa è particolarmente diffusa nell'Africa Sub-Sahariana, infatti nella parte occidentale ne soffre il 47,4% mentre in quella centrale il 35,7%. In Europa, invece, si attesta attorno al 6%.<sup>80</sup> “L'anemia favorisce l'ansia e la depressione ed è legata a un rischio maggiore di parto pretermine, emorragia postpartum, basso peso alla nascita del neonato, natimortalità e infezioni sia per il bambino che per la madre.”<sup>80</sup> L'anemia infantile, invece, può inficiare lo sviluppo cerebrale e cognitivo del bambino.<sup>80</sup>

#### 4.5 – Attenzioni verso lo sviluppo del bambino

Lo studio indaga l'opinione delle madri relativamente all'importanza e la funzione del gioco strutturato e della lettura per lo sviluppo cognitivo del bambino. Dall'indagine è emerso che, come riportato nel grafico 31, la maggior parte delle mamme ritiene il gioco e la lettura importanti per lo sviluppo psico-fisico del proprio bambino. C'è una leggera prevalenza delle mamme africane tra coloro che ritengono queste attività un passatempo che si attua esclusivamente per tenere occupati i figli.

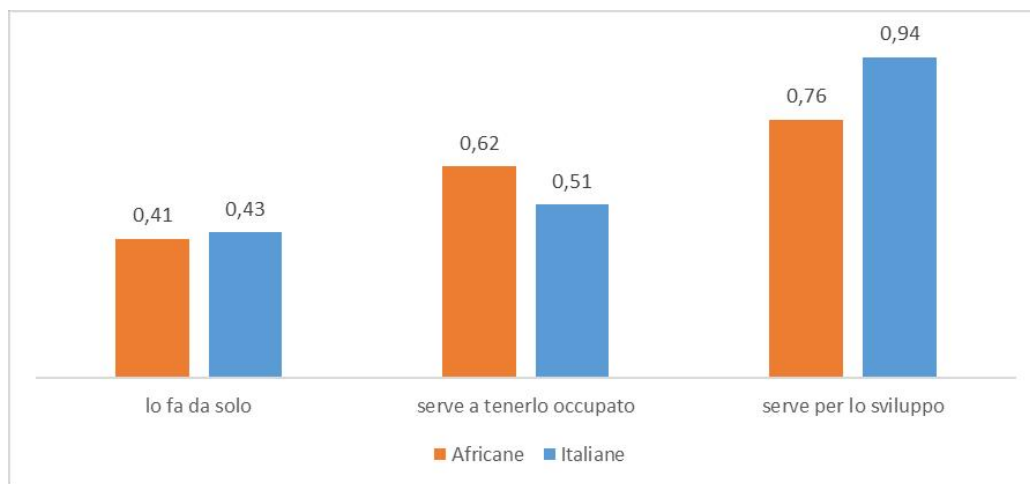


Grafico 31: indice standardizzato da 0 a 1 per opinione della madre relativamente al gioco e la lettura, per etnia.

Tuttavia, dall'osservazione diretta durante la raccolta dati e dall'esperienza riportata dagli operatori dei centri di sostegno, è emersa purtroppo una realtà differente. I bambini africani non hanno mostrato in genere particolare interesse per i libretti, poiché molto spesso non li conoscono e non li possiedono a casa. Inoltre, le madri sostengono di curare la lettura con i bambini, ma non sanno leggere in nessuna lingua, e quando viene loro detto che possono

<sup>80</sup> HealthDesk, “Anemia, ne soffre 1 donna su 3. Nessun progresso negli ultimi 30 anni”, <https://www.healthdesk.it/scenari/anemia-ne-soffre-1-donna-3-nessun-progresso-ultimi-30-anni>, 13 settembre 2023, (ultima consultazione il 02/10/2023).

inventare le storie mostrando le figure, appaiono stupite. È stata osservata l'interazione mamma-bambino anche durante i momenti di gioco presso il Centro Aiuto alla Vita (CAV), il quale, in collaborazione con le assistenti sanitarie del Consultorio Familiare di Udine, ha organizzato il progetto GiochiAMO. Tale iniziativa ha il fine di supportare le mamme e i bambini attraverso il gioco, ritrovandosi in gruppi di scambio con il sostegno di un'ostetrica e una psicomotricista. Attraverso l'osservazione diretta si è riscontrato come le mamme di origine africana non interagiscano particolarmente con i propri bambini, quanto piuttosto li lascino soli mentre utilizzano il telefono cellulare o parlano tra loro. Diverse volte gli operatori si sono premurati di richiamare le mamme a prestare attenzione ai propri figli. Viene inoltre sottolineato come l'interazione mamma africana- bambino sia senza dubbio molto fisica, tanto che vengono spesso utilizzate le fasce sulla schiena per il supporto e il trasporto, ma il rapporto non appare particolarmente coinvolgente ed educativo. Il bambino, infatti, è limitato all'essere posizionato sulla schiena della madre, dove non ha modo di esplorare gli spazi e non viene coinvolto nell'osservazione di quanto accade attorno a lui.

Attraverso l'intervista è stata indagata la frequenza con cui le donne escono a camminare con i loro bambini e i risultati sono riportati nel grafico 32. Dall'osservazione si ricava come meno della metà delle donne intervistate segua le linee guida OMS ed esca ogni giorno all'aria aperta con suo figlio. Il 18% del campione si dedica a tale attività solo qualche volta e il 5% mai. Tendenzialmente le donne africane assumono un comportamento migliore rispetto a quelle italiane, rispondendo più spesso "quasi ogni giorno" piuttosto che "qualche volta". Ciò può essere determinato dal fatto che gran parte delle donne africane non guidino mezzi propri, dunque usufruiscono del trasporto pubblico che le porta a compiere maggiori uscite.

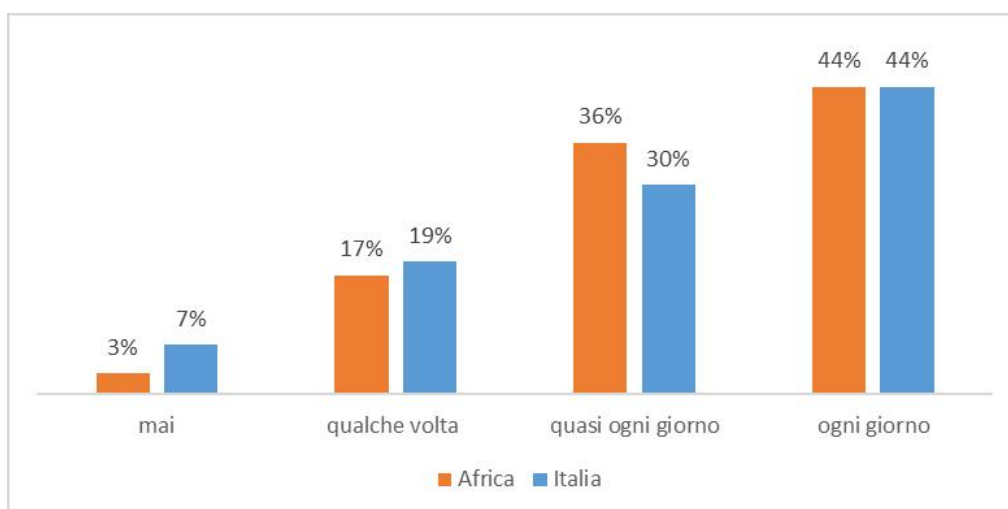


Grafico 32: distribuzione percentuale per risposta alla domanda D02 "Cammini all'aria aperta con il tuo bambino..." per etnia

È stato indagato anche l'utilizzo dei dispositivi elettronici da parte dei bambini e, come si evince dal grafico 33, quelli africani ne usufruiscono molto di più rispetto a quelli italiani. Quasi il 60% dei bambini africani utilizzano cellulari e televisori più di un'ora al giorno, il 74% più di mezzora, e il gruppo più significativo, ossia il 31% supera le due ore al giorno. Solo il 26% si comporta come da indicazioni OMS.

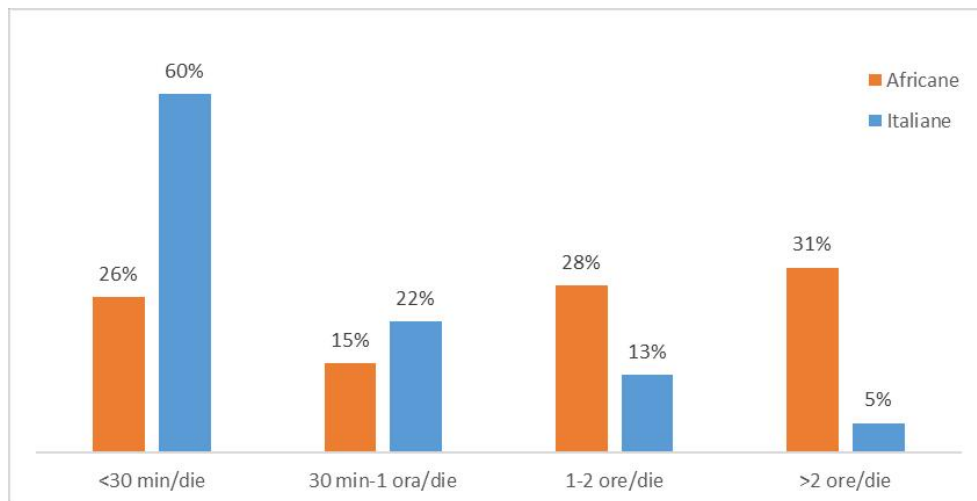


Grafico 33: distribuzione percentuale per utilizzo di dispositivi elettronici da parte dei bambini in base all'etnia

Durante le interviste a domicilio si è osservato come spesso nelle abitazioni il televisore sia sempre acceso, i genitori utilizzino il cellulare con il bambino in braccio o mostrino video ai figli durante i pasti. Si ritiene dunque che i dati dichiarati siano sottostimati rispetto alla realtà. Molte donne tra le intervistate hanno raccontato di investire molto denaro nei dispositivi elettronici, in particolar modo cellulari e televisori, poiché il potere d'acquisto di tali beni è sinonimo di miglioramento del proprio status sociale.

Indagando la percezione sui rischi di infortunio domestico infantile, emerge come gli urti sulle superfici dure e le cadute siano percepiti come incidente, mentre le ferite da taglio non vengano prese in adeguata considerazione, nonostante siano la seconda causa di accesso dei bambini al pronto soccorso.<sup>81</sup> Dal grafico 34 si denota come ci sia una maggiore percezione del rischio da parte delle italiane. Tale differenza potrebbe essere dovuta all'informazione sui temi della prevenzione. Le donne africane potrebbero sottostimare i rischi per questioni culturali, infatti, in Africa la sorveglianza dei bambini è spesso affidata ai fratelli maggiori. L'Africa, come precedentemente citato, riporta statistiche che dimostrano tassi altissimi di infortuni infantili, sui quali può incidere anche questo aspetto.

---

<sup>81</sup> Sanzarelli I., "Incidenti domestici dei bambini: come prevenirli?", <https://www.uppa.it/incidenti-domestici-dei-bambini/>, (ultima consultazione il 16/08/2023).

