



**QUESTIONARIO:**

**Madri**

*Questo questionario deve essere compilato da una madre oppure da chi intervista una madre. In generale, le domande si riferiscono all'esperienza della gravidanza e del parto più recente.*

**A. Informazioni generali:**

- A1. Nazionalità della madre:  
.....
- A2. Età della madre all'ultimo parto:  
.....
- A3. Professione: .....
- A4. Professione del padre del bambino:  
.....

A5. Grado di istruzione:	
Madre	Padre
† non sa leggere né scrivere	†
† sa leggere e scrivere	†
† scuola elementare	†
† diploma scuola media	†
† diploma scuola superiore	†
† diploma universitario	†
† laurea universitaria	†

- A6. Numero di figli: .....
- A7. Età dell'ultimogenito: .....  
(mesi)

**B. Scelta di alimentazione infantile**

B1. Quale metodo è stato adottato/si adotta per alimentare l'ultimo nato?

	Allattamento al seno esclusivo, (con eventualmente vitamine o sciroppi)	Latte materno più acqua, tisane, the, o succhi di frutta, gocce, sciroppi	Latte materno più qualsiasi alimento o liquido, allatt. misto	Non allattamento al seno
Alla nascita				
Al termine di 3 mesi				
Al termine di 6 mesi				

B2. I bambini precedenti sono stati nutriti nella stessa maniera?

- † † † † † ? Sì
- † No

Se risponde no, prego spiegare le differenze:

.....  
 .....  
 .....

B3. Nel caso dell'ultimo nato, quando ha cominciato a pensare a come avrebbe alimentato il bambino?

- † Prima della gravidanza
- † All'inizio la gravidanza
- † Alla fine della gravidanza
- † Durante il travaglio
- † Dopo la nascita del bambino

B4. Quali sono state le tre fonti di informazioni più importanti che hanno influenzato la decisione sull'alimentazione neonatale?

- † la propria madre
- † il padre del bambino
- † altri parenti
- † il ginecologo
- † l'ostetrica/infermiera
- † il corso di preparazione alla nascita
- † il medico di famiglia
- † amici/vicini di casa
- † esperienze passate
- † libri/riviste
- † opuscoli/fogli informativi reperiti al consultorio/ospedale
- † programmi alla TV/radio
- † la pubblicità
- † altro: .....

B5. Quanto tempo dopo la nascita ha attaccato al seno l'ultimo nato?

- † subito
- † entro un'ora
- † entro 4 ore
- † entro 24 ore
- † altro: .....

**C. Struttura Sanitaria**

C1. L'ultimogenito è nato:

- † a casa
- † in ospedale
- † in una clinica privata
- † altra struttura sanitaria
- † altro: .....

Se si è partorito in ospedale, prego scrivere il nome:

.....

*Se è nato in una struttura ospedaliera o clinica .*

C2. Per quanto tempo è rimasta ricoverata dopo la nascita dell'ultimogenito?

- † meno di 8 ore
- † da 8 a 12 ore
- † da 12 a 24 ore
- † da 24 a 48 ore
- † da 2 a 4 giorni
- † da 4 a 7 giorni
- † più di 7 giorni .....

C3. Durante la permanenza all'ospedale, è stato dato al Suo bambino:

- † acqua
- † glucosio
- † latte artificiale
- † altri alimenti
- † niente
- † non so/non sono sicura

C4. È stata incoraggiata ad attaccare il bambino al seno subito dopo la nascita?

- † Sì
- † No
- † Non so / non ricordo

C5. Ha potuto tenere il bambino con sé nella stanza (rooming-in)?

- † Sì, sempre
- † Sì, ma non di notte
- † Sì, ma solo durante certi orari
- † No
- † Non so/ non ricordo

C6. Se era separata dal bambino durante la notte e lui sembrava aver fame o essere irrequieto, quale è stato il comportamento del personale?

- † ha somministrato acqua minerale naturale
- † ha somministrato acqua glucosata in un biberon
- † ha somministrato un biberon di latte artificiale
- † ha somministrato latte materno precedentemente tirato
- † ha portato il bambino alla madre
- † ha avvertito la madre perché andasse dal bambino
- † ha lasciato che il bambino piangesse
- † ha dato un succhiotto
- † non so
- † altro .....

C7. In generale, esiste/esisteva un orario fisso per le poppate?

- † Sì
- † No
- † Non so / non ricordo

Se sì, descriverlo per favore:

.....  
.....  
.....

C8. È stato permesso di allattare "a richiesta", cioè di attaccare il bambino tutte le volte che piangeva?