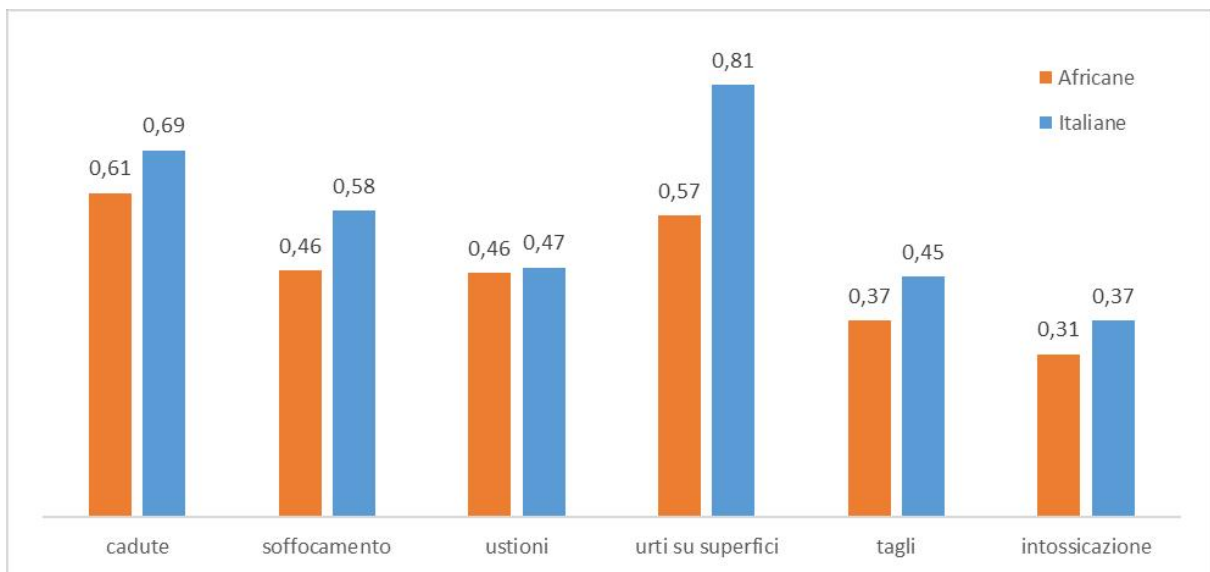


Grafico 34: indice standardizzato da 0 a 1 per la percezione del rischio di infortunio domestico infantile in base all'etnia.

Sono stati osservati diversi casi di bambini africani tenuti in braccio senza sostegno, lasciati da soli sul divano o sul letto e fatti giocare con oggetti non adatti all'età, ad esempio troppo piccoli. Da ciò si evince l'importanza della sensibilizzazione.

Dal grafico 35 si ricava come la maggior parte delle donne segua le indicazioni ministeriali per la prevenzione della morte in culla (1992), ossia la posizione supina del bambino durante il sonno. Molte, però, restano ancora legate a vecchie consuetudini, continuando a posizionarlo sul fianco. La posizione prona resta la più scorretta, ma viene utilizzata per alleviare le coliche gassose e, secondo quanto dichiarato dalle mamme, avviene sempre sotto diretta osservazione.

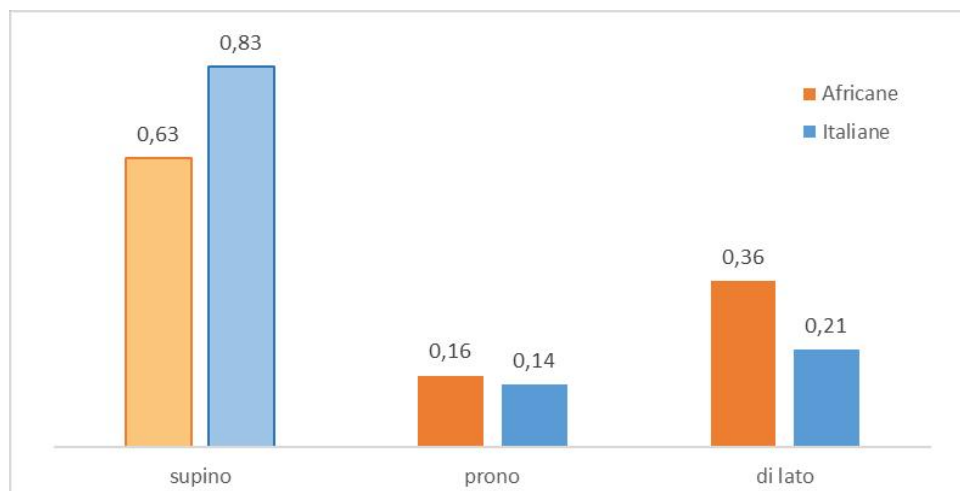


Grafico 35: indice standardizzato da 0 a 1 per posizionamento del bambino durante il sonno in base all'etnia (in chiaro la posizione consigliata).

Analizzando gli accessi al pronto soccorso dichiarati dalle mamme, dal grafico 36 si nota come le italiane vi abbiano condotto il proprio figlio con maggiore frequenza rispetto alle africane. Si rende tuttavia necessaria un'ulteriore analisi che permetta di contestualizzare tali dati con i motivi di accesso.

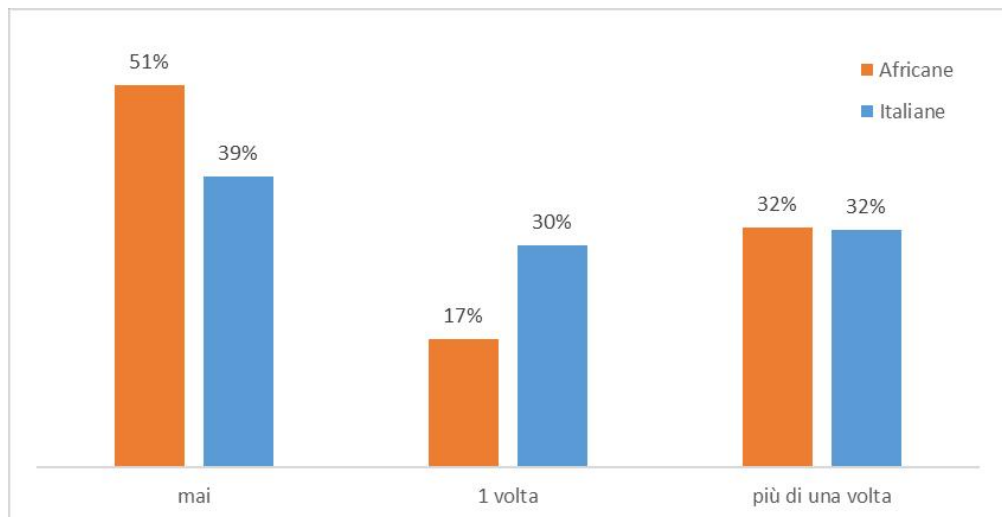


Grafico 36: distribuzione percentuale per numero di accessi al pronto soccorso pediatrico in base all'etnia.

La domanda E05, relativa ai motivi di accesso al pronto soccorso pediatrico, ha riportato 48 risposte da parte delle donne africane e 59 dalle italiane, con rispettivamente 56 e 69 problematiche elencate. Dal grafico 37, ricavato dal calcolo delle percentuali per singola etnia in relazione al rispettivo numero assoluto, emerge che le donne si rechino in PS prevalentemente per “malattie” del bambino, con una maggiore incidenza tra quelle africane. Ciò potrebbe essere determinato da un minor sostegno da parte dei familiari, amici o servizi territoriali, che porta le mamme africane ad accedere al PS per timore di un peggioramento dello stato di salute. Le madri italiane, invece, si recano in PS più frequentemente per “cadute” e “ferite”. Le donne africane, inoltre, potrebbero non aver riferito incidenti o traumi nel questionario per il timore di giudizi negativi da parte del personale sanitario. Le donne italiane danno anche un elenco di motivazioni più variegato: problemi con l'allattamento e il cordone ombelicale, morso di zecca, fontanella incassata, ittero, ipomobilità brachiale e sospetta ipotermia. Ciò può derivare da una maggiore proprietà del linguaggio e formazione in campo sanitario.



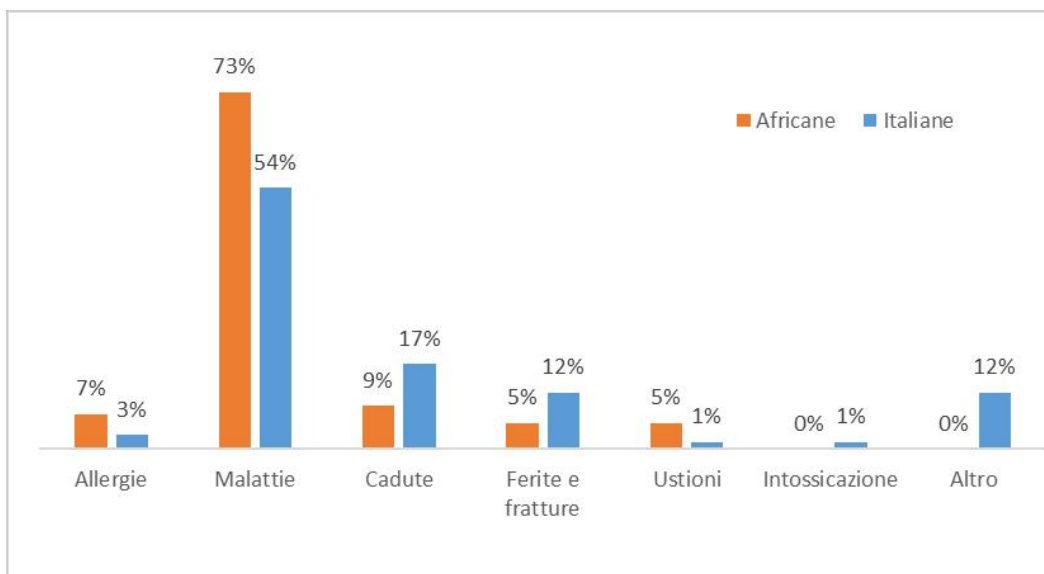


Grafico 37: distribuzione percentuale per motivi di accesso al pronto soccorso pediatrico in base all'etnia.

#### 4.6 - Conoscenza del Consultorio Familiare di Udine

Il Consultorio Familiare (CF) di Udine offre diversi servizi di sostegno alla famiglia, alla donna, all'adolescente e al bambino, che spesso però non sono conosciuti. Attraverso lo studio è stato indagato il grado di informazione delle donne al riguardo ed è emerso che le due etnie hanno una conoscenza globale pressoché analoga. Una donna africana su due dichiara di conoscerlo "molto bene" e di frequentarlo (grafico 38).

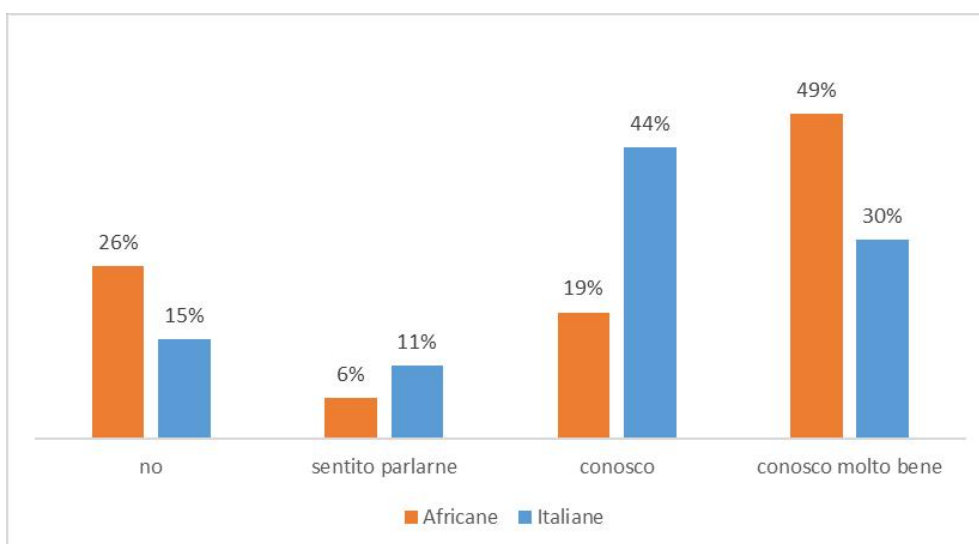


Grafico 38: distribuzione percentuale per grado di conoscenza del CF tra etnie.