- † Sì
- † No
- † Qualche volta
- † Non so / non ricordo

C9. Sono mai stati dati campioncini gratuiti o confezioni gratuite di latte artificiale all'ospedale o in ambulatorio?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

Se sì, quando:

- all'ospedale
- alla dimissione dall'ospedale
- in ambulatorio

#### D. Informazioni

D1. Quali metodi sono stati usati per insegnare/informare sull'alimentazione neonatale?

- presentazione audio o audiovisivo
- consulenze individuali
- discussione/presentazione in un gruppo piccolo
- una dimostrazione pratica
- dépliant/opuscolo/libretto
- nessuno
- Altro .....

D2. Chi ha fornito queste informazioni?

- un'infermiera del reparto ostetricia
- un'ostetrica
- un pediatra
- un dietologo
- un assistente sanitario
- un ginecologo
- il medico di famiglia
- Altro .....

D3. Queste informazioni sono state date

- prima di rimanere incinta
- appena ha scoperto lo stato di gravidanza
- durante la gravidanza
- al momento della nascita
- un po' di tempo dopo la nascita

D4. Crede di aver ricevuto abbastanza informazioni e sostegno per l'alimentazione infantile?

- Sì
- No
- Nessun'opinione

D5. Quali sono stati i tre messaggi più importanti che si ricorda dell'allattamento al seno, dell'allattamento artificiale, e dello svezzamento?

Allattamento al seno

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Allattamento artificiale

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Svezzamento

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

D6. Secondo Lei, per quanto tempo si può proseguire ad alimentare il bambino con **SOLO** latte materno:

- 6 settimane
- 2 mesi
- 3 mesi
- 4 mesi
- 5 mesi
- 6 mesi
- più a lungo .....

D7. Secondo Lei, quale è l'età ottimale per smettere del tutto di allattare al seno? ..... (mesi)

D8. Se il bambino sembrasse non prendere abbastanza latte, che cosa farebbe?

- dare un'aggiunta di latte artificiale
- dare acqua glucosata
- assumere farmaci
- lasciare il bambino attaccato più a lungo
- attaccare il bambino più spesso
- mangiare di più
- bere di più
- passare all'allattamento artificiale
- introdurre cibi solidi
- altro .....

## E. Esperienza di alimentazione infantile

E1. Se ha allattato al seno, ha avuto dei problemi o delle difficoltà?

- † Sì
- † No
- † Non ricordo

Se sì, che genere di problemi ha avuto?

- † non si è verificata la montata latte
- † il bambino non succhiava bene
- † produzione di latte insufficiente
- † ragadi/capezzoli dolenti
- † capezzoli piatti
- † ingorgo mammario
- † riflesso di emissione ("tornata" o "calata") non efficace
- † difficoltà nello spremersi il latte
- † altro: .....

E2. Se ha allattato artificialmente, ha avuto dei problemi o delle difficoltà?

- † Sì
- † No
- † Non ricordo

Se sì, che genere di problemi ha avuto?

- † il bambino rifiutava il biberon
- † il bambino non succhiava bene
- † allergie
- † pianto eccessivo
- † diarrea infantile
- † ingorgo
- † altro .....

E3. In caso di intervenuta cessazione dell'allattamento al seno, quali sono stati i motivi di ciò:

- † insufficienza di latte
- † nuova gravidanza
- † malattia della madre
- † malattia del bambino
- † svezzamento del bambino
- † impegno di lavoro della madre
- † altro .....

E4. Quale è il primo alimento solido che ha dato/darà a Suo figlio?

- † succo di frutta
- † cereali
- † frutta
- † (brodo di) verdure
- † uova
- † brodo di carne/pollo
- † altro .....

E5. Per lo svezzamento fa/farà uso dei prodotti già confezionati oppure prepara/preparerà appositamente il cibo?

- † preparazione casalinga
- † prodotti già confezionati
- † un misto di tutti e due

## Z. Altre informazioni

Z1. Data: \_\_\_\_\_

*Grazie per aver compilato questo questionario.*

*Si prega di restituire i questionari al responsabile locale:*

*oppure a:*

MAMI – Movimento Allattamento Materno Italiano  
Via Canova, 35  
50142 Firenze  
Fax 055-7330158  
Email: [info@mami.org](mailto:info@mami.org)



*Il questionario è stato redatto dalla WABA, "World Alliance for Breastfeeding Action" ossia l'Alleanza mondiale per interventi a favore dell'allattamento materno, di cui l'affiliato in Italia è : MAMI - Movimento Allattamento Materno Italiano*