Per quanto riguarda l'accesso alla struttura, le due etnie riportano analoghe modalità. Nella maggior parte dei casi il Consultorio è stato consigliato da terzi, qualcuno ne ha sentito parlare

e solo una piccolissima parte è stata direttamente contattata, in particolar modo dalle ostetriche o dalla segreteria del servizio. Le informazioni da parte degli operatori sono state fornite da assistenti sanitari, pediatri di libera scelta, medici di famiglia o ostetriche. Inoltre, il personale del reparto di neonatologia fissa direttamente l'appuntamento con l'ambulatorio del puerperio prima della dimissione della donna. Tale elemento si riscontra anche nel grafico 39, il quale riporta gli indici di conoscenza relativi ai diversi servizi. Emerge come l'ambulatorio del puerperio, gestito dalle ostetriche per i primi 40 giorni di vita, sia quello più conosciuto da entrambe le etnie. Risultano molto frequentati anche gli ambulatori di ginecologia e pediatria, in particolar modo dalle donne africane. L'Ambulatorio Mamma-Bambino gestito dalle assistenti sanitarie, invece, possiede un grado di conoscenza medio con prevalenza tra le italiane. I servizi di psicologia e assistenza sociale sono poco conosciuti, ma quest'ultimo risulta maggiormente frequentato dalle africane. Ciò presumibilmente è dovuto alle condizioni socio-economiche sfavorevoli in cui spesso vivono. Le donne straniere non conoscono tutti i servizi offerti dal Sistema Sanitario, tra cui anche il Consultorio Familiare, nonostante l'erogazione gratuita delle prestazioni. Dal grafico 39 si evince che i servizi di tipo sociale come lo psicologo, l'assistenza sociale o l'AMB non siano conosciuti a fondo come quelli che erogano prestazioni sanitarie, nonostante molto spesso risultino essenziali per il benessere della donna e del bambino, sia dal punto di vista fisico che mentale.

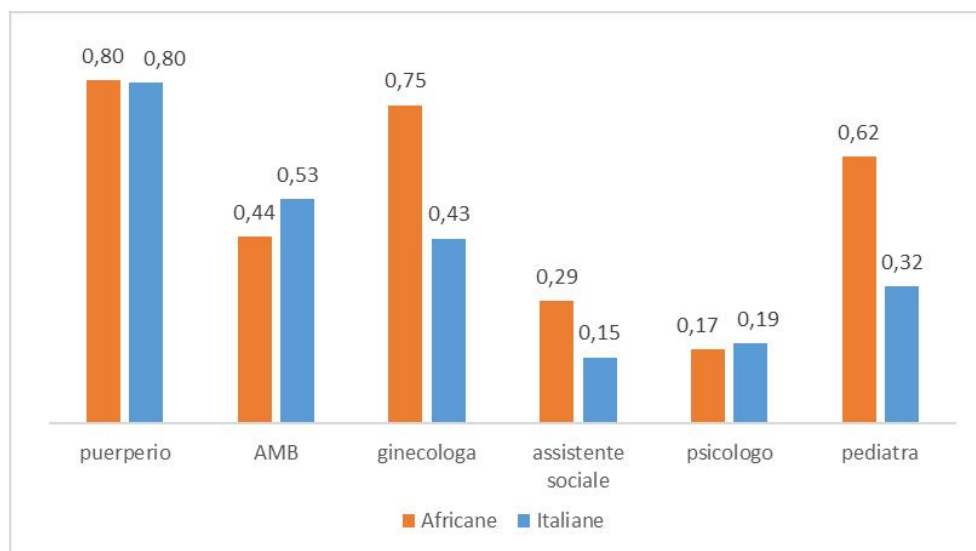


Grafico 39: indice standardizzato da 0 a 1 per la conoscenza dei servizi del CF tra etnie.

Nella realtà del Consultorio Familiare di Udine, nell'ambulatorio mamma-bambino opera l'assistente sanitario. Le sue attività sono rivolte al sostegno alla genitorialità, al singolo genitore, alla famiglia e alla collettività. Identificando i bisogni di salute attraverso l'analisi di dati epidemiologici e socio-culturali, l'assistente sanitario programma e struttura interventi di

promozione ed educazione sanitaria specifici per ogni fase della vita. Può dunque operare verso il singolo grazie alle attività ambulatoriali e alle visite domiciliari, oppure al gruppo e alla comunità attraverso interventi e progetti. Considerate le esigenze della popolazione africana emerse dallo studio, l'assistente sanitario potrebbe organizzare progetti di educazione e promozione ai sani stili di vita durante i primi 1.000 giorni, focalizzando l'attenzione sull'alimentazione salutare, l'importanza del gioco e della lettura, il corretto utilizzo dei dispositivi elettronici e la prevenzione degli incidenti domestici.

Accogliere utenti diversi e rispondere ai singoli bisogni di salute è la principale abilità dell'assistente sanitario di consultorio. A tal fine risulta di estrema importanza la comprensione dei bisogni di salute delle realtà culturali che si presentano al servizio. È importante avere una buona conoscenza delle reti, sia intra che extra aziendali, per garantire la corretta presa in carico dell'utenza e la continuità assistenziale. L'assistente sanitario deve possedere abilità comunicative e di counseling motivazionale. Risulta fondamentale mantenere un atteggiamento di apertura e accoglienza senza giudizio, in quanto l'efficacia degli interventi dipende dalla fiducia dell'utente nei confronti dell'operatore. Per questo motivo è importante saper gestire la comunicazione verbale e non verbale, evitando espressioni facciali e posture che trasmettano chiusura.



## CAPITOLO 5 – PROPOSTA DI PROGETTO APPLICATIVO

### 5.1 – Analisi del contesto e soluzioni proposte sulla base dei dati rilevati

Come riportato nei capitoli precedenti, le donne di origine africana non sono sempre a conoscenza dell'importanza dei primi 1.000 giorni di vita dei bambini. Le madri africane risultano poco sensibilizzate sull'argomento, nonostante diversi studi evidenzino l'importanza di precisi accorgimenti da tenere in questo delicato periodo della vita del bambino, che pone le basi per la salute futura e il grado di sviluppo cognitivo ed emotivo raggiungibile.<sup>82</sup> Le difficoltà maggiori sono state riscontrate nelle abitudini alimentari sia delle madri che dei figli, nella prevenzione degli incidenti domestici e nei corretti stimoli cognitivi per lo sviluppo. Ciò è correlato alla mancanza di una rete familiare vicina, il titolo di studio mediamente più basso e le difficoltà comunicative che limitano la comprensione delle informazioni.

In una società in continua evoluzione si rende necessario intervenire per la promozione della salute e la prevenzione all'interno delle comunità di migranti.

Pianificare e attuare interventi finalizzati allo sviluppo delle *Life Skills* e dell'*Empowerment personale* rappresenta un fattore protettivo per la salute, sia durante la gravidanza che nei primi due anni di vita. A tale proposito si propone un progetto nel quale le tematiche trattate sono la corretta alimentazione sia della mamma che del bambino, la prevenzione degli incidenti domestici e gli stimoli sensoriali per lo sviluppo cognitivo.

Il *setting* riveste un ruolo fondamentale per l'efficacia degli interventi. I migranti spesso manifestano diffidenza nei confronti degli operatori che non conoscono, dunque è essenziale tenere gli incontri in un luogo a loro familiare e che trasmetta fiducia. Per questo motivo si ritiene che sia preferibile svolgere le attività all'interno delle comunità e associazioni di sostegno che le donne sono solite frequentare o di cui conoscono l'esistenza, come Caritas e Centro Aiuto alla Vita.

Il progetto applicativo proposto è in linea con i documenti per la promozione della salute e la genitorialità responsabile riportati nel sottocapitolo 1.5.

### 5.2 – Descrizione del progetto

Titolo	Genitori 0-2
--------	--------------

---

<sup>82</sup> Ministero della Salute, “*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*”, Italia, 2019.

Target	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finale: bambini di origine africana 0-24 mesi;</li> <li>• Intermedio: mamme di origine africana con bambini nei primi 1.000 giorni di vita.</li> </ul>
Ente/ enti partner	Università, Ufficio Città Sane del Comune di Udine, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.
Stakeholder	Assistenti sanitari, Assistenti sociali del territorio, Pediatri di Libera Scelta (PLS), volontari, Caritas, Associazione Centro Aiuto alla Vita e personale del Consultorio Familiare di Udine.
Setting	Comunità frequentate dai migranti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Associazione CAV</li> <li>• Associazione Caritas</li> </ul>
Durata del progetto sperimentale	Sei settimane

Tabella 2: dati generali del progetto

### 5.3 - Obiettivi del progetto

Obiettivo generale: sostegno alla genitorialità nei primi 1.000 giorni di vita del bambino.

Obiettivi specifici:

1. Migliorare gli stili alimentari del bambino, attraverso un corretto approccio all'alimentazione complementare;
2. Incrementare la sensibilità sulla prevenzione degli incidenti domestici, attuando strategie per rendere maggiormente sicura la propria casa;
3. Aumentare le conoscenze delle mamme sull'importanza degli stimoli sensoriali per lo sviluppo cognitivo del bambino.

### 5.4 - Metodi del progetto

1. Redazione di una bozza di progetto da parte degli Assistenti Sanitari del Consultorio di Udine;
2. Coinvolgimento gli stakeholders e formazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare: Azienda Sanitaria, Dipartimento di Prevenzione, Associazione Caritas e Centro Aiuto alla Vita (CAV), Ufficio di Progetto Città Sane del Comune di Udine;

3. Analisi dei dati ed individuazione degli obiettivi condivisi;
4. Programmazione di sei incontri informativi ed interattivi da un'ora e mezza ciascuno, alternati tra temi specifici e incontri di feedback a distanza di 7 giorni ciascuno;
5. Creazione di gruppi di mamme da 20 persone previa iscrizione;
6. Formulazione di un breve questionario iniziale conoscitivo sulle abitudini alimentari, i rischi domestici e l'importanza degli stimoli cognitivi;
7. Redazione/distribuzione di brochure e materiali specifici nei servizi dove operano gli stakeholders: ricette ed etichette alimentari, casa sicura, Nati per Leggere e GiochiAMO;
8. Redazione di una Check-list di autovalutazione sugli alimenti presenti in casa, sulla rilevazione di rischi domestici e sugli stimoli cognitivi come giochi e letture;
9. Preparazione di presentazioni PowerPoint con l'utilizzo di immagini e video;
10. Realizzazione degli incontri presso le sedi dell'Associazione CAV e Caritas, in alternanza, per favorire l'integrazione tra associazioni;
11. Predisposizione di uno spazio sorvegliato dedicato ai bambini qualora siano presenti;
12. Predisposizione di un gadget da offrire alle mamme al termine di ogni incontro di follow-up: prodotti alimentari salutari come legumi e cereali integrali, paraspigoli angolari o chiudi anta, libretti o giochi per bambini.

## 5.5 - Piano di valutazione

Obiettivo specifico 1	
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizzazione del primo incontro presso il CAV e presentazione degli argomenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cos'è l'allattamento esclusivo e i suoi benefici;</li> <li>• Quando e come usare il latte in formula;</li> <li>• Cos'è l'alimentazione complementare e come avviarla;</li> <li>• Quali alimenti sono indicati e quali no prima dei 24 mesi.</li> </ul> </li> <li>2. Somministrazione del questionario iniziale sugli stili di alimentari (allegato 4);</li> <li>3. Somministrazione della check-list da compilare a domicilio in base all'osservazione degli alimenti presenti in casa;</li> </ol>

	4. Organizzazione dell'incontro di follow-up a distanza di 7 giorni sugli argomenti trattati, con il supporto della check-list.
Indicatore/i di processo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero delle mamme presenti sul totale degli iscritti al primo incontro;</li> <li>2. Numero di mamme presenti all'incontro di follow-up;</li> <li>3. Numero di questionari iniziali compilati (allegato 4);</li> <li>4. Numero di check-list compilate.</li> </ol>
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizzazione delle mamme all'allattamento esclusivo per 6 mesi ed oltre;</li> <li>• Corretta preparazione del latte in formula;</li> <li>• Conoscenza degli alimenti indicati per l'alimentazione complementare e di quelli sconsigliati;</li> <li>• Consapevolezza delle mamme sul proprio modello alimentare e disponibilità ad eventuali miglioramenti.</li> </ul>
Indicatore di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti al primo incontro;</li> <li>2. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti all'incontro di follow-up;</li> <li>3. Compilazione del 100% dei questionari iniziali (allegato 4);</li> <li>4. Compilazione del 60% delle check-list.</li> </ol>
<b>Obiettivo specifico 2</b>	
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizzazione del secondo incontro presso il CAV e presentazione degli argomenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quali sono gli incidenti domestici infantili;</li> <li>• Come prevenire gli incidenti più comuni;</li> <li>• Cosa fare in caso di incidente.</li> </ul> </li> <li>2. Somministrazione del questionario iniziale sugli infortuni domestici (allegato 5);</li> <li>3. Somministrazione della check-list da compilare a domicilio in base ai possibili pericoli/rischi presenti in casa;</li> <li>4. Organizzazione dell'incontro di follow-up a distanza di 7 giorni sugli argomenti trattati, con il supporto della check-list.</li> </ol>
Indicatore/i di processo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero delle mamme presenti sul totale degli iscritti al secondo incontro;</li> <li>2. Numero di mamme presenti all'incontro di follow-up;</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Numero di questionari iniziali compilati (allegato 5);</li> <li>4. Numero di check-list compilate.</li> </ol>
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione di misure preventive domestiche per rendere sicura la casa;</li> <li>• Acquisizione di conoscenze minime per la valutazione della gravità di un eventuale incidente domestico.</li> </ul>
Indicatore di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti al secondo incontro;</li> <li>2. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti all'incontro di follow-up;</li> <li>3. Compilazione del 100% dei questionari iniziali (allegato 5);</li> <li>4. Compilazione del 60% delle check-list.</li> </ol>
<b>Obiettivo specifico 3</b>	
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizzazione del terzo incontro presso il CAV e presentazione degli argomenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importanza della lettura precoce almeno una volta al giorno;</li> <li>• L'importanza del gioco strutturato;</li> <li>• L'importanza delle uscite all'aria aperta;</li> <li>• I danni dei dispositivi elettronici sui bambini;</li> <li>• Le offerte territoriali per la lettura e il gioco condiviso.</li> </ul> </li> <li>2. Somministrazione del questionario iniziale sulle conoscenze relative agli stimoli per lo sviluppo del bambino (allegato 6);</li> <li>3. Somministrazione della check-list da compilare a domicilio in base ai libretti presenti in casa;</li> <li>4. Organizzazione dell'incontro di follow-up a distanza di 7 giorni sugli argomenti trattati, con il supporto della check-list.</li> </ol>
Indicatore/i di processo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero delle mamme presenti sul totale degli iscritti al terzo incontro;</li> <li>2. Numero di mamme presenti all'incontro di follow-up;</li> <li>3. Numero di questionari iniziali compilati (allegato 6);</li> <li>4. Numero di check-list compilate.</li> </ol>
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettura di almeno un libretto al giorno al proprio bambino;</li> <li>• Frequentazione periodica di gruppi di gioco e lettura condivisa;</li> <li>• Almeno un'uscita al giorno da un'ora;</li> <li>• Limitazione a meno di 30 minuti al giorno dell'esposizione a dispositivi elettronici fino a 24 mesi.</li> </ul>

Indicatore di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti al terzo incontro;</li> <li>2. Partecipazione di almeno l'80% degli iscritti all'incontro di follow-up;</li> <li>3. Compilazione del 100% dei questionari iniziali (allegato 6);</li> <li>4. Compilazione del 60% delle check-list.</li> </ol>
-------------------------	--

Tabella 3: valutazione degli obiettivi specifici

## 5.6 - Ruoli e funzioni degli attori coinvolti

Assistente Sanitario:

- Funzione epidemiologica e di ricerca sanitaria-sociale: attraverso l'indagine del presente studio si rilevano i bisogni della comunità;
- Funzione organizzativa:
  - Ideare il progetto e condividerlo con gli stakeholders;
  - Gestire le autorizzazioni da parte dell'Azienda Sanitaria e del Comune;
  - Organizzare le riunioni con gli altri professionisti per discutere del progetto in termini di pianificazione e programmazione degli interventi (date, orari, modalità, setting disponibili e materiali necessari);
  - Organizzare le riunioni con i coordinatori delle Associazioni collaboranti per promuovere il progetto e pubblicizzarlo alle donne frequentanti i loro centri;
  - Gestire la pubblicizzazione del progetto.
- Funzione di raccordo interprofessionale: creare e mantenere il contatto con i diversi attori del progetto;
- Funzione di promozione della salute: promuovere i corretti stili alimentari per la mamma e il bambino, le sane abitudini e gli adeguati stimoli per la crescita cognitiva;
- Funzione di prevenzione: prevenire gli incidenti domestici attraverso gli interventi organizzati;
- Funzione di sostegno e lavoro di rete: collaborare con gli altri specialisti coinvolti e con le Associazioni di sostegno sociale, con il Comune e con i servizi dell'Azienda Sanitaria inerenti al progetto;
- Funzione di tutela dei diritti dei cittadini: supporto alla genitorialità nelle famiglie migranti con maggiori difficoltà socio-economiche;
- Funzione di sorveglianza e vigilanza:
  - Monitorare l'efficacia del progetto con i questionari iniziali, finali e il follow-up;

- Rielaborare i dati e produrre un report di fine progetto sull'affluenza, l'interesse dimostrato, la partecipazione attiva e l'efficacia.

Associazioni, Enti, operatori ed Azienda Sanitaria:

- Autorizzare e sostenere lo sviluppo del progetto;
- Offrire risorse umane ed economiche per lo svolgimento del progetto;
- Pubblicizzare ed incentivare la partecipazione agli incontri;
- Partecipare al gruppo di lavoro per l'organizzazione degli interventi.

### **5.7 – Fattibilità e criticità delle soluzioni proposte**

Il progetto richiede un utilizzo limitato delle risorse pubbliche e per la semplicità dei materiali e strumenti necessari risulta fattibile. Tuttavia, le criticità maggiormente riscontrabili sono:

- Scarsa padronanza della lingua italiana da parte della comunità;
- Scarsa padronanza delle lingue inglese e francese da parte degli operatori;
- possibile titubanza dei migranti a condividere le loro difficoltà;
- possibile mancanza di consapevolezza sull'importanza degli argomenti trattati;
- irregolarità della frequenza agli incontri.

### **5.8 – Risorse per la realizzazione del progetto**

1. Risorse umane: personale del Consultorio Familiare e del Dipartimento di prevenzione, educatori dei centri di assistenza, mediatori culturali;
2. Risorse economiche: a carico del Comune di Udine e delle Associazioni per la disponibilità della sala, la redazione delle brochure e l'acquisto dei gadget. Coinvolgimento del Banco Alimentare per la distribuzione degli alimenti come gadget.

## 5.9 – Cronogramma

	Settimana	1	2	3	4	5	6
Obiettivo 1	Azione 1	X					
	Azione 2	X					
	Azione 3	X					
	Azione 4		X				
Obiettivo 2	Azione 1			X			
	Azione 2			X			
	Azione 3			X			
	Azione 4				X		
Obiettivo 3	Azione 1					X	
	Azione 2					X	
	Azione 3					X	
	Azione 4						X

Tabella 4: cronogramma del progetto

## CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE

Il presente studio ha messo a confronto 100 questionari compilati da madri africane e 100 da madri italiane, con almeno un figlio nei primi 1.000 giorni di vita.

In letteratura non sono presenti dati sulle abitudini di vita delle donne africane immigrate nella nostra regione, sulle loro conoscenze e sulle convinzioni in merito ai determinanti di salute dei bambini fino ai 2 anni di vita. Per questo motivo si è ritenuto opportuno avviare un'analisi di contesto dettagliata su alcuni determinanti di salute come la corretta alimentazione, la protezione dai rischi domestici, gli stimoli educativi e la conoscenza dei servizi territoriali. Le intervistate africane provenivano principalmente da Nigeria, Tunisia, Marocco e Ghana.

Il questionario è stato somministrato tramite intervista diretta alle donne africane presso il Consultorio del Distretto Sanitario di Udine, il Servizio Vaccinale del Dipartimento di Prevenzione di Udine, la sede dell'Associazione Centro Aiuto alla Vita e le case-famiglia gestite dalla Caritas. Le donne italiane sono state reclutate principalmente presso il servizio vaccinale. Dallo studio è emerso che le madri di entrambe le etnie hanno discrete conoscenze sui sani stili di vita durante i primi 1.000 giorni, ma le africane risultano essere, per alcuni aspetti, meno informate.

Dal confronto tra donne italiane e africane si ricava come l'età media al primo parto sia significativamente distante, infatti, mentre le straniere hanno il primo figlio mediamente a venticinque anni, le italiane a trentadue. C'è differenza anche nel numero medio di figli, che è tre o quattro tra le africane e uno o due tra le italiane. A livello demografico, il calo di nascite di bambini italiani viene contrastato con l'elevata natalità di migranti africani, portando all'attenzione la rapida mutazione della società, che dovrà sempre più salvaguardare i nuovi bisogni di salute che ne derivano. Inoltre, va presa in considerazione la condizione socio-economica in cui i migranti vivono, spesso precaria per mancanza di occupazione lavorativa e di una rete familiare. Quasi la totalità del campione africano, infatti, ha dichiarato di possedere solo il titolo di licenza media, di non lavorare e di vivere in Italia senza i genitori.

Le mamme africane riportano un miglior approccio all'allattamento rispetto alle italiane, utilizzando in minor quantità il latte in formula, non affrettando il passaggio all'alimentazione complementare e continuando ad offrire il proprio latte più a lungo. Infatti, mentre le mamme africane allattano fino ad almeno sei mesi nel 94% dei casi e iniziano l'alimentazione complementare dopo i sei mesi nel 74% dei casi, i dati delle italiane sono l'83% per l'allattamento e il 63% per l'alimentazione complementare. Tuttavia, secondo la letteratura, è usanza delle africane associare al latte acqua e altri liquidi, rendendo l'allattamento non

esclusivo e rischiando di compromettere la salute del bambino. Ciò si conferma anche analizzando quanto emerso relativamente al consumo di zucchero, sale, miele e latte vaccino da parte di bambini africani con meno di un anno. Nonostante le linee guida OMS consiglino di evitare tali alimenti fino almeno all'anno di vita, più di una madre africana su tre ritiene che lo zucchero, il sale e il latte vaccino possano essere dati ai bambini con meno di un anno. Il dato più eclatante riguarda il miele, ritenuto sconsigliato totalmente solo dal 17% delle africane, contro il 65% delle italiane.

Dall'analisi statistica risulta che le donne africane fanno largo consumo di alimenti fritti, dolci, snacks e bibite zuccherate, tuttavia valutano positivamente la propria alimentazione, ritenendosi soddisfatte.

Le donne italiane attribuiscono alla propria alimentazione una valutazione mediamente soddisfacente, nonostante dichiarino una dieta più equilibrata. Le conseguenze di una dieta ricca di grassi e zuccheri si riscontra nell'incidenza del diabete gestazionale, pari al 26% tra le africane e al 7% tra le italiane. L'ipertensione gravidica colpisce l'11% delle africane e il 3% delle italiane.

Si è osservata una sostanziale differenza tra le due etnie anche per quanto concerne gli stimoli per lo sviluppo cognitivo del bambino. Nonostante quasi la totalità delle italiane e i tre quarti delle africane abbiano dichiarato che la lettura e il gioco strutturato siano essenziali per lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino, all'intervista è emerso che molte madri africane sono analfabete e non acquistano libretti o giochi educativi. Inoltre, nonostante gli innumerevoli studi riportanti i danni dei dispositivi elettronici sullo sviluppo, il 74% dei bambini africani passa più di mezz'ora al giorno davanti ad essi, il 59% più di un'ora e il 31% più di due ore. I bambini italiani passano davanti agli schermi più di mezz'ora al giorno nel 40% dei casi, più di un'ora nel 18% e più di due ore nel 5%.

La percezione verso il rischio di infortunio domestico infantile è in media più bassa tra le donne africane che tra le italiane, con maggiore sensibilità nei confronti delle cadute e degli urti sulle superfici dure. Inoltre, nonostante le raccomandazioni per la prevenzione della SIDS, molte africane utilizzano le precedenti indicazioni, posizionando il bambino in culla sul fianco invece che supino.

Un'altra differenza si riscontra sul numero di accessi al PS. Le madri africane portano i loro bambini in PS prevalentemente per curarli da malattie infettive, mentre le madri italiane a seguito di incidenti domestici. Questa differenza può essere spiegata dall'esperienza delle africane per l'esito mortale delle malattie infettive nei Paesi d'origine e l'assenza di una rete familiare di supporto.

Per quanto concerne la conoscenza dei servizi territoriali, le italiane conoscono il Consultorio Familiare, ma le africane lo frequentano più spesso. Gli ambulatori che forniscono prestazioni strettamente sanitarie, come il puerperio, la ginecologia e la pediatria sono i più frequentati. L'ambulatorio mamma-bambino gestito dalle AS, che offre sostegno alla genitorialità post puerperio, non risulta essere altrettanto frequentato o conosciuto.

Dunque, dall'analisi dei dati è emerso come le donne africane siano maggiormente propense all'allattamento materno, come da indicazioni OMS e Unicef. Necessitano però di essere sensibilizzate sull'importanza della lettura ai bambini, sull'utilizzo corretto dei dispositivi elettronici, sull'alimentazione salutare e sulla prevenzione degli incidenti domestici. Inoltre, considerate le difficoltà comunicative e il forte legame alle tradizioni, non è utile riproporre i programmi di educazione e promozione alla salute finora utilizzati. Per questo motivo si è pensato ad un progetto educativo di promozione della salute che prenda in considerazione tre argomenti: i sani stili alimentari, la prevenzione degli incidenti domestici e l'importanza degli stimoli per lo sviluppo del bambino. Il progetto, denominato "Genitori 0-2", è coordinato dall'Assistente Sanitario di Consultorio, in qualità di operatore specializzato nella promozione della salute, nella prevenzione e nello sviluppo dell'empowerment dei genitori e della comunità. L'Assistente Sanitario può consolidare il suo ruolo strategico all'interno delle comunità come facilitatore dello sviluppo di competenze finalizzate al mantenimento di un buono stato di salute. Il progetto si basa sulla teoria del cambiamento per piccoli obiettivi, attraverso un approccio prima teorico e poi esperienziale, e la condivisione in piccoli gruppi di pari. La progettazione partecipata come processo educativo permette l'incontro tra diverse persone, porta alla conoscenza dei problemi reciproci e rafforza il concetto di comunità.





## BIBLIOGRAFIA

- A cura di Petrelli A. et all. Epidemiologia e prevenzione, “*Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT*”, Milano, agosto 2017. Consultabile <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7467165.pdf>
- A cura di Scattoni O. e Rossitto A., “*Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili.*”, dicembre 2011. Consultabile <https://www.alberodellavita.org/wp-content/uploads/2014/10/Il-diritto-di-essere-bambine-.pdf> , pagina 13.
- Albuquerque de Oliveira K. et al. “*Association between race/skin color and premature birth: a systematic review with meta-analysis*”, 14 marzo 2018, Portogallo. Consultabile <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893270/>
- Barocco G. e Del Pio T., Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, “*Linee di indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi – 3 anni*”, Trieste, 27 novembre 2018, da pagina 6 a 9 e da pagina 19 a 20.
- Cerchiari A., “*Viaggio nella funzione alimentare del bambino 0-3 anni*”, Roma, 2018.
- Chiodero I., Corso di Sostegno all'allattamento, “*Promuovere l'allattamento in gravidanza*”, 15 febbraio 2023, Università degli Studi di Padova, Conegliano, da pagina 11 a pagina 40.
- Claude Dop M., “*Breastfeeding in Africa: will positive trends be challenged by the AIDS epidemic?*”, gennaio-marzo 2022, Francia. Consultabile <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11943640/>
- Congresso internazionale sulla Promozione della Salute, “*Carta di Ottawa per la promozione della salute*”, 21 novembre 1986, Canada.
- Di Fraia G. ed al. “*Rapporto osserva salute 2014*”, consultabile al link [https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02\\_sopravvivenza.pdf](https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-02_sopravvivenza.pdf) , 2016, Italia.
- Garante della protezione dei dati personali, (2003), *Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196, recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali”*, Roma.
- INAIL, “*La salute e la sicurezza del bambino*”, edizione 2014, Roma.

- IRES FVG, “*IMPACTFVG 2014-2020. Osservatorio regionale sull’immigrazione. Rapporto finale.*”, ottobre 2022.
- Istat, “*Generazioni a confronto. Come cambiano i percorsi verso la vita adulta*”, Roma, 2014. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2014/09/Generazioni-a-confronto.pdf>
- Istat, “*La salute riproduttiva della donna*”, Roma, 2017. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf>.
- Istat, “*Migrazioni interne e internazionali della popolazione residente, anno 2021*”, 9 febbraio 2023.
- Istat, “*Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2021*”, 19 dicembre 2022, Roma. Consultabile <https://www.istat.it/it/files/2022/12/report-natalita-2021.pdf>
- Istat, “*Rapporto annuale 2022. La situazione del Paese*”, 2022, Roma, pagina 7.
- Magwaza AS. “*Migration and psychological status in South African black migrant children*”. *J Genet Psychol*, settembre 1994.
- Ministero della Salute, “*Bambini sicuri in casa, piccola guida per i genitori*”, Roma, 2015.
- Ministero della Salute, “*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*”, Italia, 2019, pagina 31.
- Ministero della sanità, Decreto Ministeriale n. 69, “*Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’assistente sanitario*”, 17 gennaio 1997.
- Regione Piemonte, “*Sistema di sorveglianza 0-2 anni*”. Risultati dell’indagine 2018-2019, Torino, 2020.
- Ronfani L., “*Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG*”, Trieste, 2020.
- Unicef, “*Children, food and nutrition*”, 2019, consultabile a <https://www.unicef.org/media/60846/file/SOWC-2019-WCA.pdf>.
- United Nation, DESA, “*Population Division. World Population Prospects 2022*”, 2022. Consultabile <http://population.un.org/wpp>

## SITOGRAFIA

- ActionAid, “*Discriminazione delle donne nel mondo: la situazione in Nigeria*” <https://adozioneadistanza.actionaid.it/magazine/discriminazione-donne-mondo-nigeria/>, (ultima consultazione il 13/08/2023).
- ANSA.it, “*Latte vaccino a bimbi dopo i 12 mesi, nuove linee indirizzo*”, [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/salute\\_bambini/alimentazione/2016/10/21/latte-vaccino-a-bimbi-dopo-i-12-mesi-nuove-linee-indirizzo\\_1547456a-9a04-11e6-9836-00505695d1bc.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/salute_bambini/alimentazione/2016/10/21/latte-vaccino-a-bimbi-dopo-i-12-mesi-nuove-linee-indirizzo_1547456a-9a04-11e6-9836-00505695d1bc.html), (ultima consultazione il 15/08/2023).
- Briatore L., “*Rischio di diabete gestazionale e delle relative complicanze nelle donne immigrate: uno studio di coorte italiano*”, <https://aemmedi.it/rischio-di-diabete-gestazionale-e-delle-relative-complicanze-nelle-donne-immigrate-uno-studio-di-coorte-italiano/>, 2020, (ultima consultazione il 26/08/2023).
- Carbone G., Enciclopedia Treccani, “*Atlante Geopolitico 2015, Nigeria*”, [https://www.treccani.it/enciclopedia/nigeria\\_res-d6cc6024-7f2e-11e6-9672-00271042e8d9\\_%28Atlante-Geopolitico%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/nigeria_res-d6cc6024-7f2e-11e6-9672-00271042e8d9_%28Atlante-Geopolitico%29/) , 2016, (ultima consultazione il 01/09/2023).
- Centro Diagnostico Italiano, “*Quando nasce il gusto nei bambini? Il ruolo dell'alimentazione complementare*”, <https://www.cdi.it/news/nascita-del-gusto-e-alimentazione-complementare-svezzamento/#:~:text=Il%20senso%20del%20gusto%20%C3%A8,con%20le%20proprie%20scelte%20alimentari> , 14 dicembre 2020, (Ultima consultazione il 26/08/2023).
- Centro Medico Santagostino, “*Il diabete in gravidanza: rischi e sintomi*”, <https://www.santagostino.it/it/santagostinopedia/diabete-in-gravidanza>, (ultima consultazione il 15/08/2023).
- CIA Factbook, “*Ghana*”, 07 settembre 2023, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ghana/>, (ultima consultazione il 24/09/2023).
- CIA Factbook, “*Nigeria*”, 08 settembre 2023, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/nigeria/#people-and-society>, (ultima consultazione il 24/09/2023).
- Di Lara A. Friel, MD, PhD, University of Texas Health Medical School at Houston, McGovern Medical School, “*Diabete durante la gravidanza*”,

<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-delle-donne/gravidanza-complicata-da-malattia/diabete-durante-la-gravidanza> , ottobre 2021, (ultima consultazione il 26/08/2023).

- Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, “*L’allattamento al seno protegge il bambino per tutta la vita*”, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/pediatria/allattamento-al-seno-uno-scudo-che-protegge-il-bambino-per-tutta-la-vita>, 02 agosto 2019, (ultima consultazione il 29/08/2023).
- Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, “*L’ipertensione mette a rischio il cuore dei migranti*”, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/ipertensione-mette-rischio-il-cuore-dei-migranti#:~:text=Un%20dato%20sostanziato%20dal%20confronto,nel%20%20%20C2%ABcluster%20%20BB%20dei%20migranti>, 2016, (ultima consultazione il 26/08/2023).
- Di Todaro F., Fondazione Umberto Veronesi, “*Quando è giusto dare il latte artificiale a un neonato?*”, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/pediatria/quando-e-giusto-dare-il-latte-artificiale-un-neonato> , 09 novembre 2013, (ultima consultazione il 29/08/2023).
- Epicentro, “*Oms e Unicef: la prevenzione degli infortuni e degli incidenti nei bambini*”, <https://www.epicentro.iss.it/incidenti/infanziaOms08> , (ultima consultazione il 12/08/2023).
- Farmacia Loreto, “*Pressione arteriosa alta in gravidanza*”, <https://farmacialoreto.it/pressione-arteriosa-alta-gravidanza> , (ultima consultazione il 15/08/2023).
- Fliesler N., “*Babies and screen time: New research calls for caution*”, Boston’s Children Hospital, <https://answers.childrenshospital.org/screen-time-infants/> , 03 febbraio 2023, (ultima consultazione il 31/08/2023).
- Fondo ASIM, “*Diabete gestazionale: cause, sintomi e complicanze*”, <https://www.fondoasim.it/diabete-gestazionale-cause-sintomi-complicanze/>, (ultima consultazione il 15/08/2023).
- Geopolitica.info, “*Il divario di genere nell’istruzione in Africa*”, <https://www.geopolitica.info/divario-di-genere-istruzione-africa/> (ultima consultazione 13/08/2023).

- HealthDesk, “*Anemia, ne soffre 1 donna su 3. Nessun progresso negli ultimi 30 anni*”, <https://www.healthdesk.it/scenari/anemia-ne-soffre-1-donna-3-nessun-progresso-ultimi-30-anni>, 13 settembre 2023, (ultima consultazione il 02/10/2023).
- Healthdesk, “*Lo stress in gravidanza non fa bene al bambino*”, <https://www.healthdesk.it/prevenzione/stress-gravidanza-non-fa-bene-bambino#:~:text=Gli%20effetti%20dello%20stress%20materno,neurologico%20osservati%20dopo%20la%20nascita>, 08 maggio 2022, (ultima consultazione il 26/08/2023).
- Istat, “*Popolazione e società. Stranieri*” <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=4&action=show&L=0#:~:text=In%20Italia%2C%20al%201%20C%20B0,si%20concentra%20nel%20Centro%2DNord>, (ultima consultazione il 18/09/2023).
- Istat, “*Tavole di mortalità 2022*”, <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283>, 2023, (ultima consultazione il 22/09/2023).
- Istituto Superiore di Sanità, “*Allattamento*”, <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/epidemiologia-italia#:~:text=Il%20tasso%20di%20partecipazione%20ha,pari%20al%2031%20C%203%25>, 07 ottobre 2023, (ultima consultazione il 29/08/2023).
- Istituto Superiore di Sanità, “*Le condizioni di salute degli immigrati in Europa*”, <https://www.epicentro.iss.it/globale/eurObserver>, (ultima consultazione il 06/09/2023).
- Istituto Superiore di Sanità, “*Piramide alimentare*”, <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare#la-piramide-alimentare-italiana>, 27 maggio 2021, (ultima consultazione il 29/08/2023).
- Istituto Superiore di Sanità, “*Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino: il progetto multiregionale coordinato dall’ISS*”, <https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-per-la-promozione-della-salute-nei-primi-1000-giorni>, 20 aprile 2023, (ultima consultazione il 24/08/2023).
- Istituto Superiore di Sanità, “*Toxoplasmosi*”, <https://www.epicentro.iss.it/toxoplasmosi/#:~:text=La%20toxoplasmosi%20%20C%20A8%20ad%20alto,o%20la%20morte%20in%20utero>, (ultima consultazione il 28/08/2023).

- Kamers L., “*Life expectancy in Africa 2022*”, <https://www.statista.com/statistics/274511/life-expectancy-in-africa/>, 31 agosto 2023, (ultima consultazione il 22/09/2023).
- Marchili M.R. e Gesualdo F., Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, “*Svezzamento*”, <https://www.ospedalebambinogesu.it/svezzamento-80539/>, 14 dicembre 2022, (ultima consultazione il 29/08/2023).
- MMC Europe 4Mi Snapshot , “*Il viaggio dei Nigeriani verso l’Italia: drivers, rotte e rapporti con i trafficanti*”, [https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221\\_Il\\_viaggio\\_dei\\_Nigeriani\\_verso\\_l-CC%81Italia\\_drivers\\_rotte\\_e\\_rapporti\\_con\\_i\\_trafficanti.pdf](https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2022/04/221_Il_viaggio_dei_Nigeriani_verso_l-CC%81Italia_drivers_rotte_e_rapporti_con_i_trafficanti.pdf), aprile 2022, (ultima consultazione il 02/09/2023).
- Nati per leggere, “*Dieci buoni motivi*”, <https://www.natiperleggere.it/dieci-buoni-motivi.html>, (ultima consultazione il 30/08/2023).
- Nelson C., “*I bambini hanno bisogno degli esseri umani, non degli schermi*”, Unicef, <https://www.unicef.org/parenting/child-development/babies-screen-time>, (ultima consultazione il 31/08/2023).
- Nutripiatto, “*Proteine sì, ma quante? a ciascuna età il giusto apporto. le raccomandazioni della società italiana di pediatria preventiva e sociale (SIPPS)*”, <https://www.buonalavita.it/nutripiatto/oltre-la-nutrizione/proteine-bambini-raccomandazioni-pediatrici#:~:text=%E2%80%9C%C3%88%20di%20estrema%20importanza%20prestare,mai%20combinandole%20nello%20stesso%20pasto.> 6 dicembre 2019, (ultima consultazione il 17/10/2023)
- Ospedale Niguarda, “*Le bevande giuste durante l’allattamento*”, [https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/le-bevande-giuste-durante-lallattamento#:~:text=Chi%20allatta%20deve%20cercare%20di,noce%20moscata%2C%20curry\)%20e%20alimenti](https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/le-bevande-giuste-durante-lallattamento#:~:text=Chi%20allatta%20deve%20cercare%20di,noce%20moscata%2C%20curry)%20e%20alimenti), 29 settembre 2015, (ultima consultazione il 28/08/2023).
- Ospedale pediatrico Bambino Gesù, “*Alimentazione in gravidanza*”, <https://www.ospedalebambinogesu.it/alimentazione-in-gravidanza-80498/#:~:text=La%20dieta%20deve%20essere%20variata,cottura%20di%20carne%20e%20pesce>, 05 ottobre 2022, (ultima consultazione il 26/08/2023).

- Paglia L., “Troppo zucchero nella dieta dei nostri bambini”, <https://www.sioi.it/troppo-zucchero-nella-dieta-dei-nostri-bambini/>, (ultima consultazione 14/08/2023).
- Pastore Z., “I primi 1000 giorni di vita sono importanti: tutto quello che i genitori devono sapere”, <https://www.nostrofiglio.it/neonato/i-primi-1000-giorni-di-vita-sono-importanti>, 07 aprile 2021, (ultima consultazione il 26/08/2023).
- Rapaport L., “Bambini. Se la mamma ha una buona rete sociale, aumenta il QI”, [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=70610](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=70610), 04/02/2019, (ultima consultazione 26/08/2023).
- Sanzarello I., “Incidenti domestici dei bambini: come prevenirli?”, <https://www.uppa.it/incidenti-domestici-dei-bambini/>, (ultima consultazione il 16/08/2023).
- Società Italiana di Pediatria, “Italia spaccata a metà sulla mortalità infantile. De Curtis: “Il 47% in più di rischio morte per chi nasce al Sud”, <https://sip.it/2020/12/14/italia-spaccata-a-meta-sulla-mortalita-infantile-de-curtis-il-47-in-piu-di-rischio-morte-per-chi-nasce-al-sud/>, (ultima consultazione il 12/08/2023).
- Sorice A., “Miele ai neonati? No grazie!”, <https://www.sanitainformazione.it/contributi-opinioni/miele-ai-neonati-no-grazie/>, (ultima consultazione il 15/08/2023).
- TuttiItalia.IT, “Cittadini stranieri Italia 2022”, <https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2022/>, (ultima consultazione il 18/09/2023).
- TuttiItalia.IT, “Cittadini stranieri Udine 2021”, <https://www.tuttitalia.it/friuli-venezia-giulia/86-udine/statistiche/cittadini-stranieri-2021/#:~:text=I%20dati%20ten-gono%20conto%20dei,%2C2%25%20della%20popolazione%20residente,2022,> (Ultima consultazione il 06/09/2023).
- Unicef, “HIV/AIDS e infanzia”, <https://www.unicef.it/media/hiv-aids-e-infanzia/>, 17 giugno 2010, (ultima consultazione il 26/08/2023).
- WHO, “African Region, HIV, AIDS”, <https://www.afro.who.int/health-topics/hiv-aids#:~:text=The%20WHO%20African%20Region%20is,HIV%20in%20the%20African%20Region,2018,> (ultima consultazione il 03/09/2023).





## **ELENCO DELLE TABELLE**

Tabella 1:	Riferimenti dei quesiti nella matrice dati	Pag. 26
Tabella 2:	Dati generali del progetto	Pag. 61
Tabella 3:	Valutazione degli obiettivi specifici	Pag. 63
Tabella 4:	Cronogramma del progetto	Pag. 68



## ELENCO DEI GRAFICI

Grafico 1:	Distribuzione percentuale dello stato ponderale delle gestanti 2015-2020 per titolo di studio (tratto da “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”)	Pag. 10
Grafico 2:	Distribuzione percentuale dello stato ponderale delle gestanti 2015-2020 per etnia (tratto da “Profilo di salute ed equità 2020 della regione FVG”)	Pag. 10
Grafico 3:	Distribuzione percentuale per motivi di migrazione in base al genere (tratto da “Il viaggio dei Nigeriani verso l’Italia: drivers, rotte e rapporti con i trafficanti”)	Pag. 16
Grafico 4:	Distribuzione percentuale delle donne africane per Paese di origine	Pag. 32
Grafico 5:	Distribuzione percentuale del campione per fascia di età ed etnia	Pag. 32
Grafico 6:	Distribuzione percentuale per età al primo parto e per etnia	Pag. 33
Grafico 7:	Distribuzione percentuale per numero di figli in base all’etnia	Pag. 35
Grafico 8:	Distribuzione percentuale del campione per religione e per etnia	Pag. 36
Grafico 9:	Distribuzione percentuale del campione per titolo di studio ed etnia	Pag. 37
Grafico 10:	Distribuzione percentuale dell’occupazione in base all’etnia	Pag. 38
Grafico 11:	Distribuzione percentuale delle africane per anni di permanenza in Italia	Pag. 39
Grafico 12:	Distribuzione percentuale per risposta delle donne africane alla domanda A04 “quando sono arrivati i tuoi genitori in Italia?”	Pag. 40
Grafico 13:	Distribuzione percentuale di donne che hanno allattato al seno per etnia	Pag. 41
Grafico 14:	Distribuzione percentuale del prolungamento dell’allattamento in base all’etnia.	Pag. 42
Grafico 15:	Distribuzione percentuale per età all’inizio dell’alimentazione complementare in base all’etnia.	Pag. 42
Grafico 16:	Distribuzione percentuale per alimenti dati più spesso al bambino e per etnia	Pag. 43
Grafico 17:	Distribuzione percentuale per l’opportunità di dare zucchero al bambino prima dei 12 mesi e per etnia	Pag. 44
Grafico 18:	Distribuzione percentuale per l’opportunità di dare il sale al bambino prima dei 12 mesi e per etnia	Pag. 44
Grafico 19:	Distribuzione percentuale per l’opportunità di dare il miele al bambino prima dei 12 mesi e per etnia	Pag. 45

Grafico 20:	Distribuzione percentuale per l'opportunità di dare il latte vaccino al bambino prima dei 12 mesi e per etnia	Pag. 46
Grafico 21:	Distribuzione percentuale per valutazione sulla propria alimentazione in base all'etnia	Pag. 47
Grafico 22:	Incidenza del diabete tra etnie (%)	Pag. 48
Grafico 23:	Incidenza del diabete in famiglia tra etnie (%)	Pag. 48
Grafico 24:	Incidenza dell'ipertensione tra etnie (%)	Pag. 48
Grafico 25:	Incidenza dell'ipertensione in famiglia tra etnie (%)	Pag. 48
Grafico 26:	Indice standardizzato da 0 a 1 di adeguato consumo per tipo di alimento da limitare in base all'etnia	Pag. 49
Grafico 27:	Indice standardizzato da 0 a 1 di adeguato consumo per tipo di alimento sano in base all'etnia	Pag. 49
Grafico 28:	Indice standardizzato da 0 a 1 sul consumo dei tipi di carne, per etnia	Pag. 50
Grafico 29:	Correlazione tra l'autovalutazione attribuita all'alimentazione e ciò che viene mangiato, per etnie	Pag. 51
Grafico 30:	Valutazione osservata ed attesa per abitudini alimentari	Pag. 51
Grafico 31:	Indice standardizzato da 0 a 1 per opinione della madre relativamente al gioco e la lettura, per etnia	Pag. 52
Grafico 32:	Distribuzione percentuale per risposta alla domanda D02 "Cammini all'aria aperta con il tuo bambino..." per etnia	Pag. 53
Grafico 33:	Distribuzione percentuale per utilizzo di dispositivi elettronici da parte dei bambini in base all'etnia	Pag. 54
Grafico 34:	Indice standardizzato da 0 a 1 per la percezione del rischio di infortunio domestico infantile in base all'etnia	Pag. 55
Grafico 35:	Indice standardizzato da 0 a 1 per posizionamento del bambino durante il sonno in base all'etnia (in chiaro la posizione consigliata)	Pag. 55
Grafico 36:	Distribuzione percentuale per numero di accessi al pronto soccorso pediatrico in base all'etnia	Pag. 56
Grafico 37:	Distribuzione percentuale per motivi di accesso al pronto soccorso pediatrico in base all'etnia	Pag. 57
Grafico 38:	Distribuzione percentuale per grado di conoscenza del CF tra etnie	Pag. 57
Grafico 39:	Indice standardizzato da 0 a 1 per la conoscenza dei servizi del CF tra etnie	Pag. 58

## ALLEGATI



**SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI –**  
**STUDENTE: ARIANNA GULLINO - MATRICOLA 2014102**

<b>ARGOMENTO DI TESI</b>	Stili di vita, cura dei bambini e ruolo dell'assistente sanitario di consultorio nell'ambito della promozione della salute delle mamme e dei bambini di nazionalità africana fino ai primi 10 00 giorni di vita.	
<b>TIPOLOGIA DI TESI</b>	Teorico - pratica	
<b>FRAMEWORK E PROBLEMA</b>	<p>Per via dei grandi flussi migratori che caratterizzano la storia mondiale degli ultimi decenni, il numero di mamme migranti è in continuo aumento. Spesso gli usi tipici della cultura di appartenenza, come l'alimentazione e gli stili di vita, non risultano salutarissimi per le mamme e i bambini, una volta trasferiti nel nostro contesto di vita. Secondo i dati riscontrati, gli immigrati tendono ad avere una dieta caratterizzata da un eccesso di carboidrati e zuccheri semplici che porta all'aumento dell'incidenza di patologie tipicamente occidentali come l'ipertensione arteriosa e il diabete, anche in gravidanza (UniTS). Dall'altro lato, secondo i dati Unicef le donne africane tendono ad essere maggiormente propense all'allattamento al seno rispetto a quelle italiane.</p> <p>Fra le madri straniere, inoltre, il tasso di natalità, mortalità perinatale e incidenti domestici infantili è più alto, mentre solo un quarto dei migranti conosce i suoi diritti di accesso alle cure e vi sono importanti ostacoli come le barriere linguistiche e culturali, le quali rallentano la diagnosi e il trattamento precoce (Epicentro). Nonostante l'elevato tasso di famiglie africane residenti nella città di Udine (secondo i dati Istat, nel 2021 gli abitanti africani erano 2.897, pari al 20,74% della popolazione migrante residente), manca una rilevazione sulle abitudini e scelte di salute delle mamme africane durante la gravidanza e nei primi 1000 giorni di vita del bambino.</p>	
<b>QUESITI DI TESI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esistono in letteratura studi sulle abitudini e stili di vita delle mamme nigeriane fino ai primi 1000 giorni di vita del loro bambino?</li> <li>2. Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle mamme africane afferenti al Consultorio Familiare del Distretto di Udine e al Servizio Vaccinale del Dipartimento di Prevenzione?</li> <li>3. Quali sono le abitudini alimentari delle mamme e dei bambini africani fino ai 1000 giorni di vita?</li> <li>4. Qual è la percezione del rischio di infortunio domestico infantile nelle famiglie africane?</li> <li>5. Qual è il livello di consapevolezza su rischi e benefici dei comportamenti nei primi 1000 giorni?</li> <li>6. In un'ottica di stile di vita salutare, quali sono i punti di forza e gli aspetti migliorabili delle abitudini tradizionali delle donne rispetto agli stili di vita?</li> <li>7. Le mamme africane conoscono il consultorio e i servizi offerti a sostegno della genitorialità ?</li> </ol>	
<b>OBIETTIVI DI TESI</b>	<p><b>OBIETTIVO GENERALE:</b>          Indagare sugli stili di vita delle donne africane immigrate, durante la gravidanza e nei primi 1000 giorni di vita del bambino.</p> <p><b>OBIETTIVI SPECIFICI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione.</li> <li>2. Descrivere le abitudini alimentari delle mamme africane e dei loro figli fino ai primi 1000 giorni di vita</li> <li>3. Indagare la percezione del rischio di infortuni domestici infantili nelle famiglie africane</li> <li>4. Indagare il grado di consapevolezza delle mamme sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni.</li> <li>5. Analizzare gli aspetti migliorabili e i punti di forza maggiormente rilevanti della comunità analizzata rispetto agli stili di vita</li> <li>6. Indagare sulla conoscenza del Consultorio Familiare e dei servizi da esso offerti</li> <li>7. Individuare le competenze e il ruolo dell'assistente sanitario all'interno dei servizi offerti a sostegno della genitorialità</li> <li>8. Elaborare un progetto per la promozione degli stili di vita sani nelle famiglie africane</li> </ol>	
<b>MATERIALI E METODI</b>	<b>CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO</b>	Donne africane residenti nel Comune di Udine, in gravidanza o con almeno un figlio avente meno di 1000 giorni di vita.
	<b>STRUMENTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dati in archivio presso i servizi</li> <li>• Visite domiciliari</li> <li>• Questionario autoredatto in lingua italiana, inglese e francese (tradotto dal mediatore culturale), somministrato in occasione di accessi agli Ambulatori del Consultorio e al Servizio vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione, in modalità di autocompilazione cartacea e con eventuale supporto dell'operatore.</li> </ul>
	<b>DURATA</b>	DA aprile 2023 A ottobre 2023
<b>METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI</b>	I dati verranno raccolti in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale, proporzioni e correlazioni.	
<b>UU.OO. COINVOLTE</b>	Ambulatorio ginecologico, ambulatori del puerperio e Mamma/bambino, Servizio vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)	

**ASPETTI ETICI:**

Verrà garantito l'anonimato e la riservatezza dell'informazioni raccolte e i dati verranno elaborati in forma aggregata, nel rispetto delle norme di garanzia della privacy.

Inoltre i dati raccolti verranno utilizzati per la realizzazione del lavoro di tesi e per eventuali pubblicazioni scientifiche.

Inoltre si dichiara che:

- Non sussistono rapporti di collaborazione/consulenza tali da poter configurare conflitto di interesse.
- Nel caso di interruzione o sospensione dello studio lo studente informerà prontamente le Autorità competenti, fornendo motivazioni e valide giustificazioni.
- Lo studente si impegna inoltre a trasmettere i risultati dell'indagine al Direttore dell'U.O./Servizio presso cui i dati sono stati raccolti prima di inviare in stampa la tesi per ottenere una autorizzazione alla divulgazione dei dati rielaborati.

**STUDENTE** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**RELATORE** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONI ALLA RACCOLTA DATI**

**VISTO - si esprime parere:**

favorevole

non favorevole per le seguenti

motivazioni: \_\_\_\_\_

**DIRETTORE** ..... (timbro e firma)

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_



**CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA**  
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Gentile mamma,

sono Arianna Gullino, studente del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. La mia formazione riguarda soprattutto l'ambito della prevenzione, promozione ed educazione alla salute e sto elaborando una tesi per la quale chiedo la Sua collaborazione.

Lo scopo della ricerca è rilevare le conoscenze sui sani stili di vita nei primi 1.000 giorni del bambino.

Le chiedo gentilmente di rispondere al seguente questionario riportando la sua esperienza.

Il questionario è **anonimo** e garantisce il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni raccolte secondo il D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali”* integrato con le modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 *“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”*.

I dati saranno raccolti ed elaborati in forma aggregata, per tale motivo non sar possibile risalire alla singola persona che ha risposto al questionario.

Se desiderate avere maggiori informazioni potete contattarmi tramite e-mail al seguente indirizzo:

[arianna.gullino@studenti.unipd.it](mailto:arianna.gullino@studenti.unipd.it)

Il tempo stimato per la compilazione del questionario è di circa 10 minuti.

La ringrazio anticipatamente per la collaborazione.





**Questionario conoscitivo sulle abitudini di vita mamma/bambino**

**SEZIONE A: Dati socio-demografici della madre**

1. Qual è il tuo anno di nascita? \_\_\_\_\_
2. Qual è il tuo Paese di origine? \_\_\_\_\_
3. Da quanto tempo vivi in Italia? \_\_\_\_\_
4. I tuoi genitori:
  - Vivono/hanno vissuto in Italia da prima di te
  - Sono arrivati in Italia con/dopo di te.
  - Vivono ancora nel Paese di origine
5. Indica la tua religione: \_\_\_\_\_
6. Indica che titolo di studio possiedi:
  - Nessuno
  - Licenza elementare
  - Licenza media
  - Titolo professionale
  - Maturità
  - Laurea
7. Hai un lavoro retribuito?
  - No
  - Saltuariamente
  - Orario ridotto
  - Orario pieno
8. Se lavori, in questo periodo sei a casa in maternità?
  - No, non sono in maternità
  - Sì, riprender il lavoro più avanti
  - Sì, ma non so se riprender
9. Indica quanti figli hai e la loro età:
 

Et 1 figlio \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_, 3 \_\_\_\_\_, 4 \_\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_, altri: \_\_\_\_\_

**SEZIONE B: Abitudini alimentari del bambino**

10. Il tuo bambino è/ era allattato:

	Mai	Alcune volte al giorno	Quasi ogni pasto	Esclusivamente
Al seno				
Latte in polvere				
Altro: _____				

11. Hai iniziato o inizierai a dare al tuo bambino cibi diversi dal latte:
  - prima dei 4 mesi
  - a 4 mesi
  - a 5 mesi
  - dopo i 6 mesi
12. Hai allattato o allatterai al seno fino a:
  - non allatto al seno
  - 2-3 mesi
  - 4-5 mesi
  - 6-12 mesi

13. Per lo svezzamento preferisci utilizzare:

	Per niente	Alcune volte al giorno	Quasi sempre	Esclusivamente
Alimenti confezionati per bambini (omogenizzati e farine)				
Alimenti preparati in casa				

14. Elenca cosa cucini/prepari più spesso al tuo bambino:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Secondo te vanno bene i seguenti cibi fino ai 12 mesi di et ?

	Assolutamente no	Più no che si	Più si che no	Assolutamente si
Zucchero				
Sale				
Miele				
Latte di mucca				

### **SEZIONE C: Abitudini alimentari e salute della madre**

16. Hai sofferto o soffri di diabete?

- No, mai       No, ma ho la glicemia elevata       Sì, conclamato       Sì, gestazionale

17. In famiglia ci sono casi di diabete?

- No       No ma ha/hanno la glicemia alta       Sì 1 o più parenti stretti

18. Hai sofferto o soffri di pressione alta?

- No, mai       Sì, ho la pressione elevata       Sì e sono in cura

19. In famiglia qualcuno soffre di pressione alta?

- No       Sì, ha la pressione elevata.       Sì, ed è in cura

20. Indica con quale frequenza mangi/bevi i seguenti alimenti:

	Raramente/mai	1-2 volte alla settimana	3-4 volte alla settimana	1-2 volte al giorno
Frutta				
Verdura				
Patate				
Legumi (lenticchie, piselli, fagioli, ceci, ...)				
Carne				
Pesce				
Uova				
Latte e formaggi				
Pasta				
Riso				
Pane, crackers, grissini				
Altri cereali (orzo, farro)				
Biscotti e merendine				

Snack salati (patatine, salatini)				
Cibi fritti in casa				
Pizza/ hamburger/ cibi pronti				
Bibite zuccherate (succhi di frutta, aranciata, Coca-Cola, gassosa, ...)				

21. Se mangi carne, indicane la frequenza per ogni tipo:

	Raramente/mai	Poco	Abbastanza	Molto
Pecora/capra				
Pollo/tacchino				
Mucca				
Coniglio				
Maiale				

22. Se hai ricevuto dei consigli su cosa mangiare durante la gravidanza, da chi?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Familiari				
Amici o conoscenti				
Medico				
Operatori del Consultorio				
Nutrizionista o dietista				

23. In generale, quanto ritieni corretta la tua alimentazione da 1 (per niente) a 10 (completamente):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### **SEZIONE D: Attenzioni verso lo sviluppo del bambino**

24. Cosa pensi della lettura ai bambini e del gioco strutturato?

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Il bambino lo fa da solo				
Lo facciamo assieme per tenerlo occupato				
Lo facciamo assieme per il suo sviluppo psico-motorio				

25. Cammini all'aria aperta con il tuo bambino:

- Mai
- Qualche volta
- Quasi ogni giorno
- Ogni giorno

26. Il tuo bambino usa TV, cellulare, tablet e altri dispositivi multimediali:

- meno di 30 minuti al giorno
- da più di 30 minuti a 1 ora al giorno
- da più di 1 ora a 2 ore al giorno
- più di due ore al giorno

27. Con quale frequenza pensi che accadano questi incidenti nei primi anni di vita dei bambini?

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
Cadute dall'alto (letto, fasciatoio, seggiolone, scale...)				
Soffocamento con cibi o giochi				
Ustioni				
Urti su superfici dure (tavoli, mobili ...)				
Lesioni da oggetti affilati				
Ingestione di sostanze nocive				

28. In quale posizione dorme o dormiva tuo figlio nei primi mesi di vita?

	Mai	Qualche volta	Quasi sempre	Sempre
A pancia in su				
A pancia in giù				
Di lato				

**SEZIONE E: Conoscenza del Consultorio**

29. Conosci o hai conosciuto i Servizi del Consultorio Familiare di Udine?

- No             Ne ho sentito parlare             Conosco             Conosco molto bene

30. Se si, indica come:

- Me ne hanno parlato amici/familiari (chi? \_\_\_\_\_)             Mi è stato consigliato da un operatore  
 Sono stata contattata da \_\_\_\_\_

31. Se s , indica quali:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Ambulatorio del puerperio (fino a 40 giorni)				
Ambulatorio mamma/bambino (da 40 giorni a 24 mesi)				
Ginecologia				
Assistenza sociale				
Psicologo				
Pediatra				

32. Sei mai stata al pronto soccorso con tuo figlio?

- No mai             Sì, una volta             Sì, diverse volte

33. Se si, induca il/i motivo/i:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Grazie per la collaborazione**

**Questionario iniziale 1 incontro**

**Sezione bambino**

1. Il tuo bambino è/ era allattato:

	Mai	Alcune volte al giorno	Quasi ogni pasto	Esclusivamente
Al seno				
Latte in polvere				
Altro: _____				

2. Hai iniziato o inizierai a dare al tuo bambino cibi diversi dal latte:

- prima dei 4 mesi    
 a 4 mesi    
 a 5 mesi    
 dopo i 6 mesi

3. Hai allattato o allatterai al seno fino a:

- non allatto al seno    
 2-3 mesi    
 4-5 mesi    
 6-12 mesi

4. Per lo svezzamento preferisci utilizzare:

	Per niente	Alcune volte al giorno	Quasi sempre	Esclusivamente
Alimenti confezionati per bambini (omogenizzati e farine)				
Alimenti preparati in casa				

5. Elenca cosa cucini/prepari più spesso al tuo bambino:

---



---

6. Secondo te vanno bene i seguenti cibi fino ai 12 mesi di et ?

	Assolutamente no	Più no che si	Più si che no	Assolutamente si
Zucchero				
Sale				
Miele				
Latte di mucca				

## Sezione mamma

7. Indica con quale frequenza mangi/bevi i seguenti alimenti:

	Raramente/mai	1-2 volte alla settimana	3-4 volte alla settimana	1-2 volte al giorno
Frutta				
Verdura				
Patate				
Legumi (lenticchie, piselli, fagioli, ceci, ...)				
Carne				
Pesce				
Uova				
Latte e formaggi				
Pasta				
Riso				
Pane, crackers, grissini				
Altri cereali (orzo, farro)				
Biscotti e merendine				
Snack salati (patatine, salatini)				
Cibi fritti in casa				
Pizza/ hamburger/ cibi pronti				
Bibite zuccherate (succhi di frutta, aranciata, Coca-Cola, gassosa, ...)				

**Questionario iniziale 2 incontro**

1. Con quale frequenza pensi che accadano questi incidenti nei primi anni di vita dei bambini?

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
Cadute dall'alto (letto, fasciatoio, seggiolone, scale...)				
Soffocamento con cibi o giochi				
Ustioni				
Urti su superfici dure (tavoli, mobili ...)				
Lesioni da oggetti affilati				
Ingestione di sostanze nocive				

2. In quale posizione dorme o dormiva tuo figlio nei primi mesi di vita?

	Mai	Qualche volta	Quasi sempre	Sempre
A pancia in su				
A pancia in giù				
Di lato				





**Questionario iniziale 3 incontro**

1. Cosa pensi della lettura ai bambini e del gioco strutturato?

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Il bambino lo fa da solo				
Lo facciamo assieme per tenerlo occupato				
Lo facciamo assieme per il suo sviluppo psico-motorio				

2. Cammini all'aria aperta con il tuo bambino:

- Mai
- Qualche volta
- Quasi ogni giorno
- Ogni giorno

3. Il tuo bambino usa TV, cellulare, tablet e altri dispositivi multimediali:

- meno di 30 minuti al giorno
- da più di 30 minuti a 1 ora al giorno
- da più di 1 ora a 2 ore al giorno
- più di due ore al giorno



## **Ringraziamenti**

Per la realizzazione di questo lavoro di tesi ringrazio, innanzitutto, il Prof. Mario Giobbia per l'enorme disponibilità, i suggerimenti, gli aiuti preziosi e tutto il tempo dedicato.

Un grandissimo ringraziamento va anche alla Dott.ssa Paola Corazza, per avermi affiancata durante tutto il lavoro di raccolta dati e di realizzazione della tesi, per avermi seguita durante il tirocinio ed avermi trasmesso molti insegnamenti. In tutti questi mesi ho imparato tantissimo da Paola e mi ha dato la possibilità di vivere bellissime esperienze, conoscere realtà ed osservare situazioni che mi porterò sempre dentro.

Ringrazio inoltre il Prof. Mario Antonio Bonamin, per tutte le ore spese e la pazienza dimostrata durante l'elaborazione dei dati.

Vorrei ringraziare anche la Dott.ssa Carmela Russo, la Prof.ssa Valeria Nascimben e gli altri tutor didattici, per essere stati un punto di riferimento costante nel corso di questi tre anni di studio.

Ringrazio il Dott. Stefano Miceli e tutti i professionisti del Dipartimento di Prevenzione di Udine, che per tre anni mi hanno seguita con passione e volontà durante i tirocini, insegnandomi più cose possibili e facendomi sentire sempre ben accolta.

Ringrazio gli operatori della Caritas e dell'Associazione Centro Aiuto alla Vita di Udine, per essersi dimostrati sempre disponibili, per avermi permesso di intervistare le donne all'interno delle loro strutture, per aver fatto da intermediari e riportato tante testimonianze importanti.

Ringrazio la mia famiglia ed in particolar modo mia mamma, che mi ha sempre sostenuta, incoraggiata e permesso di raggiungere questo traguardo.

Ringrazio anche Alessandro, per esserci sempre stato, sia nei momenti belli che in quelli meno, per avermi calmata e rassicurata negli attimi di ansia pre-esame e per avermi festeggiata per ogni bel voto.

Ringrazio tutti i miei amici, ma soprattutto Alice, Chiara, Isacco e Sara, per i momenti di svago regalati e per essere i miei pilastri da una vita.

Ringrazio anche Anna, per essere stata la mia compagna di viaggio dal primo all'ultimo giorno di questo percorso, sia in senso metaforico che letterale.

Infine, ringrazio anche me stessa, per la costanza, la volontà e l'impegno messo per il raggiungimento di questo traguardo.